



Projecto de Lei n.º 418/XIII/2ª

Regula o acesso à morte medicamente assistida

Exposição de motivos

A evolução da ciência e da medicina permite, nos dias de hoje, prolongar a vida para além daquilo que seria imaginável, contribuindo para um aumento contínuo da esperança média de vida, vivendo-se mais tempo e com melhor saúde. De acordo com um Relatório recente da Organização Mundial de Saúde, Portugal surge com uma esperança média de vida de 81,1 anos, valor que se considera elevado e com tendência para crescer.

Sendo certo que se morre cada mais tarde, também é verdade que a morte é uma inevitabilidade. Com efeito, apesar dos inúmeros avanços da medicina, existem ainda muitas doenças que permanecem sem cura, fazendo parte da condição humana a existência de um processo de envelhecimento, de declínio e de morte.

Todavia, ainda que seja inevitável, parece existir na nossa sociedade um certo receio em discutir o tema. Tal dificuldade estende-se inclusive à classe médica, ainda com pouca formação em questões relacionadas com o fim de vida. Não cremos que esta seja a melhor solução. As questões relacionadas com o fim de vida e a morte necessitam ser discutidas sem tabus. É necessário pensar a morte como parte integrante da vida, porque apenas deste modo podemos pensar e abordar o processo de morte por forma a prepararmos-nos para ele, o que é certamente melhor do que sermos por ele apanhados desprevenidos.

A existência de alta tecnologia na medicina moderna, por possibilitar o aumento do número de anos de vida, coloca novos desafios, como a necessidade de

estabelecimento de critérios para uma boa prática clínica numa fase final da vida e a necessária discussão em torno da questão da morte medicamente assistida, pela criação de contraposições entre a quantidade e a qualidade de vida.

O tema da morte medicamente assistida foi recentemente alvo de discussão na Assembleia da República. A entrada da petição n.º 103/XIII/1.º, que solicitava a despenalização da morte assistida, deu início a um debate intenso no parlamento, que se iniciou com a criação de um Grupo de Trabalho para discutir esta matéria e que culminou com a sua discussão em Plenário. A discussão deste tema nos moldes em que se realizou foi de extrema importância porque, apesar da complexidade e profundidade do mesmo, foi possível, especialmente em sede de Grupo de Trabalho, debater o tema com seriedade, discutir argumentos e retirar conclusões. Do mesmo modo, consideramos que este debate tem contribuído para um maior esclarecimento dos cidadãos sobre o tema da morte medicamente assistida, permitindo às pessoas mais indecisas formar a sua opinião de forma consciente.

O PAN sempre mostrou interesse em discutir o tema, facto que constava já do seu programa eleitoral e motivo pelo qual pugnou pela criação de um Grupo de Trabalho que permitisse o debate na Assembleia da República, no qual tivemos uma participação activa. Ainda que sempre nos tenhamos manifestado, por princípio, favoráveis à autodeterminação e, conseqüentemente, ao respeito pela autonomia e pela liberdade, partimos para o debate com uma mente aberta, com interesse em analisar e discutir todos os argumentos que foram apresentados, fossem eles favoráveis ou desfavoráveis. No final do debate, tendo em conta a riqueza das audições e das intervenções que foram realizadas, estamos em condições para tomar uma posição consciente e séria e, em consequência, para apresentar uma iniciativa legislativa sobre esta matéria. Entendemos também que esta é a vontade da maioria da sociedade, vontade esta expressamente demonstrada num estudo da Eurosondagem que revelou que 67,4% da população defende a legalização da morte medicamente assistida.

Passaremos, então, a apresentar os argumentos e motivos justificativos do presente projecto de lei.

Numa breve definição de morte medicamente assistida, configuramos a mesma como o acto de antecipar a morte, em resposta a pedido consciente e reiterado, de uma pessoa doente em situação de grande sofrimento e numa situação clínica grave e irreversível, sem quaisquer perspectivas de cura. A morte medicamente assistida pode concretizar-se de duas formas: eutanásia, quando o fármaco letal é administrado por um médico, e suicídio medicamente assistido, quando é o próprio doente a auto-administrar o fármaco letal, sob a orientação e supervisão de um médico.

Consideramos que desta definição resulta claramente qual o objectivo do recurso à morte medicamente assistida. A motivação não será certamente matar alguém, mas sim usar a morte como meio para um fim, nomeadamente para acabar com a situação de sofrimento em que alguém se encontra. Acreditamos que a intenção de qualquer doente que pretenda recorrer à morte medicamente assistida, tal como a de qualquer médico que a pratique, seja unicamente a vontade em acabar com o sofrimento, dado que o paciente se encontra numa situação clínica da qual não se vislumbra qualquer esperança de melhora. Assim, sabendo aqueles doentes qual o seu destino, aquilo que no fundo estão a escolher, quando formulam um pedido de morte medicamente assistida, é entre duas formas de morrer, isto é, entre uma morte digna e uma morte decorrente da doença, a qual acabará por ocorrer em situação de sofrimento. Conforme defende Pedro Galvão *“A morte é um mal comparativo. Não é que estar morto seja intrinsecamente mau (ou bom): a morte, quando é um mal para quem morre, é má por comparação com aquilo que exclui [um futuro com valor]. Acontece que, por vezes, a alternativa à morte não é um futuro valioso. Aquilo que a morte exclui nem sempre é globalmente bom.”*.

Assim, fica claro que não está em causa qualquer opção entre a morte e a vida, até porque nos casos em apreço esta última já não tem a configuração que as pessoas consideram que deveria ter. O que nos levanta uma outra questão: o que se deve entender por vida? O que é verdadeiramente viver? Mais, será que devemos configurar a vida apenas numa perspectiva biológica? Entendemos que não. A vida é muito mais do que isso. A vida está em constante construção. É o resultado da nossa experiência, das nossas escolhas e das nossas convicções. Nós somos o resultado das opções que tomamos e que nos transformam enquanto pessoas. Não olharemos a vida

apenas como algo inato, mas como algo mutável que se transforma ao logo dos anos em virtude do nosso percurso e das nossas crenças.

Viver é um direito e não uma obrigação. O valor da vida é grande, mas não é infinito. Não devemos prolongar a vida a todo o custo, particularmente se esses custos acarretam uma dor e um sofrimento intolerável para o doente. A este propósito citamos o artigo “suicídio medicamente ajudado e eutanásia em unidades de cuidados intensivos: um diálogo sobre questões éticas centrais”, publicado pelo *Critical Care Medicine*, onde consta que os médicos podem optar por não iniciar ou suspender terapêuticas de suporte vital, mesmo que daí resulte que os doentes morram mais cedo do que, de outro modo, morreriam. Tendo por base a perspectiva médica, refere ainda que estes estão *“obrigados a tratar o sofrimento físico, mesmo que haja um hipótese de que essa intervenção, para aliviar a dor, possa encurtar a vida. Se aceitarmos que a vida não precisa de ser prolongada a todo o custo e que a vida pode mesmo ser encurtada (seja involuntariamente seja passivamente), no interesse do seu conforto, então, aceitamos implicitamente que o valor da vida não é infinito.”*.

Como escreve Gilberto Couto, citando Rachels e Dworkin, a nossa vida biológica (enquanto organismos) não tem, para nós, o mesmo valor da nossa vida biográfica (enquanto pessoas). Pelo mesmo motivo, Miguel Real apela a que vejamos a vida numa perspectiva de qualidade e não de quantidade.

Estas posições invocam o princípio da dignidade da pessoa humana. Conforme ensina Gomes Canotilho, a dignidade da pessoa é da pessoa concreta, na sua vida real e quotidiana; não é de um ser ideal e abstracto. É o homem ou a mulher, tal como existe, que a ordem jurídica considera irredutível e insubstituível e cujos direitos fundamentais a Constituição da República Portuguesa (CRP) enuncia e protege.

Como bem refere Luísa Neto, quando alguém formula um pedido de morte medicamente assistida está no fundo a dizer: quero viver e morrer de outra maneira, sempre por referência ao valor da vida, e por respeito à vida. A opção de morrer neste termos implica não tanto o escolher morrer, mas mais o como morrer. O direito a morrer dignamente implica então apenas falar do direito a que não nos impeçam de aceitar com dignidade e responsabilidade a chegada iminente da morte e a que nos

respeitem o direito a viver de tal maneira que possamos preparar-nos para assumir tal morte.

Aqui este princípio aparece ligado ao conceito de autonomia e liberdade individual. Um indivíduo competente e autónomo é livre e responsável pelas suas escolhas. Conforme defendido por Stuart Mill, ser-se responsável pelas próprias escolhas em vida significa, também, ser-se livre de poder escolher quando e como morrer.

Neste sentido, subscrevemos inteiramente o que foi dito por Jorge Reis Novais na sua audição na Assembleia da República no Grupo de Trabalho criado para discutir esta matéria. Aquando da sua reflexão sobre o que é o princípio da dignidade da pessoa humana, concluiu que *“se nós consideramos que as decisões que a pessoa toma nos domínios vitais da existência humana, o Estado deve proteger a pessoa de interferências de outros e de imposições de outros, ou seja, deve ser reconhecida a cada pessoa que seja competente para formar uma vontade o poder de conformar a sua vida de acordo com as suas próprias concepções; naquelas áreas mais íntimas, naquelas áreas mais vitais da sua existência, não deve ser o Estado a impor uma concepção do mundo, de como deve levar a sua vida. Deve ser a pessoa a definir isso.”*.

A verdade é que **a prática médica, cada vez mais, tem sido caracterizada pela autonomia e liberdade do paciente.** Actualmente, a defesa de um modelo paternalista para a actuação médica já não existe. Um texto atribuído a Hipócrates recomenda que se diga ao doente o menos possível, que se distraia a sua atenção do que se está a fazer, que se oculte o máximo do seu estado e do seu futuro, palavras que exprimem a velha tradição do paternalismo clínico. Ora, a ideia da autodeterminação veio alterar substancialmente o sentido do acto médico. O paciente deixou de ser um sujeito meramente passivo na relação médico/doente, para passar a ser um sujeito detentor de direitos que, em conjunto com o médico, decide o percurso da sua vida. Neste sentido, porque estamos numa relação paritária, o médico deve informar o paciente do seu estado de saúde, discutir com ele as opções de tratamento disponíveis e ter em conta a sua vontade sobre o destino a dar à sua vida. Em suma, nas palavras de Luísa Neto *“tratar bem não é apenas actuar segundo as regras técnicas da profissão, mas também considerar o doente como um centro de decisão respeitável.”*

Não se defende aqui que a vontade do paciente seja absoluta, isto é, que o médico execute sempre o pedido pelo doente, nos exactos termos em que tal é pedido. **Aquilo que se defende é que a vontade do paciente seja tida em conta, em todos os momentos, nomeadamente em relação à questão do fim de vida.** Ora, as decisões sobre a morte e, em especial, sobre o modo em que esta ocorre, são de extrema importância. Assim, quando uma pessoa, de forma consciente e esclarecida, define as condições que quer para a sua morte, tal vontade deve ser valorada e não liminarmente ignorada, como ocorre actualmente.

A este propósito sufragamos inteiramente a posição de Jorge Reis Novais, transmitida no Grupo de Trabalho já mencionado, que inclusive defendeu que a situação actual, de não atender à vontade da pessoa, é inconstitucional. Tendo defendido, a propósito da apreciação da margem do legislador para intervir nesta matéria, a existência de um mínimo e de um máximo, dando a Constituição grande margem de manobra ao legislador desde que respeitados estes limites, argumentou no seguinte sentido: *“uma situação de proibição total de atender à vontade da pessoa, que é aquela que existe hoje, que essa situação é proibida pela Constituição, ou seja, tenderia a dizer que a situação actual é inconstitucional. Isto é, quando penaliza em todas e quaisquer circunstâncias, não poderia fazê-lo. Não poderia fazê-lo porque a Constituição de Estado de Direito, uma Constituição apoiada na dignidade da pessoa humana, tem que reconhecer a vontade da pessoa decidir para as questões mais decisivas e mais íntimas da sua vida, onde eu incluo também as decisões, em alguma medida, sobre as condições da sua própria morte. Na medida em que a lei actual não dá a mínima possibilidade, portanto é uma proibição total e absoluta, a meu ver tenderia a considerar que este limite está ultrapassado, ou seja, este limite constitucional de atender, em alguma medida, à autonomia da pessoa não está a ser respeitado.”*

Para além da posição assumida por Jorge Reis Novais, vários são os Constitucionalistas que defendem que uma lei que permita a eutanásia ou o suicídio medicamente assistido não é inconstitucional, nomeadamente Luísa Neto, Teresa Beleza e Faria Costa.

A discussão sobre inconstitucionalidade resulta de uma eventual violação do artigo 24.º da CRP. Ora, tal interpretação apenas é possível se se entender que aquele artigo, ao estabelecer que a “vida humana é inviolável”, interdita qualquer violação do direito à vida, independentemente do tipo de agressão em causa.

Todavia, ainda que se diga que a vida humana é inviolável ou que o direito à vida é um direito absoluto, tal consideração, do ponto de vista estritamente jurídico, não é verdadeira. A admissibilidade de situações como a possibilidade de matar em legítima defesa demonstram tal facto. O direito à vida, ainda que tendencialmente absoluto, não tem, actualmente, a configuração de um direito absoluto.

Outra questão que se prende com esta está relacionada com a concepção que temos da função do ordenamento jurídico. Numa situação de despenalização da morte medicamente assistida, o que poderia estar em causa, eventualmente, seria o facto de o Estado, com uma lei deste tipo, deixar desprotegida a vida naquelas circunstâncias por não a estar a proteger suficientemente. Mas, será isto verdade? Isto é, o Estado não está nunca a desrespeitar o direito à vida: se recai sobre o Estado o dever de proteger a vida humana contra agressões de terceiros, deverá este protegê-la também contra agressões do próprio? A este respeito, subscrevemos a posição de Jorge Reis Novais, que defende que um Estado de Direito não é um Estado paternalista e que, portanto, não é um Estado que se destine a proteger a pessoa contra si própria, que duvide da capacidade e da autonomia da pessoa e que, por isso, a proteja, que se superiorize julgando saber qual é o interesse que aquela pessoa tem e portanto se propõe protegê-lo mesmo quando a pessoa não quer ser protegida. Uma vez que o Estado de Direito não funciona nesta base, o dever de protecção de uma pessoa contra si própria é um dever exigente, no sentido em que o Estado apenas deve protegê-la em último caso. Em princípio, o Estado reconhece autonomia às pessoas, partindo do pressuposto que as pessoas estão em condições de ter autonomia.

Chegados aqui, facilmente se compreende que aquilo que deve ser garantido pelo Estado é que a pessoa que toma a decisão é competente para o fazer. O Estado deve, assim, criar mecanismos que permitam aferir se a vontade manifestada por

determinada pessoa corresponde à sua vontade real, ou seja, se a pessoa está lúcida e consciente.

Todavia, tem sido defendido que a despenalização da morte medicamente assistida introduzirá a ideia de que há vidas que são dignas de serem vividas e vidas indignas de serem vividas. Não compreendemos este argumento. Todas as vidas são dignas, independentemente do seu grau de autonomia ou de dependência, independentemente de se tratar de alguém interdito por anomalia psíquica ou com plena consciência. A única coisa que difere são as obrigações do Estado, porquanto o mesmo tem o dever de aferir se a pessoa está em condições de formular a sua vontade, de forma consciente e lúcida, uma vez que, caso não esteja, o acesso à morte medicamente assistida não é possível.

Outros argumentos têm sido apresentados contra a despenalização da morte medicamente assistida, em especial a existência de cuidados paliativos e o argumento da “encosta escorregadia ou rampa deslizante”.

No entanto, o PAN entende que a despenalização da morte medicamente assistida não exclui nem conflita com os cuidados paliativos. Estes são de enorme importância, devendo por isso ser valorizados e continuamente reforçados. Mas a verdade é que os cuidados paliativos não eliminam por completo o sofrimento em todos os doentes nem impedem por inteiro a degradação física e psicológica, porque nem todo o sofrimento é tratável. Para além disto, os efeitos associados a estes tratamentos, nomeadamente náuseas e alterações de consciência, podem comprometer a autonomia e a qualidade de vida dos pacientes. Por este motivo, mas também por outros, existem também doentes que não pretendem submeter-se aos cuidados paliativos.

É verdade que ainda muito há a fazer para a melhoria da qualidade e da acessibilidade dos cuidados paliativos em Portugal. No entanto, isso não significa que apenas se possa permitir a morte medicamente assistida quando tivermos melhores cuidados paliativos, até porque existem doentes que a eles não querem recorrer. A vontade destes doentes deve ser respeitada e o Estado deve ter uma resposta alternativa para aqueles que sofrem.

Concluimos este ponto com uma expressão de Peter Singer *“É extremamente paternalista dizer aos pacientes que estão prestes a morrer que eles recebem cuidados tao bons que não precisam de dispor da opção da eutanásia. Estaria mais de acordo com o respeito pela liberdade e autonomia individuais legalizar a eutanásia e permitir que os pacientes decidissem se a sua situação é suportável.”*.

Mais, não entramos em discussões alarmistas relacionadas com o argumento da “rampa deslizante”, nos termos do qual a aprovação da morte medicamente assistida abriria caminho para aprovação de formas de eutanásia involuntária. A morte assistida destina-se a doentes conscientes, lúcidos e cuja vontade foi manifestamente expressada, motivo pelo qual esta é sempre a pedido do paciente.

Desde que se assegure o cumprimento desta regra, não cremos que existirão abusos. Ainda assim, a possibilidade de existência de eventuais abusos não pode impedir o legislador de legislar sobre determinadas matérias. Tais riscos obrigarão o legislador a ser mais cauteloso, devendo estabelecer mecanismos claros e exigentes de fiscalização e fazer um acompanhamento constante da aplicação da lei, por forma a fazer os ajustes que sejam necessários. Como bem escreve Gilberto Couto, *“o respeito pela autonomia e liberdade de um doente, assumido na permissão da morte assistida, não deve ser posto em causa pela incapacidade do Estado em fazer o seu papel, que é impedir os abusos.”*

Este argumento da “rampa deslizante” tem sido utilizado para descrever a experiência da morte medicamente assistida nos países que a despenalizaram. No entanto, olhando para a prática, tal argumento é desprovido de sentido. Em termos de Direito comparado, o número de mortes por eutanásia ou suicídio assistido não são alarmantes como se tem defendido. Na Suíça, um estudo de 2013 demonstrou que as mortes por eutanásia e suicídio medicamente assistido representam 1.4% do total de mortes. Na Holanda, os estudos mais recentes demonstram que o número de mortes por morte medicamente assistida representam 2,9% do total de mortes, não constituindo esta situação um excesso de mortalidade dado que antes da entrada em vigor da lei morria o mesmo número de holandeses que agora morrem (cerca de 140 000/ano).

De acordo com a avaliação de 2016 dos sistemas de saúde, a Holanda é o país com melhor classificação no Ranking internacional, numa avaliação de 35 países europeus. Olhando para a avaliação de outros países que despenalizaram a morte medicamente assistida, veremos que a Suíça se encontra no 2.º lugar, a Bélgica no 4.º lugar e o Luxemburgo no 6.º lugar. Tal comprova que os países que a despenalizaram são países evoluídos, que prestam bons cuidados de saúde, nomeadamente a nível dos cuidados paliativos, e oferecem aos seus pacientes todas as alternativas possíveis. Neste sentido, Portugal, que se encontra no 14.º lugar do Ranking, deve olhar para estes países como exemplos a seguir.

Em Portugal existe uma certa liberdade médica de actuação nas questões do fim de vida. A Ortotanásia, isto é, a limitação ou suspensão de tratamentos médicos agressivos tidos como desproporcionados para o prolongamento da vida, é um espaço livre de Direito. Sem legislação a regular esta matéria, a única coisa de que dispomos é de um conjunto de práticas médicas que, em nome da não obstinação terapêutica, determinam a ideia de que há um determinado momento em que o doente deve ser deixado morrer, não sendo tais práticas uniformes em todo o país.

Tais práticas são aceites, invocando-se que existe uma diferença entre matar e deixar morrer, isto é, entre eutanásia activa e eutanásia passiva. Mas será esta diferença assim tão nítida? Entendemos que não. A este respeito, subscrevemos James Rachels, para quem a diferença não é nítida, por entender que o não início ou suspensão de tratamento comporta uma certa forma de eutanásia permitida pelo *status quo*. Para este autor, deixar morrer ou *matar* são equivalentes eticamente, porque quem decide, de forma passiva ou activa, pela morte de um doente, está a admitir que a morte é um mal menor de acordo com os interesses do doente. Ser-se o “causador directo” ou não é irrelevante. Para ele, a correcção ou incorrecção do acto depende das razões a favor ou contra o mesmo, mais do que da motivação do agente. A este propósito a justiça canadiana defendeu que desde que o doente tenha dado indicação de que pretenda a morte medicamente assistida e que *“possa dar o seu consentimento informado, não interessa se a assistência do médico é passiva ou activa, porque a dignidade e a autonomia do doente são quem manda, em qualquer dos casos.”*

Assim, para além dos casos de suspensão de tratamento, é permitido aos médicos, por exemplo, administrar morfina a um doente para aliviar a sua dor, ainda que de tal acto possa resultar a morte. Esta possibilidade, a que se chama de teoria do duplo efeito, demonstra que a diferença entre a “morte permitida” e a “morte não permitida” não é assim tão vincada. De acordo com esta teoria, basta que o médico diga que agiu com a intenção de aliviar o sofrimento, para que esta morte seja considerada permitida. Contudo, será possível discernir efectivamente qual a intenção do médico? Conseguiremos afirmar seguramente que a intenção do médico é aliviar a dor e não antecipar a morte? Entendemos que não. A intenção do médico nem sempre é fácil definir. Por este motivo, ainda que reconheçamos a diferença entre as duas atitudes, certamente que esta não é suficientemente grande que justifique a proibição de uma e a permissão de outra, isto é, que proíba a eutanásia activa e admita a eutanásia passiva.

Vários foram os avanços que se fizeram em Portugal, no sentido de reconhecer aos pacientes uma maior autonomia.

É hoje aceite que o doente recuse a administração de determinado tratamento, ainda que de tal recusa resulte a morte. Importantes contributos nesta matéria foram dados pela Lei n.º 25/2012, de 16 de Julho, que estabelece o regime das directivas antecipadas de vontade, em matéria de cuidados de saúde, designadamente sobre a forma de testamento vital, e que permite a nomeação de procurador de cuidados de saúde. Enquanto importante instrumento de reconhecimento da autonomia do doente, veio prever a possibilidade de qualquer cidadão maior de idade, que não se encontre interdito ou inabilitado por anomalia psíquica e que se encontre capaz de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido, subscrever um *“documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio”*, no qual *“manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.”*.

Neste sentido, apesar dos passos importantes que têm sido dados, em Portugal não é, ainda, permitida a morte medicamente assistida. É nosso parecer que tal, por não ser permitido em qualquer circunstância, limita excessivamente a autonomia e a liberdade individual. **Pretendemos então, com o presente projecto, proceder à regulamentação da morte medicamente assistida em Portugal**, tanto na vertente de eutanásia como de suicídio medicamente assistido, por forma a admiti-la verificadas determinadas circunstâncias.

Assim, o paciente tem que ser portador de uma doença ou lesão incurável, causadora de sofrimento físico ou psicológico intenso, persistente e não debelado ou atenuado para níveis suportáveis e aceites pelo doente ou estar em situação clínica de incapacidade ou dependência absoluta ou definitiva. Este precisa de ser competente e estar consciente e lúcido quando formula o seu pedido e quando o reitera, devendo tal pedido ser reiterado ao longo de todo o processo. Para além disso, o pedido deve ser apresentado pelo próprio, por escrito, de forma livre e voluntária, após um processo de adequada informação prestada pelo médico e de livre reflexão, não motivado ou influenciado por qualquer pressão ou coação exterior. Desta forma, entendemos que devem estar excluídos do seu âmbito de aplicação os menores, as pessoas interditas ou inabilitadas por anomalia psíquica, bem como aquelas que padeçam de uma doença do foro mental. Para além disso, aquele que formula o pedido deverá ter nacionalidade portuguesa ou residir legalmente em Portugal.

Na sequência da formulação do pedido, este deverá ser analisado por uma equipa multidisciplinar, composta por três médicos: aquele a quem o paciente faz o pedido, um médico especialista na patologia do paciente e um médico psiquiatra. O procedimento é exigente e para que o pedido seja aceite é necessário o parecer favorável dos três médicos envolvidos no processo.

Para além disso, cria-se a Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei. Esta exerce essencialmente uma função de fiscalização e controlo, competindo-lhe receber e analisar os processos de morte medicamente assistida praticados, por forma a verificar se todos os requisitos foram cumpridos. Para além disso, exerce importantes competências ao nível do acompanhamento da aplicação da lei, emissão de pareceres

sobre a matéria e elaboração de relatórios sobre a sua actividade, podendo, ainda, formular recomendações à Assembleia da República ou ao Governo.

Creemos que o presente projecto, por prever elevados mecanismos de controlo, quer seja para obrigatoriedade de parecer favorável de três médicos, quer seja pela criação de uma Comissão que analisará posteriormente o modo como foi conduzido o processo, evitará situações de abuso, por possuir um elevado grau de escrutínio e de monitorização.

O presente projecto de lei – pela exclusão de doentes com problemas mentais, pela exigência de consulta de três médicos de diferentes áreas, pela obrigatoriedade de um pedido reiterado e por apenas admitir o acesso à morte medicamente assistida aos doentes com doença ou lesão incurável, causadora de sofrimento físico ou psicológico intenso, persistente e não debelado ou atenuado para níveis suportáveis e aceites pelo doente ou a doentes em situação clínica de incapacidade ou dependência absoluta ou definitiva, e, ainda assim, nestes casos, obrigar o médico a discutir com o paciente outras possibilidades terapêuticas ainda disponíveis, assim como as possibilidades oferecidas pelos cuidados paliativos e as suas consequências e impactos na vida do paciente – tem em vista garantir que o pedido de morte medicamente assistida não é uma precipitação e que resulta efectivamente da vontade do paciente.

Importa ainda acrescentar que a morte medicamente assistida é pedida pelo doente e não sugerida pelo médico. Neste sentido, a publicidade a uma lei que possibilite a morte medicamente assistida deverá ser mínima, bastando que o doente tenha conhecimento da lei e que o médico só fale desta possibilidade quando directamente interpelado pelo doente para tal. Mais, o presente projecto não obriga ninguém a formular um pedido de morte medicamente assistida, nem ninguém deverá ser submetido a ela contra a sua vontade, destinando-se apenas àqueles que o pedirem.

Face ao exposto, vemos a despenalização e regulamentação em Portugal da morte medicamente assistida como uma expressão concreta dos direitos individuais à autonomia e à liberdade de convicção e de consciência. Assim, e ainda que os direitos individuais no domínio da autodeterminação da pessoa doente tenham vindo a ser progressivamente reconhecidos – nomeadamente o reforço do consentimento

informado, do direito de aceitação ou recusa de tratamento, da condenação da obstinação terapêutica e das directivas antecipadas de vontade –, vemos a possibilidade de acesso à morte medicamente assistida como mais um passo importante e necessário no reconhecimento daqueles direitos.

Terminamos com uma frase de Caillaout, deputado Francês que, falando sobre a reforma do Código Penal Francês, utilizou a seguinte expressão: *“O indivíduo não deve acabar como carne de laboratório, irrigado, desintoxicado, bombeado para uma máquina, deve admitir-se um direito de viver com dignidade a sua própria morte.”* **Em suma, é apenas isto que pretendemos: conceder às pessoas o direito a viver com dignidade, mesmo na hora da morte.**

Assim, nos termos constitucionais e regimentais aplicáveis, o Deputado do PAN apresenta o seguinte projecto de lei:

Capítulo I

Disposições Gerais

Artigo 1.º

Objecto

O presente diploma regula o acesso à morte medicamente assistida, na vertente de eutanásia e suicídio medicamente assistido.

Artigo 2.º

Definições

Para efeitos da presente lei, entende-se por:

- a) Morte medicamente assistida: Acto de, em resposta a um pedido do próprio, informado, consciente e reiterado, antecipar ou abreviar a morte de doentes

em grande sofrimento sem esperança de cura. Pode concretizar-se de duas formas: eutanásia ou suicídio medicamente assistido.

- b) Eutanásia: Quando o fármaco letal é administrado por um médico.
- c) Suicídio medicamente assistido: Quando é o próprio doente a auto-administrar o fármaco letal, sob a orientação ou supervisão de um médico.

Capítulo II

Requisitos e capacidade para pedido de morte medicamente assistida

Artigo 3.º

Requisitos de admissibilidade da morte medicamente assistida

1 – O pedido de morte medicamente assistida apenas é admissível nos casos de doença ou lesão incurável, causadora de sofrimento físico ou psicológico intenso, persistente e não debelado ou atenuado para níveis suportáveis e aceites pelo doente ou nos casos de situação clínica de incapacidade ou dependência absoluta ou definitiva.

2 - O pedido deve ser apresentado a um médico pelo próprio doente, de forma livre e voluntária, após um processo de adequada informação prestada pelo médico e de livre reflexão, não podendo ser motivado ou influenciado por qualquer pressão ou coacção exterior.

3 - A pessoa deve ser competente e estar consciente e lúcida quando formula o pedido e quando o reitera ao longo do processo.

Artigo 4.º

Legitimidade e capacidade

1 – Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, qualquer pessoa pode formular pedido de morte medicamente assistida, desde que cumpra os seguintes requisitos:

- a) Tenha pelo menos 18 anos de idade.
- b) Tenha nacionalidade portuguesa ou resida legalmente em Portugal.
- c) Não se mostre interdito ou inabilitado por anomalia psíquica.
- d) Não padeça de qualquer doença do foro mental.

2 – Tendo em conta o exposto na alínea a) do número anterior, a presente lei não é aplicável a menores, ainda que emancipados.

Capítulo III

Procedimento prévio ao cumprimento da morte medicamente assistida

Artigo 5.º

Pedido do doente

1 – O doente que pretenda requerer a morte medicamente assistida deverá formular o seu pedido junto de médico à sua escolha, doravante designado por médico assistente, nomeadamente o médico de família ou o médico que faça o seu acompanhamento em sede hospitalar ou em cuidados paliativos.

2 – Sem prejuízo da manifestação oral de vontade, o doente terá obrigatoriamente de redigir o seu pedido por escrito e entregá-lo ao médico assistente, devendo a assinatura deste ocorrer na presença do médico assistente.

3 – Nas situações em que o doente esteja impossibilitado de escrever ou assinar, este pode fazer-se substituir por pessoa por si indicada, caso em que a redacção e assinatura do documento deve ocorrer na presença do médico assistente, constando daquele a indicação de que se assina em nome de outrem, devendo o médico assinar igualmente o documento.

4 – O Requerimento com o pedido de morte medicamente assistida terá de conter, pelo menos, as seguintes menções:

- a) Dados do doente;
- b) Indicação da doença da qual é portador;
- c) Enumeração fundamentada dos motivos que o levam a formular um pedido de morte assistida;
- d) Descrição fundamentada sobre o preenchimento dos requisitos previstos nos artigos 3.º e 4.º da presente lei;
- e) Opção pela morte medicamente assistida na modalidade de eutanásia ou de suicídio medicamente assistido.

5 – As informações referidas no número anterior são prestadas através de formulário único para o efeito, a aprovar pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

Artigo 6.º

Apreciação do pedido pelo médico assistente

1 – Recebido o pedido, o médico deve apreciar o mesmo, de modo a verificar se estão preenchidos os requisitos previstos nos artigos 3.º e 4.º da presente lei.

2 – Caso se encontrem preenchidos, o médico deve:

- a) Informar o doente do seu estado de saúde e a sua expectativa de vida;
- b) Discutir com ele o seu pedido de eutanásia ou suicídio medicamente assistido;
- c) Discutir com o doente outras possibilidades terapêuticas ainda disponíveis, se for o caso, assim como as possibilidades oferecidas pelos cuidados paliativos e as suas consequências e impactos na vida do doente;
- d) Consultar outro médico, cuja área de especialização corresponde a da patologia que esteja em causa, doravante designado por médico consultado, para que este se pronuncie sobre o estado de saúde do doente e sobre a admissibilidade do pedido de morte medicamente assistida;

- e) Salvo oposição do doente, discutir o pedido com o médico ou equipa de médicos que assegure os cuidados regulares do doente;
- f) Salvo oposição do doente, discutir o pedido com o seu agregado familiar ou, caso este viva sozinho, os seus familiares mais próximos;
- g) Ficar com a convicção que o pedido do doente é voluntário e que foi proferido de forma séria, reflectida, reiterada e livre de quaisquer pressões externas.

3 – O médico deve conversar com o doente o número razoável de vezes, face à evolução da sua condição, de modo a, em consciência, se aperceber se a vontade deste, manifestada no pedido, se mantém.

4 – O médico deve elaborar um relatório com os resultados da consulta com o doente, devendo neste expor todos os pontos discutidos, nomeadamente os referidos nos números anteriores, com a indicação das respostas dadas e apreciação da postura do doente, em especial a verificação da seriedade, ponderação e liberdade do pedido e aferição da sua vontade.

5 – O médico deverá elaborar um relatório por cada consulta que realizar com o doente, devendo deste constar os elementos previstos no número anterior.

6 – Para efeitos do cumprimento da alínea d) do número 2 do presente artigo, o médico assistente deverá remeter ao médico consultado o dossiê clínico do doente, onde constem todas as informações essenciais sobre o seu estado de saúde, nomeadamente o seu historial clínico, bem como os relatórios por si elaborados identificados nos números anteriores, com as conclusões das consultas que o médico realizou com o doente, juntando documento que explicita as razões da consulta.

7 – Do dossiê clínico referido no número anterior deverá constar ainda parecer do médico assistente, devidamente fundamentado, datado e assinado, do qual conste a sua análise sobre o pedido de morte medicamente assistida, comunicando ao doente a sua decisão.

Artigo 7.º

Apreciação do pedido pelo médico consultado

1 – O médico consultado, tendo tomado conhecimento do dossiê clínico do doente, procede à apreciação do mesmo, devendo verificar, em primeiro lugar, se estão preenchidos os requisitos previstos nos artigos 3.º e 4.º da presente lei.

2- Caso verifique que os requisitos se encontram preenchidos, o médico consultado examina o doente, nos mesmos moldes que o exame feito pelo médico assistente, aplicando-se com as necessárias adaptações o disposto nos n.ºs 2 a 6 do artigo anterior.

3 – Concluídas as diligências do presente artigo, o médico consultado elabora um relatório do qual conste o seu parecer sobre o pedido de morte medicamente assistida, devidamente fundamentado, datado e assinado.

4 – O relatório, acompanhado do parecer e demais documentação relevante, deve ser remetido pelo médico consultado ao médico assistente, que informa o doente do conteúdo do parecer daquele.

5 – A documentação remetida pelo médico consultado deve ser incluída no dossiê clínico do doente.

Artigo 8.º

Apreciação do pedido pelo médico psiquiatra

1 – Após o exame do médico consultado, o paciente deverá ser observado por um médico psiquiatra, devendo o médico assistente remeter a este o dossiê clínico completo do doente.

2 – O médico psiquiatra deve verificar se o doente se encontra mentalmente são ou se sofre de alguma doença do foro mental, que impeça ou condicione a decisão consciente do pedido de morte medicamente assistida.

3 - O médico psiquiatra realiza as consultas que entenda convenientes para os efeitos previstos no número anterior antes de formular o seu parecer.

4 – O médico psiquiatra deve elaborar um relatório do qual conste o seu parecer, devidamente fundamentado, datado e assinado, sobre o pedido de morte medicamente assistida.

5 – O parecer desfavorável do médico psiquiatra ao pedido de morte medicamente assistida impede a continuidade do procedimento e implica o encerramento do mesmo, sem prejuízo do disposto no artigo 10.º.

6 - O relatório, acompanhado do parecer e demais documentação relevante, deve ser remetido pelo médico psiquiatra ao médico assistente, que informa o doente do conteúdo do parecer daquele.

7 – A documentação remetida pelo médico psiquiatra deve ser incluída no dossiê clínico do doente.

Artigo 9.º

Decisão sobre o pedido de morte medicamente assistida

1 – A decisão final sobre o pedido de morte medicamente assistida cabe ao médico assistente.

2 – O médico assistente elabora um relatório final com a decisão e comunica-a ao doente.

3 – O médico assistente apenas poderá deferir o pedido de morte medicamente assistida caso os pareceres dos três médicos envolvidos seja favorável.

4 – Caso algum dos pareceres seja desfavorável, o médico assistente deverá obrigatoriamente indeferir o pedido, sem prejuízo da possibilidade do doente de pedir a reavaliação.

Artigo 10.º

Reavaliação do pedido de morte medicamente assistida

1 – Nas situações em que algum dos médicos envolvidos emita um parecer desfavorável ao pedido de morte medicamente assistida, o doente tem direito a pedir uma reavaliação do mesmo, devendo esta ser realizada por outro médico.

2 – Para os efeitos previstos no número anterior, deve ser nomeado um novo médico, com a mesma especialização daquele que emitiu parecer desfavorável, que procederá à análise da situação clínica do doente e formulará um parecer sobre o pedido de morte medicamente assistida.

3 – Sem prejuízo da possibilidade do doente de formular um novo pedido de morte medicamente assistida, a nova avaliação referida no presente artigo só pode ser pedida por uma única vez.

4 - A nova avaliação devere ser requerida no prazo de 30 dias.

Capítulo IV

Cumprimento do pedido de morte medicamente assistida

Artigo 11.º

Eutanásia e suicídio medicamente assistido

1 – A morte assistida pode revestir a forma de eutanásia, quando o fármaco letal é administrado por médico, ou de suicídio medicamente assistido, quando é o próprio doente a auto-administrar o fármaco letal.

2 – A escolha entre eutanásia ou suicídio medicamente assistido cabe ao doente.

3 – O suicídio medicamente assistido deve ser praticado sob orientação e supervisão médica.

4 – Os profissionais de saúde inscritos na Ordem dos Enfermeiros podem auxiliar os médicos, titulares de inscrição válida na Ordem dos Médicos, no cumprimento da morte medicamente assistida.

Artigo 12.º

Decisão final do doente

1 - Sem prejuízo do dever do doente ser questionado ao longo do processo sobre a sua decisão, antes de disponibilizar ao doente o fármaco letal ou de proceder à sua

administração, o médico deverá questionar pela última vez se este mantém a sua vontade de se submeter à morte medicamente assistida.

2 – Caso a resposta seja afirmativa, o médico assistente deve registar esta decisão por escrito, devidamente datada e assinada pelo doente, no seguimento do qual o médico combina com o doente o dia, local e método a utilizar, prestando todos os esclarecimentos necessários para o efeito.

Artigo 13.º

Revogação do pedido de morte medicamente assistida pelo doente

1 - O doente pode, a todo o momento, revogar o seu pedido de morte medicamente assistida, por escrito ou oralmente.

2 – Nestes casos, deverá ser incluído no dossiê clínico do doente documento comprovativo da revogação da decisão, devidamente datado e assinado pelo doente, devendo ser entregue àquele cópia do dossiê clínico com toda a documentação.

Artigo 14.º

Local para a prática da morte medicamente assistida

A escolha do local para a prática da morte medicamente assistida cabe ao doente, podendo esta ocorrer em instalações públicas ou privadas onde sejam prestados serviços de saúde, que disponham de local de internamente adequado à prática do acto, bem como no domicílio do doente, desde que o médico assistente considere que o mesmo dispõe de condições para o efeito.

Artigo 15.º

Pessoas autorizadas a estar presentes

Para além do médico assistente e demais profissionais de saúde, podem estar presentes no acto de morte medicamente assistida as pessoas escolhidas pelo doente.

Artigo 16.º

Perda de consciência do doente

1 - Nos casos em que o doente ficar inconsciente antes do momento do cumprimento da morte medicamente assistida, o procedimento é interrompido, só prosseguindo nos casos em que o doente recupere a sua consciência e manifeste vontade de prosseguir com o pedido.

2 – Independentemente do pedido reiterado de morte medicamente assistida, por parte do doente, ao longo do processo, este não poderá ser administrado a pessoa que se encontre inconsciente.

Artigo 17.º

Verificação do óbito

1 – O procedimento de verificação do óbito obedece à legislação em vigor.

2 – A causa da morte aposta na certidão de óbito deverá ser a patologia da qual o doente padecia e que suscitou o presente processo.

Artigo 18.º

Preenchimento pelo médico assistente de declaração oficial após o óbito

1 - O médico assistente deverá proceder ao preenchimento, após o óbito do doente, de uma declaração que contenha as informações constantes dos números seguintes, remetendo a mesma à Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei, criada pela presente lei e doravante designada por Comissão.

2 - Da referida declaração devem constar os seguintes elementos:

- a) Nome completo, idade, sexo e morada do doente;
- b) Nome completo, área de especialização e domicílio profissional do médico assistente, do médico consultado e do médico psiquiatra;
- c) Nome completo, área de especialização e domicílio profissional de todos os médicos consultados pelo médico assistente, para além dos referidos na alínea b);
- d) Identificação de disposições sobre o fim de vida, caso existam;
- e) Menção da patologia grave da qual o doente sofria;
- f) Explicação quanto ao carácter irreversível da doença;
- g) Indicação da natureza constante e insuportável do sofrimento;

- h) Elementos que evidenciem que o pedido foi formulado de forma voluntária, reiterada, ponderada e sem qualquer pressão externa;
- i) Indicação de todo o procedimento seguido pelos médicos envolvidos;
- j) Circunstâncias específicas da realização da eutanásia ou do suicídio medicamente assistido.

3 – O presente documento tem natureza confidencial e destina-se ao uso exclusivo da Comissão, no exercício das suas competências e nos termos previstos na presente lei.

4 – A presente declaração deverá ser incluída no dossiê clínico do doente.

5 – Compete ao Governo a criação do modelo da declaração oficial previsto no presente artigo, devendo o mesmo ser disponibilizado em plataforma online que permita ao médico assistente proceder ao seu descarregamento e preenchimento.

Artigo 19.º

Envio do dossiê clínico para a Comissão

1 - O médico assistente deverá remeter, no prazo máximo de 15 dias, dossiê clínico que contenha toda a documentação relevante do processo de morte medicamente assistida à Comissão.

2 – O envio do processo para Comissão é igualmente obrigatório nos casos de recusa ou revogação do pedido de morte medicamente assistida.

Capítulo V

Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei

Artigo 20.º

Criação da Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei

Pela presente lei procede-se a criação da Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei.

Artigo 21.º

Natureza e missão da Comissão

A Comissão exerce uma função de fiscalização e controlo da presente lei.

Artigo 22.º

Competências da Comissão

Compete à Comissão:

- a) Acompanhar sistematicamente a aplicação da lei no domínio ético, médico e jurídico;
- b) Emitir pareceres, por iniciativa própria ou quando tal lhes for solicitado, sobre o modo como a lei está a ser aplicada, bem como sobre os problemas que poderão surgir em torno desta temática;
- c) Receber e analisar todos os processos de morte medicamente assistida praticados, verificando o cumprimento dos requisitos legais existentes;
- d) Receber e analisar os processos de recusa ou revogação do pedido de morte medicamente assistida;
- e) Elaborar um relatório sobre a sua actividade no fim de cada ano civil, a enviar ao Presidente da República, ao Presidente da Assembleia da República e ao Primeiro-Ministro;
- f) Formular recomendações ao Governo e à Assembleia da República sobre possíveis alterações legislativas relacionadas com esta matéria.

Artigo 23.º

Composição e nomeação dos membros da Comissão

A Comissão é composta por sete membros, com conhecimento e experiência relevante na matéria, sendo estes nomeados do seguinte modo:

- a) Três médicos, nomeados pela Assembleia da República;

- b) Três juristas, nomeados pela Assembleia da República, pelo Conselho Superior de Magistratura e pelo Conselho Superior do Ministério Público;
- c) Um especialista de reconhecido mérito da área da ética ou bioética, nomeado pela Assembleia da República.

Artigo 24.º

Mandato

- 1 - O mandato dos membros da Comissão é independente do das entidades que os designam e tem a duração de cinco anos, não podendo ser renovado mais de uma vez.
- 2 – A Comissão elege, de entre os seus membros, um presidente e um vice-presidente, competindo a este substituir o presidente nas suas ausências e impedimentos.

Artigo 25.º

Funcionamento

- 1 – A Comissão estabelece em regulamento interno a disciplina do seu funcionamento.
- 2 – A Comissão só pode deliberar quando estejam presentes pelo menos cinco dos seus membros.
- 3 – As decisões são tomadas por maioria simples.

Artigo 26.º

Análise do processo pela Comissão

- 1 – A Comissão recebe e analisa a documentação remetida pelo médico assistente, que inclui a declaração oficial e o dossiê clínico do doente com toda a documentação relevante, por forma a verificar se os requisitos previstos na presente lei foram cumpridos.
- 2 – Quando a Comissão, na sequência da análise do processo, tiver dúvidas sobre se estavam ou não reunidas as condições previstas na presente lei para a prática da morte medicamente assistida, deverá chamar os médicos envolvidos no processo para

prestarem declarações, podendo ainda solicitar a remessa de documentos adicionais que considere necessários.

3 – Quando a Comissão concluir, após audição dos médicos envolvidos, que não estavam reunidas as condições previstas na presente lei para a prática da morte medicamente assistida, seja por falta de requisitos essenciais, seja por erros de procedimento, esta deve comunicar a sua decisão, de forma fundamentada, aos médicos, remetendo igualmente cópia do arquivo completo e da decisão à Ordem dos Médicos, para abertura de processo disciplinar e às autoridades competentes, para abertura de processo-crime.

4 – A Comissão elabora um Relatório final com as suas conclusões.

5 – A Comissão decide no prazo máximo de 4 meses.

Artigo 27.º

Relatórios enviados pela Comissão

1 – Anualmente, a Comissão deverá remeter ao Presidente da República, ao Presidente da Assembleia da República, que o fará distribuir pelos partidos, e ao Primeiro-Ministro, um relatório com os seguintes dados:

- a) Dados estatísticos com base na informação recolhida;
- b) Relatório com a descrição e avaliação da execução da presente lei;
- c) Se necessário, formular recomendações susceptíveis de conduzir a uma iniciativa legislativa e/ou outras medidas relativas à aplicação da presente lei.

2 – Do presente relatório não poderão constar quaisquer dados pessoais relativos ao doente e aos médicos envolvidos no cumprimento da morte medicamente assistida, podendo apenas constar, em relação ao doente, a sua idade e sexo.

Artigo 28.º

Articulação da Comissão com outras entidades

1 – A Comissão pode obter todas as informações necessárias de quaisquer entidades e instituições que se mostrem essenciais para o desenvolvimento das suas funções.

2 – A Comissão, para o exercício das suas funções, pode consultar peritos e especialistas nas matérias conexas com as suas atribuições.

3 – Quando solicitado, a Comissão pode fornecer informações estatísticas, a pedido fundamentado, não podendo em caso algum constar de tais informações quaisquer dados respeitantes aos doentes e à equipa médica envolvida.

Artigo 29.º

Dever de Sigilo

Os membros da Comissão devem guardar segredo sobre todos os factos cujo conhecimento lhes advenha do exercício das suas funções na Comissão.

Capítulo VI

Disposições particulares

Artigo 30.º

Sigilo profissional

Todos os profissionais de saúde que tenham, directa ou indirectamente, participado no processo de morte medicamente assistida estão obrigados a guardar sigilo profissional sobre todos os factos cujo conhecimento lhes advenha do exercício das suas funções.

Artigo 31.º

Objecção de consciência

1 – Em cumprimento do previsto nos respectivos códigos deontológicos, é assegurado aos médicos e demais profissionais de saúde o direito à objecção de consciência relativamente a quaisquer actos respeitantes à morte medicamente assistida.

2 - Uma vez invocada a objecção de consciência, a mesma produz necessariamente efeitos independentemente da natureza dos estabelecimentos de saúde em que o objector preste serviço.

3 - A objecção de consciência é declarada em documento assinado pelo objector, o qual deve ser apresentado, conforme os casos, ao director clínico ou ao director de enfermagem de todos os estabelecimentos de saúde onde o objector preste serviço e em que se pratique morte medicamente assistida, devendo ser remetido cópia do mesmo à ordem profissional.

4 – A recusa do médico e demais profissionais de saúde de praticar os actos previstos na presente lei por motivos de objecção de consciência deve ser comunicada ao paciente no prazo de 24h, devendo ser especificados os motivos que justificam a recusa do pedido.

Capítulo VII

Alterações legislativas

Artigo 32.º

Alteração ao Código Penal

Os artigos 134.º e 135.º do Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de Março, passam a ter a seguinte redacção:

Artigo 134.º

Homicídio a pedido da vítima

1 – [...].

2 – [...].

3 – O disposto no presente artigo não é aplicável se o agente, enquanto médico, actuou determinado por um pedido sério, instante e expresso, encontrando-se o paciente em situação clínica irreversível e em grande sofrimento, nos exactos termos previstos em legislação especial que regula o exercício da morte medicamente assistida.

Artigo 135.º

Incitamento ou ajuda ao suicídio

1 – [...].

2 – [...].

3 – O disposto no presente artigo não é aplicável aos casos em que o agente, na qualidade de médico, prestou auxílio ao suicídio de paciente, determinado por um pedido sério, instante e expresso, encontrando-se este em situação clínica irreversível e em grande sofrimento, nos exactos termos previstos em legislação especial que regula o exercício da morte medicamente assistida.

Capítulo VIII

Disposições finais

Artigo 33.º

Regulamentação

A presente lei deverá ser regulamentada no prazo máximo de 180 dias após a sua publicação.

Artigo 34.º

Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor no prazo de 30 dias, a contar da data da sua publicação.

Assembleia da República, 21 de Fevereiro de 2017

O Deputado,

André Silva