DECRETO N.º 109/XIV

Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea *c*) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

Capítulo I
Disposições gerais e enquadramento penal

Artigo 1.º
Objeto

A presente lei regula as condições especiais em que a antecipação da morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal.

Artigo 2.º
Antecipação da morte medicamente assistida não punível

1– Para efeitos da presente lei, considera-se antecipação da morte medicamente assistida não punível a que ocorre por decisão da própria pessoa, maior, cuja vontade seja atual e reiterada, séria, livre e esclarecida, em situação de sofrimento intolerável, com lesão definitiva de gravidade extrema de acordo com o consenso científico ou doença incurável e fatal, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde.

2– Para efeitos da presente lei, consideram-se legítimos apenas os pedidos de antecipação da morte apresentados por cidadãos nacionais ou legalmente residentes em território nacional.

3– O pedido subjacente à decisão prevista no n.º 1 obedece a procedimento clínico e legal, de acordo com o disposto na presente lei.

4– O pedido pode ser livremente revogado a qualquer momento, nos termos do artigo 11.º.

Capítulo II
Procedimento

Artigo 3.º
Abertura do procedimento clínico

1 – O pedido de abertura do procedimento clínico de antecipação da morte é efetuado por pessoa que preenche os requisitos previstos no artigo anterior, doravante designada por «doente», em documento escrito, datado e assinado pelo próprio, ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 10.º, a ser integrado em Registo Clínico Especial (RCE) criado para o efeito.

2 – O pedido é dirigido ao médico escolhido pelo doente, doravante designado por «médico orientador», que pode ser ou ter sido o médico pessoal ou de família do doente e que pode ser especialista na patologia que afete o doente.

3 – O médico orientador deve obrigatoriamente aceder ao historial clínico do doente e assumi-lo como elemento essencial do seu parecer, emitido nos termos do artigo 4.º.

4 – Não são admitidos os pedidos de doentes sujeitos a processo judicial para aplicação do regime do maior acompanhado, enquanto o mesmo se encontrar pendente, sendo o procedimento de antecipação da morte imediatamente suspenso quando o processo judicial for instaurado posteriormente à apresentação do pedido e enquanto o mesmo decorra, independentemente da fase em que o procedimento de antecipação da morte se encontre.

5 – Ao doente é sempre garantido, querendo, o acesso a cuidados paliativos.

Artigo 4.º

Parecer do médico orientador

1– O médico orientador emite parecer fundamentado sobre se o doente cumpre todos os requisitos referidos no artigo 2.º e presta-lhe toda a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta, os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, designadamente na área dos cuidados paliativos, e o respetivo prognóstico, após o que verifica se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada.

2 – A informação e o parecer prestados pelo médico e a declaração do doente, assinados por ambos, integram o RCE.

3 – Se o parecer do médico orientador não for favorável à antecipação da morte do doente, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado e o doente é informado dessa decisão e dos seus fundamentos pelo médico orientador, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 3.º.

Artigo 5.º

Confirmação por médico especialista

1 – Após o parecer favorável do médico orientador, este procede à consulta de outro médico, especialista na patologia que afeta o doente, cujo parecer confirma ou não que estão reunidas as condições referidas no artigo anterior, o diagnóstico e prognóstico da situação clínica e a natureza incurável da doença ou a condição definitiva da lesão.

2 – O parecer fundamentado do médico especialista é emitido por escrito, datado e assinado por ele e integra o RCE.

3 – Se o parecer do médico especialista não for favorável à antecipação da morte do doente, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado e o doente é informado dessa decisão e dos seus fundamentos pelo médico orientador, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 3.º.

4 – No caso de parecer favorável do médico especialista, o médico orientador informa o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão do doente ser registada por escrito, datada e assinada pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 10.º, e, juntamente com o parecer ou pareceres alternativos emitidos pelo médico ou médicos especialistas, integrar o RCE.

5 – Caso o doente padeça de mais do que uma lesão definitiva ou doença incurável e fatal, o médico orientador decide qual a especialidade médica a consultar.

Artigo 6.º

Confirmação por médico especialista em psiquiatria

1 – É obrigatório o parecer de um médico especialista em psiquiatria, sempre que ocorra uma das seguintes situações:

a) O médico orientador e/ou o médico especialista tenham dúvidas sobre a capacidade da pessoa para solicitar a antecipação da morte revelando uma vontade séria, livre e esclarecida;

b) O médico orientador e/ou o médico especialista admitam que a pessoa seja portadora de perturbação psíquica ou condição médica que afete a sua capacidade de tomar decisões.

2 – Se o médico especialista em psiquiatria confirmar qualquer uma das situações referidas no número anterior, o procedimento em curso é cancelado, sendo o doente informado dessa decisão e dos seus fundamentos, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 3.º.

3 – O parecer do médico especialista em psiquiatria é emitido por escrito, datado e assinado pelo próprio e integra o RCE.

4 – A avaliação necessária para a elaboração do parecer referido no n.º 1 envolve, sempre que a condição específica do doente assim o exija, a colaboração de um especialista em psicologia clínica.

5 – No caso de parecer favorável do médico especialista em psiquiatria, este, acompanhado do médico orientador, deve informar o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se o doente mantém e reitera a sua vontade, devendo a decisão consciente e expressa deste ser registada em documento escrito, datado e assinado pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 10.º, o qual integra o RCE.

Artigo 7.º

Parecer da Comissão de Verificação e Avaliação

1 – Nos casos em que se apresentem os pareceres favoráveis nos termos dos artigos anteriores, reconfirmada a vontade do doente, o médico orientador remete cópia do RCE para a Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte (CVA), prevista no artigo 23.º, solicitando parecer sobre o cumprimento dos requisitos e das fases anteriores do procedimento, que é elaborado no prazo máximo de 5 dias úteis.

2 – Quando a CVA tiver dúvidas sobre se estão reunidas as condições previstas na presente lei para a prática da morte medicamente assistida, deve convocar os médicos envolvidos no procedimento para prestar declarações, podendo ainda solicitar a remessa de documentos adicionais que considere necessários.

3 – Em caso de parecer desfavorável da CVA, o procedimento em curso é cancelado, podendo ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 3.º.

4 – No caso de parecer favorável da CVA, o médico orientador deve informar o doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica novamente se este mantém e reitera a sua vontade, devendo a sua decisão consciente e expressa ser registada em documento escrito, datado e assinado pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 10.º, o qual integra o RCE.

Artigo 8.º

Concretização da decisão do doente

1 – Mediante parecer favorável da CVA, o médico orientador, de acordo com a vontade do doente, combina o dia, hora, local e método a utilizar para a antecipação da morte.

2 – O médico orientador informa e esclarece o doente sobre os métodos disponíveis para praticar a antecipação da morte, designadamente a autoadministração de fármacos letais pelo próprio doente ou a administração pelo médico ou profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito mas sob supervisão médica, sendo a decisão da responsabilidade exclusiva do doente.

3 – A decisão referida no número anterior deve ser consignada por escrito, datada e assinada pelo doente, ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 10.º, e integrada no RCE, sem prejuízo do disposto no n.º 4 do artigo 2.º.

4 – Após a consignação da decisão, o médico orientador remete cópia do RCE respetivo para a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), que pode acompanhar presencialmente o procedimento de concretização da decisão do doente.

5 – No caso de o doente ficar inconsciente antes da data marcada para a antecipação da morte, o procedimento é interrompido e não se realiza, salvo se o doente recuperar a consciência e mantiver a sua decisão.

Artigo 9.º

Administração dos fármacos letais

1 – Além do médico orientador e outro profissional de saúde, obrigatoriamente presentes aquando da administração dos fármacos letais, podem estar presentes outros profissionais de saúde por indicação do médico orientador, assim como pessoas indicadas pelo doente, desde que o médico orientador considere que existem condições clínicas e de conforto adequadas.

2 – Imediatamente antes de se iniciar a administração ou autoadministração dos fármacos letais, o médico orientador deve confirmar se o doente mantém a vontade de antecipar a sua morte, na presença de uma ou mais testemunhas, devidamente identificadas no RCE.

3 – Caso o doente não confirme expressamente a sua vontade de antecipar a morte, nomeadamente se manifestar qualquer dúvida, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado, o que é inscrito em documento escrito, datado e assinado pelo médico orientador, integrando o RCE, podendo o procedimento ser reiniciado com novo pedido de abertura, nos termos do artigo 3.º.

4 – No caso previsto no número anterior, deve ser entregue ao doente o respetivo RCE, devendo uma cópia ser anexada ao seu processo clínico e outra enviada para a CVA com o respetivo Relatório Final do médico orientador, nos termos do artigo 16.º.

Artigo 10.º

Decisão pessoal e indelegável

1 – A decisão do doente em qualquer fase do procedimento clínico de antecipação da morte é estritamente pessoal e indelegável.

2 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, caso o doente que solicita a antecipação da morte não saiba ou esteja impossibilitado fisicamente de escrever e assinar, pode, em todas as fases do procedimento em que seja requerido, fazer-se substituir por pessoa da sua confiança, por si designada apenas para esse efeito, aplicando-se as regras do reconhecimento de assinatura a rogo na presença de profissional legalmente competente, devendo a assinatura ser efetuada na presença do médico orientador, com referência expressa a essa circunstância, e na presença de uma ou mais testemunhas.

3 – A pessoa designada pelo doente para o substituir nos termos do número anterior não pode vir a obter benefício direto ou indireto da morte do doente, nomeadamente vantagem patrimonial, nem ter interesse sucessório.

Artigo 11.º

Revogação

1 – A revogação do pedido de antecipar a morte cancela o procedimento clínico em curso, devendo a decisão ser inscrita no RCE pelo médico orientador.

2 – Mediante a revogação do pedido é entregue ao doente o respetivo RCE, devendo ser anexada uma cópia ao seu processo clínico com o Relatório Final do médico orientador.

Artigo 12.º

Locais autorizados

1 – A escolha do local para a prática da morte medicamente assistida cabe ao doente.

2 – O ato de antecipação da morte pode ser praticado nos estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde e dos setores privado e social que estejam devidamente licenciados e autorizados para a prática de cuidados de saúde, disponham de internamento e de local adequado e com acesso reservado.

3 – Caso a escolha do doente recaia sobre local diferente dos referidos no número anterior, deve o médico orientador certificar que o mesmo dispõe de condições clínicas e de conforto adequadas para o efeito.

Artigo 13.º
Acompanhamento

Além do médico orientador e de outros profissionais de saúde envolvidos no ato de antecipação da morte, podem estar presentes, também para os efeitos previstos no n.º 2 do artigo 9.º, as pessoas indicadas pelo doente.

Artigo 14.º
Verificação da morte e certificação do óbito

A verificação da morte e a certificação do óbito obedecem à legislação em vigor, devendo as respetivas cópias ser arquivadas no RCE.

Artigo 15.º
Registo Clínico Especial

1– O RCE inicia-se com o pedido de antecipação da morte redigido pelo doente, ou pela pessoa por si designada nos termos do n.º 2 do artigo 10.º, e dele devem constar, entre outros, os seguintes elementos:

a) Todas as informações clínicas relativas ao procedimento em curso;
b) Os pareceres e relatórios apresentados pelos médicos e outros profissionais de saúde intervenientes no processo;
c) O parecer da CVA;
d) As decisões do doente sobre a continuação do procedimento ou a revogação do pedido;
e) A decisão do doente sobre o método de antecipação da morte;

f) Todas as demais ocorrências consideradas relevantes.

2– Concluído o procedimento ou cancelado por revogação do pedido do doente, decisão médica ou seguindo parecer da CVA, o RCE é anexado ao Relatório Final, devendo ser anexada uma cópia ao processo clínico do doente.

3– O médico orientador é responsável pelo RCE, nele integrando os documentos a que se refere o n.º 1.

4– O doente tem acesso ao RCE sempre que o solicite ao médico orientador.

5– O modelo de RCE é estabelecido em regulamentação a aprovar pelo Governo.

Artigo 16.º

Relatório Final

1– O médico orientador elabora, no prazo de 15 dias após a morte, o respetivo Relatório Final, ao qual é anexado o RCE, que remete à CVA e à IGAS.

2– A obrigação de apresentação do Relatório Final mantém-se nos casos em que o procedimento é encerrado sem que tenha ocorrido a antecipação da morte do doente, seja por revogação do doente seja por decisão médica ou parecer desfavorável da CVA.

3– Do Relatório Final devem constar, entre outros, os seguintes elementos:

a) A identificação do doente e dos médicos e outros profissionais intervenientes no processo, incluindo os que praticaram ou ajudaram à antecipação da morte, e das pessoas consultadas durante o procedimento;

b) Os elementos que confirmam o cumprimento dos requisitos exigidos pela presente lei para a antecipação da morte;

c) A informação sobre o estado clínico, nomeadamente sobre o diagnóstico e prognóstico, com explicitação da natureza incurável e fatal da doença ou da condição definitiva da lesão e das características e intensidade previsível do sofrimento;

d) O método e os fármacos letais utilizados;

e) Data, hora e local onde se praticou a antecipação da morte e a identificação dos presentes;
f) Os fundamentos do encerramento do procedimento.

4– O modelo de Relatório Final é estabelecido em regulamentação a aprovar pelo Governo.

Capítulo III
Direitos e deveres dos profissionais de saúde

Artigo 17.º
Profissionais de saúde habilitados

1 – Os profissionais de saúde inscritos na Ordem dos Médicos e também os inscritos na Ordem dos Enfermeiros podem praticar ou ajudar ao ato de antecipação da morte, excluindo-se aqueles que possam vir a obter qualquer benefício direto ou indireto da morte do doente, nomeadamente vantagem patrimonial.

2 – Para efeitos da prossecução do ato de antecipação da morte, os profissionais de saúde referidos no número anterior devem verificar previamente a existência de prescrição dos fármacos necessários, efetuada nos termos legais aplicáveis.

3 – Aos profissionais de saúde envolvidos no procedimento de antecipação da morte é disponibilizado, sempre que solicitado, apoio psicológico.

Artigo 18.º
Deveres dos profissionais de saúde

No decurso do procedimento clínico de antecipação da morte, os médicos e outros profissionais de saúde que nele intervêm devem respeitar os seguintes deveres:

a) Informar o doente de forma objetiva, compreensível, rigorosa, completa e verdadeira sobre o diagnóstico, tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, resultados previsíveis, prognóstico e esperança de vida da sua condição clínica;

b) Informar o doente sobre o seu direito de revogar a qualquer momento a sua decisão de antecipar a morte;
c) Informar o doente sobre os métodos de administração ou autoadministração dos fármacos letais para que aquele possa escolher e decidir de forma esclarecida e consciente;
d) Assegurar que a decisão do doente é livre, esclarecida e informada;
e) Auscultar com periodicidade e frequência a vontade do doente;
f) Dialogar com os profissionais de saúde que prestam cuidados ao doente e, se autorizado pelo mesmo, com os seus familiares e amigos;
g) Falar com o procurador de cuidados de saúde, no caso de ter sido nomeado e se para tal for autorizado pelo doente;
h) Assegurar as condições para que o doente possa contactar as pessoas com quem o pretenda fazer;
i) Assegurar o acompanhamento psicológico do doente.

Artigo 19.º
Sigilo profissional e confidencialidade da informação

1 – Todos os profissionais que, direta ou indiretamente, participam no procedimento de antecipação da morte estão obrigados a observar sigilo profissional relativamente a todos os atos, factos ou informações de que tenham conhecimento no exercício das suas funções nesse âmbito, respeitando a confidencialidade da informação a que tenham tido acesso, de acordo com a legislação em vigor.
2 – O acesso, proteção e tratamento da informação relacionada com o procedimento de antecipação da morte processam-se de acordo com a legislação em vigor.

Artigo 20.º

Objeção de consciência

1 – Nenhum profissional de saúde pode ser obrigado a praticar ou ajudar ao ato de antecipação da morte de um doente se, por motivos clínicos, éticos ou de qualquer outra natureza, entender não o dever fazer, sendo assegurado o direito à objeção de consciência a todos os que o invoquem.

2 – A recusa do profissional deve ser comunicada ao doente num prazo não superior a 24 horas e deve especificar a natureza das razões que a motivam, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.

3 – A objeção de consciência é manifestada em documento assinado pelo objetor, dirigido ao responsável do estabelecimento de saúde onde o doente está a ser assistido e o objetor presta serviço, se for o caso, e com cópia à respetiva ordem profissional.

4 – A objeção de consciência é válida e aplica-se em todos os estabelecimentos de saúde e locais de trabalho onde o objetor exerça a sua profissão.

5 – A objeção de consciência pode ser invocada a todo o tempo e não carece de fundamentação.

Artigo 21.º

Responsabilidade disciplinar

Os profissionais de saúde não podem ser sujeitos a responsabilidade disciplinar pela sua participação no procedimento clínico de antecipação da morte, conquanto cumpram todas as condições e deveres estabelecidos na presente lei.

Capítulo IV
Fiscalização e avaliação

Artigo 22.º
Fiscalização

1 – Compete à IGAS a fiscalização dos procedimentos clínicos de antecipação de morte nos termos da presente lei.

2 – Em caso de incumprimento da presente lei, a IGAS pode, fundamentadamente, determinar a suspensão ou o cancelamento de procedimento em curso.

Artigo 23.º
Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte

Para cumprimento do disposto no n.º 1 do artigo 7.º e avaliação da aplicação da presente lei, é criada a Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Antecipação da Morte (CVA).

Artigo 24.º
Composição e funcionamento da Comissão

1– A CVA é composta por cinco personalidades de reconhecido mérito que garantam especial qualificação nas áreas de conhecimento relacionadas com a aplicação da presente lei, designadas da seguinte forma:

a) Um jurista indicado pelo Conselho Superior da Magistratura;
b) Um jurista indicado pelo Conselho Superior do Ministério Público;
c) Um médico indicado pela Ordem dos Médicos;
d) Um enfermeiro indicado pela Ordem dos Enfermeiros;

e) Um especialista em bioética indicado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

2– Não podem integrar a CVA os profissionais de saúde, referidos nas alíneas *c)* e *d)* do número anterior, que tenham manifestado objeção de consciência nos termos do artigo 20.º.

3– O mandato dos membros da CVA é de cinco anos, renovável por um único período.

4– A CVA elabora e aprova o seu regulamento interno e elege, de entre os seus membros, um presidente.

5– A CVA funciona no âmbito da Assembleia da República, que assegura os encargos com o seu funcionamento e o apoio técnico e administrativo necessários.

6 – Os membros da CVA não são remunerados pelo exercício das suas funções, tendo direito a senhas de presença por cada reunião em que participam de montante a definir por despacho do Presidente da Assembleia da República e, bem assim, a ajudas de custo e a requisições de transporte nos termos da lei geral.

Artigo 25.º

Verificação

1 – A CVA avalia a conformidade do procedimento clínico de antecipação da morte, através de parecer prévio, nos termos do artigo 7.º, e através de relatório de avaliação, nos termos do número seguinte.

2 – Uma vez recebido o Relatório Final do processo de antecipação da morte, que inclui o respetivo RCE, a CVA examina o seu conteúdo e avalia, no prazo de cinco dias após essa receção, os termos em que as condições e procedimentos estabelecidos na presente lei foram cumpridos.

3 – Nos casos em que a deliberação prevista no número anterior seja de desconformidade com os requisitos estabelecidos pela presente lei, a CVA remete o relatório ao Ministério Público para os devidos efeitos e às respetivas ordens dos profissionais envolvidos para efeitos de eventual processo disciplinar.

Artigo 26.º

Avaliação

1– A CVA apresenta, anualmente, à Assembleia da República, um relatório de avaliação da aplicação da presente lei, com informação estatística detalhada sobre todos os elementos relevantes dos processos de antecipação da morte e que pode conter recomendações.

2– Para elaboração do relatório são avaliados, com garantia de anonimato e confidencialidade, os relatórios finais e respetivos RCE remetidos à CVA pelos médicos orientadores, que devem prestar todos os esclarecimentos adicionais que esta lhes solicite.

3 – A IGAS presta à CVA as informações solicitadas sobre os procedimentos de fiscalização realizados relativamente ao cumprimento da presente lei.

Capítulo V

Alteração legislativa

Artigo 27.º

Alteração ao Código Penal

Os artigos 134.º, 135.º e 139.º do Código Penal passam a ter a seguinte redação:

«Artigo 134.º

[…]

1 – […].

2 – […].

3 – A conduta não é punível quando realizada no cumprimento das condições estabelecidas na Lei n.º xxx.

Artigo 135.º

[…]

1 – […].

2 – […].

3 – A conduta não é punível quando realizada no cumprimento das condições estabelecidas na Lei n.º xxx.

Artigo 139.º

[…]

1 – (*Atual corpo do artigo*).

2 – Não é punido o médico ou enfermeiro que, não incitando nem fazendo propaganda, apenas preste informação, a pedido expresso de outra pessoa, sobre o suicídio medicamente assistido, de acordo com o n.º 3 do artigo 135.º.»

Capítulo VI
Disposições finais e transitórias

Artigo 28.º
Seguro de vida

1 – Para efeitos do contrato de seguro de vida, a antecipação da morte não é fator de exclusão.

2 – Os profissionais de saúde que participam, a qualquer título, no procedimento clínico de antecipação da morte de uma pessoa segura perdem o direito a quaisquer prestações contratualizadas.

3 – Para efeitos de definição de causa de morte da pessoa segura, deve constar da certidão de óbito a antecipação da morte.

4 – Uma vez iniciado o procedimento clínico de antecipação da morte, a pessoa segura não pode proceder à alteração das cláusulas de designação dos beneficiários.

Artigo 29.º

Sítio da *Internet*

A Direção-Geral da Saúde disponibiliza, no seu sítio da *Internet*, uma área destinada a informação sobre a realização da antecipação da morte medicamente assistida não punível, com os seguintes campos:

a) Informação sobre o procedimento clínico de antecipação da morte;
b) Formulários e documentos normalizados;
c) Legislação aplicável.

Artigo 30.º

Regulamentação

O Governo aprova, no prazo máximo de 90 dias após a publicação da presente lei, a respetiva regulamentação.

Artigo 31.º

Disposição transitória

Nos dois primeiros anos de vigência da presente lei, a CVA apresenta semestralmente à Assembleia da República o relatório de avaliação a que se refere o n.º 1 do artigo 26.º.

Artigo 32.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor 30 dias após a publicação da respetiva regulamentação.

Aprovado em 29 de janeiro de 2021

O PRESIDENTE DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA,

(Eduardo Ferro Rodrigues)