



Projeto de Lei nº 195/XIV/1ª

REGULA A ANTECIPAÇÃO DO FIM DA VIDA,
DE FORMA DIGNA, CONSCIENTE E MEDICAMENTE ASSISTIDA

Exposição de Motivos

A Iniciativa Liberal nasceu para defender intransigentemente o direito de cada cidadão “pensar o que quiser, de exprimir o que pensa como quiser, e de pôr em prática o que pensa como quiser, desde que essa expressão ou essa prática não infrinja diretamente a igual liberdade de qualquer outro indivíduo.”¹

Estes princípios, que representam nada mais do que a liberdade individual de qualquer cidadão de criar a sua própria personalidade e de poder, sem entraves, escolher o caminho ao longo da sua existência, não podem ser ignorados quando a vida chega ao seu fim.

As escolhas livres e conscientes que cada pessoa faz ao longo da sua história podem ter diferentes motivações – um cidadão pode ser movido, em diferentes momentos, pela busca da felicidade própria ou da de terceiros, pelo desejo de conforto material, pelo desejo de reconhecimento, pela tentativa de obter sucesso profissional ou familiar de acordo com as suas próprias definições, pela vontade altruísta de construir um mundo melhor para terceiros ou por qualquer outra razão que lhe comprazer. Uma forte motivação para uma escolha de um cidadão livre, informado e consciente pode ser a vontade de pôr fim a uma situação de sofrimento. Essa mesma decisão só pode ser encarada como uma questão do foro íntimo, pessoalíssimo, de cada ser humano.

Numa sociedade caracterizada pelo respeito perante a vontade dos seus cidadãos, será sempre inadmissível tratar a antecipação da morte medicamente assistida como uma questão pública, deslocando o poder de decisão do indivíduo para o coletivo.

A defesa da Liberdade Individual não pode ser apenas uma tentativa de proteção dos cidadãos contra ingerências da Autoridade ou contra agressões de terceiros (liberdades negativas). É também necessário garantir que os cidadãos possam exercer a sua Vontade individual, as suas liberdades positivas – desde que o consubstanciar destas vontades não

¹ Fernando Pessoa

represente uma limitação às liberdades negativas de outros cidadãos. Importa, por isso, dizer que o facto de se enquadrar juridicamente um determinado direito não implica qualquer tipo de promoção ou incentivo à utilização do mesmo. A nossa pretensão, e é preciosa, é a de que direitos individuais não sejam interditados e sancionados por falta de enquadramento.

Não cabe ao Estado, através do Direito Penal, impor padrões morais aos indivíduos. Assim, a descriminalização proposta pelo presente diploma cobre apenas condutas que não merecem essa tutela penal, nem a consequente privação de liberdade dos indivíduos que as pratiquem; ao contrário, são decisões provindas de uma esfera íntima individual que o Estado não pode violar.

Entendemos que deve ser garantido às pessoas que, padecendo de lesão definitiva ou doença incurável e fatal, e que se encontram em sofrimento duradouro a possibilidade de anteciparem o fim da própria vida duma forma mais digna, o que, para muitos, significará uma morte pacífica, nos seus próprios termos. Tal não pode significar a substituição da rede de cuidados paliativos por este procedimento. Estes devem continuar a ser assegurados a todos os cidadãos incluindo, e especialmente, àqueles que, reunindo as condições jurídicas para pedir a antecipação da morte, escolham não o fazer.

Definir a vontade que pode dar início a um procedimento de antecipação da morte e como a ajuda pode ser praticada neste procedimento reveste a maior importância. Da mesma forma que o ordenamento jurídico português exige formas qualificadas para a realização de certos atos e negócios jurídicos que, em matéria de importância, não se podem comparar à opção pela antecipação da morte, a morte assistida não pode, de modo algum, operar-se num quadro legislativo simplista. Porém, e contrariamente aos atos e negócios jurídicos mencionados, na antecipação da morte há necessidade de garantir a possibilidade de revogação, a todo o tempo, da decisão de iniciar o procedimento, e que essa revogação seja o menos onerosa e formal possível, de forma a que a livre revogação o seja verdadeiramente, e haja o máximo de garantias possível de que qualquer pessoa que antecipou a sua morte o desejava inequivocamente.

Deste modo, prevêem-se diversos momentos em que a vontade do indivíduo de continuar com o procedimento é objeto de indagação. Assim, cada pessoa que decide pela antecipação da morte é consultada por, pelo menos, dois médicos. Assegura-se assim, por conseguinte, que se não se cumprirem os requisitos legais ou no caso de a pessoa manifestar dúvidas em relação à sua execução, o procedimento seja imediatamente cancelado.

Neste sentido, para assegurar uma decisão o mais esclarecida possível, à pessoa que requer a antecipação da morte são garantidos dois períodos de reflexão, um imediatamente após o pedido, e outro entre o agendamento e a administração do fármaco letal, durante os quais lhe é obrigatoriamente prestado apoio psicológico.

Assegura-se ainda a isenção de todo o processo, através da garantia de que os profissionais de saúde intervenientes não têm qualquer interesse patrimonial ou sucessório na morte da pessoa que decidiu pela antecipação da morte. A isenção do processo é também assegurada por uma Comissão expressamente criada para avaliar, antes e depois da administração do fármaco letal, o cumprimento das condições legais, quer relativas à capacidade de tomar decisões de quem requereu a antecipação da morte, quer relativas ao seu estado clínico, bem como à sua Vontade durante o procedimento.

Ademais, tem que existir uma garantia formal de que a decisão é consciente e expressa, manifestando Vontade atual, livre, séria e esclarecida da própria pessoa:

- i. “Vontade atual” significa que durante todo o procedimento da antecipação do fim de Vida a pessoa não fica sujeita a uma vontade expressa no passado e que poderá já não corresponder à vontade presente.
- ii. “Vontade livre” significa que a decisão é tomada na ausência de coação ou sugestão pela família, pela comunidade clínica ou por outros, e não resulta da solidão, de depressão, de razões económicas, ou de um sentimento de que a pessoa constitui um encargo para a família ou para terceiros
- iii. “Vontade séria” significa que a pessoa corporiza uma intenção vinculativa e que o seu entendimento não se encontra viciado por qualquer constrangimento externo que condicione o processo decisório.
- iv. “Vontade expressa” significa que existiu um formalismo na decisão que nunca pode ser tácito ou presumido, que é assegurado e garantido através da existência de testemunhas e de documento autêntico ou autenticado por notário.
- v. “Vontade esclarecida” significa que é necessário apurar e garantir que, aquando da declaração de vontade e do pedido de ajuda, a pessoa não se encontra em erro quanto às circunstâncias da sua existência ou das perspetivas da sua cura ao momento da decisão. Vontade esclarecida implica, também, que exista acompanhamento psicológico da parte de uma equipa de profissionais devidamente formados e qualificados para esse fim. Finalmente, para se considerar que existe vontade esclarecida que a pessoas é capaz de compreender a sua decisão e o respetivo alcance, não sendo admitida a vontade

de menores ou portadores de perturbação psíquica que afete a sua capacidade de tomar decisões.

vi. Vontade Própria significa que a declaração corresponde inequivocamente à vontade do doente, e que a pessoalidade da decisão é assegurada.

Mais ainda, em nenhuma situação pode ser concebível que da decisão individual de um cidadão de terminar com a sua vida resulte uma qualquer imposição para qualquer outro cidadão. Existindo muitas razões, sejam elas de índole cultural, religiosa ou pessoal, para que qualquer pessoa se oponha a colaborar com a morte de alguém, a participação em atos de antecipação da morte medicamente assistida não pode ficar refém de obrigações de trabalho ou de decisões assentes em relações hierárquicas.

Desta forma, é garantida, a todos os profissionais de saúde envolvidos no procedimento de antecipação da morte, o recurso à objeção de consciência, materializada na possibilidade de recusa a priori de participação e no direito de arrependimento a todo o tempo, que deve ser rigorosamente guardada e garantida. O acesso a apoio psicológico por parte dos profissionais de saúde envolvidos no procedimento não pode, igualmente, deixar de ser assegurado.

Os processos de morte assistida devem ser solenes e formais, tendo em conta a sua importância. Em caso algum o processo ou o ato de morte assistida poderá ser encarado, por quem quer que seja e, sobretudo, pelos respetivos participantes, com leviandade. Os requerentes deverão estar informados do procedimento e das suas consequências.

Os meios de efetivação da morte assistida deverão sempre garantir, acima de tudo e sem qualquer concessão, a dignidade da pessoa humana, traduzida no devido respeito, acompanhamento, conforto e carinho, estendido ao Requerente, aos seus familiares e/ou pessoas próximas.

A sociedade Portuguesa tem como princípios basilares a identidade pessoal, a liberdade responsável, a autonomia crítica e a individualidade. Cabe ao indivíduo opinar e assumir a sua posição em relação aos mais variados assuntos. No entanto, todos sabemos que as posições que vamos assumindo ao longo da vida não são estanques e imutáveis. A liberdade de questionar e a liberdade de mudar estão no âmago da superlativa riqueza do ser humano e no centro duma sociedade plural e democrática.

Esta consideração assume especial relevância quando se trata, como aqui, no final, de uma decisão irreversível, da mais elevada importância, tomada, em muitas circunstâncias, em momentos da mais profunda angústia pessoal, familiar e social.

Não podemos ignorar o facto de os profissionais de saúde estarem sujeitos a pressões e influências impróprias motivadas por interesses, quer do Estado, muitas vezes seu empregador, quer de índole religiosa, científica, comercial e económica, pelo que importa permanecer sempre vigilante contra ameaças aos doentes, nomeadamente aos mais vulneráveis. Esta vigilância deverá constituir o epicentro das responsabilidades dos profissionais de saúde e demais envolvidos no processo de decisão e execução da morte assistida, devendo passar pela constante e sempiterna afirmação de imperativos éticos e morais, que, por mais variáveis que sejam ao longo dos tempos, devem sempre conferir prioridade à dignidade humana.

Há uma tensão evidente entre a liberdade de cada um exercer o ato supremo de disposição sobre a sua pessoa e o poder ao qual se confere a concretização dessa decisão. Há que garantir que a sociedade portuguesa de hoje, ao prever a possibilidade da antecipação da morte dentro de estritos requisitos, não irá envergonhar a sociedade portuguesa de amanhã, se transpuser as limitações médicas, materiais e filosóficas que ora nos fazem refletir esta possibilidade.

Assim, nos termos constitucionais e regimentais aplicáveis, o Deputado Único Representante da Iniciativa Liberal apresenta o seguinte Projeto de Lei:

Artigo 1.º

Objeto

O presente diploma define e regula as condições em que a antecipação da morte por decisão consciente e expressa, manifestando vontade atual, livre, séria e esclarecida da própria pessoa que, padecendo de lesão definitiva ou doença incurável e fatal, esteja em sofrimento duradouro e insuportável, quando praticada ou assistida por profissionais de saúde, não é punível.

CAPÍTULO I – DO PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DA MORTE

Artigo 2.º

Do pedido de antecipação da morte

1. O pedido de antecipação da morte dá origem a um procedimento clínico de antecipação da morte se:
 - a) Corresponder a uma vontade atual, livre, séria e esclarecida da própria pessoa, não resultante de qualquer interferência ou coação externa;
 - b) Feito por alguém que:
 - i. Padecendo de lesão definitiva ou doença incurável e fatal, esteja em sofrimento duradouro e insuportável;
 - ii. Seja maior, capaz de entender o sentido e o alcance do pedido e consciente no momento da sua formulação;
 - iii. Não seja portador de perturbação psíquica que afete a sua capacidade de tomar decisões;
 - iv. Seja cidadão nacional, residente legal ou apátrida.
2. O pedido é dirigido ao médico escolhido pela pessoa que cumpra os requisitos previstos no número anterior, doravante designado por 'Médico Responsável', que pode ou não ser ou ter sido o médico pessoal ou de família daquela e que pode ou não ser especialista na patologia que a afete, o qual presta o esclarecimento e informação adequados sobre o procedimento clínico e sobre as alternativas de tratamento aplicáveis e viáveis, nomeadamente cuidados paliativos.
3. É garantido à pessoa que cumpra os requisitos previstos no número 1 do presente artigo, como alternativa à antecipação da morte, o acesso a cuidados paliativos.
4. Após informação prestada pelo Médico Responsável nos termos do número 2 do presente artigo, e decorridos, pelo menos, três dias de período de reflexão, durante o qual é obrigatório o acompanhamento psicológico, a pessoa que pediu a antecipação da morte decide dar ou não início ao procedimento clínico de antecipação da morte.
5. O pedido e decisão de antecipação da morte podem ser livremente revogados a qualquer momento, nos termos do artigo 11.º.

CAPÍTULO II – DO PROCEDIMENTO CLÍNICO DE ANTECIPAÇÃO DA MORTE

Artigo 3.º

Decisão do Doente

1. A abertura do procedimento clínico de antecipação da morte dá-se por decisão consciente e expressa da pessoa que preencha os requisitos do artigo anterior, doravante designada por 'Doente', expressa em documento autêntico ou autenticado por notário, escrito, datado e assinado pelo próprio na presença do Médico Responsável, a ser integrado no Dossiê Clínico, nos termos do artigo 14.º.
2. Caso o Doente que decide iniciar o procedimento antecipação da morte esteja impossibilitado de escrever e assinar o documento referido no número anterior, pode fazer-se substituir por pessoa da sua confiança e por si designada para esse efeito, nos termos previstos nos números 2 e 3 do artigo 10.º.
3. O documento referido nos números anteriores tem de conter, pelo menos:
 - a) Nome completo, idade, sexo, morada e estado clínico do Doente;
 - b) A descrição fundamentada sobre o preenchimento dos requisitos previstos no artigo 2.º da presente lei;
 - c) Opção pela autoadministração de fármacos letais pelo próprio Doente ou administração por um médico, sendo a decisão da responsabilidade exclusiva do Doente, nos termos do número 2 do artigo 8.º.

Artigo 4.º

Parecer do Médico Responsável

1. O médico referido no n.º 2 do artigo 2.º:
 - a) Verifica se o Doente cumpre todos os requisitos referidos no artigo 2.º, reunindo para tal toda a informação clínica que lhe for possível obter, a qual deve ser integrada no Dossiê Clínico;
 - b) Presta ao Doente toda a informação e esclarecimento sobre a situação clínica que o afeta, disponibiliza informação sobre os tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, designadamente na área dos cuidados paliativos, e informa sobre o

- respetivo prognóstico, realizando, para tal, todas as consultas que considere necessárias;
- c) Emite um parecer devidamente fundamentado, datado e assinado confirmando ou infirmando que estão reunidos os requisitos referidos no artigo 2.º, a integrar no Dossiê Clínico;
 - d) Informa o Doente do conteúdo do parecer referido na alínea anterior.
2. Se o parecer do Médico Responsável 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 por aquele médico.
 3. No caso de parecer favorável do Médico Responsável, este informa o Doente do conteúdo daquele parecer, após o que verifica 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 dos números 2 e 3 do artigo 10.º, e o qual integra o Dossiê Clínico.
 4. O Médico Responsável elabora um relatório com a descrição das consultas com o Doente, incluindo, nomeadamente, considerações sobre a atitude do Doente e discussões com o mesmo que julgue relevantes para o procedimento clínico de antecipação da morte, o qual é integrado no Dossiê Clínico.

Artigo 5.º

Parecer do Médico Especialista

1. No caso de o Doente reiterar a sua vontade de antecipar a morte, o Médico Responsável solicita a um Médico Especialista na lesão ou doença que afeta o Doente que, nomeadamente:
 - a) Consulta todos os documentos integrados no Dossiê Clínico;
 - b) Consulta com o Doente as vezes que considerar necessárias, verificando se este cumpre os requisitos referidos no artigo 2.º;
 - c) Elabora parecer devidamente fundamentado, datado e assinado, confirmando ou infirmando se estão reunidos os requisitos referidos na alínea anterior, a integrar no Dossiê Clínico.
2. Caso o Doente padeça de mais do que uma lesão definitiva ou doença incurável e fatal, o Médico Responsável decide qual a especialidade do Médico Especialista a consultar.

3. O Médico Especialista referido nos números anteriores é atribuído de forma sequencial, de entre uma lista de médicos especialistas na lesão ou doença que afeta o Doente com os médicos que a desejem integrar, elaborada pela Ordem dos Médicos, tendo em conta um critério de territorialidade que promova a proximidade geográfica do Médico Especialista e do Doente.
4. O parecer do Médico Especialista é emitido por escrito, datado e assinado por ele, integrando o Dossiê Clínico.
5. 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 Responsável e pelo Médico Especialista.
6. No caso de parecer favorável do Médico Especialista, este, acompanhado do Médico Responsável, 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 do Doente ser registada em documento escrito, datado e assinado pelo próprio ou pela pessoa por si designada nos termos dos números 2 e 3 do artigo 10.º, o qual integra o Dossiê Clínico.
7. O Médico Especialista elabora um relatório com a descrição das consultas com o Doente, incluindo, nomeadamente, considerações sobre a atitude do Doente e discussões com o mesmo que julgue relevantes para o procedimento clínico de antecipação da morte, o qual é integrado no Dossiê Clínico.

Artigo 6.º

Parecer de Médico Especialista em Psiquiatria

1. É obrigatório parecer de um Médico Especialista em Psiquiatria sempre que se verifique uma das seguintes situações:
 - a) O Médico Responsável e/ou o Médico Especialista tenham dúvidas sobre a capacidade do Doente de entender o sentido e o alcance da decisão de antecipar a morte;
 - b) O Médico Responsável e/ou o Médico Especialista admitam que o Doente seja portador de perturbação psíquica que afete a sua capacidade de tomar decisões;

- c) O Doente esteja internado, nos termos da Lei n.º 36/98, na a sua redação atual;
 - d) O Doente seja um maior acompanhado, nos termos da Lei n.º 49/2018, na sua redação atual;
 - e) Corra, contra o Doente, ação especial de acompanhamento, nos termos da Lei n.º 49/2018, na sua redação atual, ou seja, interposto o referido processo no decorrer do procedimento clínico de antecipação da morte.
2. O Médico Especialista em Psiquiatria, antes de formular o seu parecer, realiza as consultas que entenda necessárias para os efeitos previstos no número anterior.
 3. O parecer do Médico Especialista em Psiquiatria sobre a capacidade do doente de entender o sentido e o alcance da sua decisão é devidamente fundamentado, datado e assinado por aquele e integra o Dossiê Clínico.
 4. Se o Médico Especialista em Psiquiatria não confirmar que o Doente é capaz de ter uma vontade atual, livre, séria e esclarecida relativamente à antecipação da morte, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado, sendo o Doente informado dessa decisão e dos seus fundamentos pelo Médico Responsável e pelo Médico Especialista em Psiquiatria.
 5. No caso de parecer favorável do Médico Especialista em Psiquiatria, este, acompanhado do Médico Responsável, 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 dos números 2 e 3 do artigo 10.º, o qual integra o Dossiê Clínico.
 6. O Médico Especialista em Psiquiatria elabora um relatório com a descrição das consultas com o Doente, incluindo, nomeadamente considerações sobre a atitude do Doente e discussões com o mesmo que julgue relevantes para o procedimento clínico de antecipação da morte, o qual é integrado no Dossiê Clínico.

Artigo 7.º

Parecer da Comissão

1. Nos casos em que se verifique a existência dos pareceres favoráveis previstos nos artigos anteriores, reconfirmada a vontade do Doente, o Médico Responsável

solicita, à Comissão a que se refere o artigo 20.º, parecer sobre o cumprimento dos requisitos e das fases anteriores do procedimento.

2. Quando a Comissão tiver dúvidas sobre se estão ou não reunidas as condições previstas na presente lei para a prática da morte medicamente assistida, deverá convocar os médicos envolvidos no procedimento para prestar declarações, podendo ainda solicitar a remessa de documentos adicionais que considere necessários.
3. O parecer da Comissão é dado no prazo de oito dias úteis após a receção do Dossiê Clínico e enviado nos termos do número 4 do artigo 8.º.
4. O parecer da Comissão é devidamente fundamentado, datado e assinado, integrando o Dossiê Clínico.
5. No caso de parecer desfavorável da Comissão, o procedimento em curso é cancelado e dado por encerrado, sendo o Doente informado pelo Médico Responsável dessa decisão e dos seus fundamentos.
6. No caso de parecer favorável da Comissão, o Médico Responsável 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 dos números 2 e 3 do artigo 10.º, o qual integra o Dossiê Clínico.

Artigo 8.º

Método

1. Após parecer favorável da Comissão, e reiterada a vontade do Doente nos termos do artigo anterior, o Médico Responsável agenda com este o dia, a hora, o local e definem o método a utilizar para a antecipação da morte.
2. O Médico Responsável informa e esclarece o Doente sobre os métodos disponíveis para praticar a antecipação da morte, designadamente a autoadministração de fármacos letais pelo próprio Doente, a administração pelo Médico Responsável ou a administração pelo Médico Especialista, 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 este designada nos termos dos números 2 e 3 do artigo 10.º e integrada no Dossiê Clínico.
4. Entre o agendamento, nos termos do número 1 do presente artigo, e a administração de fármaco letal, nos termos do artigo 9.º, decorre um período de reflexão, não inferior a dois dias, durante o qual é obrigatório o acompanhamento psicológico.

Artigo 9.º

Administração de Fármaco Letal

1. Além do Médico Responsável e outro profissional de saúde, obrigatoriamente presentes aquando da administração do fármaco letal, podem estar presentes outros profissionais de saúde por indicação do Médico Responsável, assim como pessoas indicadas pelo Doente, desde que o Médico Responsável considere que existem condições clínicas e de conforto adequadas.
2. Imediatamente antes de se iniciar a administração ou autoadministração dos fármacos letais, o Médico Responsável deve confirmar se o Doente mantém e reitera a vontade de antecipar a sua morte.
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 Responsável, integrando o Dossiê Clínico.
4. No caso previsto no número anterior, deve ser entregue ao Doente o respetivo Dossiê Clínico, devendo uma cópia ser anexada ao seu processo clínico e outra enviada para a Comissão prevista no artigo 20.º com o respetivo Relatório Final do Médico Responsável, nos termos do artigo 15.º.
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, sendo essa situação atestada e escrita pelo Médico Responsável e por outro profissional de saúde, preferencialmente com experiência em cuidados paliativos, e integrada no Dossiê Clínico.

Artigo 10.º

Pessoalidade da decisão

1. A decisão do Doente em qualquer fase do procedimento de antecipação da morte é estritamente pessoal e insuscetível de delegação em terceiros.
2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, no caso de o Doente que solicite a antecipação da morte estar fisicamente privado da possibilidade de escrever e assinar, pode proceder-se à substituição por pessoa expressamente designada pelo Doente apenas para esse efeito, devendo a assinatura:
 - a) Ser efetuada na presença do Doente, do Médico Responsável ou do Médico Especialista, dum notário, e de uma ou mais testemunhas, para a decisão de antecipação da morte previsto no artigo 3.º;
 - b) Ser efetuada na presença do Doente, do Médico Responsável ou do Médico Especialista, e de uma ou mais testemunhas, para as restantes assinaturas previstas na presente Lei.
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 da decisão de antecipar a morte põe fim ao procedimento em curso, devendo a decisão ser inscrita no Dossiê Clínico pelo Médico Responsável.
2. No caso de o Doente revogar a sua decisão, deve ser-lhe entregue o respetivo Dossiê Clínico, devendo uma cópia ser anexada ao seu processo clínico e outra enviada para a Comissão prevista no artigo 20.º com o respetivo Relatório Final do Médico Responsável, nos termos do artigo 15.º.

Artigo 12.º

Locais autorizados

1. 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.

2. Por vontade do Doente, o ato de antecipação da morte pode, igualmente, ser praticado no seu domicílio ou noutra local por ele indicado, com exceção de locais públicos ou de acesso ao público, desde que o Médico Responsável considere que dispõe de condições clínicas e de conforto adequadas para o efeito.

Artigo 13.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 Dossiê Clínico.

Artigo 14.º

Dossiê Clínico

1. O Dossiê Clínico inicia-se com o pedido de antecipação da morte redigido pelo Doente e dele devem constar, entre outros, os seguintes elementos:
 - a) Todas as informações clínicas relativas ao procedimento em curso;
 - b) Os pareceres, relatórios e outros documentos emitidos no âmbito do procedimento;
 - c) As decisões do Doente sobre a continuação ou revogação do procedimento;
 - d) A decisão do Doente sobre o método de antecipação da morte, nos termos do artigo 8.º;
 - e) Todas as demais ocorrências consideradas relevantes.
2. Concluído ou cancelado o procedimento, o Dossiê Clínico é anexado ao Relatório Final, nos termos do artigo 15.º, e entregue à Comissão prevista no artigo 20.º, devendo uma cópia ser anexada ao processo clínico do Doente.
3. O Médico Responsável é encarregado do Dossiê Clínico, integrando no mesmo os documentos a que se refere o número 1.
4. O Doente tem acesso ao Dossiê Clínico sempre que o solicite ao Médico Responsável.
5. O modelo de Dossiê Clínico é estabelecido em regulamentação a aprovar pelo Governo.

Artigo 15.º

Relatório Final do Médico Responsável

1. O Médico Responsável elabora e entrega, no prazo de 15 dias após a morte ou o encerramento do procedimento, o respetivo Relatório Final à Comissão prevista no artigo 20.º, o qual é anexado ao Dossiê Clínico.
2. 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, mantém-se a obrigação de apresentação do Relatório Final.
3. Do Relatório Final constam os seguintes elementos:
 - a) Nome completo, idade, sexo e morada do Doente;
 - b) Nome completo e domicílio profissional dos médicos e outros profissionais diretamente intervenientes no procedimento, incluindo os que praticaram ou assistiram a antecipação da morte, e das pessoas consultadas durante o procedimento;
 - c) Os elementos que confirmam o cumprimento dos requisitos exigidos pela presente lei para a antecipação da morte, incluindo elementos que evidenciem que a vontade Doente foi atual, livre, séria e esclarecida;
 - d) A informação sobre o estado clínico, nomeadamente sobre o diagnóstico e prognóstico, com explicitação da natureza da condição definitiva e fatal da lesão ou da natureza incurável e fatal da doença e características do sofrimento.
4. Constam igualmente do Relatório Final, quando existam:
 - a) O método e as substâncias letais utilizadas;
 - b) A data, hora e local onde se praticou a antecipação da morte e a identificação dos presentes;
 - c) Os fundamentos do encerramento do procedimento.
5. O modelo de Relatório Final é estabelecido em regulamentação a aprovar pelo Governo, ouvida a Ordem dos Médicos.

CAPÍTULO III – DIREITOS E DEVERES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Artigo 16.º

Profissionais qualificados

1. Podem praticar ou assistir o ato de antecipação da morte os profissionais de saúde inscritos na Ordem dos Médicos, excluindo-se aqueles que possam vir a obter benefício direto ou indireto da morte do Doente, nomeadamente, vantagem patrimonial, bem como aqueles que tenham interesse sucessório.
2. Podem assistir os médicos durante o procedimento de antecipação da morte os profissionais de saúde inscritos na Ordem dos Enfermeiros, excluindo-se aqueles que possam vir a obter benefício direto ou indireto da morte do Doente, nomeadamente, vantagem patrimonial, bem como aqueles que tenham interesse sucessório.
3. Aos profissionais de saúde envolvidos no procedimento de antecipação da morte é disponibilizado, sempre que solicitado, apoio psicológico.

Artigo 17.º

Deveres dos profissionais de saúde

No momento do pedido do Doente e no decurso do procedimento clínico de antecipação da morte, os médicos e outros profissionais de saúde que nele intervêm devem:

- a) Informar o Doente de forma objetiva, compreensível, rigorosa, completa e verdadeira sobre o diagnóstico, tratamentos aplicáveis, viáveis e disponíveis, designadamente na área dos cuidados paliativos, 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 das substâncias letais para que possa escolher e decidir de forma esclarecida e consciente;

- d) Assegurar que a decisão do Doente é consciente e expressa, manifestando uma vontade atual, livre, séria e esclarecida, não resultante de qualquer interferência ou coação externa, como entre outras, a influência determinante de familiares, amigos ou grupos de pertença;
- 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 seus familiares e amigos;
- g) Reunir toda a informação clínica relativa ao doente que lhe for possível obter, a qual deve ser integrada no Dossiê Clínico.

Artigo 18.º

Sigilo profissional e confidencialidade da informação

1. Estão obrigados a observar sigilo profissional relativamente a todos os atos, factos ou informações de que tenham conhecimento no exercício das suas funções relacionadas com aquele procedimento, respeitando a confidencialidade da informação a que tenham tido acesso, de acordo com a legislação em vigor, todos os profissionais que tenham direta ou indiretamente participação no procedimento de antecipação da morte.
2. O acesso à informação relacionada com o procedimento de antecipação da morte, a sua proteção e tratamento, respeitam a legislação em vigor.

Artigo 19.º

Objecção de consciência

1. Nenhum profissional de saúde pode ser obrigado a praticar ou assistir o 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 objecção técnica e à objecção de consciência a todos que o invoquem, independentemente da natureza dos estabelecimentos de saúde em que o objeto preste serviço.
2. A recusa por objecção de consciência do profissional de saúde pode ser apresentada a todo o tempo e implica:

- a) No caso da recusa pelo Médico Responsável, a suspensão do procedimento até que o Doente escolha um novo Médico Responsável que, após consultar o Dossiê Clínico do Doente, pode rejeitar, determinando nova escolha pelo Doente;
 - b) No caso da recusa por qualquer outro profissional de saúde, a sua substituição apenas nos casos em que seja indispensável para o cumprimento da presente Lei ou em que o Médico Responsável o determine.
3. A objeção de consciência é manifestada em documento assinado pelo objetor, dirigido ao responsável do estabelecimento de saúde em que o Doente está a ser assistido e o objetor presta serviço e, se for o caso, é enviada uma 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. Uma vez registada nos termos do número 3 do presente artigo, considera-se que o profissional de saúde é objetor de consciência para todos os procedimentos de antecipação da morte posteriores, até que o profissional de saúde o revogue, declarando o contrário em documento dirigido ao responsável do estabelecimento de saúde onde presta serviço, e, se for o caso, enviando uma cópia à respetiva Ordem profissional.

CAPÍTULO IV – DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

Artigo 20.º

Comissão de Avaliação dos Procedimentos de Antecipação da Morte

1. Para a fiscalização e controlo do cumprimento da presente lei é criada a Comissão de Avaliação dos Procedimentos de Antecipação da Morte, doravante designada por ‘Comissão’.
2. A Comissão é composta por cinco personalidades de reconhecido mérito:
 - 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 ética ou bioética indicado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- 3. O mandato dos membros da Comissão é de cinco anos, renovável por um único período.
- 4. A Comissão elabora e aprova em regulamento interno a disciplina do seu funcionamento.
- 5. A Comissão elege, de entre os seus membros, um Presidente.
- 6. A Comissão funciona no âmbito da Assembleia da República que assegura os encargos com o seu funcionamento e o apoio técnico e administrativo necessários.
- 7. Os membros da Comissão não são remunerados pelo exercício das suas funções, mas têm direito a senhas de presença por cada reunião em que participam de montante a definir por despacho do Presidente da Assembleia da República, assim como a ajudas de custo e a requisições de transporte nos termos da lei geral.

Artigo 21.º

Competências da Comissão

Compete à Comissão:

- a) Acompanhar a aplicação da lei no domínio ético, médico e jurídico;
- b) Emitir pareceres 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 procedimentos de morte medicamente assistida praticados, verificando o cumprimento dos requisitos legais existentes;
- d) Receber e analisar as recusas do procedimento ou revogações da decisão de morte medicamente assistida;
- e) Emitir parecer nos termos da presente lei;
- f) Emitir relatórios de avaliação nos termos do artigo 22.º;
- g) Elaborar e enviar à Assembleia da República, semestralmente, um relatório sobre a sua atividade e de avaliação da aplicação da presente lei com informação estatística detalhada sobre todos os elementos relevantes dos procedimentos de antecipação da morte, garantindo confidencialidade das identidades e formulando recomendações sobre possíveis alterações legislativas relacionadas com esta matéria;

- h) Consultar peritos e especialistas nas matérias conexas com as suas atribuições, podendo obter de quaisquer entidades e instituições todas as informações necessárias ao desenvolvimento das suas funções.

Artigo 22.º

Procedimento de avaliação

1. A Comissão avalia a conformidade do procedimento clínico de antecipação da morte, sendo essa avaliação feita através de parecer prévio, nos termos do artigo 7.º da presente lei e através de relatório de avaliação, nos termos do número seguinte.
2. Uma vez recebidos os relatórios finais dos procedimentos de antecipação da morte, aos quais foram anexados os respetivos Dossiês Clínicos, a Comissão examina o seu conteúdo e avalia, no prazo de trinta dias após essa receção e de acordo com o regulamento interno da Comissão, os termos em que os requisitos e procedimentos estabelecidos na presente lei foram cumpridos, elaborando o relatório de avaliação com as suas conclusões.
3. Quando a Comissão, na sequência da análise do procedimento, tiver dúvidas sobre se estavam ou não reunidas as condições previstas na presente lei para a prática da morte medicamente assistida, deverá convocar os médicos envolvidos no procedimento para prestar declarações, podendo ainda solicitar a remessa de documentos adicionais que considere necessários.
4. Nos casos em que na avaliação prevista no número 2 do presente artigo se verifique o incumprimento dos requisitos estabelecidos pela presente lei, a Comissão remete o relatório de avaliação ao Ministério Público para os devidos efeitos e às respetivas Ordens dos profissionais envolvidos para efeitos de eventual processo disciplinar.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 23.º

Alteração ao Código Penal

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

“Artigo 134.º

Homicídio a pedido da vítima

- 1– [...].
- 2– [...].
- 3– A conduta não é punível quando realizada no cumprimento dos requisitos estabelecidos pela Lei n.º

Artigo 135.º

Incitamento ou ajuda ao suicídio

- 1– [...].
- 2– [...].
- 3– A conduta não é punível quando realizada no cumprimento dos requisitos estabelecidos pela Lei n.º....”

Artigo 24.º

Responsabilidade Disciplinar

1. Os médicos que participem no procedimento de antecipação da morte não poderão ser sujeitos a responsabilidade disciplinar por violação do n.º 2 do artigo 65.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, aprovado em Assembleia de Representantes daquela Ordem, em 20 de Maio de 2016, e que constitui o anexo ao Regulamento de Deontologia Médica (Regulamento n.º 707/2016) publicado no

Diário da República, 2.^a série, n.º 139 de 21 de julho de 2016, conquanto cumpram todos os requisitos e deveres estabelecidos na presente lei.

2. Os enfermeiros que participem no procedimento de antecipação da morte não poderão ser sujeitos a responsabilidade disciplinar por violação da alínea c) do número 2 do artigo 66.º, no que à lesão da vida e integridade física concerne, nem por violação das alíneas a) e c) do artigo 103.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, anexo ao Decreto-Lei 104/98, de 21 de abril, com a redação da Lei 156/2015, de 16 de setembro, conquanto cumpram todos os requisitos e deveres estabelecidos na presente lei.

Artigo 25.º

Regulamentação

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

Artigo 26.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor 30 dias após a regulamentação nos termos do artigo anterior se encontrar aprovada.

Palácio de São Bento, 3 de fevereiro de 2020

O Deputado

João Cotrim Figueiredo