



1 2 9 0  
UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Helena Raquel Branco Mendes

## **AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE:**

**TESTAMENTO VITAL ENQUANTO DISPOSIÇÃO  
ANTECIPADA DO PACIENTE**

**Dissertação no âmbito do 2º Ciclo de Estudos em Direito na Área de Especialização em  
Ciências Jurídico-Forenses orientada pela Professora Doutora Sandra Passinhas e  
apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.**

Janeiro de 2021



**FDUC** FACULDADE DE DIREITO  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**HELENA RAQUEL BRANCO MENDES**

**AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE:**

**O TESTAMENTO VITAL ENQUANTO DISPOSIÇÃO ANTECIPADA DO PACIENTE**

**ADVANCED DIRECTIVES OF WILL:**

**LIVING WILL AS THE PATIENT'S ANTECIPATED DISPOSAL**

**Dissertação apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, no âmbito do 2º Ciclo de Estudos em Direito na Área de Especialização em Ciências Jurídico-Forenses, sob a orientação da Professora Doutora Sandra Passinhas.**

**COIMBRA  
2021**

*“O sentido da vida é uma das faces em que a outra face é o sentido da morte, e então a atitude e a exigência humana perante a morte haverá compreender-se como um direto reflexo da atitude e da exigência perante a vida.”*

*Castanheira Neves<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> NEVES, A. Castanheira. Arguição nas provas de agregação do Doutor José Francisco de Faria Costa. Comentário Crítico à Lição *“O fim da vida e o direito penal”*. In DIGESTA. Escritos acerca do Direito, do Pensamento Jurídico, da sua Metodologia e Outros. Volume 3º. Coimbra Editora, 2008.

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe e ao meu avô Abel, meus anjos da guarda. (*in memoriam*)

À minha família, meu pai, meus irmãos, minha tia, meu tio e à Ana, pelo amor e suporte incondicional.

Àqueles que amo e que fazem parte da minha vida, Ricardo e amigos.

Aos meus colegas de trabalho e à sua incansável persistência.

À Professora Doutora Sandra Passinhas por todo conhecimento partilhado.

A todos, o meu muito e sincero obrigada.

E a Coimbra, cidade de encanto.

## RESUMO

As diretivas antecipadas de vontade (DAV) são um instrumento jurídico-legal que visa assegurar a possibilidade do paciente em plenas capacidades mentais declarar antecipadamente sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde a que deseja ou não ser sujeito, caso fique impossibilitado de manifestar a sua vontade de viver com dignidade e qualidade.

Em Portugal o regime jurídico das DAV está consagrado na Lei nº 25/2012 de 16 de julho, sob a forma de testamento vital e/ou nomeação de procurador de cuidados de saúde, criando o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

Esta dissertação teve como objetivo a investigação do instituto jurídico das diretivas antecipadas de vontade, destacando-se primeiramente a questão da autonomia privada do paciente, como reconhecimento expresso da dignidade da pessoa humana e do direito ao consentimento médico informado, analisando-se posteriormente o conteúdo da Lei nº 25/2012 de 16 de julho.

Seguidamente, procuraremos enquadrar esta figura jurídica em termos de direito comparado, passando pelo panorama internacional e europeu.

Por último, avaliaremos se esta nova realidade configura uma antecâmara à implementação da ideia de “*eutanásia*” no seio do direito português.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dignidade Humana; Autodeterminação; Consentimento Informado; Diretiva Antecipada de Vontade; Testamento Vital; Procurador de Cuidados de Saúde e Eutanásia.

## **ABSTRACT**

Advance Directives of Will are a legal instrument that ensures the patient's possibility to declare in advance, his consciously will, in a free and clarified way and owning all the mental capacities, regarding to the health care he wishes or not to be subject when the individual is unable to express his will to live with dignity and quality.

In Portugal the Advance Directives of Will legal regime is enshrined on the law n° 25/2012 of 16th of July, in the form of "Living will" and/or "Durable Power of Attorney", creating the national registry "RENTEV".

This dissertation had as an objective the investigation of the legal institute of the Advance Directives of Will, highlighting the issue of the patient's autonomy, as an express recognition of the human dignity and the right to the application of the informed consent, analyzing also the content of the law n° 25/2012 of 16<sup>th</sup> of July.

Consecutively we will try to frame this legal figure in the terms of comparative law, passing through the international and european panorama.

Finally, we will assess whether this new reality constitutes an early stage before the implementation of the the ideia of "*euthanasia*" within Portuguese law.

**KEYWORDS:** Human Dignity; Self-determination; Informed Consent; Advance Directives of Will; Living will; Durable Power of Attorney and Euthanasia.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

**ACES** - Agrupamento de Centros de Saúde  
**APB** – Associação Portuguesa de Bioética  
**APCP** – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos  
**AR** – Assembleia da República  
**ART.** – Artigo  
**CC** – Código Civil  
**CDFUE** - Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia  
**CDHBio** - Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina  
**CDOM**- Código Deontológico da Ordem dos Médicos  
**Cfr.** – Conforme  
**CP**- Código Penal  
**CRP**- Constituição da República Portuguesa  
**DAV** - Diretiva Antecipada de Vontade  
**DR** - Diário da República  
**EOM** - Estatuto da Ordem dos Médicos  
**EUA** - Estados Unidos da América  
**EVP** - Estado Vegetativo Persistente  
**LBS** - Lei de Bases da Saúde  
**LPA** - Lasting Powers of Attorney  
**Org.**- Organização  
**P.** – Página  
**PCS**- Procurador de Cuidados de Saúde  
**PR** - Presidente da República  
**PS** - Partido Socialista  
**PSDA** - Patient Self-Determination Act  
**RENTEV** – Registo Nacional do Testamento Vital  
**S.m.o.** – Salvo melhor opinião  
**SPMS** - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

**TC** - Tribunal Constitucional

**TV** – Testamento Vital

**ULS, EPE** - Unidade Local de Saúde, EPE

**V.g.** – Verbi gratia

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	2
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....	5
ÍNDICE.....	7
INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO 1 .....	11
<b>A AUTONOMIA PRIVADA DO PACIENTE PARA O ATO MÉDICO E A CONSAGRAÇÃO DO DIREITO AO CONSENTIMENTO INFORMADO .....</b>	<b>11</b>
1. <b>Direito à autodeterminação em matéria de cuidados de saúde .....</b>	<b>11</b>
2. <b>O Direito ao consentimento informado .....</b>	<b>13</b>
a) <i>A consagração legal.....</i>	<i>13</i>
b) <i>A capacidade para consentir.....</i>	<i>15</i>
c) <i>A informação para o consentimento .....</i>	<i>17</i>
CAPÍTULO 2 .....	20
<b>AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO ORDENAMENTO JURÍDICO PORTUGUÊS .....</b>	<b>20</b>
1. <b>Diretivas Antecipadas de Vontade.....</b>	<b>21</b>
a) <i>Definição e conteúdo do documento .....</i>	<i>21</i>
b) <i>Forma do documento.....</i>	<i>24</i>
c) <i>Requisitos de capacidade .....</i>	<i>26</i>
d) <i>Limites das diretivas antecipadas de vontade.....</i>	<i>27</i>
e) <i>Eficácia do documento.....</i>	<i>28</i>
f) <i>Prazo de eficácia do documento .....</i>	<i>31</i>
g) <i>Modificação ou revogação do documento.....</i>	<i>32</i>
h) <i>Direito à objeção de consciência .....</i>	<i>32</i>
i) <i>Controlo da legalidade .....</i>	<i>33</i>
2. <b>Procurador e Procuração de Cuidados de Saúde.....</b>	<b>34</b>
a) <i>Procurador de cuidados de saúde .....</i>	<i>34</i>
b) <i>Procuração de cuidados de saúde.....</i>	<i>36</i>
3. <b>Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) .....</b>	<b>38</b>
CAPÍTULO 3 .....	41
<b>O TESTAMENTO VITAL NO QUADRO DO DIREITO COMPARADO.....</b>	<b>41</b>
1. <b>O Panorama Norte-Americano.....</b>	<b>41</b>

<b>2.</b>	<b>O Panorama Europeu.....</b>	<b>44</b>
<b>2.1.</b>	<b>Instrumentos legais estaduais.....</b>	<b>45</b>
<i>a)</i>	<i>Reino Unido .....</i>	<i>45</i>
<i>b)</i>	<i>Espanha.....</i>	<i>47</i>
<i>c)</i>	<i>Bélgica.....</i>	<i>48</i>
<i>d)</i>	<i>Holanda.....</i>	<i>50</i>
<b>CAPÍTULO 4 .....</b>	<b>.....</b>	<b>52</b>
<b>AS DIRECTIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE COMO INSTITUTO PRECEDENTE À MORTE MEDICAMENTE ASSISTIDA EM PORTUGAL.....</b>	<b>.....</b>	<b>52</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>.....</b>	<b>60</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>.....</b>	<b>63</b>

## INTRODUÇÃO

É no postulado de que a morte é uma condição intrínseca à vida que surgiu a temática das “*Diretivas Antecipadas de Vontade*”, num encontro entre a medicina e o direito.

A evolução científica e tecnológica da medicina, aliada ao progresso da consciencialização a nível individual da dignidade da pessoa humana, conduziu a que se deixasse de seguir de forma irrefletida a opinião médica, superando-se o paternalismo clínico do “*doctor knows better*” e interiorizando-se o respeito pelo direito à autodeterminação dos pacientes plasmada no consentimento ao ato médico, passando o indivíduo a assumir um papel, dominante na relação médico-paciente em termos de cuidados de saúde.

Nesta medida, poder-se-á, hoje, afirmar que mais do que salvar uma vida, importa, igualmente, garantir a sua qualidade.

Deste novo paradigma de atuação não poderá dissociar-se a reconhecida complexidade das matérias em estudo, encontrando-se em causa o confronto de diversos direitos fundamentais, aparentemente em colisão e cuja harmonização se impõe - do direito à vida e dos direitos de personalidade, como o direito à integridade física e pessoal, à autodeterminação e, sobretudo, o direito à saúde - intimamente ligados ao desenvolvimento e realização plena da pessoa humana.

E foi perante questões tão delicadas que a ciência médica passou a debater a condição humana numa nova perspetiva, clamando pela existência de normas objetivas adstritas a princípios definidos e rigorosos, que norteiem e delimitem o campo de atuação da intervenção médica, sobretudo quando o próprio doente não tem mais condições para manifestar a sua vontade pessoal.

É neste conspecto que surge no nosso ordenamento jurídico a consagração das diretivas antecipadas de vontade (DAV) como um instrumento jurídico-legal, que visa assegurar a possibilidade do paciente em plenas capacidades mentais declarar *a priori* a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde a que deseja (ou não) ser sujeito, caso fique impossibilitado de manifestar a sua vontade de viver com dignidade e qualidade.

Contudo, apesar de em Portugal já ter sido publicada e se encontrar em vigor a legislação reguladora das diretivas antecipadas de vontade - a Lei nº 25/2012 de 16 de julho que veio estabelecer o regime jurídico das DAV, designadamente sob a forma de testamento vital e/ou nomeação de procurador de cuidados de saúde, criando também o Registo

Nacional do Testamento Vital (RENTEV) - as DAV constituem ainda um assunto da atualidade, que suscitam questões de diversa índole, não estritamente jurídicas, cujas respostas estão longe de ser pacíficas, sendo crucial continuar a promover-se a sua discussão em cidadania.

Na verdade, este tema é muitas vezes erradamente debatido na sociedade – ou por não se conhecer a sua base, ou por esta nova figura não ser de fácil apreensão – sendo essencial à sua eficácia a divulgação das DAV através de mecanismos que potenciem um elevado nível de esclarecimento à população em geral, o que, no nosso entendimento, justificou a pouca receptividade inicial às diretivas no seio da comunidade, sendo o número de testamentos vitais registados no RENTEV nos primeiros anos muito abaixo do que era expectável.

Esta dissertação teve, então, como objetivo a investigação do instituto jurídico das diretivas antecipadas de vontade, destacando-se, primeiramente, a questão da autonomia privada do paciente como reconhecimento expresso da dignidade da pessoa humana e do direito ao consentimento médico informado.

Seguidamente, debruçar-nos-emos acerca do regime das DAV e na forma como se encontram reguladas no ordenamento jurídico português, analisando o conteúdo da Lei nº 25/2012 de 16 de julho.

Na terceira parte deste trabalho procuraremos enquadrar esta figura jurídica em termos de direito comparado, passando pelo panorama internacional e europeu.

Num momento último deste estudo, dedicaremos algumas linhas a avaliar se esta nova realidade jurídica das diretivas antecipadas de vontade (testamento vital e procurador de cuidados de saúde) - que se distingue de todas as outras realidades pelas suas especificidades e que por tal motivo se tornou tão controversa - configura um instrumento que intermediará a legalização da morte medicamente assistida num futuro próximo, sendo nesta perspetiva as DAV uma antecâmara à implementação da ideia de “*eutanásia*” no seio do direito português.

A este respeito, importa desde já adiantar que não se deverá confundir a questão das diretivas antecipadas com nenhuma das aceções de morte assistida, as quais teremos oportunidade de analisar em sede própria, pois, na prática, não se trata de uma equipa médica provocar a morte do doente, mas antes a própria doença (morte natural). Todavia, deverá admitir-se que, no fundo, os seus desideratos finais poderão ser muito similares: conceder a morte a um indivíduo que padece de uma doença incurável e/ou dolorosa, abreviando-a ou permitindo que ela ocorra, assegurando-lhe o direito a uma morte digna.

## CAPÍTULO 1

### A AUTONOMIA PRIVADA DO PACIENTE PARA O ATO MÉDICO E A CONSAGRAÇÃO DO DIREITO AO CONSENTIMENTO INFORMADO

#### 1. Direito à autodeterminação em matéria de cuidados de saúde

O Direito da Saúde é um ramo do direito relativamente recente, com os principais marcos do seu percurso durante o século XX.

Após a segunda guerra mundial, depois de conhecidas as práticas hediondas adotadas pelos médicos nazis (como os assassinatos, a tortura e as experiências científicas), surgiu uma nova preocupação: a obtenção do consentimento do paciente para a realização de procedimentos médicos na sua pessoa.

Foi no pós-grande guerra que o reconhecimento do princípio da dignidade humana se firmou, ganhando uma dimensão jurídica com o Código de Nuremberga (1948) e uma dimensão ética e médica com a Declaração de Helsínquia (1964).

Por outro lado, em 1966, no Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos,<sup>2</sup> os Estados-Parte<sup>3</sup> no presente Pacto acordaram a primeira norma internacional<sup>4</sup> vinculativa com vista à tutela do consentimento informado.

No entanto, foi em 1997, com a Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina<sup>5</sup> (CDHBio), que a figura do consentimento informado mereceu um maior destaque.

Nas palavras do Professor HERMAN NYS, esta Convenção, redigida na cidade de Oviedo, em Espanha, representa um verdadeiro “*tratado de direitos dos pacientes*”.<sup>6</sup>

Ora, de acordo com o artigo 5º da Convenção de Oviedo, o consentimento informado constitui uma implicação do princípio da autonomia e dele depende toda e qualquer intervenção no domínio da saúde.

---

<sup>2</sup> Adotado e aberto à assinatura, ratificação e adesão pela Resolução 2200A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas de 16/12/1966. Aprovação para ratificação: Lei nº 29/78 de 12 de junho, publicada no Diário da República, I Série A, nº 133/78 (retificada mediante aviso de retificação publicado no DR nº 153/78 de 6 de julho).

<sup>3</sup> Os estados-parte, os estados signatários, as datas de adesão e ratificação disponíveis em <https://treaties.un.org/doc/Publication/MTDSG/Volume%20I/Chapter%20IV/IV-4.en.pdf>.

<sup>4</sup> Artigo 7º: “Ninguém poderá ser submetido à tortura, nem a penas ou tratamento cruéis, desumanos ou degradantes. Será proibido sobretudo, submeter uma pessoa, sem seu livre consentimento, a experiências médias ou científicas.”

<sup>5</sup> Convenção sobre os Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina, Convenção de Oviedo, assinada em 04/04/1997, ratificada por Portugal e publicada no Diário da República em 03/01/2001. Disponível em: <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/convbiologiaNOVO.html>.

<sup>6</sup> Herman NYS, “*La Convención Europea de Bioética. Objetivos, principios rectores y posibles limitaciones*”, Revista de Derecho y Genoma Humano, 12/2000, p. 78-80.

Desse mesmo artigo se retira que *“qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido”* e que esta pessoa deve receber, previamente, a *“informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos”*, podendo o doente *“a qualquer momento, revogar o seu consentimento.”*

De modo inovador estabelece o artigo 9º da Convenção de Oviedo que *“a vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta.”*

Esta figura do consentimento informado *“desenvolvida nos últimos 100 anos, acompanha uma notável evolução no âmbito da bioética e da ética médica que consiste na superação do paternalismo clínico herdado de Hipócrates”*<sup>7</sup> e no primado do princípio da autonomia do paciente, sendo reconhecido *“hodiernamente o direito à autodeterminação nos cuidados de saúde”*.<sup>8</sup>

Desde então, o princípio da dignidade da pessoa humana passou a ser um valor primordial nos processos de regulamentação das práticas da medicina sobre a pessoa e no consentimento desta em relação aos procedimentos médicos.

As relações médico-paciente, até então norteadas por princípios éticos e da arte da medicina, passaram a estabelecer novas relações, inclusive com o Direito, pautadas na autonomia da vontade e na dignidade da pessoa humana, deixando o abandono do modelo de absoluta beneficência espaço para o modelo da autodeterminação, que permite ao paciente consentir ou recusar tratamentos e condutas médicas.<sup>9</sup>

Deste modo, a autodeterminação do paciente em matéria de cuidados de saúde é entendida com um reflexo ampliado do princípio da dignidade humana.<sup>10</sup> E é este princípio que permite ao doente, de acordo com sua consciência, enquanto puder decidir e tomar

---

<sup>7</sup> PEREIRA, André Gonçalo Dias - Responsabilidade médica e consentimento informado. Ónus da prova e nexos de causalidade. FDUC – Artigos em Revistas Internacionais. Ponto 2. A Doutrina do Consentimento Informado. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/10577/1/Responsabilidade%20m%C3%A9dica.pdf>.

<sup>8</sup> PEREIRA, André Gonçalo Dias, *Idem*.

<sup>9</sup> Com a *“introdução, dentro da relação doente – médico, da ideia forte da autodeterminação do doente, este deixou de ser entendido como um sujeito meramente passivo daquela relação de supra – infra ordenação, para passar a ser um sujeito detentor de direitos [...] capaz de “construir” a sua própria vida”*. José de FARIA COSTA, *“O fim da vida e o Direito Penal”*, in Linhas de Direito Penal e de Filosofia: alguns cruzamentos reflexivos, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, p.79.

<sup>10</sup> Princípio consagrado no art.º 1º e 26º da Constituição da República Portuguesa. Nas palavras dos Constitucionalistas GOMES CANOTILHO e VITAL MOREIRA *“a dignidade da pessoa humana não é jurídico constitucionalmente apenas um princípio limite. Ela tem um valor próprio e uma dimensão normativa específicos. Desde logo, está na base de concretizações do princípio antrópico e personocêntrico inerente a muitos direitos fundamentais”* – José GOMES CANOTILHO/ VITAL MOREIRA, Constituição da República Portuguesa Anotada, Vol. I, Coimbra, Coimbra Editora, 2007, anotação ao artigo 1º, p. 178.

decisões, ter uma morte digna (mas não antecipada).

O facto é que, com os avanços da medicina, a autonomia do paciente passou a ter maior significado, pois com a descoberta de novos procedimentos e novos recursos terapêuticos a perspectiva de vida (e o prolongamento desta, por vezes de modo artificial)<sup>11</sup> tornou-se maior que nas gerações anteriores. Perante esta nova perspectiva, os doentes passaram a ter uma maior perceção futura dos eventos danosos a que estariam vulneráveis, despertando uma acrescida preocupação quanto à autonomia da vontade prospetiva, quando o seu discernimento não estiver mais presente para o consentimento e definição da conduta terapêutica.

O direito ao consentimento informado do paciente (consciente, esclarecido e responsável) é entendido como a expressão máxima de autonomia, promovendo o respeito pela dignidade humana, materializando a vontade do doente diante da necessidade de receber cuidados de saúde e consentir nos tratamentos que deseja receber ou até mesmo recusar.

Em suma, a doutrina do consentimento informado é defendida hoje no nosso ordenamento jurídico como legitimação de toda e qualquer intervenção médica, mas também limitadora às suas condutas - embora não restrinja a sua atuação médica, pois o médico continua responsável pelo tratamento – compreendendo-se o consentimento informado como um direito fundamental do paciente, mas também de uma exigência ética e legal para o médico.<sup>12</sup>

## **2. O Direito ao consentimento informado**

### ***a) A consagração legal***

O consentimento informado, *direito de última geração*, reconhecido em diversos textos nacionais e internacionais, constitui uma das mais importantes dimensões da proteção da integridade pessoal e da liberdade do indivíduo, na medida em que, através do seu exercício, este consente, ou recusa, a prestação de cuidados de saúde.

A este respeito, o ordenamento jurídico interno português alicerça a doutrina do consentimento informado em preceitos constitucionais: os artigos n.ºs 25º e 26º da

---

<sup>11</sup> O prolongamento artificial da vida, que causa sofrimento injustificado do paciente, uma morte lenta, dolorosa, que atenta contra a dignidade humana.

<sup>12</sup> “*Toda a intervenção no corpo humano necessita do consentimento da própria pessoa. O consentimento é o ato pelo qual o paciente autoriza o médico a realizar um exame ou a praticar um tratamento específico que previamente lhe foi explicado*” BARBAS, Stela - Direito do genoma humano, Coleção Teses de Doutoramento, Almedina, Coimbra, 2007, p. 327.

Constituição da República Portuguesa (CRP).

É igualmente tutelado no artigo 70º do Código Civil Português (CC) o direito geral da personalidade, no qual se fundamenta o direito à integridade física e moral.

No que respeita ao consentimento para as intervenções médicas, preceitua o artigo 340º nº 1 do Código Civil que o *“ato lesivo de outrem é lícito, desde que este tenha consentido na lesão”*.

Constituem, portanto, um ilícito penal, previsto e punido no artigo 156º do Código Penal (CP), as intervenções ou tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários, ou seja, realizados sem o consentimento do paciente. Assim, um tratamento médico-cirúrgico, ainda que seja medicamente indicado, se a pessoa nele não consentir é qualificado como uma agressão ilícita.

O nosso Código Penal reconhece e estabelece com rigor a figura do dever de esclarecimento (no artigo 157º), instituindo que o consentimento dado por um paciente só será eficaz quando este tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento.

Desta feita, o paciente, com base no seu sistema pessoal de valores e em respeito pelos seus direitos fundamentais, vai autodeterminar-se e, eventualmente, concluir que a recusa (dissentimento) daquele tratamento é melhor para si (ainda que tal recusa possa acarretar risco de vida ou prejuízo para a sua saúde). No entanto, o facto de se admitir o dissentimento por parte do paciente, ou seja, a liberdade de recusar o tratamento, não significa que o médico deva descurar o paciente, antes pelo contrário, deverá o médico reforçar o diálogo com aquele no sentido de o mesmo entender a necessidade do procedimento, os eventuais riscos e consequências, para que assim possa formar corretamente a sua vontade.<sup>13</sup>

Também a Lei de Bases da Saúde (LBS)<sup>14</sup> concede às pessoas o direito a *“ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar”* e ainda *“a decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a*

---

<sup>13</sup> Neste sentido, João VAZ RODRIGUES *“O consentimento informado para o ato médico no ordenamento jurídico português (elementos para o estudo da manifestação da vontade do paciente)”*, Coimbra: Coimbra Editora, 2001, p. 353.

<sup>14</sup> Base II nº 1, al.s e) e f) da Lei nº 95/2019 de 4 de setembro, que aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei nº 48/90 de 24 de agosto e o DL nº 185/2002 de 20 de agosto.

*emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde”.*

Por seu turno, o Código Deontológico dos Médicos (CDM)<sup>15</sup> reconhece o que “*o doente tem o direito a receber e o médico o dever de prestar o esclarecimento sobre o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico da sua doença*” e que “*o consentimento só será válido se o doente tiver capacidade de decidir livremente, se estiver na posse da informação relevante e se for dado na ausência de coações físicas ou morais*”.

No Estatuto da Ordem dos Médicos (EOM)<sup>16</sup> o artigo 135º estabelece como princípio geral de conduta do médico o dever de “*fornecer a informação adequada ao doente e dele obter o seu consentimento livre e esclarecido*”.

No âmbito da União Europeia destaca-se a consagração expressa do direito ao consentimento informado (livre e esclarecido) no artigo 3º nº 2 al. a) da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (CDFUE).<sup>17</sup>

Por fim, no Direito Internacional o instrumento mais importante é a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (CEDHBio) do Conselho da Europa, ratificada por Portugal em 2001, à qual já acima aludimos.

### ***b) A capacidade para consentir***

Como refere ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, a capacidade para consentir “*é a capacidade de tomar uma decisão racional sobre os riscos, sacrifícios dos seus próprios bens jurídicos. Isso impõe que se consiga compreender, em abstrato, os critérios da decisão*”.<sup>18</sup>

Na verdade, o consentimento informado é um processo dinâmico que pode restringir-se apenas à relação médico-paciente, como envolver a relação deste com os seus familiares e a equipa médica caso estejamos perante pacientes incapazes para consentir, interditos por anomalia psíquica ou menores de idade.

No entanto, a atual doutrina considera que o profissional de saúde não deverá presumir a incapacidade do paciente para consentir acerca das intervenções médicas a que

---

<sup>15</sup> Regulamento n° 14/2009 de 13 de janeiro: artigos 44º (Esclarecimento do médico ao doente) e 45º (Consentimento do doente).

<sup>16</sup> Lei n° 117/2015 de 31 de agosto, segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Médicos, conformando-o com a Lei n° 2/2013 de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais, revogando o DL n° 217/94, de 20 de agosto.

<sup>17</sup> Publicada a 18 de dezembro de 2000, no Jornal Oficial das Comunidades Europeias, a Carta apenas ganhou efeito jurídico vinculativo com a entrada em vigor do Tratado de Lisboa, ao qual foi anexada sob a forma de declaração em dezembro de 2009.

<sup>18</sup> PEREIRA, André Gonçalo Dias “*O consentimento informado na relação médico-paciente*”. Coimbra: Coimbra Editora, 2004, p. 155.

deva ser sujeito, ainda que exista um representante legal.

Isto mesmo resulta do preceituado nos artigos 46º do Código Deontológico dos Médicos (CDM) e 21º do Regulamento de Deontologia Médica (RDM), e, ainda, do artigo 6º da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina (CEDHBio).

Deste modo, poder-se-á concluir que a incapacidade negocial não determina *per si* a incapacidade para consentir em relação a decisões sobre cuidados de saúde, devendo antes apreciar-se a situação *sub judice*.

Assim, caso o incapaz consiga compreender a intervenção e as suas possíveis consequências, deverá ser informado a fim de prestar o seu consentimento, devendo participar no processo de autorização à intervenção médica.

Por outro lado, o paciente pode ser civilmente capaz, mas não se encontrar em condições de entender sobre sua doença em virtude de estar sob o efeito de medicação (v.g.).

O critério de exigência é, então, que o paciente tenha discernimento para tomar a decisão e que seja capaz de entender a informação, podendo expressar sua vontade. Mas mesmo nas situações em que o paciente revela uma incapacidade temporária, em virtude de uma alteração mental ou de situações de interdição ou inabilitação (v.g. surdez-mudez, cegueira, prodigalidade, abuso bebidas alcoólicas), a sua opinião deverá ser relevada, como, aliás, preconiza o artigo 6º nº 3 da CEDHBio.

Contudo, existem alguns limites<sup>19</sup> para o consentimento informado “*em situações de urgência, quando não for possível obter o consentimento do doente e desde que não haja qualquer indicação segura de que o doente recusaria a intervenção se tivesse a possibilidade de manifestar a sua vontade*”<sup>20</sup>, “*quando só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para a saúde*”,<sup>21</sup> “*quando tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente, por se ter revelado imposto como meio para evitar perigo para a vida ou perigo grave para a saúde, na impossibilidade de obter outro consentimento*”<sup>22</sup> que a verificarem-se determinam a presunção do consentimento do doente.<sup>23</sup>

---

<sup>19</sup> Limites legalmente previstos nos art.ºs 47º do CDM e 22º do RDM.

<sup>20</sup> Al. a) artº 47º do CDM e do artº 22º do RDM.

<sup>21</sup> Al. b) artº 47º do CDM e do artº 22º do RDM.

<sup>22</sup> Al. c) artº 47º do CDM e do artº 22º do RDM.

<sup>23</sup> Nestes casos recorrer-se-á ao consentimento implícito (*crf.* previsto no artº 156º nº 2 do CP), presumindo-se que o agente não oporia à intervenção. No entanto, como refere Vera Lúcia RAPOSO “*a lei não fornece indicações sobre a forma de orientar tal presunção, mas tudo indica que o médico se poderá socorrer de tudo o que lhe permita aceder à genuína vontade do paciente - note-se bem, aquilo que o paciente decidiria (critério subjetivo) e não aquilo que seja racionalmente o melhor para aquele paciente (critério objetivo) –, desde escritos prévios da sua parte até a opinião de amigos e familiares e relatos das crenças e convicções pessoais.*”

Nestas situações, o médico investido no seu dever de garante deverá decidir a favor da vida do paciente (*in dubio pro vita*).

No entanto, se se concluir pela recusa do paciente à intervenção não deve o médico atuar por mais incompreensível que lhe pareça a vontade presumida do doente, sob pena de incorrer em responsabilidade civil, criminal e disciplinar.

Desta feita, para que o consentimento seja considerado válido terão de observar-se cumulativamente os seguintes pressupostos: ser prestado por pessoa maior de idade; por pessoa capaz de decidir sobre valores; de compreender os factos e processos causais, conhecendo as demais alternativas; e de se autodeterminar com base nos tratamentos possíveis.

Em princípio, será o médico assistente que estará em melhores condições de avaliar o discernimento do doente, podendo constatar se este tem (ou não) capacidade para consentir.

Em face do exposto, resultam claramente como incapazes para consentir os interditos por anomalia psíquica e os menores, ainda que devam, tanto quanto possível, participar no processo de autorização. Relativamente a estes últimos, alguns autores consideram que se deve aplicar o regime consagrado no artigo 38º do CP e permitir a maiores de 16 anos a capacidade para consentir, desde que possuam o discernimento necessário naturalmente.<sup>24</sup>

### ***c) A informação para o consentimento***

A dimensão positiva da dignidade humana reconhece e protege a autodeterminação (a autonomia individual) e o respeito pela integridade física e moral da pessoa, sendo imposto um limite à legitimação de toda e qualquer intervenção médica e assegurada “a proteção do bem jurídico liberdade de dispor do corpo e da própria vida”,<sup>25</sup> com a afirmação do dever de consentimento informado pelo paciente.<sup>26</sup>

No entanto, para que o paciente possa prestar o seu consentimento informado sobre

---

In Vera Lúcia RAPOSO “No dia em que a morte chegar: decifrando o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade”, in *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, Coimbra, nº 24 (2013), p. 93.

<sup>24</sup> Para mais desenvolvimentos sobre esta questão, vide Guilherme de OLIVEIRA “O acesso dos menores aos cuidados de saúde” in RLJ, Ano 132, maio, 1999, p. 16 e ss e André DIAS PEREIRA “O consentimento informado”, ob. cit., p. 315 e ss.

<sup>25</sup> DIAS, Jorge de Figueiredo, O problema da ortotanásia: introdução à sua consideração jurídica, in. As técnicas modernas de reanimação; Conceito de morte; Aspectos médicos, Teológico-Morais e Jurídicos, 1973, Conselho Distrital do Porto da Ordem dos Advogados, p. 33. Apud MELO, Helena Pereira - Diretivas antecipadas de vontade, p. 16.

<sup>26</sup> Concede-se ao paciente, o “indeclinável direito de dar à sua vida o destino que quiser, como e quando quiser”. Jorge de FIGUEIREDO DIAS “A “ajuda à morte”: uma consideração jurídico-penal” in RLJ, março-abril, 2008, p. 202.

uma determinada intervenção médica deverá estar devidamente informado e esclarecido acerca do tratamento em causa, pois só assim o dever de informar cumpre efetivamente o seu propósito.<sup>27</sup>

Ora, como sabemos, a medicina é uma atividade de risco que pode colidir, ainda que de forma involuntária, com a dignidade humana e integridade física do paciente, sendo precisamente por isso que se impõe ao médico o dever de esclarecer acerca dos eventuais riscos da intervenção ou do tratamento.

Deste modo, acompanhamos ANDRÉ DIAS PEREIRA<sup>28</sup> quando refere que no cumprimento do dever de informar o médico deve esclarecer o paciente acerca do diagnóstico e estado de saúde do doente; dos meios e fins do tratamento; do prognóstico e natureza do tratamento; dos efeitos secundários, dos riscos e benefícios do tratamento proposto; da existência ou não de eventuais tratamentos alternativos; e, finalmente, dos riscos e consequências da recusa do tratamento.

Por outra banda, para que seja válido, o consentimento deve ser dado de forma livre e voluntária<sup>29</sup> (sem vícios de vontade, coação e intimidação), previamente à intervenção, devendo o paciente ter capacidade para tomar decisões e ter recebido anteriormente todas as informações sobre o tratamento (diagnóstico, prognóstico, recursos, alternativas e consequências),<sup>30</sup> para só então consentir ou recusar o tratamento proposto, podendo revogar o (dis)(con)sentimento a qualquer tempo.

O esclarecimento médico não compreende apenas a informação sobre a doença, seus tratamentos e consequências, mas pressupõe um diálogo entre o médico e o paciente para que este obtenha o entendimento sobre as informações prestadas de forma compreensível, adequada, individual e de acordo com o nível de entendimento de cada paciente. Pois, como observa GUILHERME OLIVEIRA,<sup>31</sup> quando o médico omite uma informação relevante acaba por agir sem ter obtido um consentimento livre e esclarecido.

Em regra, o consentimento pode ser prestado oralmente, mas existem situações em que deve ser expresso por escrito,<sup>32</sup> tais como nas intervenções cirúrgicas, procedimentos

---

<sup>27</sup> O paciente deve ser adequadamente informado sobre: “(...) objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e os seus riscos.” (Artº 5º CDHBio); “(...) o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento” (Artº 157º do CPenal); “(...) a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado” (Base II, nº 1, e) Lei de Bases da Saúde).

<sup>28</sup> André DIAS PEREIRA, “Consentimento informado na experiência europeia”, ob. cit., p.195.

<sup>29</sup> A este respeito, vide art.s 45º do CDM; 20º do RDM e 157º do CP.

<sup>30</sup> Artº 44º do CDM.

<sup>31</sup> OLIVEIRA, Guilherme Freire Falcão de. O Fim da “Arte Silenciosa”. Revista de legislação e Jurisprudência, nº 128, nº 3853, Coimbra Editora, 1995, p. 103.

<sup>32</sup> Art.s 48º do CDM e 23º do RDM.

diagnósticos e terapêuticos invasivos ou em situações de risco conhecido.<sup>33</sup> O paciente pode decidir não ser informado, mas tal decisão deve ser documentada, sendo prudente que o faça, até porque o dever de informar recai sobre o médico que acompanha o paciente, sendo àquele que cabe o ónus *probandi* do cumprimento desse dever.

Acontece que quando o paciente não se encontra em condições de prestar o seu consentimento informado (por estar inconsciente ou de alguma forma privado das suas faculdades mentais, encontrando-se incapaz de aceitar ou recusar determinado tratamento) poderemos hoje<sup>34</sup> recorrer ao instituto das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), que constituem instruções que o paciente deu antecipadamente, nas quais o doente determina quais os tratamentos que consente e os que não consente que lhe sejam administrados no futuro quando não possa decidir autonomamente.

Neste conspecto, poderá concluir-se que a autodeterminação (preventiva e prospetiva) se encontra intimamente relacionada com a figura jurídica das diretivas antecipadas de vontade, pois garante ao doente capaz e com discernimento o direito de decidir sobre quais os cuidados que serão aceites ou recusados num eventual momento futuro.

---

<sup>33</sup> O artº 65º do CDM prevê a prestação de consentimento escrito para as cirurgias de transplantes de órgãos e tecidos humanos.

<sup>34</sup> Em bom rigor, anteriormente à entrada em vigor da Lei nº 25/2012 de 16 de julho, publicada no Diário da República, 1.ª série, nº 136, nada impedia que fosse feito um testamento vital. Na verdade, caso existisse tal documento e o paciente estivesse momentaneamente incapaz de decidir, a vontade ali plasmada deveria ser considerada pelos prestadores de cuidados de saúde. No entanto, tal manifestação não seria vinculativa como é hoje.

## CAPÍTULO 2

### AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO ORDENAMENTO JURÍDICO PORTUGUÊS

Nas palavras de RONALD DWORKIN<sup>35</sup> o testamento vital “*trata-se de uma reivindicação da doutrina do consentimento esclarecido, segundo a qual o consentimento não produz efeitos no imediato, mas no futuro mais ou menos próximo, isto é, de um modo prospetivo*”.

O instituto do *testamento vital* surgiu na doutrina como forma de garantir a observância do dever de consentimento informado do paciente, o respeito pela sua autodeterminação e de acautelar o afastamento das práticas de obstinação terapêutica,<sup>36</sup> assegurando, desta forma, a dignidade da pessoa humana.

No nosso ordenamento jurídico o testamento vital<sup>37</sup> encontra-se consagrado na Lei nº 25/2012 de 16 de julho, que regulamenta as diretivas antecipadas de vontade (DAV) sob a forma de testamento vital (TV) e nomeação do procurador de cuidados de saúde (PCS), criando ainda o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

No artigo 1º da Lei nº 25/2012 o legislador esclarece que a presente regulação “*estabelece o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade (DAV) em matéria de cuidados de saúde, designadamente sob a forma de testamento vital (TV), regula a nomeação de procurador de cuidados de saúde (PCS)*”.

Assim, as diretivas antecipadas de vontade (DAV) assumem duas modalidades distintas, as quais podem ser adotadas de forma alternativa ou cumulativa: o testamento vital (TV) e a procuração de cuidados de saúde (PCS).

Esta dicotomia das DAV decorre igualmente do nº 1 do artigo 2º da Lei nº 25/2012, o qual dispõe que “*as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital*”, sugerindo, assim, que o PCS é outra forma de DAV.<sup>38</sup>

---

<sup>35</sup> RONALD DWORKIN, *Life's dominion: an argument about abortion and euthanasia*, London, Harpen Collins Publishers, 1993, p. 226.

<sup>36</sup> A obstinação terapêutica (ou distanásia): a prática pela qual se prolonga através de meios artificiais e desproporcionados a vida. (v.g. o corpo humano que fica *ad eternum* ligado a uma máquina que lhe mantém artificialmente as funções vitais)

<sup>37</sup> Alguns autores consideram que a designação “*testamento vital*” poderá ser confundível com a figura do testamento sucessório, preferindo a expressão mais genérica de “*diretivas antecipadas de vontade*”. Neste sentido, GUILHERME DE OLIVEIRA/ANDRÉ DIAS PEREIRA, *Livro prático sobre consentimento informado*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2006, p.72. Salvaguardando o devido respeito, não partilhamos deste entendimento, pois embora ambos os institutos figurem atos unilaterais, pessoais e revogáveis, não são de forma alguma confundíveis, visando o testamento vital produzir os seus efeitos em vida, e em matéria de cuidados de saúde, ao passo de que o testamento sucessório visa produzir os seus efeitos após a morte do testador circunscrevendo-se a questões patrimoniais.

<sup>38</sup> O capítulo II da Lei nº 25/2012 de 16 de julho dedica-se às DAV e o capítulo III ao PCS. Não existe na lei um capítulo que se dedique especificamente ao TV. Em apreciação deste regime, Vera Lúcia RAPOSO refere que “*não obstante estas incongruências do texto legal, cremos que sempre que o legislador se refere às DAV's*

Desta feita, importa, antes de mais, esclarecer que o testamento vital consiste num documento escrito, elaborado por uma pessoa maior e capaz, que contém declarações antecipadas de vontade a respeito de atos médicos que o outorgante - de antemão - aceita ou recusa, tendo em vista eventuais situações de incapacidade de tomar decisões por si próprio.

Por sua vez, o procurador de cuidados de saúde<sup>39</sup> é uma espécie de representante legal com poderes circunscritos a decisões relativas à prestação de cuidados de saúde.

## 1. Diretivas Antecipadas de Vontade

### *a) Definição e conteúdo do documento*

As diretivas antecipadas de vontade, sob a forma de testamento vital, são um documento unilateral no âmbito do qual uma pessoa maior e capaz declara de forma consciente, livre e esclarecida, a sua vontade antecipada no que concerne aos cuidados de saúde que não deseja vir a receber (ou que deseja vir a receber), para a eventualidade de em determinado momento da sua vida se encontrar incapaz de expressar a sua vontade autonomamente.<sup>40</sup>

Deste modo, as DAV configuram atos jurídicos de natureza expressa e formal, que concedem ao paciente a possibilidade de manifestar um consentimento prospetivo, o qual é livremente revogável a todo o momento pelo próprio.

No que concerne ao seu objeto, a Lei nº 25/2012 delimita-o às decisões relativas a cuidados de saúde da pessoa, tendo como destinatários os profissionais de saúde.

Embora a forma mais usual das DAV seja a recusa prévia de tratamentos médicos, no artigo 2º nº 2 da Lei nº 25/2012 o legislador enumera algumas situações em que o paciente pode fazer constar da sua diretiva antecipada a sujeição a determinados atos médicos.

O artigo 2º nº 2 contém um elenco não taxativo<sup>41</sup> de disposições que poderão constar do documento de diretivas antecipadas de vontade, a saber:

*“a) Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais;*

---

*pretende abarcar as suas duas modalidades – testamento vital e PCS (e respetiva procuração) – exceto quando, atendendo às especificidades próprias de cada um, a norma em causa não lhe seja aplicável.” In Vera Lúcia RAPOSO, No dia em que a morte chegar (decifrando o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade), in Revista Portuguesa do Dano Corporal, Coimbra, nº 24 (2013), p. 83.*

<sup>39</sup> O nº 2 do artigo 12º da Lei nº 25/2012 remete para o regime geral do Código Civil, que regula o instituto da Procuração.

<sup>40</sup> A elaboração de uma DAV não está sujeita ao pagamento de quaisquer emolumentos, sendo, portanto, gratuita.

<sup>41</sup> Sendo este um elenco meramente exemplificativo o “testador” poderá ainda testar no sentido de pedir assistência religiosa quando se interrompam os meios artificiais de vida ou solicitar a presença de determinada pessoa que deve ser especificada pelo doente.

b) *Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte;*

c) *Receber cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada;*

d) *Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental;*

e) *Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.”*

Debruçando-nos, agora, concretamente, sobre cada uma destas alíneas, são algumas as considerações que poderemos fazer acerca das mesmas.

Desde logo, do disposto na alínea a) do aludido artigo decorre que o outorgante poderá dispor na diretiva a sua vontade em não ser submetido a tratamentos de suporte artificial de vida das funções vitais, como são, por exemplo, os pacemakers e as máquinas de diálise. Podendo, assim, deduzir-se *a contrario* que caso nada conste neste sentido deverá o prestador de cuidados de saúde realizar esses tratamentos, prosseguindo o seu dever de zelar pela vida e pela integridade do seu paciente.

Seguidamente, o preceituado na alínea b) do citado artigo visa assegurar que o profissional de saúde não realize tratamentos considerados fúteis, inúteis ou desproporcionados no quadro clínico do doente, os quais têm somente por objetivo prolongar a vida e, por consequência, o sofrimento do indivíduo.

Refira-se, no entanto, que o repúdio do encarniçamento terapêutico decorre já do Código Deontológico dos Médicos<sup>42</sup> e nas demais normas internacionais, sendo considerado como uma má prática médica e uma conduta eticamente reprovável.

Depois, na alínea c) procura garantir-se ao outorgante o seu direito aos cuidados paliativos, ou seja o direito a *“cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros*

---

<sup>42</sup> Sobre as boas práticas profissionais, vide o artº 58º do CDM.

*problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais*”.<sup>43</sup>

Também aqui o médico se encontra vinculado ao dever de “*respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana*”.<sup>44</sup>

No entanto, tal não significa que o paciente possa utilizar as DAV para impor ao médico um determinado procedimento que de outra forma não seria aplicado, pois “*o profissional de saúde mantém toda a autonomia de decisão terapêutica ínsita à sua profissão*”.<sup>45</sup>

Prosseguindo, dispõe a alínea d) que o paciente poderá manifestar a sua vontade em não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental, isto é, a atos sobre os quais não são ainda conhecidos, com segurança, os efeitos colaterais e os potenciais riscos dos tratamentos clínicos experimentais. Por meio desta disposição o paciente visa garantir que o médico não o submeterá a terapêuticas ainda em ensaio, mesmo que seja no prosseguimento do seu próprio benefício, sob pena de incorrer na prática de intervenção médico-cirúrgica arbitrária.<sup>46</sup>

Por último, ao consagrar na alínea e) a faculdade de o outorgante poder autorizar ou recusar participar em programas de investigação científica ou ensaios clínicos, em caso de aceitação fica a atuação do profissional de saúde salvaguardada, porque legitimada pela DAV, afastando a sua responsabilidade criminal por violação da integridade física ou contrária dos bons costumes (artº 149º do CP).

A respeito desde elenco legal, VERA LÚCIA RAPOSO<sup>47</sup> refere que o mesmo é omissivo relativamente à doação de órgãos, sendo tal omissão irrelevante face ao caráter não exaustivo da norma (artº 2º nº 2 da Lei nº 25/2012).

No entanto, atendendo a que o nosso ordenamento jurídico acolhe o conceito de doação presumida no que respeita à doação de órgãos de cadáver,<sup>48</sup> segundo o qual uma pessoa quando nasce adquire o estatuto de dador,<sup>49</sup> conclui a autora no sentido de não ter “*validade uma hipotética recusa (...) para doação de órgãos plasmada numa DAV, a não ser*

---

<sup>43</sup> Base II al. a) da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos - Lei nº 52/2012 de 5 de setembro.

<sup>44</sup> Base III, nº 2: “*Os cuidados paliativos devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana.*”

<sup>45</sup> Vera Lúcia RAPOSO, “*No dia em que a morte chegar (...)*” *obr. cit.*, p. 86.

<sup>46</sup> Tipo de ilícito típico p.p. no art.º 156º do CP.

<sup>47</sup> Vera Lúcia RAPOSO, “*No dia em que a morte chegar (...)*” *obr. cit.*, p. 85.

<sup>48</sup> Lei nº 2/2015 de 8 de janeiro, 1.ª alteração à Lei nº 36/2013 de 12 de junho, que aprova o regime de garantia de qualidade e segurança dos órgãos de origem humana destinados a transplantação no corpo humano, de forma a assegurar a proteção da saúde humana, transpondo a Diretiva de Execução nº 2012/25/UE da Comissão de 9 de outubro).

<sup>49</sup> Segundo a legislação portuguesa para que alguém se torne não dador terá que, por iniciativa própria ou através de alguém de direito que o represente (pais, no caso de menores), submeter ao Registo Nacional de Não Dadores os impressos próprios para objeção à colheita de órgãos disponíveis em qualquer centro de saúde.

*que a própria lei reconhecedora de efeitos jurídicos às DAV's determinasse o contrário, o que não sucedeu entre nós”.*<sup>50</sup>

### ***b) Forma do documento***

Nos termos do artigo 3º nº 1 da Lei nº 25/2012 as diretivas antecipadas de vontade (DAV) “*são formalizadas, por meio de documento escrito, assinado presencialmente perante um funcionário devidamente habilitado do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) ou perante um notário (...)*”.<sup>51</sup>

O requisito legalmente previsto de forma escrita tem como objetivo assegurar uma formulação precisa e rigorosa da vontade plasmada pelo outorgante, de modo a conferir um maior grau de certeza relativamente à eficácia das suas disposições.

Por seu turno, a imposição da assinatura do documento perante funcionário devidamente habilitado<sup>52</sup> do RENTEV, ou perante um notário, visa garantir uma maior segurança e certeza na aplicação do direito, competindo-lhes asseverar pela capacidade do autor para praticar o ato e pela observância da qualidade dos dados apresentados e verificação da sua conformidade com os requisitos constantes da Lei nº 25/2012.

Por outro lado, o uso do formulário específico (o modelo de DAV, publicado na Portaria nº 104/2014<sup>53</sup>) não sendo obrigatório (pela Lei nº 25/2012 no artº 3º nº 3), é, porém, recomendado, uma vez que guarda a informação de forma estruturada, facilitando o processo de criação da DAV por parte da pessoa e o processo de consulta por parte dos profissionais de saúde.

Há ainda alguns requisitos a observar quanto ao respetivo conteúdo, devendo constar do documento os seguintes elementos: a identificação completa do outorgante (a lei nada

---

<sup>50</sup> Sobre o regime português em matéria de doação de órgãos, José de Faria COSTA “*O Valor do Silêncio do Legislador Penal...*”, p. 87 ss.; Paula Ribeiro de FÁRIA, Aspectos Jurídico-Penais dos Transplantes; João Carlos LOUREIRO, Transplantações...; André Gonçalo PEREIRA, “*Transplantation of Organs and Tissues...*”, p. 55 ss.

<sup>51</sup> O legislador ao atribuir - especificamente - a competência aos notários para o reconhecimento de assinatura, quis deixar de fora as competências atribuídas aos advogados e solicitadores para fazer reconhecimentos simples e com menções especiais, presenciais e por semelhança, por meio do disposto no artº 38º do DL nº 76-A/2006 de 29/03, regulamentada pela Portaria nº 657-B/2006, de 29/06.

<sup>52</sup> Consideram-se funcionários devidamente habilitados do RENTEV, os responsáveis pelo tratamento da informação referida no número anterior, os quais são expressamente designados por despacho do Diretor Executivo dos Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e do Conselho de Administração das Unidades Locais de Saúde, EPE (ULS, EPE) respetivos, dentro da organização interna dos respetivos serviços, competindo-lhes assegurar a observância da qualidade dos dados, nomeadamente as condições de segurança e confidencialidade (Artº 8º nº 3 da Portaria 96/2014).

<sup>53</sup> Modelo disponibilizado no sítio da Internet das Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS, IP), no Portal do Utente e no Portal da Saúde: [http://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2014/06/Rentev\\_form\\_v0.4.1.pdf](http://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2014/06/Rentev_form_v0.4.1.pdf)

refere relativamente à identificação do procurador de cuidados de saúde<sup>54</sup> mas na procuração deverá constar a sua identificação completa); o lugar, a data e hora da sua assinatura; as situações clínicas em que as declarações antecipadas de vontade produzem efeitos; as opções e instruções (no sentido de autorizar ou proibir determinado ato) relativas a cuidados de saúde que o outorgante deseja ou não receber; e as declarações de renovação, alteração ou revogação das diretivas antecipadas de vontade, caso existam. (artº 3º nº 1 da Lei nº 25/2012).

No artigo 3º nº 2 conferiu-se ainda a faculdade “*de o outorgante recorrer à colaboração do médico para a elaboração das diretivas antecipadas de vontade*” e, em tal caso, sugere que a identificação e assinatura do médico constem do próprio documento.

A este respeito, partilhamos do entendimento sufragado por vários autores de que o legislador não deveria ter atribuído um carácter facultativo a esta possibilidade, mas sim considerá-la como um requisito necessário para a concretização do testamento vital.

Neste ponto defende ANDRÉ DIAS PEREIRA<sup>55</sup> que as diretivas só deveriam ser vinculativas se o outorgante se tivesse aconselhado antecipadamente com um médico sobre o seu estado de saúde, as alternativas terapêuticas e as consequências e riscos da sua decisão.

Também neste sentido entende NETO FERREIRINHA<sup>56</sup> que a “*intervenção do notário é aconselhável sempre com recurso à colaboração de um médico, na hipótese de o outorgante não ter preparação técnica em ciências da saúde, a fim de ficarem convenientemente clarificadas as diretivas antecipadas de vontade do interessado, quanto aos cuidados de saúde que deseja ou não receber só um médico estará em condições de se pronunciar sobre a sua exequibilidade*”.

Ainda nesta temática, VERA LÚCIA RAPOSO<sup>57</sup> refere que “*a redação de um testamento vital é matéria que exige especial cuidado e que, por isso mesmo, deve ser acompanhada por um jurista e por um médico, de forma a garantir que a vontade nela plasmada é juridicamente concretizável, medicamente plausível e facilmente compreensível por terceiros, muito em especial pela equipa médica a quem se destina.*”<sup>58</sup>

---

<sup>54</sup> “(...) no que respeita ao PCS pode-se questionar se também este deve estar necessariamente limitado a decidir só em certos estados clínicos, sendo certo que a margem de manobra e flexibilidade que lhe é reconhecida como forma de contornar a rigidez do testamento vital há de igualmente permitir uma interpretação dos estados clínicos descritos na procuração lata e adequada ao caso concreto” in, VERA LÚCIA RAPOSO, “No dia em que a morte chegar” obr. cit., p. 94.

<sup>55</sup> André DIAS PEREIRA, *Declarações Antecipadas de Vontade: meramente indicativas ou vinculativas? Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Jorge de Figueiredo Dias*, org. Manuel da Costa Andrade, Maria João Antunes, Susana Aires de Sousa, Coimbra, Coimbra Editora, 2009, p. 56

<sup>56</sup> Fernando NETO FERREIRINHA, *Código do Notariado – Anotado*, Coimbra, Almedina, 2014, p. 311, nota 8.5.3

<sup>57</sup> Vera Lúcia RAPOSO, “No dia em que a morte chegar” obr. cit., p. 87.

<sup>58</sup> Vera Lúcia RAPOSO, “Contudo, mesmo que se verifique efetivamente a presença de um médico aquando da

Considera a autora que “*uma das mais prementes críticas que podemos dirigir ao atual regime vigente entre nós sobre DAV’s é o facto de não impor o aconselhamento por um médico aquando da sua redação*”<sup>59</sup> e que “*mal se compreende que se considere a vontade plasmada no testamento vital como esclarecida (como o impõe o artigo 157º do CP face a qualquer decisão do paciente, esclarecimento que apenas é dispensado no consentimento presumido, pela natureza própria das coisas, sendo que a vontade expressa no testamento vital equivale ao consentimento expresso, não ao presumido) quando não há garantia de que o paciente efetivamente compreenda as consequências médicas das respetivas decisões*”.<sup>60</sup>

### **c) Requisitos de capacidade**

O artigo 4º da Lei nº 25/2012 consagra requisitos formais e cumulativos relacionados com a legitimidade do outorgante: o qual deve ser maior de idade; não se encontrar interdito ou inabilitado em razão de anomalia psíquica; e capaz de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido.

Ora, um dos pontos que mais tem sido debatido na doutrina é precisamente a questão da maioridade.

Efetivamente, a lei prevê que tem capacidade para outorgar uma diretiva a pessoa maior de idade, ou seja, maior de 18 anos. Assim, parecem excluídos desta previsão os menores emancipados. Mas se as DAV são concebidas como uma forma de aceitar, ou recusar, antecipadamente, cuidados de saúde fará sentido invocar o artigo 38º nº 3 do CP.<sup>61</sup>

Neste ponto, há autores como GUILHERME DE OLIVEIRA<sup>62</sup> que defendem a

---

*redação do testamento vital, anda assim nunca o consentimento aí plasmado será totalmente informado. É que a informação possível de transmitir em cenários abstratos nunca será equivalente àquela disponível num cenário concreto. Por outras palavras, o médico poderá explicar ao titular da DAV o significado de determinado estado clínico, o prognóstico expetável em tais situações, os benefícios e malefícios associados em regra aos atos médicos que são aceites ou recusados no testamento vital; porém, escapam a esta informação as particularidades da situação clínica em que aquele efetivamente se poderá vir a encontrar, as quais se poderão revelar decisivas. Mas isto não significa que o testamento vital viole a exigência legal de consentimento informado. Rectius, não violará quando o autor da DAV tenha sido informado das implicações médicas referentes às decisões plasmadas na DAV, o que, por sua vez, exige o acompanhamento de um médico.” Idem, p. 88.*

<sup>59</sup> *Idem*, página 88.

<sup>59</sup> *Idem binem*, páginas 95 e 95.

<sup>60</sup> O ordenamento civil estipula os 18 anos como idade a partir da qual se dispõe de capacidade jurídica, isto é, de capacidade para assumir direitos e obrigações (arts 122º e ss do CC)

<sup>61</sup> O ordenamento penal atribui a faculdade de prestar consentimento jurídico-criminalmente atendível aos 16 anos (artº 38º nº 3 do CP), desde que o sujeito possua “*o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta*”.

<sup>62</sup> O citado autor pugna pela aplicação do artigo 38º nº 3 do CP atribuindo nestes casos uma “*maioridade especial*” que se deve sobrepor à maioridade civil. In Guilherme de OLIVEIRA, “*O acesso dos menores aos cuidados de saúde*”, in RLJ, Ano 132, maio 1999, p. 16.

legitimidade dos menores para prestar o seu consentimento no que respeita a cuidados de saúde caso disponham do discernimento necessário para compreender as consequências e riscos das suas decisões.

Na nossa perspetiva, também não se vislumbra nenhuma razão para não conceder essa capacidade aos menores de idade, desde que capazes para o fazer naturalmente.

Mas também por esta razão somos do entendimento que se deveria exigir a participação de um médico na elaboração das DAV, a fim de aferir da capacidade de discernimento do menor para a prática do ato e avaliar a compreensão e a devida ponderação por parte do mesmo acerca de todos os riscos inerentes a essa decisão.

#### ***d) Limites das diretivas antecipadas de vontade***

O artigo 5º da Lei nº 25/2012 dispõe um elenco de diretivas antecipadas de vontade que, a existirem, serão consideradas como “*juridicamente inexistentes, não produzindo qualquer efeito*”, a saber:

*“a) Que sejam contrárias à lei, à ordem pública ou determinem uma atuação contrária às boas práticas;*

*b) Cujo cumprimento possa provocar deliberadamente a morte não natural e evitável, tal como prevista nos artigos 134º e 135º Código Penal;*

*c) Em que o outorgante não tenha expressado, clara e inequivocamente, a sua vontade.”*

Do preceituado resultam limites de conteúdo ou materiais, sendo inexistentes, por exemplo, as diretivas cujo cumprimento consubstancie práticas distanásias<sup>63</sup> (artº 58º do CDM); práticas de eutanásia ativa direta<sup>64</sup> (p.p. artº 134º do CP) e práticas de suicídio medicamente assistido<sup>65</sup> (p.p. artº 135º do CP).

Ou seja, a morte que advém do cumprimento de uma DAV terá sempre, necessariamente, de ser resultante de um processo natural e inevitável, o qual era já expetável e irreversível.

São ainda consideradas como inválidas as diretivas redigidas de forma imprecisa e com ampla margem de subjetividade, que possam suscitar dúvidas na sua interpretação, e que

---

<sup>63</sup> Por contrário às boas práticas médicas o encarniçamento terapêutico (prolongamento artificial do processo de morte).

<sup>64</sup> Pressupõem a utilização ativa de processos que produzam diretamente a morte ou que a apresse.

<sup>65</sup> É uma modalidade de morte assistida (tal como a eutanásia) causada pelo próprio por métodos diversificados com o auxílio de um terceiro.

dificultam a apreensão da real vontade do paciente por parte da classe médica, devendo, portanto, ser formuladas em termos claros e objetivos, sob pena de perderem o seu efeito útil e não cumprirem a sua função por não terem cabimento na situação vivenciada.

#### *e) Eficácia do documento*

Conforme resulta da parte final do artigo 2º nº 1 da Lei nº 25/2012, as DAV apenas serão levadas em conta no caso do paciente, por alguma razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal de modo autónomo.

Efetivamente, o legislador pretendeu que as diretivas relevassem não só nos casos em que o paciente se encontra em estado de absoluta inconsciência, mas igualmente nas circunstâncias em que o paciente, embora consciente, não tem capacidade de exprimir a sua vontade livre e informada.<sup>66</sup>

Uma das alterações mais relevantes introduzidas pela Lei nº 25/2012 no nosso ordenamento jurídico prende-se exatamente com a atribuição de eficácia vinculativa<sup>67</sup> às DAV.

A este propósito, o artigo 6º nº 1 da Lei nº 25/2012 dispõe que a equipa responsável pela prestação dos cuidados de saúde, assim que conheça das disposições<sup>68</sup> deve atuar em conformidade com o seu conteúdo.

Tal significa que as DAV – quando cumpram os requisitos legalmente previstos - não podem ser tomadas como meras orientações para os seus destinatários, estando o médico vinculado a respeitar a vontade do outorgante, o seu consentimento prospetivo e o seu direito de autodeterminação, sob pena de poder incorrer em responsabilidade, civil, penal e disciplinar.

Importa, no entanto, atentar às situações previstas na Lei nº 25/2012, que uma vez

---

<sup>66</sup> Como sucede, p. ex., no caso dos doentes com demência.

<sup>67</sup> Antes da aprovação da Lei nº 25/2012 a doutrina portuguesa encontrava-se dividida quanto à eficácia a atribuir às diretivas. Alguns autores, designadamente COSTA ANDRADE, defendiam o seu valor meramente indiciário face à falta de atualidade do consentimento. No entendimento do professor, o testamento do paciente só permite saber o que o paciente queria no momento em que o redigiu, não permitindo referenciar com segurança o que quer no momento do tratamento. *Vd. Manuel da COSTA ANDRADE, Consentimento e Acordo em Direito Penal: contributo para a fundamentação de um paradigma dualista, Coimbra, Coimbra Editora, 2004, p. 457 e 458.* Por sua vez, FIGUEIREDO DIAS, em sentido contrário, defendia a eficácia vinculativa das “*disposições antecipadas de vontade, sobretudo periodicamente reiteradas, [pois] constituem, (...), o mais forte indício da vontade presumida do declarante e só podem ser desobedecidas se forem conhecidas razões que definitivamente as contrariam*”. *Vd. Jorge de FIGUEIREDO DIAS, Direito Penal, questões fundamentais - a doutrina geral do crime, Tomo I, 2.ª Edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2003, p.793 e 794.*

<sup>68</sup> Ou porque o documento consta do RENTEV; ou porque a DAV lhe foi entregue pelo outorgante; ou, ainda, na impossibilidade deste último, pelo PCS.

verificadas afastam o “*dever de respeitar o conteúdo*” das DAV e, por conseguinte, dispensam o profissional de saúde de observar a decisão do doente – constituindo requisitos negativos de aplicabilidade do regime em questão.

Ora, para além das situações cominadas no artigo 6º n° s 1 e 4 – sobre as quais adiante nos debruçaremos - prevê o artigo 3º do mesmo diploma um elenco de requisitos de forma que deverão ser acatados e sem os quais a equipa médica fica dispensada de cumprir as DAV.

Desta feita, do artigo 3º retira-se que um documento escrito que não contenha uma assinatura presencialmente reconhecida pelo notário ou pelo funcionário do RENTEV; (ou) do qual não conste a identificação completa do outorgante; (ou) o lugar, a data e a hora da assinatura; (ou) a descrição das situações clínicas; (ou) as opções ou instruções relativas aos cuidados de saúde que deseja ou não receber; (ou, ainda) seja omissa quanto a declarações de renovação, alteração ou revogação entretanto existentes, não será válido, nem eficaz.

A propósito da descrição da situação clínica e das instruções relativas a cuidados de saúde na DAV (al. s d) e e) do artº 3), uma nota se impõe quanto à compreensão destes requisitos, os quais devem respeitar os limites materiais do artigo 5º, devendo ainda ser clarividentes e não suscitar dúvidas de interpretação (*crf.* al. c)).

Depois deverá igualmente atentar-se à capacidade do outorgante, consagrando o artigo 4º da Lei nº 25/2012, sob as alíneas a), b) e c) do nº 1, três requisitos formais de capacidade, os quais devem estar verificados cumulativamente e sem os quais a DAV não será vinculativa.

No concernente ao nº 2 do artigo 6º, o mesmo acrescenta algumas circunstâncias de apreciação subjetiva capazes de afastar a força vinculativa das DAV, cabendo ao médico a avaliação dos pressupostos ali previstos, no momento da efetiva prestação de cuidados de saúde.

Desta feita, o médico não deverá respeitar as diretivas quando “*se comprove que o outorgante não desejaria mantê-las*” (artº 6º nº 2 al. a)).

A razão de ser desta norma recai na impossibilidade de o outorgante poder emitir a sua vontade em conformidade, retirando a eficácia ao documento. Para tanto, será necessário que se comprove, de forma cabal, que o paciente não desejava manter as diretivas antecipadas que antes havia formulado. Ou seja, que existiu uma modificação da vontade do paciente não formalizada por meio de revogação ou modificação da DAV.

Nestas situações, o não acatamento de uma diretiva antecipada deverá depender do conhecimento, pelo médico, de circunstâncias que tenham ocorrido posteriormente à redação da diretiva e, que, por essa razão, faça com que esteja ultrapassada ou não corresponda ao

desejo atual do paciente.

Sobre este ponto, ANDRÉ DIAS PEREIRA<sup>69</sup> defende que cabe ao médico o ónus da prova de que a diretiva anteriormente manifestada pelo paciente já não corresponde à sua vontade atual.

Nesta medida, para que inexista responsabilidade do médico por não acatar as diretrizes inscritas no documento é fundamental que haja um elevado grau de certeza quanto à atual vontade contrária conjectural do seu outorgante, a qual deverá ser retirada de quaisquer elementos fáticos concludentes atendíveis de forma prudente, como informações de familiares e amigos que permitam formular com segurança tal presunção.

A respeito da al. a) do nº 2 do artigo 6º entende VERA LÚCIA RAPOSO que o *“funcionamento desta cláusula terá que ser verdadeiramente excepcional, sob pena de banalizar o repúdio das DAV’s.”*

Por outro lado, a alínea b) do artigo 6º da Lei nº 25/2012 prevê que as DAV não devem ser respeitadas quando *“se verifique evidente desatualização da vontade do outorgante face ao progresso dos meios terapêuticos, entretanto verificados”*.

Com o avanço das ciências (médicas e farmacêuticas) e das tecnologias aplicadas à saúde é verossímil que, em poucos anos, o tratamento de uma patologia específica possa conhecer profundas alterações e que entre o tempo que medeia o momento da elaboração da diretiva e o momento em que a mesma produz efeito, surjam descobertas científicas que permitam tratar com eficácia a doença do paciente.

Assim, prevê-se que o desfasamento da disposição de vontade declarada e o sucesso de uma nova terapêutica labore como elemento impeditivo à eficácia da diretiva antecipada – e que afasta o carácter vinculativo da diretiva - operando uma caducidade *ope legis*, que assenta na presunção legal de que se o seu autor conhecesse o atual desenvolvimento da medicina não declararia a sua vontade nos termos em que o fez.

Também neste caso o médico não tem o dever de respeitar a diretiva, devendo, porém, retirar tal ilação com um suficiente grau de firmeza quanto à presumível vontade do autor do documento.

Por último, da alínea c) do preceito retira-se que o médico não deverá respeitar as DAV quando verifique que as mesmas *“não correspondem às circunstâncias de facto que o outorgante previu no momento da sua assinatura”* (artº 6º nº 2 al. c)).

---

<sup>69</sup> André DIAS PEREIRA, *“Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal”*, in *Revista Julgar*, Número Especial, Coimbra, Coimbra Editora, 2014, p. 296.

Assim, nas situações em que não exista similitude entre a vontade expressa pelo paciente no documento e a vontade que o mesmo teria em mente no momento da sua elaboração, a aplicação da DAV ficará sem efeito pela verificação de um vício de forma na declaração do outorgante. Também esta condição de ineficácia reitera a importância de o conteúdo do documento ser claro e conciso.

Ainda neste seguimento, é de referir que os n.ºs 3 e 5 do artigo 6.º estabelecem que o responsável pelos cuidados de saúde deverá registar no processo clínico do doente os factos que o levaram a não respeitar a diretiva antecipada. Tal registo demonstra-se importante como sinal de respeito pela dignidade e autodeterminação do doente (não se tratando de uma atuação arbitrária do médico), mas também para a própria salvaguarda do responsável médico, que aí deverá registar a sua posição de forma fundamentada.

Outra situação que afasta a obrigação de observar o disposto na DAV são os casos de urgência e de perigo imediato para a vida do doente, em que a busca pela existência de uma DAV e a sua consideração determinem uma demora tal que agrave os riscos para a vida e saúde do indivíduo (art.º 6.º n.º 4 da Lei n.º 25/2012).

Esta solução vem em harmonia com o exposto no artigo 8.º da CDHBio,<sup>70</sup> atuando o médico com base no consentimento presumível, conjecturando a decisão que perante aquela situação o paciente teria consentido (art.º 39.º n.º 2 do CP).

#### ***f) Prazo de eficácia do documento***

As DAV são eficazes por um prazo legalmente estipulado de cinco anos a contar da data da sua assinatura, após o qual caducam, salvo se forem renovadas mediante declaração de confirmação do seu conteúdo, com a assinatura reconhecida presencialmente por um notário ou um funcionário do RENTEV (art.º 7.º n.º 1 e 2).

Com a fixação deste prazo de eficácia da declaração, o legislador visou simultaneamente garantir a atualidade do consentimento do paciente e acautelar o perigo de desatualização da sua vontade.

Por outro lado, em defesa da autodeterminação do paciente, determina o artigo 7.º n.º 3 da Lei n.º 25/2012, que as diretivas antecipadas não caducam pelo decurso do prazo caso o outorgante fique incapaz de as renovar, mantendo-se em vigor e sendo vinculativas para o

---

<sup>70</sup> Artigo 8.º da CDHBio: “Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á imediatamente proceder à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa”.

médico, que deve atuar com base na vontade presumida do doente, ainda que a mesma lhe pareça incompreensível.<sup>71</sup>

#### **g) *Modificação ou revogação do documento***

O autor das diretivas antecipadas de vontade pode revogá-las ou modificá-las, no todo ou em parte, a todo tempo, desde que obedecendo à mesma forma para a celebração da DAV, nos termos do artigo 8º n.ºs 1 e 2 da Lei nº 25/2012.

No caso da alteração ou revogação da diretiva ocorrer no âmbito de uma prestação de cuidados de saúde, o outorgante pode a qualquer momento, mediante declaração prestada oralmente ao responsável pela assistência médica, alterar ou revogar a sua DAV, devendo tal facto ser registado no processo clínico do paciente, comunicada ao RENTEV (quando se trate de uma DAV aí registada) e transmitida igualmente ao PCS quando este exista (artº 8º nº 4).

Com este normativo pretendeu-se salvaguardar o “*direito de arrependimento*” e o direito de autonomia do paciente até ao último momento.<sup>72</sup>

#### **h) *Direito à objeção de consciência***

O artigo 9º da Lei nº 25/2012, segundo o qual “*é assegurado aos profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde ao outorgante o direito à objeção de consciência quando solicitados para o cumprimento do disposto no documento de diretivas antecipadas de vontade*” no cumprimento de mandamento constitucional, concede ao médico a possibilidade de se desvincular da obrigação de respeitar a diretiva, uma vez invocado o direito de objeção de consciência.<sup>73</sup>

Tal poderá suceder nas situações em que a vontade expressa pelo paciente na DAV atenta flagrantemente contra as convicções pessoais e éticas do médico, podendo este invocar o seu direito à objeção de consciência. Nestas situações, o médico deverá referir no processo clínico do paciente quais as disposições da DAV que impedem a sua continuação no acompanhamento (artº 9º nº 2).

Porém, uma vez que nenhum paciente pode ser discriminado pelo facto de ser

---

<sup>71</sup> Manuel da COSTA ANDRADE, “*Consentimento em Direito Penal, - O consentimento Presumido*”, in Revista Portuguesa de Ciência Criminal, Ano 14, nº 1 e 2, janeiro – junho de 2004, Coimbra, p.132 ss.

<sup>72</sup> Neste sentido, Vera Lúcia RAPOSO, “*No dia em que a morte chegar*” obr. cit., p. 82.

<sup>73</sup> O direito de objeção de consciência está consagrado no artigo 41º nº 6 da CRP. No CDOM, artº 37º nº 1 está igualmente reconhecido o direito de objeção de consciência ao salvaguardar o direito do médico de “*recusar a prática de ato da sua profissão quando tal prática entre em conflito com a recusa da consciência, ofendendo os seus princípios éticos, morais, filosóficos ou humanitários*”.

portador de uma DAV (artº 10º), o hospital deverá providenciar por outro profissional de saúde que preste os serviços médicos requeridos na DAV, ainda que seja noutra instituição (artº 9º nº 3).

*i) Controlo da legalidade*

O documento escrito com as diretivas antecipadas de vontade deve ser assinado presencialmente perante um funcionário do RENTEV<sup>74</sup> ou de um notário, nos termos do artigo 3º nº 1 da Lei nº 25/2012, os quais deverão aconselhar o outorgante a sanar as irregularidades detetadas no documento no que respeita aos requisitos formais acima aludidos.

Em bom rigor, a tais entidades a lei apenas conferiu funções e poderes para reconhecer a assinatura presencial e não para aferir da observância dos requisitos legais de forma (tampouco de conteúdo), pelo que dúvidas existem se poderão, ou não, recusar o reconhecimento do documento por conter vícios formais, uma vez que não lhe foram reconhecidos legalmente quaisquer poderes de fiscalização.

Porém, seria decerto de estranhar que o legislador tivesse conferido poderes exclusivamente a entidades públicas para certificar apenas a identidade de quem assina o documento, quando as referidas entidades dispõem dos conhecimentos necessários para verificar a legalidade da DAV.

De modo que, entendemos que o cumprimento destes requisitos formais estará a cargo do funcionário do RENTEV ou do notário, conforme o caso (artº 3.º nº 1 da Lei nº 25/2012).<sup>75</sup>

De qualquer forma, existem vícios de conteúdo que apenas poderão ser conhecidos pelo médico responsável pelo paciente e, por conseguinte, a quem incumba executar (ou não) a DAV.

Certo é que uma DAV que não respeite tais requisitos não terá eficácia vinculativa, ainda que possa ter efeitos meramente indicativos.

---

<sup>74</sup> O RENTEV é a entidade encarregue de “rececionar, registar, organizar e manter atualizada, quanto aos cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal, a informação e documentação” relativa aos testamentos vitais e às proclamações passadas aos PCS (artº 15º nº 1 da Lei nº 25/2012).

<sup>75</sup> Neste mesmo sentido, Vera Lúcia RAPOSO, “No dia em que a morte chegar” obr. cit., p. 100.

## 2. Procurador e Procuração de Cuidados de Saúde

### a) *Procurador de Cuidados de Saúde*

Na esteira de PAULA TÁVORA VÍTOR,<sup>76</sup> o procurador de cuidados de saúde (PCS) é um representante escolhido pelo paciente, num momento em que ainda se encontra na posse das suas capacidades intelectuais e volitivas, para que na eventualidade de se vir encontrar incapaz o PCS tome as deliberações necessárias para prover à sua saúde.

O procurador de cuidados de saúde só poderá ser nomeado pelo outorgante, tendo de ser uma pessoa maior de idade que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, não seja funcionária do RENTEV, nem seja funcionária do cartório notarial que intervenha na realização da procuração de cuidados de saúde, excluindo-se ainda os proprietários e gestores de entidades que administram ou prestam cuidados de saúde,<sup>77</sup> em conformidade com o disposto nos artigos 4º e 11º n.ºs 2 e 3 da Lei nº 25/2012.

Bem se compreendem as restrições plasmadas sob as alíneas a) e b) do nº 3 do artigo 11º, as quais visam sobretudo salvaguardar o outorgante, excluindo a possibilidade de serem nomeadas pessoas que intervenham profissionalmente na realização da diretiva ou na prestação de cuidados de saúde ao paciente. Isto porque, são os funcionários do registo e do cartório notarial que deverão avaliar a capacidade do outorgante no momento da elaboração da procuração. Por outro lado, ao impedir-se a nomeação aos proprietários e gestores de entidades que administram ou prestam serviços de cuidados de saúde estará a acautelar-se eventuais conflitos de interesses, que poderiam comprometer as suas boas funções como PCS.

Ainda assim, o nº 4 do artigo 11º vem salvaguardar a possibilidade de se nomear gestores e proprietários de instituições de cuidados de saúde que tenham uma relação familiar<sup>78</sup> com o outorgante.

Nestas situações, em que o procurador é um familiar, ter-se-á de distinguir os casos em que o PCS atua tão-somente na qualidade de familiar – limitando-se a proferir opiniões com base nas quais poderá o médico fundamentar o consentimento presumido, ainda sem estar vinculado às mesmas - e as situações em que atua no papel de procurador - pois, neste caso, a sua decisão tem a mesma força que a que seria tomada pelo paciente se o pudesse

---

<sup>76</sup> Paula TÁVORA VÍTOR, “*Procurador para cuidados de saúde- importância para um novo decisor*”, in *Lex Medicinæ*, Revista Portuguesa de Direito da Saúde, Ano 1, nº 1, 2004, p. 121

<sup>77</sup> Sem prejuízo da exceção à exceção prevista no nº 4 do artº 11º da Lei 25/2012.

<sup>78</sup> A lei não definiu qual o grau de parentesco que caberia na previsão de relação familiar, no entanto, entendemos que se deve compreender apenas as pessoas ligadas diretamente ao outorgante e que com ele tenham fortes laços de afeto e cumplicidade (v.g. pais, filhos, irmãos, cônjuge e unidos de facto).

fazer, assumindo um caráter vinculativo.<sup>79</sup>

Veja-se, ainda, que o artigo 11º nº 5 admite a possibilidade de o outorgante nomear um segundo procurador de cuidados de saúde, sendo que a atuação de ambos não será conjunta, até porque tal levantaria certamente divergências de entendimentos, atuando o PCS nomeado em segundo lugar apenas quando o primeiramente nomeado se encontrar impossibilitado de representar o outorgante, e, portanto, subsidiariamente e em substituição do mesmo. Esta possibilidade visa assegurar que no momento de decidir, caso o PCS não esteja em condições de o fazer (ou mesmo que se recuse a fazê-lo), atuará o segundo procurador nomeado.

No que respeita ao conteúdo da procuração, a Lei nº 25/2012 não contém nenhuma especificidade quanto à sua redação, tendo o outorgante a faculdade de atribuir a uma pessoa determinada poderes de representação em matérias relacionadas com a prestação de cuidados de saúde.

No concernente à atuação do PCS, JOÃO LOUREIRO<sup>80</sup> defende que a nomeação do procurador de cuidados de saúde “*constitui uma forma de exercício da autonomia pelo cidadão que não será posta em causa se observados certos requisitos, proibindo-se que se passe um cheque em branco, de forma a obstar que a decisão seja entendida como uma decisão do representante, sem qualquer referência às orientações do representado*”.

Assim, o procurador atuará dentro dos limites dos poderes que lhe foram conferidos pelo outorgante e, por isso, a sua atuação não será arbitrária, cingindo-se escrupulosamente ao respeito pela vontade manifestada pelo outorgante.

Por tal motivo, as suas decisões deverão ser acatadas pelos profissionais de saúde como se fossem prestadas pelo próprio outorgante, tendo tal decisão efeitos vinculativos, como resulta expressamente do artigo 13º nº 1 da Lei nº 25/2012.

No que respeita aos limites representativos dentro dos quais o procurador de cuidados de saúde deverá atuar, a lei desenhou alguns limites à sua atuação, devendo o PCS atuar dentro das regras gerais do ordenamento jurídico quanto às decisões em matéria de cuidados de saúde, tal como dentro dos limites específicos determinados pela Lei nº 25/2012, e bem ainda, dentro dos limites apostos na procuração pelo próprio outorgante às decisões do PCS.

---

<sup>79</sup> Vera Lúcia RAPOSO, “*No dia em que a morte chegar*”, p. 40; João Carlos LOUREIRO, “*A metáfora do vegetal ou metáfora do pessoal – considerações jurídicas em torno do estado vegetativo crónico*”, in *Cadernos de Bioética*, Coimbra, nº 8, (1994), p. 41

Por outro lado, o outorgante poderá também estabelecer barreiras/limites/condições à vontade que venha a ser manifestada pelo PCS no documento de diretivas antecipadas de vontade, prevalecendo a vontade expressa naquele documento, como previsto no nº 2 do artigo 13º.<sup>81</sup>

Motivo pelo qual entendemos que a decisão do procurador será vinculativa, desde que assegure o cumprimento da vontade expressa do doente, não podendo ser pautada pelo que o PCS considere ser na sua convicção o melhor interesse para o doente, mas sim com base nos próprios limites impostos pelo outorgante.

No entanto, caso exista um conflito entre a vontade manifestada pelo outorgante nas DAV e a do PCS, prevalecerá a vontade do outorgante manifestada nas diretivas, por estas constituírem a sua vontade expressa, direta e atual.<sup>82</sup>

Esta nova figura jurídica da representação em matéria de cuidados de saúde apresenta algumas vantagens relativamente ao documento de diretivas, uma vez que as decisões do PCS são tomadas no momento em que a questão surge, obviando questões como os desenvolvimentos científicos não equacionados na DAV previamente redigida. Por outro lado, a figura do procurador de cuidados de saúde apresenta igualmente inconvenientes, uma vez que a decisão é tomada por alguém que não o próprio paciente, sem garantias de que esta seria a tomada pelo próprio se estivesse capaz de o fazer.<sup>83</sup>

### ***b) Procuração de Cuidados de Saúde***

O artigo 12º nº 1 da Lei nº 25/2012 dispõe que a procuração de cuidados de saúde “*é o documento pelo qual se atribui a uma pessoa, voluntariamente e de forma gratuita, poderes representativos em matéria de cuidados de saúde, para que aquela os exerça no caso de o outorgante se encontrar incapaz de expressar de forma pessoal e autónoma a sua vontade*”.

Daqui se infere que a procuração de cuidados de saúde constitui um meio formal e gratuito por meio do qual se atribui voluntariamente poderes de representação voluntária a um terceiro, o procurador de cuidados de saúde (PCS), com vista a dar resposta à sua eventual incapacidade pessoal em matéria de cuidados de saúde. E ainda que a procuração de cuidados de saúde deve revestir forma escrita, através de documento por meio do qual se atribuiu

---

<sup>81</sup> A nossa lei permite a coexistência simultânea do TV e do PCS, podendo as DAV impor barreiras à decisão a proferir pelo PCS.

<sup>82</sup> Nem podia ser de outro modo, pois atendendo ao elevado controlo exigido pelos arts 6º/3, 7º/4 e 8º/4 da Lei 25/2012 a vontade expressa pelo outorgante é sempre atual.

<sup>83</sup> Vera Lúcia RAPOSO, “*No dia em que a morte chegar*” obr. cit., p. 84.

*“poderes representativos em matéria de cuidados de saúde”.*

O nº 2 do artº 12º remete para o regime geral da representação voluntária, designadamente para o artº 262º do Código Civil, que determina que *“a procuração revestirá a forma exigida para o negócio que o procurador deva realizar”*. O que nos leva a concluir que a procuração deverá ser assinada presencialmente perante um funcionário devidamente habilitado do RENTEV ou perante um notário e observar todos os requisitos formais exigidos para as diretivas.<sup>84</sup>

Atente-se que ao exigir-se uma forma solene para a procuração a lei confere um maior grau de segurança no que respeita ao teor da vontade declarada pelo outorgante na diretiva.

O artigo 14º consagra como formas de extinção da procuração de cuidados de saúde, por um lado, a revogação pelo outorgante e, por outro, a renúncia por parte do procurador.

No que respeita à renúncia do procurador, a mesma deverá ser comunicada por escrito ao outorgante,<sup>85</sup> por forma a assegurar que o mesmo tome conhecimento desta declaração e não fique desprovido de representação.

Nestas situações partilhamos do entendimento de que o segundo procurador nomeado passará a exercer funções efetivas e, caso não o haja, deverá o outorgante nomear outro procurador de cuidados de saúde.

Advogamos ainda que a sua renúncia deverá produzir efeitos, não carecendo de aceitação por parte do seu destinatário, uma vez que a procuração de cuidados de saúde não constitui uma obrigação para o procurador, exceto nas situações em que o outorgante já não se encontra capaz de nomear outro procurador e inexistente um documento de diretivas antecipadas de vontade. Assim, caso não tenha sido outorgado cumulativamente com a procuração de cuidados de saúde um testamento vital, nos casos em que o autor já não se encontra capaz de nomear um novo, entendemos que o renunciante manter-se-á em funções, uma vez que o seu direito a renunciar a procuração não pode, nem deve, colidir com o direito de autodeterminação do outorgante.

---

<sup>84</sup> Neste sentido, *vide* Fernando NETO FERREIRINHA, *Código do Notariado, ob.cit.*, p. 258, nota 18.3

<sup>85</sup> A comunicação da renúncia como uma declaração reptícia, nos termos do artº 224º nº 1 do CC, que se torna eficaz logo que chega ao poder do seu destinatário ou é dele conhecida.

### 3. Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)

A Lei nº 25/2012 aprovou a criação do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) o qual tem por *“finalidade rececionar, registar, organizar e manter atualizada, quanto aos cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal, a informação e documentação relativas ao documento de declarações antecipadas de vontade e à procuração de cuidados de saúde”*.<sup>86</sup>

O RENTEV foi criado e é atualmente regulamentado quanto à sua formação e funcionamento pela Portaria nº 96/2014 de 5 de maio.

Os trâmites procedimentais a observar para se efetuar o registo do testamento vital e/ou da procuração de cuidados de saúde no RENTEV encontram-se estabelecidos no artigo 16º nº 2 da Lei nº 25/2012 e nos artigos 2º, 3º e 4º da Portaria nº 96/2014.

No processo de registo, os documentos de diretivas antecipadas de vontade e/ou procuração de cuidados de saúde são objeto apreciação pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) ou pela Unidade Local de Saúde, EPE (ULS, EPE), que aferem da sua conformidade com os requisitos legais constantes da Lei nº 25/2012. Caso os documentos se encontrem conformes, o processo de registo do documento de diretivas antecipadas de vontade e/ou procuração de cuidados de saúde é concluído, sendo disso informados, por escrito, o outorgante e, caso exista, o seu procurador de cuidados de saúde, com a cópia dos documentos registados, só produzindo o registo efeitos após a receção da informação de conclusão do processo.<sup>87</sup>

No entanto, o artigo 16º nº 1 esclarece que *“o registo no RENTEV tem valor meramente declarativo”*, sendo o documento das *“diretivas antecipadas de vontade ou procuração de cuidados de saúde nele não inscritas igualmente eficazes”*, desde que tenham sido formalizadas de acordo com o disposto na Lei nº 25/2012.

O mesmo é referido no nº 4 do artigo 1º da Portaria nº 96/2014 estabelecendo que *“(…) as diretivas antecipadas de vontade e a procuração de cuidados de saúde não registadas no RENTEV são igualmente eficazes, desde que tenham sido formalizadas de acordo com o disposto na Lei nº 25/2012 (…)”* ainda que não tenham passado pelo controlo do ACES ou da ULS, EPE..

Da apreciação destes normativos poder-se-á concluir que o registo das diretivas antecipadas de vontade no RENTEV não é condição de eficácia do documento, tendo por

---

<sup>86</sup> Vd. art.s 15º/1 da Lei nº 25/2012 e 1º/2 da Portaria nº 96/2014 de 5 de maio.

<sup>87</sup> Art.s 3º e 4º da Portaria nº 96/2014 de 5 de maio.

objeto e finalidade conferir publicidade às DAV, pretendendo-se assegurar que os médicos tenham conhecimento da sua existência e do teor do seu conteúdo.

Sendo que, a partir do momento em que os médicos e a restante equipa que presta cuidados de saúde ao outorgante tenham conhecimento da existência de diretivas antecipadas de vontade, ficam no imediato adstritos à obrigação de o cumprir (eficácia vinculativa do documento) em respeito pelo preceituado nos artigos 6º nº 1 e 13º nº 1 da Lei nº 25/2012.<sup>88</sup>

Decerto se compreenderá que a melhor forma de garantir que as DAV são efetivamente conhecidas pelos respetivos destinatários seria impor o seu registo obrigatório, o qual pudesse ser acedido de forma célere e informaticamente.<sup>89</sup>

Porém, o nosso legislador entendeu de forma diferente e optou por considerar tal registo meramente facultativo, o que pode acarretar dificuldades no momento em que a equipa médica tenha de aferir se o paciente é ou não portador de uma DAV,<sup>90</sup> pois o facto de a DAV não estar registada no RENTEV não significa que a mesma não exista, devendo ainda averiguar-se junto dos amigos e familiares do paciente sobre a sua eventual existência, a qual deverá ser voluntariamente apresentada à equipa médica, pelos acompanhantes do paciente ou pelo próprio enquanto ainda estava consciente.

Aliás, o próprio legislador parece ter colocado o encargo de divulgar a DAV sobre o paciente e seus acompanhantes, ao invés de incumbir a equipa médica de investigar a sua existência junto dos mesmos, como se conclui a partir da redação do nº 1 do artigo 6º da Lei nº 25/2012.

Ainda assim, a consulta do RENTEV deve impor-se em qualquer situação, exceto em casos de urgência que não se compadeçam com tal demora, como de resto vem previsto na válvula de segurança do nº 4 do artigo 6º da Lei nº 25/2012.

No concernente à validade do registo, a mesma coincide com o prazo de eficácia das diretivas antecipadas de vontade e procurações de cuidados de saúde, ou seja, é de cinco anos, *cfr.* artigo 7º da Lei 25/2012 e 7º da Portaria nº 96/2014.

Caberá ainda ao ACES ou à ULS, EPE comunicar ao outorgante e, caso exista, ao

---

<sup>88</sup> A atribuição de carácter vinculativo às DAV acarreta outras dificuldades aos seus destinatários, na medida em que a equipa médica profissional de saúde se verá confrontada com a interpretação de DAV nem sempre claras, com possíveis vícios que possam obstar ao seu carácter vinculativo, devendo a questão sempre que possível ser levada ao diretor clínico e à comissão de ética do hospital ou ao departamento jurídico e mesmo em última instância a um tribunal.

<sup>89</sup> O RENTEV disponibiliza a informação constante das diretivas antecipadas de vontade e das procurações de cuidados de saúde na Plataforma de Dados de Saúde, que depois a disponibiliza, mediante acesso reservado, aos profissionais de saúde no Portal do Profissional. (artº 8º/5 da Portaria 96/2014)

<sup>90</sup> A lei incumbe o prestador de cuidados de saúde de confirmar no RENTEV pela existência de uma DAV (*cfr.* artº 17º/1 da Lei nº 25/2012).

seu procurador de cuidados de saúde, com uma antecedência mínima de 60 dias, a data de caducidade dos documentos, sendo a renovação dos documentos feita mediante declaração de confirmação, apresentada, validada e confirmada nos termos dos art.ºs 2º a 4º da Portaria nº 96/2014.

## CAPÍTULO 3

### O TESTAMENTO VITAL NO QUADRO DO DIREITO COMPARADO

Presentemente, muitos dos países do mundo detêm já nos seus ordenamentos jurídicos legislação relativa às diretivas antecipadas de vontade, tendo Portugal seguido os modelos preexistentes na adoção deste instituto jurídico, o qual é originário dos Estados Unidos da América, país pioneiro no debate desta temática e na sua implementação.

Ora, sendo este um tema mais recente a nível europeu, iniciaremos o nosso estudo precisamente pelo panorama norte-americano, passando posteriormente por alguns dos ordenamentos jurídicos europeus, os quais consideramos particularmente pertinentes para a análise do tema do nosso estudo.

Deste modo, aquilo a que aqui nos propomos é elaborar uma breve análise à experiência e ao modo como o regime jurídico do testamento vital e do procurador de cuidados de saúde se encontra positivado nos vários ordenamentos jurídicos estrangeiros, a fim de nos permitir uma melhor compreensão deste instituto à luz do direito português.

#### 1. O Panorama Norte-Americano

Como referido, os Estados Unidos da América foram o primeiro país a debater sobre as questões da dignidade em fim de vida, tendo em 1938 sido fundada a *Euthanasia Society of America* que, desde cedo, promoveu, ainda que de modo infrutífero, a legalização da prática da eutanásia.

Mais tarde, na década de 60, esta sociedade passou a debruçar-se sobre questões como a autonomia dos pacientes e o direito a consentir ou recusar cuidados médicos. E é neste contexto que, em 1969, surgiu nos EUA, pela mão de LUIS KUTNER, o *living will*, o qual consistia num documento de manifestação da vontade acerca da submissão (ou não submissão) a tratamentos médicos, com os seguintes contornos: “*o paciente capaz deixaria escrita a sua recusa a se submeter a determinados tratamentos quando o estado vegetativo ou a sua terminalidade fossem comprovados; a vontade manifestada pelo paciente no living will se sobreporia à vontade da equipa médica, dos familiares e dos amigos do paciente, e o documento deveria ser assinado por, no mínimo, duas testemunhas; o documento deveria ser entregue ao médico pessoal, ao cônjuge, ao advogado ou a um confidente do paciente;*

*deveria ser referendado pelo hospital em que o paciente estivesse a ser tratado; e poderia ser revogado a qualquer momento antes de o paciente atingir o estado de inconsciência”*.<sup>91</sup>

No seguimento desta consciencialização dos pacientes acerca do direito de autonomia relativamente aos cuidados médicos que pretendem, ou não, submeter-se,<sup>92</sup> bem como do impactante caso de *Karen Quinlan*<sup>93</sup> - onde um Estado americano decidiu pela primeira vez acerca da possibilidade da suspensão da manutenção da vida com base num desejo do paciente - surgiu, em 1976, no estado da Califórnia, o *Natural Death Act*,<sup>94</sup> a primeira lei que passou a permitir que um indivíduo por meio de um documento pudesse aceitar ou recusar tratamentos de suporte vital em casos de doença terminal, o qual apenas produzia efeitos a partir do momento em que o seu autor deixava de ter capacidade para expressar a sua decisão.<sup>95</sup>

Assim, por um lado, esta lei garantia ao paciente que fosse maior de idade e capaz o direito de suspender ou recusar um tratamento médico em caso de doenças incuráveis, reconhecendo a autonomia do paciente em relação a cuidados de saúde. Por outro lado, esta lei protegia o próprio médico contra eventuais processos judiciais que pudessem advir do cumprimento da vontade do paciente.

A esta lei californiana reconhece-se o mérito de ter contribuído para que outros estados norte-americanos, a partir de 1977,<sup>96</sup> passassem a reconhecer a autodeterminação dos pacientes através do reconhecimento do valor jurídico do *living will*, podendo, inclusive, assinalar-se o ano de 1977 como o do surgimento do testamento vital.

---

<sup>91</sup> Luciana DADALTO, “*História do testamento vital: entendendo o passado e refletindo sobre o presente*”, *Mirabilia Medicinæ*, Jan-Jun, 2015, p. 26.

<sup>92</sup> TOWERS, Bernard (1978) “*The impact of the California Natural Death Act*” in *Journal of Medical Ethics* (1978), p. 96-98.

<sup>93</sup> Em abril de 1975, *Karen Ann Quinlan*, uma jovem norte-americana de apenas 22 anos, deu entrada no *Newtin Memorial Hospital* (embora tenha sido transferida depois para o *Hospital Saint Clair*) em estado de coma após o uso de tranquilizantes e álcool. Em face do estado de irreversibilidade em que ficou, os seus pais requereram que lhe fosse retirado o ventilador artificial, o que foi recusado pelo médico por razões de ordem moral e éticas. Os pais de Karen tentaram então obter uma autorização judicial, alegando que era vontade da filha não ser mantida viva por meios ou aparelhos artificiais. Sem obter sucesso em primeira instância, onde o tribunal entendeu que a que a declaração da paciente era desprovida de fundamento legal, em segunda instância, o *Supremo Tribunal de New Jersey* (munido do parecer do Comité de Ética do Hospital que evidenciou a irreversibilidade do coma) reconheceu aos pais de *Karen* o direito de solicitar ao médico o desligar do aparelho.

<sup>94</sup> Publicada a 1 de outubro de 1976, tornando-se eficaz a 1 de janeiro de 1977.

<sup>95</sup> BARBAS, Stela Marcos de Almeida Neves, “*Direito do Genoma Humano*”, p. 380; consubstancia-se numa declaração escrita assinada na presença de testemunhas, na qual se manifesta a vontade de recusar a submissão a intervenções de suporte vital de vida em caso de doença incurável e na administração de terapêuticas que visem prolongar a vida, optando pela morte sem sofrimento. Vide LEITÃO, Luís Manuel Teles de Menezes, “*Eutanásia e Testamentos Vitais: Live and Let Die?*”, p. 720-721; DOUKAS, David John “*Advanced Directives*”, *loc. cit.*, p. 2.

<sup>96</sup> SANTOS, Laura Ferreira dos, “*Testamento Vital, O que é? Como Elaborá-lo?*”, Sextante Editora, Porto, 2011, p. 93; LEITÃO, Luís Manuel Teles de Menezes, “*Eutanásia e Testamentos Vitais: Live and Let Die?*”, p. 720; MELO, Helena Pereira de, “*Diretivas Antecipadas de Vontade*”, *loc. cit.*, p. 3; PEREIRA, André Dias, “*Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal*”. *Julgar – Número Especial. Consentimento Informado*, p. 291.

No entanto, só mais tarde, em 1984, foi consagrada a figura do procurador em cuidados de saúde (*durable power of attorney*), por meio do *California Durable Power of Attorney for HealthCare Decisions Act*,<sup>97</sup> estando hoje legalizada em todos os estados americanos.

Posteriormente à aprovação desta lei, algumas associações médicas da Califórnia elaboraram um documento, denominado de *Guideliness and Directive*, com o objetivo de auxiliar o outorgante (maior, capaz e livre) a orientar o médico acerca do uso de métodos artificiais de manutenção da vida, sendo a redação da diretiva antecipada válida pelo período de cinco anos.

Quanto ao plano federal, após terem sido apreciadas judicialmente situações emblemáticas como de *Nancy Cruzan*,<sup>98</sup> a 1 de dezembro de 1991 foi aprovada primeira lei federal, o *Patient Self-Determination Act* (PSDA), que passou a impor aos profissionais de saúde a obrigação de informar os pacientes dos seus direitos em final de vida e da possibilidade de realizarem diretivas antecipadas de vontade, por meio de um documento escrito (em regra com a assinatura de duas testemunhas), as quais os profissionais de saúde devem respeitar<sup>99</sup> e que passou a ser inscrita na sua ficha clínica.<sup>100</sup> Caso não sejam respeitadas as vontades dos pacientes, os profissionais de saúde podem incorrer em sanções disciplinares, motivo pelo qual esta lei “*obriga também as instituições de saúde a promoverem ações de formação nesta matéria para os seus profissionais[...]*”.<sup>101</sup>

Deste modo, com o PSDA veio positivar-se a incumbência das instituições médicas

---

<sup>97</sup> NUNES, Rui, “*Testamento Vital. Nascer e Crescer*”, Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto [s.l.]. Vol. XXI, nº 4 (2012). p. 254.

<sup>98</sup> Não obstante a situação de *Karen* (*supra* aludida) ser anterior, foi apenas com o caso de *Nancy Beth Cruzan*, que se chegou à aprovação do *Patient Self - Determination Act*. *Nancy*, americana, com 25 anos, sofreu um acidente grave de automóvel ficando em Estado Vegetativo Persistente (EVP). Perante tal diagnóstico os pais de *Nancy* solicitaram em outubro de 1983 a suspensão da alimentação e hidratação artificiais que a mantinham viva. Esta pretensão não foi atendida, tendo a família requerido judicialmente a suspensão da hidratação e alimentação, alegando que *Nancy* havia referido a uma amiga que não queria ser mantida viva caso tivesse menos de metade das suas capacidades normais. Em primeira instância a ação teve provimento, tendo o Estado recorrido. Ao que o Supremo Tribunal do *Missouri* entendeu que os pais não tinham competência para decidir em nome da filha e que a prova por eles apresentada não era bastante. O Supremo Tribunal dos Estados Unidos decidiu a título definitivo reconhecer o direito a morrer a pessoas capazes ou a incapazes que já tivessem manifestado de forma inequívoca essa vontade, negando o pedido dos pais de *Nancy* por entender que não ser clara a manifestação da vontade da paciente. Sucede, no entanto, que o caso foi reaberto alguns meses depois, ao que o Tribunal do *Missouri* autorizou a retirada da alimentação e hidratação artificiais, tendo *Nancy* falecido em 26 de dezembro de 1990. Este caso foi decisivo na promulgação do *Patient Self- determination Act*.

<sup>99</sup> SANTOS, Laura Ferreira dos, *op. cit.*, p. 93; LEITÃO, Luís Manuel Teles de Menezes, *op. cit.*, p. 721; PEREIRA, André Dias, “*Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal*”, Julgar – Número Especial. Consentimento Informado, p. 291-292.

<sup>100</sup> As DAV têm força vinculativa em quase todos os Estados americanos, à exceção de Massachussets, Michigan e New York, sendo que estes permitem apenas a nomeação de um procurador em cuidados de saúde.

<sup>101</sup> SANTOS, Laura Ferreira dos (2011) “*Testamento Vital – O que é? Como elaborá-lo?*”, Sextante Editora, p. 93.

de informar os indivíduos, no momento da sua admissão na instituição, acerca dos direitos de saúde, nomeadamente o direito de cada paciente expressar previamente a sua vontade relativamente aos cuidados que lhe poderão ou deverão ser prestados, o direito de recusar ou aceitar determinados medicamentos e tratamentos cirúrgicos, bem como o direito a pessoa maior de dezoito anos com capacidade de discernimento a elaborar uma diretiva antecipada, e ainda, a possibilidade de nomear um representante para decisões de cuidados de saúde a si respeitantes, a qual era revogável a todo o tempo e sem exigências de forma.

Desta feita, o *Patient Self-Determination Act* admite como modalidades o *living will* e o *durable power of attorney*, visando o *living will* assegurar uma vontade prévia quanto ao consentimento para atos médicos, na eventualidade de a pessoa vir a tornar-se incapaz para o fazer, ao passo de que o *durable power of attorney* permite a nomeação de um procurador, que toma em nome do paciente as decisões relativas ao tratamento, podendo ainda incluir nesta nomeação poderes de representação e administração patrimoniais.

## 2. O Panorama Europeu

No que respeita às diretivas antecipadas de vontade, devemos tomar como ponto de partida, em todas as legislações europeias, a Convenção de Oviedo de 1997, por ter sido a primeira legislação internacional a reconhecer o direito do paciente a recusar tratamentos médicos com base no consentimento informado.

Nesta temática, os artigos 5<sup>o</sup><sup>102</sup> e 9<sup>o</sup><sup>103</sup> da CDHBio – aos quais já se fez referência aquando da exposição acerca do consentimento informado - assumiram um papel primordial na construção legislativa europeia quanto às diretivas antecipadas de vontade, enquanto forma de manifestação expressa da vontade do paciente.

Denote-se que esta Convenção é ulterior às leis norte-americanas acerca deste tema, tendo às mesmas ido buscar as linhas edificadoras de uma legislação europeia sobre a autonomia prévia do doente em matéria de cuidados de saúde, impulsionando a regulamentação das diretivas antecipadas de vontade.

Neste sentido, os países europeus na última década - no seguimento de dezenas de

---

<sup>102</sup> Na linha do artº 5 CDHB, o artº 5 da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos de 2005 veio consubstanciar «a doutrina do consentimento esclarecido...» in NUNES, Rui; MELO, Helena Pereira de, *op. cit.*, p. 115.

<sup>103</sup> O artº 9º (dirigido à vontade anteriormente manifestada) impõe aos profissionais de saúde o respeito pela vontade dos pacientes. *Vd.* NUNES, Rui; MELO, Helena Pereira de, *op. cit.*, p. 122; ANDORNO, Roberto; BILLER-ANDORNO, Nikola; BRAUR, Susane – Advanced Health Care Directives: Towards a Coordinated European Policy? *European Journal of Health Law*, *loc. cit.*, p. 210-211.

Resoluções e Recomendação da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa<sup>104</sup> e do Comité de Ministros do Conselho da Europa - têm vindo a admitir a validade das DAV com vista a ultrapassar as dificuldades práticas que o vácuo legislativo permite, além de reforçar a autonomia do doente.

## 2.1. Instrumentos legais estaduais

### a) *Reino Unido*

Em vigor no ordenamento jurídico desde 1 de outubro de 2007 o *The Medical Capacity Act of 2005*, com realce para o capítulo dedicado às *Advance decisions to refuse treatment*, é o instrumento legal que confere a um adulto competente a faculdade de prestar o seu consentimento relativamente aos tratamentos médicos que deseja ou não receber, de acordo com a sua vontade e juízo, quando num momento futuro, por alguma razão, não seja capaz de o expressar autonomamente.<sup>105</sup>

As diretivas antecipadas no ordenamento jurídico inglês são válidas caso as disposições nelas apostas não contrariem a ordem jurídica. Assim, para ser vinculativa, a diretiva antecipada tem: i) de ser redigida por pessoa que à data da declaração seja competente para o ato;<sup>106</sup> ii) a pessoa deve estar devidamente informada sobre a natureza dos atos médicos, riscos e benefícios; iii) a vontade manifestada deve ser livre, expressa, esclarecida, fruto de uma vontade convicta e não de meras intenções.<sup>107</sup>

Quanto à exigência de forma das DAV, as decisões de recusa devem constar de documento escrito, assinado e elaborado na presença de testemunhas, com a declaração expressa de que aquela decisão é tomada em consciência, ainda que determinando um final de vida antecipado.

Na eventualidade de existir uma decisão relativa à recusa que não tenha sido realizada nos termos *supra* descritos, a mesma vale como indicativa para os profissionais de

---

<sup>104</sup> A este respeito *vide*, PEREIRA, André DIAS, “Um Direito da Saúde para a Europa?” Disponível em: <http://bibliobase.sermis.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF3/002215.pdf>.

<sup>105</sup> *THE MENTAL CAPACITY ACT OF 2005*

<sup>106</sup> O artº 24º do *Mental Capacity Act* enumera alguns requisitos de capacidade do outorgante que têm de estar verificados de forma cumulativa para que se possa elaborar a diretiva: i) a pessoa tem de ter pelo menos dezoito anos; ii) tem de possuir capacidade de discernimento suficiente para compreender o alcance, significado e eventuais riscos subjacentes à decisão que vai tomar.

<sup>107</sup> James MUMBY, “Consent to treatment: children and the incompetent patient”, in *Principles of Medical Law* (Oxford: Oxford University Press, 2004), p. 258-259 *apud* Geraldo Rocha RIBEIRO, *A proteção do incapaz...*, *ob.cit.*, p. 376-377, nota 741.

saúde, os quais devem decidir de acordo com o critério de *the best interests of the patient*.<sup>108</sup>

De igual forma, a decisão não deve ser contrária à lei e aos bons costumes, ou solicitar tratamentos que não se demonstrem adequados ao caso concreto, bem como, pedidos de eutanásia.

Relativamente às declarações antecipadas que consentem determinados tratamentos médicos, vale o princípio da liberdade de forma, pelo que não existe a necessidade de serem reduzidas a escrito, podendo ser expressas oralmente, caso o doente reúna condições para o fazer.

Desta feita, a declaração antecipada de tratamento que se consubstancie numa aceitação ou num pedido de tratamento não tem carácter vinculativo perante os profissionais de saúde, assumindo antes um cariz meramente indicativo para os responsáveis pela prestação de cuidados de saúde, na persecução do melhor interesse do paciente.

Quando estejamos perante diretivas válidas e aplicáveis ao caso concreto, a sua existência desresponsabiliza os profissionais de saúde pela não administração ou não continuação do tratamento devido. Caso o autor manifeste de antemão a sua vontade prospectiva relativamente à intenção de não se submeter a tais práticas, responsabilizam-se os profissionais de saúde que iniciem ou prossigam com um tratamento.

O ordenamento jurídico inglês prevê ainda a possibilidade de se nomear um terceiro que represente o doente quanto aos cuidados de saúde – *Lasting Powers of Attorney* (LPA) - no artigo 9º do *Mental Capacity Act*.

Assim, o *LPA* é um documento legal que permite ao paciente nomear um terceiro (amigos ou familiares maiores de idade e capazes) – o *Attorney* - para o representar e o ajudar a tomar decisões em seu nome, num momento em que já não o possa fazer por si mesmo, de aceitação ou de recusa, desde que as mesmas se encontrem descritas detalhadamente no documento de autorização, sendo certo que, caso não se encontrem devidamente descritos, o PCS será sempre necessário para que se tomem as decisões necessárias de acordo com o melhor interesse do paciente.

Ainda a respeito do *Lasting Powers of Attorney*, o mesmo pode assumir duas espécies: uma relativa à saúde e bem-estar (*health and welfare*) e outra relativa à propriedade e assuntos financeiros (*property and financial affairs*), cabendo ao paciente a escolha entre uma ou ambas as modalidades.

No que toca à produção de efeitos, tal como a nossa procuração de cuidados de

---

<sup>108</sup> ANDORNO, Roberto; BILLER-ANDORNO, Nikola; BRAUR, Susane – Advanced Health Care Directives: Towards a Coordinated European Policy? *European Journal of Health Law*, *loc. cit.*, p. 213.

saúde, o *Lasting Powers of Attorney* do tipo *health and welfare* vale apenas para quando o paciente se torna incapaz de tomar as suas próprias decisões. No entanto, o *property and financial affairs*, caso o outorgante assim o permita, poderá ser usado após o seu registo no *Office of Public Guardian*.

É ainda de assinalar que o outorgante pode revogar a sua diretiva a qualquer momento, garantindo-se, de igual modo, ao paciente, o direito a mudar de opinião sem que se exija qualquer requisito de forma, razão pela qual pode o doente revogar a diretiva oralmente se ainda estiver capaz de o fazer, o mesmo valendo quanto ao *LPA*.

### ***b) Espanha***

Com um dos ordenamentos jurídicos mais desenvolvidos da Europa no que respeita às diretivas antecipadas de vontade, foi com a *Ley nº 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información clínica*<sup>109</sup> que o ordenamento jurídico espanhol regulou definitivamente os direitos e deveres dos pacientes, utentes e profissionais de saúde.

No artigo 11º da lei espanhola, cuja epígrafe é “*instrucciones previas*”, decorre do nº 1 que as *instrucciones previas* são um documento através do qual uma pessoa maior de idade, capaz e livre, manifesta antecipadamente a sua vontade, com o objetivo de que esta se cumpra em situações nas quais não seja capaz de a expressar pessoalmente acerca dos cuidados e tratamentos de saúde a que pretenda ou não ser submetido, do desejo de não se prolongar artificialmente a sua vida, a não serem utilizados tratamentos extraordinários e desproporcionais, a suspender o esforço terapêutico e a utilização de medicamentos para diminuir a dor, ou uma vez chegado o falecimento sobre o destino do seu corpo ou dos órgãos do mesmo.

Quanto à exigência de forma, dispõe o nº 2 do artigo 11º da *Ley 41/2002*, que as instruções prévias devem revestir forma escrita e serem formalizadas perante um notário e três testemunhas ou perante funcionário devidamente habilitado do Registo Nacional de Instruções Prévias.

Relativamente à vinculatividade das diretivas do nº 3 do mesmo artigo resulta que

---

<sup>109</sup> *Ley nº 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información clínica*. A nível estatal existem, ainda, duas leis reguladoras que desenvolvem e reforçam a autonomia do paciente: *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*; *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias* e *Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud*.

não terão um carácter vinculativo as disposições contrárias ao ordenamento jurídico espanhol, as contrárias às *leges artis* e as que não correspondam à vontade manifestada pelo outorgante.

As *instrucciones previas* devem ainda constar do processo clínico do doente, podendo ser revogadas, modificadas ou substituídas por escrito e a todo o tempo pelo outorgante, enquanto ainda for capaz de o fazer.

A lei espanhola consagra a possibilidade de se nomear um procurador de cuidados de saúde, o “*representante*”, a quem serão conferidos poderes de representação perante o prestador de cuidados de saúde, por forma a interpretar a vontade anteriormente manifestada pelo representado, servindo de interlocutor com as equipas de saúde.<sup>110</sup>

Espanha foi o país pioneiro na criação do *Registro de Voluntades Vitales Antecipadas*, pelo *Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero*, o qual procura agilizar o cumprimento das *instrucciones previas* do paciente, através criação de um mecanismo célere que procura auxiliar os profissionais de saúde na busca do documento numa base de dados.

A este respeito importa referir que mesmo com a previsão do regime das *instrucciones previas* no ordenamento jurídico espanhol, esta lei relega para o direito das comunidades autónomas a regulamentação da matéria relativa às instruções prévias, pelo que existem comunidades que não possuem legislação sobre as instruções prévias.

Motivo pelo qual o *Real Decreto nº 124/2007* estabelece que as pessoas que vivam nessas comunidades autónomas poderão redigir o documento de instruções prévias e apresentá-lo perante a autoridade da administração pública da sua área de residência, requerendo que o seu documento seja remetido ao Registo Nacional, que realizará uma inscrição provisória.

### **c) Bélgica**

As diretivas antecipadas de vontade encontram-se reguladas no ordenamento jurídico belga em dois diplomas legais: *The Act on Patient's Rights of 22 August 2002*<sup>111</sup> e *The Act on Euthanasia of 28 May 2002*.<sup>112</sup>

A *déclaration anticipée de volonté* tem que estar redigida de acordo com o modelo

---

<sup>110</sup> SEOANE, José Antonio “*Planificación Antecipada (...)*”, obr. cit., p. 323-324; ANDORNO, Roberto; BILLER-ANDORNO, Nikola; BRAUR, Susane, “*Advanced Health Care Directives: Towards a Coordinated European Policy?*” *European Journal of Health Law*, obr. cit., p. 215; PEREIRA, André Gonçalo Dias, “*Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica*”, p. 576.

<sup>111</sup> Lei de Direitos dos Pacientes de 22 de agosto de 2002.

<sup>112</sup> Lei da Eutanásia de 28 de maio de 2002.

de formulário previsto pelo *Ârrete Royal du 2 Avril 2003*, tendo as disposições em matéria de cuidados de saúde e fim de vida força vinculativa, devendo ser respeitadas pelos profissionais de saúde, produzindo o mesmo efeito que se verificaria caso o paciente estivesse consciente.

Todavia, o carácter vinculativo da DAV depende do preenchimento cumulativo dos seguintes requisitos: aquela deverá apresentar-se por meio de documento escrito da forma mais detalhada possível, podendo aferir-se um esclarecimento cabal do outorgante relativamente às práticas clínicas, bem como das consequências da recusa de determinadas intervenções terapêuticas; o documento não deverá suscitar qualquer dúvida relativamente à legitimidade do outorgante (paciente capaz, maior de 18 anos ou menor emancipado e mentalmente saudável<sup>113</sup>); tem que ter sido estabelecida ou confirmada há menos de 5 anos antes da incapacidade do paciente para expressar a sua vontade, isto é, têm de ser renovadas de 5 em 5 anos na presença de duas testemunhas maiores de idade das quais pelo menos uma das duas não pode ter interesse material na morte do outorgante.<sup>114</sup>

Numa posição absolutamente vanguardista, adotando o modelo da vizinha Holanda, o artigo 4º da *The Act On Euthanasia Of 28 May 2002* admite como válidas e legalmente admissíveis as declarações antecipadas destinadas à declaração de vontade para eutanásia, sempre que o paciente sofra de uma patologia grave e incurável, que não se encontre consciente e que o estado de inconsciência seja já irreversível.

No entanto, a diretiva antecipada de pedido de eutanásia não é vinculativa, o que significa que o médico responsável mantém a sua autonomia relativamente à aceitação ou não do pedido, em conformidade com o estatuído no artigo 14º do *The Act on Euthanasia of 28 May 2002*.

O *The Act on Patient's Rights of 22 August 2002* prevê ainda a possibilidade de se designar na declaração um procurador de cuidados de saúde (*proxy decisions maker* ou *patient-designated representative*) para a representação do outorgante em matéria de cuidados de saúde, que em caso de incapacidade do próprio para expressar a sua vontade indicará a vontade do paciente perante certa situação.<sup>115</sup>

---

<sup>113</sup> A 28/02/2014, a *ACT ON EUTHANASIA OF 28 MAY 2002* foi alterada com vista a estender a eutanásia a menores, sem limite mínimo de idade. Na Holanda, Suíça e Luxemburgo a eutanásia pode ser concedida a menores, mas apenas a partir dos 12 anos de idade.

<sup>114</sup> Para declarações feitas antes de 02/04/2020 a validade é de 5 anos a partir de a data da declaração. Para declarações escritas de 2 de abril de 2020 o período de validade é ilimitado.

<sup>115</sup> BRAUR, Susane “*Advanced Health Care Directives: Towards a Coordinated European Policy?*” *European Journal of Health Law*, *loc. cit.*, p. 215; STEERING COMMITTEE ON BIOETHICS (CDBI), 35 MEETING, 2-5 122; Artº 14, *ACT ON PATIENT'S RIGHTS OF 22 AUGUST 2002*.

#### *d) Holanda*

Desde muito cedo que na Holanda se adotou uma posição liberal no que respeita à tutela dos direitos dos pacientes em fim de vida e à eutanásia, atribuindo a sociedade holandesa grande importância à autonomia individual, sendo o primeiro país europeu a elaborar uma legislação específica sobre este tema.<sup>116</sup>

Desde 1995 que as *nontreatment directives* (diretivas antecipadas de vontade) encontram enquadramento legal no código civil holandês, por via da adoção do *Act on the medical treatment contract (Wet Op De Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, Wgbo)*, através das quais o paciente indica, por meio de documento escrito, que tratamentos e cuidados de saúde pretende ou não receber, caso este se encontre incapacitado para se expressar livremente.

No concernente à eutanásia, a mesma encontra-se regulada em legislação própria, *The Law On Euthanasia And Assisted Suicide (Wet Toetsing Levensbeëindigin op Verzoek en Hulp bij Zelfdoding)*,<sup>117</sup> adotada em 2001, em vigor desde 1 de abril de 2002, na qual se admite que a pessoa ainda competente declare por escrito que pretende ser submetida a eutanásia, por se verificarem preenchidos os critérios do artº 2º<sup>118</sup> da referida lei.<sup>119</sup>

O pedido do paciente livre, ponderado e informado é um dos pressupostos indispensáveis para que a prática da eutanásia seja considerada legítima, concedendo-se imunidade aos médicos que pratiquem eutanásia, afastando-se a sua responsabilidade penal quando o paciente se encontre “*em estado terminal, sem expectativa de melhoras e submetido a um sofrimento insuportável e, nestas condições, tenha tomado essa decisão de forma livre e sem pressões exteriores*”.<sup>120</sup>

À semelhança do que se verifica na Bélgica, o ordenamento jurídico holandês também permite a utilização de diretivas antecipadas de vontade para recusa de tratamentos (as quais apresentam uma força vinculativa), mas também para os pedidos de eutanásia em

---

<sup>116</sup> RUEFF, Maria do Céu (2013) “*Leges Artis, Fim de Vida, Compaixão, Direito Penal*” in *Emoções e Crime – Filosofia, Ciência, Arte e Direito Penal*, Almedina, p. 197-198.

<sup>117</sup> *Wet Toetsing Levensbeëindigin op Verzoek en Hulp bij Zelfdoding*, LAW ON EUTHANASIA AND ASSISTED SUICED.

<sup>118</sup> Artigo 2º da Lei de Comprovação da Terminação da Vida a Petição Própria e de Auxílio ao Suicídio (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, Stb. 2001, 194*)

<sup>119</sup> ANDORNO, Roberto; BILLER-ANDORNO, Nikola; BRAUR, Susane, “*Advanced Health Care Directives: Towards a Coordinated European Policy?*” *European Journal of Health Law*, *loc. cit.*, p. 216; STEERING COMMITTEE ON BIOETHICS (CDBI), 35 MEETING, 2-5 DECEMBER, STRASBURG: The Previously Expressed Wishes Relating to Health Care. Common Principles and Differing Rules in National Legal Systems. Report to Council of Europe prepared by ANDORNO, Roberto, *loc. cit.*, p. 9.

<sup>120</sup> RAPOSO, Vera Lúcia, “*Directivas Antecipadas de Vontade: em busca da lei perdida*” in *Revista do Ministério Público*, janeiro - março 2011, p. 193

doentes incapazes de decidir e em sofrimento, mas não inconscientes (podendo o profissional de saúde recusar a sua participação legitimamente, em respeito ao seu direito à objeção de consciência).

## CAPÍTULO 4

### AS DIRECTIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE COMO INSTITUTO PRECEDENTE À MORTE MEDICAMENTE ASSISTIDA EM PORTUGAL

Ao longo da presente dissertação temos traçado o *iter* que culminou no aparecimento desta nova figura jurídica, as *Diretivas Antecipadas de Vontade*, amplamente conhecidas por *Testamento Vital*, analisando o modo como estas temáticas surgiram no plano internacional, ao nível europeu, no ordenamento jurídico nacional e noutros países.

Como consabido, em matérias de particular sensibilidade, como as associadas ao final de vida e a decisões fundamentais em matéria de saúde, a ordem jurídica tem evoluído no sentido de reconhecer a autonomia implícita no princípio da dignidade da pessoa humana, o princípio do consentimento informado, a proibição do encarniçamento terapêutico, e, ainda, com a definição de um quadro jurídico de regulamentação das DAV.

Em virtude dos avanços ocorridos na ciência e na medicina tornou-se imperativo aferir até onde estará a classe científica e médica legitimada a atuar para prolongar a vida humana, pois, recorrendo aos ensinamentos do Ilustre Professor FARIA COSTA,<sup>121</sup> “*chegados ao referido patamar da esperança da vida, o problema já se não centra só na “duração ou quantidade”, mas também e insofismavelmente na “qualidade de vida”*”.

A verdade é que se até há alguns anos atrás o propósito da medicina residia essencialmente em encontrar métodos que permitissem uma vida mais longa, hoje o problema coloca-se numa outra perspetiva, até porque 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.

A respeito desta temática INÊS FERNANDES GODINHO<sup>122</sup> refere que “*na sociedade tardo-moderna, a problemática coloca-se a partir de um paradoxo fundamental: quando se vive e se pode viver muito mais tempo, reclama-se o poder de decidir sobre a própria morte. Nesta sequência surgem interrogações sobre o sentido da autodeterminação do doente e sobre os limites da atuação médica.*”

Consequentemente coloca-se a questão de saber como garantir o direito à autodeterminação, sendo este um tema objeto de amplo debate nas sociedades atuais, quer por suscitar um interesse crescente na população em geral, quer por estarem em causa importantes

---

<sup>121</sup> O fim de vida: reflexões tempestivas de José FARIA COSTA, p. 18.

<sup>122</sup> GODINHO, Inês Fernandes – Eutanásia, homicídio a pedido da vítima e os problemas de comparticipação em direito penal. Coimbra: Coimbra Editora, 2015. ISBN: 978-972-32-2308-8. Cota: 12.36-127/2015.

e complexas decisões individuais, que só aos próprios dizem respeito, não devendo o Estado, no nosso entendimento, impor uma conceção ética, moral, ideológica ou filosófica em tais decisões. E é precisamente neste contexto que, como vimos, as diretivas antecipadas de vontade vieram conceder a possibilidade ao próprio indivíduo de manifestar antecipadamente a sua vontade acerca dos cuidados de saúde que deseja ou não receber.

Ora, aqui chegados, é sabido que a vida humana é o bem jurídico indisponível<sup>123</sup> mais “*fortemente protegido*”,<sup>124</sup> que ocupa o lugar cimeiro de todo o ordenamento jurídico, pois dele deriva a dignidade da pessoa humana em que assenta o nosso Estado de Direito Democrático,<sup>125</sup> estando sujeito ao mais forte regime de proteção dos direitos fundamentais, consagrado no artº 18º da Constituição da República Portuguesa.

Mas poderá isto significar que estamos perante um direito à vida absoluto que sacrifica – desproporcionadamente - o direito a viver condignamente?

É hoje inegável que se tem assistido, na história nacional, a uma relativização do que foi em tempos um quadro hermenêutico jusconstitucional incontestável e a uma evolução legislativa na ordem jurídica portuguesa e que o legislador demonstrou já ser sensível ao direito de disposição sobre o próprio corpo na matéria relativa à interrupção voluntária de gravidez<sup>126</sup> e, mais recentemente, no tema que ora nos ocupa, as DAV.

Pelo que, entendemos que com a consagração legal do instituto das diretivas antecipadas de vontade no nosso ordenamento jurídico se deu mais um largo passo ao nível do acolhimento da autodeterminação do paciente e do respeito pela dignidade da pessoa humana, tendo a Lei nº 25/2012 de 16 de junho contribuído de certa forma para o entreabrir de uma porta à implementação da *morte medicamente assistida* em Portugal.<sup>127</sup>

Importa, no entanto, esclarecer que estamos aqui perante duas figuras jurídicas distintas, mais conhecidas por “*testamento vital*” e a “*eutanásia*”, não obstante admitir-se existirem de facto alguns pontos de contacto.

Para uma melhor compreensão da figura da “*eutanásia*” - a qual configura uma modalidade de morte assistida - importa, antes de mais, dedicar-lhe algumas palavras,

---

<sup>123</sup> Entenda-se que a vida humana é disponível pelo próprio, mas indisponível por terceiros.

<sup>124</sup> “(...) o bem ou o valor jurídico- penal mais fortemente protegido é o da vida humana”, José de FARIA COSTA, “*O fim da vida e o Direito Penal*”, in Linhas de Direito Penal e de filosofia: alguns cruzamentos reflexivos, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, p. 76.

<sup>125</sup> Consagrados nos arts 1º, 2º e 24º da CRP.

<sup>126</sup> Lei nº 16/2007 de 17 de abril (Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez).

<sup>127</sup> A expressão “*morte medicamente assistida*”, vulgarmente designada por “*eutanásia*”, tem vindo a ser entendida como abrangendo a *eutanásia ativa* e o *suicídio assistido*, que constituem duas formas de antecipar a morte de um doente padecendo de doença incurável que lhe provoca sofrimento atroz.

propondo-nos a elaborar um breve esboço conceitual, pois só assim estaremos em condições de delimitar as suas diferenciações.

Nas palavras do Ilustre Professor FIGUEIREDO DIAS<sup>128</sup> entende-se por eutanásia “*o auxílio prestado, de acordo com a sua vontade, real ou presumida, a uma pessoa severa e irrecuperavelmente enferma, frequentemente em insuportável sofrimento, no sentido de lhe tornar possível uma morte em condições que o enfermo reputa, ou há razões para presumir, que repute, humanamente dignas*”.

Em sentido estrito, poderá afirma-se que a eutanásia é o processo de morte que já se iniciou e que se encontra irremediavelmente próximo do fim. Em sentido amplo, podemos compreender que o doente poderá viver ainda algum (ou mesmo muito) tempo, mas manifesta a vontade (ou esta é de presumir) de pôr fim a uma vida que devido à doença e ao seu sofrimento, lhe parece como insuportável.

Existem ainda várias modalidades de eutanásia, cada uma delas dotada de um regime próprio, importando levar a cabo a distinção entre eutanásia ativa e eutanásia passiva, desdobrando-se a primeira em dois subtipos.

A eutanásia ativa direta consiste em “*por meio de um comportamento ativo se produz[ir] a morte ou se apressa[r] intencionalmente a ocorrência de morte*”,<sup>129</sup> logo pressupõe uma ação que visa diretamente a morte (v.g. caso paradigmático do emprego de uma injeção letal).<sup>130 131</sup>

Já a eutanásia ativa indireta é definida como “*a utilização de meios destinados a poupar o moribundo a dores e sofrimentos quando é previsível um encurtamento eventual do período de vida como consequência lateral indesejada*” (v.g. administração de doses crescentes de morfina).<sup>132 133</sup>

Por seu turno, a eutanásia passiva<sup>134</sup> traduz-se na “*omissão médica de meios idóneos para manter ou alongar a vida de um paciente, cujo fim está a chegar, daí resultando a morte*”

---

<sup>128</sup> Jorge de FIGUEIREDO DIAS, “A ajuda à morte: uma consideração jurídico-penal”, in: RLJ, Coimbra, nº 3949, março-abril, 2008, p. 203.

<sup>129</sup> “Anotação ao artº 131º do CP”, in JORGE FIGUEIREDO DIAS (dir.), Comentário Conimbricense do Código Penal, 2.ª ed., Coimbra: Coimbra Editora, 2012, p. 20.

<sup>130</sup> Neste sentido, Cf. Helena MOURÃO, “Eutanásia passiva e dever médico de agir ou omitir em face do exercício da autonomia ética do paciente. Resposta jurídico – penal a uma colisão de valores constitucionais” in Revista Portuguesa de Ciência Criminal, Ano 16, 2006, p. 35 e ss..

<sup>131</sup> Nestas hipóteses o agente é sancionado a título de homicídio, com possível dispensa de pena por via do estado de necessidade prevista no artº 35º nº 2 do CP.

<sup>132</sup> “Anotação ...”, p. 29.

<sup>133</sup> A conduta não é punida por estar dentro do “risco permitido”, atendendo à chamada “teoria da conexão do risco” no problema de imputação objetiva dos crimes materiais ou de resultado.

<sup>134</sup> A eutanásia passiva é aceite com algum consenso pela deontologia médica, pela prática jurídica, e mesmo por alguns setores da religião católica.

*antecipada*”,<sup>135</sup> como é o caso, por exemplo, da renúncia a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento intensivo que poderia prolongar a vida do doente.

Nesta última modalidade de eutanásia passiva é possível distinguir três conjeturas: *i)* o doente recusa a intervenção médica ou a sua continuação (é de respeitar a vontade do doente, sob pena de se cometer o crime do artº 156º do CP); *ii)* se a omissão descrita vai contra a vontade expressa do paciente, estamos perante um homicídio doloso omissivo, exceto se se tratar de um tratamento fútil; *iii)* finalmente, quando o paciente não se encontra em condições de exprimir a sua vontade, o médico tem o direito de interromper medidas absolutamente inúteis. Se o doente ainda se não pode considerar moribundo (pode ainda viver mais tempo, mas perdeu a consciência) para FIGUEIREDO DIAS é decisiva a determinação da vontade do doente se pudesse pronunciar-se sobre a situação, o que nos conduz à importância das DAV.

Da eutanásia deverá ainda distinguir-se o suicídio assistido, que embora seja também uma modalidade de morte assistida, difere da primeira na medida em que quem causa a morte é o próprio, ainda que com a ajuda de um terceiro.<sup>136</sup>

No entanto, é no âmbito eutanásia passiva que surgem as dúvidas acerca da similitude desta figura com as diretivas antecipadas de vontade.

Na verdade, afigura-se distinto o ato de cumprimento de uma diretiva antecipada de vontade e o ato de eutanásia num paciente. Ora, considerando que as DAV são o documento que permite ao paciente recusar previamente determinados tratamentos ou intervenções médicas, parece-nos óbvio que adotar a vontade do paciente que vá de encontro à recusa de tratamento (manifestado numa DAV) não pode ser considerado eutanásia, ainda que passiva, não existindo nenhum tipo de conduta ativa ou omissiva por parte do médico com o intuito de antecipar a sua morte. Existe tão-somente o aceitar da morte do doente como algo inevitável e como um fenómeno natural. Não sendo o médico que provoca a morte, mas antes a própria doença. Assim, claro está que o cumprimento de uma DAV não visa provocar a morte do paciente, mas sim respeitar à sua autonomia e o direito à autodeterminação do paciente.<sup>137</sup>

Efetivamente, existe uma parte da doutrina que entende que as DAV figuram uma antecâmara da implementação da eutanásia. Outra parte da doutrina, considera que as DAV são, já por si, manifestações ou formas de eutanásia.<sup>138</sup>

---

<sup>135</sup> Helena MOURÃO, Eutanásia passiva e dever médico, ob. cit., p. 35 e ss

<sup>136</sup> E esse terceiro deve, para o efeito, ser tido como cúmplice (prática p.p. no artº 135º nº 1 do CP).

<sup>137</sup> Ana QUINAZ, TESTAMENTO VITAL - cidp.pt. Ano 2 (2016), nº 6, 151-192, RJLB, Ano 2 (2016), nº 6, p. 175.

<sup>138</sup> “Noutros países é até descrito como um Cavalo de Tróia que se insere no sistema jurídico das sociedades. Muitos perguntam se o Testamento Vital não acabou por ser um modo oculto de legalização da eutanásia.” In TESTAMENTO VITAL Ana Quinaz, ob. cit., p. 175.

A este respeito, defende o Ilustre Professor FARIA COSTA<sup>139</sup> que *“independentemente da discussão que se possa travar sobre o sentido, o valor e a importância do testamento biológico, é um dado, reconhecido por todos, que, se se aceita uma tal figura jurídica, ela interfere, manifestamente, sobre o âmbito da eutanásia (...) não se pense, unicamente sobre a eutanásia passiva, mas também sobre a eutanásia activa. Com a eutanásia passiva, se o testamento biológico determina, por exemplo, a omissão de qualquer tratamento que tenha por finalidade a preservação da vida do testador. Com a eutanásia activa, se no living will expressamente se pedir que – verificadas as condições extremas de impossibilidade de manifestação de vontade e presentes também todas as outras circunstâncias que em princípio levam à não punibilidade da eutanásia ativa – se ponha termo à vida daquele que fizera o testamento”*.

No entanto, *s.m.o.*, entendemos que as DAV não se confundem, nem adotam forma ou se assumem, como manifestações de nenhuma das aceções de morte assistida, sendo antes figuras absolutamente autónomas, que, no limite, poderão é ter desideratos finais similares: conceder a um indivíduo que sofre devido a doença incurável e/ou dolorosa a morte, abreviando-a ou permitindo que ela ocorra, assegurando-lhe o direito a uma morte digna.

Como advoga VERA LÚCIA RAPOSO<sup>140</sup> *“[a]s DAV’s surgem precisamente para fazer face às situações em que o paciente já entrou em processo de morte (ou seja, esta surge como um resultado inevitável a muito curto prazo), de tal forma que o médico nada pode fazer para a evitar (e inclusivamente qualquer medida que tome se arrisca a aumentar o grau de dor e incómodo), restando-lhe apenas providenciar ao paciente maior conforto e tranquilidade, diminuindo-lhe o sofrimento”*.

Por outro lado, decorre do artº 5º da Lei nº 25/2012 que o legislador português quis vedar, sob pena de inexistência da diretiva, a redação pelo *“testador”* do pedido expresso da eutanásia, por tal pretensão ser à luz do nosso ordenamento jurídica contrária à lei e altamente punível.

Não obstante, pugnamos, como adiante se explanará, que as DAV figuram uma antecâmara à implementação da morte medicamente assistida.

Nesta senda, importa primeiramente aclarar as dissemelhanças entre as DAV e a eutanásia.

---

<sup>139</sup> Cf. COSTA, José de Faria – O fim da vida e o direito penal, in Liber Discipulorum para Jorge de Figueiredo Dias. Organização de Manuel da Costa Andrade, José de Faria Costa, Anabela Miranda Rodrigues e Maria João Antunes, Coimbra: Coimbra Editora, 2003, p. 793.

<sup>140</sup> Vera Lúcia RAPOSO, *“Entre a Vida e a Morte...”*, p. 119.

Desde logo, os institutos assentam em pressupostos diferentes: o testamento vital é um documento e a eutanásia é uma prática.

Sendo a eutanásia um pedido de abreviação da vida, encontra-se relacionada com o estado de saúde do doente, procurando uma cura para um sofrimento, para uma dor, para a degradação da qualidade de vida do ser humano.

Por sua vez, as DAV procuram dar uma resposta adequada e equitativa entre as boas práticas médicas e o direito à autodeterminação do paciente na gestão da sua pessoa. Trata-se de um direito específico ao abrigo do qual se realiza aquilo a que chamamos de autodeterminação preventiva e que tem por base o uso de uma autonomia prospetiva. Com uma natureza preparatória de aplicação eventual, dirigem-se aos tratamentos realizados, sejam eles degradantes, incomodativos, ou não, podendo, no caso de não serem administrados, não advir qualquer consequência. Encontra-se, nestes termos, afastado o quadro de um ato decisivo dominado por uma vontade inabalável, resultado de uma dor insuportável e uma perda da qualidade de vida.

Isto posto, consideramos, contudo, que o regime consagrado pela Lei nº 25/2012 de 16 de julho teve efeitos no plano jurídico, social e cultural, introduzindo nos referidos planos de discussão um novo entendimento sobre o processo de fim de vida e da própria morte, que poderá, muito brevemente, ser sucedida pela legalização da eutanásia, embora não deva olvidar-se que se trata de matéria de máximo melindre e que exige um amplo debate na sociedade portuguesa.

Por fim, uma palavra acerca da pouca aderência inicial às diretivas antecipadas de vontade - a qual se deveu à falta de esclarecimento e informação junto da população geral<sup>141</sup>, como foi, aliás, referido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS)<sup>142</sup> - ter sido, de certa forma, esbatida com base em campanhas informativas promovidas pelo SPMS acerca do regime das DAV, numa altura que coincidiu com o debate acerca da despenalização da eutanásia.<sup>143</sup>

---

<sup>141</sup> A Resolução da Assembleia da República nº 1/2017 de 2 de janeiro recomendou ao Governo que promovesse a uma campanha de divulgação e incentivo ao registo do testamento vital nos meios de comunicação social e em todos os serviços públicos com locais de atendimento incluindo as autarquias.

<sup>142</sup> *Vd. artigo do "Jornal Expresso" de 03.03.2017: "Numa altura em que a sociedade portuguesa tem debatido a despenalização da morte assistida ou da eutanásia, mais de mil portugueses registaram o seu testamento vital em cerca de um mês, elevando para 8.743 o número de documentos registados, segundo os dados oficiais", disponível em <https://www.expresso.pt/sociedade/2017-03-03-Eutanasia-debate-faz-disparar-testamentos-vitais/>.*

<sup>143</sup> A este respeito refira-se que a regulamentação da morte medicamente assistida, na vertente de eutanásia e suicídio medicamente assistido, foi tema objeto de iniciativas legislativas levadas a cabo por cinco partidos políticos (Partido Socialista, o Pessoas-Animais-Natureza, o Partido Ecologista "Os Verdes" e a Iniciativa Liberal), sendo o projeto de lei mais votado o do Partido Socialista (PS) (o Projeto de Lei nº 832/XIII/3.<sup>a</sup>). O

De acordo com o noticiado no “*Jornal Expresso*” em março de 2017<sup>144</sup>, entre os meses de janeiro e março desse mesmo ano, o registo de DAV aumentou exponencialmente, verificando-se o maior crescimento desde a entrada em vigor da lei que veio regulamentar as DAV (em julho de 2014), de acordo com os números divulgados pelos SPMS.

Os SMPS justificaram tais “*resultados expressivos*” com as campanhas informativas realizadas, mas, em boa verdade, o hiato temporal de tal aderência coincidiu com a altura em que deram entrada na AR os projetos de lei de regulação do acesso à morte medicamente assistida, que, inevitavelmente, estimularam o debate social e, por conseguinte, promoveram uma melhor consciencialização das realidades por parte da comunidade, o que poderá justificar, de certa forma, o crescimento das DAV registadas nesses meses.

Mais recentemente, em 19/02/2020, os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde partilharam na sua página oficial que “*à data de 18 de fevereiro de 2020, 29 853 mil portugueses tinham testamentos vitais ativos*”.<sup>145</sup>

Do que poderá concluir-se que uma vez consagrado no nosso ordenamento jurídico a antecipação da morte medicamente assistida, as DAV revestirão uma acrescida relevância jurídica como instrumento a operar assim que o paciente fique inconsciente, e que - em princípio<sup>146</sup> - em nada se imiscuem com as práticas eutanásicas.

A este respeito, poder-se-ia, ainda, indagar se o nosso ordenamento jurídico adotará ou não o modelo de alguns países – como é o caso da Bélgica e da Holanda - onde a eutanásia voluntária se encontra positivada e existe a possibilidade de uma pessoa realizar um pedido desta natureza antecipadamente através das DAV.

Ora, como vimos anteriormente, na Bélgica o pedido de eutanásia incluído nas diretivas antecipadas de vontade apenas é permitido no caso de os doentes ficarem inconscientes de forma irreversível e permanente. Já na Holanda, o pedido da prática de

---

texto final foi já aprovado (com 136 votos a favor, 4 abstenções e 78 votos) e seguirá para o Presidente da República, o qual poderá: promulgar, vetar ou remeter o decreto para o Tribunal Constitucional.

Alguns dos traços do projeto são: a despenalização de quem pratica a morte assistida nas condições definidas na lei; a garantia da objeção de consciência para os médicos e enfermeiros; a morte medicamente assistida a pessoas maiores em situação de sofrimento intolerável, com lesão definitiva de gravidade extrema; sendo necessário o próprio confirmar várias vezes essa vontade; e, ainda, mediante vários pareceres positivos de médicos.

<sup>144</sup> “*Em fevereiro, havia pouco mais de 7.500 portugueses com testamento vital registado, número que aumentou para mais de 8.700 até início de março. Só no dia 1 de março foram criados 90 testamentos vitais, segundo a SPMS, que adianta que o número de diretivas de vontade feitas por mulheres continua a ser superior ao dos homens*”. In artigo do *Jornal Expresso*, *Ibidem*.

<sup>145</sup> “*As mulheres continuam a exercer mais este direito, com 19 640 registos, ficando os homens nos 10 213 testamentos vitais, para ambos os géneros, a faixa etária com maior número registado situa-se entre os 65-80 anos, seguindo-se as idades compreendidas entre os 50 e os 65 anos, in página oficial dos SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE., “Testamento Vital, um direito dos portugueses” de 19 fevereiro, 2020, disponível em <https://www.spms.min-saude.pt/2020/02/testamento-vital-um-direito-dos-portugueses/>.*”

<sup>146</sup> A inclusão da eutanásia voluntária nas DAV sempre dependeria da respetiva previsão normativa.

eutanásia por meio das diretivas antecipadas de vontade é permitido nos doentes incapazes de decidir e com sofrimento associado.

No entanto, após a análise do texto final dos projetos de lei,<sup>147</sup> que visa regular as condições especiais para a prática da eutanásia não punível em Portugal, infere-se que na eventualidade de o doente ficar inconsciente antes da data marcada para a antecipação da morte, o procedimento clínico é interrompido, acabando por não se realizar<sup>148</sup> - sendo que apenas o projeto de lei do Bloco de Esquerda<sup>149</sup> previa a continuidade do procedimento caso houvesse uma disposição nesse sentido em declaração antecipada de vontade constante do respetivo testamento vital, sendo os demais projetos absolutamente omissos relativamente à aplicação da eutanásia voluntária através das diretivas antecipadas de vontade.

Por outro lado, não se encontra prevista no texto final qualquer alteração à Lei nº 25/2012 de 16 de julho, mais concretamente do artº 5, al. b) na parte “*cujo cumprimento possa provocar deliberadamente a morte não natural*”, o que também nos leva a concluir que *a priori* as DAV não configurarão como instrumentos de aplicação sucessiva de práticas eutanásicas, ficando olvidadas deste plano, pelo menos para já.

Todavia, esta é uma temática sobre a qual urge promover o debate social acerca das suas implicações éticas, bem como efetuar o investimento público necessário ao reforço do esclarecimento e informação junto da população, mas também a correspondente formação específica de todos os profissionais de saúde no âmbito da reflexão ético-clínica e no desenvolvimento comunicação eficiente junto dos doentes.

---

<sup>147</sup> PROJETO DE LEI Nº 832/XIII/3.<sup>a</sup> do Grupo Parlamentar do Partido Socialista; PROJETO DE LEI 838/XIII do PEV; PROJETO DE LEI 773/XIII do BE, PROJETO DE LEI 418/XIII do PAN.

<sup>148</sup> Artigo 8: “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.*”

<sup>149</sup> Artigo 8º: “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, ou se estiver disposto diversamente em Declaração Antecipada de Vontade constante do respetivo Testamento Vital.*”

## CONCLUSÃO

Chegados a este momento último cumpre-nos, então, elencar as primordiais notas conclusivas da nossa investigação.

Primeiramente importa realçar que o aparecimento das *Diretivas Antecipadas de Vontade* introduziu no plano da discussão social um novo entendimento sobre o processo de “*fim de vida*” e iniciou o ponto de viragem na visão acerca da autonomia da pessoa, bem como na questão do prolongamento desumano da vida em prol do desenvolvimento científico, tecnológico e terapêutico.

Efetivamente, o surgimento da figura das diretivas antecipadas de vontade emergiu das mutações sociais, morais e éticas, dos avanços tecnológicos e da medicina, e, ainda, da evolução das ordens jurídicas internacionais, constituindo esta realidade uma conquista civilizacional, assente no princípio da dignidade da pessoa humana, no princípio da autonomia e da autodeterminação prospetiva, procurando as DAV dar uma resposta adequada e equitativa entre as boas práticas médicas e o direito à autodeterminação do paciente.

Pelo que, a esta altura, dúvidas não restam que as DAV constituíram um passo fundamental na promoção da autonomia pessoal e, conseqüentemente, da dignidade de cada ser humano, garantindo que em situações de ausência de capacidade da pessoa para decidir a sua vontade irá ser conhecida e tomada em consideração, ou, caso exista uma procuração de cuidados de saúde, será a pessoa designada pelo outorgante a presumir e comunicar a vontade deste último.

Denote-se, igualmente, que as DAV trataram de proteger o direito ao consentimento informado, mesmo em situação de perda de competências do paciente para tal, e bem assim, de reconhecer e respeitar o seu direito individual a ter a sua própria visão sobre a morte.

Deste modo, para além dos consentimentos efetivo e presumido, é admitida uma nova forma de manifestação de vontade que permite a estipulação prospetiva de cuidados médicos que mantém a individualidade de cada paciente.

Refira-se, também, que, atualmente, muitos países do mundo têm nos seus ordenamentos jurídicos legislações sobre o testamento vital e o procurador de cuidados de saúde, a qual é originária dos Estados Unidos da América, tendo sido posteriormente adotada por diversos países da Europa.

No ordenamento jurídico português a Lei nº 25/2012, de 16 de julho é o diploma que define as diretivas antecipadas de vontade (DAV), sob a forma de testamento vital (TV),

como o documento unilateral e livremente revogável (a qualquer momento), através do qual o indivíduo maior e capaz manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, relativamente aos cuidados de saúde que deseja ou não receber, caso venha a encontrar-se incapaz de expressar a sua vontade pessoal de modo autónomo, e/ou nomeia um procurador de cuidados de saúde (PCS) que tomará as decisões por conta do doente, tendo em vista as eventuais situações de incapacidade.

No entanto, tais decisões deverão ser devidamente ponderadas para que a vontade do paciente seja manifestada de forma expressa, clara e inequívoca. Por tal motivo, entendemos que a maior lacuna desta lei reside na omissão da previsão legal da necessidade de um aconselhamento, não vinculativo, mas obrigatório, por parte de um médico.

Com a consagração desta figura jurídica procurou respeitar-se a noção de dignidade que cada um tem de acordo com os seus valores e aceitar que, perante a doença grave ou a grave diminuição da qualidade de vida, tanto é legítima a esperança fundada da pessoa doente como a sua desistência, não podendo o Estado de Direito impor uma conceção moral, ética ou ideológica.

No entanto, as DAV não podem ser dissociadas do seu contexto clínico, continuando o papel do médico e dos restantes profissionais de saúde a ser importante no processo de interpretação destes documentos, devendo os mesmos estar atentos a possíveis situações em que o doente não desejasse manter a opinião formalmente manifestada, ou que entretanto a DAV se encontre desatualizada face aos progressos dos meios terapêuticos, ou ainda que as circunstâncias reais não corresponderam a nenhuma das situações previstas no documento.

Em Portugal, este é um tema ainda relativamente recente, havendo um caminho a percorrer na sensibilização da população e na formação dos profissionais de saúde. Por outro lado, urge que este debate pluridisciplinar não pare por aqui, no sentido de se proporcionar uma antevisão e planificação do final da vida cada vez mais provida da dignidade e da serenidade possível.

No que respeita à questão de as DAV figurarem (ou não) uma antecâmara à implementação da morte medicamente assistida em Portugal, já o dissemos e reiteramos novamente a nossa ideia, de que no nosso ordenamento jurídico interno a Lei nº 25/2012 de 16 de julho introduziu em diversos planos de discussão um novo entendimento acerca do processo de fim de vida que intermediará, num futuro próximo, a legalização da eutanásia e, após a sua consagração, as DAV revestirão uma acrescida relevância como instrumento de aplicação sucessiva à interrupção do procedimento clínico da morte assistida por via da

inconsciência superveniente do paciente.

## BIBLIOGRAFIA

### BIBLIOGRAFIA FÍSICA:

**ANDORNO**, Roberto; **BILLER-ANDORNO**, Nikola; **BRAUR**, Susane – *Advance health care directives: towards a coordinated European policy?* Eur J Health Law. 2009 Sep;16(3):207-27. doi: 10.1163/157180909x453053. PMID: 19788001;

**ANDRADE**, Manuel da Costa, *Comentário Conimbricense ao Código Penal, Parte Especial, Tomo I, artigos 131º a 201º*, Coimbra, Coimbra Editora, 2012;

**ANDRADE**, Manuel da Costa, *Consentimento e Acordo em Direito Penal: (Contributo para a Fundamentação de um Paradigma Dualista)*, Coimbra, Coimbra Editora, 2004;

**ANDRADE**, Manuel da Costa, *Consentimento em Direito Penal – O Consentimento Presumido*, in: Revista Portuguesa de Direito Criminal, Ano 14, nº 1 e 2, janeiro – junho de 2004;

**BARBAS**, Stela - *Direito do genoma humano*, Coleção Teses de Doutoramento, Almedina, Coimbra, 2007;

**BRITO**, António José dos Santos de / **RIJO**, José Manuel Subtil, *Estudo Jurídico da Eutanásia da Eutánasia em Portugal – Direito Sobre a Vida ou Direito de Viver?*, Coimbra, Almedina, 2000;

**BRITO**, Teresa Quintela de, *et. Ali, Direito Penal, Parte Especial: Lições, Estudos e casos*, Coimbra, Coimbra Editora, 2007;

**BRONZE**, Fernando José Pinto, *A Metodonomologia entre a semelhança e a diferença*, Studia Iuridica, 3, Coimbra, Coimbra Editora, 1994;

**CANOTILHO**, José Joaquim Gomes / **MOREIRA**, Vital, *Constituição da República Portuguesa – Anotada*, Vol.1, Coimbra, Coimbra Editora, 2007;

**CANOTILHO**, José Joaquim Gomes, *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*, 7.<sup>a</sup> edição, Coimbra, Almedina, 2000;

**CANOTILHO**, José Joaquim Gomes, *Estudos sobre Direitos Fundamentais*, 2.<sup>a</sup> edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2008;

**CAPELO DE SOUSA**, Rabindranath, *O direito geral de Personalidade*, Coimbra, Coimbra Editora, 1995;

**CASAL**, Cláudia Neves, *Homicídio Privilegiado por Compaixão*, Coimbra,

Coimbra Editora, 2004;

**COSTA**, José de Faria/**GODINHO**, Inês, *As novas questões em torno da vida e da morte em Direito Penal- uma perspetiva integrada*, Coimbra, Coimbra Editora, 2011;

**COSTA**, José de Faria, *O fim da vida e o Direito Penal*, in: Linhas de Direito Penal e de filosofia: alguns cruzamentos reflexivos, Coimbra, Coimbra Editora, 2005;

**COSTA**, José de Faria – *O fim da vida e o direito penal*, in Liber Discipulorum para Jorge de Figueiredo Dias. Organização de Manuel da Costa Andrade, José de Faria Costa, Anabela Miranda Rodrigues e Maria João Antunes, Coimbra: Coimbra Editora, 2003;

**COSTA**, José de Faria, *O valor do silêncio do legislador penal e o problema das transplantações*, In: “Boletim da Faculdade de Direito”, Coimbra, V. 69, 1993;

**DADALTO** Luciana, *História do testamento vital: entendendo o passado e refletindo sobre o presente*, Mirabilia Medicinae, Jan-Jun, 2015;

**DIAS**, Jorge de Figueiredo, *A ajuda à morte: uma consideração jurídico-penal*, in: RLJ, Coimbra, nº 3949, março-abril, 2008;

**DIAS**, Jorge de Figueiredo, *Comentário Conimbricense ao Código Penal, Parte Especial, Tomo I, Artigos 131º a 201º*, 2.ª edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2012;

**DIAS**, Jorge de Figueiredo, *Direito Penal, Questões Fundamentais - A doutrina Geral do Crime*, Tomo I, 2.ª edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2003;

**DIAS**, Jorge de Figueiredo, *O problema da ortotanásia: introdução à sua consideração jurídica*, in As técnicas modernas de reanimação; Conceito de morte; Aspetos médicos, Teológico-Morais e Jurídicos, 1973, Conselho Distrital do Porto da Ordem dos Advogados;

**DOUKAS**, David John, *Advance Care Planning: Counseling in the Wake of CMS Reform*, December 2017, DOI: 10.36959/577/480;

**EZEKIEL**, J. EMANUEL / Linda. L. EMANUEL, *Living wills: past, present and the future*, in The Journal of Clinical Ethics, Hagerstown, v.1, nº1, 1990;

**FARIA**, Paula Ribeiro de, *Aspectos Jurídico-Penais dos Transplantes*, Porto: Universidade Católica Editora, 1995;

**FERREIRA**, Nuno, *A eutanásia: entre o debate jurídico e a evolução da opinião pública*, Coimbra, Coimbra Editora, Centro de Direito Biomédico, 2008;

**FERREIRINHA**, Fernando Neto, *Código Notariado, Anotado*, Coimbra, Almedina, 2014;

**FLÓRE-VALDÉS** Joaquim Arce, *La incapacidad eventual de autogobierno y las declaraciones de an anticipadas (la tutela del siglo XXI)*, Vol. I, in Estudios Juridicos en

Homenaje al Profesor Luis Díez- Picazo: Derecho Civil (Parte Peral) Madrid: Thomson Civitas, 2003;

**GODINHO**, Inês Fernandes, *Eutanásia, homicídio a pedido da vítima e os problemas de participação em direito penal*, Coimbra: Coimbra Editora, 2015;

**GONZÁLEZ**, José Alberto, *Testamento Vital e Procurador de Cuidados de Saúde*, Lisboa, *Quid Iuris*, 2013;

**KÄUFL** Michael, *Advance Directives- the reform debate in Germany*, apud José de **FARIA COSTA** /Inês **GODINHO**, *As novas questões em torno da vida e da morte em Direito Penal- uma perspectiva integrada*, Coimbra, Coimbra Editora, 2011;

**LEITÃO**, Luís Manuel Telles de Menezes, *Eutanásia e Testamentos Vitais: Live and let die?*, in: Centenário do nascimento do Professor Doutor Paulo Cunha: Estudos em Homenagem/ Coord. António Menezes Cordeiro, Coimbra, Almedina, 2012;

**LOUREIRO**, João Carlos, *A metáfora do vegetal ou metáfora do pessoal- Considerações jurídicas em torno do estado vegetativo crónico*, Cadernos de Bioética, nº 8, Coimbra, 1994;

**LOUREIRO**, João Carlos, *Os rostos de Job: tecnociência, direito, sofrimento e vida*, Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2004;

**LOUREIRO**, João Carlos, *Transplantações: um olhar constitucional*, Volume 9 de Coleção Argumentum, Editora, Coimbra Editora, 1995;

**MELO**, Carlos Dias, *O consentimento informado: como mediador razoável da relação profissional de saúde – doente*, 1.ª edição, Coimbra, Formasau, *Dossier Sinais Vitais*, 2003;

**MELO**, Helena Pereira de, *As Directivas Antecipadas de Vontade no Direito Português*, in *Testamento Vital*, Editora Almedina, Coimbra, 2011;

**MELO**, Helena Pereira de, / **NUNES**, Rui, *Testamento Vital*, Edições Almedina, junho de 2011;

**MORÃO**, Helena, *Eutanásia passiva e dever médico de agir ou omitir em face do exercício da autonomia ética do paciente*, in *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, Ano 16, nº 1, 2006;

**MUMBY** James, *Consent to treatment: children and the incompetent patient*, in *Principles of Medical Law*, Oxford: Oxford University Press, 2004;

**NEVES**, António Castanheira, *A evolução e o Direito*, in *Digesta, Escritos acerca do direito do pensamento jurídico, da sua metodologia e outros*, Vol. 1, Coimbra, Coimbra Editora, 1995;

**NEVES**, António Castanheira, Arguição nas provas de agregação do Doutor José Francisco de Faria Costa. Comentário Crítico à Lição *O fim da vida e o direito penal*. In DIGESTA. Escritos acerca do Direito, do Pensamento Jurídico, da sua Metodologia e Outros. Volume 3º. Coimbra Editora, 2008;

**NUNES**, Rui, *Testamento Vital. Nascer e Crescer*, Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto [s.l.]. Vol. XXI, nº 4, 2012;

**NUNES**, Rui / **PEREIRA**, Helena, *Testamento Vital*, Coimbra, Almedina, 2011;

**NUNES**, Rui, / **REGO**, Guilhermina Duarte Ivone, *Eutanásia e outras questões éticas no fim da vida*, Coletânea Bioética Hoje, XVII, Associação Portuguesa de Bioética;

**NYS**, Herman, *La Convencion Europea de Bioetica objetivos, principios rectores y posibles limitaciones*, in: Revista de Derecho y Genoma Humano, 12, 2002;

**OLIVEIRA**, Guilherme de, *O acesso dos menores aos cuidados de saúde*, in: RLJ, Ano, 132, maio, 1999;

**OLIVEIRA**, Guilherme de, *O Fim da Arte Silenciosa*. Revista de legislação e Jurisprudência, nº 128, nº 3853, Coimbra Editora, 1995;

**OLIVEIRA**, Guilherme de / **PEREIRA**, André Dias, *Livro prático sobre consentimento informado*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Coimbra Editora, 2006;

**OLIVEIRA**, Nuno, Manuel, *O direito geral de personalidade e a solução do dissentimento, Ensaio sobre um caso de “Constitucionalização”, do Direito Civil*, Coimbra, Coimbra Editora, 2002;

**PEREIRA**, André Dias, *Cidadania no fim de vida: o Testamento de Paciente e o Procurador de Cuidados de Saúde*, in: Revista do Direito Médico e da Saúde, Ano VI, nº 20, 2º Semestre, 2010;

**PEREIRA**, André Dias, *Declarações Antecipadas de Vontade: meramente indicativas ou vinculativas?* - Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor, Jorge de Figueiredo Dias, org. Manuel da Costa Andrade, Maria João Antunes e Susana Aires de Sousa, Coimbra, Coimbra Editora, 2009;

**PEREIRA**, André Dias, *Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica*, Coimbra, Coimbra Editora, fevereiro, 2015;

**PEREIRA**, André Dias *Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal*, in Revista Julgar, Número Especial, Coimbra, Coimbra Editora, 2014;

**PEREIRA**, André Dias, *O consentimento informado na experiência europeia*, in: Estudos avançados de Direito Digital, Cord. Cintya Rosa Pereira, Campus Jurídico, São Paulo, 2014;

**PEREIRA**, André Dias, *O Consentimento Informado na Relação Médico – Paciente (Estudos de Direito Civil)*, Coimbra, Coimbra Editora, 2004;

**PEREIRA**, André Dias, *Responsabilidade médica e consentimento informado. Ónus da prova e nexos de causalidade. FDUC – Artigos em Revistas Internacionais*;

**PEREIRA**, André DIAS, *Transplantation of Organs and Tissues and Some Reflections on the “Solidarity” of the Human Cadaver in Portugal*, EJHL, 18, 2011;

**RAPOSO**, Vera Lúcia, *Diretivas Antecipadas de Vontade: em busca da lei perdida*, Revista do Ministério Público, janeiro – março, 2011;

**RAPOSO**, Vera Lúcia, *No dia em que a morte chegar (decifrando o regime jurídico das DAV)*, Revista Portuguesa do Dano Corporal, 24, 2013;

**RIBAS**, Luís Costa, *Testamento Vital: o direito à dignidade*, in: Boletim Ordem dos Advogados, nº 115, junho de 2014;

**RIBEIRO**, Geraldo Maciel Rocha, *Direito à Autodeterminação e Diretivas Antecipadas: o caso Português*, in: *Lex Medicinæ*, Revista Portuguesa de Direito da Saúde, Ano 10, nº 19, 2013;

**RIBEIRO**, Geraldo Maciel Rocha, *A proteção do Incapaz adulto no Direito Português*, Coimbra, Coimbra Editora, 2010;

**RODRIGUES**, João Vaz, *O consentimento informado para o ato médico no ordenamento jurídico português (elementos para o estudo da manifestação da vontade do paciente)*, Coimbra, Coimbra Editora, 2001;

**ROGÉRIO**, Joaquim Sabino – *Living Will – Reflexão sobre o que se discute e o que se propõe. Enfoque jurídico-penal*. *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*. Coimbra: Coimbra Editora. ISSN 1646-0359. Ano 5, nº 10 (jul.-dez. 2008);

**RONALD DWORKIN**, *Life’s dominion: an argument about abortion and euthanasia*, London, Harpen Collins Publishers, 1993;

**ROXIN**, Claus, *A apreciação jurídico-penal da Eutanásia*, in: *Revista Brasileira de Ciência Criminal*, Vol. 32, 2000;

**RUEFF**, Maria do Céu *Leges Artis, Fim de Vida, Compaixão, Direito Penal*, in  *Emoções e Crime – Filosofia, Ciência, Arte e Direito Penal*, Almedina, 2013;

**SANTOS**, Laura Ferreira dos, *Ajudas-me a morrer? A morte assistida na cultura ocidental do século XXI*, Sextante Editora, 2009;

**SANTOS**, Laura Ferreira dos, *Testamento Vital - o que é? Como elaborá-lo?*, Sextante Editora, 2011;

**SEOANE**, José António, *Planificación anticipada de la atención e instrucciones*

- previas en España, in: Revista Julgar, Edição Especial, Coimbra, Coimbra Editora, 2014;*
- SILVA**, Mark, *Living Will With Heart Now Available*, The Miami Herald, 1997;
- SOUSA**, Rabindranath Capelo de, *O direito Geral de Personalidade*, Coimbra, Coimbra Editora, 1995;
- TOWERS**, Bernard, *The impact of the California Natural Death Act*, in Journal of Medical Ethics (1978);
- VAZ – PATTO**, Pedro, *A eutanásia em face da Constituição da República Portuguesa, Direito e Justiça*, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa, Tomo 2, Vol.16, 2002;
- VAZ – PATTO**, Pedro, *Testamento Vital, Porta aberta para a eutanásia*, Ação Médica, Órgão e propriedade da A.M.C.P, Ano LXXIII, nº 2, Junho 2009;
- VÍTOR**, Paula Távora, *O apelo de Ulisses – O novo regime do Procurador de Cuidados de Saúde na Lei Portuguesa*, in: Revista Julgar, Edição Especial, Coimbra, Coimbra Editora, 2014;
- VÍTOR**, Paula Távora, *Procurador para cuidados de saúde. Importância de um novo decisor*, in: Sep. Lex Medicinæ, Revista Portuguesa de Direito da Saúde, Vol. 1, nº 1, 2004;
- QUINAZ**, Ana, *TESTAMENTO VITAL - cidp.pt. Ano 2 (2016), nº 6, 151-192, RJLB, Ano 2 (2016);*
- WIESING**, U. / Jox, Ralf J. / Hebler, H. J./ Borasio, G. D. (2010) “A new law on advance directives in Germany” in Journal of Medical Ethics 36 (12), December 2010.

## BIBLIOGRAFIA EM LINHA

### - **Coleção de Tratados das Nações Unidas**

<https://treaties.un.org/>

### - **ESTUDO GERAL, repositório científico da UC**

<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/10577/1/Responsabilidade%20m%C3%A9dica.pdf>

### - **GDDC - Ministério Público**

<http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionaisdh/tidhregionais/convbiologiaNOVO.html>

### - **Jornal Expresso**

<https://expresso.pt/sociedade/2017-03-03-Eutanasia-debate-faz-disparar-testamentos-vitais/>

### - **Jornal Público**

[www.publico.pt/sociedade/noticia/um-ano-depois-o-que-conhecem-os-portugueses-do-testamento-vital](http://www.publico.pt/sociedade/noticia/um-ano-depois-o-que-conhecem-os-portugueses-do-testamento-vital)

### - **Ordem dos Advogados**

<https://portal.oa.pt/media/124460/projecto-de-lei-n%C2%BA773-xiii-3%C2%AA-be.pdf>

### - **Ordem dos Médicos Portugueses**

<http://www.ordemosmedicos.pt>

### - **Parlamento Português**

<https://appág.parlamento.pt/webutils/docs/doc.PDF?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a464451554e455445637652315245545545765247396a6457316c626e52766330466a64476c32615752685a4756446232317063334e686279396a4f4755794f5749354d6930784d6a6b314c5451304f4449744f446c684d43316c4d5459774e6d55325a6a5534596a637555455247&fich=c8e29b92-1295-4482-89a0-e1606e6f58b7.PDF&Inline=true>

<https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a566b786c5a793944543030764d554e425130524d5279394562324e31625756756447397a5357357059326c6864476c3259554e7662576c7a633246764c7a6b7a4f4449355a5459304c57526b5a6a63744e474e684e7931684d6a56684c545a6c4f>

4441324d546b794d6d52685a6935775a47593d&fich=93829e64-ddf7-4ca7-a25a-6e8061922daf.pdf&Inline=true

- **Portal do Serviço Nacional de Saúde**

[http://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2014/06/Rentev\\_form\\_v0.4.1.pdf](http://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2014/06/Rentev_form_v0.4.1.pdf)

<https://www.spms.min-saude.pt/2020/02/testamento-vital-um-direito-dos-portugueses/>

- **Procuradoria – Geral Distrital de Lisboa**

[www.pgdlisboa.pt](http://www.pgdlisboa.pt)

- **Sistema integrado de gestão de bibliotecas**

<http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF3/002215.pdf>

- **Testamento Vital**

<http://testamentovital.com.br/wp-content/uploads/2014/07/sentenca-ACP-testamento-vital.pdf>

- **Texts of the Council of Europe**

<https://rm.coe.int/168039e8e0>

- **United Nations Treaty Collection**

<https://treaties.un.org/doc/Publication/MTDSG/Volume%20I/Chapter%20IV/IV-4.en.pdf>

- **Universidade de Coimbra, Faculdade de Direito**

[http://www.uc.pt/fduc/projectos\\_investigacao/PTDC\\_CPJ\\_JUR\\_111289\\_2009/pdf/Fim\\_vida\\_Direito\\_Penal.pdf](http://www.uc.pt/fduc/projectos_investigacao/PTDC_CPJ_JUR_111289_2009/pdf/Fim_vida_Direito_Penal.pdf)

## RESENHA LEGISLATIVA

- **Act on Euthanasia of 28 may 2002;**
- **Act on Patient's Rights of 22 august 2002;**
- **Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia** – Publicada a 18 de dezembro de 2000, no Jornal Oficial das Comunidades Europeias;
- **Código Civil Português** – Decreto-Lei nº 47344/66, de 25 de novembro, na versão atualizada pela Lei nº 85/2019, de 03 de setembro;
- **Código Deontológico dos Médicos** - Regulamento nº 14/2009, de 13 de janeiro;
- **Código Penal Português** - Decreto-Lei 48/95, de 15 de março, na versão atualizada pela Lei nº 58/2020, de 31/08;
- **Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Biomedicina** – Aprovada para ratificação pela Resolução da Assembleia da República nº 1/2001, de 03/01; ratificada pelo Decreto do Presidente da República nº 1/2001, de 03/01, publicado no Diário da República I-A, nº 2, de 03/01/2001 (Resolução da Assembleia da República nº 1/2001);
- **Constituição da República Portuguesa** - Decreto 10 de abril de 1976, na versão atualizada pela Lei nº 1/2005 de 12 de agosto;
- **Estatuto da Ordem dos Médicos** - Decreto-Lei nº 282/77, de 5 de julho, na versão atualizada pela Lei nº 117/2015, de 31 de agosto;
- **Lei da Exclusão da Ilicitude nos Casos de Interrupção Voluntária da Gravidez** - Lei nº 16/2007 de 17 de abril;
- **Lei das Diretivas Antecipadas de Vontade** - Lei nº 25/2012 de 16 de julho;
- **Lei de Bases da Saúde** - Lei nº 95/2019 de 4 de setembro, que aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei nº 48/90, de 24 de agosto e o Decreto-Lei nº 185/2002, de 20 de agosto;
- **Lei de Bases dos Cuidados Paliativos** - Lei nº 52/2012 de 5 de setembro;
- **Ley 41/2002 de 14 de Novembro** – Lei reguladora da autonomia do paciente, direitos e obrigações em matéria de informação e documentação clínica;
- **Mental Capacity Act of 2005;**
- **Pacto Internacional de Direitos Cíveis e Políticos** - Aprovado para ratificação pela Lei nº 2 9/78, de 12/06 (retificada mediante retificação publicada no Diário da República nº 153/78, de 06/07), publicado no Diário da República I, nº 133, de 12/06/1978 (Lei nº 29/78);

- **Parecer nº 26 CCNE de 24 de Junho** – Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé;
- **Portaria do Registo Nacional do Testamento Vital** - Portaria nº 96/2014, na primeira alteração conferida pela Portaria nº 104/2015 de 15 de maio;
- **Projeto de Lei nº 832/XIII/3.<sup>a</sup>** - Procede à 47.<sup>a</sup> alteração ao Código Penal e regula as condições especiais para a prática de eutanásia não punível;
- **Real Decreto 124/2007 de 2 de Fevereiro** – Registo Nacional de Instruções Prévias.