



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Ana Rita Coelho da Costa Felício

**A NECESSIDADE DE UM ESTATUTO DA PESSOA IDOSA NO  
PLANEAMENTO DA VELHICE**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Ciências Jurídico-Forenses orientada pelo Professor Doutor  
André Gonçalo Dias Pereira e apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

janeiro de 2024



Ana Rita Coelho da Costa Felício

**A necessidade de um Estatuto da Pessoa Idosa no planeamento da velhice**

The need for an Elderly Person Statute in old age planning

Dissertação apresentada à Faculdade de Direito da  
Universidade de Coimbra no âmbito do 2º Ciclo de  
Estudos em Ciências Jurídico-Forenses  
(conducente ao grau de Mestre)

Sob Orientação do Senhor Professor Doutor André  
Gonçalo Dias Pereira

Coimbra, 2024

**À minha família.**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Doutor André Dias Pereira, por ter aceitado ser meu orientador e pelos conselhos, dicas e opiniões que enriqueceram este trabalho.

Aos meus pais, por tudo o que fizeram para me trazer até aqui.

Ao meu irmão, que ajudou a redirecionar o stress de escrever a tese para o que realmente importa: os pacotes de açúcar fora do sítio.

Aos meus tios e tias, pelos conselhos, pela ajuda e por me darem casa sempre que preciso.

Aos meus primos, aos mais velhos e aos mais pequenos, por serem uma companhia constante e uma fonte de entretenimento sem fim.

Aos meus cinco avós, que foram a fonte de inspiração para o tema desta dissertação.

Aos meus amigos, sempre prontos para me distrair quando é mais preciso.

Ao André, que durante quatro meses fez questão de ligar para me acordar cedo todos os dias.

## RESUMO

A população portuguesa encontra-se na mesma ascendente demográfica que se verifica a nível mundial. O aumento da esperança média de vida e o declínio da fertilidade e da mortalidade vieram alterar a dinâmica social e afetar todos os serviços e setores da sociedade.

O idoso é, como tal, a faixa etária que, com o aumento da longevidade, tem vindo a crescer e a firmar o seu lugar enquanto elemento ativo da comunidade mundial. No entanto, a verdade é que os idosos são regular e quotidianamente considerados descartáveis e acessórios, em grande parte, devido ao facto de já não se encontrarem em atividade laboral. Os idosos são dos que mais sofrem com ideias preconcebidas, sendo sistematicamente tratados como sendo senis, ultrapassados, inúteis e dementes.

Estas perceções fazem com que os mais velhos estejam muito expostos a atos de discriminação e de ódio, e que, conseqüentemente, mais careçam de ser protegidos e auxiliados. Em conjunto com a atitude discriminatória da sociedade, importa também considerar os vários problemas que afetam a população idosa, com especial destaque para a possível perda ou diminuição de capacidade de decisão para as atividades rotineiras. É precisamente nestas situações que o idoso necessita de encontrar, no ordenamento jurídico, uma solução.

Neste estudo, iremos começar por analisar o direito dos idosos, isto é, as normas e institutos que, especificamente, são aplicáveis a esta faixa etária, nomeadamente, o inevitável artigo 72.º da Constituição da República Portuguesa. Iremos procurar evidenciar as especificidades que derivam do facto de se ser idoso, com especial ênfase à situação de cuidados de saúde. Por fim, pretendemos analisar a adequação da resposta que a ordem jurídica portuguesa dá à situação do idoso e às suas dificuldades particulares.

**Palavras-Chave:** idosos, autodeterminação, planeamento da velhice, diretivas antecipadas de vontade, estatuto do idoso

## ABSTRACT

Portuguese population is in the same demographic upward trend that is seen worldwide. The increase in average life expectancy and the decline in fertility and mortality have changed social dynamics and affected all services and sectors of society.

The elderly are, as such, the age group that, with increasing longevity, has been growing and establishing its place as an active element of the global community. However, the truth is that the elderly are regularly and daily considered disposable and accessory, largely due to the fact that they are no longer involved in work. The elderly are among those who suffer most from preconceived ideas, being systematically treated as senile, outdated, useless and demented.

These perceptions make older people very exposed to acts of discrimination and hatred, and, consequently, more in need to be protected and helped. In conjunction with society's discriminatory attitude, it is also important to consider the various problems that affect the elderly population, with special emphasis on the possible loss or decrease in decision-making capacity for routine activities. It is precisely in these situations that the elderly need to find a solution in the legal system.

In this study, we will begin by analyzing the elderly law, that is, the norms and institutes that, specifically, are applicable to this age group, namely, the inevitable article 72 of the Constitution of the Portuguese Republic. We will seek to highlight the specificities that derive from being elderly, with special emphasis on the health care situation. Finally, we intend to analyze the adequacy of the response that the Portuguese legal system gives to the situation of the elderly and their particular difficulties.

**Keywords:** elderly, self-determination, old age planning, advanced directives of will, statute of the elderly

## **ABREVIATURAS**

ACP – Advance Care Planning

ADI – Apoio Domiciliário Integrado

Al. – Alínea

Art. – Artigo

Arts. – Artigos

BGB - Código Civil Alemão

CC – Código Civil

CDOM – Código Deontológico da Ordem dos Médicos

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CP – Código Penal

CRP – Constituição da República Portuguesa

CSI – Complemento Solidário para Idosos

DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade

Ed. – Edição

EPI –Estatuto da Pessoa Idosa

EVP – Estado Vegetativo Persistente

LDAV - Lei n.º 25/2012, de 16 julho, que regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital

MGF – Medicina Geral e Familiar

N.º – Número

NRAU – Novo Regime de Arrendamento Urbano

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

P/PP – Páginas

PAII – Apoio Integrado a Idosos

PCS – Procurador de Cuidados de Saúde

PILAR – Programa Idosos em Lar

RENTEV – Registo Nacional do Testamento Vital

RMA - Regime do Maior Acompanhado

SUS – Sistema Único de Saúde

TV – Testamento Vital

UAI – Unidades de Apoio Integrado a Idosos

V/Vol. – Volume



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>CAPÍTULO I</b> .....	13
<b>OS IDOSOS NA ORDEM JURÍDICA PORTUGUESA</b> .....	13
<b>1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	13
<b>2. A CONSAGRAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À PROTEÇÃO DA VELHICE</b> .....	14
<b>3. O DIREITO DOS IDOSOS</b> .....	15
<b>CAPÍTULO II</b> .....	19
<b>RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE</b> .....	19
<b>1. DIREITO À AUTODETERMINAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE</b> .....	19
<b>2. INFORMATIZAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE</b> .....	21
<b>3. A EVOLUÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E O FIM DO PATERNALISMO MÉDICO</b> .....	23
<b>4. CONSENTIMENTO INFORMADO</b> .....	26
<b>CAPÍTULO III</b> .....	30
<b>OS MEIOS DE ACOMPANHAMENTO E PLANEAMENTO DA VELHICE</b> .....	30
<b>1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	30
<b>2. REGIME DO MAIOR ACOMPANHADO</b> .....	31
<b>2.1 A MUDANÇA DO PARADIGMA INTERNACIONAL</b> .....	32
<b>2.2 BREVE ANÁLISE DA LEI N.º 49/2018, DE 14 DE AGOSTO</b> .....	34
<b>2.3 A APLICAÇÃO DO NOVO REGIME À PESSOA IDOSA NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE</b> .....	36
<b>3. DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE</b> .....	37
<b>3.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	37

<b>3.2</b>	<b>A LEGISLAÇÃO DAS DAV EM PORTUGAL .....</b>	<b>39</b>
<b>3.3</b>	<b>NATUREZA VINCULATIVA DAS DAV .....</b>	<b>42</b>
<b>3.4</b>	<b>CONFLITO ENTRE A PROTEÇÃO DO DIREITO À VIDA PELO ESTADO E A AUTONOMIA DO PACIENTE .....</b>	<b>44</b>
<b>3.5</b>	<b>MODALIDADES DE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE .....</b>	<b>48</b>
<b>3.5.1</b>	<b>TESTAMENTO VITAL .....</b>	<b>48</b>
<b>3.5.2</b>	<b>PROCURAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE .....</b>	<b>50</b>
	<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>52</b>
	<b>O ESTATUTO DA PESSOA IDOSA.....</b>	<b>52</b>
<b>1.</b>	<b>AS DEFICIÊNCIAS DO ATUAL PLANEAMENTO DA VELHICE .....</b>	<b>52</b>
<b>2.</b>	<b>O EXEMPLO BRASILEIRO .....</b>	<b>55</b>
<b>3.</b>	<b>A NECESSIDADE DE UM DIREITO EXCLUSIVO DA PESSOA IDOSA ...</b>	<b>57</b>
	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>61</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>63</b>
	<b>JURISPRUDÊNCIA .....</b>	<b>71</b>
	<b>LEGISLAÇÃO CONSULTADA E CITADA .....</b>	<b>72</b>

## INTRODUÇÃO

A evolução dos cuidados e das ciências médicas é um dos maiores feitos dos últimos tempos. Este desenvolvimento permitiu não só o aumento da esperança média de vida das populações, mas também o aumento da qualidade de vida. Só em Portugal, na última década, verificou-se um aumento de 1,18 anos<sup>1</sup> de vida, e a tendência é que o tempo de vida continue a aumentar.

O envelhecimento populacional é um fenómeno social que, não obstante os seus significativos benefícios, continua a desafiar transversalmente toda a sociedade. Em todos os setores – laboral, financeiro, habitação, transportes, saúde, proteção social – se sentem as implicações do crescimento da população mais velha e, não raro, mais carenciada de apoio.

PAULA TÁVORA VÍTOR constata que, no nosso ordenamento jurídico, encontramos diferentes barreiras etárias que remetem para a ideia de velhice: em alguns casos 60 anos, mais comumente 65 anos, e ainda, ocasionalmente, 70 ou 80 anos<sup>2</sup>. Contudo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) parece entender que aquele que tem 60 ou mais anos de idade se pode considerar idoso<sup>3</sup>.

O nosso estudo recairá não só sobre o idoso, mas sobre o idoso em contexto de cuidados de saúde, pois se “a idade pesa”, que se dirá da idade conjugada com uma situação de debilidade que afeta as capacidades físicas, mentais e emocionais da pessoa. A doença coloca o cidadão numa situação delicada, em que nem sempre lhe é possível assegurar a sua dignidade e liberdade de decisão. A escolha deste tema de estudo teve origem na discussão a que se tem assistido sobre a imprecisão e esquecimento, da legislação nacional vigente, em relação ao idoso.

A autodeterminação nos cuidados de saúde é constitucionalmente garantida a todos os cidadãos portugueses no artigo 26.º da CRP, no entanto, quotidianamente, verificamos, nos

---

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Estatística. (2023). Esperança de vida de 80,96 anos à nascença e de 19,61 anos aos 65 anos - 2020 - 2022. Obtido em 14 de dezembro de 2023, de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=594474380&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=594474380&DESTAQUESmodo=2)

<sup>2</sup> Vítor, P. T. (2008). O dever de cuidar dos mais velhos. *Revista Portuguesa de Direito da Família, Ano 5, N.º 10*. Obtido em 8 de dezembro de 2023, de [https://www.centrodedireitodafamilia.org/sites/cdb-dru7-ph5.dd/files/O\\_dever\\_de\\_cuidar\\_dos\\_mais\\_velhos\\_0.pdf](https://www.centrodedireitodafamilia.org/sites/cdb-dru7-ph5.dd/files/O_dever_de_cuidar_dos_mais_velhos_0.pdf)

<sup>3</sup> Organização Mundial de Saúde. (2022). *Active Ageing: A Policy Framework*. Obtido em 14 de dezembro de 2023, de <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

serviços de saúde, o desrespeito pela capacidade de decisão do idoso, através do fornecimento de informações superficiais sobre o seu tratamento e diagnóstico e da adoção de posturas paternalistas que o impedem de exercer a sua autonomia e decidir do modo que achar melhor<sup>4</sup>.

A discussão de temas como a morte e a doença são desconfortáveis e tabu na nossa sociedade, no entanto, tal não deve obstruir a autodeterminação do idoso, que não deve ignorar a sua finitude e efemeridade, mas sim prever, planear e adiantar-se à situação. O planeamento da velhice e a autonomia prospetiva são o melhor modo de assegurar o respeito pela decisão de vontade de cada um. Procuramos estudar como a ordem jurídica portuguesa satisfaz, neste âmbito, as necessidades de consciencialização e esclarecimento das populações.

O presente estudo visa, assim, uma análise jurídica da resposta dada pelo ordenamento nacional ao problema do envelhecimento populacional e a proteção e efetividade que confere aos direitos e garantias dos mais velhos. Nesta dissertação, analisaremos a situação em que o idoso é colocado quando a discriminação etária leva à opressão dos seus ideais e desejos. Debruçar-nos-emos sobre as figuras que estão ao dispor de cada cidadão para que este, numa fase mais ou menos avançada da vida, possa acautelar uma possível ida aos serviços médicos.

Por fim, iremos estudar o modo como, no geral, o ordenamento português zela pelos idosos e o impacto que teria a previsão de um estatuto especial para este grupo etário, onde fossem acauteladas as suas necessidades específicas e fossem previstos mecanismos especiais e adequados à situação singular que é a velhice.

---

<sup>4</sup> Cunha, J., Oliveira, J., Nery, V., Senae.L.S., Boery, R., & Yarid, S. (2012). Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. *Saúde em Debate*, v. 36, n.º 954, pp. 657-664. Obtido em 1 de dezembro de 2023, de <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/x5TvxNhyQmcwvGbN3QvPMQB/?format=pdf&lang=pt>

## CAPÍTULO I

### OS IDOSOS NA ORDEM JURÍDICA PORTUGUESA

#### 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A chegada à terceira idade com saúde é um privilégio e uma conquista, mas é também um fator que, muitas vezes, origina o reducionismo e desvalorização da pessoa e da sua individualidade com base na idade avançada.<sup>5</sup>

A discriminação com base na idade, ou idadismo, é um fenómeno cada vez mais frequente numa sociedade em que a esperança média de vida parece continuar a aumentar. Estas práticas discriminatórias podem assumir várias formas: por vezes assumem a forma de comentários desagradáveis que integram o quotidiano dos mais velhos e outras vezes podem assumir práticas mais prejudiciais, como evitamento, paternalismo e mesmo abuso.

O idadismo manifesta-se em diferentes dimensões: individual, cultural e institucional. Na primeira dimensão, a discriminação para com os mais velhos manifesta-se interpessoalmente, através de um leque vasto e diversificado de práticas: exploração económica, evitamento, negligência, violência física e psicológica, entre outros. A segunda dimensão remete-nos para a ideia preconcebida de que as pessoas idosas são necessariamente menos capazes, encontrando-se em declínio físico e psicológico. Desta convicção, forma-se o entendimento do idoso como um elemento pouco ou nada produtivo para a sociedade. A terceira dimensão corresponde, de acordo com PATRÍCIA PINTO, à conceção e aplicação de políticas sociais que, de alguma forma, perpetuam os estereótipos e reproduzem relações assimétricas de poder, domínio, menosprezo e discriminação.<sup>6 7</sup>

Apesar da marginalização do idoso ser um problema premente na sociedade de hoje, claramente, não é o mais valorizado. O isolamento do idoso e o seu gradual afastamento da

---

<sup>5</sup> Alves, J. F., & Novo, R. F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Volume 6, n. °1, pp. 65-77. Obtido em 26 de setembro de 2023, de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4466>

<sup>6</sup> Oliveira, A. D. (2021). Longevidade, Dignidade, Cidadania. *Revista Digital da Comissão de Proteção do Idoso*, Ano 1, N.º 2. Obtido em 29 de setembro de 2023, de [https://www.cpidoso.pt/wp-content/uploads/2022/02/Longevidade\\_Dignidade\\_Cidadania.pdf](https://www.cpidoso.pt/wp-content/uploads/2022/02/Longevidade_Dignidade_Cidadania.pdf)

<sup>7</sup> Pinto, P. (2012). A Crise da Cidadania da Pessoa Idosa: o Imperativo de um Estatuto do Idoso em Portugal. *Interações*, n.º 23, pp. 51-61

vida em sociedade, contrariamente às lutas contra o racismo, o sexismo ou a xenofobia, não é, de todo, encarado como uma causa digna de protesto.<sup>8</sup>

## 2. A CONSAGRAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À PROTEÇÃO DA VELHICE

O artigo 72.º da CRP, sob a epígrafe “Terceira Idade” consagra “específicos direitos das pessoas idosas (n.º 1), como típicos direitos sociais, aos quais correspondem determinadas imposições e obrigações estaduais (n.º 2)”<sup>9</sup>. Nas palavras de REMÉDIO MARQUES, estes direitos constituem uma tutela objetiva *prima facie* da situação das pessoas idosas, o que implica prestações estaduais, prestações de *dare*<sup>10</sup>.

A previsão do direito das pessoas idosas “à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal, e evitem e superem o isolamento ou marginalização social”<sup>11</sup>, impõe ao Estado a obrigação de proteger as pessoas com mais idade, cabendo-lhe criar e assegurar a eficiência de programas estaduais de apoio ao idoso. De igual modo, o artigo 63.º, n.º 3 da Constituição impõe a proteção do sistema de segurança social aos cidadãos na doença, na velhice, na invalidez, na viuvez, no desemprego e na orfandade.

É no seguimento destas garantias que se têm criado e remodelado serviços e equipamentos que procuram satisfazer as necessidades específicas dos idosos, tais como: o programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), que intervém em áreas de saúde e solidariedade; o Apoio 65 – Idosos em segurança e o Programa Idosos em Lar (PILAR), que apoiam a conceção, construção, adaptação e aquisição de infraestruturas e equipamentos para idosos; o Programa de Unidades de Apoio Integrado a Idosos (UAI), que asseguram o apoio, 24 horas por dia, a pessoas que necessitem de cuidados multidisciplinares que não possam ser prestados ao

---

<sup>8</sup> Quintanilha, A. (2015). Proibido Envelhecer. *Revista XXI, Ter Opinião*, n.º 4, pp. 128-133.

<sup>9</sup> Moreira, V., & Canotilho, J. G. *Apud* Magalhães, A. M. (2019). Traços “Específicos” do Regime Jurídico-Constitucional dos Direitos Fundamentais das Pessoas “Mais Velhas” - Do seu Reforço Jurídico-Internacional enquanto Direitos Humanos. Em A. M. Magalhães, O. Garcia, L. Pinheiro, C. M. Cruz, R. Martins, J. P. Albuquerque, . . . N. Carvalhas, *O Direito dos “mais velhos”* (pp. 11-26). Centro de Estudos Judiciários.

<sup>10</sup> Remédio Marques, J. (2007). Em torno do estatuto da pessoa idosa no direito português - Obrigação de alimentos e segurança social. *RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos*, vol. 41, n. 47, pp. 9-40.

<sup>11</sup> Artigo 72.º, n.º 1 CRP

domicílio; o Apoio Domiciliário Integrado (ADI), que assegura a prestação de cuidados médicos e de enfermagem e apoio social ao domicílio<sup>12</sup>.

Todavia, concordamos com os muitos autores que entendem, que, apesar destes mecanismos parecerem numerosos, a verdade é que nem todos são acessíveis aos idosos e, na realidade, têm pouco peso nas suas vidas. Esta realidade remete-nos para a inexistência de previsões legislativas que, efetivamente, obriguem à implementação dos direitos abstratamente previstos.

Do mesmo modo, verificamos que o direito à proteção da família<sup>13</sup>, apesar de orientado no sentido da preservação da unidade familiar e da concretização do direito do idoso ao convívio familiar (artigo 72.º/1, da CRP), não é acompanhado de qualquer dever de cuidar e zelar pelos parentes idosos<sup>14</sup>.

Devido a tudo o que foi exposto, facilmente verificamos que as pessoas de idade avançada gozam de uma proteção constitucional enfraquecida, em que escassa a concretização real, tanto no seio da família como ao nível da proteção estadual, dos seus direitos mais fundamentais.

### **3. O DIREITO DOS IDOSOS**

No ordenamento jurídico português, apesar do evidenciado, são evidentes alguns afloramentos legais relativos ao idoso, que densificam tanto o disposto no artigo 72.º da CRP, como a tutela da dignidade da pessoa humana plasmada no artigo 1.º da CRP.

No direito da família, salvaguarda-se a relação e o convívio dos avós com os netos, prevendo-se a impossibilidade dos pais de “injustificadamente privar os filhos do convívio com os irmãos e ascendentes”<sup>15</sup>. Esta norma permite mitigar os atos de privação comumente praticados pelos progenitores relativamente aos pais do cônjuge, especialmente após situação de divórcio ou morte. Afirmou o Supremo Tribunal de Justiça<sup>16</sup>

---

<sup>12</sup> Martins, R. M., & Santos, A. C. (2016). Ser idoso hoje. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (35). Obtido em 29 de novembro de 2023, de <https://revistas.rcaap.pt/millenum/article/view/8305>

<sup>13</sup> Artigo 67.º, n.º 1, da CRP

<sup>14</sup> Correia, S. M. (2021). A tutela física e emocional da pessoa. *Católica Law Review*, Vol. V, n.º 2, pp. 93-128. Obtido em 29 de novembro de 2023, de <https://revistas.ucp.pt/index.php/catolicallawreview/article/view/9811>

<sup>15</sup> Artigo 1887.º- A do Código Civil

<sup>16</sup> Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, processo n.º 98A058, de 03-03-1998, relator Silva Paixão, disponível em: <https://jurisprudencia.pt/acordao/149147/>

que o artigo 1887.º-A do Código Civil “não consagra, unicamente, um direito do menor ao convívio com os avós. Reconhece, também, um direito destes ao convívio com o neto”, e acrescenta ainda que o direito de visita é um direito particular e subjetivo, alicerçado na afeição e amor reciprocamente sentidos, que a lei não pode ignorar.

O art.º 2009 do Código Civil vincula ainda os descendentes (e outros familiares) à prestação de alimentos aos ascendentes, garantindo o indispensável à proteção da pessoa idosa em situação de necessidade.

No direito à habitação, em matéria de arrendamento urbano, a denúncia pelo senhorio de um contrato de duração indeterminada nos termos previstos na alínea c) do art.º 1101.º do CC, não se aplica se, como decorre do art.º 26, n.º 4, alínea c) do Novo Regime de Arrendamento Urbano (NRAU), o arrendatário tiver idade igual ou superior a 65 anos ou incapacidade superior a 60%,<sup>17</sup>. De igual modo, a denúncia dos contratos celebrados ao abrigo do regime anterior à vigência do NRAU, quando invocada a alínea b) do art.º 1101 do Código Civil, obriga o senhorio, na falta de acordo entre as partes, a garantir o realojamento do arrendatário em condições análogas às que este já detinha – quer quanto ao local, quer quanto ao valor da renda e encargos. Ainda neste domínio, verifica-se a proteção da pessoa idosa na transição do arrendamento para o novo regime do NRAU, que, para arrendatários com 65 ou mais anos, apenas se aplicará se houver acordo entre as partes.

No plano dos direitos sociais, para além das pensões sociais e de velhice, como forma de combate à pobreza e à pobreza extrema e reforço da coesão social, criou-se, pelo Decreto-Lei n.º 232/2005, de 29 de dezembro, o Complemento Solidário para Idosos (CSI). Este Complemento beneficia a população com 65 ou mais anos de idade, que se encontre em situação de escassez monetária. O CSI, atribuído mediante a reunião de rigorosos critérios, procurou aumentar a eficácia do combate à pobreza nos idosos tendo, até 2012, contribuído para uma diminuição de 11,5 % na taxa de risco de pobreza nos idosos. Contudo, no início de 2013, o valor de referência do CSI foi reduzido, o que significou uma diminuição dos idosos abrangidos. Paralelamente, assistiu-se a uma tendência de inversão do risco de pobreza, registando-se um aumento em 0,5 % da taxa em 2013, face ao ano anterior.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Lei n.º 6/2006, de 27 de fevereiro. Diário da República n.º 41/2006, Série I-A de 2006-02-27.

<sup>18</sup> Decreto-Lei n.º 254-B/2015, de 31 de dezembro. Diário da República n.º 255/2015, 1.º Suplemento, Série I de 2015-12-31.



Concluimos que o CSI, apesar de, na sua génese, ser um instituto que pretende auxiliar os idosos mais carenciados, beneficia um grupo muito restrito de pessoas, o que o torna ineficaz para todas as pessoas idosas que, apesar de se encontrarem em situação de dificuldade financeira, não satisfazem o limiar previsto.

No plano penal, o legislador procurou proteger as pessoas idosas enquanto indivíduos particularmente indefesos, tendo previsto a agravação da moldura penal para determinados crimes praticados contra idosos: o homicídio qualificado do ascendente ou de pessoa particularmente indefesa em razão da idade ou doença, a exposição ou abandono pelo descendente ou adotado, a violência doméstica de pessoa particularmente indefesa, os maus tratos, a coação ou o sequestro contra pessoa vulnerável em razão da idade ou doença<sup>19</sup>.

Para além de toda esta legislação avulsa, em Portugal, foi publicada, em 2015, a Estratégia de Proteção ao Idoso<sup>20</sup>, que defende o respeito pela dignidade da pessoa humana em todas as fases da sua vida, ainda que, na prática, falte uma estrutura capaz de proporcionar o devido enquadramento.<sup>21</sup>

No Direito Internacional e Comunitário, proliferam a legislação e as estratégias com vista à proteção dos idosos.

Sucintamente, podemos mencionar o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento; a Resolução 46/91, de 16 de dezembro, aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas, que consagra os “Princípios das Nações Unidas para os Idosos”<sup>22</sup>; a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, que consagra o direito das pessoas idosas a uma vida digna e independente e à participação ativa na sociedade<sup>23</sup>; a Resolução do Parlamento Europeu, de 1 de junho de 2017, que contém recomendações à Comissão sobre a proteção dos adultos vulneráveis; a Recomendação do Comité de Ministros do Conselho da Europa (99) 4, sobre os princípios respeitantes à proteção jurídica dos maiores incapazes; a Convenção da Haia de 13 de janeiro de 2000, relativa à Proteção Internacional de Adultos; a Convenção sobre

---

<sup>19</sup> Respetivamente, artigo 132.º, n.º 1, artigo 138.º, artigo 152.º, artigo 152.º-A, artigo 154.º e artigo 158.º, n.º 2 do CP

<sup>20</sup> Aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 63/2015

<sup>21</sup> Hespanhol, A. P., & Santos, P. (2022). As pessoas idosas e os seus direitos. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 38(2), pp. 135–136. Obtido em 16 de outubro de 2023, de <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i2.13515>

<sup>22</sup> Os princípios da independência, participação, assistência, realização pessoal e dignidade.

<sup>23</sup> Artigo 25.º: “A União reconhece e respeita o direito das pessoas idosas a uma existência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural.”

os Direitos das Pessoas com Deficiência, que procura assegurar às pessoas com deficiência, em particular às mulheres, raparigas e pessoas idosas com deficiência, o acesso aos programas de proteção social e de redução da pobreza; a Decisão do Parlamento e do Conselho Europeu, de 14 de setembro de 2011, sobre o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações.

Apesar de todas estas previsões normativas, a verdade é que o idoso continua a não beneficiar de uma proteção coesa que impeça de modo definitivo o seu abuso psicológico, físico, emocional ou económico. É cada vez mais visível a necessidade de melhorar a proteção das pessoas idosas, sendo tal possível através da criação de organismos de proximidade, ou, alternativamente, a adaptação/alargamento do âmbito de ação das já existentes Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, a toda e qualquer pessoa em situação de perigo/risco.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Mendes, F., & Xavier, P. (2017). A ordem jurídica portuguesa e os direitos da pessoa idosa. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health. Série 2, edição especial n.º2*, pp. 135-140. Obtido em 9 de outubro de 2023, de <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/6667/1/11-art-gest.pdf>

## CAPÍTULO II

### RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

#### 1. DIREITO À AUTODETERMINAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE

A Constituição da República Portuguesa tem como princípio nuclear a Dignidade da Pessoa Humana e o respeito e garantia da efetivação dos direitos e liberdades fundamentais (art. 1.º e 2.º da CRP).<sup>25</sup> Deste modo, considera-se o princípio da dignidade da pessoa humana como o princípio-base, do qual emanam os vários direitos, liberdades e garantias.

Ensina-nos SARLET<sup>26</sup> que a dignidade é qualidade integrante, inerente e irrenunciável da própria condição humana, que deve ser reconhecida, respeitada, promovida e protegida, não podendo ser criada, concedida ou retirada.

O art. 26.º da CRP consagra o direito ao desenvolvimento da personalidade, que como ensinam GOMES CANOTILHO e VITAL MOREIRA, constitui “um direito subjetivo fundamental do indivíduo, garantindo-lhe um direito à formação livre da personalidade ou liberdade de ação como sujeito autónomo dotado de autodeterminação decisória, e um direito de personalidade fundamentalmente garantidor da sua esfera jurídico-pessoal e, em especial, da integridade física desta”<sup>27</sup>. Por outras palavras, é garantida a cada pessoa a possibilidade efetuar as suas próprias escolhas e proceder de acordo com a sua própria vontade. Segundo Kant, a autonomia é o fundamento da dignidade da natureza humana<sup>28</sup>, que deve ser respeitada sem mais.

É com base nestes direitos fundamentais que se entende que cada pessoa tem o poder de escolher, no que concerne à sua saúde, quais os tratamentos que deseja ou não receber. O

---

<sup>25</sup> Conjugando o artigo 1º e o artigo 2º da CRP: “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária.” e ainda “um Estado de direito democrático, baseado na soberania popular, no pluralismo de expressão e organização política democráticas, no respeito e na garantia de efetivação dos direitos e liberdades fundamentais e na separação e interdependência de poderes, visando a realização da democracia económica, social e cultural e o aprofundamento da democracia participativa.”

<sup>26</sup> Sarlet, I. W. (2011). *A Eficácia dos Direitos Fundamentais: Uma Teoria Geral dos Direitos Fundamentais na Perspetiva Constitucional*. Porto Alegre: 6ª edição, Livraria do Advogado Editora.

<sup>27</sup> Moreira, V., & Canotilho, J. G. *Apud* Couto, D. S. (2017). *A Autodeterminação e a Eutanásia: análise a partir das neurociências. Tese de Mestrado em Ciências Jurídico-Criminais*. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra.

<sup>28</sup> Kant, I. (2008). *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Lisboa: Edições 70.

paciente é livre de escolher e de se autodeterminar e, mesmo sendo idoso, não pode deixar de gozar dos direitos que lhe são constitucionalmente garantidos.

No âmbito da saúde, é importante ter em conta o caráter dualista da relação que se forma entre o profissional de saúde e o paciente idoso: de um lado, encontramos um profissional, tecnicamente preparado para prestar os cuidados e tratamentos adequados, e do outro, um paciente em situação vulnerável, comprometido pela doença e, muitas vezes, pela idade avançada.<sup>29</sup>

Um grande obstáculo à autodeterminação do paciente mais velho é o preconceito e a incapacitação do idoso. Muitas vezes, a idade é utilizada como um fator para reduzir ou eliminar o direito de escolha do doente. Em razão da ideia de que não compreendem bem a doença, de que não se importam com a partilha, com terceiros, de informações sobre a sua saúde ou de que não têm capacidade cognitiva suficiente para compreender os dados médicos e tomar decisões apropriadas<sup>30</sup>, dá-se lugar a comportamentos atentivos dos direitos previstos constitucionalmente. Este menosprezo pela autodeterminação do paciente idoso resulta em relações superficiais de cuidados, permeadas por posturas paternalistas e pela falta de informação e de atenção para com o paciente, comprometendo o exercício efetivo da autonomia nas decisões acerca dos cuidados e também os bons resultados da terapêutica.<sup>31</sup>

O respeito pela autonomia pressupõe a compreensão dos limites inerentes às condições individuais, sendo essencial ter em conta a condição especialmente frágil do idoso e oferecer informações adequadas que permitam a livre manifestação de vontade do doente, sem qualquer coação, influência, indução ou intimidação da pessoa idosa.<sup>32</sup>

São frequentes as situações em que o principal decisor em questões de saúde é a família do doente, o que, no caso do idoso, abre portas à ingerência inadequada e desproporcionada dos descendentes ou outros familiares próximos. No entanto, deve-se ter em conta que nem todos

---

<sup>29</sup> Paranhos, D. G., & Oliveira, A. A. (2018). A autonomia do paciente idoso no contexto dos cuidados em saúde e o seu aspecto relacional. *Revista de Direito Sanitário, volume 19 (1)*, pp. 32-49. Obtido em 25 de setembro de 2023, de <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i1>

<sup>30</sup> Paranhos, D. G., & Oliveira, A. A. (2019). Direitos humanos dos pacientes enquanto instrumentos bioéticos de proteção das pessoas idosas. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Vol. 8(1)*, pp. 53-64. Obtido em 25 de setembro de 2023, de <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/507>

<sup>31</sup> Paranhos, D. G., & Oliveira, A. A. (2018). A autonomia do paciente idoso..., *cit.*

<sup>32</sup> Paranhos, D. G. (2020). Análise da capacidade jurídica dos pacientes idosos no Brasil a partir do referencial dos Direitos Humanos. *Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário, v. 9, n.º 4*. Obtido em 12 de setembro de 2023, de <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/680>

os idosos se encontram dependentes, muitos ainda conservam as suas capacidades de raciocínio e ponderação. Como tal, deve-se procurar substituir esta atitude redutora, proveniente da crença de que os familiares, cuidadores ou profissionais da saúde escolherão melhor do que o paciente, por uma atitude que assegure a prestação de informação de modo acessível e o que estimule a participação do idoso no processo terapêutico. A finalidade de qualquer profissional de saúde é, afinal, a qualidade de vida, entendida como tal na perspetiva da própria pessoa<sup>33</sup>, pelo que se deve sempre ter em atenção as vontades manifestadas pelo utente.

## 2. INFORMATIZAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Ao longo dos tempos, a relação entre a sociedade e a medicina tem sofrido constantes mutações, que se devem, nomeadamente, à evolução que a prática médica deve ao desenvolvimento tecnológico.

Apesar de serem irrefutáveis os benefícios que acompanham a evolução de uma medicina altamente informatizada e especializada, é também inquestionável que esta prática favorece o arrefecimento da relação de proximidade e de confiança que era tradicional na relação entre o médico e os seus pacientes. Se, no fim do milénio passado, o médico de família era visto como o fastígio da empatia, assistência e proximidade, atualmente, assiste-se a um distanciamento progressivo entre os dois sujeitos desta relação, de tal forma que a assistência médica se parece assemelhar a uma troca económica.<sup>34</sup>

Esta tendência de impessoalidade é visível na duração das consultas médicas, que se tornaram cada vez mais curtas, tendo sido eliminado o espaço reservado ao diálogo, apaziguamento e devido esclarecimento do paciente. Um estudo da “*British Medical Journal Open*” sobre a duração média das consultas de cuidados de saúde primários, de 2017, concluiu que, em Portugal, as consultas de Medicina Geral e Familiar (MGF) duram, sensivelmente, entre 14 a 16 minutos.<sup>35</sup> O papel do profissional da saúde é cuidar e é ele o

---

<sup>33</sup> Carvalho, R., Augusto, B., Rodrigues, C., Rodrigues, C., Rodrigues, E., Simões, F., . . . Gomes, M. (2002). *Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar* (1ª ed.). (R. Carvalho, & B. Augusto, Edits.) Coimbra: FORMASAU - Formação e Saúde, Lda.

<sup>34</sup> Pedro, R. T. (2008). *A responsabilidade civil do médico – Reflexões sobre a noção da perda de chance e a tutela do doente lesado* (1ª ed.). Coimbra: Coimbra Editora.

<sup>35</sup> Irving, G., Neves, A., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries.

principal responsável que deve assegurar que cada paciente tem o seu espaço e o seu tempo para receber e assimilar a informação que lhe é dada. A troca de informações sobre a saúde do paciente é essencial ao aprimoramento do diagnóstico e favorece a adequação do conselho médico à situação do paciente. Assim, é essencial que o médico tenha uma atitude de compreensão e paciência para com os doentes que assiste, oferecendo-lhes as informações e ferramentas necessárias à tomada de decisão e reservando uns momentos para que o doente possa expressar as suas preocupações e observações.

Para além disso, também a telemedicina veio alterar a relação médico-paciente. De acordo com o Perfil de Saúde de Portugal OCDE 2021<sup>3637</sup>, a pandemia conduziu a um aumento súbito da telemedicina e do acompanhamento à distância. Se, por um lado, se assistiu a uma receção positiva deste novo método por parte da população, por outro, é importante relembrar que a consulta à distância é bastante diferente da consulta presencial com o médico, e pode vir a alterar tanto a relação com o médico como a própria qualidade do serviço.<sup>38</sup>

O avanço da tecnologia na medicina afeta, maioritariamente, a população mais idosa, na medida em que se tratam de pessoas que viveram um considerável período da sua vida numa altura em que a tecnologia era muito limitada, senão residual. O idoso, não tendo espaço para se adaptar, e a sua capacidade para o fazer diminuída, naturalmente, com o tempo<sup>39</sup>, é posto de lado nesta evolução e, conseqüentemente, nos seus benefícios.

No campo da saúde, pode-se dizer que os pacientes idosos são dotados de uma dupla vulnerabilidade: aquela que é decorrente da doença somada à que é acrescida pela idade. Assim, muitas vezes, as pessoas de idade apresentam maior constrangimento para

---

*British Medical Journal Open.* Obtido em 17 de outubro de 2023, de <https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e017902>

<sup>36</sup> Estudo sobre os perfis de saúde por país da iniciativa “Estado da Saúde na União Europeia”.

<sup>37</sup> Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). (2021). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2021*. OECD Publishing. Obtido em 26 de dezembro de 2023, de <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/766c3111-pt.pdf?expires=1703788623&id=id&accname=guest&checksum=763011DA1529688F319157E98E60931F>

<sup>38</sup> Oliveira, M. (7 de abril de 2022). Relação médico-utente exige “investimento emocional”, mas nem sempre há tempo para o fazer. *JornalismoPortoNet*. Obtido em 18 de outubro de 2022, de <https://www.jpn.up.pt/2022/04/07/relacao-medico-utente-exige-investimento-emocional-mas-nem-sempre-ha-tempo-para-o-fazer/>

<sup>39</sup> Pontes, A. (2021). O papel do advogado na defesa dos interesses do adulto vulnerável. *Revista Digital da Comissão de Proteção ao Idoso, Ano 1, N.º 12*, pp. 1-9. Obtido em 29 de agosto de 2023, de [https://www.cpidoso.pt/wp-content/uploads/2023/01/papel\\_do\\_advogado.pdf](https://www.cpidoso.pt/wp-content/uploads/2023/01/papel_do_advogado.pdf)

compreender a sua doença e as terapêuticas a realizar, sofrem perdas auditivas, visuais e cognitivas, são mais propensos a ceder à pressão dos profissionais da saúde e dos familiares e são postos à margem do seu próprio processo de cuidados.<sup>40</sup>

É na falta de informação que aflora a ignorância e a inaptidão, pelo que é essencial que o profissional de saúde não deixe que a distância que parece crescer entre si e o paciente afete a sua conduta zelosa e cuidadosa e o acompanhamento personalizado de cada paciente, ouvindo-o e esclarecendo-o de forma adequada.

### **3. A EVOLUÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E O FIM DO PATERNALISMO MÉDICO**

Como vimos, o nosso ordenamento jurídico tem como regra a capacitação da pessoa humana e o respeito pela sua decisão. No entanto, não obstante todas as normativas nacionais e internacionais que defendem a importância do respeito pela autonomia dos cidadãos, na área da saúde, continuam a verificar-se condutas condescendentes e intromissivas.

O juramento de Hipócrates é, ainda hoje, um dos fundamentos medulares do código ético da profissão médica. *Primum non nocere*<sup>41</sup>, ou o princípio da beneficência, enraizou o compromisso dos profissionais de saúde de exercer a medicina em benefício dos seus pacientes.<sup>42</sup>

Com o passar do tempo, a aplicação exacerbada deste princípio da não maleficência, revestiu a prática médica daquilo que se designa de paternalismo<sup>43</sup>. As atitudes paternalistas, na área da saúde, podem ser definidas como condutas realizadas pelos profissionais que, julgando beneficiar o paciente, tomam decisões por ele sem o seu consentimento<sup>44</sup>. O paternalismo médico é uma expressão da relação assimétrica que se forma entre o paciente e o seu médico,

---

<sup>40</sup> Paranhos, D. G. (2018). Direitos Humanos dos Pacientes Idosos. Tese de Doutoramento em Bioética - Universidade de Brasília, Brasília - DF. p. 204.

<sup>41</sup> Expressão latina, geralmente atribuída a Hipócrates, que significa, “primeiro, não prejudicar” ou “em primeiro lugar, não prejudicar”

<sup>42</sup> Wanssa, M. d. (2011). Autonomia versus beneficência. *Revista Bioética*, v. 19, n.º 1. Obtido em 30 de outubro de 2023, de [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/611](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/611)

<sup>43</sup> Wanssa, M. d. (2011), *cit.*

<sup>44</sup> Massarollo, M. C., & Santos, D. V. (2004). Posicionamento dos enfermeiros relativo à revelação de prognóstico fora de possibilidade terapêutica: uma questão bioética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n.º 5, pp. 790-796

na qual há uma distorção na relação de cuidados e o profissional se torna o agente central da relação.

Um exemplo de paternalismo no campo da saúde é a omissão, total ou parcial, do estado da saúde do paciente. Por vezes, em caso de diagnóstico não favorável, o profissional depara-se com um dilema ético, entre revelar ou não a enfermidade terminal ao doente. Diversos fatores podem influenciar o médico a decidir pela não comunicação do diagnóstico ao paciente em fim de vida, como o baixo nível de compreensão e o estado emocional da família e do próprio doente. No entanto, tem-se vindo a considerar que a revelação diagnóstica no período que antecede a morte é um direito do paciente, e a não revelação pode impedir o paciente de tomar decisões importantes sobre o seu tratamento e sobre a sua vida pessoal, da mesma forma que impede o paciente e a sua família de se prepararem para o evento que se aproxima.<sup>45</sup>

PARANHOS e ALBUQUERQUE entendem que o envelhecimento apresenta um duplo aspeto: a senescência – entendida como o envelhecimento natural e saudável do corpo como um todo – e a senilidade – em que se observa uma perda de agilidade mental. A pessoa idosa, ainda que goze de boa saúde, atravessa um processo de declínio na mobilidade, audição e visão, que dificulta a sua capacidade de compreensão e expressão.<sup>46</sup> Apesar da verificação de algum ou alguns destes aspetos, os profissionais de saúde e os próprios familiares devem evitar a rotulação automática da pessoa idosa como improdutivo, dependente ou submissa. Esta tendência por parte daqueles que rodeiam o idoso, leva a que a idade seja associada à incapacitação e que o direito à autodeterminação seja mitigado pela vontade de terceiros, que se julgam mais aptos para decidir em nome da pessoa idosa.<sup>47</sup>

Esta atitude paternalista, relativamente a pessoas idosas que preservem as suas capacidades cognitivas, infringe diversas regras éticas, legais e morais<sup>48</sup>, pois o paciente não pode simplesmente ser reduzido à sua doença.

---

<sup>45</sup> Visentin, A., Labronici, L., & Leonardt, M. (2007). Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n.º 4. Obtido em 30 de outubro de 2023, de <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400021>

<sup>46</sup> Paranhos, D. G., & Oliveira, A. A. (2018). A autonomia do paciente idoso..., *cit.*

<sup>47</sup> Paranhos, D. G. (2020). Análise da capacidade jurídica..., *cit.*

<sup>48</sup> Massarollo, M. C., & Santos, D. V. (2004), *cit.*



Assim, acredita-se que a área da saúde beneficia da aplicação de um modelo centrado no paciente, que envolva comunicação, parceria, participação e interesse na opinião e decisão do doente. O cuidado centrado no paciente baseia-se no respeito pelo paciente, considerado como ser único e individualizado, e na obrigação do profissional de velar por ele, ajudando-o a desempenhar um papel mais ativo no curso do tratamento.<sup>49</sup>

Ensina-nos BERLINGUER que, numa relação adequada de cuidados, o profissional da saúde, além de prescrever, deve escutar, informar e inserir o doente de forma ativa na terapêutica, de modo a que a relação não se trate apenas de tratar a enfermidade, mas também de prevenir, reabilitar e melhorar a capacidade das pessoas<sup>50</sup>. Neste modelo de relação médico-paciente, valoriza-se a autonomia do paciente, que assume o poder de decisão.

É imperativo, à luz da crescente valorização da autonomia do paciente, potenciar a sua escolha, em detrimento de soluções heterónomas e paternalistas, como tem sido a tradição até recentemente<sup>51</sup>. Para tal, os profissionais de saúde devem procurar habilitar os doentes, informando-os devidamente e aconselhando-os na sua decisão. Apesar de ao paciente dever ser reconhecida uma vulnerabilidade acrescida, em resultado da sua doença, este deve continuar a ser considerado, tanto quanto possível, como uma pessoa capaz de tomar as suas decisões e de exercer a sua autonomia.

Se, por um lado, não se pode aceitar que as decisões sejam confiadas unilateralmente aos profissionais de saúde, também não se pode concordar com a ideia de que o paciente tomará as suas decisões isoladamente e sem o conhecimento devido. Cabe aos familiares do paciente e aos profissionais apoiar a sua decisão, devendo estes últimos adaptar o seu discurso à capacidade de compreensão de cada paciente, personalizar os cuidados a aplicar e motivar o doente a exercer a sua autonomia. A capacitação do doente é especialmente relevante para o paciente idoso, que, geralmente, necessita de receber cuidados mais constantes e pode apresentar maior dificuldade em entender as terapêuticas que lhe são propostas.<sup>52</sup>

---

<sup>49</sup> Epstein, R., & Street, R. (2011). The Values and Value of Patient-Centered Care. *The Annals of Family Medicine*, v. 9, n.º 2, pp. 100-103. Obtido em 18 de outubro de 2023, de <https://www.annfammed.org/content/9/2/100>

<sup>50</sup> Berlinguer G. Apud Paranhos, D. G., & Oliveira, A. A. (2018). O modelo de cuidado centrado no paciente sob perspectiva do paciente idoso. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Vol. 7(2), pp. 95-109. Obtido em 20 de setembro de 2023, de <https://doi.org/10.17566/ciads.v7i2.485>

<sup>51</sup> Vítor, P. T. (2004). Procurador para Cuidados de Saúde - A importância de um novo decisor. *Lex Medicinæ*, Ano 1, n.º 1.

<sup>52</sup> Paranhos, D. G., & Oliveira, A. A. (2018). O modelo de cuidado..., *cit.*

Por tudo aquilo que já foi dito, torna-se evidente que a aplicação de um modelo de cuidado centrado no paciente é mais difícil em relação às pessoas idosas, devido às complexidades adicionais deste grupo etário. Enquanto pessoas de fragilidade acrescida, são as vítimas mais comuns de condutas paternalistas.

Se o novo modelo de cuidados se baseia numa relação de parceria, solidariedade, empatia e compreensão<sup>53</sup>, entende-se que, por vezes, a relação com os pacientes idosos seja mais trabalhosa, na medida em que o profissional pode ter maior dificuldade em compreender os seus desejos e expectativas, incorrendo em obstinações terapêuticas indesejadas.

Para que o paciente idoso seja reconhecido como figura central do processo terapêutico, é necessário que se conjugue o reconhecimento e aceitação da sua vulnerabilidade com a necessidade da sua capacitação, para que este possa, autonomamente, participar nas decisões a tomar. O paciente idoso deve, desta maneira, usufruir de cuidados de saúde que tenham em consideração eventuais perdas físicas e cognitivas, a sua maior lentidão em entender as terapêuticas propostas e as dificuldades em decidir sobre o curso de ação face aos tratamentos disponíveis<sup>54</sup>, sem que daí resulte a sua inabilitação e a desconsideração da sua vontade.

Assim vemos a necessidade de uma mudança de mentalidade e de práticas, no sentido de preservar a autonomia do paciente idoso e equilibrar a relação médico-paciente, mediante a adoção de posturas e de políticas voltadas para a inserção da pessoa idosa no processo decisório.

#### **4. CONSENTIMENTO INFORMADO**

Como vimos, o doente deixou de ser um sujeito passivo e passou a ser um agente ativo no seu processo terapêutico. O epicentro de todo o processo é o doente. Um dos meios essenciais para que o doente consiga intervir no seu processo clínico enquanto sujeito principal é através do consentimento informado, livre e esclarecido.

A doutrina do consentimento informado tem sido foco de uma enorme evolução que se estende ao longo dos últimos 100 anos. Na Bioética e Ética Médica assistiu-se, neste

---

<sup>53</sup> Epstein, R., & Street, R. (2011), *cit.*

<sup>54</sup> Paranhos, D. G., & Oliveira, A. A. (2018). O modelo de cuidado..., *cit.*

contexto, à substituição do paternalismo clínico herdado de Hipócrates pelo primado do princípio da autonomia do paciente.<sup>55</sup> Mas foi nos últimos anos que se assistiu ao verdadeiro crescimento da importância jurídica do consentimento médico informado.

De acordo com o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), o processo de Consentimento Informado é um elemento essencial das relações entre profissionais de saúde e utentes, incontornável na prestação de cuidados de saúde e no cumprimento: do respeito pelos direitos humanos, da dignidade da pessoa e pela autonomia individual, da obrigatoriedade da beneficência, a partir da ponderação de riscos e benefícios associados às intervenções projetadas no contexto de vida da pessoa em causa, e como forma de promover a adesão terapêutica.<sup>56</sup>

O consentimento não se trata de um ato médico, mas sim de uma autorização que o doente concede aos profissionais de saúde que, de um modo mais ou menos invasivo, pretendem atuar sobre si, e que se apresenta como um pré-requisito da intervenção médica.<sup>57</sup> O consentimento é, assim, uma decisão voluntária do doente, realizada de forma autónoma e consciente e que ocorre após um processo informativo e deliberativo.

De forma a obter o seu consentimento, os profissionais de saúde que rodeiam o paciente devem adotar determinada postura. A fase embrionária da relação médico-paciente deve pautar-se pela prestação de informação. O profissional deve ouvir atentamente o paciente, os seus sintomas, as suas preocupações e dúvidas e, no caso especial do paciente idoso, procurar reduzir as intromissões externas que frequentemente se verificam. O médico deve certificar-se de que adapta a sua linguagem e de que presta informações de modo acessível tendo em conta o grau de cultura, de literacia e de capacidade de entendimento do doente que concretamente está a tratar.<sup>58</sup> Quanto aos utentes idosos, deve ter-se em conta que o

---

<sup>55</sup> Pereira, A. D. (2010). O Consentimento Informado na Experiência Europeia. *I Congresso Internacional sobre: "Os desafios do Direito face às novas tecnologias"*. Ribeirão Preto: Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

<sup>56</sup> Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (julho de 2022). O Processo de Consentimento Informado em Menores de Idade: Requisitos Ético-Jurídicos - Recomendação N.º 3/2022 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Obtido de [https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/recomendacoes/recomendacao-sobre-o-processo-de?download\\_document=9722&token=38a210ce406cfcfcf9d12a012cd4d8](https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/recomendacoes/recomendacao-sobre-o-processo-de?download_document=9722&token=38a210ce406cfcfcf9d12a012cd4d8)

<sup>57</sup> António, I. (2022). A "autodeterminação do doente" enquanto novo paradigma da Medicina e o consentimento informado como seu instrumento concretizador: Alguns casos especiais de consentimento. Em A. Oliveira, & P. Jerónimo (Edits.), *Liber Amicorum Benedita Mac Crorie Volume I*. Braga: UMinho Editora. Obtido em 9 de outubro de 2023, de <https://doi.org/10.21814/uminho.ed.97.24>

<sup>58</sup> António, I. (2022), *cit.*

relato deste nem sempre é objetivo e credível e, por vergonha ou negação da própria velhice, algumas circunstâncias podem até ser completamente omitidas.

A finalidade fundamental desta fase de esclarecimento é permitir que o paciente, com base no seu sistema de crenças e valores, determine aquilo que deseja ou não consentir na intervenção que lhe é proposta<sup>59</sup>. Um dos exemplos mais frequentemente citados é a recusa, motivada por convicções religiosas, das Testemunhas de Jeová de receber transfusões de sangue. Nestes casos, a pessoa adulta e capaz, após informada de modo completo e inequívoco da necessidade do procedimento, tem o direito de recusar que se realize a intervenção.

Defende DIAS PEREIRA que a medicina é uma atividade de risco e, como tal, apenas o consentimento devidamente esclarecido permite transferir para o paciente os riscos que, de outro modo, seriam suportados pelo médico<sup>60</sup>. O utente escolhe o que considera ser melhor para si e a responsabilidade pelos riscos a assumir é deslocada para este.

Após informado de modo conveniente sobre o seu diagnóstico, prognóstico e plano terapêutico, o paciente encontrar-se-á devidamente capacitado para ponderar tudo o que lhe foi comunicado e para decidir de modo consciente. Apenas após verificado todo este processo é que é possível obter o consentimento informado do paciente.

Entre nós, o direito da saúde encontra-se regulado em legislação avulsa e, como tal, o consentimento informado surge enunciado em diversos diplomas e integra diversos códigos deontológicos aplicáveis a diversos profissionais de saúde. O Regulamento de Deontologia Médica<sup>61</sup> prevê que "O consentimento do doente só é válido se este, no momento em que o dá, tiver capacidade de decidir livremente, se estiver na posse da informação relevante e se for dado na ausência de coações físicas ou morais." (art. 20.º). No caso dos pacientes idosos, a capacidade para consentir assume especial relevo.

Para auferir da capacidade de consentimento do idoso, é importante fazer a triagem entre idosos em pleno funcionamento cognitivo e idosos com comprometimento cognitivo, seja este leve ou grave. No primeiro caso, o profissional deve prestar todas as informações relevantes e necessárias à decisão do paciente, tendo sempre em conta o paciente que, em

---

<sup>59</sup> Pereira, A. D. (2010). O Consentimento Informado..., *cit.*

<sup>60</sup> Pereira, A. D. (2010). O Consentimento Informado..., *cit.*

<sup>61</sup> Regulamento n.º 707/2016, de 21 de julho. Diário da República n.º 139/2016, Série II de 2016-07-21

concreto, está a tratar, ou seja, levando em consideração eventuais défices sensoriais ou reduzida capacidade de comunicação. No caso de idosos com reduzidas funções cognitivas, a situação complexifica-se. Segundo Helena Pereira de Melo, “os requisitos legais para a prestação do consentimento variam em função da capacidade do sujeito que o presta (da sua capacidade de decidir livremente sobre a sua vida e integridade física e mental) e da gravidade dos eventuais danos emergentes da prestação dos cuidados em questão”<sup>62</sup>. Ou seja, nestes casos a capacidade para consentir pode estar comprometida.

Os principais elementos do consentimento informado são a prestação de informação inequívoca, a capacidade de tomada de decisão, a ausência de qualquer coerção e o acordo. A capacidade ou competência é o requisito que, no caso dos idosos com funções mentais debilitadas, se encontra em falta. É nestes casos que relevam os meios de planeamento de velhice.

---

<sup>62</sup> Melo, H. P. (2020). *O Consentimento Esclarecido na Prestação de Cuidados de Saúde no Direito Português*. Edições Almedina.

## CAPÍTULO III

### OS MEIOS DE ACOMPANHAMENTO E PLANEAMENTO DA VELHICE

#### 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O aumento da longevidade é um dos avanços mais significativos a que se assistiu nos últimos anos. A qualidade de vida da população tem visto grandes melhorias no que diz respeito à higiene, bem-estar, conforto e saúde. Mas como pode a longevidade ser um feito se, dicotomicamente, pode significar a diminuição da autonomia e da qualidade de vida?

O envelhecimento da população expõe muitos problemas sociais, desde comportamentos discriminatórios, a atitudes verdadeiramente abusivas para com os idosos. Frequentemente, estes comportamentos chegam mesmo a verificar-se em interações com profissionais de saúde<sup>63</sup>.

Em situação de necessidade, os idosos devem procurar ajuda junto do seu cônjuge ou dos seus parentes mais próximos (descendentes e irmãos)<sup>64</sup>. No entanto, por vezes, tal não é possível, o que deveria alertar para a necessidade de criação de institutos pensados para ajudar o idoso carenciado ou isolado.

O afastamento gradual do idoso da sociedade e da vida ativa carece de soluções no direito português, uma vez que este é praticamente omissivo quanto à problemática. Não obstante, é possível identificar alguns institutos que, de uma forma ou de outra, poderão ser aplicados e ajudar o idoso a planejar uma velhice segura e cómoda: o regime do maior acompanhado e as diretivas antecipadas de vontade.

O planeamento da velhice é especialmente importante no que respeita à saúde, sendo que o direito à autodeterminação nos cuidados de saúde não cessa com o envelhecimento, isto é, a situação de fragilidade em que a velhice e o aumento da dependência colocam a pessoa não deve ser fator que justifique o menosprezo das suas vontades, ideias e opiniões, especialmente no que toca à sua própria vida e à sua própria saúde.

---

<sup>63</sup> Ferreira-Alves, J., & Novo, R. F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 6, N.º 1, pp. 65-77. Obtido em 23 de novembro de 2023, de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33760105.pdf>

<sup>64</sup> Remédio Marques, J. (2007), *cit.*

## 2. REGIME DO MAIOR ACOMPANHADO

A Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto introduziu o regime do maior acompanhado, revogando os institutos clássicos da interdição e da inabilitação, previstos no Código Civil de 1966.

O antigo regime de suprimento das incapacidades dos adultos, e mais especificamente a interdição, parecia destinar-se, em exclusivo, às grandes incapacidades intelectuais, ou seja, a quem já não possui qualquer condição para ser autossuficiente em qualquer aspeto da sua vida. Uma vez decretada, a interdição produzia os efeitos automáticos previstos na lei, gerando a impossibilidade de, juridicamente, exercer os direitos de que a pessoa é titular e passando a ser, em tudo, equiparado aos menores<sup>65</sup>. Ao longo dos anos, e devido à grande evolução cultural e social que se verificou na última década, concluiu-se que este instituto acabava por resultar numa desproteção de quem carecia dela. VAN DUNEM<sup>66</sup> entende que os efeitos do regime clássico acabavam por ser, na realidade, inversos, na medida em que: por um lado, se assistia a uma enorme resistência familiar e social em recorrer a este instituto, e por outro, este instituto não protegia um grande conjunto de pessoas que, apesar de não se encontrarem em situação de total incapacidade, necessitavam de ser juridicamente protegidas.

O Regime do Maior Acompanhado, que veio substituir o rígido regime anterior, tem em vista a proteção de adultos que, devido a diferenciados graus de incapacidades ou deficiências mentais, físicas ou sensoriais, não se encontram aptos para tomar decisões por si próprios de forma autónoma e consciente.

Segundo a exposição de motivos da Proposta de Lei nº110/XIII, a intervenção legislativa fundou-se, entre outros, na primazia da autonomia da pessoa humana, cuja vontade deve ser respeitada e aproveitada até ao limite do possível. Considerou-se também que o novo regime levaria ao maior respeito pela dignidade da pessoa visada, que é tratada não como mero objeto das decisões de outrem, mas como pessoa inteira, com direito à solidariedade, ao apoio e proteção especial reclamadas pela sua situação de vulnerabilidade. Com esta mudança pretendeu-se ainda “assegurar o tratamento condigno não só das pessoas idosas,

---

<sup>65</sup> Van Dunem, F. (2019). Novo Regime do Maior Acompanhado: uma mudança de paradigma. *Colóquio: O novo Regime do Maior Acompanhado*, pp. 1-6.

<sup>66</sup> Van Dunem, F. (2019), *cit.*

mas também das de qualquer idade carecidas de proteção, seja qual for o fundamento dessa necessidade”<sup>67</sup>.

O novo regime mudou o padrão das incapacidades dos adultos, adotando um novo modelo de ação que se traduz num maior respeito pela individualidade de cada um, pelos seus direitos e pela sua liberdade.

Antes de proceder ao estudo do impacto do Regime do Maior Acompanhado nos idosos em contexto de cuidados de saúde, importa uma breve revisão, em termos sucintos, do novo regime, bem como das principais influências internacionais que impulsionaram a mudança do regime português.

## **2.1 A MUDANÇA DO PARADIGMA INTERNACIONAL**

A evolução que se verificou, nos últimos anos, na forma como a sociedade e a medicina encaram as pessoas com défices físicos e/ou mentais, esteve na base da mudança que se verificou no seu tratamento jurídico.

Um dos movimentos de valorização das pessoas com deficiências que influenciou o legislador português foi a Convenção de Nova Iorque sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, assinada por Portugal em 30 de março de 2007, bem como o respetivo Protocolo Adicional. A assinatura da Convenção, no início do século, revelou o consenso que se começou a verificar, a nível internacional, sobre a necessidade de integrar e capacitar os cidadãos que, até então, devido às suas incapacidades, eram deixados à margem da sociedade e excluídos da devida participação na sociedade<sup>68</sup>.

A Convenção pretende, em primeiro lugar, promover, proteger e garantir o pleno gozo e exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, por todas as pessoas com

---

<sup>67</sup> Consultar a Proposta de Lei n.º 110/XIII, de 10 de fevereiro de 2018, publicada no Diário da República II série A n.º 70, que estabelece o regime do maior acompanhado, em substituição dos institutos da interdição e da inabilitação. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalleIniciativa.aspx?BID=42175>

<sup>68</sup> O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida considerou que o novo regime jurídico do maior acompanhado “representa um avanço na concretização dos pressupostos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, nomeadamente os que se referem às esferas de autonomia e liberdade, e à promoção do respeito pela sua dignidade.” – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (janeiro de 2018). Parecer sobre o Estatuto do Maior Acompanhado (100/CNECV/2018). Obtido em 5 de setembro de 2023, de <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/100-cnecv-2018>



deficiência, sem qualquer discriminação com base nela, e promover o respeito pela sua dignidade. Na área da saúde, a Convenção promove, entre outras medidas, a igualdade de tratamento na obtenção de seguros de saúde, bem como a oferta dos serviços destinados a minimizar e prevenir deficiências, incluindo entre crianças e idosos.

Para além da Convenção de Nova Iorque, também a experiência do direito comparado e dos movimentos legislativos próximos de Portugal levaram à reflexão de *jure constituendo* do legislador português.

Na Alemanha, já nos anos 90, a Lei de *Betreuung* (Lei do Acompanhamento<sup>69</sup>), que entrou em vigor em 1 de janeiro de 1992, aboliu a tutela de maiores (*Vormundschaft*), que foi substituída por um novo instituto, com um novo nome e novos princípios: o *Betreuung* ou acompanhamento. A Lei de *Betreuung* defendia princípios como a autodeterminação e a proteção do cidadão, assim como os princípios da subsidiariedade e necessidade<sup>70</sup>.

Atualmente, o Código Civil Alemão (BGB), na versão em vigor desde 1 de janeiro de 2023<sup>71</sup>, prevê o acompanhamento por pessoa singular ou por pessoa coletiva; o exercício singular do acompanhamento, o acompanhamento voluntário (tido como privilegiado) e o acompanhamento profissional (subsidiário); e estabelece um procedimento de controlo e de exigências, do qual depende habilitação para o acompanhamento voluntário, exercido por pessoas sem relações familiares ou pessoais com o acompanhado, e para o acompanhamento a exercer profissionalmente por pessoa independente ou afeta a uma instituição de acompanhamento<sup>72</sup>.

A Lei do Acompanhamento alemã não refere de modo expresso a situação dos idosos, mas entende-se que a flexibilidade do modelo estabelecido permite, perfeitamente, a sua aplicação a estes casos<sup>73</sup>.

---

<sup>69</sup> O regime alemão do acompanhamento está regulado nos §§ 1896 a 1908 do Código Civil alemão.

<sup>70</sup> O acompanhamento do adulto seria subsidiário ao livre exercício dos seus direitos e liberdades, sendo aplicado apenas quando necessário e na medida do necessário.

<sup>71</sup> Introduzida pela Lei sobre a Reforma da Lei da Tutela e do Acompanhamento de 4 de maio de 2021, alterada pela Lei de 26 de junho de 2022

<sup>72</sup> Lopes, A. V. (2023). Designação de Acompanhante: Na falta de família e relações pessoais do maior carecido de acompanhamento. *Revista Digital da Comissão de Proteção ao Idoso, Ano 1, N.º 13*.

<sup>73</sup> Sampaio, M. C. (2016). Regime Jurídico das Incapacidades. Novo Instituto para a Proteção dos Idosos. *Julgar Online*. Obtido em 21 de novembro de 2023, de <https://julgar.pt/regime-juridico-das-incapacidades-novo-instituto-para-a-protecao-dos-idosos/>

Inovadoramente, na lei francesa, encontramos três regimes de proteção: a tutela, a curatela e a salvaguarda de justiça (*sauvegarde de justice*)<sup>74</sup>. Prevê-se, deste modo, um quadro de nomeação de curador ou de tutor no círculo de proximidade do maior e ainda um quadro subsidiário de exercício profissional de tutoria ou curadoria. A lei francesa admite, no caso de pessoas alojadas ou assistidas por um estabelecimento, a nomeação de tutor ou curador indicado pela instituição, desde que inscrito na lista oficial. De maneira meritória, o legislador francês presume a capacidade de todos os maiores (art. 488º, al. 1), salvaguardando de seguida a proteção pela lei de todos aqueles que, por alteração das suas faculdades, estão impossibilitados de prover, eles próprios, aos seus interesses (art. 488º, al. 2).

O regime francês identifica, expressamente, o envelhecimento como uma causa de diminuição de capacidades que pode justificar a aplicação de medidas de proteção.

Por fim, a Itália adotou a Lei n.º 6/2004, de 9 de maio de 2004, tendo instituído a chamada *amministrazione di sostegno*<sup>75</sup>, pautada pelo interesse demonstrado na menor restrição possível da capacidade de agir. O regime italiano prevê que a nomeação do administrador do apoio é feita tendo em conta, exclusivamente, os cuidados e interesses da pessoa do interessado. O administrador de apoio pode ser escolhido pelo acompanhado, porém, nesta situação, caso haja sérios motivos que o justifiquem, prevê-se a possibilidade de nomeação de uma outra pessoa idónea ou indivíduo previsto no título II do Código.

## **2.2 BREVE ANÁLISE DA LEI N.º 49/2018, DE 14 DE AGOSTO**

No quadro legal português, pode beneficiar das medidas de acompanhamento o maior – ou o menor, no ano anterior à sua maioridade (arts. 131.º e 142.º do CC) – que se encontre “impossibilitado, por razões de saúde, deficiência, ou pelo seu comportamento, de exercer, plena, pessoal e conscientemente, os seus direitos ou de, nos mesmos termos, cumprir os seus deveres”. Da ampla formulação que se escolheu para designar o maior carecido de

---

<sup>74</sup> *Code Civil*, Título XI do Livro I, artigos 488º a 514º.

<sup>75</sup> Artigos 404.º a 413.º do *Codice Civile*

acompanhamento, PINTO MONTEIRO retira um ponto muito importante para o nosso estudo: a possibilidade aplicação das medidas de acompanhamento a pessoas idosas<sup>76</sup>.

Comparando o novo instituto ao anterior regime, verificamos, não só um alargamento dos fundamentos do acompanhamento, como uma maior flexibilidade do conteúdo do acompanhamento, que não decorre automaticamente da lei, sendo antes determinado e modelado, em concreto, pelo juiz. Recorde-se aqui que, no novo regime, é possível que o acompanhado sofra de tal restrição que a sua capacidade se equipare à de um interdito, no entanto, tal apenas acontece quando o Tribunal o entenda necessário.

No quadro legal vigente, o artigo 141.º permite que a própria pessoa que necessita de acompanhamento o possa requerer, para além do cônjuge, unido de facto ou qualquer parente sucessível, desde que autorizados pelo requerente (salvo se o tribunal suprir a autorização do beneficiário) e, do Ministério Público, independentemente de autorização.

A designação de acompanhante é feita pelo acompanhado ou representante legal, e pode ser feita em relação a pessoas singulares, da família e do contexto pessoal de proximidade do acompanhado (arts. 143º do Código Civil), que vão exercer as suas funções de modo gratuito, sem prejuízo de alocação de despesas, consoante a condição do acompanhado e do acompanhante (art. 151º do Código Civil).

É visível, tanto na escolha do acompanhante, como no requerimento de acompanhamento, a preocupação com a vontade do acompanhado e com a sua autodeterminação, permitindo que este intervenha nas diversas escolhas. Esta atenção à satisfação do acompanhado é ainda evidente nos deveres de cuidado e diligência que, em cada situação, o acompanhante deve respeitar (artigo 146.º do CC).

A partir destes pequenos elementos, é possível concluir que, ao contrário do que acontece nos institutos da interdição e inabilitação, o RMA pretende dignificar o acompanhado, procurando que este regresse ao “pleno exercício de todos os seus direitos e o cumprimento dos seus deveres”<sup>77</sup>. Neste seguimento, entende MENEZES CORDEIRO que o novo regime

---

<sup>76</sup> Pinto Monteiro, A. (2019). Das incapacidades ao maior acompanhado - Breve apresentação da Lei n.º 49/2018. Em M. Beza, A. Pinto Monteiro, M. T. Sousa, M. M. Barbosa, N. L. Ribeiro, & M. Paz, *O novo Regime Jurídico do Maior Acompanhado* (pp. 25-38). Lisboa: Centro de Estudos Judiciários. Obtido em 3 de setembro de 2023, de [https://cej.justica.gov.pt/LinkClick.aspx?fileticket=nsidISl\\_rE%3D&portalid=30](https://cej.justica.gov.pt/LinkClick.aspx?fileticket=nsidISl_rE%3D&portalid=30)

<sup>77</sup> Artigo 140.º do Código Civil

se caracteriza pela ausência de paternalismos e sujeições e pela ambição de recuperar o maior<sup>78</sup>.

### **2.3 A APLICAÇÃO DO NOVO REGIME À PESSOA IDOSA NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE**

A idade avançada acarreta várias especificidades, designadamente no domínio da saúde, que não se identificam com a dependência total, mas antes com uma gradual e natural perda de funções decorrente do próprio envelhecimento e que nem sempre se afigura como uma incapacitante “anomalia psíquica”. O novo Regime distinguiu-se do precedente instituto por procurar adequar-se às necessidades específicas dos idosos, afastando uma rígida dicotomia que não tinha em conta os vários níveis de incapacidades.

A nova redação do CC, no seu artigo 138.º, prevê o acompanhamento do maior impossibilitado pelo seu comportamento. Apesar da lei não concretizar o que, especificamente, representa um comportamento que impossibilite o maior de exercer plena, pessoal e conscientemente, os seus direitos ou de, nos mesmos termos, cumprir os seus deveres, a verdade é que se tem entendido que existe suficiente espaço para que se possa enquadrar vários tipos de comportamentos nocivos. Assim, não só as hipóteses clássicas de prodigalidade, de consumo de bebidas alcoólicas e de estupefacientes<sup>79</sup>, mas também casos de evidente limitação em termos volitivos ou cognitivos.

JORGE GONÇALVES considera que, através do Instituto do Maior Acompanhado, o Ministério Público irá dar o seu contributo para acabar com a solidão e para contribuir para um envelhecimento com dignidade<sup>80</sup>.

---

<sup>78</sup> Cordeiro, A. M. (2018). Da situação jurídica do maior acompanhado. Estudo de política legislativa relativo a um novo regime das denominadas incapacidades dos maiores. *Revista de Direito Civil*, n.º 3. Obtido em 6 de novembro de 2023, de [http://www.smmp.pt/wp-content/uploads/Estudo\\_Menezes-CordeiroPinto-MonteiroMTS.pdf](http://www.smmp.pt/wp-content/uploads/Estudo_Menezes-CordeiroPinto-MonteiroMTS.pdf)

<sup>79</sup> Barbosa, M. M. (2019). Fundamentos, conteúdo e consequências do acompanhamento de maiores. Em M. d. Beza, A. Pinto Monteiro, M. T. Sousa, M. M. Barbosa, N. L. Ribeiro, & M. Paz, *O novo Regime do Maior Acompanhado* (pp. 63-74). Lisboa: Centro de Estudos Judiciários. Obtido em 3 de setembro de 2023, de [https://cej.justica.gov.pt/LinkClick.aspx?fileticket=nsidISI\\_rE%3D&portalid=30](https://cej.justica.gov.pt/LinkClick.aspx?fileticket=nsidISI_rE%3D&portalid=30)

<sup>80</sup> Gonçalves, J. A. (2021). A idade, os velhos, a vida na terceira idade. *Revista Digital da Comissão de Proteção ao Idoso*, Ano 1, N.º 1. Obtido em 19 de setembro de 2023, de [https://www.cpidoso.pt/wp-content/uploads/2022/02/Longevidade\\_Dignidade\\_Cidadania.pdf](https://www.cpidoso.pt/wp-content/uploads/2022/02/Longevidade_Dignidade_Cidadania.pdf)

No fundo, o novo regime permite ao visado uma maior possibilidade de se envolver nas decisões que o afetam, podendo intervir, nomeadamente, na escolha do seu acompanhante. O instituto do acompanhamento seguiu a tendência internacional de capacitação e dignificação da pessoa idosa e da pessoa com deficiência, que, atualmente, já não se consideram “cidadãos menores”. Apesar disso, e como veremos mais adiante, a aplicação do acompanhamento à pessoa idosa não surge sem as suas dificuldades.

### **3. DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE**

#### **3.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

“Envelhecer traz de tudo e nada é de bom” é uma velha máxima portuguesa que resume os desafios que todos aqueles que envelhecem atravessam. Com a ancianidade, a probabilidade das pessoas virem a necessitar de uma intervenção médica aumenta significativamente, devido à debilitação do corpo e da mente que, frequentemente, ocorre. Este declínio de capacidades faz com que, muitas das vezes, esta intervenção venha a ser precisa num momento em que o doente já não se encontra capaz de decidir.

Cada vez mais conscientes, as pessoas têm vindo, cada vez mais, a declarar a sua vontade no que diz respeito aos cuidados de saúde, antes destes serem efetivamente necessários. Nos últimos anos, tem-se vindo a fixar a crescente importância do consentimento e da vontade do paciente, o que fez com que a escolha antecipada passasse a ter maior afluência. Neste sentido, advoga-se, mais e mais, que a vontade expressa pelo paciente deve ser tomada em consideração e que a sua autonomia prospectiva é o melhor referente para a decisão terapêutica<sup>81</sup>.

O próprio Código Penal estabelece, no artigo 156º, a ilicitude da realização de qualquer tratamento ao doente sem o seu consentimento prévio<sup>82</sup>.

---

<sup>81</sup> Pereira, A. D. (2014). Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal. *Julgar - Número Especial*, pp. 287-304.

<sup>82</sup> A falta de consentimento, excecionalmente, não será punível quando só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou saúde; tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde; ou não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado.

As diretivas antecipadas são “instruções que uma pessoa dá antecipadamente, relativas aos tratamentos que deseja ou (mais frequentemente) que recusa receber no fim da vida, para o caso de se tornar incapaz de exprimir as suas vontades ou de tomar decisões por e para si própria<sup>83</sup>. Por outras palavras, são um documento que permite expressar, formalmente, a vontade de cada pessoa relativamente aos cuidados que pretende receber ou rejeitar, que deve ser respeitado mesmo em momentos em que a própria pessoa não consiga comunicar a sua vontade. Assegura-se, através das diretivas antecipadas de vontade (DAV), que a vontade e a autodeterminação do paciente continua a ser o eixo da relação médico-paciente.

Em Portugal, as DAV podem assumir duas modalidades que não se excluem entre si<sup>84</sup>: o Testamento Vital (TV) e a nomeação de um Procurador de Cuidados de Saúde (PCS).

Às diretivas antecipadas, nomeadamente ao testamento do paciente, podem ser apontadas várias vantagens: têm por base a vontade do paciente, permitem a realização preventiva e prospetiva do direito à autodeterminação, reduzem o impacto emocional da tomada de decisões por familiares ou médicos, podem ser entendidas como expressão do direitos de liberdade de expressão, de pensamento e de culto e, sobretudo, apresentam-se como uma barreira à obstinação ou encarniçamento terapêutico, assegurando, desta forma, a preservação da dignidade humana no fim da vida.

Em sentido oposto, pode-se dizer que o consentimento, nas DAV, não é atual, o que pode trazer grave prejuízo ao paciente, que pode ter mudado de opinião após a redação do documento. Apesar da diretiva ser um documento livremente revogável a qualquer momento<sup>85</sup>, a questão levanta-se quando o doente, numa situação em que já não possui total capacidade de decisão, expressa uma vontade diferente daquele que consta no testamento. Para além disso, pode ter havido evolução da medicina e das terapêuticas que torna a declaração obsoleta e ultrapassada. É possível que um determinado tratamento ou meio, que no momento da criação do TV não exista ou se entenda como extraordinário ou desproporcionado (devido aos seus custos, riscos, etc.), no momento da aplicação do TV

---

<sup>83</sup> Kenis, Y. (2004). *Directivas Antecipadas*. (G. Hottois, & J.-N. Melissa, Edits.) Lisboa: Instituto Piaget.

<sup>84</sup> Raposo, V. L. (2011). Directivas antecipadas de vontade: em busca da lei perdida. *Revista do Ministério Público*, pp. 171-219. Obtido em 19 de outubro de 2023, de [https://rmp.smmmp.pt/wp-content/uploads/2011/05/Revista\\_MP\\_N125\\_EstudiosReflex\\_5.pdf](https://rmp.smmmp.pt/wp-content/uploads/2011/05/Revista_MP_N125_EstudiosReflex_5.pdf)

<sup>85</sup> Artigo 1.º, n.º da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho

esteja já banalizado e seja considerado proporcionado e ordinário<sup>86</sup>. Para além disso, poderá haver dificuldades na sua aplicação, dada a imprecisão da terminologia<sup>87</sup>. Segundo a lei portuguesa, o preenchimento de um modelo de formulário é opcional<sup>88</sup>, podendo cada um redigir o documento livremente, o que significa que, muitas vezes, a falta de objetividade e a dificuldade de previsão daquilo que ainda não se vivenciou, possa dificultar e até mesmo impossibilitar a interpretação das DAV no futuro.

### 3.2 A LEGISLAÇÃO DAS DAV EM PORTUGAL

Em Portugal, o primeiro passo para a consagração das DAV deu-se em 2006 com a proposta<sup>89</sup>, elaborada pela Associação Portuguesa de Bioética, de um diploma legal sobre Diretivas Antecipadas de Vontade. A proposta foi enviada à Comissão de Saúde da Assembleia da República para apreciação, tendo sido apresentada em audiência parlamentar em 2009.

Seguindo-se o processo legislativo, foi aprovada pela Assembleia da República, a Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, que regula as DAV, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital – RENTEV. A legalização das DAV constituiu um verdadeiro avanço no sentido da afirmação do direito inalienável à autodeterminação das pessoas, na realização de um ideal de cidadania e sentido ético de responsabilidade<sup>90</sup>.

Apesar das críticas tecidas por LAURA FERREIRA DOS SANTOS<sup>91</sup> à expressão “Diretivas Antecipadas de Vontade”, foi esta a designação escolhida pelo legislador português no diploma legal que regula a matéria. Para a autora, o termo “diretiva antecipada de

---

<sup>86</sup> Oliveira, M. B. (2014). Diretivas antecipadas de vontade: muitas questões e ainda mais respostas. *Tese de Mestrado em Medicina - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*, p. 28. Obtido em 14 de novembro de 2023, de <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/37296>

<sup>87</sup> Pereira, A. D. (2014). *Diretivas Antecipadas...*, cit.

<sup>88</sup> Artigo 3.º, n.º 3 da Lei 25/2012, de 16 de julho

<sup>89</sup> Associação Portuguesa de Bioética. (20 de dezembro de 2017). Projeto de Diploma n.º P/06/APB/06 que regula o exercício do direito a formular diretivas antecipadas de vontade no âmbito da prestação de cuidados de saúde e cria o correspondente Registo Nacional. Obtido em 13 de novembro de 2023, de [http://www.estsp.ipp.pt/fileManager/editor/Documentos\\_Publicos/Comissao%20de%20Etica/Acervo%20C.E./Estados\\_terminais,\\_Morte\\_cerebral\\_e\\_Testamento\\_vital/2.pdf](http://www.estsp.ipp.pt/fileManager/editor/Documentos_Publicos/Comissao%20de%20Etica/Acervo%20C.E./Estados_terminais,_Morte_cerebral_e_Testamento_vital/2.pdf)

<sup>90</sup> Resende, A. P. (2019). Directivas antecipadas de vontade. *MD CENTRO - Revista da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos*, n.º 10, pp. 62-65. Obtido em 13 de novembro de 2023, de [https://www.omcentro.com/ficheiros/docs/web\\_srcom\\_revista\\_md10\\_1.pdf](https://www.omcentro.com/ficheiros/docs/web_srcom_revista_md10_1.pdf)

<sup>91</sup> Santos, L. (2011). *O Testamento Vital: O que é? Como elaborá-lo?* Porto: Sextante Editora

tratamento” (e não de vontade) seria aquele que, mais rigorosamente, transmitiria a ideia de se estar a falar de algo concreto – as instruções prévias do paciente quanto aos tratamentos médicos que pretende ou não receber –, e não de uma vontade hipotética e anda por caracterizar.

O artigo 2.º da LDAV, com a epígrafe “Definição e conteúdo do documento” prevê as DAV, designadamente sob a forma de testamento vital, enquanto documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior idade e capaz manifesta, antecipadamente, a sua vontade consciente, livre e esclarecida no que concerne aos cuidados de saúde que deseja ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente. Assim, a DAV é um documento dirigido ao profissional de saúde, nomeadamente, ao médico, no qual uma pessoa maior e capaz exprime, de modo livre, as instruções que pretende que sejam seguidas no caso de se encontrar em situação que não lhe permite expressar a sua vontade.

Desta noção de DAV, é possível depreender algumas exigências que o legislador associou à validade das diretivas.

Antes de mais, existem exigências de capacidade. O outorgante terá de, no momento da assinatura do documento, possuir determinado perfil: tem de ser maior de idade (idade superior a 18 anos<sup>92</sup>) e tem de se encontrar capaz de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido [artigo 4.º, alínea c)].

Mas, para além dos requisitos da capacidade, são exigíveis outros requisitos formais, sem os quais a elaboração do documento não é possível. Relativamente à forma, a DAV é, como já mencionado, um documento escrito<sup>93</sup>, que deverá ser assinado presencialmente perante funcionário devidamente habilitado do Registo Nacional do Testamento Vital ou notário, podendo igualmente ser assinado pelo médico que o outorgante escolha para colaborar na sua elaboração<sup>94</sup>.

---

<sup>92</sup> O artigo 122.º do Código Civil coloca a fasquia da maioridade aos 18 anos. Já o artigo 123.º determina a falta de capacidade jurídica dos menores e o artigo 130.º dispõe que um efeito da maioridade é, precisamente, a posse de plena capacidade de exercício de direitos. Para a elaboração das diretivas, os artigos 2.º, n.º 1 e 4.º, alínea a) da lei em análise preveem que a maioridade é, igualmente, o limite etário.

<sup>93</sup> Prevê-se a aprovação de um modelo de diretivas antecipadas de vontade, cuja utilização é opção do outorgante (artigo 3.º, n.º 3).

<sup>94</sup> Artigo 3.º, n.º 1 e 2 da Lei n.º 25/2012



A DAV deve respeitar os requisitos e limites<sup>95</sup> que a lei prevê, caso contrário, não produzirá qualquer efeito.

Para além destes requisitos de forma, conteúdo e capacidade do outorgante, importa, brevemente, explanar algumas questões que a lei prevê no que concerne às diretivas antecipadas de vontade.

Relativamente à sua modificação e revogação, artigo 8.º estabelece que o documento é revogável ou modificável, no todo ou em parte, a qualquer momento, pelo seu autor, estando esta alteração sujeita aos requisitos de forma previstos no artigo 3.º. No entanto, esta submissão (à forma do artigo 3.º) não é absoluta, pois o n.º 4 do preceito vem possibilitar a modificação ou revogação por declaração oral ao responsável de cuidados de saúde, devendo esse facto ser inscrito no processo clínico, no RENTEV, quando aí haja registo, e comunicado ao procurador de cuidados de saúde, quando exista<sup>96</sup>.

Quanto ao registo, note-se que não é obrigatório o depósito no RENTEV, servindo o registo apenas para efeitos de publicidade e não sendo condição de eficácia, nem de validade do documento<sup>97</sup>. Esta opção do legislador português torna indiferente a inscrição ou não inscrição do Testamento no RENTEV, no entanto, será essencial que se dê conhecimento aos profissionais de saúde de que a diretiva antecipada existe, seja através do RENTEV, seja mediante a sua entrega.

Relativamente à exigência de qualquer esclarecimento prévio, DIAS PEREIRA defende que teria sido ideal estabelecer, dentro do rigoroso controlo procedimental das DAV, a exigência do envolvimento de um médico<sup>98</sup>. A consulta prévia com o médico, nomeadamente, com o médico de família, asseguraria que esta decisão tão importante do paciente não fosse uma pura escolha subjetiva, mas uma decisão informada, tomada com a devida informação e esclarecimento. Entendemos que esta exigência de consulta prévia poderia resolver uma das discussões que mais se tem verificado na doutrina: a capacidade para outorgar uma DAV para quem tiver 16 anos e possuir o discernimento necessário. Autores como GUILHERME

---

<sup>95</sup> Os limites das diretivas antecipadas de vontade encontram-se previstos no artigo 5.º da LDAV.

<sup>96</sup> Quanto à possibilidade de modificar e/ou revogar a DAV por simples declaração oral, muitos autores entendem que, se para outorgar a diretiva é necessário respeitar determinado formalismo, para a sua modificação e/ou revogação, deveria ser seguida, pelos mesmos fundamentos, igual forma.

<sup>97</sup> Artigo 16.º, n.º 1 da Lei n.º 25/2012

<sup>98</sup> Pereira, A. D. (2014). *Diretivas Antecipadas...*, *cit.*

OLIVEIRA<sup>99</sup> entendem que a capacidade para consentir no que toca a cuidados de saúde deveria ser atribuída do mesmo modo como se atribui a capacidade para consentir na lei penal: “O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta” (artigo 38.º, n.º 3 do CP). Aplicar-se-ia, desta forma, uma “maioridade especial” também em matéria de tratamentos de saúde. A exigência da participação de um médico na elaboração das DAV faria com que se averiguasse a capacidade de autodeterminação e decisão do menor no momento da elaboração do documento, permitindo este alargamento da capacidade aos menores com idade superior a 16 anos.

Por fim, cabe apenas mencionar a opção portuguesa de estabelecer um prazo de eficácia de cinco anos para o documento, combatendo deste modo a falta de atualidade das DAV. Os outorgantes são assim compelidos a ratificar a sua vontade de cinco em cinco anos, sob pena de perda de validade do ato<sup>100</sup>.

Segundo HELENA PEREIRA DE MELO e RUI NUNES, a legalização das DAV é uma “conquista civilizacional”, pois plasma no subconsciente dos portugueses o referencial ético nuclear das sociedades plurais que é a possibilidade de cada um de nós poder realizar escolhas de modo livre<sup>101</sup>.

### 3.3 NATUREZA VINCULATIVA DAS DAV

Até 2012, a doutrina portuguesa mostrava-se dividida relativamente a esta matéria. Alguns autores, agora minoritários, atribuem um relevo decisivo à atualidade do consentimento, o que faz com que a vinculatividade do documento seja questionável, enquanto uma maioria já defendia que se deveria admitir uma eficácia forte<sup>102</sup>.

O próprio Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) apresentou, em 2005, dois pareceres contraditórios acerca da força jurídica destas declarações, cuja leitura ilustra a controvérsia que existia antes da promulgação da Lei nº 25/2012.

---

<sup>99</sup> Oliveira, G. (1999). O acesso dos menores aos cuidados de saúde. *Revista de Legislação e Jurisprudência*, Ano 132, n.º 3898, pp. 16-18. Obtido em 20 de novembro de 2023, de <https://www.guilhermedeoliveira.pt/resources/O-acesso-dos-menores-aos-cuidados-de-saude.pdf>

<sup>100</sup> Art. 7.º, n.º 1 e 2 da LDAV

<sup>101</sup> Melo, H. P., & Nunes, R. (2012). *Testamento Vital*. Coimbra: Edições Almedina.

<sup>102</sup> Pereira, A. D. (2014). *Diretivas Antecipadas...*, cit.

Num primeiro parecer – Parecer 45/CNECV/2005<sup>103</sup> –, acerca do estado vegetativo persistente<sup>104</sup>, o CNECV defendia que “toda a decisão sobre o início ou a suspensão de cuidados básicos da pessoa em Estado Vegetativo Persistente deve respeitar a vontade do próprio”, podendo esta vontade ser “expressa ou presumida ou manifestada por pessoa de confiança previamente designada por quem se encontra em Estado Vegetativo Persistente”. Ou seja, de acordo com este parecer, os mecanismos de suporte artificial de vida, como por exemplo a ventilação mecânica, podem ser interrompidos se se entender que tal seria a vontade do doente em EVP. Neste caso, uma DAV do paciente declarando não querer receber qualquer medida extraordinária de prolongamento de vida seria respeitada.

Volvidos apenas quatro meses, o CNECV emite novo parecer, desta vez, relativo à objeção ao uso de sangue e derivados para fins terapêuticos por motivos religiosos – Parecer 46/CNECV/2005<sup>105</sup>. Aqui, o Conselho reitera que “a recusa de tratamento com sangue e hemoderivados em situação de perigo de vida só pode ser considerado pelo médico quando é o próprio destinatário da terapêutica a manifestá-la de um modo expresso e livre”. Isto quer dizer que se admitiria o documento no qual o paciente expressasse a sua vontade, mas seria-lhe atribuído apenas valor indicativo, ignorando o escrito quando o paciente corra perigo de vida e não possa manifestar a sua vontade no momento.

Assim, é possível ver que o CNECV, num curto espaço de tempo, emitiu duas opiniões completamente opostas relativamente ao efeito e valor das diretivas antecipadas de vontade. VERA LÚCIA RAPOSO entende que esta discrepância se deve à diferente avaliação que se faz das situações pois, se no caso do paciente em EVP a recuperação é incerta, as transfusões de sangue e derivados podem ser realizadas em pessoas com grande perspectiva de recuperação. Mas, assim sendo, a autora entende que não se trata de reconhecer ou não o

---

<sup>103</sup> Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (fevereiro de 2005). Parecer sobre o Estado Vegetativo Persistente (45/CNECV/2005). Obtido em 16 de novembro de 2023, de <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/parecer-sobre-o-estado-vegetativo-persistente-45-cnecv-2005>

<sup>104</sup> O Estado Vegetativo Persistente caracteriza-se pela ausência de atividade cognitiva ou de autoconsciência, não obstante a pessoa continuar fisicamente – Raposo, V. L. (2011). Directivas antecipadas de vontade: em busca..., *cit.*

<sup>105</sup> Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (junho de 2005). Parecer sobre objeção ao uso de sangue e derivados para fins terapêuticos por motivos religiosos (46/CNECV/2005). Obtido em 16 de novembro de 2023, de <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/parecer-sobre-objeccao-ao-uso-de-sangue-e-derivados-para-fins-te>

valor e vinculatividade das DAV, mas sim de avaliar o grau de probabilidade de recuperação<sup>106</sup>.

A análise destes pareceres permite observar como era polémica a questão da vinculatividade das DAV, não existindo uma opinião única ou uma resposta correta à questão.

A discussão foi encerrada com a Lei nº 25/2012<sup>107</sup>, que concedeu inequivocamente eficácia jurídica às DAV. Afinal, faz sentido que, se as diretivas passam por um rigoroso procedimento que lhes confere validade, a sua eficácia seja vinculativa para todos. Deduz-se, porém, que mesmo que o artigo 6.º não previsse o respeito pelo conteúdo das diretivas, que a mudança do paradigma na relação médico-paciente fosse suficiente para o assegurar.

Com a regulamentação das diretivas, estas passam a ser vinculativas e o seu incumprimento será uma clara violação da lei, que resultará em responsabilidade jurídica do profissional de saúde que as contrarie.

### **3.4 CONFLITO ENTRE A PROTEÇÃO DO DIREITO À VIDA PELO ESTADO E A AUTONOMIA DO PACIENTE**

Mas que efeitos terá, na vinculatividade agora reconhecida às diretivas antecipadas de vontade, uma situação de dissidência entre a disposição de fim de vida de um paciente e a proteção do Estado do direito à vida?

O paciente idoso (bem como o paciente em geral) está protegido pelo direito à vida, que, consagrado constitucionalmente no artigo 24.º da CRP, é um direito solene e inviolável que

---

<sup>106</sup> Raposo, V. L. (2011). Directivas antecipadas de vontade: em busca..., *cit.*

<sup>107</sup> ANDRÉ DIAS PEREIRA defende a solução adotada pela lei austríaca que diferencia entre dois tipos de diretivas antecipadas de vontade. De um lado, encontramos as DAV vinculativas, que exigem uma entrevista prévia com um médico, que irá esclarecer o paciente e avaliar a sua capacidade para consentir de modo livre e consciente. De outro lado, temos as DAV indicativas, que, apesar de deverem ser respeitadas, não vinculam os profissionais de saúde. A estas DAV não se estabelecem condições de validade tão exigentes. – Köstenberger, M., Diegelmann, S., Terlutter, R., Bidmon, S., Neuwersch, S., & Likar, R. (2020). Advance directives in Austrian intensive care units: An analysis of prevalence and barriers. *Resuscitation Plus*, vol. 3. Obtido em 17 de novembro de 2023, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S266652042030014X?via%3Dihub>; Schaden, E., Herczeg, P., Hacker, S., Schopper, A., & Krenn, C. G. (2010). The role of advance directives in end-of-life decisions in Austria: survey of intensive care physicians. *Schaden et al. BMC Medical Ethics* 11,19. Obtido em 17 de novembro de 2023, de <https://doi.org/10.1186/1472-6939-11-19>; Pereira, A. D. (2014). Directivas Antecipadas..., *cit.*

constitui a condição básica de todo o direito individual<sup>108</sup>. Por vezes, a vontade dos profissionais de saúde em proteger este direito fundamental acima de tudo origina conflitos com as disposições antecipadas deixadas pelos pacientes. Mais correntemente, estas situações verificam-se quando o paciente afirma a sua vontade de não receber determinado tratamento.

Surgem, deste modo, várias questões: poder-se-á impor a obrigação de viver a alguém que deseja morrer na plena posse das suas faculdades? Poder-se-á aplicar medidas extraordinárias para prolongar a vida de quem, expressamente, o proibiu? Será correto deixar morrer um paciente sem que antes sejam esgotadas todas as medidas ordinárias e extraordinárias disponíveis?

No cerne de todas estas questões encontramos uma divergência entre valores: o valor da dignidade da pessoa humana e direito à vida e o valor e direito à autodeterminação<sup>109</sup>. A este respeito, muito se fala na doutrina sobre qual deverá ser o procedimento de um profissional que se depare com a decisão que oponha a autodeterminação do paciente e a possibilidade de salvar a sua vida.

Como já exposto, o artigo 6.º da Lei 25/2012, no seu n.º 1 prevê que a equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde deve atuar em conformidade com as disposições que conhece, ou porque o documento consta do RENTEV, ou porque lhe foi entregue pelo outorgante ou pelo procurador de cuidados de saúde. De acordo com a lei, o profissional encarregado do cuidado do paciente, perante uma situação prevista pelo paciente, deve respeitar a disposição feita por este, honrando a sua vontade.

A autodeterminação e autonomia do paciente pesam mais, numa hierarquização de interesses, do que a proteção do Estado dos seus cidadãos e, como tal, o médico deve respeitar a vinculatividade reconhecida às diretivas. Mesmo não havendo previsão, na Lei de 2012, de qualquer sanção por incumprimento, a desconsideração do conteúdo do documento redigido pelo paciente origina um ilícito de intervenção e tratamentos médico-cirúrgico arbitrário, previsto no artigo 156.º do Código Penal. Todavia, o n.º 2 do mesmo

---

<sup>108</sup> Bitencourt Apud Felix, C. M. (2010 III (3)). ireito de viver e dignidade da pessoa humana: breves reflexões sobre a eutanásia passiva (Um estudo do contexto jurídico brasileiro). *Alicerces*, pp. 191-204. Obtido em 28 de dezembro de 2023, de <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/767>

<sup>109</sup> Raposo, V. L. (2011). Directivas antecipadas de vontade: em busca..., *cit.*

preceito acrescenta certas situações nas quais as DAV não devem ser tidas em consideração, e a autodeterminação do paciente é, de certa forma, colocada em pausa.

A primeira exceção diz respeito à situação na qual se comprove que o outorgante não desejaria manter a diretiva<sup>110</sup>. Sendo que as DAV são de livre revogação e modificação, a todo o tempo, pelo seu autor, inclusive através de simples declaração oral ao responsável pela prestação de cuidados de saúde<sup>111</sup>, caso se queira retirar a eficácia à diretiva por meio desta exceção, é necessário que se comprove, sem margem para suposições, que o paciente não quereria manter a diretiva anteriormente formulada. É de apoiar a ideia de DIAS PEREIRA<sup>112</sup>, que defende que caberá ao médico o ónus da prova de que a diretiva já não corresponde à vontade atual do autor.

A segunda hipótese descreve situações em que se verifica evidente desatualização da vontade do outorgante face ao progresso dos meios terapêuticos averiguado verificados desde o momento da criação do documento<sup>113</sup>. Na prática, a diretiva é sempre redigida antes (ou muito antes) da efetiva necessidade de tratamentos. No hiato temporal entre o momento da previsão e o momento em que esta pretende produzir efeitos, podem ter havido avanços científicos, farmacêuticos ou informáticos que tornam a opção do outorgante ultrapassada e desadequada. Do mesmo modo, pode acontecer que tratamentos ou terapias que, no momento da assinatura da diretiva eram considerados incomuns, custosas ou excepcionais, entretanto passaram a ser comuns e acessíveis. Perante tais mudanças, não faz sentido vincular o médico à visão obsoleta do paciente.

Numa terceira possibilidade, prevê-se que a diretiva não vincula o profissional de saúde quando esta não corresponder “às circunstâncias de facto que o outorgante previu no momento da sua assinatura”<sup>114</sup>. Caso não haja qualquer semelhança fática que permita a aplicação da DAV e a menos que o outorgante tenha nomeado um procurador de cuidados de saúde que possa decidir, a DAV não produz efeitos. Esta condição de ineficácia evidencia a importância que tem a correta elaboração de um documento de diretiva antecipada.

---

<sup>110</sup> Artigo 6.º, n.º 2, alínea a) da Lei 25/2012, de 16 de julho

<sup>111</sup> Artigo 8.º da LDAV

<sup>112</sup> Pereira, A. D. (2014). *Diretivas Antecipadas...*, *cit.*

<sup>113</sup> Artigo 6.º, n.º 2, alínea b) da Lei 25/2012, de 16 de julho

<sup>114</sup> Artigo 6.º, n.º 2, alínea c) da Lei 25/2012, de 16 de julho

Em todos estes casos, há lugar a uma avaliação subjetiva do médico<sup>115</sup> no momento da efetiva prestação de cuidados de saúde e, caso considere adequado, não tem obrigação de atender ao escrito do paciente.

Salienta-se ainda que, em situações de urgência ou de perigo imediato para a vida do paciente, a equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde não tem de considerar a existência de DAV no caso de o seu acesso ou obtenção implicar uma demora que agrave, previsivelmente, os riscos para a vida ou a saúde do outorgante<sup>116</sup>.

O legislador português optou por uma postura relaxada no que toca ao conhecimento e confirmação da existência de DAV. A lei das diretivas exige ao prestador de cuidados de saúde que o primeiro passo, quando recebe um paciente incapaz de expressar a sua vontade, seja confirmar, junto do RENTEV, a existência de uma diretiva antecipada<sup>117</sup>. No entanto, sendo o registo da diretiva facultativo, deve ainda averiguar junto dos amigos e familiares do paciente sobre a eventual existência da mesma. Apesar disso, a Lei n.º 25/2012 não prevê quaisquer sanções para os profissionais que não tomem as devidas medidas para averiguar se o paciente celebrou, ou não, uma DAV. Certos autores entendem que não se deve permitir que estas opções legislativas abram caminho para a desconsideração das DAV e da sua eficácia e, como tal, a omissão de qualquer medida destinada a verificar a eventual existência de diretiva antecipada equivale à atuação sem consentimento do paciente, prevista e punida no artigo 156.º do CP<sup>118</sup>.

Regressando à situação de urgência ou perigo prevista no n.º 4 do artigo 6.º, podemos agora compreender como se prevê, neste preceito, uma exceção ao dever do médico de consultar o RENTEV sempre que se veja na condição de prestar tratamentos médicos a um indivíduo incapaz de manifestar livre e autonomamente a sua vontade.

Por fim, existe ainda uma outra situação em que a lei concede ao médico a possibilidade de se desvincular da obrigação de respeitar a diretiva: o direito de objeção de consciência. Consagrado no artigo 41.º/6 da CRP e no artigo 37.º/1 do Código Deontológico da Ordem

---

<sup>115</sup> Ao contrário do que acontece com a verificação dos requisitos previamente descritos, neste caso, será o médico, e não o notário ou funcionário do RENTEV, que irá aferir dos pressupostos referidos no artigo 6.º, dado que esta análise apenas se coloca no momento em que o paciente necessita de cuidados médicos.

<sup>116</sup> Artigo 6.º/4 da LDAV

<sup>117</sup> Artigo 17.º/1 da Lei n.º 25/2012

<sup>118</sup> Raposo, V. L. (2013). No dia em que a morte chegar (decifrando o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade). *Revista Portuguesa do Dano Corporal* (24), pp. 79-109.

dos Médicos (CDOM), o direito de objeção de consciência permite ao médico “recusar a prática de ato da sua profissão quando tal prática entre em conflito com a sua consciência, ofendendo os seus princípios éticos, morais, religiosos, filosóficos ou humanitários”. Este direito é ainda assegurado, no artigo 9.º da LDAV a todos os profissionais que prestem cuidados de saúde ao outorgante de uma DAV. Quando queira fazer valer este direito, segundo o n.º 2 do artigo supracitado, o profissional em causa deve indicar qual a disposição ou disposições a que, concretamente, se opõe. Havendo a objeção do profissional encarregado da prestação de cuidados, os estabelecimentos de saúde têm a obrigação de assegurar, através da cooperação com outros estabelecimentos de saúde ou com profissionais de saúde legalmente habilitados, o cumprimento do disposto na DAV<sup>119</sup>.

Fora a verificação de qualquer uma destas circunstâncias, os profissionais de saúde devem considerar como primordial e prevalecente a autonomia e a autodeterminação do paciente que as DAV encerram.

### **3.5 MODALIDADES DE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE**

As diretivas antecipadas de vontade podem revestir duas espécies, que não se excluem entre si: o Testamento Vital, no qual o outorgante manifesta a sua vontade num documento escrito; ou a Procuração de Cuidados de Saúde, onde se delega as decisões relativas à saúde a um procurador instituído para o efeito.

#### **3.5.1 TESTAMENTO VITAL**

O testamento vital<sup>120</sup> é um documento escrito, unilateral e livremente revogável no qual uma pessoa dispõe acerca da sua vontade quanto aos cuidados médicos que pretende ou não receber quando se torne incapaz de exprimir a sua vontade de modo pessoal e autónomo. É

---

<sup>119</sup> Artigo 9.º/3 da Lei 25/2012, de 16 de julho

<sup>120</sup> O testamento vital pode também ser designado por testamento de vida, testamento em vida, testamento biológico, testamento de paciente ou cláusulas testamentárias sobre a vida. - Nunes, R. (2016). *Diretivas antecipadas de vontade*. Porto: Conselho Federal de Medicina / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.



o que resulta do artigo 2.º, n.º 1 da LDAV: o TV é uma manifestação e formalização da vontade prévia do paciente<sup>121</sup>.

O testamento vital é semelhante ao testamento usado para dispor dos bens após a morte<sup>122</sup>, na medida em que é um ato pessoal, unilateral e revogável, mas, diferentemente, não tem carácter patrimonial, não pretende valer após a morte e é utilizado para dispor, antecipada e abstratamente, sobre os atos médicos que o paciente aceita ou recusa receber.

Para além dos elementos, como a capacidade, a forma e o registo, que obedecem às já explicitadas regras gerais das DAV, importa salientar, resumidamente, alguns aspetos especiais do TV.

O testamento vital pode apresentar um de dois conteúdos distintos: ou o testador recusa um tratamento (por exemplo, recusa receber transfusões de sangue), ou solicita a aplicação de determinado tratamento. O artigo 2.º/2 da lei que regula as DAV fornece um elenco, meramente exemplificativo, de disposições que o paciente pode incluir na sua diretiva antecipada.

No que diz respeito à manifestação de vontade do outorgante em receber determinado tratamento, cabe ao médico avaliar se o tratamento se revela adequado ao paciente, de acordo com o seu conhecimento científico e com o estado atual de saúde do doente. Caso entenda que o tratamento é desadequado ou desproporcionado, o médico não está obrigado a aplicá-lo. O médico tem, aliás, o dever de não prescrever tratamentos considerados inúteis ou fúteis, ou seja, tem a obrigação de combater a obstinação terapêutica. Entende-se por obstinação ou encarniçamento terapêutico os procedimentos diagnósticos e terapêuticos desproporcionados e fúteis, no contexto global de cada doente, que não produzem qualquer benefício para o mesmo, e que podem, por si próprios, causar sofrimento acrescido<sup>123</sup>. Nestes casos, os tratamentos extraordinários, que se considera que não vão contribuir para a melhoria do bem-estar do doente ou para a sua longevidade, não só não vinculam o médico, como devem ser evitados por este. Em sentido inverso, a alínea b), do n.º 2 do artigo 2.º da

---

<sup>121</sup> GERALDO ROCHA RIBEIRO distingue esta manifestação prévia do paciente da declaração de vontade em sentido próprio presente na doutrina do negócio jurídico. - Ribeiro, G. R. (2013). Direito à autodeterminação e diretivas antecipadas: o caso português. *Lex Medicinæ, Ano 10, n.º 19*.

<sup>122</sup> Previsto no artigo 2179.º do Código Civil

<sup>123</sup> No direito português, a al. d) da Base II da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro) define a “Obstinação diagnóstica e terapêutica”.

LDAV prevê a possibilidade de o paciente recusar a submissão a tratamentos fúteis, inúteis ou desproporcionados.

Por fim, deve-se ter em conta que o TV carece sempre da interpretação do profissional de saúde encarregue de tratar o paciente-autor. Desta forma, pode-se apontar como uma das maiores falhas do regime vigente das DAV em Portugal, a ausência de imposição de acompanhamento do outorgante aquando da sua redação. A redação de um testamento vital é uma matéria que exige certo cuidado e reflexão, pelo que deveria ser exigido o aconselhamento: por um médico, que tornará o texto medicamente plausível e compreensível para um profissional de saúde; e por um jurista, que pode realizar quaisquer esclarecimentos interpretativos e transformar a manifestação de vontade do paciente num texto juridicamente concretizável<sup>124</sup>.

### 3.5.2 PROCURAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Nos termos do artigo 12.º, n.º 1 da Lei n.º 25/2012 a procuração de cuidados de saúde é o documento pelo qual se atribui a uma pessoa, de forma voluntária e gratuita, poderes representativos em matéria de cuidados de saúde, para que os possa exercer no caso de se encontrar incapaz de expressar, de forma pessoal e autónoma, a sua vontade. Neste contexto, em vez de redigir de modo antecipado um testamento biológico, nomeia-se um representante que irá tomar a decisão sobre os cuidados de saúde a realizar, de acordo com os valores e desejos do representado.

Tanto o representante como o representado devem obedecer aos requisitos de capacidade previstos no artigo 4.º da LDAV (por remissão do n.º 2 do artigo 11.º da Lei n.º 25/2012). Ao representante serão atribuídos poderes representativos para decidir sobre os cuidados de saúde a receber ou a não receber pelo paciente, quando este se encontre incapaz de expressar a sua vontade de forma autónoma<sup>125</sup>. O procurador de cuidados de saúde pode ser ou não um familiar ou amigo próximo do outorgante. Quando seja, é muito importante distinguir entre a posição desse familiar quando atua como tal e quando atua no papel de PCS. No primeiro caso, o familiar ou amigo limitar-se-á a proferir opiniões que, apesar de poderem auxiliar o

---

<sup>124</sup> Raposo, V. L. (2013). No dia em que..., *cit.*

<sup>125</sup> Artigo 11.º/1 da Lei das DAV

médico a edificar a sua decisão, não são vinculativas. Na segunda hipótese, a sua decisão terá a mesma força daquela que teria a escolha tomada pelo paciente, isto é, força vinculativa.

A decisão do PCS deve obedecer aos requisitos de validade e eficácia que valem, no geral, para as DAV<sup>126</sup>. Ainda assim, para além das regras gerais do artigo 3.º e seguintes, existem algumas regras específicas desta figura.

De acordo com o artigo 13.º/1 da Lei n.º 25/2012, a decisão tomada pelo PCS deve ser feita “dentro dos limites dos poderes representativos que lhe competem”. No entanto, em momento algum o legislador esclarece cabalmente que limites serão esses.

Para VERA LÚCIA RAPOSO<sup>127</sup>, o legislador pretende abarcar três modalidades de limitações: limites gerais colocados pelo ordenamento jurídico às decisões em matéria de cuidados de saúde, limites específicos determinados pela Lei n.º 25/2012 [que expressamente prevê que o PCS apenas goza de poderes de representação “em matéria de cuidados de saúde” (artigo 12.º/1)] e limites que possam ser impostos pelo próprio outorgante à decisão do PCS na procuração.

Outra possível barreira à decisão do PCS pode ser causada pela existência simultânea de Testamento Vital e PCS, que, por vezes, pode originar conflitos. Nestes casos, o artigo 13.º, n.º 2 da lei em análise prevê que prevalece a vontade expressa pelo outorgante no testamento vital.

A Lei n.º 25/2012 não comina qualquer regra específica quanto ao conteúdo da PCS, nomeadamente, quando ao estabelecimento de limites à vontade que venha a ser manifestada pelo PCS por si escolhido. Nesta esfera defendemos que, apesar do campo de atuação do procurador ser muito específico e delimitado, será mais cautelosa a inclusão, pelo outorgante, de tais condicionantes e limitações, atendendo aos perigos que podem advir da concessão de uma margem de atuação demasiado ampla. Neste domínio, concordamos com o entendimento de VERA LÚCIA RAPOSO em como a intervenção do notário ou do funcionário do RENTEV, no sentido de aconselhar a delimitar eficazmente eventuais abusos decisórios por parte do PCS, beneficiará o outorgante<sup>128</sup>. A previsão de certos limites na procuração ao PCS permite, aliás, combater uma grande dificuldade que os médicos, muitas

---

<sup>126</sup> Sendo certo que, pela sua própria natureza, nem todos lhe são aplicáveis.

<sup>127</sup> Raposo, V. L. (2013). No dia em que..., *cit.*

<sup>128</sup> Raposo, V. L. (2013). No dia em que..., *cit.*

vezes, enfrentam: perante uma procuração que se limita a designar a pessoa do PCS e a atribuir-lhe poderes genéricos de representação em matéria de cuidados de saúde, como deve agir o médico que suspeita que a decisão do PCS não corresponde àquela que seria tomada pelo próprio paciente?<sup>129</sup>

A qualquer momento pode o paciente revogar a procuração (n.º 1 do artigo 14.º), podendo igualmente o Procurador renunciar dela, devendo em tal caso comunicar por escrito a sua decisão ao outorgante (n.º 2 do artigo 14.º).

## **CAPÍTULO IV**

### **O ESTATUTO DA PESSOA IDOSA**

#### **1. AS DEFICIÊNCIAS DO ATUAL PLANEAMENTO DA VELHICE**

Após analisar as figuras que podem ser mobilizadas para auxiliar o idoso no planeamento da sua velhice, importa refletir sobre a idoneidade delas para tal.

Tanto as DAV como o RMA apresentam certas particularidades que, no caso do idoso, podem dificultar a sua aplicação.

No que toca ao regime do maior acompanhado, devemos ter em conta, primeiro de tudo, a designação do acompanhante. O art. 143.º do CC prevê que o acompanhante é escolhido pelo acompanhado ou pelo seu representante legal. Para auxiliar a escolha, a lei lista um conjunto de pessoas do contexto de proximidade do maior (preferencialmente familiares) e, subsidiariamente, do contexto institucional do idoso, que podem ser designadas. Quando o acompanhado não possui nenhuma destas relações de proximidade ou as que tem não se consideram compatíveis ou adequadas à sua designação, tem-se optado pela designação judicial.

A opção judicial tem passado, frequentemente, pela escolha de diretores das instituições que acolhem o acompanhado<sup>130</sup>. Todavia, muitas destas decisões têm vindo a ser revogadas, pois

---

<sup>129</sup> A Lei n.º 25/2012, de 16 de julho não acautela esta situação, como tal, importa sempre o cuidado e atenção na redação da procuração, incluindo limites ao poder decisório do PCS de forma a evitar a desadequação da decisão manifestada pelo representante, o afastar da vontade do representado ou as consequências legais que afetarão o médico que recusar o cumprimento da decisão do PCS.

<sup>130</sup> A título de exemplo, ver o Acórdão do Tribunal da Relação de Guimarães, de 15-09-2022, proferido no processo 1290/05.8TBEPS.G1 e relatado por Afonso Cabral de Andrade, disponível em:

entende-se que nem sempre é possível, deste modo, satisfazer os interesses da pessoa carecida de acompanhamento de forma personalizada, independente, compatível e duradoura<sup>131</sup>. Esta situação releva particularmente no caso dos idosos, que sofrem mais frequentemente com o abandono e isolamento social. Resta concluir que o idoso em situação de isolamento e solidão não consegue satisfazer as suas necessidades de acompanhamento, pois a opção, subsidiária e de *ultima ratio*, da escolha judicial se tem mostrado improdutiva.

Ainda relativamente ao acompanhante, e analisando agora o artigo 151.º do CC, relativo à retribuição do acompanhante, pode-se questionar se não seria preferível e mais razoável a previsão de remuneração. A verdade é que o cargo de acompanhante envolve responsabilidade e trabalho, pelo que a sua gratuitidade pode constituir um fator repelente. Nesta conjectura, torna-se difícil contrariar a posição de DIAS PEREIRA, que crítica a decisão do legislador português de não equacionar uma relação de acompanhamento a título profissional e oneroso<sup>132</sup>. Esta situação ingrata reflete-se na diminuição do número de pessoas dispostas a acompanhar os maiores.

ARTUR ALMEIDA aponta ainda o carácter deste regime enquanto modelo de substituição, assente na tutela e não num sistema de apoio ao exercício da capacidade jurídica<sup>133</sup>.

Por fim, devemos atentar ao facto de o acompanhamento depender da entrega de um requerimento preenchido e assinado. Esta situação pode causar sério transtorno ao idoso, na medida em que, apesar da severa diminuição da população analfabeta em Portugal<sup>134</sup>, esta

---

<http://www.dgsi.pt/jtrg.nsf/86c25a698e4e7cb7802579ec004d3832/3796791ac265fb82802588d10031d248?OpenDocument>. Entendeu o TR que estaria correta a decisão de 1ª instância que designou o diretor da instituição que presta apoio à beneficiária como acompanhante, por considerar desadequada a escolha da acompanhada (do homem com quem coabitava em união de facto), por entender que não havia qualquer relação de proximidade passível de mobilizar e por considerar que a instituição se encontrava em melhor posição para acompanhar a maior.

<sup>131</sup> Lopes, A. V. (2023). Designação de Acompanhante..., *cit.*

<sup>132</sup> Pereira, A. D. (2019). O Maior Acompanhado e o Consentimento Para Atos em Saúde. *Colóquio: O Novo Regime Do Maior Acompanhado*, pp. 189-222.

<sup>133</sup> Oliveira, A. D. (2021), *cit.*

<sup>134</sup> Instituto Nacional de Estatística. (2021). *CENSOS 2021 - Resultados Definitivos*. Obtido em 28 de novembro de 2023, de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=65586079&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65586079&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt)

não se encontra extinta, e é constituída maioritariamente pelos mais idosos, que não beneficiariam de uma escolaridade obrigatória<sup>135</sup>.

Analisando agora a aptidão das DAV, é possível depreender que também estas não são inteiramente satisfatórias no caso do idoso.

Como vimos, as DAV não exigem a consulta médica ou legal, pelo que, antes de mais, se verifica a mesma deficiência do RMA no que toca a idosos analfabetos. Consideramos que a previsão do aconselhamento obrigatório daria ao idoso um pretexto para esclarecer as suas dúvidas, algo que não acontecerá, muitas vezes por vergonha ou orgulho, no atual cenário.

A redação prospetiva do TV levanta, como já vimos, a questão da atualidade e da renovação da vontade, que se torna cada vez menos exequível com o envelhecimento. Será que o idoso, já eventualmente debilitado, tem condições de, de cinco em cinco anos, atualizar o seu TV? LAURA FERREIRA DOS SANTOS defende que a partir dos sessenta anos de idade do outorgante, a DAV deveria passar a ter caráter definitivo<sup>136</sup>. Esta solidificação significaria que não seria necessário realizar a renovação da diretiva, isto porque a autora entende que, a partir dessa idade, as escolhas pessoais são mais “definitivas”, correspondentes a uma narrativa pessoal de valores já muito enraizada e de difícil mudança. A falta de uma previsão desta espécie demonstra como a lei “esquece” os mais velhos, que, eventualmente, poderiam ser dos que mais beneficiariam do regime.

Em relação ao PCS, importa analisar, sucintamente, os resultados obtidos no estudo da Sociedade Americana de Geriatria<sup>137</sup> sobre a conformidade entre as respostas dos idosos e dos seus “*surrogates*” ou substitutos<sup>138</sup>. A cada substituto foi perguntado se o idoso tinha realizado um plano antecipado de cuidados (Advance Care Planning - ACP)<sup>139</sup> e em que modalidade. Apesar da alta concordância em relação à existência de um documento de ACP (81%), apenas houve 68% de conformidade sobre a finalização de uma procuração de

---

<sup>135</sup> Apenas em 2009, com a Lei n.º 85/2009, de 27 de agosto é que se estabeleceu o regime da escolaridade obrigatória para as crianças e jovens em idade escolar. Em Portugal, era comum, até à data, o abandono escolar em idades bastante precoces.

<sup>136</sup> Santos, L. (2011), *cit.*

<sup>137</sup> Fried, T. R., Redding, C. A., Robbins, M. L., O'Leary, J. R., & Iannone, L. (2011). Older Persons and Their Surrogate Decision-Makers Regarding Participation in Advance Care Planning. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59. Obtido em 28 de novembro de 2023, de [https://digitalcommons.uri.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1036&context=cprc\\_facpubs](https://digitalcommons.uri.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1036&context=cprc_facpubs)

<sup>138</sup> O “*surrogate*” seria um familiar ou pessoa com extrema proximidade ao idoso.

<sup>139</sup> Um “plano antecipado de cuidados”, semelhante ao Testamento Vital

cuidados de saúde, 64% em relação à existência de uma comunicação do idoso à família sobre a sua posição relativamente a práticas de prolongamento da vida e 62% relativamente à discussão qualidade versus quantidade de vida.

Não nos podemos esquecer que, no seu cerne, a decisão do PCS não é uma decisão “direta” do paciente, mas sim uma decisão de um terceiro, com base no que entende que seria a escolha do substituído. Como tal, é essencial para que esta figura sirva o seu propósito, que haja uma boa linha de comunicação entre o PCS e o paciente. Este estudo da Sociedade Americana de Geriatria alerta para a importância deste diálogo, sobretudo com pacientes idosos que, tendo passado por várias fases da vida, podem ter mudado opinião entre conversas com o PCS, mudanças estas que apenas serão detetadas se a comunicação entre ambos for regular.

A verdade é que nenhum destes institutos foi construído com especial atenção à situação do idoso ou para a exclusiva aplicação a este. Esta realidade significa, entendemos, que nunca serão integralmente apropriados para se aplicarem, sem mais, ao caso particular do idoso.

## 2. O EXEMPLO BRASILEIRO

A Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, organizada pela ONU, em 1982, marcou o início do movimento de defesa dos direitos dos idosos. Esta nova preocupação com a população idosa originou uma nova fase no direito interno, com a modificação de Constituições em vários países<sup>140</sup> e a fomentação de debates e discussões internacionais sobre a proteção dos direitos da “população grisalha”. Mais tarde, a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em 2002, adotou o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, que marcou um ponto de viragem na perceção mundial do desafio colocado pela construção de uma sociedade para todas as idades<sup>141</sup>.

Sem dúvida influenciado pelo panorama internacional, o Brasil, a 1 de outubro de 2003, aprovou o Estatuto da Pessoa Idosa, que marcou um importante avanço no estudo dos direitos dos idosos brasileiros, considerados agora merecedores de um estudo próprio e

---

<sup>140</sup> Silva, D. d., & Baruffi, H. (2014). A dignidade humana e a proteção à pessoa do idoso: práticas sociais. *Revista Videre – Dourados*, v. 06, n. 12, pp. 93-106.

<sup>141</sup> Nações Unidas. (2003). *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Obtido em 4 de dezembro de 2023, de <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

individualizado<sup>142</sup>. O Estatuto brasileiro da Pessoa Idosa reúne o conjunto de direitos e princípios constitucionais dos idosos e reconhece o direito personalíssimo ao envelhecimento (artigo 9.º).

Esta lei brasileira veio reconhecer e reforçar a proteção integral da pessoa idosa e o seu direito à vida, à alimentação, à educação, à cultura, ao lazer à saúde, ao trabalho, etc. (art. 3.º). Merece especial atenção o artigo 4.º, que prevê que todo o atentado aos direitos do idoso, por ação ou omissão, será punido por lei, o que significa que todos estão obrigados a prevenir a ameaça ou violação dos direitos do idoso. O não cumprimento deste dever de prevenção “importará em responsabilidade à pessoa física ou jurídica” (art. 5.º).

No que concerne ao direito da saúde, é garantida assistência ao idoso, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), e a prevenção, promoção, proteção e recuperação da sua saúde (art. 15.º). No entanto, algumas críticas se podem apontar a este EPI relativamente ao que estabelece no âmbito dos cuidados médicos, como a falta de previsão do direito a uma morte digna, exonerando os sistemas de saúde de a garantir, e a priorização dos familiares no cuidado ao idoso dependente sem que seja oferecida qualquer ajuda, o que veio desresponsabilizar o Estado e sobrecarregar as famílias<sup>143</sup>.

Não só na área da saúde é criticada esta lei: vários autores consideram que deve haver uma reflexão e reavaliação de certas disposições, pois, após vinte anos, algumas delas estarão, inevitavelmente, ultrapassadas, incorretas ou serão inerentes a uma estereotipação do idoso<sup>144</sup>. Algumas destas críticas foram apaziguadas com a redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022, que veio substituir todas as referências ao “idoso(s)” pela expressão “pessoa(s) idosa(s)”, num esforço para tornar a lei mais inclusiva. No entanto, as críticas sobre a desatualização da lei permanecem, sendo que esta redação serviu, apenas e só, para alterar a designação para “pessoa idosa”.

---

<sup>142</sup> Braga, P. M. Apud Cielo, P. F. & Vaz, E. R. (2009). A Legislação Brasileira e o Idoso. *Revista CEPPG* 2(21), pp. 33-46. Obtido em 4 de dezembro de 2023, de [https://www.portalcatalao.com/painel\\_clientes/cesuc/painel/arquivos/upload/temp/d69c5c83201f5bfe256b30a1bd46cec4.pdf](https://www.portalcatalao.com/painel_clientes/cesuc/painel/arquivos/upload/temp/d69c5c83201f5bfe256b30a1bd46cec4.pdf)

<sup>143</sup> Camarano, A. A. (2013). Estatuto do Idoso: Avanços com contradições. *Texto para Discussão 1840*. Obtido em 6 de dezembro de 2023, de [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1279/1/TD\\_1840.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1279/1/TD_1840.pdf)

<sup>144</sup> Bomfim, W. C., Silva, M. C., & Camargos, M. C. (2022). Estatuto do Idoso: análise dos fatores associados ao seu conhecimento pela população idosa brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(11), pp. 4277-4288. Obtido em 8 de dezembro de 2023, de <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.08192022>



No que respeita ao nosso estudo, consideramos que, apesar das suas imperfeições, o Estatuto foi um avanço marcante no reconhecimento dos idosos brasileiros como elementos importantes da sociedade, criando não apenas direitos, mas um verdadeiro sistema de proteção da pessoa idosa<sup>145</sup>. A defesa dos direitos dos idosos não é, como vimos até aqui, uma das principais preocupações das ordens jurídicas atuais, que se ocupam de agradar às “gerações do presente e do futuro” e, não à “geração passada”. Mas as questões decorrentes do envelhecimento são, na verdade, um assunto atualíssimo que coloca em causa estruturas, organizações e paradigmas e exige uma diferente abordagem social e uma nova valorização ética<sup>146</sup>. Como tal, consideramos essencial a previsão de leis específicas que procurem a integração das pessoas idosas no seio familiar e comunitário, que proteja e promova a autonomia dos idosos, que afaste o idadismo e a discriminação com base na idade e que se centre na pessoa idosa e nos seus desafios, que, até aqui, têm sido resolvidos por analogias e adaptações da lei existente.

### **3. A NECESSIDADE DE UM DIREITO EXCLUSIVO DA PESSOA IDOSA**

Como vimos até aqui, a longevidade despertou um “inverno demográfico” rigoroso em Portugal, em que a renovação das gerações não é assegurada desde os anos 80. É neste contexto que surge o debate sobre a necessidade de um direito dos idosos, que proteja os direitos específicos das pessoas idosas, designadamente a necessidade de aprovação de um estatuto do idoso ou de uma lei de proteção do idoso em risco.<sup>147</sup>

A doutrina divide-se entre aqueles que consideram que uma produção legislativa autónoma seria idadista, discriminatória e estigmatizante, por classificar os idosos como um grupo socialmente homogéneo credor de leis específicas, e aqueles que entendem que a alteração legal eliminaria o carácter fragmentário e as contradições da atual legislação<sup>148</sup>. A nosso ver, do mesmo modo que a criação de uma lei autónoma para a proteção de crianças e os jovens em perigo<sup>149</sup> não foi visionada como excludente, mas sim como um meio de proteção acrescida daqueles que se podem encontrar em situação mais vulnerável, também a

---

<sup>145</sup> Cielo, P. F. & Vaz, E. R. (2009), *cit.*

<sup>146</sup> Barroso, R. A. (2014). Há direitos dos idosos? *JULGAR - N.º 22*.

<sup>147</sup> Oliveira, A. D. (2021), *cit.*

<sup>148</sup> Oliveira, A. D. (2021), *cit.*

<sup>149</sup> Lei n.º 147/99, de 01 de setembro (Lei de proteção de crianças e jovens em perigo)

aprovação de uma lei das pessoas idosas não seria segregante, mas sim inclusiva e unificadora. Esta discrepância de argumentação evidencia o que se tem vindo a observar em Portugal nos últimos anos: a preferência pelo desenvolvimento de instrumentos legislativos em defesa da proteção da infância e adolescência, incluindo a figura do ‘superior interesse da criança’, comparativamente ao direito dos idosos, que não encontra nem uma figura jurídica, nem uma dinâmica de consciência sobre o ‘superior interesse do idoso’<sup>150</sup>.

Os autores que defendem a evolução legislativa consideram que não existe discriminação, entendem sim que, apesar de o envelhecimento não determinar, por si só, a perda de capacidades<sup>151</sup>, há limitações naturais resultantes do envelhecimento que podem afetar o exercício autónomo dos direitos e que devem ser acauteladas. Como já referimos, a debilidade física, mental ou sensitiva não deve determinar a impossibilidade de exercício dos direitos de que a pessoa é titular, o que significa que existe um dever do Estado de possibilitar este exercício.

Entende MARIA CONCEIÇÃO SAMPAIO que o nosso Código Civil, aprovado no ano de 1966, carece de uma adequação à evolução dos tempos e da sociedade, o que passa, necessariamente, pelo estabelecimento de um sistema jurídico-civil de proteção dos idosos. Este novo sistema de proteção deve-se nortear por três princípios fundamentais: o princípio da preservação máxima da capacidade, o princípio da necessidade e o princípio da proporcionalidade. O objetivo será promover, proteger e garantir o pleno gozo de todos os direitos da pessoa idosa e auxiliar, de modo adequado e proporcional, o exercício da sua capacidade jurídica.<sup>152</sup>

A criação de um estatuto, construído única e exclusivamente a pensar no idoso, em que se reconhece o envelhecimento como um processo complexo, revestido de mutações biológicas, psicológicas e sociais, e em que se reafirma a importância da autodeterminação do idoso, seria a melhor forma de pôr fim à deficiência legislativa do ordenamento jurídico português.

A abordagem a adotar não deve assentar numa perspetiva de mera proteção, que muitas vezes se converte em caridade, mas sim numa ótica de apoio ao exercício da cidadania plena, de

---

<sup>150</sup> Pinto, P. (2012), *cit.*

<sup>151</sup> Sampaio, M. C. (2016), *cit.*

<sup>152</sup> Sampaio, M. C. (2016), *cit.*

estímulo à inclusão das pessoas idosas na comunidade (seja a família, a instituição que lhe presta apoio, a comunidade local ou a sociedade em geral) e de promoção da sua autonomia, independência e dignidade<sup>153</sup>.

O desenvolvimento de um Estatuto da Pessoa Idosa iria contribuir de modo significativo para o respeito pelos direitos dos cidadãos mais velhos, nomeadamente, através do seu efeito pedagógico e educativo no contexto social, ao legitimar direitos que, sem reconhecimento oficial, mais dificilmente se imporiam na vida coletiva<sup>154</sup>. Ainda no contexto da atividade estadual, o Estatuto ajudaria a fomentar a criação e o efeito prático das políticas públicas direcionadas à população idosa, que, em Portugal, são ainda escassas, na medida em que não se constata a existência de uma política pública global e integrada para o envelhecimento, nem políticas para uma eficaz articulação entre os diferentes setores públicos (saúde, segurança, etc.), nem mesmo um departamento governamental vocacionado para o tema do envelhecimento<sup>155</sup>.

Outra questão relativamente ao direito dos idosos em Portugal é o caráter fragmentário deste, que, por isso, está sujeito a contradições<sup>156</sup>. A promulgação de um Estatuto significaria a reunião de toda a legislação esparsa, que seria organizada e compilada num único documento legal, de fácil acesso e compreensão, e que, como tal, iria diminuir tanto as incongruências, como as violações dos direitos da pessoa idosa.

Finalmente, cabe uma breve reflexão sobre alguns elementos que deveria constar num Estatuto português da Pessoa Idosa.

À semelhança do Estatuto brasileiro da Pessoa Idosa, o EPI português deveria reconhecer o idoso como titular de todos os direitos inerentes à pessoa humana e prever o estabelecimento de responsabilidade penal e civil do não cumprimento dos ditames legais. Previsões básicas como estas, apesar de poderem parecer óbvias, iriam contribuir de modo significativo para a vida com dignidade do idoso e para a sua proteção em relação a possíveis maus-tratos e discriminação.

---

<sup>153</sup> Oliveira, A. D. (2021), *cit.*

<sup>154</sup> Comparato, F. K. (2003). *A afirmação histórica dos direitos humanos*. São Paulo, Brasil: Editora Saraiva. Obtido em 19 de dezembro de 2023, de [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7867267/mod\\_resource/content/1/A\\_afirmacao\\_historica\\_dos\\_direitos\\_humanos%20%281%29.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7867267/mod_resource/content/1/A_afirmacao_historica_dos_direitos_humanos%20%281%29.pdf)

<sup>155</sup> Oliveira, A. D. (2021), *cit.*

<sup>156</sup> Pinto, P. (2012), *cit.*

Relativamente à família, muitos autores defendem que, em complemento com o direito ao convívio familiar do artigo 72.º da CRP, deve ser reconhecido o direito de o idoso viver preferencialmente junto da sua família, devendo os seus cuidadores gozar de certas mais-valias, como benefícios fiscais e redução de horário laboral<sup>157</sup>.

O idoso deve ter direito a serviços jurídicos e sociais especificamente orientados para si, o que significa que deve haver um ajuste ao idoso de forma a maximizar a assistência. Caso se verifique algum comprometimento na compreensão do idoso, deve haver o cuidado de simplificar a linguagem e procurar explicações mais práticas e com termos menos técnicos. Um caso comum em que os idosos procuram assistência jurídica é na preparação das respetivas sucessões. Nestes casos, é depositada, na pessoa do Advogado, uma grande quantidade de informação que nem sempre é clara, inteligível<sup>158</sup> ou relevante. É em casos como este, que releva a adaptação dos serviços à situação do idoso e de cada idoso.

O idoso tem o direito ao lazer, a aprender e a exercer uma atividade cultural, a participar em programas educacionais direcionados ao idoso, o que contribui para o envelhecimento saudável e ativo.<sup>159</sup>

No direito da saúde, entendemos que deve ser feita uma nova abordagem, na medida em que a condição do idoso tem sido discutida, maioritariamente, do ponto de vista de doenças crónicas e de consultas individuais esporádicas, muitas vezes sem a necessária continuidade. Mas a verdade é que o envelhecimento tem um grande impacto na qualidade de vida pessoa, que, como tal, beneficiaria de um acompanhamento regular e competente. Neste âmbito, deve-se prever o direito à promoção de saúde, à prevenção e ao tratamento adequados à situação particular de cada idoso, em que se tenha em conta a influência que o processo de envelhecimento tem, de modo distinto, em cada pessoa.

Como foi supramencionado, uma das maiores questões que se levanta no âmbito da prestação de cuidados de saúde a idosos, prende-se com a violação da sua autodeterminação. O desejo de participar na decisão e de ser informado de forma adequada e devida é muitas vezes ignorado pelos profissionais de saúde, que tomam partido do desconhecimento ou ignorância do paciente. Entendemos que o reconhecimento do direito à autonomia e

---

<sup>157</sup> Pinto, P. (2012), *cit.*

<sup>158</sup> Pontes, A. (2021), *cit.*

<sup>159</sup> Pinto, P. (2012), *cit.*

autodeterminação da pessoa idosa, não só, mas também em contexto de receção de cuidados, bem como a previsão de responsabilidade civil e penal pela sua violação, teria um forte efeito repelente nas violações destes direitos fundamentais.

Uma das maiores críticas feitas ao EPI brasileiro é a ausência da previsão de um direito à morte digna em situações de término de vida. Entende PARANHOS que este preceito asseguraria o respeito pelo direito a não ser submetido a tortura, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes<sup>160</sup>.<sup>161</sup>

No fundo, o Estatuto da Pessoa Idosa deve reunir e reafirmar os direitos reconhecidos à pessoa idosa e criar mecanismos e figuras que ajudem ao seu saudável envelhecimento. A criação deste Estatuto constituiria um grande progresso na defesa dos cidadãos idosos, na sua integração social e comunitária e contribuiria para a promoção da solidariedade intergeracional que assegurará o respeito pela terceira idade.

## CONCLUSÃO

Terminado o estudo que, no início da presente dissertação, nos propusemos a analisar, resta concluir que, infelizmente, a nossa ordem jurídica não oferece ainda uma solução que permita o planeamento da velhice de modo eficaz.

Como expusemos, o planeamento da velhice é essencial para acautelar certas situações, nomeadamente relacionadas com a saúde, que podem vir a afetar a pessoa no seu futuro. Esta planificação envolve a previsão das condições que, presumivelmente, dada a situação económica do indivíduo, os seus antecedentes de saúde, o valor presumível da sua reforma, a sua situação familiar, entre outros fatores, se verificarão durante o envelhecimento de cada um.

É certo que ser idoso não significa ser frágil ou indefeso, mas a verdade é que o processo de envelhecimento se associa ao desenvolvimento crescente de doenças que aumentam a necessidade de cuidados de saúde. A saúde debilitada é, sem dúvida, uma das situações que mais afeta qualquer indivíduo, o que torna particularmente importante o seu planeamento, nomeadamente no que toca aos tratamentos que se pretende receber ou não. Assim, uma

---

<sup>160</sup> Direito, entre nós, previsto no artigo 243.º do CP

<sup>161</sup>Paranhos, D. G. (2018), *cit.*

atitude responsável e consciente será acautelar todas estas situações e proteger o nosso direito à autodeterminação.

Do nosso estudo, concluímos que o ordenamento jurídico não oferece uma figura destinada ao planeamento da velhice de cada pessoa. De entre as figuras que analisámos, que, de modo mais ou menos eficaz, poderiam assumir o papel de plano de velhice, principalmente no âmbito da saúde, podemos concluir que nenhuma delas consegue assumir totalmente esse papel. Apesar disso, não deixamos de entender que as Diretivas Antecipadas de Vontade são um significativo progresso na luta pela defesa do direito à autodeterminação do idoso nos cuidados de saúde.

Este vazio legislativo permitiu concluir que, na realidade, é rara a figura que tenha em vista apenas o idoso ou a situação da velhice. Contrariamente ao que se verifica com os idosos, nos últimos anos, tem-se assistido à proliferação de instrumentos legislativos de proteção da infância e da adolescência, o que demonstra a preferência que o legislador português tem pelas gerações futuras.

É face a esta lacuna legislativa que procurámos encontrar uma solução, a qual achámos na criação de um Estatuto da Pessoa Idosa.

Este amparo legislativo iria permitir conhecer a pessoa idosa, quem ela é, quais as suas necessidades, quais os direitos de que é titular, quais as leis que estão a ser cumpridas, quais os crimes que mais os afetam, quais os direitos que estão a ser suprimidos. O EPI iria ser um passo na direção da proteção do idoso, ao reforçar a fiscalização dos comandos legais, ao contribuir para a redução das violações de direitos fundamentais, as quais, frequentemente, assistimos em contexto familiar ou de associações de apoio ou lares.

Concluímos o nosso estudo com a convicção de que o direito português necessita de evoluir de modo a dar resposta às necessidades da pessoa idosa, prever mecanismos que ajudem à sua melhor compreensão e proteção dos idosos, e parar, através do seu vazio legislativo, de contribuir para a sua marginalização.

## BIBLIOGRAFIA

- Alves, J. F., & Novo, R. F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology, Volume 6, n.º1*, pp. 65-77. Obtido em 26 de setembro de 2023, de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4466>
- António, I. (2022). A "autodeterminação do doente" enquanto novo paradigma da Medicina e o consentimento informado como seu instrumento concretizador: Alguns casos especiais de consentimento. Em A. Oliveira, & P. Jerónimo (Edits.), *Liber Amicorum Benedita Mac Crorie Volume I*. Braga: UMinho Editora. Obtido em 9 de outubro de 2023, de <https://doi.org/10.21814/uminho.ed.97.24>
- Associação Portuguesa de Bioética. (20 de dezembro de 2017). Projeto de Diploma n.º P/06/APB/06 que regula o exercício do direito a formular diretivas antecipadas de vontade no âmbito da prestação de cuidados de saúde e cria o correspondente Registo Nacional. Obtido em 13 de novembro de 2023, de [http://www.estsp.ipp.pt/fileManager/editor/Documentos\\_Publicos/Comissao%20de%20Etica/Acervo%20C.E./Estados\\_terminais,\\_Morte\\_cerebral\\_e\\_Testamento\\_vital/2.pdf](http://www.estsp.ipp.pt/fileManager/editor/Documentos_Publicos/Comissao%20de%20Etica/Acervo%20C.E./Estados_terminais,_Morte_cerebral_e_Testamento_vital/2.pdf)
- Barbosa, M. M. (2019). Fundamentos, conteúdo e consequências do acompanhamento de maiores. Em M. d. Beleza, A. Pinto Monteiro, M. T. Sousa, M. M. Barbosa, N. L. Ribeiro, & M. Paz, *O novo Regime do Maior Acompanhado* (pp. 63-74). Lisboa: Centro de Estudos Judiciários. Obtido em 3 de setembro de 2023, de [https://cej.justica.gov.pt/LinkClick.aspx?fileticket=\\_nsidISI\\_rE%3D&portalid=30](https://cej.justica.gov.pt/LinkClick.aspx?fileticket=_nsidISI_rE%3D&portalid=30)
- Barroso, R. A. (2014). Há direitos dos idosos? *JULGAR - N.º 22*.
- Bomfim, W. C., Silva, M. C., & Camargos, M. C. (2022). Estatuto do Idoso: análise dos fatores associados ao seu conhecimento pela população idosa brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva, 27(11)*, pp. 4277-4288. Obtido em 8 de dezembro de 2023, de <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.08192022>
- Camarano, A. A. (2013). Estatuto do Idoso: Avanços com contradições. *Texto para Discussão 1840*. Obtido em 6 de dezembro de 2023, de [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1279/1/TD\\_1840.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1279/1/TD_1840.pdf)

- Carvalho, R., Augusto, B., Rodrigues, C., Rodrigues, C., Rodrigues, E., Simões, F., . . . Gomes, M. (2002). *Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar* (1ª ed.). (R. Carvalho, & B. Augusto, Edits.) Coimbra: FORMASAU - Formação e Saúde, Lda.
- Cielo, P. F., & Vaz, E. R. (2009). A Legislação Brasileira e o Idoso. *Revista CEPPG* 2(21), pp. 33-46. Obtido em 4 de dezembro de 2023, de [https://www.portalcatalao.com/painel\\_clientes/cesuc/painel/arquivos/upload/temp/d69c5c83201f5bfe256b30a1bd46cec4.pdf](https://www.portalcatalao.com/painel_clientes/cesuc/painel/arquivos/upload/temp/d69c5c83201f5bfe256b30a1bd46cec4.pdf)
- Comparato, F. K. (2003). *A afirmação histórica dos direitos humanos*. São Paulo, Brasil: Editora Saraiva. Obtido em 19 de dezembro de 2023, de [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7867267/mod\\_resource/content/1/A\\_afirmacao\\_historica\\_dos\\_direitos\\_human%20%281%29.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7867267/mod_resource/content/1/A_afirmacao_historica_dos_direitos_human%20%281%29.pdf)
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (fevereiro de 2005). Parecer sobre o Estado Vegetativo Persistente (45/CNECV/2005). Obtido em 16 de novembro de 2023, de <https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/parecer-sobre-o-estado-vegetativo-persistente-45-cneqv-2005>
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (junho de 2005). Parecer sobre objeção ao uso de sangue e derivados para fins terapêuticos por motivos religiosos (46/CNECV/2005). Obtido em 16 de novembro de 2023, de <https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/parecer-sobre-objeccao-ao-uso-de-sangue-e-derivados-para-fins-te>
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (janeiro de 2018). Parecer sobre o Estatuto do Maior Acompanhado (100/CNECV/2018). Obtido em 5 de setembro de 2023, de <https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/100-cneqv-2018>
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (julho de 2022). O Processo de Consentimento Informado em Menores de Idade: Requisitos Ético-Jurídicos - Recomendação N.º 3/2022 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Obtido de [https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/recomendacoes/recomendacao-sobre-o-processo-de?download\\_document=9722&token=38a210ce406cffcefcf9d12a012cd4d8](https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/recomendacoes/recomendacao-sobre-o-processo-de?download_document=9722&token=38a210ce406cffcefcf9d12a012cd4d8)



- Cordeiro, A. M. (2018). Da situação jurídica do maior acompanhado. Estudo de política legislativa relativo a um novo regime das denominadas incapacidades dos maiores. *Revista de Direito Civil*, n.º 3. Obtido em 6 de novembro de 2023, de [http://www.smmp.pt/wp-content/uploads/Estudo\\_Menezes-CordeiroPinto-MonteiroMTS.pdf](http://www.smmp.pt/wp-content/uploads/Estudo_Menezes-CordeiroPinto-MonteiroMTS.pdf)
- Correia, S. M. (2021). A tutela física e emocional da pessoa. *Católica Law Review*, Vol. V, n.º 2, pp. 93-128. Obtido em 29 de novembro de 2023, de <https://revistas.ucp.pt/index.php/catolicalawreview/article/view/9811>
- Couto, D. S. (2017). *A Autodeterminação e a Eutanásia: análise a partir das neurociências. Tese de Mestrado em Ciências Jurídico-Criminais*. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Cunha, J., Oliveira, J., Nery, V., Senae.L.S., Boery, R., & Yarid, S. (2012). Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. *Saúde em Debate*, v. 36, n.º 954, pp. 657-664. Obtido em 1 de dezembro de 2023, de <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/x5TvxNhyQmcwvGbN3QvPMQB/?format=pdf&lang=pt>
- Epstein, R., & Street, R. (2011). The Values and Value of Patient-Centered Care. *The Annals of Family Medicine*, v. 9, n.º 2, pp. 100-103. Obtido em 18 de outubro de 2023, de <https://www.annfammed.org/content/9/2/100>
- Felix, C. M. (2010 III (3)). Direito de viver e dignidade da pessoa humana: breves reflexões sobre a eutanásia passiva (Um estudo do contexto jurídico brasileiro). *Alicerces*, pp. 191-204. Obtido em 28 de dezembro de 2023, de <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/767>
- Ferreira-Alves, J., & Novo, R. F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 6, N.º 1, pp. 65-77. Obtido em 23 de novembro de 2023, de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33760105.pdf>
- Fried, T. R., Redding, C. A., Robbins, M. L., O'Leary, J. R., & Iannone, L. (2011). Older Persons and Their Surrogate Decision-Makers Regarding Participation in Advance Care Planning. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59. Obtido em 28 de

- novembro de 2023, de  
[https://digitalcommons.uri.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1036&context=cprc\\_fa\\_cpubs](https://digitalcommons.uri.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1036&context=cprc_fa_cpubs)
- Gonçalves, J. A. (2021). A idade, os velhos, a vida na terceira idade. *Revista Digital da Comissão de Proteção ao Idoso, Ano 1, N.º 1*. Obtido em 19 de setembro de 2023, de [https://www.cpidoso.pt/wp-content/uploads/2022/02/Longevidade\\_Dignidade\\_Cidadania.pdf](https://www.cpidoso.pt/wp-content/uploads/2022/02/Longevidade_Dignidade_Cidadania.pdf)
- Hespanhol, A. P., & Santos, P. (2022). As pessoas idosas e os seus direitos. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar, 38(2)*, pp. 135–136. Obtido em 16 de outubro de 2023, de <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i2.13515>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *CENSOS 2021 - Resultados Definitivos*. Obtido em 28 de novembro de 2023, de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=65586079&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65586079&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt)
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). Esperança de vida de 80,96 anos à nascença e de 19,61 anos aos 65 anos - 2020 - 2022. Obtido em 14 de dezembro de 2023, de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUE\\_Sdest\\_boui=594474380&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=594474380&DESTAQUESmodo=2)
- Irving, G., Neves, A., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *British Medical Journal Open*. Obtido em 17 de outubro de 2023, de <https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e017902>
- Kant, I. (2008). *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Lisboa: Edições 70.
- Kenis, Y. (2004). *Directivas Antecipadas*. (G. Hottois, & J.-N. Melissa, Edits.) Lisboa: Instituto Piaget.
- Köstenberger, M., Diegelmann, S., Terlutter, R., Bidmon, S., Neuwersch, S., & Likar, R. (2020). Advance directives in Austrian intensive care units: An analysis of prevalence and barriers. *Resuscitation Plus, vol. 3*. Obtido em 17 de novembro de 2023, de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S266652042030014X?via%3Dihub>

- Lopes, A. V. (2023). Designação de Acompanhante: Na falta de família e relações pessoais do maior carecido de acompanhamento. *Revista Digital da Comissão de Proteção ao Idoso, Ano 1, N.º 13*.
- Magalhães, A. M. (2019). Traços "Específicos" do Regime Jurídico-Constitucional dos Direitos Fundamentais das Pessoas "Mais Velhas" - Do seu Reforço Jurídico-Internacional enquanto Direitos Humanos. Em A. M. Magalhães, O. Garcia, L. Pinheiro, C. M. Cruz, R. Martins, J. P. Albuquerque, . . . N. Carvalhas, *O Direito dos "mais velhos"* (pp. 11-26). Centro de Estudos Judiciários.
- Martins, R. M., & Santos, A. C. (2016). Ser idoso hoje. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (35). Obtido em 29 de novembro de 2023, de <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8305>
- Massarollo, M. C., & Santos, D. V. (2004). Posicionamento dos enfermeiros relativo à revelação de prognóstico fora de possibilidade terapêutica: uma questão bioética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n.º 5, pp. 790-796.
- Melo, H. P. (2020). *O Consentimento Esclarecido na Prestação de Cuidados de Saúde no Direito Português*. Edições Almedina.
- Melo, H. P., & Nunes, R. (2012). *Testamento Vital*. Coimbra: Edições Almedina.
- Mendes, F., & Xavier, P. (2017). A ordem jurídica portuguesa e os direitos da pessoa idosa. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health. Série 2, edição especial n.º2*, pp. 135-140. Obtido em 9 de outubro de 2023, de <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/6667/1/11-art-gest.pdf>
- Nações Unidas. (2003). *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Obtido em 4 de dezembro de 2023, de <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Oliveira, A. D. (2021). Longevidade, Dignidade, Cidadania. *Revista Digital da Comissão de Proteção do Idoso, Ano 1, N.º 2*. Obtido em 29 de setembro de 2023, de

[https://www.cpidoso.pt/wp-content/uploads/2022/02/Longevidade\\_Dignidade\\_Cidadania.pdf](https://www.cpidoso.pt/wp-content/uploads/2022/02/Longevidade_Dignidade_Cidadania.pdf)

Oliveira, G. (1999). O acesso dos menores aos cuidados de saúde. *Revista de Legislação e Jurisprudência, Ano 132, n.º 3898*, pp. 16-18. Obtido em 20 de novembro de 2023, de <https://www.guilhermedeoliveira.pt/resources/O-acesso-dos-menores-aos-cuidados-de-saude.pdf>

Oliveira, M. (7 de abril de 2022). Relação médico-utente exige "investimento emocional", mas nem sempre há tempo para o fazer. *JornalismoPortoNet*. Obtido em 18 de outubro de 2022, de <https://www.jpn.up.pt/2022/04/07/relacao-medico-utente-exige-investimento-emocional-mas-nem-sempre-ha-tempo-para-o-fazer/>

Oliveira, M. B. (2014). Diretivas antecipadas de vontade: muitas questões e ainda mais respostas. *Tese de Mestrado em Medicina - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*, p. 28. Obtido em 14 de novembro de 2023, de <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/37296>

Organização Mundial de Saúde. (2022). *Active Ageing: A Policy Framework*. Obtido em 14 de dezembro de 2023, de <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). (2021). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2021*. OECD Publishing. Obtido em 26 de dezembro de 2023, de <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/766c3111-pt.pdf?expires=1703788623&id=id&accname=guest&checksum=763011DA1529688F319157E98E60931F>

Paranhos, D. G. (2018). Direitos Humanos dos Pacientes Idosos. Tese de Doutoramento em Bioética - Universidade de Brasília, Brasília - DF. p. 204.

Paranhos, D. G. (2020). Análise da capacidade jurídica dos pacientes idosos no Brasil a partir do referencial dos Direitos Humanos. *Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário*, v. 9, n.º 4. Obtido em 12 de setembro de 2023, de <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/680>

- Paranhos, D. G., & Oliveira, A. A. (2018). A autonomia do paciente idoso no contexto dos cuidados em saúde e o seu aspecto relacional. *Revista de Direito Sanitário*, v. 19, n.º 1, pp. 32-49. Obtido em 25 de setembro de 2023, de <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i1p32-49>
- Paranhos, D. G., & Oliveira, A. A. (2018). O modelo de cuidado centrado no paciente sob perspectiva do paciente idoso. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Vol. 7(2), pp. 95-109. Obtido em 20 de setembro de 2023, de <https://doi.org/10.17566/ciads.v7i2.485>
- Paranhos, D. G., & Oliveira, A. A. (2019). Direitos humanos dos pacientes enquanto instrumentos bioéticos de proteção das pessoas idosas. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Vol. 8(1), pp. 53-64. Obtido em 25 de setembro de 2023, de <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/507>
- Pedro, R. T. (2008). *A responsabilidade civil do médico – Reflexões sobre a noção da perda de chance e a tutela do doente lesado* (1ª ed.). Coimbra: Coimbra Editora.
- Pereira, A. D. (2010). O Consentimento Informado na Experiência Europeia. *I Congresso Internacional sobre: "Os desafios do Direito face às novas tecnologias"*. Ribeirão Preto: Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.
- Pereira, A. D. (2014). Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal. *Julgar - Número Especial*, pp. 287-304.
- Pereira, A. D. (2019). O Maior Acompanhado e o Consentimento Para Atos em Saúde. *Colóquio: O Novo Regime Do Maior Acompanhado*, pp. 189-222.
- Pinto Monteiro, A. (2019). Das incapacidades ao maior acompanhado - Breve apresentação da Lei n.º 49/2018. Em M. Beleza, A. Pinto Monteiro, M. T. Sousa, M. M. Barbosa, N. L. Ribeiro, & M. Paz, *O novo Regime Jurídico do Maior Acompanhado* (pp. 25-38). Lisboa: Centro de Estudos Judiciários. Obtido em 3 de setembro de 2023, de [https://cej.justica.gov.pt/LinkClick.aspx?fileticket=\\_nsidISl\\_rE%3D&portalid=30](https://cej.justica.gov.pt/LinkClick.aspx?fileticket=_nsidISl_rE%3D&portalid=30)
- Pinto, P. (2012). A Crise da Cidadania da Pessoa Idosa: o Imperativo de um Estatuto do Idoso em Portugal. *Interações*, n.º 23, pp. 51-61.

- Pontes, A. (2021). O papel do advogado na defesa dos interesses do adulto vulnerável. *Revista Digital da Comissão de Proteção ao Idoso, Ano 1, N.º 12*, pp. 1-9. Obtido em 29 de agosto de 2023, de [https://www.cpidoso.pt/wp-content/uploads/2023/01/papel\\_do\\_advogado.pdf](https://www.cpidoso.pt/wp-content/uploads/2023/01/papel_do_advogado.pdf)
- Quintanilha, A. (2015). Proibido Envelhecer. *Revista XXI, Ter Opinião, n.º 4*, pp. 128-133.
- Raposo, V. L. (2011). Directivas antecipadas de vontade: em busca da lei perdida. *Revista do Ministério Público*, pp. 171-219. Obtido em 19 de outubro de 2023, de [https://rmp.smmp.pt/wp-content/uploads/2011/05/Revista\\_MP\\_N125\\_EstudiosReflex\\_5.pdf](https://rmp.smmp.pt/wp-content/uploads/2011/05/Revista_MP_N125_EstudiosReflex_5.pdf)
- Raposo, V. L. (2013). No dia em que a morte chegar (decifrando o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade). *Revista Portuguesa do Dano Corporal (24)*, pp. 79-109.
- Remédio Marques, J. (2007). Em torno do estatuto da pessoa idosa no direito português - Obrigação de alimentos e segurança social. *RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos, vol. 41, n. 47*, pp. 9-40.
- Resende, A. P. (2019). Directivas antecipadas de vontade. *MD CENTRO - Revista da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, n.º 10*, pp. 62-65. Obtido em 13 de novembro de 2023, de [https://www.omcentro.com/ficheiros/docs/web\\_srcom\\_revista\\_md10\\_1.pdf](https://www.omcentro.com/ficheiros/docs/web_srcom_revista_md10_1.pdf)
- Ribeiro, G. R. (2013). Direito à autodeterminação e diretivas antecipadas: o caso português. *Lex Medicinæ, Ano 10, n.º 19*.
- Sampaio, M. C. (2016). Regime Jurídico das Incapacidades. Novo Instituto para a Proteção dos Idosos. *Julgar Online*. Obtido em 21 de novembro de 2023, de <https://julgar.pt/regime-juridico-das-incapacidades-novo-instituto-para-a-protecao-dos-idosos/>
- Santos, L. (2011). *O Testamento Vital: O que é? Como elaborá-lo?* Porto: Sextante Editora.
- Sarlet, I. W. (2011). *A Eficácia dos Direitos Fundamentais: Uma Teoria Geral dos Direitos Fundamentais na Perspetiva Constitucional*. Porto Alegre: 6ª edição, Livraria do Advogado Editora.

- Schaden, E., Herczeg, P., Hacker, S., Schopper, A., & Krenn, C. G. (2010). The role of advance directives in end-of-life decisions in Austria: survey of intensive care physicians. *Schaden et al. BMC Medical Ethics* 11,19. Obtido em 17 de novembro de 2023, de <https://doi.org/10.1186/1472-6939-11-19>
- Silva, D. d., & Baruffi, H. (2014). A dignidade humana e a proteção à pessoa do idoso: práticas sociais. *Revista Videre – Dourados*, v. 06, n. 12, pp. 93-106.
- Van Dunem, F. (2019). Novo Regime do Maior Acompanhado: uma mudança de paradigma. *Colóquio: O novo Regime do Maior Acompanhado*, pp. 1-6.
- Visentin, A., Labronici, L., & Leonardt, M. (2007). Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n.º 4. Obtido em 30 de outubro de 2023, de <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400021>
- Vítor, P. T. (2004). Procurador para Cuidados de Saúde - A importância de um novo decisor. *Lex Medicinæ, Ano 1, n.º 1*.
- Vítor, P. T. (2008). O dever de cuidar dos mais velhos. *Revista Portuguesa de Direito da Família, Ano 5, N.º 10*. Obtido em 8 de dezembro de 2023, de [https://www.centrodedireitodafamilia.org/sites/cdb-dru7-ph5.dd/files/O\\_dever\\_de\\_cuidar\\_dos\\_mais\\_velhos\\_0.pdf](https://www.centrodedireitodafamilia.org/sites/cdb-dru7-ph5.dd/files/O_dever_de_cuidar_dos_mais_velhos_0.pdf)
- Wansa, M. d. (2011). Autonomia versus beneficência. *Revista Bioética*, v. 19, n.º 1. Obtido em 30 de outubro de 2023, de [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/611](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/611)

## **JURISPRUDÊNCIA**

Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, processo n.º 98A058, de 03-03-1998, relator Silva Paixão. Disponível em: <https://jurisprudencia.pt/acordao/149147/>

Acórdão do Tribunal da Relação de Guimarães, processo n.º 1290/05.8TBEPS.G1, de 15-09-2022, relator Afonso Cabral de Andrade. Disponível em:

<http://www.dgsi.pt/jtrg.nsf/86c25a698e4e7cb7802579ec004d3832/3796791ac265fb82802588d10031d248?OpenDocument>

## **LEGISLAÇÃO CONSULTADA E CITADA**

Constituição da República Portuguesa. Decreto Lei de 10 de abril de 1976. Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10.

Código Civil. Decreto Lei n.º 47344/66, de 25 de novembro. Diário do Governo n.º 274/1966, Série I de 1966-11-25.

Lei n.º 6/2006, de 27 de fevereiro. Diário da República n.º 41/2006, Série I-A de 2006-02-27.

Decreto-Lei n.º 232/2005, de 29 de dezembro. Diário da República n.º 249/2005, Série I-A de 2005-12-29.

Decreto-Lei n.º 254-B/2015, de 31 de dezembro. Diário da República n.º 255/2015, 1º Suplemento, Série I de 2015-12-31.

Código Penal. Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março. Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15

Resolução do Conselho de Ministros n.º 63/2015, de 25 de agosto. Diário da República n.º 165/2015, Série I de 2015-08-25

Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas n.º 46/1991, de 16 de dezembro de 1991.

Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2016/C 202/02). Jornal Oficial da União Europeia n.º C 202, de 7 de junho de 2016

Resolução do Parlamento Europeu, de 1 de junho de 2017. Processo 2015/2085(INL)

Convenção da Haia. Resolução da Assembleia da República n.º 52/2014, de 19 de junho. Diário da República Série I, n.º 116, de 2014-06-19

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30 de julho. Diário da República Série I, n.º 146, de 2009-07-30



Decisão n.º 940/2011/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de Setembro de 2011. Jornal Oficial da União Europeia n.º L 246, de 23 de setembro de 2011

Regulamento de Deontologia Médica. Regulamento n.º 707/2016, de 21 de julho. Diário da República n.º 139/2016, Série II de 2016-07-21.

Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto. Diário da República n.º 156/2018, Série I de 2018-08-14.

Proposta de Lei n.º 110/XIII, de 10 de fevereiro de 2018. Diário da República II série A n.º 70, de 2018-02-10. 3.ª Sessão Legislativa, da XIII Legislatura

Protocolo Opcional à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Resolução da Assembleia da República n.º 57/2009. Diário da República I, n.º 146, de 2009-07-30

Código Civil Alemão (BGB)

Código Civil Francês

Código Civil Italiano

Lei n.º 25/2012, de 16 de julho. Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16.

Regulamento n.º 14/2009, de 13 de janeiro. Diário da República n.º 8/2009, Série II de 2009-01-13

Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro. Diário da República n.º 172, Série I de 2012-09-05

Lei n.º 85/2009, de 27 de agosto. Diário da República n.º 166/2009, Série I de 2009-08-27

Estatuto brasileiro da Pessoa Idosa. Lei n.º 10.741, de 1 de outubro de 2003

Lei n.º 14.423, de 22 de julho de 2022

Lei n.º 147/99, de 01 de setembro. Diário da República n.º 204/1999, Série I-A de 1999-09-01