

# BREVE APONTAMENTO SOBRE O REGIME DO CONSENTIMENTO INFORMADO À LUZ DO DIREITO DE MACAU: ALGUMAS REFLEXÕES A PARTIR DE UM CASO NO INTERIOR DA CHINA

Li Yin, Judy

*Estudante do Curso de Mestrado em Direito em Ciências Jurídicas,  
Faculdade de Direito da Universidade de Macau*

**Resumo:** Dada a importância do consentimento informado na prática médica, o presente artigo, tendo como ponto de partida a análise de um caso polémico no Interior da China, visa analisar o instituto do consentimento informado no contexto da responsabilidade médica no ordenamento jurídico de Macau, designadamente, a dinâmica e as fontes normativas do consentimento, os bens jurídicos protegidos, os elementos constitutivos, a urgência, o papel da família e a revogação do consentimento, bem como fazer comparação entre o regime jurídico de Macau e o do Interior da China, no sentido de demonstrar a aplicação prática do nosso regime jurídico vigente, as consequências, as deficiências, as críticas e, por fim, algumas sugestões de aperfeiçoamento.

**Palavras-chave:** Consentimento informado; médico-paciente, responsabilidade médica.

## 1. Introdução

Nos dias de hoje, a actividade médica contém riscos inerentes, pois inelimináveis e intrinsecamente ligados à própria natureza do serviço prestado. Não é exagero referir que todo e qualquer procedimento médico, especialmente cirúrgico, por mais simples que se possa aparentar, enseja um risco que não deriva

necessariamente de falhas na prestação do serviço, mas sim das imponderáveis reacções do corpo humano a determinadas acções sobre o mesmo. É verdade, também, que o médico, em princípio, não responde pelos riscos inerentes. Na busca da cura ou da melhoria das condições de sua saúde, deve o próprio paciente assumir os riscos relacionados com as intervenções médicas, sempre que não houver falhas em tais prestações. Todavia, para que tal solução se sustente, é necessário que o paciente tenha sido devidamente esclarecido sobre os possíveis ou potenciais riscos. É nesse contexto que deve ser analisado o direito do paciente a receber as informações pertinentes e o correlato dever do profissional da saúde de fornecê-las, respeitando-se, assim, a autonomia do paciente.<sup>1</sup>

Em princípio, o médico é responsável pelos danos causados aos pacientes por actos médicos praticados de *forma negligente*, por *imperícia* ou *imprudência*. No entanto, estas não são causas únicas para dar lugar à responsabilidade médica, uma vez que a falta de esclarecimento ou a falta de consentimento informado, com frequência, também causam a responsabilidade médica.

O problema que se pretende tratar neste trabalho é o de definir os limites da acção médica em face do princípio do consentimento e abordar o regime do consentimento informado sobre a responsabilidade médica. O incumprimento do dever de obter o consentimento informado prévio ao acto médico tem repercussão na responsabilidade do médico?

O presente trabalho visa colocar o instituto do “*consentimento informado*” no enquadramento do Direito de Macau, descobrir problemas e levantar dúvidas, bem como oferecer sugestões. Para tanto, *em primeiro lugar*, introduzirei um caso real ocorrido no Interior da China, caso largamente debatido, para desenvolver o nosso estudo em torno do “*consentimento informado*”. *Em segundo lugar*, é realizada uma apresentação das fontes normativas do consentimento no ordenamento jurídico de Macau. *Em terceiro lugar*, impõe-se reflectir sobre os bens jurídicos protegidos por este instituto. *Em quarto lugar*, após uma breve enunciação dos elementos do consentimento informado, procurarei centrar-me na questão de capacidade para consentir já que se trata de questão nuclear para resolver o caso em análise; a mais moderna doutrina defende que perante os bens jurídicos pessoalíssimos aqui envolvidos se deve construir uma nova figura distinta da capacidade negocial. Defenderei, pois, que estamos perante a assunção de um novo ramo dentro da capacidade jurídica. Dada a insuficiência da resposta fornecida pelo regime geral, *em quinto lugar*, abordarei o regime especial, ou seja, o regime de urgência, para procurar resposta para o caso. *Em sexto lugar*,

1 EUGÊNIO FACCHINI NETO, *Responsabilidade Civil do Médico pela Falha no Dever de Informação, à luz do Princípio da Boa-fé Objectiva*, texto acessível em <http://passthrough.fw-notify.net/static/225265/downloader.html>

no que tange ao processo de consentimento, qual é o papel da família? Mais concretamente, quais são os “direitos” do cônjuge e do unido de facto? *Em sétimo lugar*, a revogação do consentimento. *Em último lugar*, é de fazer comparação com o regime jurídico do Interior da China para a mesma questão.

Trata-se de um percurso repleto de sombras e com poucas clareiras, em que as certezas são diminutas e os problemas são múltiplos e de difícil solução. Face à dificuldade resultante de ter pouca doutrina e jurisprudência acerca desta matéria em Macau, procurarei esboçar algumas respostas, fruto da reflexão levada a cabo no âmbito deste trabalho com referência aos elementos da doutrina e jurisprudência de Portugal e do Interior da China.

## 2. Caso real ocorrido no Interior da China

No dia 21 de Novembro de 2007, por volta das 16h00 da tarde, Li Liyun, grávida de 41 semanas, foi enviada, por Xiao Zhijun, que coabitava como marido de Li Liyun por muito tempo (cerca de três anos em união de facto), para o Hospital de Chaoyang da Cidade de Pequim devido a complicações do parto e do frio. Foi diagnosticado que Li tinha sido infectada com pneumonia grave. Xiao e Li estavam sem dinheiro, mas devido à urgência, o Hospital decidiu permitir que Li fosse internada no Hospital para tratamento gratuito. Depois de Li ter sido internada no Hospital, os médicos diagnosticaram que a pneumonia tinha causado graves declínios da função cardiopulmonar e, por consequência, a grávida e o bebé, ambos, estavam em perigo e a grávida precisava de submeter-se imediatamente a uma cesariana.

De acordo com as normas jurídicas pertinentes, antes de qualquer cirurgia, o hospital deve obter assinatura de consentimento do paciente ou dos seus familiares.

Como Li se encontrava em coma, na altura Xiao era a única pessoa com direito a assinar. Quando o hospital entregou o formulário a Xiao, este recusou-se a assinar. No caso de urgência, os médicos realizaram RCP (*retrograde cerebral perfusion*) para Li por duas vezes. Mas Xiao ainda insistiu em recusar-se a assinar o formulário, escrevendo no formulário “*o signatário insiste em terapêutica medicamentosa e recusa-se a fazer cesariana, o signatário assumirá toda a responsabilidade daí resultante*”. Os médicos tentaram persuadir Xiao, mas falharam. Na altura, o hospital tomou três medidas: 1. Chamou imediatamente o médico de serviço de neurologia para investigar o estado psíquico de Xiao, que acabou por identificar que o estado dele era normal; 2. Chamou a Polícia para investigar a identidade da grávida para contactar os seus outros familiares próximos, mas não conseguiram obter atempadamente o contacto; 3. Informou imediatamente os líderes do sistema de saúde da Cidade de Pequim para pedir uma medida excepcional, tendo os mesmos dado ao hospital a instrução seguinte

“se os familiares não assinarem, nenhuma cirurgia será permitida”. Assim, os médicos tiveram que usar medicinas de urgência e fazer massagens cardíacas para resgatar a mulher.

Depois de ter perdido a terceira oportunidade cirúrgica, Li acabou por morrer devido a insuficiência respiratória e cardiopulmonar grave às 19h20 do mesmo dia e, logo depois, o bebé não nascido também morreu.

Posteriormente, os pais de Li ficaram a saber da notícia e intentaram uma acção, entendendo que o Hospital de Chaoyang não tomou medidas de socorro efectivo para salvar a sua filha Li, causando esta tragédia.

Durante a primeira instância, o Tribunal do Distrito de Chaoyang entendeu que não há nexo de causalidade entre os actos médicos do Hospital de Chaoyang e a morte de Li Liyun, uma vez que de acordo com o resultado da avaliação emitido pelo Centro de Avaliação Judicial, a morte de Li Liyun estava intimamente relacionada com os diversos factores, tais como a divergência significativa na tomada de decisões terapêuticas entre o hospital e Xiao Zhijun, a situação da doença crítica, o agravamento rápido da doença, a complexidade e as dificuldades no tratamento clínico, etc... Portanto, segundo a situação concreta do caso, o Tribunal indeferiu os pedidos dos pais de Li Liyun em 18 de Dezembro de 2009 com fundamento na manifesta falta de nexo de causalidade entre a morte de Li e os actos do Hospital de Chaoyang.

Inconformados com a sentença, os pais de Li interpuseram recurso para o Tribunal Popular de Nível Médio da Cidade de Pequim. O Tribunal considerou que durante o diagnóstico e a terapêutica, o paciente e os seus familiares próximos devem prestar cooperação ao hospital e, aliás, no caso de Li Liyun, que as condições eram urgentes e o seu resgate clínico não poderia ser adiado, ainda assim, Xiao Zhijun, ora unido de facto da paciente, na altura como único titular do direito a assinar, não prestou cooperação em relação à terapêutica e o seu acto passivo afectou directamente o socorro de Li Liyun. Assim, este Tribunal proferiu a sentença final, rejeitando o recurso e mantendo a sentença original. Mas o Hospital de Chaoyang quis pagar aos familiares de Li uma quantia de apoio económico, no valor de RMB\$100.000,00 por razões humanitárias.

Será que os actos dos médicos no presente caso violaram as normas jurídicas? Quais são? E no ordenamento jurídico de Macau, como seria resolvido o presente caso?

*Quid iuris?*

### **3. O consentimento informado: sua emergência histórica**

Para compreender melhor o fenómeno do consentimento informado, em primeiro lugar, é necessário conhecer um breve excuro pelo seu contexto de

emergência e a sua evolução histórica enquanto direito do paciente.

Pois bem, como salienta Guilherme de Oliveira, “*começa por ser difícil precisar em que épocas, e até que ponto, os médicos se sentiram moralmente ou deontologicamente obrigados a informar os pacientes*”<sup>2</sup>, havendo mesmo que procurar relativizar a ideia por vezes anunciada de que, nos primórdios, entre médico e doente nenhuma ou quase nenhuma comunicação se estabeleceria ou de que o médico a todo o custo procuraria manter o paciente na total ignorância sobre a intervenção médica a que este iria ser submetido. Tendo, contudo, bem presente esta ressalva, certo é que encontramos nos textos de *Hipócrates* referências muito claras a uma determinada ética médica assente numa ideia segundo a qual o médico deveria “esconder tudo quanto pudesse” do doente, de molde a que este não tivesse conhecimento do seu estado clínico ou de qualquer prognóstico.<sup>3</sup>

No século XVIII com o movimento filosófico do iluminismo (Benjamin Rush, Thomas Percival e Jonh Gregory), defendeu-se um papel menos autoritário para o médico, em que este profissional devia partilhar as informações com o doente. As origens do princípio da autonomia, remontam já a este século, quando, em 1797, Immanuel Kant, enquanto principal filósofo da era moderna, publicou a sua *Metafísica dos Costumes*. Os princípios éticos aí defendidos por Kant são um resultado lógico da sua crença na liberdade fundamental do indivíduo. Não a liberdade na anarquia, mas a liberdade de o indivíduo se poder orientar a si. Kant acreditava que o bem-estar do indivíduo deveria ser considerado como um fim em si próprio e que o mundo deveria progressivamente encaminhar-se para uma sociedade ideal representativa da vontade unida de um povo inteiro. Adaptados à prática médica, estes princípios estão hoje muitas vezes reflectidos na ética e na deontologia profissional, naquilo que contêm de obrigação, dever, lealdade e pensar no outro<sup>4</sup>.

Mesmo no século XIX, após a filosofia de Kant e a emancipação do indivíduo da filosofia das luzes, foram os avanços científicos da medicina e da biologia que prepararam o cenário para os “*dias gloriosos do paternalismo médico*”<sup>5</sup>, levando os conhecimentos sobre as doenças e as terapêuticas respectivas

---

2 GUILHERME DE OLIVEIRA, “*Estrutura Jurídica do Acto Médico, Consentimento Informado e Responsabilidade Médica*”, in *Temas de Direito da Medicina*, 2.ª edição aumentada, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, pp. 59 e 60.

3 PAULO JORGE FERREIRA ROSA, *A Responsabilidade Civil Médica por Violação do “Consentimento Informado” em Portugal – “Estado da Arte”*, texto acessível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23852/1/paper%20consent%20info2.pdf>

4 OLGA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA, *O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem*, texto acessível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20na%20Prtica%20do%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf>

5 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-paciente: Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 25.

para cada vez mais longe do alcance do cidadão comum.

É, de facto, no século XX, sobretudo a partir da segunda metade, que se começou a assistir à reunião de um conjunto de condições decisivas para a definitiva integração do valor da autonomia do paciente no exercício da medicina. Com efeito, a cada vez maior previsibilidade, cognoscibilidade e eficácia a que a ciência médica começava a estar associada, acompanhada do referido fenómeno da democratização do conhecimento, criaram as bases necessárias para uma maior consciência por parte dos cidadãos relativamente aos seus direitos e, por conseguinte, à incrementação paulatina de uma mentalidade mais reivindicativa.<sup>6</sup>

Só em 1981, contudo, viria a ser reconhecido pela Associação Médica Mundial, na famosa *Declaração de Lisboa*, o consentimento informado do paciente como um direito de alcance geral, e não apenas circunscrito ao campo da investigação médica; um direito “*de aceitar ou recusar*” que existiria “*depois de [o doente] ter sido legalmente informado sobre o tratamento proposto*”<sup>7</sup>. A partir de agora, o paciente passou a poder exercer o direito de decidir livre e autonomamente sobre o seu próprio destino.

Em termos de *jurisprudência*, a primeira decisão relativa a um direito ao consentimento de que temos notícia, trata-se de uma sentença inglesa de 1767, conhecida por *caso Slater versus Baker & Stapleton*, em que dois médicos são condenados, não por terem quebrado o osso da perna do paciente (*Slater*), ao tentarem colocar um aparelho ortopédico (situação em que nos depararíamos com um caso típico de responsabilidade por má prática médica), mas por terem colocado esse mesmo aparelho sem o prévio consentimento do paciente. É, todavia, o caso norte-americano *Schoendorff versus Society of New York Hospital*, em 1914, que constitui marca fundamental da incursão do direito ao consentimento na jurisprudência mundial, quando o Juiz Benjamin Cardozo profere uma frase que haveria de ficar para a posteridade: «*Every human being of adult years and sound mind has a right to determine what shall be done with his own body*»<sup>8</sup>. O cirurgião passava, a partir daqui, a ter de pedir ‘autorização’ ao doente para que a sua intervenção médica não fosse ilícita por violação do direito à autodeterminação do paciente. Em 1957, no caso *Salgo versus Leland Stanford Jr. University Board of Trustees*, na Califórnia, utiliza-se pela primeira vez a expressão “*informed consent*”. Esta expressão que,

---

6 PAULO JORGE FERREIRA ROSA, *A Responsabilidade Civil Médica por Violação do “Consentimento Informado” em Portugal – “Estado da Arte”*, texto acessível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23852/1/paper%20consent%20info2.pdf>.

7 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-paciente: Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 27.

8 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-paciente: Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 58.

por acentuar devidamente o momento mais importante do direito ao consentimento informado – que é o dever de informação que sobre o médico impende –, é ainda hoje, tanto ao nível da doutrina como da jurisprudência, a mais utilizada<sup>9</sup>.

#### **4. Fontes normativas do consentimento informado no ordenamento jurídico de Macau**

O direito ao consentimento informado está hoje consagrado em vários diplomas de natureza legislativa.

##### **4.1. Direito Constitucional (Lei Básica)**

À luz do art.º 30.º da Lei Básica da RAEM, é inviolável a dignidade humana dos residentes de Macau. E *o direito à vida, o direito à integridade moral e física e o livre desenvolvimento da personalidade*, que fundamentam principalmente o *consentimento informado*, são expressões concretas desse bem jurídico fundamental que é a *Dignidade Humana*.

##### **4.2 Direito Penal**

O Código Penal de Macau proíbe a intervenção médica sem o consentimento do paciente, com as intervenções ou tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários (art.º 150.º do CP) e estabelece com rigor, o dever de esclarecimento (art.º 151.º do CP).

Por outro lado, quando a intervenção médica não for praticada por um médico ou outra pessoa legalmente qualificada, ou não tenha finalidade terapêutica ou ainda se não seguir as *leges artis* da medicina, só será lícita se previamente justificada com o consentimento do lesado<sup>10</sup> (art.º 37.º e 143.º do CP). Estas normas são muito importantes para regular o direito ao consentimento informado no nosso ordenamento jurídico em matéria penal.

##### **4.3. Direito Civil**

No plano civil, encontra-se consagrado no Código Civil (art.º 67.º do CC) o

---

9 PAULO JORGE FERREIRA ROSA, *A Responsabilidade Civil Médica por Violação do “Consentimento Informado” em Portugal – “Estado da Arte”*, texto acessível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23852/1/paper%20consent%20info2.pdf>.

10 ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, *Consentimento Informado – Relatório Final*, texto acessível em [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/73/Estudo-CI.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf).

*Direito Geral de Personalidade.* Confere-se assim uma tutela plena e absoluta ao ser em devir que é o homem, nas suas diferentes esferas do ser e do agir e aberta à historicidade. Nas palavras de Orlando de Carvalho, o direito geral de personalidade consiste “(n) um direito à personalidade no seu todo, direito que abrange todas as manifestações previsíveis e imprevisíveis da personalidade, pois é, a um tempo, direito à pessoa-ser e à pessoa-devir, ou melhor, à pessoa-ser em devir, entidade não estática mas dinâmica e com *jus* à sua “liberdade de desabrochar” (com direito ao “livre desenvolvimento da personalidade” de que falam já certos textos jurídicos). Trata-se de um *jus in se ipsum* radical, em que a pessoa é o bem protegido, correspondendo à sua necessidade intrínseca de autodeterminação (...). Só um tal direito ilimitado e ilimitável permite uma tutela suficiente do homem ante os riscos de violação que lhe oferece a sociedade moderna”<sup>11-12</sup>.

Para além do direito geral de personalidade, o consentimento informado também tem por base legal o direito especial de personalidade, isto é, o *direito à vida* previsto no art.º 70.º do CC e o *direito à integridade física e moral* previsto no art.º 71.º do CC. No entendimento de Orlando de Carvalho, o *direito à vida* deve ser associado a um *direito à conservação da vida* e é um direito *indisponível*, assim, em princípio, o consentimento do sujeito é irrelevante neste domínio. Enquanto o direito à integridade física e moral é relacionado intimamente com o *direito à liberdade de vontade e a autodeterminação do paciente e o dever de informar e de obter o consentimento informado do médico*.

A violação dos direitos de personalidade acarreta não só a responsabilidade civil, mas também as “providências cautelares adequadas às circunstâncias do caso, com o fim de evitar a consumação da ameaça ou atenuar os efeitos de ofensa já cometida”, nos termos dos art.º 67.º, n.ºs 3 e 4 do CC.

#### 4.4. Legislação de direito da saúde. Decreto-Lei n.º 111/99/M

O direito da saúde está regulado na legislação avulsa. O D.L. n.º 111/99/M, de 13 de Dezembro, ora regime jurídico de protecção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina, estipula, nos seus art.ºs 5.º a 8.º, o regime do consentimento de qualquer acto no domínio da saúde.

11 ORLANDO DE CARVALHO, *Teoria Geral do Direito Civil*, Coimbra: Centelha, 1981, p. 90.

12 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente, Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, 98.

#### 4.5. No plano deontológico. Lei n.º 10/2010

A Lei n.º 10/2010, ora Regime da Carreira Médica, prevê, no seu art.º 11.º, n.º 2, que *os médicos estão obrigados, no respeito pelas regras profissionais e deontológicas aplicáveis, ao cumprimento dos deveres funcionais seguintes: ...* 2) *Esclarecer devidamente o utente sobre os serviços médicos a prestar, assegurando a efectividade do consentimento informado.* No que diz respeito ao consentimento informado, a Lei afirma que o dever dos médicos de informar e obter o consentimento esclarecido do doente é um verdadeiro dever deontológico, independentemente da existência de um contrato com o doente, pelo que o doente pode exigir o seu cumprimento.

#### 4.6. Conclusão

O consentimento informado está inquestionavelmente consagrado no Direito de Macau: seja no plano constitucional, seja no plano civil ou penal, no Direito da saúde, ou mesmo no Direito deontológico. A necessidade de obter o consentimento informado baseia-se na protecção da dignidade humana, no direito geral da personalidade e no direito à integridade física e moral da pessoa humana.

O consentimento para a prática de um acto médico configura um direito do paciente e um dever do médico. O regime do consentimento informado reflecte princípios fundamentais da nossa ordem jurídica, destacando-se o princípio da autodeterminação, da autonomia da vontade, a liberdade de disposição sobre o próprio corpo, o direito à integridade moral e física, entre outros<sup>13</sup>. A exigência do consentimento informado é independente da natureza, contratual ou extracontratual<sup>14</sup>, da relação estabelecida entre o médico e o paciente e do exercício da actividade médica no domínio privado ou público; por outras palavras

13 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente: Estudo do Direito Civil*, 1.ª edição, Coimbra Editora, 2004, p.104 e DIANA SOFIA ARAÚJO COUTINHO, *O Consentimento Informado na Responsabilidade Civil Médica*, Escola de Direito da Universidade do Minho, Braga, Janeiro de 2014, pp.4 e 5. Dissertação de Mestrado.

14 A natureza da responsabilidade civil médica é um dos temas mais discutidos pela doutrina e jurisprudência nacional e internacional. O consentimento informado está intimamente ligado à temática da responsabilidade civil médica. Para um estudo sobre esta matéria veja-se TEIXEIRA PEDRO, R., *A Responsabilidade Civil do Médico: Reflexões sobre a noção da perda de chance e a tutela do doente lesado*, 1.ª edição, Coimbra Editora, 2008, pp. 23 a 176; ESPERANÇA PINA, J.A., *A Responsabilidade dos Médicos*, 3.ª edição, Lidel, 2003, pp. 112 e ss; VERA LÚCIA RAPOSO, *Do ato médico ao problema jurídico*, 1.ª edição, Colecção VDA, Almedina, 2013, pp. 13 a 42; DIAS, J. A., “Procriação Assistida e Responsabilidade Médica”, *Studia Iuridica*, n.º 21, Boletim da Faculdade de Direito, Coimbra Editora, Coimbra, 1996, pp. 221 a 402.

é sempre exigida a prestação do consentimento informado<sup>15</sup>. Como refere Vera Lúcia Raposo, a exigência do consentimento informado resulta de fonte legal (seja penal, civil, legislação específica, etc.) e deontológica, e não de fonte contratual, e existe independentemente da natureza da relação médico-paciente, de existir ou não contrato, etc<sup>16</sup>.

### 5. Dos bens jurídicos protegidos

Ora, os direitos de personalidade em causa nos problemas relativos ao consentimento informado serão *o direito à liberdade e autodeterminação e o direito à integridade física e psíquica*<sup>17</sup>. O consentimento informado assume-se como um direito dos pacientes por um lado, e uma obrigação dos médicos por outro lado. No plano do Direito Civil, o regime está legalmente fundamentado no art.º 67.º do CC, relativo ao direito geral de personalidade. Na violação do dever de obter o consentimento informado, o médico ofende não apenas o bem jurídico liberdade e autodeterminação, mas também o bem jurídico integridade física e moral (eventualmente o bem jurídico vida), pois a partir do momento em que o acto médico não é consentido, o mesmo acto passa a ser ilícito, assim, as “agressões” corporais subsequentes num acto cirúrgico de médicos podem ser consideradas como violação ilícita do “*direito de outrem*” (art.º 477.º n.º 1 do CC), porque os médicos, neste caso, não gozam de causa de exclusão da ilicitude do “consentimento do lesado” (art.º 332.º, n.º 1 e 74.º do CC).

A doutrina tem entendido que qualquer intervenção médica sem o consentimento do paciente (ou com o consentimento viciado) que provoca danos ao paciente é causa idónea para dar lugar à responsabilidade civil médica, mesmo no caso das intervenções bem-sucedidas (*i.e.*, em que se atingem os fins últimos da *cura* e da boa recuperação do paciente), não deixa de ocorrer ainda, para além da lesão da autodeterminação, a conseqüente lesão da integridade físico-psíquica, também ela merecedora de tutela jurídica, nos termos dos art.ºs 67.º, n.º 2 e 477.º do CC. Neste sentido, com Orlando de Carvalho, afirmamos que, independentemente da alteração do estado da saúde do doente para melhor ou para pior, certo é que a intervenção médica “*provoca sempre incómodos físico-psíquicos*”

15 DIANA SOFIA ARAÚJO COUTINHO, *O Consentimento Informando na Responsabilidade Civil Médica*, Escola de Direito da Universidade do Minho, Braga, Janeiro de 2014, p. 44.

16 VERA LÚCIA RAPOSO, *Do Ato Médico ao problema jurídico*, 1.ª edição, Colecção VDA, Almedina, 2013, p. 238.

17 GUILHERME DE OLIVEIRA, “*Estrutura Jurídica do Acto Médico, Consentimento Informado e Responsabilidade Médica*”, in *Temas de Direito da Medicina*, 2ª edição aumentada, Coimbra, 2005, p. 63. ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-paciente: Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 121 e ss.

que, se assumem o mínimo relevo para o direito, não podem não haver-se como lesões da integridade físico-psíquica da pessoa”<sup>18</sup>. Assim, se houver violação da liberdade, haverá sempre danos à integridade físico-psíquica.

## 6. Elementos do consentimento informado

### 6.1. Elementos gerais

O consentimento tem por pressupostos cumulativos: *a capacidade, a informação e a voluntariedade*, ou seja, o consentimento legitima o acto médico e determina os limites destes actos desde que sejam preenchidos estes pressupostos.

Ora, para obter consentimento válido, *em primeiro lugar*, o paciente deve ter a capacidade para tomar decisões. Será necessário, então, discernir o que é a capacidade para consentir, e, ao concluir pela incapacidade do paciente, estudar os meios de suprir a sua incapacidade.

*Em segundo lugar*, o paciente deve ter recebido *informação suficiente* sobre o tratamento proposto. O direito à informação explica-se por uma dupla ordem de razões: *por um lado*, estamos perante relações jurídicas em que uma das partes é um perito e a outra um leigo, pelo que se impõe, em ordem a garantir uma relação de paridade material e impedir a “opressão” de uma das partes sobre a outra, um dever jurídico de informar<sup>19</sup>. Donde resulta que a intencionalidade, a teleologia e as normas do direito de protecção do consumidor podem ser aplicadas, com as devidas adaptações, no domínio da relação médico-paciente<sup>20</sup>. *Por outro lado*, o consentimento informado é uma dimensão cristalizada do princípio da autonomia e só há real autonomia com cabal esclarecimento<sup>21</sup>. À luz do art.º 5.º, n.º 2, do D.L. n.º 111/99/M, de 13 de Dezembro, *o paciente tem direito a receber, previamente, informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção a que é sujeito, bem como das suas consequências e riscos*. Esta norma impõe aos profissionais de saúde que previamente a qualquer tratamento ou intervenção médica informem o paciente e obtenham o seu consentimento informado. A finalidade fundamental do esclarecimento deve ser a de permitir

18 ORLANDO DE CARVALHO, apud ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-paciente: Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 122, nota 256.

19 JORGE FERREIRA SINDE MONTEIRO, *Responsabilidade por Conselhos, Recomendações ou Informações*, Almedina, 1989, p. 365, referindo casos referentes ao direito bancário e a contratos informáticos. Penso, todavia, que esta doutrina também valerá para a relação médico-paciente.

20 CARLOS FERREIRA DE ALMEIDA, *Os Contratos Cívicos de Prestação de Serviço Médico*, in *Direito da Saúde e da Bioética*, Lisboa, 1996, p. 89.

21 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente, Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 130.

que o paciente, com base no seu sistema de valores, possa determinar se deseja ou não consentir na intervenção que lhe é proposta. A informação é o pressuposto de um consentimento informado; e este é necessário para satisfazer o direito à autodeterminação do doente nos cuidados de saúde<sup>22</sup>.

Para a protecção deste direito dos particulares, a lei impõe à entidade hospitalar e ao médico de carreira o “dever de comunicação”, como um dever funcional geral da parte médica. Releva-se o “direito de consentimento livre” como um requisito legal da efectividade do consentimento informado, designadamente no que diz respeito a operação cirúrgica, nos termos do artigo 11º, alínea 2) da Lei nº 10/2010 (Regime da carreira médica)<sup>23</sup>, segundo o qual, *sem prejuízo do conteúdo funcional inerente à respectiva categoria e com observância pela autonomia técnico-científica inerente a cada especialidade médica, os médicos estão obrigados, no respeito pelas regras profissionais e deontológicas aplicáveis, ao cumprimento dos deveres funcionais seguintes:(...) 2) Esclarecer devidamente o utente sobre os serviços médicos a prestar, assegurando a efectividade do consentimento informado.* Álvaro Rodrigues chama este dever de informação como um dos deveres acessórios por banda do médico<sup>24</sup>.

Na prática do Tribunal de Segunda Instância da RAEM, tem-se decidido, entre outros, no acórdão de 17 de Janeiro de 2012, no Processo nº 218/2011, no sentido de que “... , ao levar a cabo uma operação médica para fins curativos ou diagnósticos, especialmente de natureza invasiva, o médico tem o dever de informar o doente dos possíveis riscos inerentes à operação por ele escolhida ou sugerida e da existência ou não de outros meios alternativos ou sucedâneos com o mesmo ou quase o mesmo efeito curativo ou diagnóstico, assim como os possíveis riscos a estes inerentes para a saúde ou para a vida, por forma a habilitar o doente a tomar uma decisão e a prestar um consentimento efectivamente consciente e de livre vontade”.

Ora, à luz do art.º 7.º, n.º 1 (Direito à informação) da Lei n.º 5/2016, ora Regime Jurídico do Erro Médico, *1. Os prestadores de cuidados de saúde têm o dever de prestar aos utentes informações sobre a respectiva situação clínica, as medidas de tratamento médico e os riscos que delas possam advir, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que ponham em perigo a sua vida ou sejam susceptíveis de lhe causar grave ofensa à saúde física ou psíquica.* A medicina é uma actividade de risco, este preceito apresenta-se como um dos mais relevantes, substantivos, e um dos mais inovatórios, na efectiva regulamentação

22 Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 9 de Outubro de 2014, texto acessível em <http://www.dgsi.pt>.

23 Cfr. o acórdão do TSI n.º 599/2008, texto acessível em <http://www.court.gov.mo/zh/subpage/welcome>

24 ÁLVARO RODRIGUES, in *Direito e Justiça*, XIV, 2000, Tomo 3, p. 183.

da temática do erro médico<sup>25</sup>. No que diz respeito ao conteúdo do dever de informação, combinamos a referida norma com o art.º 151.º do CP, *para efeitos do disposto no artigo anterior, o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave ofensa à saúde, física ou psíquica*. Em regra, um tratamento apresenta não só as vantagens mas também os riscos ou incertezas, a informação deve abranger ambos os lados do tratamento proposto.

Tal como sucede, de resto, em vastos exemplos de direito comparado. Nomeadamente, e sem exaurir, na República Popular da China, por exemplo no artigo 55.º da sua «*Tort Liability Law*» («Lei da Responsabilidade Civil Extracontratual») e no artigo 11.º das «Regras Concernentes a Acidentes Médicos», em Taiwan, no artigo 12.º do «*Physicians Act*», e no artigo 63.º do «*Medical Care Act*», em Hong Kong, no «*Code of Professional Conduct by the Medical Council*», em França, no artigo L1111-2, do «Código de Saúde Pública», em Portugal, nos termos do artigo 7.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de Março, entre tantos outros.<sup>26</sup> Em relação às leis da RPC sobre esta matéria, o regime será analisado abaixo.

Como se afirmou no Parecer n.º 3/V/2016, da 3ª Comissão Permanente, no decurso da análise e debate da Proposta de Lei n.º 5/2016 supracitada, sugeriu-se que se adite mais informações ao n.º 1 do art.º 7.º da versão da proposta inicial, no sentido de salvaguardar-se que os utentes tenham suficientes informações em prol da tomada de decisão. Para além disso, deve ainda salvaguardar-se que os utentes compreendam as informações disponibilizadas; portanto, deve prever-se que as informações devem ser disponibilizadas de forma clara e simples<sup>27</sup>.

Ao abrigo do n.º 2 do mesmo artigo, *as informações previstas no número anterior devem ser prestadas de uma forma clara, simples, concreta e com recurso a uma linguagem perceptível por parte do utente, de forma a permitir a tomada de uma decisão devidamente informada*. A finalidade fundamental do esclarecimento é levar o paciente a fazer uma escolha esclarecida em relação ao tratamento proposto.

Contudo, é de notar que não é suficiente a mera informação de todos aqueles aspectos ao doente, até porque o mesmo pode não compreender o alcance de alguns termos médicos. É necessário que a informação seja devidamente explicada ao utente, para que se consiga daquele uma decisão devidamente

25 Cfr. 3ª Comissão Permanente da Assembleia Legislativa da RAEM – Parecer n.º 3/V/2016, p. 123.

26 Cfr. 3ª Comissão Permanente da Assembleia Legislativa da RAEM – Parecer n.º 3/V/2016, p. 123.

27 Cfr. 3ª Comissão Permanente da Assembleia Legislativa da RAEM – Parecer n.º 3/V/2016, p. 125.

informada e esclarecida relativamente aos actos médicos que compreenderão os tratamentos a que se deve sujeitar (consentimento esclarecido), mormente aqueles que compreendem uma certa dose de risco para a sua saúde, por exemplo, através do recurso à opinião e acompanhamento de outro profissional em que o mesmo confie<sup>28</sup>. A violação da obrigação de fornecer informações médicas pode causar a falta de consentimento do paciente por causa da falta de informações, o que viola a sua liberdade na tomada de decisões.

Ao abrigo do n.º 3 do mesmo artigo, *caso o utente tenha manifestado, expressamente e por escrito, a sua vontade em não ser informado do diagnóstico ou prognóstico, deve este direito ser respeitado pelo prestador de cuidados de saúde, salvo quando possa estar em causa a saúde pública*, assim se procura um equilíbrio entre a vontade do paciente e a saúde pública. E esta informação deve ser fornecida em quantidade e qualidade suficientes. A linguagem utilizada deve ser clara e compreensível para o doente decidir, fazendo com que a mensagem se torne acessível ao paciente receptor. Este dever de informar está relacionado com outro dever do médico: o de obtenção de um consentimento esclarecido. Este dever assenta no princípio da autonomia da pessoa humana e no valor da autodeterminação do paciente.

*Finalmente*, o consentimento (ou o dissentimento) tem de ser prestado de forma livre, voluntária e consciente, sem qualquer tipo de coacção ou outros vícios, o que se traduz também nas exigências fundamentais de todo o acto jurídico-civil. Nos termos do art.º 5.º n.º 1 do D.L. n.º 111/99/M, de 13 de Dezembro, *qualquer acto no domínio da saúde só pode ser efectuado após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido*. O consentimento do doente só é válido se o doente for capaz de decidir livremente, possuir as informações relevantes adequadas e não for dado com coacção física ou moral.

Como a questão do nosso caso concreto está mais relacionada com a capacidade para consentir, a seguir debruçar-me-ei principalmente sobre este tema.

## 6.2. Capacidade para consentir

*“O que é que se entende por capacidade para consentir num acto médico?”*

Conforme os estudos de André Gonçalo Dias Pereira sobre a concepção de *Amelung* (*capacidade para consentir num acto médico*)<sup>29</sup>, autor especialista nesta matéria, estamos perante um conceito instrumental, que não se confunde com a capacidade negocial. Ter capacidade para consentir num acto médico significa,

28 Cfr. a 3.ª Comissão Permanente da Assembleia Legislativa da RAEM – Parecer n.º 3/V/2016, p. 71.

29 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente, Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 154 e ss.

para este autor, ter capacidade para tomar uma decisão racional sobre os riscos e sacrifícios dos seus próprios bens jurídicos<sup>30</sup>. A medida dessa capacidade deve ser determinada por médico caso a caso, uma vez que é possível que uma pessoa tenha capacidade para decidir num caso e não noutra.

De acordo com o citado Autor, *Amelung*<sup>31</sup>, este conceito subdivide-se em quatro fases:

- Capacidade para decidir sobre valores; pressupõe que o próprio seja capaz de fazer uma análise acerca do custo-benefício das suas decisões, de acordo com o seu sistema de valores;
- Capacidade para compreender factos sobre os quais vai decidir; o sujeito tem de ser capaz de fazer prognósticos;
- Capacidade para compreender as alternativas, isto é, procurar se existem outros meios para alcançar os mesmos fins;
- Capacidade para decidir com base na informação recebida.

Na falta de um destes elementos a pessoa é considerada incapaz para consentir.

Já para os autores americanos *Grisso e Appelbaum*, a *incapacidade para consentir está relacionada, mas não equivale, a estados de perturbação mental*<sup>32</sup>; a verdade é que a doença mental aumenta o risco de incapacidade mas não será por esta razão que deve ser criada uma presunção de incapacidade.<sup>33</sup> Para estes autores a incapacidade para consentir num acto médico está ligada a défices no nível de compreensão, valorização e reflexão das informações, levando a uma diminuição da capacidade de expressar uma vontade. Apontam, ainda, que a capacidade é variável, ou seja, um paciente pode ser capaz para decidir sobre um tratamento e não ser capaz para decidir sobre outro.

Por fim, a *British Medical Association*<sup>34</sup> considera que tem capacidade para

30 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *A Capacidade para Consentir: um Novo Ramo da Capacidade Jurídica, Comemorações dos 35 anos do Código Civil e dos 25 anos da reforma da intervenção ou tratamento para que é solicitado*, p. 209.

31 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente, Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 154.

32 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente, Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 160 e ss.

33 CLÁUDIA RAQUEL SOUSA ABREU, *Os Menores e o Consentimento Informado para o Acto Médico*, texto acessível em [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18772/1/ClaudiaAbreu\\_tese.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18772/1/ClaudiaAbreu_tese.pdf)

34 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente, Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 160 e ss.

consentir num acto médico quem compreender em que consiste esse tratamento, os seus fins e natureza, os seus benefícios, riscos e alternativas e quais as consequências da sua recusa.

Concluindo, estas três teorias supracitadas defendem que a capacidade para consentir exige que o doente reúna *capacidades intelectuais, volitivas e emocionais* para tomar uma melhor decisão.

### **6.2.1. A pessoa capaz: o titular do direito ao consentimento**

Dada a natureza *pessoalíssima* do bem jurídico em jogo, de que apenas o paciente é titular, é naturalmente este quem tem o direito de consentir na intervenção médica, sempre e quando a sua capacidade de julgamento e discernimento o permita. Expropriar uma decisão tão pessoal equivaleria a *reificar* o Homem, o que é de todo inadmissível. O exercício do direito à autodeterminação nos cuidados de saúde e da livre disposição da integridade física deve ser regido pelo princípio da autonomia. Sempre que a pessoa tiver capacidade para consentir, deve ser ela, com plena soberania, quem decide sobre os cuidados de saúde a adoptar<sup>35</sup>.

### **6.2.2. A pessoa incapaz: quem deverá autorizar o acto médico?**

Levanta-se a difícil questão de saber quem deverá autorizar a intervenção médica, já que o próprio paciente não tem capacidade para o fazer? Deverá decidir o médico? A família do paciente? O representante legal ou voluntário? Suprimento judicial? A teoria do *consentimento presumido* ou mesmo do estado de necessidade não resolveriam por si todos os problemas? Para esta questão, podemos distinguir o regime de maioridade do regime de menoridade.

#### **6.2.2.1. Menores**

Quanto à protecção dos menores de prestar o seu consentimento, *sempre que, nos termos da lei, um menor seja incapaz de consentir numa intervenção, esta não pode ser efectuada sem a autorização do seu representante ou, na sua impossibilidade, do tribunal competente, sendo a opinião do menor tomada em conta, em função da sua idade e do seu grau de maturidade.* (art.º 6.º n.º 2 do D.L. n.º 111/99/M, de 13 de Dezembro).

É menor quem não tiver ainda completado 18 anos de idade (art.º 111.º do CC), e os menores carecem de capacidade para o exercício de direitos (art.º 112.º do CC). A incapacidade do menor traduz-se numa “incapacidade geral” que abrange, em princípio, quaisquer negócios de natureza pessoal ou patrimonial, sendo normalmente suprida pelo poder paternal e, subsidiariamente, pela tutela;

---

35 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente, Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 205.

eventualmente pode haver lugar à instituição do regime de administração de bens (art.ºs 1773.º, 1778.º e 1779.º).

Deste modo, esclarece o art.º 1733.º do CC que quem se assume como representante legal do menor no contexto do consentimento informado são os pais. A eles compete, no interesse dos filhos, zelar pela *segurança e saúde destes, prover ao seu sustento, dirigir a sua educação, representá-los e administrador os seus bens*, tendo igualmente, nessa qualidade de representantes, o direito de autorizar ou recusar a intervenção de tratamentos sobre o menor a seu cargo. O poder paternal é, portanto, exercido por ambos os cônjuges nos termos do art.º 1756.º n.º 1 do CC, pertencendo igualmente a ambos em caso de divórcio, nos termos do art.º 1761.º do CC.

Contudo, se os pais não estiverem de acordo em relação a questões de particular importância da vida do filho, faltando, desse modo, o comum acordo sobre uma intervenção médica proposta, qualquer deles pode solicitar judicialmente uma solução para este impasse. O tribunal deverá sempre tentar a conciliação e esforçar-se para obter a concordância de opiniões, mas se esta tentativa se frustrar, terá ele de decidir. Assim, se apenas há consentimento informado de um dos pais para a realização da intervenção, deverão ser tiradas as dúvidas. Apesar da lei estipular uma presunção de comum acordo de ambos os progenitores para o acto que integre o exercício do poder paternal praticado por um destes, o legislador colocou fora deste regime os actos de particular importância e os casos em que se verifique expressa exigência legal de consentimento de ambos os pais (art.º 1756.º, n.ºs 1 e 2, do CC).

O art.º 6.º, n.º 2, do DL n.º 111/99/M, de 13 de Dezembro, indica que o consentimento será dado pelos pais ou representantes legais, mas apesar disso, o médico não fica totalmente dispensado de considerar a potencial autonomia do menor.

Assim, esta norma indica que o peso da opinião do menor depende da idade e da capacidade de discernimento deste, ou seja, quanto maiores forem a idade e a maturidade do menor, tanto mais decisiva deve ser a opinião do menor, daí, em alguns casos, tendo em conta a natureza e o grau de gravidade da intervenção, bem como a idade e a capacidade de entender, a opinião do menor deve ocupar uma posição importante, até necessária e determinante na decisão final.

A opinião do menor deve ser tida em conta em função “*da sua idade e do seu grau de maturidade*”; é desta forma que os poderes-deveres em que desdobra o poder paternal, nomeadamente o poder funcional de velar pela saúde do filho, encontram limites na autonomia do menor em função da sua idade e da capacidade de discernimento. Com efeito, o exercício de tal poder está vinculado ao interesse do filho e configura um processo gradual de atribuição progressiva de espaços de

autonomia e de independência<sup>36</sup>.

A norma veio reconhecer a faculdade dos menores manifestarem opiniões, na devida proporção da sua autodeterminação, possibilitando-lhes, assim, participar nos assuntos que lhe digam respeito, devendo os pais conceder-lhes a “autonomia na organização da sua vida” (art.º 1733.º n.º 2 do CC), estando aqui em causa uma imposição aos pais de um dever de respeito pela personalidade dos filhos, que se traduz no dever de levar em conta a sua opinião<sup>37</sup>. Portanto, o menor deve ser informado em função da sua maturidade e da capacidade de discernimento, pois que é um elemento essencial para moldar livremente a sua vontade, obtendo progressivamente o direito de participar nos processos de tomada de decisão que, de alguma forma, afectam o seu destino, particularmente nas decisões sobre cuidados de saúde, como é o caso em estudo.

#### 6.2.2.2. Incapazes adultos

Na protecção das pessoas maiores que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento, *sem prejuízo do disposto no artigo 16.º, qualquer intervenção sobre uma pessoa incapaz de prestar o seu consentimento apenas pode ser efectuada em seu benefício directo* (art.º 6.º n.º 1 do DL n.º 111/99/M, de 13 de Dezembro), e quanto aos *incapazes de facto, sempre que, nos termos da lei, um maior, em virtude de distúrbio mental, de doença ou de motivo similar, seja incapaz de consentir numa intervenção, esta não pode ser efectuada sem a autorização do seu representante ou do suprimimento judicial do consentimento, devendo a pessoa em causa, na medida do possível, participar no processo de autorização* (art.º 6.º, n.º 3).

Do artigo supracitado conclui-se pelos os seguintes requisitos: 1) em benefício directo da pessoa incapaz; 2) autorização do representante da pessoa incapaz ou; 3) suprimimento judicial do consentimento; 4) a pessoa incapaz deve participar no processo de autorização na medida do possível.

Quanto ao *primeiro requisito*, “em benefício directo da pessoa incapaz”, também se designa por “*the best interests standard*”, ou seja, os melhores interesses do paciente. Segundo este critério, toma-se a decisão que está de acordo com a doutrina tradicional de “melhores interesses do paciente” (*best interests of the patient*), como se prevê no art.º 6.º, n.º 1, do DL n.º 111/99/M, de 13 de Dezembro. E esta norma aplica-se tanto a *menores* como a *incapazes adultos*.

36 MARGARIDA DE SOUSA MARTINS, *Menores e o Consentimento Informado*, texto acessível em [http://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2017/6/2017\\_06\\_0577\\_0600.pdf](http://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2017/6/2017_06_0577_0600.pdf)

37 MARGARIDA DE SOUSA MARTINS, *Menores e o Consentimento Informado*, texto acessível em [https://www.cidp.pt/publicacoes/revistas/rjlb/2017/6/2017\\_06\\_0577\\_0600.pdf](https://www.cidp.pt/publicacoes/revistas/rjlb/2017/6/2017_06_0577_0600.pdf)

Como se referiu André Gonçalo Dias Pereira<sup>38</sup>, a pessoa incapaz deve participar no processo de determinação dos seus melhores interesses e a lei considera as crenças e os valores do doente que teriam sido susceptíveis de influenciar a sua decisão, se ela tivesse capacidade. Portanto, este procedimento de decisão está a tornar-se semelhante à teoria do *consentimento presumido* que abordarei em seguida.

A decisão tomada pelo representante do incapaz deve corresponder ao melhor interesse do paciente, não devendo o mesmo abusar do direito; concretamente, o representante não deve tomar decisões prejudiciais à vida ou à saúde do paciente, nem deve recusar ou adiar a tomada de decisão, prejudicando os interesses do paciente. O padrão “*em benefício directo da pessoa incapaz*”, o tomador da decisão deve confiar nos melhores interesses do paciente, ponderar todos os benefícios e os riscos inerentes ou os custos das várias opções e maximizar os benefícios disponíveis para o paciente. Para o caso de abuso de direito pelo representante, o médico pode ilidir a decisão do representante com base no padrão “*em benefício directo da pessoa incapaz*”. No caso de *Curran v. Bonze* nos EUA no ano de 1990, o pai de gémeos de três anos e meio pediu ao tribunal a autorização no sentido de colectar medula óssea dos seus gémeos para doar ao meio-irmão que tinha leucemia, mas a mãe dos gémeos opôs-se a isso. Por fim, o tribunal apoiou a mãe, alegando que a colecta de medula óssea não atendia aos benefícios directos das crianças. No caso do abuso de direito de consentimento por representante (por exemplo, por interesses supersticiosos ou de propriedade ou outras razões não razoáveis para se recusar a consentir), o tribunal da Alemanha pode inibir o poder de representação tendo em conta o padrão “*em benefício directo da pessoa incapaz*”. Acredito que a lei alemã é mais aplausível. Em caso de urgência, a lei deve consagrar à instituição médica o poder de intervenção activa, no sentido de corrigir ou negar a decisão imprópria do representante.

Este benefício directo do paciente depende de se ter apenas em conta a sua vida biológica ou de se atender igualmente à sua vida biográfica. Aliás, se o critério for apenas o de manter a vida a qualquer custo, pode até acontecer que não se entre em linha de conta com o “melhor interesse” da pessoa doente. Assim aconteceu com o Supremo Tribunal dos Estados Unidos no famoso caso de *Nancy Cruzan* (decidido em 1990), quando a maioria dos juízes afirmou que era legítimo continuar a manter a jovem mulher viva de modo a reafirmar o valor da defesa da vida humana, apesar de se considerar que essa decisão ia decerto contra a defesa dos seus melhores interesses – Nancy estava em EVP há vários anos, sem qualquer expectativa de recuperação, e eram os próprios pais

---

38 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica*, Coimbra, p. 165 a 166.

a pedir que a alimentação e a hidratação artificiais cessassem. Quando se entra em linha de conta com os denominados “melhores interesses” da pessoa doente deve-se, assim, tentar de todos os modos tomar consciência do seu sistema de valores e convicções, procurando compreender qual seria a decisão que melhor respeitaria a sua mundividência<sup>39</sup>. Segundo André Gonçalo Dias Pereira,<sup>40</sup> hoje em dia, entende-se que nos interesses do paciente devem estar envolvidos não apenas os interesses médicos, mas também o respeito pelos seus valores e pelas suas presumíveis vontades, pelo que, de algum modo, se desenha um “critério sincrético”.

Quanto ao *segundo requisito*, “*autorização do representante da pessoa incapaz*”, o “representante” pode ser legal, orgânico ou voluntário. Não nos interessa muito a representação orgânica (por exemplo, art.º 145.º, n.º 2, al. c), do CCM), o que nos interessa é a representação legal e voluntária.

Quanto aos incapazes adultos com *representante legal*, os adultos em situações de incapacidade jurídica estão sujeitos a um regime de *interdição* ou de *inabilitação*. No primeiro caso, a incapacidade é suprida mediante o instituto da representação legal. No caso da inabilitação, a incapacidade é suprida, em princípio, pelo instituto da assistência (art.º 136.º do CC), mas também pode o tribunal optar pela representação legal (art.º 137.º, n.º 1 do CC).

No que tange aos incapazes adultos com *representante voluntário*, pode este ser constituído através de *testamentos do paciente* ou de *procuradores de cuidados de saúde*. Estas figuras parecem admissíveis no nosso ordenamento. “Nada se opõe a que uma pessoa faça o chamado testamento vital; por outro lado, a nomeação de um procurador que cuide dos assuntos de saúde pode enquadrar-se, por via analógica, na disciplina civilística do instituto da procuração”<sup>41</sup>. No nosso caso em estudo, concentramo-nos na representação voluntária quanto a matéria de *procuração de cuidados de saúde* (e não no *testamento vital*). O *procurador de cuidados de saúde* é uma pessoa designada por “um documento que lhe atribui poderes para tomar decisões em questões relativas à saúde de uma outra pessoa quando esta não se encontra em condições de se exprimir”. A nomeação de um representante permite que este interprete a suposta vontade do representado de acordo com os seus valores e objectivos, juízo este que o procurador deverá

39 LAURAFERREIRA SANTOS, *A Recusa de Tratamentos em Portugal: Questões de Filosofia, Direito, Saúde e Educação*, texto acessível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/15260/1/Recusa%20de%20tratamento.pdf>.

40 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente, Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 239.

41 JOÃO LOUREIRO, *Metáfora do Vegetal ou Metáfora do Pessoal? – Considerações Jurídicas em Torno do Estado Vegetativo Crónico*, Cadernos de Bioética, p. 41.

estar apto a fazer dada a relação de proximidade existencial que mantém com a pessoa que representa.<sup>42</sup> A decisão tomada pelo procurador é uma decisão como se fosse tomada pelo próprio representado. No ordenamento jurídico de Macau, como ainda não há um regime específico para regular esta matéria, desde logo, podemos recorrer ao regime geral, isto é, dos art.ºs 251.º e ss do CCM para definir os requisitos e o conteúdo da procuração.

Quanto ao *terceiro requisito*, “*suprimento judicial do consentimento*”, nos EUA, o recurso ao tribunal está em regra reservado às situações mais graves, que mais põem em risco os direitos do incapaz, como é o caso dos “tratamentos extraordinários: aborto, esterilização, ensaios clínicos, doação de órgãos”. Na Alemanha, em regra, a autorização do representante legal é suficiente para legitimar a intervenção médica, mesmo que esta acarrete consequências graves. Todavia, nos casos em que a operação possa colocar em risco a vida do representado ou causar danos graves e duradouros à saúde do paciente, exige-se a confirmação do Tribunal de Família (*Vormundschaftsgerichts*). Assim, o médico deve assegurar-se, nestes casos, que, para além da autorização do tutor, se obteve a confirmação do tribunal. O mesmo deve valer no caso de recusa por parte do representante que coloque em perigo a vida do paciente. Porém, em caso de urgência pode-se prescindir da autorização judicial<sup>43</sup>. Em Macau, da norma que prevê “*a autorização do seu representante ou do suprimento judicial do consentimento*” não resulta que há prevalência de uma sobre a outra em função da gravidade das situações, as escolhas estão em pé de igualdade para todas as situações. Na prática, contudo, será preferencial obter a autorização do representante, pois é mais fácil comunicar com os representantes do paciente e estes têm melhor conhecimento da situação, o que os ajuda a fazerem melhor decisão o mais rápido possível. Os médicos devem requerer o suprimento judicial do consentimento quando se considerar que as decisões dos representantes são contrárias aos melhores interesses do doente, ou no caso em que não haja representante ou seja impossível obter o consentimento deste.

Quanto ao *quarto requisito*, “*a pessoa incapaz deve participar no processo de autorização na medida do possível*”, fora das situações em que a pessoa está totalmente incapaz de exprimir uma vontade (por exemplo num estado vegetativo), mesmo que o doente não esteja totalmente capaz de exprimir vontades livres e informadas, pode estar capaz de parcialmente sentir ou compreender a situação,

---

42 VERA LÚCIA RAPOSO, *Directivas Antecipadas de Vontade: em Busca da Lei Perdida*, in *Revista do Ministério Público*, Janeiro - Março de 2011.

43 OLGA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA, *O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem*, texto acessível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20na%20Pratica%20do%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf>

assim, deve participar, na medida do possível, no processo de decisão. Por conseguinte, é recomendável que o doente seja sistematicamente informado e lhe seja explicado, tão claramente quanto possível e de modo adaptado ao seu nível de compreensão, a situação de doença, a terapêutica e os riscos eventuais, etc., mesmo quando o doente venha a estar sob qualquer medida de protecção legal. Todas as opiniões e desejos que o doente manifesta devem ser tidas em conta e, tanto quanto possível, influenciar a decisão final<sup>44</sup>.

Mas no nosso caso a analisar, a mulher grávida encontrava-se em coma, onde está em causa uma intervenção imprescindível para salvar a sua vida e evitar danos irreversíveis na mulher grávida. No caso de impossibilidade de obter o consentimento dos representantes ou a decisão do tribunal em tempo útil, quem tem poder de decidir a intervenção?

### 7. Excepção ao dever de obter o consentimento: urgência

Em princípio, cada paciente tem o direito de ser informado, de fazer uma escolha esclarecida em relação ao tratamento e de aceitar ou rejeitar qualquer intervenção proposta, mas se o paciente for incapaz de facto?

Frequentemente o médico está perante uma pessoa em estado de *incapacidade de facto*. Essa incapacidade pode derivar de várias situações: pode ser *pontual*, no caso de um ferido ou doente em estado de inconsciência; pode ser *duradoura*, no caso, por exemplo, de doente mental que já atingiu a maioridade mas em relação ao qual não foi requerida a interdição ou inabilitação e pode ainda ser definitiva, como acontece nos casos de senilidade ou dos pacientes em estado vegetativo crónico.<sup>45</sup> O nosso caso, sem dúvida, enquadra-se na primeira situação, ou seja *os acidentados em estado de inconsciência*.

Numa situação de urgência em que o consentimento não pode ser obtido, os médicos devem prestar os tratamentos médicos idóneos e necessários para salvar a vida ou impedir uma deterioração grave da saúde do paciente. Quanto mais urgente for o tratamento, menos rigor deve ser exigido em relação às informações a serem divulgadas ao paciente<sup>46</sup>. Nas situações de urgência, o fundamento legal

44 CONSELHO DA EUROPA, *Guia sobre o Processo de Decisão relativo a Tratamentos Médicos em Situações de Fim de Vida*, texto acessível em <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168039e8c3>.

45 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente, Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 223.

46 É bastante expressiva a decisão da Audiência Provincial de Ávila (de 3-4-1998), ao assinalar que “em caso de conflito entre o dever de informação e a assistência ao paciente, deve prevalecer sempre este último por assim o exigir o princípio da proporcionalidade”. Trata-se, neste caso, de uma histerectomia praticada perante uma perda de sangue puerperal intensa e tardia e incontrolável de outra forma. Cfr.

encontra-se no art.º 8.º do D.L. n.º 111/99/M, de 13 de Dezembro. Ao abrigo do art.º 8.º, 1. *Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não possa ser obtido, deve-se proceder imediatamente à intervenção indispensável à salvaguarda do estado de saúde da pessoa em causa.* 2. É tomada em conta a vontade anteriormente manifestada, no que respeita a uma intervenção de saúde, por pessoa que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua *vontade*. O art.º 8.º admite, inclusivamente, que se leve a cabo a intervenção médica sem necessidade de obter o consentimento do paciente. A urgência é uma situação em que não é possível, em tempo útil, obter o consentimento do lesado ou dos seus representantes legais e quando a demora na intervenção médico-cirúrgica ponha em perigo a vida ou leve a um agravamento do estado de saúde do doente<sup>47</sup>.

A lei legaliza o acto praticado, quando não for possível obter o consentimento, no sentido de proceder imediatamente à intervenção indispensável à salvaguarda do estado de saúde da pessoa em causa, mas no limite da consideração da “vontade anteriormente manifestada, no que respeita a uma intervenção de saúde, por pessoa que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade”<sup>48</sup>. Neste caso, o consentimento presumido constitui uma causa de justificação autónoma, distinta do consentimento. Este instituto tem relevo quando o interessado (ou o seu representa legal) não pode pronunciar-se sobre o tratamento, tratando-se de situações especiais, como, por exemplo, a comunicação a familiares de uma vítima, que chegou inconsciente, de um acidente<sup>49</sup>.

O dever de informar e o dever de obter o consentimento do paciente devem ceder quando a demora na intervenção médico-cirúrgica ponha em perigo a vida ou leve a um agravamento do estado de saúde do doente. Reconhece-se que o princípio da autonomia tem este limite: quando não se verificam as condições de exercício da autonomia (pense-se, v.g., nos sinistrados em acidentes de viação), importa prestar ao doente os cuidados médicos adequados para que, em virtude de um processo de reabilitação terapêutica, ele possa vir a alcançar um estado de saúde, que, entre outros benefícios, lhe vai permitir novamente fruir da sua

---

GALÁN CORTÉS, *Responsabilidade Médica y Consentimento Informado*, p. 188, com indicações jurisprudenciais de Espanha, Itália e França.

Este critério é também claramente assumido pelo BGH (Tribunal Federal alemão).

47 Cfr. ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica*, Coimbra, p. 521.

48 Acórdão do TSI n.º 599/2008, texto acessível em <http://www.court.gov.mo>.

49 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente, Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 566.

autonomia.<sup>50</sup> O objectivo de salvar explica bem que esse regime especial não se aplica a intervenções desnecessárias e irreversíveis e estas não podem ser realizadas em caso de urgência sem o consentimento informado<sup>51</sup>.

A norma do art.º 8.º, n.º 1, do D.L. n.º 111/99/M é claramente um exemplo de uma norma “*self-executing*” (auto-executável). Trata-se de uma verdadeira *autorização legal* para a intervenção médica. No exercício de concordância prática entre o direito à livre disposição do seu corpo e o direito à vida e à saúde, a lei criou as condições para que o médico possa proceder imediatamente à intervenção para salvar a vida ou evitar uma lesão grave à integridade física do paciente. A partir do momento em que o paciente fica inconsciente, houve um *corte comunicacional*, pelo que a partir daí podemos saber a vontade *anterior* e não a vontade *actual* do paciente.

Em virtude de urgência, deve-se decidir com base no consentimento presumido (art.º 8.º, n.º 2, do D.L. supracitado), também se designa por “*the substituted judgment standard*”, que tem por critério chave a vontade hipotética do paciente. O médico deve presumir qual seria a reacção do paciente se pudesse pedir a sua opinião na mesma situação. Para esse fim, poderá apelar às pessoas capazes de o informar, ou seja, as pessoas mais próximas do doente, só se podendo determinar quem elas são em cada caso concreto. Essas pessoas próximas não decidirão em seu nome pessoal, só poderão comunicar ao médico a opinião provável do paciente. Nesta perspectiva, está mais de acordo com a natureza pessoal e intransmissível do direito a dispor do seu próprio corpo.

Assim, os familiares próximos podem ser chamados a *colaborar* com a equipa médica na tomada de decisões, no âmbito de um processo de consentimento informado, caso o doente se encontre incapaz<sup>52</sup>. Cabe ao médico apurar a vontade hipotética, virtual ou conjectural do paciente com o esclarecimento dos parentes próximos, tendo em consideração os danos, as alternativas de terapêutica, a percentagem de sucesso, os riscos e os efeitos secundários daí resultantes, etc. Todavia, no plano do direito a consentir ou recusar uma determinada terapêutica, o regime jurídico não estatui normas para que os familiares se substituam ao paciente na tomada das decisões.

Em regra, portanto, o papel dos membros do agregado familiar é apenas de *consulta*. Como defende André Gonçalo Dias Pereira, a decisão médica deve ser

---

50 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente, Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 562.

51 ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, *Consentimento Informado – Relatório Final*, texto acessível em [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/73/Estudo-CI.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf).

52 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica*, Coimbra, 2015, p.166.

uma *decisão partilhada* que leve em consideração a opinião que o paciente teria se pudesse se expressar, uma opinião que respeite o seu sistema de valores, as suas crenças e a sua biografia.<sup>53</sup> Um instrumento de maior utilidade para determinar a vontade hipotética da pessoa no estado de incapacidade é o *testamento do paciente*, se houver. E por isso também é importante prestar atenção especial às declarações antecipadas de vontade do paciente.

Porém, se o médico souber que o doente não quereria o tratamento em qualquer caso, deve abster-se de o fazer: E se o doente for portador de um testamento vital que recuse um determinado tratamento, deve o médico abster-se, mesmo que isso implique um desfecho fatal. Os princípios do *consentimento presumido* (*maxime*, o respeito pela vontade hipotético-conjectural) devem, pois, ser respeitados nesta sede<sup>54</sup>.

No direito comparado, diversos países concedem aos membros do agregado familiar (cônjuge, filhos, pais, etc.) o direito de representar a pessoa em estado de incapacidade de facto, através da legislação, geralmente através da lei sobre os direitos dos pacientes ou o consentimento informado. Assim se verifica em Espanha<sup>55</sup>, na França<sup>56</sup> e na Bélgica<sup>57</sup>.

## 8. O papel da família

Em princípio, o consentimento e a informação devem ser dados pelo próprio paciente, sendo irrelevante o consentimento do agregado familiar do paciente do ponto de vista jurídico.

Entre nós, tanto o art.º 5.º do D.L. n.º 111/99/M, de 13 de Dezembro, como o art.º 7.º da Lei 5/2016, ora Regime Jurídico do Erro Médico, prevêm expressamente que *só o paciente tem direito à informação*. Ao abrigo do art.º 6.º n.º 1 da Lei n.º 5/2016, *1. Em caso de morte ou em situação que impeça o utente de declaração de vontade, os familiares podem aceder às informações, requerer a perícia ou reclamar do relatório nos termos da presente lei, pela seguinte ordem sucessiva: 1) Cônjuge ou descendentes; 2) Ascendentes; 3) Unido de facto; 4) Irmãos; 5) Outros colaterais até ao quarto grau*. Só em casos especiais (“em

53 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica*, Coimbra, 2015, p.167.

54 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica*, Coimbra, 2015, p. 456.

55 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

56 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

57 Loi relative aux droits du patient, du 22 août 2002.

*caso de morte ou em situação que impeça o utente de declaração de vontade*”) se poderá colocar a hipótese de alguns membros da família serem titulares de um verdadeiro direito à informação. Só que não pode esta norma legitimar as violações indevidas do sigilo médico, pois o doente tem direito à sua privacidade mesmo perante a sua família.

Claramente neste sentido, na doutrina penal, Costa Andrade<sup>58</sup> afirma: também o médico não pode, contra a vontade do seu paciente, comunicar aos familiares deste que ele sofre de uma doença particularmente grave, para que tentem convencê-lo a aceitar os tratamentos que poderiam salvá-lo. A família, porém, ocupa um lugar de grande importância na prestação de cuidados de saúde. É sobre ela que, muitas vezes, recai o encargo de tratar o doente – o que aliás tem relevância jurídica<sup>59</sup> – pelo que pode ser positivo que a família esteja informada sobre determinados aspectos da doença e do processo terapêutico em curso<sup>60</sup>.

Como se referiu acima, o papel da família consiste ainda em ajudar a apurar a vontade hipotética do doente por força do art.º 8.º do D.L. n.º 111/99/M, de 13 de Dezembro.

### 8.1. “Direitos” do cônjuge<sup>61</sup>

A lei (art.º 6.º n.º 1 al. 1) da Lei n.º 5/2016) prevê expressamente que o cônjuge tem *direito à informação* em casos especiais previstas na lei, aliás, quanto ao “*direito*” de *consentir*, a lei de Macau não estabelece qualquer regime especial.

De acordo com alguma doutrina espanhola, quando o cônjuge está incapaz de facto, *o outro pode consentir*, pois, embora não seja o seu representante, em caso de doença ou lesão que requeira intervenção urgente, o outro deverá prestar *auxílio* ao qual os dois consortes estão mutuamente vinculados (art.º 68.º do Código Civil espanhol).

Embora não concorde com a solução de que o cônjuge goza do direito de consentir, parece-me que não deve ser indiferente ao facto de que o médico não ouça, nem leve em consideração a opinião do cônjuge do incapaz. Isto porque no nosso direito os cônjuges estão legalmente obrigados ao dever de respeito (art.º

58 COSTA ANDRADE, *Comentário Conimbricense ao Código Penal*, art.º 195.º § 40, p. 798.

59 Cfr. art.ºs 1672.º e 1674.º, n.º 1: “O dever de cooperação importa para os cônjuges o dever de socorro e auxílio mútuos...”; e o art.º 1874.º n.º 1: “Pais e filhos devem-se mutuamente respeito, auxílio e assistência”.

60 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente, Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 208.

61 Não são direitos propriamente ditos.

1533.º do CC) e ao dever de socorro e auxílio (art.º 1535.º do CC)<sup>62</sup>. Do *dever de respeito* podemos inferir não só uma obrigação de não desrespeitar o cônjuge mas também um dever de *positivamente o fazer respeitar* perante as agressões de terceiro. A omissão do cônjuge perante ofensas (graves ou continuadas) à pessoa do outro cônjuge constituirá, sem dúvida, uma violação dos deveres matrimoniais. Quanto ao *dever de socorro, auxílio e a assistência* considero que pode configurar também, como face inversa da mesma medalha, o *direito de socorrer*, de *auxiliar* e de *assistir* o outro. Deste modo, a interferência de um terceiro que vise impedir o exercício deste direito poderá constituir um acto ilícito para efeitos de legítima defesa e pode inclusivamente acarretar responsabilidade civil.<sup>63</sup> Assim, parece ser defensável a existência de ilicitude quando um terceiro perturba ou impede o cumprimento dos deveres matrimoniais por parte de um cônjuge. Mas, e se o médico ignorar ou actuar em desconformidade com as indicações do cônjuge do paciente? Na opinião de André Gonçalo Dias Pereira<sup>64</sup>, haverá ilicitude, não por violação de um direito de representação (que, de todo, não existe), mas por violação de um *direito a ser ouvido* ou o direito a fazer respeitar, socorrer e auxiliar o seu cônjuge.

Como afirmam Luna, Pérez-Cárceles e Osuna, a razão de ser de informar os familiares não se baseia num direito sobre a pessoa do paciente, mas antes na relação de laços afectivos e no dever-direito de cooperação que se estabelece em função do grau de parentesco (dever de mútua protecção, dever de cuidado, dever de assistência e as obrigações derivadas do poder paternal face aos menores de idade, bem como os deveres de tutoria dos incapazes adultos). Em qualquer caso, quando for necessário transmitir a informação aos familiares do paciente e, inclusivamente, obter o seu consentimento para a intervenção médica, deverá efectuar-se aos mais próximos e não de forma indiscriminada a todas as pessoas que tenham a condição de familiares ou parentes. Guilherme de Oliveira – muito embora perante outro contexto jurídico, onde claramente há um dever-direito de representação (a representação legal dos menores) – frisa que se deve respeitar o mais possível o poder paternal. Defende, inclusivamente, que se o médico não pedir

62 Discute-se, na doutrina, se os direitos familiares de natureza pessoal, máxime dos direitos conjugais, gozam de eficácia *erga omnes*. Alguns autores entendem que os direitos familiares pessoais são direitos relativos mas, por vezes, os estados familiares gozam de protecção absoluta, como nos casos dos art.ºs 495.º, n.º 3, e 496.º, n.º 2. Estes artigos parecem excluir o carácter absoluto dos direitos familiares: vinculam pessoas certas e determinadas, não projectando os seus efeitos em relação a terceiros. Outros autores defendem uma posição diferente.

63 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente, Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 234.

64 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente, Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 235.

o consentimento aos pais para realizar o tratamento a um menor, *deve responder civilmente por desrespeito pelo poder paternal do representante*<sup>65</sup>.

Salvo o devido respeito ao direito espanhol, que consagra o direito de representar o incapaz pelos familiares, e com referência à doutrina portuguesa, no nosso Direito, entendo que os familiares, especialmente os cônjuges, devem ser ouvidos, nomeadamente no caso do “procurador de saúde”, e a sua opinião sobre a vontade hipotética do paciente deve ser tida em consideração, em ordem à realização de um juízo de *consentimento presumido* do paciente por médico na situação de urgência.

## 8.2. “Direitos” do unido de facto

Igualmente, nos termos do art.º 6.º, n.º 1, al. 3), da Lei n.º 5/2016, em casos previstos na lei, o *unido de facto* tem legitimidade de aceder às informações. Mas quanto ao “*direito*” de *consentir*, o legislador não prescreveu qualquer regime especial. Todavia, no caso de união de facto, a doutrina entende que há a produção de *alguns* efeitos pessoais, que embora distantes dos que se verificam na relação matrimonial, podem ser valorados, em conjunto, no sentido de se poder afirmar que o(a) companheiro(a) é uma pessoa com uma *relação pessoal especial* que justifica um respeito e uma protecção próxima da que é conferida ao cônjuge. Assim, v.g., no caso de reprodução medicamente assistida, deve-se exigir o consentimento do companheiro; no caso de o paciente estar em estado de incapacidade para consentir, por senilidade, demência, anomalia psíquica ou intoxicação, o médico deverá tomar em consideração, em ordem a fazer um juízo de consentimento presumido, as informações que o unido de facto lhe transmita<sup>66</sup>. Nota-se que a doutrina geralmente exige a intervenção da *família* do paciente. No entanto, esse critério poderá ser difícil de ser aplicado na prática, porque não se sabe quem são os membros da família e quais deles devem ser informados. Ou mesmo se se soubesse quem são os familiares, talvez não seja possível ou exequível entrar em contacto com eles em tempo útil.

## 9. Revogação do consentimento

Nos termos do art.º 5.º, n.º 4, do D.L. n.º 111/99/M, *a pessoa em causa pode revogar livremente o seu consentimento até à execução do acto*. O consentimento

---

65 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente, Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 235.

66 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente, Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004, p. 210.

do paciente é revogável sem estar sujeito a nenhuma formalidade. É importante que o paciente esteja ciente dessa possibilidade de revogação, a fim de evitar qualquer pressão psicológica que possa desencadear uma irrevogabilidade da decisão que ele tomou.

A norma dispõe que “*até à execução do acto*”, neste sentido, a liberdade de consentir implica que o consentimento possa ser retirado a qualquer momento antes da execução e que a decisão da pessoa em questão deve ser respeitada uma vez que tenha sido totalmente informado sobre as suas consequências. No entanto, esse princípio não significa, por exemplo, que a retirada do consentimento do paciente durante uma intervenção seja sempre respeitada. As regras de conduta e as obrigações profissionais podem exigir que o médico continue a operação para evitar que a saúde do paciente seja gravemente prejudicada.

## 10. Direito comparado

No Interior da China, a legislação sobre o regime de consentimento informado abrange principalmente a «Lei sobre a Prática Médica da RPC» (“*中華人民共和國執業醫師法*”), o «Regulamento de Administração sobre Instituições Médicas» (“*醫療機構管理條例*”), as «Regras Concernentes a Acidentes Médicos» (“*醫療事故處理條例*”) e as «Normas de Implementação do Regulamento de Administração de Instituições Médicas» (“*醫療機構管理條例實施細則*”), etc.. Em geral, embora a legislação médica tenha estabelecido o regime do consentimento informado, as normas são demasiadamente simples e insuficientes na prática. Vamos ver a seguir alguns aspectos relevantes.

Ora, nos termos do art.º 24.º da «Lei sobre a Prática Médica da RPC», que entrou em vigor 27 de Agosto de 2009, *em casos de urgência, os médicos devem prestar os tratamentos urgentes e não se devem recusar a fazê-los*. E nos termos do art.º 26.º da mesma Lei, *os médicos devem informar os pacientes ou os seus familiares acerca das verdadeiras condições de saúde dos pacientes. No entanto, devem ter cuidado para evitar impacto adverso aos pacientes com essa informação*.

E ao abrigo do art.º 33.º do «Regulamento de Administração sobre Instituições Médicas», que entrou em vigor em 1 de Setembro de 1994, *antes de qualquer intervenção, exame especial ou tratamento especial, a instituição médica deve obter o consentimento do paciente e ainda dos membros do seu agregado familiar, bem como a assinatura destes; quando o consentimento do paciente não pode ser obtido, a instituição médica deve obter o consentimento dos membros do seu agregado familiar, bem como a assinatura destes; quando o consentimento do paciente não pode ser obtido e os membros do seu agregado familiar não estiverem presentes, ou em outras circunstâncias especiais, o médico*

*principal pode oferecer um plano de tratamento médico e implementá-lo logo depois de obter a aprovação do responsável da instituição médica ou da pessoa responsável delegada.*

Esta norma era considerada como uma medida da autoproteção do hospital em face a inúmeros litígios médicos, com o objectivo de conseguir uma defesa no caso de uma acção ser intentada. Se o próprio paciente ou os seus familiares não assinarem, eles podem efectivar a responsabilidade ao hospital, mas se assinarem, não têm fundamento tão forte para imputar a responsabilidade ao hospital. Mas, este regime de assinatura dos familiares próximos do paciente merece alguma reflexão crítica, por um lado, a mera assinatura de um documento escrito em si não basta para afastar qualquer problema de responsabilidade dos médicos e dos hospitais por violação do direito ao consentimento esclarecido, embora aligeire a obrigação de esclarecer para o consentimento; por outro lado, a necessidade de assinatura dos familiares próximos do doente prejudica gravemente o direito à autodeterminação ou à liberdade de decisão do doente nos cuidados de saúde.

Felizmente, no ano de 2009, a «Lei da Responsabilidade Civil Extracontratual» (“*侵權責任法*”) entrou em vigor, melhorando essa prática irracional. À luz do art.º 55.º, n.º 1, da mesma Lei, *para fazer o diagnóstico e a terapêutica, o médico deve explicar o estado da doença e as medidas médicas relevantes ao seu paciente. Se qualquer operação, exame especial ou tratamento especial for necessário, o médico deve explicar oportunamente os riscos médicos, planos de tratamento alternativo e outras informações e obter o consentimento escrito do paciente; ou, quando não for apropriado explicar as informações ao paciente, deve explicar aos parentes próximos do paciente e obter o consentimento escrito destes.*

E segundo o art.º 56.º da mesma Lei, *quando a opinião do paciente ou dos seus parentes próximos não puder ser obtida no caso de urgência, incluindo o caso de resgate de um paciente em situação crítica, com a aprovação da pessoa responsável da instituição médica ou de uma pessoa responsável delegada, o médico pode tomar imediatamente as medidas médicas respectivas.*

De acordo com esta Lei, em circunstâncias normais, a intervenção pode ser realizada apenas com o consentimento do paciente; se o paciente estiver incomunicável, como no estado de inconsciência, é necessário ouvir os parentes próximos do paciente. Esse regime é mais razoável do que o do art.º 33.º do Regulamento de Administração sobre Instituições Médicas. Todavia, à primeira vista, há um conflito de normas jurídicas neste caso, então qual é a lei aplicável?

Em princípio, há três critérios para a solução de conflitos das normas:

- Hierarquia de norma: a lei hierarquicamente superior prevalece sobre a lei inferior (*lex superior derogat legi inferiori*);
- Cronologia: a lei nova prevalece sobre a lei antiga (*lex posterior derogat*

*legi priori*);

– Especialidade: a lei especial prevalece sobre a lei geral (*lex specialis derogat legi generali*).

Estão em causa a «Lei da Responsabilidade Civil Extracontratual», aprovada pelo Comité Permanente do Congresso Nacional Popular em 26 de Dezembro de 2009 (adiante designado por «Lei») e o «Regulamento de Administração sobre Instituições Médicas», aprovado pelo Conselho de Estado em 26 de Fevereiro de 1994 (adiante designado por «Regulamento»).

Com aplicação dos três critérios supracitados, concretamente, segundo o critério “a lei nova prevalece sobre a lei antiga”, evidentemente, a «Lei» prevalece sobre o «Regulamento». E segundo o critério “a lei especial prevalece sobre a lei geral”, o «Regulamento» prevalece sobre a «Lei». E segundo o critério “a lei hierarquicamente superior prevalece sobre a lei inferior”, a «Lei» prevalece sobre o «Regulamento».

Então, em conformidade com os critérios diferentes, chegamos a conclusões diferentes. Resta saber, qual é a conclusão aplicável ao nosso caso? A seguir, vamos resolver este problema.

Na «Lei de Legislação» (“立法法”), existe uma norma em que se regula esta matéria, segundo a qual:

Artigo 92.º *Para as leis, regulamentos administrativos, regulamentos locais, normas autónomas e disposições avulsas elaboradas pelo mesmo órgão, aplicam-se as normas especiais em caso de conflito entre as normas especiais e gerais; aplicam-se as normas novas em caso de conflito entre as normas novas e antigas.*

Daí, podemos deduzir que o critério “a lei especial prevalece sobre a lei geral” só se aplica desde que as normas em conflito sejam emanadas *do mesmo órgão*, ou seja, não se aplica quando as regras são hierarquicamente distintas. Assim, pode-se resumir o seguinte:

– Quando as normas em conflito têm a hierarquia distinta (não emanadas do mesmo órgão), aplica-se primeiramente o critério “a lei hierarquicamente superior prevalece sobre a lei inferior”;

– Quando as normas em conflito têm a mesma hierarquia (emanadas do mesmo órgão), aplica-se o critério “a lei especial prevalece sobre a lei geral.”

Sendo assim, neste caso, segue-se *primeiro* “a lei hierarquicamente superior prevalece sobre a lei inferior”. Então, resumindo e concluindo, a «Lei da Responsabilidade Civil Extracontratual», prevalece sobre o «Regulamento de Administração sobre Instituições Médicas» (“醫療機構管理條例”).

Apesar disso, o art.º 56.º da «Lei da Responsabilidade Civil Extracontratual» também é não isento de uma série de críticas, isto é, quando um médico salva um paciente que está em estado crítico, é obrigado ou não a obter a assinatura dos

familiares do paciente? Se os familiares do paciente têm opiniões diferentes ou se recusam a manifestar as suas opiniões? Em caso de litígio médico, como é que a responsabilidade deve ser distribuída entre o hospital e a parte do paciente? Na prática, não é isento de críticas e dificuldades.

Perante esta série de dificuldades na prática, o Supremo Tribunal Popular da RPC promulgou a «Interpretação do Supremo Tribunal Popular sobre Várias Questões Relativas à Aplicação da Lei no Julgamento de Casos de Litígios sobre Responsabilidade Civil» (“最高人民法院關於審理醫療損害責任糾紛案件適用法律若干問題的解釋”), que entrou em vigor em 14 de Dezembro de 2017. Esta «Interpretação» faz interpretação extensiva do art.º 56.º da «Lei da Responsabilidade Civil Extracontratual» no seu art.º 18.º e determina, de forma não taxativa, cinco circunstâncias de “impossibilidade de obter opiniões dos familiares do paciente” no n.º 1, *quando a opinião do paciente não puder ser obtida em caso de urgência, como no caso de resgatar quem está perante, e muito perto, da morte, as seguintes circunstâncias podem ser reconhecidas como circunstâncias em que a opinião dos parentes próximos do paciente não pode ser obtida conforme prescrito no art.º 56.º da «Lei da Responsabilidade Civil Extracontratual»: 1) os parentes próximos são desconhecidos; 2) os parentes próximos não podem ser contactados prontamente; 3) os parentes próximos se recusam a expressar opiniões; 4) os parentes próximos não conseguem chegar ao consenso; 5) outras situações previstas na lei.*

Com base na argumentação repetida, a «Interpretação Judicial» fez provisões detalhadas no salvamento do paciente, no intuito de incentivar o resgate activo do paciente em caso de urgência. À luz do art.º 18.º, n.º 2, da «Interpretação Judicial», *nas circunstâncias previstas no n.º 1, quando o médico tomar imediatamente medidas médicas respectivas com a autorização da pessoa responsável pela instituição médica ou da pessoa responsável delegada, o pedido do paciente de efectivar a responsabilidade da instituição médica não é sustentado; quando a instituição médica e os médicos estiverem frouxos na tomada das medidas médicas respectivas e causarem qualquer dano, o pedido do paciente de efectivar a responsabilidade da instituição é sustentado.* Isso não apenas ajudará a orientar as operações práticas, mas também protegerá melhor os direitos à vida e à saúde do paciente.

No entanto, as circunstâncias supracitadas não englobam os casos em que “os parentes próximos são conhecidos (al. 1)), podem ser contactados prontamente (al. 2)) e expressam opinião mas se recusam a aceitar a medida de reanimação (al. 3)), e não se verifica as circunstâncias previstas nas al.s 4) e 5)”, o que faz com que a tragédia de nosso caso se repita.

Por fim, é de apontar que o sistema jurídico do Interior da China fornece uma lista de parentes próximos que podem receber informações e decidir pelo

paciente no caso de urgência (cônjuge, pais, filhos, irmãos, avós maternos e paternos, netos maternos e paternos) (cfr. o art.º 12.º dos «Pareceres do Supremo Tribunal Popular sobre Várias Questões relativas à Aplicação das «Regras Gerais do Direito Civil» da República Popular da China» (“最高人民法院關於貫徹執行《中華人民共和國民法通則》若干問題的意見”)), no entanto, isto não significa que essas pessoas possam impor as suas próprias vontades, na verdade, eles deveriam exprimir a vontade do paciente previamente competente.

## 11. Conclusão

O crescimento da responsabilidade médica nas últimas décadas tem conduzido a uma reacção defensiva ou *receosa*<sup>67</sup> por parte dos médicos. Estes profissionais pretendem evitar o risco de ser alvo de uma acção judicial, com todos os inconvenientes pessoais, sociais e profissionais que isso acarreta, mesmo que, no final, venham a ser absolvidos<sup>68</sup>.

Os médicos optam por não fazer nada para além do estipulado na lei, seguindo rigorosamente a lei, a fim de evitar as acções de responsabilidade por má prática ou com o fim de conseguir uma defesa no caso de uma acção ser intentada. Assim, as respostas são tomadas principalmente para evitar a responsabilidade, em vez de beneficiar o paciente<sup>69</sup>. Esta realidade é considerada como um dos efeitos menos desejáveis para aumentar os litígios médicos, pois pode expor os pacientes a riscos desnecessários.

Os litígios conduzem à *medicina defensiva*, à não aprendizagem com o erro, à perda de empatia dos médicos com os seus doentes e a uma crise crescente na relação médico-doente. É justamente esta medicina defensiva que contribui para muitas tragédias, incluindo o nosso caso em questão.

O direito ao consentimento livre e esclarecido está consagrado no Direito de Macau. Os direitos de personalidade relativos ao consentimento informado serão o *direito à liberdade e autodeterminação* e o *direito à integridade física e psíquica* (relativo ao direito geral de personalidade dos art.ºs 67.º, 71.º e 483.º n.º 1, 1ª parte, do CC). Serão ressarcíveis os danos daí resultantes quando o acto médico não se funde num consentimento livre e esclarecido. No entanto, são

67 Usamos a sugestiva terminologia de VAZ RODRIGUES, *O Consentimento Informado para o Acto Médico no Ordenamento Jurídico Português* (Elementos para o Estudo da Manifestação da Vontade do Paciente), Coimbra, 2001, p. 32 e 448.

68 ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica*, Coimbra, 2015, p. 93.

69 MICHELLE MELLO/DAVID STUDDERT, “The Medical Malpractice System: Structure and Performance”, in William SAGE/ROGAN KERSH (EDS.), *Medical Mal-practice and the U.S. Health Care System*, p. 23.

várias e de diferente natureza as exceções ao dever de obter o consentimento (informado). Uma destas situações resulta da própria aplicação da doutrina da autonomia da pessoa, em conjugação com outros princípios como a beneficência, designadamente a urgência prevista no art.º 8.º do D.L. n.º 111/99/M.

O caso de morte da mulher grávida no Interior da China não é um caso excepcional, há muitos litígios médicos semelhantes acerca da matéria do consentimento informado, o que reflecte as deficiências do sistema jurídico médico e tem algumas implicações e advertências para a implementação do sistema jurídico de erros médicos de Macau. Relembrando o processo legislativo do sistema legal de acidente médico, verifica-se que o Texto para a Consulta de Segunda Fase Relativo à «Lei do Acidente Médico» previa no seu art.º 6.º um conjunto de situações de exclusão da responsabilidade. Segundo o qual, *o pessoal médico e as instituições médicas não assumem a responsabilidade nos seguintes casos: 1) Consequência negativa resultante do emprego de técnicas adequadas para salvar a vida em caso de urgência; 2) Incidente médico resultante de anomalia da doença ou das condições físicas particulares do utente durante as actividades médicas; 3) Consequência negativa imprevisível ou inevitável resultante das condições actuais da tecnologia da medicina; 4) Consequência negativa resultante de transfusão não culposa de sangue contaminado. 5) Consequência negativa resultante de casos de força maior.*

Infelizmente este artigo foi eliminado no Texto para a Consulta de Terceira Fase. As razões da eliminação não foram divulgadas, talvez porque no ordenamento jurídico de Macau já existe o regime do estado de necessidade, ou porque este artigo provém das leis do Interior da China e é possível causar conflito com o sistema jurídico de Macau. Na minha opinião, o Código Civil de Macau, como lei geral, regula as relações civis em geral, mas não tem particularidade e especialização suficientes para resolver tais problemas, assim, parece que o Texto para a Consulta de Segunda Fase era mais adequado nas operações judiciais. Por isso, não deixamos de lamentar a eliminação deste artigo na nova Lei n.º 5/2016, ora Regime Jurídico do Erro Médico.

## 12. Bibliografia

ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente, Estudo de Direito Civil*, Coimbra, 2004

CARLOS ALBERTO DA MOTA PINTO, *Teoria Geral do Direito Civil*, Coimbra

CARLOS ALBERTO SILVA, *O Consentimento Informado e a Responsabilidade Civil do Médico*, in *Revista do Tribunal Regional Federal 1ª Região*, n.º 5, de Maio de 2003, texto acessível em <https://jus.com.br/artigos/3809/>

o-consentimento-informado-e-a-responsabilidade-civil-do-medico

CLÁUDIA RAQUEL SOUSA ABREU, *Os Menores e o Consentimento Informado para o Acto Médico*, texto acessível em [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18772/1/ClaudiaAbreu\\_tese.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18772/1/ClaudiaAbreu_tese.pdf)

CONSELHO DA EUROPA, *Guia sobre o Processo de Decisão relativo a Tratamentos Médicos em Situações de Fim de Vida*, texto acessível em <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168039e8c3>

CARLOS FERREIRA DE ALMEIDA, *os Contratos Cíveis de Prestação de Serviço Médico*, in *Direito da Saúde e da Bioética*, Lisboa, 1996

DIANA SOFIA ARAÚJO COUTINHO, *O Consentimento Informado na Responsabilidade Cível Médica*, Escola de Direito da Universidade do Minho, Braga, Janeiro de 2014.

EUGÊNIO FACCHINI NETO, *Responsabilidade Civil do Médico pela Falha no Dever de Informação, à luz do Princípio da Boa-fé Objectiva*, texto acessível em <http://passthrough.fw-notify.net/static/225265/downloader.html>

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, *Consentimento Informado – Relatório Final*, texto acessível em [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/73/Estudo-CI.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf)

GUILHERME DE OLIVEIRA, “*Estrutura Jurídica do Acto Médico, Consentimento Informado e Responsabilidade Médica*”, in *Temas de Direito da Medicina*, 2.<sup>a</sup> edição aumentada, Coimbra, Coimbra Editora, 2005

JOÃO LOUREIRO, *Metáfora do Vegetal ou Metáfora do Pessoal? – Considerações Jurídicas em Torno do Estado Vegetativo Crónico*, Cadernos de Bioética

LAURA FERREIRA SANTOS, *A Recusa de Tratamentos em Portugal: Questões de Filosofia, Direito, Saúde e Educação*, texto acessível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/15260/1/Recusa%20de%20tratamento.pdf>

MARGARIDA DE SOUSA MARTINS, *Menores e o Consentimento Informado*, texto acessível em [https://www.cidp.pt/publicacoes/revistas/rjlb/2017/6/2017\\_06\\_0577\\_0600.pdf](https://www.cidp.pt/publicacoes/revistas/rjlb/2017/6/2017_06_0577_0600.pdf)

MICHELLE MELLO/DAVID STUDDERT, “*The Medical Malpractice System: Structure and Performance*”, in *William SAGE/ROGAN KERSH (EDS.)*, *Medical Mal-practice and the U.S. Health Care System*

ORLANDO DE CARVALHO, *Teoria Geral do Direito Civil*, Coimbra: Centelha, 1981, p. 90

OLGA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA, *O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem*, texto acessível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20>

na%20Prtica%20do%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf

PAULO JORGE FERREIRA ROSA, *A Responsabilidade Civil Médica por Violação do “Consentimento Informado” em Portugal – “Estado da Arte”*, texto acessível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23852/1/paper%20consent%20info2.pdf>

VERA LÚCIA RAPOSO, *Do Ato Médico ao problema jurídico*, 1.ª edição, Coleção VDA, Almedina, 2013.

VERA LÚCIA RAPOSO, *Directivas Antecipadas de Vontade: em Busca da Lei Perdida*, in *Revista do Ministério Público*, de Janeiro - Março de 2011

3ª Comissão Permanente da Assembleia Legislativa da RAEM – Parecer n.º 3/V/2016

Acórdão do TSI n.º 218/2011, texto acessível em <http://www.court.gov.mo/zh/subpage/welcome>

Acórdão do TSI n.º 599/2008, texto acessível em <http://www.court.gov.mo/zh/subpage/welcome>

Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 9 de Outubro de 2014, texto acessível em <http://www.dgsi.pt>

<http://news.sina.com.cn/s/2007-11-23/094914371901.shtml>

<http://www.infzm.com/content/27790>

<http://society.people.com.cn/GB/9689239.html>