

## MENORES E O CONSENTIMENTO INFORMADO

Margarida de Sousa Martins

*"Every human being of adult years and sound mind has a right to determine what shall be done with his own body".*  
Juiz Benjamin Cardozo no caso *Schloendorff versus Society of New York Hospital*

Sumário: 1. Introdução 2. Consentimento Informado. 3. Enquadramento Geral. 4. Amplitude da Autodeterminação dos Menores. 5. Recusa (Informada) do Tratamento. 6. Conclusão. 7. Bibliografia.

### 1. INTRODUÇÃO



Como muito se fala no seio desta temática, o paradigma da relação médico-paciente mudou radicalmente, antes centrado no modelo paternalista herdado de Hipócrates na Medicina Antiga, onde, embora se reconhecesse o respeito ao paciente, tal não equivalia à sua liberdade, tendo aquele um papel passivo no tratamento médico. O médico, guiado pelo princípio da beneficência, é que estava na posse dos conhecimentos e competências médicas para decidir a melhor opção para cada caso concreto, sem que as opiniões do paciente fossem consideradas relevantes<sup>1</sup>.

Desde aí, a medicina foi sofrendo enormes alterações, evoluindo progressivamente, nomeadamente, na relação

---

<sup>1</sup> Coutinho, Maísa Raquel Matias, O Consentimento Informado dos Menores nas Intervenções Médicas: Uma nova perspetiva, pág. 10.

médico-paciente. Passou a haver um cuidado centrado na pessoa do doente, com quem se partilha a informação e a responsabilidade da decisão, sendo-lhe conferida uma posição mais ativa quanto ao tratamento médico. Tal mudança ficou a dever-se a assunção do conceito ético de autonomia da pessoa humana, manifestada através do consentimento informado, que respeita, desta forma, a dignidade individual, estimulando a adoção de uma atitude racional quanto a decisão terapêutica<sup>2</sup>.

Em bom rigor, mesmo atualmente, o paciente não decide sozinho, partilha da decisão e a consequências do confronto que opõe o médico e o paciente, por um lado, e a doença, por outro. Para poder formar a sua vontade, o paciente necessita de estar consciente da intervenção logo, informado<sup>3</sup>. E é ao agente médico que, cabe satisfazer esta necessidade. Não o fazendo ou fazendo-o deficientemente, consentimento prestado não será válido acarretando ao médico, responsabilidade penal, civil e disciplinar (exceto em circunstâncias de privilégio terapêutico).

Como pressuposto da autonomia do paciente, a capacidade para consentir constitui um dos pilares do consentimento informado. André Dias Pereira afirma que este é um instrumento que garante os interesses e fins médico-terapêuticos e, principalmente fomenta o respeito pela vontade e autodeterminação do utente, legitimando e limitando a intervenção médica<sup>4</sup>. Assim, se o paciente tiver capacidade de entender e discernir no momento da tomada de decisões relativas ao um determinado tratamento proposto, deve ser ele e apenas ele, em regra, o titular do direito a ser esclarecido e a consentir. No entanto, nem sempre o paciente tem essa capacidade, sendo a mesma evidenciada em

---

<sup>2</sup> Osswald, Walter, Limites do consentimento informado, In: Estudos de direito da bioética, pág. 151.

<sup>3</sup> Rodrigues, João Vaz, O consentimento informado para o ato médico no ordenamento jurídico português: elementos para o estudo da manifestação da vontade do paciente, pág. 240.

<sup>4</sup> Pereira, André Gonçalo Dias, *O consentimento informado na relação médico-paciente. Estudo de Direito Civil*, pág. 56.

situações de incapacidade, tanto de adultos como de menores. É sobre os últimos que se vai debruçar este trabalho, numa tentativa de desmistificar se a idade é o fator mais determinante, para que o menor possa decidir sobre atos médicos lhe serão submetidos, considerando que atualmente, os jovens demonstram cada vez mais cedo maior maturidade.

Crianças com menos de 16 anos, mas com maturidade e capacidade de discernimento, não terão direito a serem informadas e a consentir (ou não) sobre intervenções médicas que lhe digam respeito? Por outro lado, será a capacidade de discernimento suficiente para a tomada de decisões ou é a idade o único fator relevante?

O estabelecimento de uma idade a partir da qual a criança se considera competente para consentir, constitui uma limitação ao seu direito à autodeterminação que não é contrária aos direitos fundamentais do menor<sup>5</sup>. Consentir numa intervenção médico-cirúrgica exige ao menor capacidade para formular uma opinião e vontade esclarecida, sendo que, a ausência desta, parece legitimar a restrição ao seu direito à autodeterminação.

## 2. CONSENTIMENTO INFORMADO

Desde o início até ao da nossa vida, somos constantemente acompanhados pela ciência médica e, cada pessoa estabelece com os profissionais de saúde uma relação que deve ser orientada e regulada, uma vez que a atuação daqueles é suscetível de interferir nos bens jurídicos do paciente. Desta forma, a realização de atos médicos apenas é lícita se tiver sido obtido previamente o consentimento, esclarecido, do paciente.

João Vaz Rodrigues define por consentimento informado, o comportamento mediante o qual se concede “*uma atuação do agente médico na esfera físico-psíquica do paciente com o sentido de proporcionar saúde em benefício próprio, em*

---

<sup>5</sup> Coutinho, Maísa Raquel Matias, *ob. cit.*, pág. 29.

*benefício alheio ou em benefício geral.*”<sup>6</sup>

Desta forma, para contrabalançar, tanto quanto possível, a medicina enquanto atividade de risco (já que, diversas vezes, os danos que surgem são independentes de negligência médica ou até mesmo da instituição hospitalar), impõe-se trazer à colação os princípios da autodeterminação e do respeito pela integridade física e moral de cada indivíduo, este sustentado pelo artigo 25º da Constituição da República Portuguesa<sup>7</sup> e alicerçados no princípio da dignidade da pessoa humana nos termos do artigo 1º do mesmo diploma. Só assim, é possível transferir para o paciente os riscos que de outro modo seriam suportados pelo médico. Só a pessoa que está naquela situação concreta pode decidir o que é melhor para si. E, para o exercício da sua autodeterminação, o paciente deve possuir todos os elementos acerca da sua condição clínica, para que no fim possa exercer a faculdade de consentir, tornando-se esta, uma relação jurídica quotidiana.

É, portanto, o paciente que tem a responsabilidade de decidir o rumo e a natureza dos procedimentos que lhe são propostos, impondo-se para tal, aquando da obtenção do respetivo consentimento, uma informação autêntica e válida, correta, verdadeira e o quanto possível completa prestada pelo médico, assim como, a compreensão pelo paciente e análise, de acordo com a sua própria experiência e convicções, assim como, uma avaliação crítica dessa informação pelo mesmo, pressupondo a sua capacidade para tal, de forma voluntária, ponderada e responsável<sup>8</sup>.

Tal como escreve Oliveira Ascensão “*O homem não é um mero ser biológico que explica e conduz no sentido da harmonia naturalística, mas um ser ético porque a sua natureza é racional (melhor, espiritual). Tem os seus fins intrínsecos e deve ser, na totalidade, biológica e racional, orientado no respeito*

---

<sup>6</sup> Rodrigues, João Vaz, *ob. cit.*, pág. 24.

<sup>7</sup> Borelli, Luis Gustavo Zanini, *O consentimento informado*, pág. 27.

<sup>8</sup> Osswald, Walter, *Limites do consentimento informado*, pág. 153.

*da obtenção desses fins.*”<sup>9</sup>

É assim, que a autodeterminação se torna como que o combustível motor da nossa vontade, dela derivando a nossa exteriorização comportamental, daí decorrendo a liberdade que as pessoas possuem para tomar decisões de acordo com a sua vontade, sendo a essência do consentimento informado. E o médico deverá respeitar a autonomia do seu doente e tentará sempre obter o seu consentimento informado, de modo a poder tê-lo como aliado, colaborador e corresponsável na tarefa de preservar a vida do seu paciente, garantindo-lhe a qualidade possível<sup>10</sup>.

No Ordenamento Jurídico Português, a norma relativa ao direito de esclarecimento encontra-se no artigo 157º do Código Penal, que prevê que “ *O consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico, a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou tratamento (...)* ”. Ou seja, é uma forma de garantir que o médico presta as informações necessárias, da forma mais completa possível, relativas à intervenção médico-cirúrgica proposta para que, possa tomar uma decisão consciente e responsável<sup>11</sup>.

No entanto, apesar do dever de esclarecimento ser um elemento essencial para que haja um consentimento informado, este tem sido algo problemático na prática clínica. Tal como aponta André Dias Pereira<sup>12</sup>, estamos no domínio do casuísmo, não havendo uma fórmula jurídica que resolva os concretos problemas do dever de informar.

Bem sabemos que o médico tem a obrigação de informar o paciente no entanto, existem dúvidas quanto à extensão e aos

---

<sup>9</sup> Ascensão, José de Oliveira, *Direito e bioética*, In: Direito da saúde e bioética, pág. 10.

<sup>10</sup> Osswald, Walter, *ob. Cit.*, pág. 160.

<sup>11</sup> Nomeadamente, o médico deve explicar ao paciente o porquê de propor aquela intervenção em específico, os seus benefícios e potenciais consequências negativas, não esquecendo as terapêuticas alternativas, esclarecendo o paciente de quaisquer dúvidas que possam surgir.

<sup>12</sup> Pereira, André Dias, *O Consentimento Informado na Experiência Europeia*, pág. 9.

limites desta informação, principalmente quanto à informação sobre os riscos, nomeadamente, os riscos graves mas raros. Tem de se separar, desta forma, o dever de informar e a exigência de se informar de todas as possíveis e imagináveis consequências que decorram de um determinado tratamento, sendo feita, por alguma doutrina, uma distinção entre os riscos típicos e os atípicos (imprevisíveis ou infrequentes)<sup>13</sup>, estabelecendo uma distinção útil para que o médico fique resguardado de eventuais ações judiciais e para se estabelecer um parâmetro da relevância da informação e quais as consequências na autonomia do paciente. No entanto, é necessário, dentro da área médica, definir parâmetros e critérios de avaliação do risco para se conseguir ponderar esta proporção de forma a orientar tanto o médico como o jurista.

Existem várias orientações dominantes na Europa. Entre ele, nomeadamente, França sustenta um entendimento mais autonomista, onde o médico deve revelar todos os riscos muito graves, mesmo que a sua frequência seja excecional ou rara<sup>14</sup>.

A verdade é que, se todos os riscos provenientes de uma intervenção médica estivessem previstos num formulário ou fossem verbalizados pelo médico para posteriormente ser dado (ou não) o consentimento, iriam provavelmente influenciar a tomada de decisão de um número considerável de pacientes. Nesta perspectiva, esta abordagem parece trazer algumas desvantagens, já que, muitas vezes criam-se situações de angústia, desnecessárias aos pacientes, por riscos que quase nunca se verificam<sup>15</sup>, para além de que, aqueles não necessitam de informação hiperespecializada que em nada afeta a sua capacidade de decidir, podendo até mesmo, muitas vezes, apenas confundir o paciente com a utilização, pelo médico, de linguagem mais técnica, acabando por não tomar uma decisão baseada numa escolha esclarecida. A utilidade marginal desta informação é, portanto, para

---

<sup>13</sup> Borelli, Luis Gustavo Zanini, *ob. cit.*, pág. 29.

<sup>14</sup> Pereira, André Dias, *O Consentimento Informado na Experiência Europeia*, pág. 11.

<sup>15</sup> Pereira, André Dias, *Alguns aspetos do consentimento informado*, pág. 175.

grande parte dos pacientes é muito baixa.

As leis belga e espanhola alcançam um razoável equilíbrio afirma André Dias Pereira. A primeira, no seu artigo 8º de Agosto de 2002 impõe o dever de se informar dos riscos inerentes à intervenção e pertinentes para o paciente. Já o artigo 10º da lei espanhola de Novembro de 2002 estabelece a obrigação de revelar os riscos relacionados com as circunstâncias pessoais ou profissionais do paciente e os riscos prováveis em condições normais e de acordo com a experiência e o estado da ciência ou diretamente relacionados com o tipo de intervenção<sup>16</sup>.

Por seu turno o Projeto de Lei nº 413/XI/2<sup>17</sup> sobre o direito dos doentes a informação e ao consentimento informado previa no artigo 2º nº 4 que a informação não deve abranger os riscos muito graves cuja concretização seja manifestamente improvável, salvo se o doente a solicitar.

Já Lei nº 15/2014 de 21 de Março<sup>18</sup> visa a consolidação dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Prevê, no artigo 3º o consentimento e a recusa de tratamentos, podendo o utente revogar o seu consentimento a qualquer momento.

Também a Direção Geral de Saúde, na norma 15/2013 de 3 de Outubro de 2013<sup>19</sup>, indicou que o consentimento informado deverá ser inscrito em formulários, nos quais devem

---

<sup>16</sup> Pereira, André Dias, *O Consentimento Informado na Experiência Europeia*, pág. 11.

<sup>17</sup> Projeto de Lei nº 413/XI/2.<sup>a</sup> sobre o Direito dos doentes à informação e ao consentimento informado, disponível em <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c3246795a5868774d546f334e7a67774c336470626d6c7561574e7059585270646d467a4c31684a4c33526c6548527663793977616d77304d544d7457456b755a47396a&fich=pjl413-XI.doc&Inline=true>.

<sup>18</sup> Lei nº 15/2014 que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?artigo\\_id=2292A0003&nid=2292&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so\\_miolo=&nversao=#artigo](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=2292A0003&nid=2292&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so_miolo=&nversao=#artigo).

<sup>19</sup> Norma 15/2013 sobre o consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação, disponível em [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1202/Norma\\_DGS\\_015-2013\\_CI.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1202/Norma_DGS_015-2013_CI.pdf).

constar a descrição do diagnóstico, a situação clínica e os objetivos que se pretendem alcançar, devem ser identificados os atos ou intervenções propostos, assim como, potenciais benefícios, riscos frequentes e riscos graves associados ao e as eventuais alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas. Para além disso, será necessária a declaração da pessoa, tanto sobre o acesso à informação oral e escrita como à sua compreensão da mesma, assumindo que lhe foram fornecidas todas as explicações e o tempo de reflexão de que necessitava para a sua aceitação. Nesta senda, João Vaz Rodrigues fala que a limitação das informações deve ser feita sobre efeitos e alternativas suscetíveis de serem configurados ao que seja previsível, embora possível.<sup>20</sup> Será razoável, por isso, adaptar a exigência sobre a quantidade de informações à concreta relação verificada, a doença e ao perfil do paciente.

Contudo, o nosso ordenamento jurídico prevê exceções ao dever de informar, nomeadamente em situações de urgência, renúncia<sup>21</sup> do paciente ao direito a ser informado e o privilégio terapêutico, este último previsto no artigo 157º do Código Penal, quando dispensa o dever de esclarecimento quando este ponha “*em perigo a sua vida ou seriam suscetíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica*”, aplicando-se apenas às intervenções terapêuticas previstas no artigo 150º do mesmo diploma.

Assim, a dispensa deste dever de esclarecimento apenas pode acontecer quando a transmissão de determinadas informações relativas ao seu estado de saúde, possa pôr em risco a vida ou causar danos à saúde do paciente, não podendo, obviamente, ser ocultadas informações com o intuito de influenciar o doente a consentir a intervenção médico-cirúrgica<sup>22</sup>.

---

<sup>20</sup> Rodrigues, João Vaz, ob. cit., pág. 241.

<sup>21</sup> Designado como o “*direito a não saber*” e consagrado no artigo 10 n.º 2 da CEDHB, que ocorre quando o paciente prescinde do direito a ser informado e confia ao médico as decisões relativas à sua saúde.

<sup>22</sup> Coutinho, Máisa Raquel Matias, ob. cit., pág. 22.



O principal objetivo do consentimento informado<sup>23</sup> parece ser, deste modo, o de tornar plena a autonomia decisória do paciente, tendo para isso, o médico, que informar o paciente, de forma clara e precisa, do seu quadro clínico, de eventuais tratamentos e possíveis ou prováveis consequências. Caberá depois ao paciente, avaliar todas as informações que lhe foram passadas para que possa exercer a sua vontade de forma esclarecida.

### 3. ENQUADRAMENTO GERAL DO PAPEL DOS MENORES NO CONSENTIMENTO INFORMADO

Segundo o Código Civil (doravante CC), nos termos do disposto no artigo 122º, menor é quem não tiver completado 18 anos de idade (estando o menor, até essa idade, sujeito ao cuidado parental<sup>24</sup>), sendo esta, a causa principal da sua incapacidade, suprimida nos termos do artigo 129º do CC, quando atinja os 18 anos, havendo, portanto, concordância entre a maioridade civil e a maioridade eleitoral (artigo 49º nº1 da CRP)<sup>25</sup>.

Como forma de suprimento desta incapacidade, temos o regime das responsabilidades parentais, previsto no artigo 1877º e seguintes do CC que, por força do artigo 36º nº5 da CRP surge

---

<sup>23</sup> O consentimento pode ser expresso ou tácito, em aplicação do princípio da liberdade declarativa (artigo 217º CC) e do princípio da liberdade de forma nos termos do artigo 219º CC, apenas excetuando-se as intervenções não terapêuticas, para as quais é necessária uma declaração de vontade inequívoca do paciente, em regra através da forma escrita, como a interrupção voluntária da gravidez (artigo 142º nºs 4, 5 e 6 do Código Penal), os transplantes entre vivos (artigo 8º nº2 da Lei nº 12/93 de 22 de Abril, alterada pela Lei nº 22/2007 e previsto também no artigo 19º nº2 da CEDHB), a esterilização voluntária (presente no artigo 10º da Lei nº 3/84 de 24 de Março), a procriação medicamente assistida, nos termos do artigo 14º nº1 da Lei nº 32/2006, de 26 de Julho, entre outras.

<sup>24</sup> Cujo objetivo é sempre a proteção e promoção dos interesses do menor, com o devido respeito pela sua personalidade, nos termos do artigo 18º da Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas a 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal a 21 de setembro de 1990, disponível em [https://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf).

<sup>25</sup> Também a Convenção sobre os Direitos da Criança refere os 18 anos como idade em que se atinge a maioridade nos termos do seu artigo 1º.

como um poder-dever, normalmente encarregue aos pais, de educação e manutenção da subsistência dos filhos, velando pela sua saúde e representando-os na celebração de atos jurídicos. Subsidiariamente, temos a tutela (artigos 1927º e ss do CC), e a administração de bens, como meio complementar das responsabilidades parentais (artigos 1967º e ss do CC).

Deste modo, esclarece o artigo 1878º do CC que, quem se assume como representante legal do menor no contexto do consentimento informado são, como já mencionado, 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, administrar os seus bens*, tendo igualmente, nessa qualidade de representantes, o direito de autorizar ou recusar a intervenção de tratamento sobre o menor a seu cargo<sup>26</sup>. O poder paternal é, portanto, exercido por ambos os cônjuges nos termos do artigo 1901º nº1 do CC, pertencendo igualmente a ambos em caso de divórcio, nos termos dos artigos 1906º e 1909º do CC.

Contudo, se os pais não estiverem de acordo em relação a questões de particular importância da vida do filho<sup>27</sup> faltando, deste modo, o comum acordo, especificamente sobre a temática desenvolvida, sobre uma intervenção médica proposta, qualquer deles pode solicitar judicialmente uma solução para este impasse. O tribunal deverá sempre tentar a conciliação e a concórdância de opiniões mas se esta tentativa frustrar, terá ele de decidir.<sup>2829</sup> Assim, se apenas há consentimento informado de um

---

<sup>26</sup> Artigo 6º nº2 da CDHB e nº3 da Base XIV da Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90, de 24 de Agosto.

<sup>27</sup> A dificuldade reside, muitas vezes, em determinar quais as intervenções médicas que assumem esta particular importância, nos termos do artigo 1902º nº2 do CC. João Vaz Rodrigues, ob. cit., pág. 212, afirma que uma solução possível seria traçar uma fronteira em função da gravidade da intervenção por recurso a um ou mais conceitos gerais, sendo um trabalho a fazer pelo próprio médico.

<sup>28</sup> Rodrigues, João Vaz, Ob. Cit., pág. 210 e 211.

<sup>29</sup> Embora não dispense a audição do menor se este tiver mais de 14 anos nos termos do artigo 1901º nº2 do CC.

dos pais para a realização da intervenção, deverão ser tiradas todas as dúvidas. Apesar da lei estipular uma presunção de comum acordo de ambos os progenitores para o ato que integre o exercício do poder paternal praticado por um destes, o legislador colocou fora deste regime os atos de particular importância e os casos em que se verifique expressa exigência legal de consentimento de ambos os pais (artigo 1902º nºs 1 e 2 do CC).

O artigo 48º nº3 do CDOM<sup>30</sup> indica, igualmente, que o consentimento formal será dado pelos pais ou representantes legais, contudo, o médico não fica dispensado de tentar obter a concordância do doente, apesar do nº 6 salvaguardar os casos em que as decisões dos representantes legais ou dos familiares são contrárias aos melhores interesses do doente. Ainda no artigo 6º nº2<sup>31</sup> da CDHB confere-se uma potencial autonomia ao menor através do seu articulado, mantendo também a noção de representante legal, dispondo que *“Sempre que, nos termos da lei, um menor careça de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efetuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei. A opinião do menor é tomada em consideração como um fator cada vez mais determinante, em função da sua idade e do seu grau de maturidade.”*

#### 4. AMPLITUDE DA AUTODETERMINAÇÃO DOS MENORES

A noção de que a opinião do menor deve ser tida em conta tem crescido gradualmente e é cada vez mais aceite e promovido que algum grau de decisão deve ser conferido à

---

<sup>30</sup>Código Deontológico da Ordem dos Médicos, disponível em <http://www.ceic.pt/documents/20727/38736/C%C3%B3digo+Deontol%C3%B3gico+da+Ordem+dos+M%C3%A9dicos/629a5205-2c93-413a-9b9a-7aa355065c70>.

<sup>31</sup> Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina – Resolução da Assembleia da República nº.1/2001, de 3 de Janeiro de 2001, disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1644&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1644&tabela=leis).

criança, tendo em conta a sua maturidade e a relevância do tipo de intervenção que esteja em causa. É desta forma que, os poderes deveres em que desdobra o poder paternal, nomeadamente o poder funcional de velar pela saúde do filho, encontra limites na autonomia do menor em função da sua idade e 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 independência.

Neste seguimento, a Convenção sobre os Direitos das Crianças veio reconhecer, nos artigos 12º e 13º do diploma, 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 “*autonomia na organização da sua vida*” (artigo 1878º nº2 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. O menor deve, portanto, na medida da sua maturidade e capacidade de discernimento, ser informado, por ser um elemento essencial à livre formação da sua vontade, ganhando progressivamente o direito de participar nos processos de tomada de decisões que, de algum modo, afetem o seu futuro, nomeadamente em decisões sobre cuidados de saúde como é o caso em estudo.

A intervenção dos pais deve ser constantemente adaptada à maturidade e desenvolvimento do menor, adquirindo este, uma progressiva autonomia para a tomada de decisões, à medida que aquele vai crescendo e desenvolvendo as suas potencialidades, de acordo com fatores sociais e vivências pessoais, devendo aí, as responsabilidades parentais basear-se na promoção de um desenvolvimento integral, adequado e equilibrado do jovem, sendo cada vez mais reduzido o seu exercício.

Deste modo, os pais ou representantes legais serão então os responsáveis pelo preenchimento do consentimento

informado em situações não urgentes<sup>32</sup> usando como critério e limite o superior interesse da criança, como imposto no artigo 3º nº1 da CDC<sup>33</sup>, o que não implica que não se deva ter em conta a opinião do menor, sendo determinante que aquele esteja de acordo com o que for decidido.

Inclusive, enfatizando esta progressiva autonomia, o artigo 38º nº3 do CP<sup>34</sup> dispõe que “*o consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta.*”. Começa aqui, a surgir a dúvida da forma como se caracteriza a autonomia dos menores, entre os 16 e os 18 anos, já que a capacidade para consentir em direito penal não coincide com a jurídico-civil. Neste contexto, refere o Professor Doutor Guilherme de Oliveira<sup>35</sup>, que este regime não está consagrado por uma “*lei especial e clara*”, tornando-se “*mais seguro continuar a adotar a regra tradicional, e pedir o consentimento informado aos representantes legais do menor.*”

Do exposto no artigo referido *supra*, resulta por um lado, que os menores de 16 anos (ou com idade superior mas sem capacidade de discernimento) são incapazes de consentir, pois não dispõem da capacidade necessária para tal e, por outro, que a

---

<sup>32</sup> Não obstante, é importante referir que existem algumas exceções, nomeadamente e não enunciando todos os casos de forma exaustiva, o menor pode emancipar-se, por casamento, a partir dos 16 anos (artigo 132º do CC). Quanto ao menor de 14 anos, a lei impõe que este seja ouvido quando os pais estiverem em desacordo em questões de maior importância (artigo 1901º nº2 do CC). Também nos termos do artigo 142º nº 3 al. b) do CP, quanto ao regime da interrupção voluntária da gravidez, a grávida com pelo menos 16 anos toma a decisão e no âmbito da Lei da Saúde Mental (Lei nº 36/98 de 24 de Julho) que confere autonomia aos maiores de 14 anos para decidir sobre a realização de intervenções médicas específicas, nos termos do seu artigo 5º.

<sup>33</sup> Também a CDHB consagra a necessidade de obter a autorização do representante do menor, ressalvando, contudo, a necessidade de ouvir a opinião deste nos termos do artigo 6º nº2.

<sup>34</sup> Este artigo trata do consentimento como causa de justificação jurídico-criminal, já que o Código Civil nada estabelece acerca da capacidade de uma criança para consentir num ato médico.

<sup>35</sup> Oliveira, Guilherme de, e Dias Pereira, André, *Consentimento Informado, Centro de Direito Biomédico, Coimbra*, pág. 77.

idade não constitui condição suficiente para consentir, pois tem ainda de ser avaliada a capacidade de discernimento dos jovens, ou seja, os jovens com mais de 16 anos só poderão consentir num ato médico se compreenderem o sentido e o alcance da sua decisão, do tratamento que se realizará, o modo como este se processa, a sua duração, as consequências e os riscos e, até mesmo as consequências de uma eventual recusa do tratamento<sup>36</sup>. Neste seguimento, também André Dias Pereira<sup>37</sup> refere que o legislador português fixou os 16 anos como uma idade de referência, presumindo-se incapazes todos os que não tiverem atingido esta idade. Não significa, contudo, que esteja descartada a possibilidade de, no caso concreto, se considerar o menor de 16 anos capaz após avaliar a existência de discernimento necessário para consentimento. André Dias Pereira vai de encontro ao exposto no artigo 38º n° 3 do CP, sendo exigível aos jovens de 16 ou 17 anos, a verificação cumulativa de dois critérios, nomeadamente a idade e o discernimento necessário, existindo uma presunção legal da capacidade do menor após os 16 anos. O mesmo autor acaba por afirmar que é o discernimento do menor que tem um papel decisivo no reconhecimento da sua capacidade, tendo o médico o dever legal de proceder a uma avaliação dessa capacidade no caso concreto.

Apesar de tudo, esta não é uma posição consensual, divergindo nomeadamente André Teixeira dos Santos<sup>38</sup> e Mafalda Francisco Matos<sup>39</sup>, que consideram que só se procederá a uma

---

<sup>36</sup> Santos, André Teixeira dos, *Do consentimento dos menores para a realização de atos médicos terapêuticos*, pág. 123 e ss.

<sup>37</sup> Pereira, André Dias, *O consentimento informado na relação médico-paciente: Estudo de Direito Civil*, pág. 316 a 320.

<sup>38</sup> Santos, André Teixeira dos, *ob. cit.*, pág. 147 e 148.

<sup>39</sup> Matos, Mafalda Francisco, *O problema da (ir)relevância do consentimento dos menores em sede de cuidados médicos: uma perspetiva jurídico-penal*, pág. 53. A autora afirma também que tal como a maioridade, a capacidade para consentir não se manifesta pura e simplesmente com a idade, isto é, tal discernimento não fica completo no dia em que o jovem adquire 16 anos, não se trata de algo automático e absoluto, adquirindo-se através de um processo progressivo de crescimento, variável para cada criança, pág. 60.

avaliação da existência de discernimento quando já se verifique o cumprimento do primeiro requisito, a idade. Assim, só haverá capacidade para consentir, desde com o discernimento necessário, os jovens entre os 16 e os 18 anos, estando fora da alçada do artigo 38º do CP, os menores de 16 anos. Ou seja, independentemente de possuírem capacidade de discernimento, estes autores afirmam que não é reconhecida capacidade de consentimento aos menores com menos de 16 anos.

No entanto, ao aplicarmos esta posição onde existe uma certa dependência dos dois requisitos, estamos a negar ao jovem com menos de 16 e 17 anos, mas com igual capacidade de discernimento, a possibilidade de exercer o seu direito à autodeterminação, unicamente por não estar cumprido o requisito da faixa etária. Ao se aplicar esta tese, estaremos como que a limitar o âmbito do superior interesse da criança, pois está a ser-lhe recusada o exercício de um direito para o qual ela tem capacidade. Não podemos esquecer que o requisito da capacidade de discernimento é essencial na prestação do consentimento informado, não devendo ser subordinado a um critério demasiado inflexível, como é o caso da idade.

Deve então, como refere e como já mencionado *supra*, André Dias Pereira, ser feita uma avaliação caso a caso, à personalidade da criança, devendo ter-se em conta fatores como a sua maturidade, o tipo de intervenção médica em causa, a sua gravidade e a compreensão do menor das suas consequências.

## 5. RECUSA (INFORMADA) DO TRATAMENTO

No plano dos direitos fundamentais reconhece-se um direito de recusa de tratamento médico, direito que se funda tanto na liberdade de consciência, como no direito a integridade física e moral e na liberdade religiosa (artigos 41º nº 1 e 25º nº 1 da CRP).

Contudo, a capacidade para consentir não implica

necessariamente o poder de recusar um tratamento, especialmente quando se tratar de uma intervenção que possa salvar a vida ou evitar danos graves para a saúde do menor<sup>40</sup>. Assim, regra de obtenção de consentimento informado, para a realização de uma intervenção médica, conhece algumas exceções. A recusa informada corresponde à face oposta do consentimento informado, baseando-se nos mesmos princípios de autorresponsabilização e de liberdade de escolha que se aplicam ao último<sup>41</sup>.

Nos doentes maiores de idade e capazes, é legítima a recusa de determinado tratamento, conforme exposto na Lei de Bases da Saúde - Base XIV<sup>42</sup>: “1. Os utentes têm direito a: b) *Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei*”, complementado pelo artigo 49º do CDOM que refere que “*em caso de perigo de vida de doente com capacidade para decidir, a recusa de tratamento imediato que a situação imponha só pode ser feita pelo próprio doente, expressamente e sem quaisquer coações.*”

Este regime levanta, mais uma vez, questões quando esteja em causa um menor, já que, perante a incapacidade do menor de prestar consentimento, este será prestado pelos pais ou detentores da responsabilidade parental, cujas decisões devem ter como objetivo assegurar o superior interesse da criança, configurando-se como um limite intransponível. No entanto, a sua decisão pode muitas vezes não refletir a opinião do menor. A discordância de opinião entre pais ou representantes legais e o médico acontece quando se considera que as opiniões dos primeiros vão contra os melhores interesses do menor, conforme o artigo 46º nº6 do CDOM.

Quando se trate de uma situação grave e intervenção

---

<sup>40</sup> Coutinho, Máisa Raquel Matias, ob. cit., pág. 34.

<sup>41</sup> Escada, Ana Vide, O Consentimento e a Recusa Informados em Idade Pediátrica, pág. 5.

<sup>42</sup> Lei nº 48/90 de 24 de Agosto (já posteriormente alterada pela Lei nº 5/2014 de 21 de Março), disponível em [http://www.infarmed.pt/documents/15786/1065790/lei\\_48-90.pdf](http://www.infarmed.pt/documents/15786/1065790/lei_48-90.pdf).



premente ou quando os pais ou representantes legais pretendem seguir um tratamento alternativo relativamente ao proposto pela equipa médica e estes considerarem que tal decisão põe em causa a saúde do menor, pode haver a uma compressão das responsabilidades parentais através da solicitação de tal procedimento ao Ministério Público ou, em alternativa, realizar a intervenção/tratamento com base na urgência<sup>43</sup>.

No primeiro caso, obtém-se uma autorização legal, sendo possível realizar intervenções médico-cirúrgicas legítimas, sem a obtenção do consentimento do paciente ou, no caso dos menores de 16 anos, dos representantes legais<sup>44</sup>. Os representantes legais vêm ainda os seus poderes limitados quando não consintam na realização de ato médico num menor de 16 anos, sendo essa intervenção médica indispensável para salvar a vida do menor ou afastar doença grave, pois trata-se de uma atuação contrária aos seus deveres previstos no artigo 1878º do CC.<sup>45</sup>

Como exemplo temos o famoso caso das Testemunhas de Jeová que, por convicções religiosas recusam a realização de uma transfusão sanguínea, que é fundamental para salvar o seu filho menor. Apesar de os representantes legais serem os titulares das responsabilidades parentais, esta recusa é contrária ao superior interesse do menor, já que não parece ser legítimo que os pais priorizem as suas crenças religiosas à própria vida do filho, devendo ser aplicada uma medida limitativa das responsabilidades parentais, nos termos do já referido artigo 46º nº6 do CDOM. Este entendimento estende-se a qualquer religião,

---

<sup>43</sup> No entanto, em certos casos a recusa só se dirige a um determinado tratamento médico mas o paciente (neste caso, o menor capaz) ou os seus representantes legais aceitam tratamentos alternativos. Existe, aqui, uma obrigação das entidades hospitalares de proceder de acordo com a Base XIV nº 1 e) da Lei Bases da Saúde, Lei nº 48/90, de 24 de Agosto.

<sup>44</sup> Estas autorizações legais têm como fundamento a proteção de interesses de terceiros que prevalecem sobre o direito à autodeterminação e integridade corporal do doente, como refere André Dias Pereira, ob. cit., pág. 561.

<sup>45</sup> Pereira, André Dias, ob. cit., pág. 325 a 329.

sobrepondo-se sempre o superior interesse da criança<sup>46</sup>.

O Estado tem o especial dever de desencadear as ações adequadas à proteção da criança, através do Ministério Público. Assim, nos termos do artigo 1918º do CC e da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº 147/99, de 1 de Setembro), o Estado pode e deve intervir sempre que os progenitores ou outros representantes legais ponham em perigo a saúde do menor (nº 1 do artigo 3º da referida lei). Nos termos dos artigos 91º nº1 e 92º nº1 o Ministério Público requer um procedimento judicial urgente após ter tido conhecimento de situações cuja gravidade e urgência impõem uma atuação imediata, em ordem à efetiva proteção da criança.

Nos casos urgentes, onde está em causa uma intervenção imprescindível para salvar a vida, evitar danos irreversíveis ou evitar o sofrimento prolongado da criança, é legítima a atuação do médico na impossibilidade de obter o consentimento dos pais ou dos representantes legais (ou quando haja uma recusa injustificada), ou uma decisão do tribunal em tempo útil, sob pena dessa demora resultar num tal perigo para a vida ou num agravamento do estado de saúde do doente (artigo 156º nº 2 al. a) do CP). Nestas situações o médico deve *“proceder imediatamente à intervenção meramente indispensável em benefício da saúde da pessoa”*<sup>47</sup>. Assim, como refere André Teixeira dos Santos<sup>48</sup> e nos termos do artigo 8º da CDHB, é lícita a atuação do médico

---

<sup>46</sup> O Conselho Nacional da Ética para as Ciências da Vida, pronunciou-se neste sentido no Parecer nº 46, de Junho de 2005, sobre a objeção ao uso de sangue e derivados para fins terapêuticos por motivos religiosos, onde considerou que a autonomia de paciente lhe confere o direito de recusar um tratamentos em virtude das suas convicções religiosas, contudo, esta recusa só deve ser atendida pelo médico quando é o próprio destinatário do tratamento a manifestá-la de modo expresse e livre. Se estiver em causa um menor de idade sem capacidade de discernimento, é aos seus representantes legais que cabe dar a autorização, porém, em caso de recusa, o profissional de saúde deve atuar, administrando os tratamentos adequados ao estado clínico do menor. Parecer disponível em [http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273054487\\_P046\\_ParecerTestemunhasJeova.pdf](http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273054487_P046_ParecerTestemunhasJeova.pdf).

<sup>47</sup> Artigo 8º da CDHB.

<sup>48</sup> Santos, André Teixeira dos, ob. cit., pág. 146.

que realizar uma intervenção imprescindível e urgente para salvar a vida do doente menor, mesmo com a recusa de consentimento pelos representantes legais, podendo o consentimento considerar-se implícito (é a vida do menor que está em causa, podendo desta forma sobrepor-se à vontade dos representantes legais). Não obstante, o consentimento informado deve ser obtido logo que haja viabilidade para tal, assim como, o médico deverá ter de justificar a sua atuação, tendo esta de ser determinante para a preservação da vida ou saúde do menor.

Outro caso de recusa e conseqüente limitação das responsabilidades parentais dar-se-á quando os representantes legais dão preferência a tratamentos e medicinas alternativas<sup>49</sup>, em detrimento dos tratamentos tradicionais. Penso que, os pais têm todo o direito a recorrer a medicinas alternativas, porém se dessa decisão resultar perigo para a vida do menor, deve haver lugar a uma limitação das responsabilidades parentais. Não deve, no entanto, ser vedado o direito a optar pelo tratamento que os pais considerem mais adequado. Se a opção for prosseguir com tratamentos noutra país, deve ser conferida autorização em tempo útil, uma vez que está em causa o direito à vida, que não espera, bem como o direito às participações monetárias do Estado.

Quanto à recusa por parte do menor, a doutrina não é consensual, que o menor que consinta numa intervenção, também a possa recusar.

André Teixeira dos Santos<sup>50</sup> afirma que não se pode tratar estas realidades da mesma forma, pois independentemente da idade do menor, este não tem capacidade para recusar uma

---

<sup>49</sup> Esta solução parte, muitas vezes, do desespero dos pais de tentar encontrar uma solução ou considerarem que existe um tratamento mais adequado, geralmente noutros países. Não poucas vezes, parece partir da falta de esclarecimento na relação médico-paciente não sendo os pais informados e esclarecidos sobre todas as consequências dos tratamentos, assim como da existência de alternativas disponíveis noutros locais e do enraizamento e falta de abertura em reconhecer a falta de eficácia dos protocolos institucionais, sendo tratamentos experimentais ou métodos relativamente novos são logo postos de parte.

<sup>50</sup> Santos, André Teixeira dos, ob. cit. pág. 153.

intervenção que, neste âmbito, é determinante para assegurar a sua saúde ou até a sua vida. Refere também, que não é possível concluir, com segurança, através das normas que garantem a capacidade do menor com capacidade de discernimento, que esta inclua a recusa de tratamento, pelo que prevalecerá a incapacidade.

Já André Dias Teixeira defende que se o menor tem capacidade de discernimento suficiente para compreender a intervenção e as complicações do seu consentimento terá igualmente discernimento para compreender as consequências da sua recusa, tornando-o competente para consentir e dissentir<sup>51</sup>.

Seguindo o entendimento de Mafalda Matos<sup>52</sup> "*não nos parece razoável não permitir que o menor que demonstra toda a sua capacidade não pudesse, encontrando-se, por exemplo, a padecer de um sofrimento profundo, recusar ou fazer cessar o tratamento que se encontra a ser-lhe administrado*". Não faz, por isso, sentido, num dado momento garantir-se o direito à autodeterminação do jovem e no outro retirar-lho sem justificação mais que a sua incapacidade para o recusar.

## 6. CONCLUSÃO

A moderna dogmática da responsabilidade médica vê, assim, no consentimento informado um instrumento que permite, para além dos interesses e objetivos médico-terapêuticos, incrementar o respeito pela pessoa doente<sup>53</sup>. O fim principal do dever de esclarecimento é, por isso, permitir que o paciente faça conscientemente a sua opção, com responsabilidade própria face à intervenção, conhecendo os seus custos e consequências, bem como os seus riscos.

Idade não é sinónimo de maturidade ou vice-versa. Não

---

<sup>51</sup> Pereira, André Dias, ob. cit., pág. 320-321.

<sup>52</sup> Matos, Mafalda Francisco, ob. cit., pág. 125.

<sup>53</sup> Pereira, André Gonçalo Dias, Alguns aspetos do consentimento informado, pág. 170.

é por um jovem completar 16 ou 18 anos que, automaticamente adquire a capacidade de discernimento que a lei presume. O processo de maturação onde as competências pessoais e sociais do jovem se desenvolvem é variável e gradual, dependendo a sua evolução de diversos fatores e experiências que não são semelhantes para cada jovem. Assim, o critério inflexível da idade aplicada indiscriminadamente a todos os jovens menores parece não levar em consideração a individualidade inerente a cada sujeito, muito menos o aclamado superior interesse da criança<sup>54</sup>.

Defendo, deste modo, que todos os sujeitos com menos de 16 anos deveriam estar legitimados a praticar atos de natureza pessoal, após uma avaliação *in casu* da sua capacidade de entendimento e maturidade, desde que, obviamente socialmente considerados no âmbito da sua capacidade natural naquela faixa etária<sup>55</sup>. Assim, independentemente da idade, a criança deve sempre ser ouvida e informada quanto a assuntos que lhe digam respeito, devendo ter uma palavra a dizer, principalmente nesta área, a da saúde, consideração apoiada tanto no artigo 12º da CDC como nos ensinamentos de João Vaz Rodrigues<sup>56</sup>

No entanto, eliminar o requisito da faixa etária seria uma responsabilidade demasiado pesada para pôr sobre os ombros dos profissionais de saúde, devendo antes, a sua importância como requisito ser diminuída, abrindo espaço às avaliações médicas que permitam aferir a capacidade, ou não, de autodeterminação do menor. Este critério não pode ser visto como eliminatório da capacidade de consentimento mas mais como apenas uma idade de referência, fixada pela lei, consistindo numa

---

<sup>54</sup> Parece apenas corresponder aquela limitação aos interesses de certeza e segurança, com que o legislador entendeu dever rodear este instituto, afirma João Vaz Rodrigues, *ob. cit.*, pág. 202.

<sup>55</sup> Claro que, crianças com 6 anos não terão a mesma capacidade natural para decidir se devem ou não ser submetidas a uma intervenção médico-cirúrgica. Não obstante e tal como foi sendo referido ao longo do trabalho, com a progressiva autonomia dos menores, devam ser informadas da mesma, adaptada de acordo com a sua capacidade de compreensão.

<sup>56</sup> Rodrigues, João Vaz, *ob. cit.*, pág. 202.

orientação para o médico, não parecendo tratar-se de uma solução onde o legislador exclui total e automaticamente a capacidade de discernimento de um menor com menos de 16 anos, apenas por não ter alcançado a referida idade.

Este esforço de interpretação das normas referidas neste trabalho, poderia de algum modo ser evitado se estivesse determinado, nos termos do artigo 38º nº3 do CP, a importância dada a cada critério, pois não parece razoável que, por exemplo, se negue a atribuição da autonomia e capacidade de entendimento a um jovem a poucos meses de fazer 16 anos (ou 14 anos, no caso do artigo acabado de referir), apesar de possuir efetivamente aquela capacidade<sup>57</sup>.

Concordando com André Dias Pereira, considero que abaixo da faixa etária estabelecida por lei, os menores se presumem incapazes, o que não invalida que, em cada caso concreto e perante um menor com capacidade de discernimento, este seja considerado competente para consentir. A maturidade do menor deve ter um papel preponderante na determinação da sua capacidade, principalmente, como referi *supra*, em questões vitais como a saúde e a vida do menor.

Assim, ao considerar que o menor já possui capacidade para exercer o seu direito à autodeterminação e consentir autonomamente nas intervenções médicas, também defendo que este possui igualmente capacidade para dissentir.



---

<sup>57</sup> Na verdade, já na Lei da Saúde Mental, Lei nº 36/98, de 24 de Julho, disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=276&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=276&tabela=leis), é possível extrair-se do artigo 5º nº 3 a faculdade de os maiores de 14 anos, com discernimento, poderem decidir sozinhos sobre as intervenções propostas.

## 7. BIBLIOGRAFIA

- ASCENSÃO, José de Oliveira, Direito e bioética, *In: Direito da saúde e bioética*. Lisboa, 1991, pág. 7-38;
- BORELLI, Luis Gustavo Zanini, O consentimento informado, Relatório de estágio de mestrado, Faculdade de Direito, Universidade de Lisboa, 2009;
- COUTINHO, Maísa Raquel Matias, O Consentimento Informado dos Menores nas Intervenções Médicas: Uma nova perspetiva, Tese de Mestrado, Coimbra, 2016;
- ESCADADA, Ana Vide, O Consentimento e a Recusa Informados em Idade Pediátrica, disponível em [http://www.spoftalmologia.pt/wp-content/uploads/2014/07/AnaVideEscadaConsentimento\\_MedicoemIdadePediatriaSPO.pdf](http://www.spoftalmologia.pt/wp-content/uploads/2014/07/AnaVideEscadaConsentimento_MedicoemIdadePediatriaSPO.pdf);
- MATOS, Mafalda Francisco, O problema da (ir)relevância do consentimento dos menores em sede de cuidados médicos : uma perspetiva jurídico-penal, 1ª Edição, Coimbra: Coimbra Editora, 2013;
- OLIVEIRA, Guilherme de, e Dias Pereira, André, Consentimento Informado, Centro de Direito Biomédico, Coimbra 2006, disponível em <http://www.centrodedireitobio-medico.org/files/ConsInfLivroPratico.pdf>;
- OSSWALD, Walter, Limites do consentimento informado, *In: Estudos de direito da bioética*, Coimbra, 2008, p. 151-160. - Vol. 3;
- PEREIRA, André Gonçalo Dias:  
Alguns aspetos do consentimento informado, *In: Anatomia do crime*. Coimbra, 2014. Nº 0 (Jul. - Dez. 2014), pág. 167-185;
- O Consentimento Informado na Experiência Europeia – apresentado no I Congresso Internacional sobre: Os desafios do Direito face às novas tecnologias, Ribeirão Preto, 10 de Novembro de 2010, disponível em

<https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/14549/1/Aspectos%20do%20consentimento%20informado%20e%20do%20testamento%20Vital%20Andr%C3%A9%20Pereira%20Ribeir%C3%A3o%20Preto.pdf>;

O consentimento informado na relação médico-paciente: Estudo de Direito Civil, Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito de Coimbra. Coimbra: Coimbra Editora, 2013;

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

SANTOS, André Teixeira dos, Do consentimento dos menores para a realização de atos médicos terapêuticos, *In: Revista do Ministério Público*. Lisboa, nº 118 (Abr. - Jun. 2009), pág. 123-155.