

Do Regime das Intervenções Médico-Cirúrgicas Arbitrárias no Código Penal Português

Vera Lúcia Raposo

Professora Auxiliar da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (FDUC) -
Centro de Direito Biomédico e Centro de Direitos Humanos da FDUC (vera@fd.uc.pt)
Associada Consultora da Vieira de Almeida e Associados (vlr@vda.pt)

Sumário¹:

Se tradicionalmente o direito criminal punia o médico que não atuava, violando assim o seu dever de cuidado, hoje em dia começa paulatinamente a punir aquele que atua contra a vontade – expressa ou simplesmente presumida – do paciente. Esta nova tendência influencia claramente o Código Penal português, em conformidade com a moderna doutrina dos direitos humanos e o impressionante papel do consentimento do paciente no contexto do ato médico. A isto acresce ainda o recente regime das diretivas antecipadas de vontade, que certamente influenciarão decisivamente a interpretação do tipo de ilícito de intervenções médico-cirúrgicas arbitrárias.

1. O consentimento para atos médicos

1.1. A exigência de consentimento como boa prática médica

Até recentemente a regra clássica na relação médico-paciente permitia ao médico decidir, a seu bel-prazer, que atos médicos iria praticar ou não praticar, sem qualquer necessidade de requerer previamente o consentimento do paciente, nem tão-pouco explicar posteriormente o que fizera. A sua única preocupação era não lesar o corpo, a saúde ou a vida do paciente (e mesmo esta é uma preocupação recente, dado que os médicos gozam tradicionalmente de um estatuto de privilégio face aos danos causados ao paciente, o que levou a que a má prática médica tenha passado ao lado do controlo judicial²), sem qualquer atenção pelo respeito da sua vontade e da sua autodeterminação em matéria de cuidados médicos.

Diferentemente, hoje em dia o consentimento do paciente afirmou-se como uma autónoma *lex artis*³, ou seja, hodiernamente faz parte das boas práticas médicas requerer o prévio consentimento livre e esclarecido do paciente (exceto no que respeita a reclusos, a adultos incapazes internados em hospitais psiquiátricos⁴, no âmbito da medicina do trabalho e

¹ O presente artigo será publicado na Revista Peruana de Ciencias Penales e está a ser divulgado com a autorização dos editores da mesma.

² Vera Lúcia RAPOSO, *Do Ato Médico...*, p. 214.

³ Em geral sobre as *leges artis* vide Vera Lúcia RAPOSO, *Do Ato Médico...* e bibliografia aí citada.

⁴ Vera Lúcia RAPOSO, “O Direito à Vida...”, p. 59 ss.

de doenças infecto-contagiosas), sendo que a violação desta regra de conduta médica acarreta, em si e por si, responsabilidade disciplinar, deontológica e jurídica para o profissional médico, ainda que o paciente não tenha sofrido qualquer dano físico e, bem pelo contrário, haja sido curado do mal que o afligia.

Esta é uma imposição que resulta do respeito pelos mais básicos direitos fundamentais do paciente, enquanto pessoa titular do direito à autodeterminação pessoal e do poder de decidir matérias atinentes ao seu corpo, saúde e mesmo vida, como adiante se verá.

Seguindo esta linha mais inovadora, o ordenamento penal português decidiu criminalizar as intervenções médicas sem consentimento: “Embora o princípio *in dubio pro vita* seja o princípio norteador do nosso direito penal, o certo é que neste artigo 156.º CP o legislador permite que o direito à autodeterminação prevaleça sobre o direito à vida, tal como se conclui pela formulação da norma, que não contem qualquer ressalva face a situações em que a recusa de tratamento conduza o paciente à morte”⁵. Apesar da nota inovadora, esta é uma solução presente em vários ordenamentos penais, seja a título legal (como na Áustria), seja por via de uma interpretação alargada da norma que pune as ofensas corporais, arrastando-a igualmente para atos médicos sem consentimento (como na Alemanha).

Finalmente, sublinhe-se que, em bom rigor, não se trata de um verdadeiro consentimento justificador da ilicitude, mas antes de um acordo, o qual funciona num momento prévio, como causa de atipicidade da conduta⁶. Porém, as exigências que valem para o consentimento valem igualmente para o acordo e, de resto, será a expressão “consentimento” que utilizaremos neste estudo, por ser esta a referenciada pelo legislador penal, mas sublinhando a nota que é de um acordo que se trata.

1.2. A tipificação do artigo 156.º do CP

Entre nós esta incriminação consta do artigo 156.º do CP, que aqui reproduzimos:

Artigo 156.º

Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários

1 — As pessoas indicadas no artigo 150.º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até três anos ou com pena de multa.

2 — O facto não é punível quando o consentimento:

- a) Só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde; ou
- b) Tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar -se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina

Note-se que tratando-se de outros incapazes, tais como adultos com doenças mentais e menores, cabe aos respetivos representantes legais providenciar o consentimento para atos médicos nos mesmos termos em que o prestaria o próprio.

⁵ Vera Lúcia RAPOSO, “Entre a Vida e a Morte...”, p. 116.

Vide ainda Vera Lúcia RAPOSO, “O Direito à Vida na Jurisprudência de Estrasburgo”, p. 59 ss., “Directivas Antecipadas de Vontade...”, p.199/201 e “Self-Determination in the End of Life”.

⁶ Sobre a figura do acordo em direito penal, como causa de atipicidade da conduta, vide, por todos, Manuel da Costa ANDRADE, *Consentimento...*

como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde;

e não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado.

3 — Se, por negligência grosseira, o agente representar falsamente os pressupostos do consentimento, é punido com pena de prisão até seis meses ou com pena de multa até 60 dias.

4 — O procedimento criminal depende de queixa.

Trata-se de uma criminalização contestada durante muito tempo, seja por se entender que toda a intervenção médica destinada a tratar/curar se deve ter por lícita, independentemente de qual seja a vontade do paciente; seja por se considerar que a autodeterminação pessoal poderia ser tutelada pelo crime de ofensas corporais. Porém, ambas as teses estão erradas. A primeira porque é hoje ponto assente que deve ser respeitada a vontade do paciente que não pretende iniciar ou continuar determinado procedimento médico – sob pena de falta deontológica e disciplinar, de ilícito civil e criminal – ainda que muitas vezes lhe seja seriamente prejudicial⁷. “De modo que se impõe a recusa de atos, supostamente médicos, mas que não se destinam mais a prolongar a vida, e sim a prolongar a morte⁸”. A segunda porque, não sendo logicamente impossível que uma mesma norma tutele bens jurídicos distintos, já o é que tutele bens jurídicos que se podem revelar antagónicos entre si, como muitas vezes sucede com a autodeterminação e a vida/integridade física⁹.

1.2.1. Âmbito de aplicação do artigo 156.º do CP

A previsão do artigo 156.º/1 do CP remete para o artigo 150.º do CP (“As pessoas indicadas no artigo 150.º que, em vista das finalidades nele apontadas”), pelo que cumpre perceber previamente o teor desta outra norma.

A definição que nos interessa para este efeito consta do n.º 1 do artigo 150.º do CP, segundo o qual “[a]s intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as *leges artis*, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física”. Trata-se de uma norma destinada a definir a tipicidade de determinada conduta, listando as exigências – todas elas cumulativas – necessárias para que o comportamento em causa não seja considerado típico, ainda que dele advenham danos para o corpo, vida ou saúde do paciente. Logo, não consagra uma causa de exclusão da ilicitude, mas uma causa de exclusão da tipicidade, a qual intervém num momento antecedente àquela outra. Esta é uma norma *sui generis*, que plasma a posição de favor que as profissões de saúde gozam no mundo jurídico. Assim, não se trata de justificar *a posteriori* a ilicitude, muito menos a culpa, mas de, logo à partida, considerar que tal conduta nem típica é. Porém, para que tal suceda, é imperioso que se preencham determinados requisitos¹⁰.

⁷ Eric THIRY, “Procédures Disciplinaires...”, p. 17, 18.

⁸ Assim também Hans Georg KOCH, “O Princípio e o Termo da Vida...”, p. 164.

⁹ Sendo certo que esta é a solução vigente na Alemanha, como nos dá conta Manuel da Costa ANDRADE, “Art. 156.º”, p. 597, 598.

¹⁰ Manuel da Costa ANDRADE, “Art. 156.º”, p. 601, 607 ss.

Primeiro, que se trate de intervenções conformes à medicina institucionalizada e convencional, o que exclui as medicinas alternativas¹¹ e métodos ainda experimentais e não sedimentados na prática clínica.

Em segundo lugar, exigem-se especiais requisitos quanto à qualificação do agente, o qual deverá tratar-se de um médico ou “pessoa legalmente autorizada”, o que remete para o corpo de enfermagem ou, eventualmente, para qualquer outro profissional de saúde autorizado a praticar o ato médico em causa (sendo certo, porém, que não existe entre nós uma definição de ato médico).

Além do mais, o referido ato médico há-de estar de acordo com as boas práticas médicas, as chamadas *leges artis*.

Finalmente, exige-se que o mesmo se destine a um intuito terapêutico em sentido amplo, compreendendo finalidades de cura e tratamento, mas igualmente de diagnóstico e prevenção.

Pois bem, é face a intervenções médicas deste tipo que o artigo 156.º do CP comina a exigência do consentimento do paciente. Numa primeira leitura pareceria que o legislador disse menos do que aquilo que queria, pois não é pensável que só para este tipo de intervenções valha semelhante exigência, mas não já para aquelas outras não abrangidas pelo artigo 150.º, tais como esterilizações, intervenções plástica de caráter puramente estético ou intervenções para mudança de sexo¹². Por lhes faltar o intuito terapêutico exigido pelo artigo 150.º/1 do CP, estes atos são em regra excluídas do âmbito de aplicação da norma e remetidos para a categoria de ofensas corporais, posteriormente justificadas pelo consentimento do paciente. Ou seja, não configuram condutas atípicas, cuja ausência de consentimento do paciente remeta para um crime autónomo de intervenções médico-cirúrgicas arbitrárias (artigo 156.º do CP), mas sim para condutas típicas e ilícitas, como são as ofensas corporais (artigos 143.º e seguintes do CP), cuja ilicitude é excluída mediante o consentimento do paciente, mas que, na falta deste, serão sancionadas a título de ofensas corporais. Logo, o consentimento é um requisito ineliminável de qualquer intervenção médica, esteja ou não abrangida pelo artigo 150.º do CP, variando, porém, a consequência resulta da sua ausência: em alguns casos será de uma ofensa corporal que se trata, noutros de uma intervenção médico-cirúrgica arbitrária.

1.2.2. O bem jurídico tutelado

O bem jurídico em causa não é, de todo, a vida ou a integridade física, bens jurídicos estes que, pelo contrário, podem até sair lesados com a criminalização desta conduta, mas sim a autodeterminação¹³, como se comprova pela inclusão deste tipo de crime no capítulo dos crimes contra a liberdade pessoal.

O que não implica que a integridade física esteja completamente arreigada desta equação, pois na verdade os atos médicos tidos em vista no artigo 156.º do CP são precisamente aqueles que, de alguma forma, representam uma invasão da integridade física do cidadão. Tanto assim é que as intervenções que violem a autonomia pessoa, porque praticadas sem consentimento, mas não violem a integridade física (por exemplo, um exame médico a

¹¹ A aplicação do regime do artigo 150.º do CP às referidas medicinas alternativas não resulta do próprio enunciado da norma, porém, foi expressamente cominada por outro preceito, o qual consta da Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais, a Lei n.º 45/2003, de 22 de Agosto.

¹² Elencando estes exemplos, Manuel da Costa ANDRADE, “Art. 150.º”, p. 465/469 (ainda que alguma doutrina conteste a exclusão destes atos médicos do âmbito normativo do artigo 150.º CP).

¹³ Manuel da Costa ANDRADE, “Art. 156.º”, p. 599/601.

material biológico do paciente existente fora do seu corpo) não preenche o tipo de ilícito do artigo 156.º do CP¹⁴. Existe, certamente, uma violação de direitos fundamentais, eventualmente um prática criminosa relacionada com a proteção de dados pessoais e a privacidade, mas não uma violação da autodeterminação reconhecida no artigo 156.º CP, que se restringe à liberdade de decisão em matérias relacionadas com o corpo e a saúde.

A autodeterminação do paciente assume duas vertentes: por um lado, impõe a criminalização dos atos médicos praticados sem ou contra a sua vontade; por outro lado, impede a criminalização (a título de violação da autodeterminação pessoal, sem prejuízo de poder daqui advir uma sanção derivada da violação da vida ou da integridade física) dos atos praticados por médicos que respeitem a vontade do paciente.

Não se deduza, desta segunda dimensão, uma qualquer abandono da tutela jurídica do bem “autodeterminação pessoal”. Bem pelo contrário, ao consentir em determinado ato médico o paciente está a realizar, de forma mais plena e completa, a sua liberdade pessoal. Daí que não estejamos perante um consentimento que exclui a ilicitude, mas sim perante um acordo que exclui a tipicidade¹⁵.

“Hemos visto que la aquiescencia del supuesto sujeto pasivo de la conducta legalmente típica tiene por efecto, ora dar lugar a la atipicidad de la conducta del tercero que opera dentro de sus límites, ora dar lugar a la justificación de la misma. Lo primero sucede cuando la conducta es ejercicio de la disponibilidad tutelada por la norma; lo segundo cuando el ejercicio de esa disponibilidad se quiere que sólo se halle en manos del propio sujeto y terceros sólo en la estricta medida del consentimiento del sujeto, revocable en cualquier momento, es decir, cuando no se tolera un compromiso para el futuro”¹⁶.

1.3. O consentimento expresso

O consentimento tornou-se um elemento tão crucial na legitimidade do ato médico que intervenções praticadas contra – ou mesmo sem – o mesmo são tidas como condutas criminosas, ainda que daí advenha uma vantagem para o paciente, inclusive quando se encontrasse em risco de morrer e tal perigo tenha sido afastado pelo médico. Mesmo neste contexto o nosso legislador entende que tal prática atenta contra a autodeterminação pessoal do paciente, pelo que a criminalizou no artigo 156.º/1 do CP - que estipula que “as pessoas indicadas no artigo 150.º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até três anos ou com pena de multa” – mantém a sua aplicação.

O consentimento do paciente apenas permite afastar lesões à autodeterminação do paciente, não já a outros bens jurídicos potencialmente em causa. Por outras palavras, o consentimento não funciona como carta-branca para o médico atuar como bem entenda e sair ilibado de todos os danos que venha a causar, pois trata-se de distintas violações¹⁷.

¹⁴ Cfr. Manuel da Costa ANDRADE, “Art. 156.º”, p. 602. Segundo o autor, é de exigir uma “ligação directa e imediata com o corpo do paciente” (p. 604).

¹⁵ Manuel da Costa ANDRADE, “Art. 156.º”, p. 601, 607 ss. Para uma explicação mais detalha desta distinção *vide*, do mesmo autor, *Consentimento...*

¹⁶ Eugenio Raúl ZAFFARONI, *Tratado de Derecho Penal...*, p. 521.

¹⁷ Como referiu o Tribunal de Relação de Lisboa, “ainda que houvesse indícios suficientes de que os arguidos iniciaram o tratamento da assistente com o consentimento esclarecido dela, isso não significaria que dispunham de carta-branca para realizar esse tratamento sem o rigor, a cautela, a diligência e a perícia que ele exigia ou que estivessem a coberto de qualquer responsabilidade pelos erros ou omissões em que incorressem nesse tratamento” (TRL, acórdão de 18/12/2007, processo n.º 5965/2007-5).

Mas, e por outro lado, a ausência de consentimento não pode ser colmatada pelo facto de o médico ter melhorado o estado de saúde do paciente, ou mesmo salvo a sua vida¹⁸. Há quem sustente que sim, alegando que a função do médico é sempre curar/tratar o paciente, ainda que sem consentimento deste¹⁹. Esta posição funda-se no princípio geral de *favor vitae* que perpassa o ordenamento jurídico português, e que não contestamos. Mais concretamente, deriva da norma do artigo 154.º/3/b do CP, segundo a qual não comete o crime de coação aquele que atua para evitar um suicídio ou a prática de facto ilícito típico, sendo que daqui se pretende retirar que o médico tem uma obrigação de atuar, pelo menos quando se trata de salvar a vida do paciente. Porém, esta norma está longe de ter o significado que lhe querem imputar. Como se sabe, muito raramente o direito penal impõe condutas (os crimes de omissão pura e impura são a exceção), dado que em regra trata-se de proibir comportamentos. O artigo 154.º/3/b do CP apenas pretende esclarecer que a pessoa (médico ou outra) que coaja outrem para evitar que este se suicide, ou que cometa qualquer outro facto ilícito, não compete o crime de coação, mas sem que daqui decorra a obrigação de atuar em tal sentido. Contudo, ainda que se entendesse que a norma impõe uma tal obrigação, mesmo assim seria inaplicável no contexto em análise, dado que só vale para suicidas, sendo que a recusa de atos médicos, inclusivamente daqueles que se revelam *life saving*, não pode ser considerada uma tentativa de suicídio.

Assim, será uma conduta criminosa aquela do médico que salva a vida do paciente agindo contra o consentimento expresso deste, sem o devido consentimento, sem que este seja informado dos aspetos do ato médico considerados relevantes no caso concreto ou então, estando o paciente inconsciente, quando haja motivos fundados que impeçam que se presuma o consentimento do paciente.

Quando se verifica todos este circunstancialismo e, além do mais, o médico acabe por lesar a vida, corpo ou saúde do paciente por força de uma violação culposa das *leges artis*²⁰, além do crime de intervenções médico-cirúrgicas arbitrárias desponta ainda uma prática criminosa relativa à ofensa dos bens jurídicos “vida” ou “integridade física” do paciente.

Doutrina credenciada em Portugal defende que, apesar destas duas ocorrências criminosas, o agente não será punido por ambas em cúmulo jurídico, dado que a violação à autodeterminação pessoal seria consumida pela violação corporal, pelo que só esta última subsistiria. Segundo Costa Andrade, “[u]ma acção que realiza o tipo do artigo 156º não pode preencher o tipo das ofensas corporais. Isto tanto vale para as ofensas corporais dolosas como para as ofensas corporais negligentes, s.c. provocadas por violação das *leges artis*. Isto porque

¹⁸ Vera Lúcia RAPOSO, “Directivas Antecipadas de Vontade...”, p. 198/204 e ainda “Entre a Vida e a Morte...”, p. 125 ss.

¹⁹ Teresa Quintela de BRITO, “Responsabilidade Penal dos Médicos...”, p. 403 ss., 408 ss. e “Interrupção de Alimentação...”, p. 584. Ainda Teresa Quintela de BRITO, et al., “Crimes Contra a Vida...”, p. 58 ss.

²⁰ Esta última referência assume importância decisiva, dado que ofensas no corpo, vida ou saúde que não resultem de violações culposas das *leges artis* (culpa e ilicitude) não são consideradas faltas médicas, mas sim meros erros médicos, ou até incidentes adversos, que não assumem relevo jurídico, nem civil nem criminal. De facto, faltando o preenchimento dos requisitos da ilicitude e da culpa não se pode afirmar a existência de um crime (nem pedir uma compensação/indemnização em sede de processo cível). Sobre os pressupostos da responsabilidade criminal (e civil) médica, veja-se, Jorge de Figueiredo DIAS Jorge Sinde MONTEIRO, *Responsabilidade Médica em Portugal*; M. GÓMEZ JARA, *La Responsabilidad Profesional Sanitaria...*; J. A Esperança PINA, *A Responsabilidade dos Médicos...*; Gianfranco IADECOLA, Marco BONA, *La Responsabilità dei Medici...*; Vera Lúcia RAPOSO, *Do Ato Médico...*, especialmente p. 45/145; Duarte Nuno VIEIRA, Vera Lúcia RAPOSO, “Professional Medical Responsibility...”, p. 189/207.

a violação das *leges artis* afasta sem mais a subsunção nas Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários. E, por princípio, converterá o facto em ofensa corporal negligente, a que se aplicará, nomeadamente, o disposto no n.º 2, al. A), do artigo 148.º²¹. Não se contesta que, neste cenário, o que sobressai é a lesão à vida ou à integridade física. Mas sem que tal possa escamotear a violação ocorrida num outro bem jurídico, totalmente distinto e criminalmente autonomizado, que pode até assumir maior relevo para o paciente do que a lesão física que sofre, especialmente quando esta seja de diminuta gravidade e, ao invés, a intervenção médica fosse repudiada pelo paciente por atacar valores e convicções pessoais que conformam a própria pessoa que o paciente é²².

1.4. O consentimento presumido

Todavia, a regra do consentimento que acima expusemos perde muito do seu sentido se considerarmos a frequência com que o profissional de saúde se depara com pacientes temporariamente incapazes de exprimir a sua decisão (apenas nos referimos a incapacidades temporárias, dado que tratando-se de incapacidades permanentes a pessoa será assistida por um representante legal ou, na falta deste, será nomeado um pelo tribunal). Quando assim seja certamente que o médico não poderá ser condenado por atuar sem o prévio consentimento informado (note-se que nos referimos a casos em que o consentimento não pode existir e não àqueles em que o paciente recusou o tratamento mas o médico pretende ignorar a recusa). Porém, sentiu-se necessidade de prever uma forma de contextualizar a sua atuação.

Isto mesmo foi reconhecido no n.º 2 do artigo 156.º do CP, ao determinar que, na impossibilidade de obter o consentimento expresso do paciente, pode o médico atuar, presumindo a existência do consentimento, desde que este só possa ser obtido à custa de “perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde”, ou quando o consentimento tenha sido prestado para determinado ato médico, mas no decurso do mesmo outro tipo de intervenção se torna necessário, sob pena de colocar em risco a vida, corpo ou saúde do paciente.

Uma importante distinção assoma entre as duas hipóteses elencadas. Na primeira hipótese – ausência de consentimento e período incerto de espera para o obter - exige-se a presença de um perigo qualificado para o corpo e para a saúde, mas um perigo simples para a vida; ao passo que na segunda hipótese – consentimento prestado para um ato médico determinado e que agora se pretende estender a outro distinto – tal diferenciação já não se verifica. Todavia, o facto de não se exigir a gravidade do perigo não significa que qualquer remoto perigo possa ser invocado para permitir atuar sem expresso consentimento do paciente, especialmente tratando-se de intervenções não urgentes. Mas claro que não será de admitir quando esse perigo seja meramente potencial e a intervenção não seja urgente. Em particular, deve interromper-se a intervenção quando os efeitos que derivem da sua continuação sejam pelo menos tão graves como os danos que possam advir da respetiva repetição.

Porém, estas duas possibilidades de atuação, nos termos supra descritos, apenas subsistem na medida em que “não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado”. Esta ressalva pretende definir o critério

²¹ Manuel da Costa ANDRADE, “Art. 156.º”, p. 393.

²² Vera Lúcia RAPOSO, “Entre a Vida e a Morte...”, p. 170, 171.

orientador da delimitação do consentimento presumido, o qual deve ser o melhor interesse do paciente, tal como este próprio o avalia, o que nem sempre coincide com o melhor bem do paciente, objetivamente considerado. Significa isto que o médico não poderá presumir que o paciente consentiria se, porventura, motivos fortes e consistentes levarem a concluir que o paciente teria recusado, por mais irracional e ilógica que seja essa vontade presumida. Segundo Costa Andrade, “a recusa do tratamento não está limitada pela cláusula dos bons costumes, nem por qualquer sucedâneo que apele v.g., para razão ou a aprovação moral”²³.

Uma atuação fundada no consentimento presumido que venha a ser contestado em tribunal implica que se demonstre a existência das circunstâncias (escritos prévios, depoimentos de amigos e familiares, comportamentos anteriores do paciente, a religião que professa) que deveriam ter impedido a presunção. Nem sempre será fácil de levar a efeito esta demonstração judicial, tanto mais que não é prova bastante a suposição razoável de que o consentimento seria recusado, sendo necessário demonstrar a grande probabilidade (porque é no campo das probabilidades que nos movemos) da recusa. Quando tal prova não seja feita deve o tribunal absolver o médico, não apenas por força do princípio *in dubio pro reo*, mas igualmente com base no princípio *in dubio pro vita*²⁴.

1.5. O consentimento esclarecido

O consentimento que materializa o pressuposto da atuação lícita do médico deverá ser livre, esclarecido e sem erros, aquilo a que na doutrina do direito médico se designa de consentimento informado²⁵.

É o próprio ordenamento criminal que, no seu artigo 157.º do CP, impõe o esclarecimento do paciente para que se considere não preenchido o tipo de ilícito do artigo 156.º/1 do CP²⁶.

De pouco valeria o consentimento prestado pelo paciente se este não dispusesse das informações necessárias para poder ponderar e decidir, daí que a exigência de requerer previamente o dito consentimento seja complementada pela exigência cumulativa de fornecer ao paciente as informações consideradas relevantes no caso concreto, utilizando para tal uma linguagem que este possa compreender. Muito menos poderá o médico recorrer à artimanha e à mentira para induzir o consentimento do paciente²⁷.

O médico só ficará desobrigado desta exigência quando o conhecimento das informações em causa, nomeadamente do estado clínico e respetivo prognóstico, possa, com grande probabilidade, causar danos graves ao paciente e perturbar o seu processo de recuperação. Contudo, esta é uma salvaguarda que se pretende necessariamente excepcional. Certamente que a maior parte dos pacientes ficará alterado ao saber da gravidade do seu estado de saúde, mas tal circunstância não é suficiente para fazer funcionar esta exceção terapêutica, sob pena de desvirtuar a exigência legal de consentimento informado.

²³ Manuel da Costa ANDRADE, “Art. 156.º”, p. 604.

²⁴ Vera Lúcia RAPOSO, “Directivas Antecipadas de Vontade...”, p. 201, “Entre a Vida e a Morte...”, p. 118 e *Do Ato Médico...*, p. 172.

²⁵ Cfr. Manuel da Costa ANDRADE, “Art. 157.º”, p. 394/400; Giulia SANDOR, “Obbligo di Informazione Medica...”, p. 529 ss.

²⁶ Sendo certo que semelhante imposição consta também de algumas leis ordinárias, como por exemplo a Lei de Bases da Saúde, que dispõe que “os utentes têm o direito de ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado” (Base XIV, n.º 1 al. e)), bem como no CDOM.

²⁷ ERS, *Consentimento Informado...*, p. 28.

1.6. O consentimento de menores

O grande problema que o consentimento de menores de idade²⁸ suscita no ordenamento jurídico português radica numa incongruência legal, ainda não resolvida pelo nosso legislador. É que, e por um lado, de acordo com ordenamento civil, a idade a partir da qual se pode assumir direitos e obrigações, logo, consentir, fixa-se nos 18 anos enquanto idade da maioridade legal. Ao invés, dispõe o ordenamento criminal que a idade para prestar consentimento, na qualidade de causa de justificação da ilicitude criminal, é de 16 anos. Logo, quem deve prestar o consentimento para atos médicos praticados em menores entre 16 e 18 anos?

Segundo cremos, bons motivos despontam para que a idade do consentimento se fixe nos 16 anos, tanto mais que se trata aqui de uma decisão com íntimas repercussões sobre as convicções mais íntimas e pessoais, que pode inclusivamente ser considerada uma questão de liberdade de consciência. Não apenas traduz um direito fundamental da pessoa (artigo 41.º da Constituição da República Portuguesa, CRP) como, de acordo com o artigo 1886.º do Código Civil (CC), materializa um domínio de decisão que cabe a qualquer maior de 16 anos, não já aos seus pais²⁹. Porém, esta opinião, que defendemos de *iure condendo*, ainda não tem sustento suficiente no atual quadro legal, pelo que se considera mais prudente, à luz da lei vigente, que o profissional de saúde procure obter um consenso entre o menor (dos 16 aos 18 anos) e os pais ou outros representantes legais.

Esta é também a solução propugnada para menores de 16 anos. Embora a lei seja clara em atribuir o poder decisório aos pais ou representantes legais, cremos que, pelos motivos supra citados, deve o menor ser envolvido na decisão e, se possível prestar igualmente o seu consentimento³⁰, especialmente tratando-se de menores com capacidade de compreender a situação³¹.

O problema tem-se colocado, essencialmente, quando os progenitores, na veste de representantes legais, recusam o ato médico adequado, e mesmo imprescindível, ao bem-estar do menor, como sucede frequentemente com a recusa de transfusões sanguíneas por parte de testemunhas de Jeová. No seu parecer 46/CNECV/2005 o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) entendeu que o médico não deve proceder à transfusão desde que a vontade do paciente se manifeste nesse sentido, mas tão-só quando tal vontade seja manifestada pelo próprio. Diferentemente, no que respeita a recusas proferidas pelos pais face ao tratamento de filhos menores, ou à recusa de representantes legais de doentes portadores de anomia psíquica, a vontade dos pais e dos representantes legais está sempre condicionada pelo respeito do princípio da beneficência³². Assim, não comete o crime de tratamento arbitrário o médico que atue contra a vontade daqueles, desde que para preservar a vida ou saúde do paciente, pois que “a liberdade do corpo ou da própria vida é uma liberdade pessoal, que não se comunica ao representante legal, nem é violada por contrariar a vontade do

²⁸ Sobre o consentimento dos menores, Rita Fonseca MARQUES, Patrícia Trindade GONÇALVES, “A Recusa de Transfusão...”, p. 96/98.

²⁹ André Dias PEREIRA, “Novos Desafios...”.

³⁰ Também neste sentido Markus PARZELLER, et al. „Patient Information...”, p. 7 (colocando até o limite mínimo nos 14 anos).

³¹ Esta é também a solução defendida pelo artigo 46.º/3 do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CDOM) e pelo artigo 12.º da Convenção sobre os Direitos da Criança quando se trate de decidir questões relevantes para a sua vida.

³² Vera Lúcia RAPOSO, “Directivas Antecipadas de Vontade...”, p. 207, 208.

representante”³³ (falamos aqui de representantes legalmente indicados, pois solução diferente vale para representantes eleitos pelo próprio paciente, no exercício da sua autonomia pessoal, como sucede com os Procuradores de Cuidados de Saúde de que falaremos adiante).

2. O regime do Código Penal português

O CP apresenta um regime quase esquizofrénico quanto à questão das decisões em fim de vida, cuja exata compreensão exige o correto enquadramento da figura do consentimento informado na atual doutrina do direito médico e dos direitos humanos. Assim, ao lado da tradicional proibição de práticas eutanásicas (ainda que aqui, e como veremos, com várias brechas) afirmou-se a ideia do mais profundo respeito pelo consentimento informado do paciente.

Significa isto que à própria pessoa é reconhecida uma margem de liberdade sem paralelo no comportamento de terceiros intervenientes³⁴ – médicos, familiares –, os quais facilmente se arriscam a uma condenação criminosa em matéria de decisões em fim de vida.

2.1. A eutanásia no CP

A eutanásia³⁵ pode ser classificada como “o auxílio prestado, de acordo com a sua vontade, real ou presumida, a uma pessoa severa e irrecuperavelmente enferma, no sentido de lhe permitir uma morte em condições que o enfermo reputa, ou há razões para presumir que repute, humanamente dignas”³⁶.

Porém, este termo aparentemente uniforme encerra, na verdade, uma pluralidade de sentidos. Assim, poderemos ter uma eutanásia ativa direta, ativa indireta ou passiva, sendo que a cada uma delas o legislador penal português reconhece diferentes consequências jurídicas.

Diferente de todas estas práticas é a ortotanásia, isto é, a proibição do prolongamento artificial da vida quando o paciente já iniciou o processo de morte³⁷. Uma vez que a ortotanásia exprime o reconhecimento da finitude humana e das limitações com que a medicina ainda se depara, é usualmente considerada como boa prática médica e assim foi efetivamente reconhecida pelo artigo 59.º/3 do CDOM³⁸. Afinal, “a dignidade humana não é a manutenção do tempo de vida a todo o custo e a qualquer preço”³⁹.

³³ Manuel da Costa ANDRADE, “Art. 156.º”, p. 603.

³⁴ Sublinhando esta dualidade de regimes de proteção da vida, Helena MORÃO, “Eutanásia Passiva...”, p. 54/62.

³⁵ Cfr. Teresa Quintela de BRITO, “Responsabilidade Penal dos Médicos...”, p. 399 ss.; Susana SANZ CABALLERO, “El Comienzo y el Fin de la Vida Humana...”, p. 168, 169; Vera Lúcia RAPOSO, “Self-Determination...”.

Sobre a distinção entre as várias formas de eutanásia, Susana SANZ CABALLERO, “El Comienzo y el Fin de la Vida...”, p. 168 ss.; Maria Elisa VILLAS-BÓAS, “A Ortotanásia...”, p. 62 ss.; Vera Lúcia RAPOSO, “Self-Determination in the End of Life...”, “Directivas Antecipadas de Vontade...”, p. 184/192 e ainda “Entre a Vida e a Morte...”, p. 122 ss.

³⁶ Jorge de Figueiredo DIAS, “Antes do Artigo 131.º”, p. 19.

³⁷ Gustavo Nader MARTA, Samir Abdallah HANNA, João Luis Fernandes da SILVA, “Cuidados Paliativos e Ortotanásia”, p. 58/60; Vera Lúcia RAPOSO, “Directivas Antecipadas de Vontade...”, p. 191/192 e ainda “Entre a Vida e a Morte...”, p. 123 ss.

³⁸ Recorde-se que o princípio da beneficência “inclui o alívio de sintomas e sofrimento, a restauração da saúde e da função orgânica e o impedimento ou atraso da progressão da doença, em suma, a melhoria da qualidade de

Com oposto da ortotanásia surge-nos a distanásia⁴⁰, que expressa a futilidade e o encarniçamento terapêutico, em suma, a manutenção de atos médicos até um extremo tão infundado que se pode questionar se ainda é de medicina que se trata.

A condenação desta prática começa a ser unânime, quer no mundo jurídico, quer no mundo médico, como resulta do artigo 59.º/3 do CDOM, ao afirmar que “o uso de meios extraordinários de manutenção de vida deve ser interrompido nos casos irrecuperáveis de prognóstico seguramente fatal e próximo, quando da continuação de tais terapêuticas não resulte benefício para o doente”. Referimo-nos a manobras de reanimação cardiopulmonar em doentes em fim de vida; medidas de suporte avançado de vida em doentes em estado vegetativo persistente; utilização de intervenções agressivas e invasivas como a hemodiálise, a quimioterapia e a cirurgia em doentes com doença incurável e sem condições razoáveis de recuperação ou mesmo, dependendo da situação concreta (pois que a exata qualificação do que seja o encarniçamento terapêutico depende do caso concreto, do estado clínico do paciente e da sua própria personalidade), à simples administração de antibióticos⁴¹.

“A adequação de qualquer ato médico deve ser apurada pelo melhor juízo do médico responsável, fundado nas *leges artis* e na ideia do maior bem para o paciente. Nesta avaliação o princípio orientador deve ser o seguinte: não faz parte dos fins da medicina prolongar a vida biológica a qualquer preço sem ter em conta a sua qualidade”⁴².

2.2. Eutanásia ativa direta

A eutanásia ativa direta⁴³ traduz a prática de atos (em regra, administração de medicamentos ou outras substâncias) que visam diretamente causar a morte ao paciente, ainda que não para lhe causar sofrimento mas, ao invés, para o poupar ao sofrimento maior da doença que o assaca.

Porém, e não obstante a motivação do agente, o artigo 57.º/2 CDOM repele esta prática⁴⁴. Paralelamente, a maior parte dos sistemas jurídicos ainda denota algum temor em considera-la legítima. Assim, no ordenamento penal português a eutanásia ativa arrisca-se a ser considerada um homicídio, embora provavelmente na sua modalidade privilegiada, tal como o homicídio a pedido da vítima (artigo 134.º CP) ou mesmo um homicídio privilegiado (artigo 133.º CP).

vida do doente. O prolongamento da vida do doente, por si só, apenas se justifica se for acompanhado por um benefício para aquele” (António Vaz CARNEIRO et al., “Relatório sobre o Estado Vegetativo Persistente”, p. 13. Também defendendo esta posição, David RODRÍGUEZ-ARIAS, *Una Muerte Razonable ...*, p. 17/21.

³⁹ Vera Lúcia RAPOSO, “Entre a Vida e a Morte...”, p. 123. De seguida acrescentámos ainda: “Enfim, pode sê-lo se o paciente expressamente assim o desejar, embora mesmo neste contexto o médico deva avaliar a situação concreta e ponderar se o pedido do paciente não vai contra a boa prática médica, na medida em que o levaria a praticar distanásia. Ou mesmo apreciar se os meios terapêuticos aplicados àquele paciente se revelam totalmente ineficazes, ao passo que seriam úteis, e mesmo indispensáveis, para outro paciente cujo estado clínico permita a recuperação. Mas quando é o próprio paciente que recusa determinado ato médico, então, nem se torna necessário entrar em avaliações desta ordem”.

⁴⁰ Vera Lúcia RAPOSO, “Directivas Antecipadas de Vontade...”, p. 191 e ainda “Entre a Vida e a Morte...”, p. 124,125 ss.

⁴¹ Vera Lúcia RAPOSO, “Directivas Antecipadas...”, p. 184 e “Entre a Vida e a Morte”, p. 124, 125.

⁴² Vera Lúcia RAPOSO, “Entre a Vida e a Morte”, p. 125. Também neste sentido, C. BOUZA-ÁLVAREZ, “Medidas de Suporte Vital...”, p. 157.

⁴³ Vera Lúcia RAPOSO, “Entre a Vida e a Morte”, p. 130, 131.

⁴⁴ “Ao médico é vedada a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia”

Porém, algumas vezes têm vindo a defender que a conduta do médico que assim atue possa não ser punida, seja por força do conflito de deveres com causa de exclusão da licitude (artigo 36.º CP)⁴⁵, do estado de necessidade desculpante enquanto causa de exclusão da culpa (artigo 35.º/1 CP) ou da dispensa de pena⁴⁶.

Embora já nos tenhamos pronunciado por diversa vezes a favor da eutanásia ativa direta solicitada pelo paciente⁴⁷, essa é uma posição que apenas podemos sustentar em sede de direito a constituir, pois que à luz do direito constituído é patente que se trata de uma prática criminosa, conquanto possam posteriormente intervir causas de exclusão da ilicitude ou da culpa.

2.3. Eutanásia ativa indireta

O que distingue a eutanásia ativa indireta⁴⁸ da anterior modalidade é o facto de a intenção que move o médico ser aliviar o sofrimento do paciente (imagine-se a sedação em doentes terminais), surgindo a morte como consequência previsível, mas não desejada.

O enquadramento médico e jurídico é ainda muito controvertido.

Em termos deontológicos não parece que a proibição do artigo 57.º/2 do CDOM se lhe aplique e, pelo contrário, pode até entender-se que o artigo 58.º/1 do CDOM a admite, na parte em que determina que “o médico deve dirigir a sua ação para o bem-estar dos doentes, evitando utilizar meios fúteis de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício”.

No plano jurídico-criminal duas posições assumem prevalência, ambas no sentido da não punição do agente.

A mais moderada defende que se trata de um homicídio privilegiado cuja ilicitude é posteriormente afastada, seja por via do consentimento do agente, seja por via do estado de necessidade justificante, com base na ideia de que a proteção devida ao bem jurídico-criminal “vida” apenas pode ser afastada num segundo momento, mediante a intervenção de uma causa que exclua a ilicitude da conduta⁴⁹.

A tese mais radical – e atualmente dominante – inclina-se para a atipicidade da conduta, por não a considerar incluída no âmbito de proteção de nenhum dos tipos legais de homicídio, uma vez que qualquer desses tipos legais pressupõe, como seu elemento típico, a intenção de matar outrem, o que aqui não sucede, dado que continuamos em presença de uma intenção terapêutica⁵⁰. Por conseguinte, a adequação social da conduta torna-a lícita ou, como sustenta o professor Figueiredo Dias, “o sentido social da conduta conduz a que ela deva ser tida como atípica”⁵¹.

Pela nossa parte, cremos que são as próprias boas práticas médicas - as denominadas *leges artis*⁵² - que fundamentam a licitude desta conduta, na medida em que é contra o espírito

⁴⁵ Teresa Quintela de BRITO, “Responsabilidade Penal dos Médicos...”, p. 402 (embora à partida Quintela de Brito se oponha a estas práticas, por entender que o dever de garante do médico subsiste em qualquer situação).

⁴⁶ Jorge de Figueiredo DIAS, “Dos Crimes Contra a Vida”, p. 46.

⁴⁷ Vera Lúcia RAPOSO, “O Direito à Vida...”, p. 59 ss., “Directivas Antecipadas...”, p. 171 ss. e “Entre a Vida e a Morte”, p. 115 ss.

⁴⁸ Vera Lúcia RAPOSO, “Entre a Vida e a Morte”, p. 131/133.

⁴⁹ Dando conta destas posições, Jorge de Figueiredo DIAS, “Antes do Artigo 131.º”, p. 31.

⁵⁰ Manuel da Costa ANDRADE, “Art. 134.º”, p. 115 ss.

⁵¹ Jorge de Figueiredo DIAS, “Antes do Artigo 131.º”, p. 32.

⁵² Vera Lúcia RAPOSO, *Do Ato Médico...*, p. 45 ss.

da atividade médica o prolongamento da existência física à custa do sofrimento e humilhação do paciente.

Porém, para que assim seja – isto é, para que a conduta do médico esteja conforme às *leges artis* e, conseqüentemente, não seja uma atividade criminosa - é necessário que se verifiquem alguns requisitos. Desde logo, o referente ao motivo primordial que norteia a conduta do médico, o qual terá necessariamente como intuito a minoração do sofrimento do paciente⁵³. Depois, exige-se ainda que no caso concreto o paciente esteja sujeito a intenso sofrimento. Um requisito muito controvertido prende-se com o estado de saúde do paciente, nomeadamente, saber se será de exigir que a morte seja um fim inevitável a muito curto prazo. A situação dos pacientes moribundos é relativamente consensual, mas o mesmo não sucede em relação a pacientes que, apesar de sujeitos a esse grau de sofrimento, poderão sobreviver mais alguns anos⁵⁴. Contudo, a doutrina mais reputada em Portugal tem defendido esta segunda possibilidade⁵⁵ desde que se funde no consentimento, expresso ou implícito, do paciente, posição que é também a nossa.

2.4. Eutanásia passiva

O que caracteriza a eutanásia passiva é o facto de nesta a morte do paciente ser provocada pela omissão do médico que, ao não iniciar, ou mais tarde suspender, determinado ato médico, permite que o processo de morte desencadeado pela doença que assola o paciente siga o seu curso até ao final.

Nestes casos o médico arrisca-se a ter a sua conduta punida pelo crime de recusa de médico (artigo 284.º do CP) ou, caso se entenda que sobre o médico recai um dever de garante, a título de homicídio a pedido da vítima por omissão (artigos 10.º e 134.º CP), homicídio privilegiado por omissão (artigos 10.º e 133.º CP) ou homicídio simples por omissão (artigos 10.º e 131.º CP).

Uma questão pertinente consiste em identificar a existência do dever de garante no presente contexto. Como já deixámos escrito, é nosso entendimento que só em casos excepcionais (médico que encontra alguém caído na rua, por exemplo) se pode afirmar que o médico não atuava imbuído do dever de garante. Ultrapassada a posição restritiva da doutrina tradicional, que fundava tal dever na lei, no contrato e na ingerência, sabemos hoje que o dever de garante resulta de uma pluralidade de fontes⁵⁶, desde logo, da confiança que o paciente deposita sobre o médico que o segue, independentemente de o fazer ao abrigo de um contrato, num hospital privado, ou sob a chancela dos deveres de prestação do estado, no âmbito de um hospital público⁵⁷.

A questão consiste então em saber quando cessa o referido dever de garante do médico. É que qualquer das práticas criminosas acima mencionadas apenas subsiste na medida em que o paciente não se ponha à intervenção médica, pois, caso tal ocorra, a vontade do paciente sobreleva a imposição jurídica de atuar. Não obstante doutrina minoritária ente

⁵³ Como sublinha Manuel da Costa ANDRADE, “Art. 134.º”, p. 115, 118, a morte só pode ser desejada, no mínimo, a título de dolo necessário ou de segundo grau.

⁵⁴ Admitindo a atipicidade da conduta em qualquer destas duas hipóteses, Manuel da Costa ANDRADE, “Art. 134.º”, p. 115, 118, 119.

⁵⁵ Manuel da Costa ANDRADE, “Art. 134.º”, p. 119, e “Art. 156.º”, p. 605, 606, seguindo assim Jorge de Figueiredo DIAS, “Antes do Artigo 131.º”, p. 30.

⁵⁶ José de Faria COSTA, “Omissão...”, p. 391/402.

⁵⁷ Vera Lúcia RAPOSO, *Do Ato Médico...*, p. 184.

nós defender que o dever de garante nunca cessa⁵⁸, o entendimento predominante⁵⁹, e também por nós perfilhado, sustenta que a extinção desse dever ocorre quando o paciente deixe de consentir na prática médica, pois que seria incongruente que alguém tivesse o encargo de garantir os direitos de outrem contra a própria vontade daquele outro. É certo que, como aponta a tese contrária, a vida é um bem jurídico indisponível. Porém, certo é também que o legislador pátrio introduziu várias brechas no princípio básico da indisponibilidade, como desde logo resulta da não criminalização do suicídio e do condicionamento da intervenção médica ao prévio consentimento do paciente, sem subordinar esta regra ao possível advento do resultado morte em caso de recusa de ato médico⁶⁰.

Pelo contrário, será a intervenção médica neste contexto - isto é, contra a vontade do paciente - que terá que ser considerada como um ilícito-típico no quadro do ordenamento penal português por se tratar de uma invenção médico-cirúrgica sem consentimento (artigo 156.º/1 CP)⁶¹.

Pode inclusivamente defender-se que tal dever cessa mesmo independentemente de uma recusa do paciente. De facto, no caso de doentes inconscientes o dever de garante extingue-se quando os atos médicos teoricamente possíveis se revelem inúteis face ao estado daquele concreto paciente, exceto se subsistir um fundamento razoável para concluir que o paciente quereria manter o tratamento médico até à última instância⁶².

Porém, e embora o desejo do paciente deva ser respeitado, note-se que esse respeito não pode ir tão longe a ponto de fazer o médico incorrer em distanásia, a qual é considerada má-prática médica e, por conseguinte, acarretar consequências negativas, quer em termos deontológicos e disciplinares, quer em termos jurídicos⁶³ (ainda que, neste plano, mais do ponto de vista civil do que propriamente do criminal).

3. Intervenções médicas arbitrárias e Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV's)

3.1. Definição das DAV's

A circunstância de a medicina moderna conseguir prolongar a vida das pessoas muito para além do expeável, muitas vezes sob condições discutíveis do ponto de vista médico, ético e jurídico, mas sobre as quais o paciente não está em condições de se pronunciar, forçou o mundo jurídico a encontrar uma forma de permitir que os potenciais pacientes expressem de

⁵⁸ Teresa Quintela de BRITO, “Responsabilidade Penal dos Médicos...”, p. 408, 409; Teresa Quintela de BRITO, et al., “Crimes Contra a Vida...”, p. 58 ss.

⁵⁹ Cfr. Manuel da Costa ANDRADE, “Art. 134.º”, p. 121.

⁶⁰ Justificando com mais detalhe esta posição, Vera Lúcia RAPOSO, “Directivas Antecipadas...”, p. 186 e “Entre a Vida e a Morte...”, p. 117 ss.

⁶¹ Jorge de Figueiredo DIAS, “Antes do Artigo 131.º”, p. 23. Também sustentando esta posição, Manuel da Costa ANDRADE, “Art. 134.º”, p. 121.

⁶² Manuel da Costa ANDRADE, “Art. 134º”, p. 123; Jorge de Figueiredo DIAS, “Antes do Artigo 131.º”, p. 25. Esta posição foi igualmente sustentado pelo CNECV, em cujo parecer relativo ao estado vegetativo persistente se pode ler que “o conceito de cuidados humanizados e com compaixão inclui a interrupção de um tratamento considerado fútil (ver mais adiante), o que, como já foi discutido, pode até ser visto como maleficência” (António Vaz CARNEIRO et al., “Relatório sobre o Estado Vegetativo Persistente”, p. 11).

Foi também a posição assumida pela Corte de Cassação italiana no caso de Eluana Englaro (Corte di Cassazione, decisão n.º 21748/07).

⁶³ Jorge de Figueiredo DIAS, “Antes do Artigo 131.º”, p. 25.

antemão a vontade que pretendem manifestar em tais situações. A solução foi encontrada nas chamadas DAV's.

Estas podem assumir a forma de testamento vital e de procuração a um Procurador de Cuidados de Saúde (PCS).

O testamento vital é um documento similar ao testamento patrimonial, próprio do direito sucessório, e visa permitir à pessoa que disponha por escrito sobre as decisões a tomar se e quando se venha a encontrar em certas circunstâncias em que não possa expressar diretamente tal vontade.

O PCS, por sua vez, traduz um representante legal do paciente cujos poderes de representação se circunscrevem à prestação de cuidados de saúde.

Em qualquer das suas modalidades as DAV's pretendem substituir-se a um hipotético consentimento presumido do paciente (porém, visando embora tomar o lugar do consentimento presumido, a vontade manifestada pela DAV tem o mesmo valor da vontade expressa pessoalmente pelo paciente), por se entender que esta modalidade traduz da melhor forma a verdadeira vontade do paciente e respeita em maior medida a sua autodeterminação.

Ao testamento vital é apontada uma importante fragilidade, que se prende com o seu modo de funcionamento intrínseco: uma vez que a vontade do paciente é definida antes de a questão se suscitar (muitas vezes com muita antecedência até) corre-se o risco de tal vontade se vir a revelar verdadeiramente desfasada face às particularidades do caso concreto, seja porque desatendeu notas muito específicas do estado clínico do paciente, seja porque não tomou em consideração progressos científicos entretanto ocorridos e que alteram substancialmente o conteúdo daquele que foi o princípio norteador da sua decisão (porque, por exemplo, permitem uma recuperação que anteriormente se considerava impensável). Neste aspeto o PCS pode revelar-se uma solução mais fiável, na medida em que a decisão que venha a ser tomada pelo procurador reporta-se ao exato momento em que as circunstâncias ocorrem, podendo, por conseguinte, tê-las todas em consideração. Logo, respeita com mais rigor a exigência de atualidade do consentimento.

Contudo, de uma outra perspetiva é o testamento vital que sobreleva o PCS, dado que enquanto este último se traduz numa decisão tomada por outrem que não o próprio paciente, já o testamento vital leva a exigência de decisão pessoal até às suas últimas consequências, o que lhe permite respeitar mais acuradamente a pessoalidade do consentimento.

As DAV's – sobretudo os testamentos vitais – são usualmente conotadas com recusas de atos médicos. Contudo, sublinhe-se que as DAV's servem igualmente para expressamente aceitar ou pedir determinado ato médico, obviando assim a que se verifiquem situações nas quais o profissional de saúde sinta que não tem condições para presumir o consentimento do paciente e omita um ato médico que o paciente teria autorizado caso estivesse consciente.

Porém, neste ensejo é imperioso sublinhar a seguinte nota: enquanto a recusa de tratamento manifestada na DAV deve ser imperiosamente respeitada pelo médico (na medida em que a lei reconheça à DAV carácter vinculativo, como veremos que sucede com a lei nacional), já o pedido de determinado ato médico apenas deve ser respeitado pelo profissional de saúde na medida em que tal não o faça incorrer em distanásia e, portanto, má prática médica. Se um paciente consciente não pode forçar o médico a atuar contra aquilo que o médico entenda ser correto no caso concreto – e, por conseguinte, contra as *leges artis* (e, como já vimos, há situações em que se considera que prologar o tratamento atenta contra as ditas *leges artis*) – tão-pouco pode uma DAV conduzir à violação das boas práticas médicas.

3.2. Problemas jurídicos-criminais suscitados pelas DAV's

3.2.1. Promiscuidade com as práticas eutanásicas

Embora algumas formas de eutanásia sejam admitidas pelo ordenamento jurídico e pelas boas práticas médicas, certo é que gozam de um lastro de repulsa, sobretudo pelos perigos de abuso que algumas experiências históricas já nos demonstraram, em particular o nazismo.

Contudo, e tal como já deixámos exposto, as diversas formas de eutanásia não são percecionadas da mesma forma pelo direito e pela medicina, gozando a eutanásia passiva, não apenas de aceitação como, inclusivamente, de incentivo face ao perigo de algumas intervenções médicas resvalarem para a distanásia.

Assim se revolve um dos maiores impedimentos jurídico-criminais à admissibilidade das DAV's: é que, segundo a sua própria natureza, estas não podem servir para pedir atos médicos que ponham fim à vida, mas somente para solicitar ao médico que se abstenha de intervir, ainda que de tal omissão venha a resultar o fim da vida do paciente. Por conseguinte, e independentemente do juízo que se faça de *iure condendo* acerca da eutanásia ativa, as DAV's não podem ser usadas para solicitar atos que, direta ou indiretamente, conduzem à morte (eutanásia ativa direta e indireta), mas tão-só para recusar atos que permitiriam preservar a vida (eutanásia passiva). Esta tendência é conforme à linha orientadora do direito penal, no sentido de criminalizar em qualquer circunstância o médico que atue para provocar a morte do paciente, mesmo que essa seja a vontade deste último e expressamente o requeira; mas não criminalizar o médico que não atue e assim permitir que o paciente morra no decurso de um processo natural de morte já em curso, desde que tal omissão se funde na vontade do paciente.

3.2.2. Natureza atual do consentimento

O consentimento, como causa de justificação da ilicitude jurídico-criminal, tem como característica fulcral a sua atualidade (sendo que, embora utilizemos aqui o termo “consentimento”, na verdade é de um acordo que se trata, sendo que também para este vale tal exigência). Isto é, o consentimento tem que ser necessariamente prestado no momento, não antes nem depois.

No caso de uma DAV na sua modalidade de testamento vital este requisito parece ter sido obnubilado, pois que a DAV poderá ter sido celebrada com vários anos de antecedência relativamente ao momento em que é efetivamente utilizada.

Assim, alguns sectores doutrinários entendem que o consentimento manifestado no testamento vital não pode ser considerado por falta de atualidade. Nem sequer poderia a situação ser punida a título de homicídio a pedido da vítima, pois que uma vontade escrita, e não oral, não preencheria a exigência de “pedido instante e expresso” que caracteriza aquele tipo de crime⁶⁴.

De acordo com outro sector doutrinário não se levantam óbices a que a recusa de tratamento se manifeste numa diretiva antecipada, a qual não só isenta o médico do dever de agir, como, mais do que isso, sanciona inclusivamente a sua atuação, por força do artigo 156.º do CP.

⁶⁴ Augusto Lopes CARDOSO, “Eutanásia...”, p. 240.

O legislador procurou confrontar o obstáculo da atualidade do consentimento ao impor às DAV's um prazo de validade de 5 anos, findo o qual se impõe a sua renovação pelo respetivo titular (sem que se determine um número máximo de renovações admissíveis), sob pena de perda de efetividade⁶⁵.

Concomitantemente, a Lei n.º 25/2012 permite que a DAV seja, a qualquer momento, alterada ou revogada, desde que obedeça às mesmas formalidades exigidas para a sua válida celebração, exceto, obviamente, se a revogação for feita de forma expressa e pessoal, perante o médico que assiste o paciente (embora a lei não salvaguarde esta possibilidade, é claro que a revogação pessoalmente manifestada pelo paciente no momento em que o ato médico se impõe dispensa o formalismos legalmente exigido, nomeadamente, a intervenção de uma entidade pública reconhecadora da assinatura do paciente). Ou seja, “o seu “direito ao arrependimento” e o “direito a mudar de opinião” é salvaguardado até ao último momento possível”.

Mais outros argumentos podem ainda ser acarretados para a discussão com vista a defender o respeito pela vontade plasmada na DAV. Antes de mais, note-se que um consentimento se mantém atual até ao momento em que é revogado⁶⁶. Depois, mesmo independentemente das DAV's, é vulgar na prática médica que o consentimento seja prestado muito antes de os atos médicos se realizarem, como sucede, por exemplo, nas intervenções cirúrgicas em doentes que aguardam pela sua vez nas listas de espera para receber tratamentos custeados pelo Serviço Nacional de Saúde, que frequentemente prestam o seu consentimento no momento em que o nome é inserido na lista, não sendo renovado aquando da efetiva intervenção, a qual pode correr apenas vários meses depois⁶⁷.

3.2.3. Natureza pessoal do consentimento

O óbice jurídico-criminal à efetivação do consentimento proferido pelo PCS prende-se, essencialmente, com o requisito da pessoalidade que tradicionalmente marca o dito consentimento e que parece afastar a representação numa matéria tão intrinsecamente privada⁶⁸ (este reparo vale, e exatamente nos mesmos termos, para o acordo).

Contudo, note-se que desde há muito que a figura do representante legal é admitida noutros negócios também de cariz muito pessoal, tais como o casamento (artigo 1620.º CC) e a perfilhação (artigo 1849.º CC). Esta admissibilidade funda-se na ideia de que outorgar poderes representativos a outrem é ainda uma forma de manifestação da autonomia pessoal⁶⁹.

Para este efeito a Lei n.º 25/2012 teve a preocupação de declarar que o PCS tem que ser escolhido pelo próprio paciente-outorgante (artigo 11.º/1 da Lei n.º 25/2012) que, obviamente, deve eleger alguém conhecedor das suas convicções pessoais e que às mesmas não se oponha, logo, não necessariamente um familiar, embora o possa ser. Mas a maior garantia de preservação da natureza pessoal do consentimento advém do facto de o outorgante poder plasmar na procuração limites claros e precisos à atuação do PCS, aliada à delineação

⁶⁵ As DAV's que ultrapassem o respetivo prazo de validade e não tenham sido renovadas nem sequer poderão ser consideradas como elemento para efeitos de consentimento presumido, pois se o seu titular não a renovou tudo leva a crer que já não sufraga a vontade nela plasmada.

⁶⁶ Defendendo esta posição, Paulo Pinto de ALBUQUERQUE, *Comentário do Código Penal...*, p. 171.

⁶⁷ Rui NUNES, “Estudo n.º E/17/APB/10...”, p. 5.

⁶⁸ Rabindranath Capelo de SOUSA, *O Direito Geral de Personalidade*, p. 402, 403.

⁶⁹ Defendendo esta tese, João Carlos LOUREIRO, “Metáfora do Vegetal...”, p. 41; Helena Pereira de MELO, “Directivas...”, p. 13; André Gonçalves PEREIRA, *O Consentimento Informado...*, p. 250, 251; Vera Lúcia RAPOSO, “Directivas Antecipadas de Vontade...”, especialmente página 178 e 184.

de uma tendencial linha orientadora das decisões que venha a tomar. Esta é uma solução não expressamente prevista na Lei n.º 25/2012, mas que deriva das regras gerais do ordenamento civil relativas ao instituto da representação por procuração.

3.3. Responsabilização por decisões médicas

Além das virtualidades que a DAV apresenta em termos de autodeterminação do paciente e de respeito por outros direitos fundamentais que lhe cabem, outra importante mais-valia prende-se com a responsabilização por decisões médicas.

Até ao momento toda a responsabilidade recaía sobre o médico, que se via assim forçado a tomar decisões que ultrapassam em muito a prática da medicina para se embrenhar em complexos labirintos éticos e morais. O perigo que aqui desponta é o de o médico se dispersar por outras matérias, ao invés de se concentrar na prática do ato médico mais adequado ao estado clínico do paciente (mas sempre respeitando a decisão daquele). Numa altura em que a litigância contra médicos aumentou de forma tão exponencial, pode revelar-se extremamente perigoso para o médico a dispersão por outras questões que lhe roubam tempo e concentração.

A entrega desta decisão ao paciente, para além de desonrar o médico de um encargo demasiado pesado em termos éticos, serve igualmente para responsabilizar o paciente por decisões tão intrinsecamente relevantes e pessoais⁷⁰. De facto, muito se tem falado nos últimos tempos sobre os direitos dos pacientes, mas pouco sobre os seus deveres e responsabilidades. Porém, será difícil reconhecer ao paciente direitos sem, concomitantemente, lhe atribuir as devidas responsabilidades no que respeita às decisões que tome e respetivas consequências. Certamente que o médico não dispõe dos conhecimentos necessários para tomar decisões de natureza médica, nem pode definir quais os atos médicos mais adequados para o seu estado de saúde. Ou seja, há, sem dúvida, uma margem decisória que cabe ao médico, enquanto detentor dos conhecimentos necessários para tal. Mas essas são decisões de cariz técnico, que não se confundem com as decisões que devem ser imputadas ao paciente, dado o caráter tão intrinsecamente pessoal destas últimas. É certo que mesmo estas decisões pessoais carecem de alguns conhecimentos que o paciente à partida não terá (quanto às consequências do ato médico pedido ou recusado, as alternativas terapêuticas), contudo, a obrigação médica de informar o paciente visa precisamente colmatar essa lacuna e habilitar o paciente a decidir.

3.4. Natureza vinculativa das DAV's

3.4.1. Vinculatividade das DAV's no CP

Anteriormente à Lei n.º 25/2012, de 16 de Julho, as DAV's não gozavam de caráter vinculativo entre nós, sendo apenas consideradas, no conjunto de vários outros elementos, como possíveis circunstâncias indiciadoras de uma determinada vontade do paciente (consentimento presumido), de acordo com a parte final do artigo 156.º/2 do CP.

Por conseguinte, o médico estava obrigado a analisar uma hipotética DAV de que o paciente fosse titular, mas não a respeitar o seu conteúdo, dado que facilmente poderia alegar que o teor da DAV não manifestava a genuína vontade que o paciente exprimiria naquele momento caso o pudesse fazer. Embora já existissem vozes a clamar pela obediência à

⁷⁰ Vera Lúcia RAPOSO, “No Dia em que a Morte Chegar...”.

vontade manifestada na DAV⁷¹, e conquanto teoricamente também nós defendêssemos esta posição, parece-nos que a lei não conferia sustentáculo suficientemente claro a semelhante solução, especialmente atendendo às posições paternalistas que provavelmente adviriam da nossa jurisprudência.

Assim, o médico que seguisse o disposto numa DAV que recusasse determinado ato médico e, com base na mesma, não atuasse, não seria provavelmente condenado. Em contrapartida, caso o médico desrespeitasse essa DAV e praticasse o ato recusado, mas viesse a ser judicialmente acionado pelo paciente ou seus familiares, dificilmente seria condenado, pois não é pensável que o tribunal considerasse a DAV obrigatória contra o juízo do médico acerca do consentimento presumido do paciente.

Logo, só existiria prática criminosa – por atuação médico-cirúrgica arbitrária, derivada da violação do n.º 2 do artigo 156.º do CP – se o médico desprezasse por completo a DAV (não lesse o testamento vital, não ouvisse o PCS). Mesmo em tal cenário não é certo que se verificasse efetiva condenação judicial, dada a dificuldade em dar por verificada uma violação dos critérios do consentimento presumido, como o demonstra o facto de não contarmos entre nós com nenhuma condenação judicial fundada nesta norma. Seria, sobretudo, difícil obter uma condenação quando o médico tivesse salvo a vida do paciente não obstante este recusar o tratamento na sua DAV, atendendo ao já mencionado princípio de *favor vitae*.

3.4.2. A vinculatividade das DAV's na Lei n.º 25/2012

O grande passo dado pela Lei n.º 25/2012 foi o de reconhecer, de forma expressa, força vinculativa às DAV's que preencham os requisitos nela cominados, como resulta do seu artigo 6.º/1, segundo o qual “[s]e constar do RENTEV um documento de diretivas antecipadas de vontade, ou se este for entregue à equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde pelo outorgante ou pelo procurador de cuidados de saúde, esta deve respeitar o seu conteúdo, sem prejuízo do disposto na presente lei”. Nesta última parte a norma refere-se às circunstâncias, previstas na própria lei, que permitem ao médico desvincular-se da DAV, não obstante esta cumprir todos os requisitos para a sua força vinculativa, tais como o desfasamento da vontade do paciente face a avanços científicos entretanto ocorridos e que não foram considerados nessa vontade ou mesmo a objeção de consciência garantida aos profissionais de saúde⁷².

Contudo, a Lei n.º 25/2012 não comina qualquer sanção para o incumprimento de uma DAV vinculativa. A verdade é que não tem que o fazer. Se a vontade plasmada na DAV vale nos mesmos termos que a vontade que seria manifestada pelo paciente caso se encontrasse em condições de a manifestar, então, o desrespeito pela mesma deve ser tratado tal como se o médico desrespeitasse a vontade expressa verbalmente pelo paciente. Por conseguinte, implica o preenchimento do tipo de ilícito de intervenções médico-cirúrgicas arbitrárias do artigo 156.º do CP, mais propriamente, do artigo 156.º/1 do CP. Esta última ressalva assume especial importância se pensarmos que, no caso do consentimento presumido previsto no n.º 2 do preceito, o profissional de saúde sempre pode argumentar que não se verificavam “circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado”, ao passo que no n.º 1 não existe qualquer possibilidade de obviar à condenação (exceto a

⁷¹ Augusto Silva DIAS, *Direito Penal...*, p. 32; Helena Pereira de MELO, “Directivas...”, p. 10, 11; André Gonçalves PEREIRA, *O Consentimento Informado...*, p. 246, 251, 152.

⁷² Vera Lúcia RAPOSO, “Entre a Vida e a Morte...”, p. 119 e “No Dia em que a Morte Chegar...”

circunstâncias geral de o médico ter agido de forma negligente, uma vez que este tipo legal de crime apenas é punido em caso de conduta dolosa, como já ficou referido).

Pode igualmente dar-se a situação oposta, isto é, tratar-se de uma DAV que expressamente solicita a aplicação de determinado ato médico, o qual acabou por ser omitido. A análise desta segunda situação deve necessariamente partir do seguinte pressuposto: a recusa de atos médicos vincula o profissional de saúde, mas o seu pedido não, dado que este se encontra, em última instância, subordinado às boas práticas médicas em termos de execução do ato médico (esta última ressalva justifica-se dado que o respeito pela recusa do paciente é, em si mesmo, uma boa prática médica). Ou seja, qualquer recusa de atos médicos deve ser respeitada, ainda que as *leges artis* técnicas ditassem a continuação do tratamento ou a realização da cirurgia, na medida em que faz igualmente parte da boa prática médica a obediência à recusa de um ato médico. Em contrapartida, o pedido de determinado ato médico deve ser sempre concatenado com as *leges artis*, de tal forma que, se naquele caso concreto o ato médico não se revelar aconselhado, não deve o mesmo ser praticado, sob pena de distanásia, isto é, de má prática médica. É a própria Lei n.º 25/2012 que dispensa o médico de atuar sempre e quando a DAV conduzir a uma “atuação contrária às boas práticas”, como dispõe o artigo 5.º/a da Lei n.º 25/2012⁷³.

Para além das dúvidas e incertezas que ainda subsistem, uma conclusão se pode retirar destas breves reflexões, no sentido de um crescente predomínio da autodeterminação pessoal. Embora nem sempre explícito nas suas opções, o legislador português tem indo aprofundando o caminho inicialmente traçado pela lei criminal, conferindo um papel cada vez mais decisivo ao consentimento livre e esclarecido do paciente, independentemente de quais sejam as consequências a que conduza o respeito pelo mesmo. Assistimos, assim, à vitória da autodeterminação pessoal em detrimento da hétero-determinação paternalista.

Bibliografia

- ANDRADE, Manuel da Costa – *Consentimento e Acordo em Direito Penal (Contributo para a Fundamentação de um Paradigma Dualista)*, Coimbra Editora, Coimbra, 1991
- ANDRADE, Manuel da Costa - “Art. 134.º”, in *Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial*, Tomo I, 2.ª ed., (Jorge de Figueiredo DIAS dir.), Coimbra Editora, Coimbra, 2012
- ANDRADE, Manuel da Costa - “Art. 156.º”, in *Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial*, Tomo I, 2.ª ed., (Jorge de Figueiredo DIAS dir.), Coimbra Editora, Coimbra, 2012
- ANDRADE, Manuel da Costa - “Art. 157.º”, in *Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial*, Tomo I, 2.ª ed., (Jorge de Figueiredo DIAS dir.), Coimbra Editora, Coimbra, 2012
- BRITO, Teresa Quintela de - “Responsabilidade Penal dos Médicos: Análise dos Principais Tipos Incriminadores”, *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 12, 2002

⁷³ Vera Lúcia RAPOSO, “No Dia em que a Morte Chegar...”

BRITO, Teresa Quintela de - “Interrupção de Alimentação e Hidratação Artificiais de Pessoa em Estado Vegetativo Permanente”, *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 15, 2005

BRITO, Teresa Quintela de, et al. - “Crimes Contra a Vida: Questões Preliminares”, in *Direito Penal – Parte Especial: Lições, Estudos e Casos* (Teresa Quintela de BRITO coord.), Coimbra Editora, Coimbra, 2007

CARNEIRO, António Vaz; ANTUNES, João Lobo; FREITAS, António Falcão de – “Relatório sobre o Estado Vegetativo Persistente”, CNECV, Fevereiro 2005

COSTA, José de Faria - “Omissão (Reflexões em Redor da Omissão Imprópria)”, *Boletim da Faculdade de Direito*, LXXII, 1996

DIAS, Jorge de Figueiredo; BRANDÃO, Nuno - “Art. 131.º”, in *Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial*, Tomo I, 2.ª ed., (Jorge de Figueiredo DIAS dir.), Coimbra Editora, Coimbra, 2012

DIAS, Jorge Figueiredo; MONTEIRO, Jorge Sinde – *Responsabilidade Médica em Portugal*, Separata do Boletim Ministério da Justiça, 332, 1984

ERS, Entidade Reguladora da Saúde, - “Consentimento Informado (Relatório Final)”, at <http://www.ers.pt/3590BDB6-5EFE-4B47-B05F-2B5CD0E1095E/FinalDownload/DownloadId-1048468E9FF63ABE047053CBEBC23A30/3590BDB6-5EFE-4B47-B05F-2B5CD0E1095E/actividades/pareceres-e-recomendacoes/Estudo-CI.pdf> (15/04/2010);

GÓMEZ JARA, M. – *La Responsabilidad Profesional Sanitaria*, Atelier, Barcelona, 2007

Iadecola, Gianfranco; Bona, Marco – *La Responsabilità dei Medici e delle Structure Sanitarie (Profili Penali e Civili)*, Giuffrè Editore, Milano, 2009

MARQUES, Rita Fonseca; GONÇALVES, Patrícia Trindade – “A Recusa de Transusão – Da Prática à Jurisprudência”, *Sub Judice*, 38, 2007

MARTA, Gustavo Nader; HANNA, Samir Abdallah; SILVA, João Luis Fernandes da; “Cuidados Paliativos e Ortotanásia”, *Diagn Tratamento*, 15(2), 2010, at <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n2/a58-60.pdf> (16/02/2011)

MORÃO, Helena - “Eutanásia Passiva e Dever Médico de Agir ou Omitir em Face ou Omitir em Face do Exercício da Autonomia Ética do Paciente – Resposta Jurídico-Penal a uma Colisão de Valores Constitucionais”, *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 15, 2005

PARZELLER, Markus; WENK, Maren; ZEDLER, Barbara; ROTHSCHIL, Markus – „Patient Information and Informed Consent before and After Medical Intervention”, *Dtsch Arztebl*, 104(9), 2007

Pereira, André Dias – “Novos Desafios da Responsabilidade Médica: Uma Proposta para o Ministério Público”, at http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/NovosDesafios.pdf (19/01/2010)

PINA, J. A. Esperança - *A Responsabilidade dos Médicos*, 2ª ed. revista, ampliada e actualizada, Lidel cop, Lisboa, 1998

RAPOSO, Vera Lúcia - “O Direito à Vida na Jurisprudência de Estrasburgo”, *Jurisprudência Constitucional*, 14, 2007

RAPOSO, Vera Lúcia - “Directivas Antecipadas de Vontade: Em Busca da Lei Perdida”, *Revista do Ministério Público*, 125, 2011

RAPOSO, Vera Lúcia - “Entre a Vida e a Morte: Responsabilidade Médica nas Decisões em Fim de Vida”, *Lex Medicinæ*, 9(18), 2012

RAPOSO, Vera Lúcia - *Do Ato Médico ao Problema Jurídico (Breves Notas sobre o Acolhimento da Responsabilidade Médica Civil e Profissional na Jurisprudência Nacional)*, Almedina, Coimbra, 2013

RAPOSO, Vera Lúcia - “No Dia em que a Morte Chegar (Decifrando o Regime Jurídico das Diretivas Antecipadas de Vontade)”, a publicar brevemente no *Revista Portuguesa do Dano Corporal*

RODRÍGUEZ-ARIAS, David - *Una Muerte Razonable (Testamento Vital y Eutanasia)*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 2005

SANDOR, Giulia – “Obbligo di Informazione Medica e Diritto Penale”, *L’Indice Penale*, VII, 2, 2004

SANZ CABALLERO, Susana - “El Comienzo y el Fin de la Vida Humana ante el TEDH: El Aborto y la Eutanasia a Debate”, *Cuadernos Europeos de Deusto*, 31, 2004

VIEIRA, Duarte Nuno; RAPOSO, Vera Lúcia – “Professional Medical Responsibility in Portugal: The Juridical Perspective”, in *Malpractice and Medical Liability - European State of the Art and Guidelines* (S. Davide FERRARA ed.), Springer, Berlin, 2013

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa – “A Ortotanásia e o Direito Penal Brasileiro”, *Revista Bioética*, 16(1), 2008

ZAFFARONI, Eugenio Raul - *Tratado de Derecho Penal – Parte General*, Tomo III, Ediar, Buenos Aires, 1981