



A RECUSA DO PACIENTE PERANTE INTERVENÇÕES MÉDICAS

João Eduardo Vaz Resende Rodrigues

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Teoria Jurídico-Política
e Relações Internacionais

ORIENTADOR: *Professor Doutor Guilherme Freire Falcão de Oliveira*

ÉVORA, MARÇO DE 2015



Nota Prévía

A presente versão destina-se exclusivamente a dar cumprimento estrito aos requisitos regulamentares em vigor na Universidade de Évora para a formalização dos doutoramentos junto dos Serviços Académicos e, assim, à consecução dos ulteriores procedimentos previstos para a prossecução da carreira e consequente contratação de acordo com o Estatuto da Carreira Docente Universitária na versão aplicável. Neste sentido, importa sublinhar que me sinto vinculado a fidelidades editoriais, cujo compromisso me impede a divulgação integral do presente volume por via informática ou disponibilização através da «www». Não autorizo, pois, a respectiva divulgação ou utilização. Com efeito, devo prevenir o eventual prejuízo decorrente do possível desinteresse que o acesso determine aos legítimos interesses do Editor, pelo que não deixo de alertar para essa condicionante. Constitui exclusiva excepção: «O resumo inicial; os agradecimentos; a Introdução e o Índice.». De todo, o texto merece reflexão prévia e alterações — além das gralhas— a assegurar-me a reflexão provocada por algumas observações tecidas pelos Ilustres arguentes, que não tendo justificado apontamento para alteração, não deixaram de «calar fundo» sobre os assuntos versados.

A Dissertação foi objecto de apresentação e discussão em provas públicas, que se realizaram na Sala dos Actos do Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora aos 27 dias andados do mês de Março de 2015. O Júri foi composto pelo Exmo Senhor Doutor Guilherme Freire Falcão de Oliveira (Professor Catedrático da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra: FDUC), pelo Doutor Silvério Carlos Matos da Rocha e Cunha (Professor Associado da Universidade de Évora, que igualmente presidiu em representação da Magnífica Reitora), pela Doutora Maria Luísa Neto Alves da Silva Neto (Professora Associada da Faculdade de Direito da Universidade do Porto e arguente); pelo Doutor André Gonçalo Dias Pereira (Professor Auxiliar da FDUC e arguente); Doutor Marco António Gonçalves Barbas Batista Martins (Professor Auxiliar da Universidade de Évora). Ao signatário foi atribuído o Grau de Doutor em «Teoria Jurídico-Política e Relações Internacionais», tendo sido «Aprovado com Distinção e Louvor».

Évora, 27 de Abril de 2015

A RECUSA DO PACIENTE PERANTE INTERVENÇÕES MÉDICAS

Resumo

A «chave» da relação: paciente-agente médico reside no esclarecimento para uma decisão sobre as *esferas* da *pessoalidade* daquele. O interesse e/ou necessidade de quem não se encontra nas condições *físico-psíquicas* desejadas pressionam o consentimento para uma intromissão no reduto da dignidade. Este valor constitui núcleo *fundante* do ser humano, que reclama, em regra, respeito pela autodeterminação relevante, medida pelo discernimento e pelos limites sociais. Mas existe o direito de *tomar más decisões*. Assim, a recusa do paciente numa intervenção de cuidados de saúde é, no mínimo, tão relevante quanto o seu consentimento. Porém, a recusa assume superior intensidade, ocorrendo ao invés do consentimento ou para o revogar. Penso ter encontrado no *dissentimento* um recorte distintivo, justificante de conceptualização própria no princípio da autonomia, susceptível até de ser usado como «teste» da vontade no âmbito do «Direito da Medicina». Esta dissertação incide sobre aspectos suscitados pela eventual recusa do paciente.

THE PATIENT'S REFUSAL OVER MEDICAL ASSISTANCE

Abstract

The classical theory of informed consent lies on the patient's enlightenment. The interest and/ or need for a medical intervention induce seduces consent in order to an intrusion into the stronghold of dignity. This value is foundational for the human being, claiming, as a rule, compliance with the relevant self-determination, as measured by self-sense and social limits. But self-determination contains the right to make wrong decisions. Thus, the patient's refusal of a health-care intervention is —at least— as relevant as consent. However, it assumes greater intensity, rather than consent or to revoke it. I've found it distinctive, justifying a specific conceptualization of the principle of autonomy, which could even be used as a "test of will" under the "Medical Law". This dissertation focuses on issues raised by the refusal of the patient as it changes radically de decision-making process and the duties of the health-care stakeholders over the classical procedure.

Agradecimentos

Dizia-me meu Pai que a vantagem em «dobrar o cabo» —referia-se aos 50 anos de idade— era a de podermos significar pela autoridade da mensurabilidade do decurso do tempo os afectos que perduram. Vou aplicar a lição.

À Universidade de Évora (*na iconografia da sua pomba*) a gratidão pela confiança de 27 anos de docência, que estendo a todos com quem ali privo.

Uma menção muito especial ao Professor Doutor Guilherme de Oliveira, Mestre, Orientador e generoso credor de uma admiração e de uma sincera amizade, incondicionadas pelo cimento dos 17 anos de inolvidável convivência. Todo o meu percurso académico possui e possuirá a sua influência e o seu auxílio, mas também o meu percurso pessoal foi significativamente influenciado pelo seu perfil e inteligência. Muito, muito obrigado.

Ao Centro de Direito Biomédico da FDUC, pelo penhor de responsabilidade com que, em mais de 15 anos, fui depositário desse sério desafio de tentar corresponder ao elevado grau de exigência no desempenho da docência nos sucessivos cursos de pós-graduação.

Aos meus filhotes Catarina e Manuel de Aires por tudo o que a paternidade não necessita de explicar... Mas sente e retém.

À Cármen, proprietária desses esplêndidos «olhos azuis» que iluminam a sedução e o encanto que sinto. Aos meus irmãos Antero Manuel Rodrigues, Paula Teixeira da Cruz e Nuno de Salter Cid, fica menção de que me são inolvidáveis.

Não consigo nomear todos quantos me merecem registo expresso de profunda gratidão e de séria, quando não fraterna, amizade. Guardo memória de cada um, e endereço a todos um voto que deposito no regaço de uma figura referencial que me é muito querida e íntima: a «Sr.^a do Silêncio» da capelita do Meirinho.

Naquele úbere *viverão* sempre todos os meus presentes e ausentes presentes.

Não esqueço o benefício das *minhas* togas.

Pavilhão, 26 de Agosto de 2014, com os olhos postos na alvorada,

Abreviaturas e siglas

A. — Autor	CCom — Código Comercial
a.C. — antes de Cristo	CCVE — Comissão Coordenadora de Vigilância Epidemiológica;
AA.VV. — Autores vários	CDA CS — Carta dos Direitos de Acessos aos Cuidados de Saúde (pelos Utentes do SNS): Bases (Lei n.º 15/2014, de 21 de Março)
Ac. — Acórdão	CDBM — Centro de Direito Biomédico da FDUC
ACES — Agrupamento de Centros de Saúde	CDF — Centro de Direito da Família da FDUC
ACSS — Administração Central do Sistema de Saúde	CDFUE — Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia
ADN — Ácido desoxirribonucleico	CDHBio — Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina
<i>AJ</i> — <i>Actualidade Jurídica</i>	CDOE — Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (DL n.º 104/98, de 21 de Abril, republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16/09)
<i>AM</i> — <i>Revista Acta Médica</i>	CDOM — Código Deontológico da Ordem dos Médicos (Regulamento n.º 14/2009, in <i>DR</i> , II, n.º 8, de 13/01/2009)
ANTT — Arquivo Nacional da Torre do Tombo	CDPN — Centros de diagnóstico pré-natal
APBio — Associação Portuguesa de Bioética	CDTPN — Centros de diagnóstico e terapêutica pré-natal
AR — Assembleia da República	CE — Código da Estrada
ARS — Administração Regional de Saúde	CEB PA — Centro de Estudos de Bioética Pólo Açores
ASJP — Associação Sindical dos Juizes Portugueses	CEDH — Convenção Europeia dos Direitos do (do Homem) Humanos (Res. AR n.º 39/2013, 08/03, in <i>DR</i> , I, n.º 65, de 03/04/2013)
ASN — director-geral da saúde que assumirá a qualidade de Autoridade de Saúde Nacional	CEJ — Centro de Estudos Judiciários
ASST — Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação	CEJUR — Centro de Estudos Jurídicos do Minho
<i>BFDUC</i> — <i>Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra</i>	CELNT — Comissão para o Enquadramento Legislativo das Novas Tecnologias
BGB — Código Civil Alemão (Bürgerliches Gezezbuch)	CEMAC — Convenção Europeia em Matéria de Adopção de Crianças
<i>BMJ</i> — <i>Boletim do Ministério da Justiça</i>	CES — Comissão de Ética para a Saúde
<i>BOA</i> — <i>Boletim da Ordem dos Advogados</i>	
<i>BOM</i> — <i>Boletim da Ordem dos Médicos</i>	
CA — Conselho de Administração	
CB FMUL — Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa	
CCE — Comissão Coordenadora de Emergências	
CCiv — Código Civil	

- CES — Comissões de Ética para a Saúde
- CES|UC — Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra
- CESDH — Convenção Europeia para a Salvaguarda dos Direitos e Liberdades Fundamentais (do Homem) Humanos (Res. AR n.º 39/2013, 08/03, in *DR*, I, n.º 65, de 03/04/2013)
- Cf. — Confira
- CH — *Revista Ciência Hoje*
- CNB — Conselho Nacional de Bioética
- CNECV — Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
- CNPD — Comissão Nacional de Protecção de Dados
- CNPDPI — Comissão nacional para a protecção de dados pessoais informatizados
- CNPMA — Comissão Nacional de Procriação Medicamente Assistida
- CNSP — Conselho Nacional de Saúde Pública;
- Col. Jur. –Acs. STJ — Colectânea de Jurisprudência (Acórdãos do Supremo Tribunal Justiça)*
- Col. Jur. — Colectânea de Jurisprudência*
- Cp. — compare
- CPA — Código do Procedimento Administrativo
- CPC — Código de Processo Civil
- CPP — Código de Processo Penal
- CRC — Código de Registo Civil
- CRES — Conselho de Reflexão sobre a Saúde
- CRP — Constituição da República Portuguesa
- CSM — Conselho Superior da Magistratura
- DAR — Diário da Assembleia da República*
- DAV — Directivas Antecipadas de Vontade
- Dec. Reg. — Decreto Regulamentar
- DEK — Dicionário Enciclopédico KOOGAN – LAROUSSE
- Desp. — Despacho*
- DFF — Diritto di Famiglia e delle Persone*
- DGLAB — Direcção-Geral do Livro dos Arquivos e das Bibliotecas da Torre do Tombo
- DGPI — Diagnóstico Genético pré-Implantação
- DGS — Direcção-Geral de Saúde
- DIP — Direito Internacional Público
- DL — Decreto-Lei
- DNA — ver ADN
- DPN — Diagnóstico Pré-Natal
- DR — Diário da República*
- DUDH — Declaração Universal dos Direitos (do Homem) Humanos (Res. AR n.º 39/2013, 08/03, in *DR*, I, n.º 65, de 03/04/2013)
- ECT (ou EC) — Electroconvulsoterapia
- EH — Estatuto Hospitalar
- EMA — European Medicines Agency
- EOE — Estatuto da Ordem dos Enfermeiros
- EOM — Estatuto da Ordem dos Médicos
- ERS — Entidade Reguladora da Saúde
- ES — Entidades Sentinela
- ESchG — Lei alemã de Protecção dos Embriões
- Et al. — Et alii*
- ETAF — Estatuto dos Tribunais Administrativos e Fiscais
- EUA — Estados Unidos da América
- EVA — Entidade de Verificação e Admissibilidade da Colheita para Transplante
- EVP — Estado Vegetativo Permanente
- FDUC — Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra
- FDUL — Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa
- FDUM — Faculdade de Direito da Universidade do Minho
- FDUNL — Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa
- FDUP — Faculdade de Direito da Universidade do Porto

- FIV* — *Fertilização in vitro*
- FMUC — Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
- FMUL — Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- GB — *Great Britain*
- GDH — Grupos de Diagnóstico Homogéneos
- GDLP — Grande Dicionário da Língua Portuguesa
- HD — Hospital de Destino
- HIV — Vírus da imunodeficiência humana
- HO — Hospital de Origem
- HPD — Hospital Público de Destino
- i.e. — isto é
- IA — Inseminação Artificial
- IACS — Infecções associadas aos cuidados de saúde: infecções nosocomiais
- IB|UCP — Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa
- IBC|UNESCO — International Bioethics Committee of UNESCO
- ibid.* — *ibidem*
- ICSI* — *Injecção intracitoplasmática de espermatozóides*
- ICSI* — *Injecção intracitoplasmática de espermatozóides recolhidos cirurgicamente*
- ID. — *Idem*
- IGAS — Inspeção-Geral das Actividades em Saúde
- IGFEJ|BJD — Instituto de Gestão Financeira e de Equipamentos de Justiça — Bases Jurídico-documentais
- INML|CF — Instituto nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses
- IPO — Instituto Português de Oncologia
- ISBN — International Standart Book Number
- ISESE — Instituto Superior Económico e Social de Évora
- ISSN — International Standart Serial Number
- JA* — *Jurisprudência Administrativa*
- JCP* — *Juris-Classeur Périodique. La Semaine Juridique.*
- JIB* — *Journal International de Bioethique*
- JME* — *Journal of Medical Ethics*
- JNMD* — *Journal of Nervous and Mental Disease*
- JOCE|JOUE* — *Jornal Oficial das Comunidades Europeias (União Europeia)*
- LADA — Lei de Acesso aos Documentos Administrativos
- LBCP — Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012, de 5 de Setembro)
- LBS — Lei de Bases da Saúde
- LDVA — Lei sobre as Declarações Antecipadas de Vontade
- LDC — Lei de Defesa do Consumidor
- LDDUS — Lei sobre os Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde (Lei n.º 15/2014, de 21 de Março: concretização da Base XIV da LBS)
- Lex Fam.* — *Lex Familiae – Revista Portuguesa de Direito da Família*
- Lex Med.* — *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*
- LIC — Lei de Investigação Clínica
- LICir — Lista de Inscritos em Cirurgia
- LOTM — Lei de Organização Tutelar de Menores
- LPMA — Lei da Procriação Medicamente Assistida
- LSM — Lei de Saúde Mental
- LTC — Lei do Tribunal Constitucional
- MCDT — Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
- Med. & Law* — *Medicine and Law (WAML)*
- Med. Law Rev.* — *Medical Law Review (Oxford)*
- MGIC — Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia

- MP — Ministério Público
- MS — Ministério da Saúde
- n. — nota
- NICPRI — Núcleo de Investigação em Ciência Política e Relações Internacionais
- OEDT — Observatório Europeu da Droga e Toxicod dependência;
- OMS — Organização Mundial de Saúde
- ONU — Organização das Nações Unidas
- op. cit.* — *opus citatum*
- OPJ — Observatório Permanente da Justiça
- p./pp. — página/páginas
- p.p. — previsto e punido
- PCS — Procurador de Cuidados de Saúde
- PGR — Procuradoria-Geral da República
- PON — Procedimentos Operativos (ou operacionais) Normalizados
- Port. — Portaria
- PR — Presidente da República
- PSDA — *Patient Self-Determination Act*
- PU — Portal do Utente
- PUF — *Presses Universitaires de France*
- RAU — Regime do Arrendamento Urbano
- RDE* — *Revista de Direito e Economia*
- RDES* — *Revista de Direito e Estudos Sociais*
- RDPUCV* — *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*
- Rel. — Relator
- RENDA — Registo nacional de não dados
- RENTEV — Registo Nacional do Testamento Vital
- Res. — Resolução (AR)
- Rev. Bio. Der.* — *Revista de Bioética y Derecho*
- Rev. DGH* — *Revista de Derecho y Genoma Humano*
- Rev. Iseg* — *Revista Isegoria*
- RFDUP* — *Revista da Faculdade de Direito da Universidade do Porto*
- RIIC — Rede Integrada de Informação de Comunicação
- RIML* — *Rivista Italiana di Medicina Legale*
- RLJ* — *Revista de Legislação e Jurisprudência*
- RMP* — *Revista do Ministério Público*
- ROM* — *Revista da Ordem dos Médicos*
- RPCC* — *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*
- RRedBio* — *Revista RedBioética|UNESCO*
- s./ss. — seguinte/seguintes
- SICO — Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (Lei n.º 15/2012, 03/04)
- SIDA — Síndrome de imunodeficiência adquirida
- SIGIC — Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
- SIGLIC — Sistema Informático de Gestão de Lista de Inscritos para Cirurgia
- SINAVE — Sistema de Informação Nacional de Vigilância Epidemiológica
- SMMP — Sindicato dos Magistrados do Ministério Público
- SNNIEA — Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (DL n.º 284/2008, de 02/12)
- SNS — Serviço Nacional de Saúde
- SPEED — Seminário Permanente Sobre o Estado e o Estado do Direito. FDUNL
- SPMS, EPE — Serviços Partilhados do Ministério da Saúde — Entidade Empresarial do Estado (responsável pelos dados RENTEV)
- STA — Supremo Tribunal Administrativo
- STJ — Supremo Tribunal de Justiça
- TC — Tribunal Constitucional
- TCAN — Tribunal Central Administrativo do Norte
- TCAS — Tribunal Central Administrativo do Sul
- TCE — Tratado Comunidade Europeia
- TEDH — Tribunal Europeu dos Direitos (do Homem) Humanos (Res. AR n.º 39/2013,

o8/03, in *DR*, I, n.º 65, de 03 de Abril de 2013).

TFUE — Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (TUE: Lisboa)

TGDC — Teoria Geral do Direito Civil

TJ — *Tribuna da Justiça*

TME — Tempo Máximo de Espera

TMRG — Tempo Máximo de Resposta Garantida

TRC — Tribunal da Relação de Coimbra

TRE — Tribunal da Relação de Évora

TRG — Tempo de Resposta Garantida

TRG — Tribunal da Relação de Guimarães

TRL — Tribunal da Relação de Lisboa

TRP — Tribunal da Relação do Porto

TUE — Tratado da União Europeia

TV — Testamento Vital

UAL — Universidade Autónoma de Lisboa

UCGIC — Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia

UCP — Universidade Católica Portuguesa

UE — União Europeia

UEv. — Universidade de Évora

UHGIC — Unidades Hospitalares de Gestão de Inscritos para Cirurgia

UK — United Kingdom

ULS,EPE — Unidade Local de Saúde — Entidade Pública Empresarial

UNESCO — Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

URGIC — Unidades Regionais de Gestão de Inscritos para Cirurgia

v.g. — *verbi gratia*

vd. — *vide*

VIH — Vírus de Imunodeficiência Humana

VJ — *Vida Judiciária*

vs. — *versus*

WAML — World Association for Medical Law

Introdução

1. Entre as mais de duas mil tábuas legais, conhecidas como *As tábuas de Istambul* (depositadas no *British Museum*), cronologicamente apontadas ao II milénio e qualificadas como *éditos* avulsos dos vários monarcas da I dinastia Babilónica, veio à luz em 1920 um *texto* contendo um curioso *ritual babilónico: surpu*, cujo conteúdo revelava um questionário para ser colocado a um enfermo que estivesse sob os ritos de exorcismo. Acreditava-se que as respostas do inquirido permitiriam identificar a causa dos seus padecimentos. Este questionário foi elaborado de maneira a colocar directamente ao visado as precisas questões que se julgavam necessárias e que abordavam os assuntos preceptivos de natureza moral cuja violação — defende Federico Lara Peinado — deveria estar acautelada em algum Código Babilónico desconhecido:

«Entre as perguntas del ritual, a realizar por el médico-mago para inquirir el origen de la enfermedad de su paciente, traemos a colación las siguientes: «Has despreciado a tu padre o a tu madre?»; «Has dicho es en vez de no es?»; «Has dicho no es en vez de es?»; «Has cometido cosas indignas?»; «Has penetrado en casa de tu prójimo?»; «Has vertido la sangre de tu prójimo?». / Como vemos, estas preguntas hubieron de contestar a unas disposiciones legales de orden moralista, más o menos lapidarias, si las ponemos en paralelismo con el Decálogo bíblico.» (1).

A recusa do paciente encontra-se para a regulação normativa que tutela as relações médicas como a medicina está para a saúde. Constituem condições sem as quais as relações médicas e a saúde ficam amputadas, respectivamente mas também reciprocamente. Parafraseando Manuel Silvério Marques (2), trata-se da minha 2.^a navegação, da 2.^a viagem:

Na primeira, parti do todo para atingir a parte: o consentimento, que pensei — e de que estou ainda convencido — entrelaçar toda a matéria atinente às questões médicas subjacentes à relação que se estabelece entre pessoas, dentro ou fora das instituições, e pelas quais queremos que o Legislador dê atenção a certos problemas, postule exigências e formule disponibilidades para regular procedimentos em torno da preciosa esfera da dignidade individual. Mas por aqui, a analogia com a milenar problematização da manifestação de uma vontade relevante colocou-me cedo perante dificuldades *partilhadas* com a generalidade dos singelos negócios jurídicos, muito embora a novidade consistisse nos

(1) Cf. Federico LARA PEINADO, *Código de Hammurabi*, Tecnos Ed., Madrid, 1992, *Estudio Preliminar*, pp. XXXVI e ss., *maxime* XXXVII (ISBN 84-309-1352-1).

(2) Cf. Manuel SILVÉRIO MARQUES, *A Pedra...* in AA.VV., *A Condição Humana, cit...*, p. 624.

aspectos particulares que os direitos de personalidade postulam e delimitam: foi o caso do consentimento prestado por escrito.

Confesso não ter imaginado em 2000 que, uma dúzia de anos após os estudos concretizados sobre *O consentimento do paciente prestado por escrito* (3) se verificasse uma verdadeira “explosão” de minutas e que a “invasão” dos formulários —mais ou menos rubricados— e “procedimentos” chegasse onde chegou: da singela fotografia com que se inicia o processo de triagem na urgência de um hospital, passando pela recolha de sangue, até ao avio do medicamento...

Segue-se uma segunda partida, em busca da 2.^a via. O «novo olhar» mira agora o negativo do sistema, convencido de ser o absoluto que interessa exclusivamente a quem se quer colocar (ou é colocado) em mãos que o vão *invadir*. A razão logo evidente da exigência de obter a anuência do visado reside na evidência de que *é preciso pedir licença* para mandar despir, para mexer, etc.; em suma, de que, em regra e por regra, há uma recusa em aceitar *invasões* nos redutos da individualidade. Importa, pois, dar alguma atenção, quer à presunção de recusa, quer à sua manifestação, quer aos casos em que se justifique ou mesmo se imponha ser a recusa total ou parcialmente ultrapassada.

Por seu turno, o consentimento do paciente nos vários tipos e fases subsequentes por que passam a generalidade dos procedimentos médico-medicamentosos é facilmente presumível e ultrapassável. Neste campo, acabou por se transformar em um mecanismo em que apenas importa demonstrar ser justificada a respectiva existência; persistirem os seus indícios, mesmo que em simulacro. Como o encontro assim? Pelos meios de sempre: mercê das rotinas, como em um casal, o beijo matinal de despedida para o trabalho, acompanhado de uma qualquer fórmula de carinho que, por tantas vezes repetida, pode deixar de significar a intenção e quedar-se em mero hábito. Um dia, por cinismo, afirma-se: — Ah! Isso é o mesmo (4).

(3) Cf. João VAZ RODRIGUES, *O Consentimento...*, cit.

(4) A expressão parafraseada foi recolhida em um romance de Ramón GÓMEZ DE LA SERNA, (A. com formação jurídica: 1888-1963) *O médico inverosímil*, Ed. Antígona, Lisboa, 1998, de onde me atrevo a retirar o contexto de pp. 132 e s.: — «Os doentes costumam fazer tantas perguntas que as consultas acabam por ser insuportáveis. — Que será isto que sinto aqui? — Que dor será esta que me dá deste lado quando acabo de comer? — Que serão estas palpitações que me atacam deste lado, como se me latejasse uma ferida? — Será grave esta dor nas costas? — De manhã sinto um tal abismo no estômago que parece que caio para dentro dele. — Sinto nas palmas dos pés umas dores agudas e penetrantes como se pisasse pregos afiados. — Etc., etc.. Eu, para acalmar tanta dor, emprego apenas uma frase: *Isso é o mesmo*. Esta frase acalma instantaneamente os doentes, é como se lhes lembrasse qualquer coisa grave que já conhecem, ficam calados. A eficácia da asseveração é instantânea. / — Isso é o mesmo. E logo o doente larga um *Ah!* de sabedoria, de saciedade, de *Ah! É o mesmo!* Claro

Nas instituições e nos consultórios formalizou-se o acto. O consentimento transformou-se exclusivamente em um ou mais *papelitos* fornecido por administrativos segundo as instruções oriundas das exigências do legislador ou do que é regulamentarmente administrativo, em caso de intervenções cujo elenco, logo que *ordenado*, passou a fotocopiar, sempre por escrúpulo («é assim!»), com receio de sequelas oriundas dos «tribunais» ou das notícias jornalísticas que comprometam a gestão. Os intervenientes parecem ter-se consciencializado de que sem o papel não se deve fazer nada, ou muito pior: de que com o *papelito* está tudo feito.

As informações e a outorga solene de um documento assumiram as vetustas fórmulas mágicas de antanho, são as incompreensíveis orações entoadas pelos misteriosos detentores dos segredos — das chaves dos sucessivos gabinetes — para o esconjuro do mistério que aflige os carentes, os supliciados com o desaire de uma doença ou o desejo de uma modificação do seu estado físico-psíquico. As pessoas da *família* continuam ainda a ser o receptáculo escolhido por excelência para o que se cala (e por vezes para o que se devia calar), oferecendo até testemunho do cumprimento da “penitência”, quando não as intermediárias da decisão desejada e própria, oriunda de quem a devia formular. E não posso deixar de apontar existirem dificuldades crescentes em encontrar quem nessa *família* — eventualmente alargada a “*parafamiliares*”, nos dias que correm — possa servir para a influência, quando não para a anuência que o agente médico pede explícita ou implicitamente, conforme as especificidades das intervenções. “Isso” do esclarecimento é já algo que está lá para o fim da frase, quando não reservado para uma qualquer surpresa que, de permeio, se achesse no curso esperado; e fica-se pela impossibilidade, pela iliteracia ou pela celeridade... E, do mesmo modo, basta já de formalidades, pois os serviços carregam agora em exigências quanto a um processo clínico que, feito na hora, não possui “borracha”; «não estica nem se apaga». É para aqui que se desviaram as atenções. E talvez por aqui se deva prosseguir em rota avisada. Se o processo clínico informatizado não estica e dificilmente será manipulado, então nada parece melhor para revelar procedimentos e viabilizar os «actos de cognoscibilidade inteligente» em que, por aferição dos contrastes, se apurem as interações dos comportamentos com conteúdo, e dos que o desprezam. Basta ponderar que os formulários são em

que se ele perguntasse *E o 'mesmo' o que é?*, não acharia 'coisa' de onde 'isso' vem; mas a natureza gosta de referir-se tranquilamente a outra coisa e aquilo que mais a assusta é complicar os seus males. É como se disséssemos a um doido a palavra que o acalma, que o adormece logo. Na realidade, ao dizer *Isso é o mesmo*, é como se desse a cheirar ao doente uma espécie de cloroformização instantânea, adormecendo-o».

regra entregues e recebidos por administrativos, ou quando o são por agentes médicos levam destino separado dos demais que, tecnicamente, possam vir a ter alguma valia.

Existem explicações múltiplas, cabendo a primeira logo na evidência de que existem hoje feixes separados, autónomos — quando não conflituantes — de (demonstração do) consentimento: o do enfermeiro é distinto do do anestesista e este do do psiquiatra e os anteriores dos de cada uma das especialidades que perscrutam as sucessivas acções. E assim por diante até ao balcão da farmácia. Estivessem todos a praticar o esclarecimento em sentido substancial e tudo seria um procedimento harmonioso, complementar, com cada intervenção precedida da compreensão de cada fase, ou melhor, da integralidade do processo em que o visado se encontrasse inserido. Como pode, porém, ser na realidade: se porventura um paciente — como fiz já a título experimental, “a bem da ciência” — deixar dois formulários de consentimento, um dos quais com declarações absurdas, este também permanecerá em «arquivo» até um dia em que, por descuido (ou por pedagogia), se desvele e provoque ao menos um sorriso de malícia, senão uma modificação de hábito...

É forçoso clamar por uma redução radical destes papéis. Eles servem apenas para documentar uma realidade virtual. Fazendo jus à transição da «Civilização do Livro», surgida no Renascimento, para a «Civilização da Imagem» — como propõe lucidamente René Huyghe ⁽⁵⁾ — em que assentam agora sobremaneira os processos em que se projecta a interacção e absorção de conhecimentos, no campo da absoluta defesa da intelectualidade, também a precipitação de formalismos entorpece a acção decisória, se não acontece destruí-la. Em bom rigor, as exigências que o Legislador pretende acautelar e aponta ao agente médico redundam nos seguintes passos simples: procurar explicar o que fazer e porquê; e dar nota de que os procedimentos propostos implicam consequências (a melhor de todas é um arco de recuperação até às condições físico psíquicas prévias, até à cura) e de que as escolhas foram entendidas e aceites.

Se neste processo se pretende inserir uma certificação de que os dois momentos anteriores aconteceram; a pergunta inevitável é a seguinte: existem fórmulas mais serenas e seguras de o demonstrar que o formulário? Se o cidadão (parto dos efeitos jurídicos e judiciais das Revoluções dos finais do séc. XVIII) via as suas dúvidas esclarecidas perante a existência de um contrato, mais ou menos formalizado em documento, que a tudo aplicava no seu quotidiano, a verdade

⁽⁵⁾ Cf. René HUYGHES, *Os Poderes da Imagem* (trad. Manuela França), Bertrand Ed., Lisboa, 1965, pp. 8 e s. e 22 e ss.

parece ser que — mormente no campo da medicina — as exigências relativas à protecção da esfera físico-psíquica-ambiental exigem muito mais. O contrato exige que se cumpra; e quanto ao corpo, tudo se pretende diferente.

Em medicina, o contrato e o documento significam hoje muito menos do que mera sinalética de um semáforo rodoviário que permite avançar, acautelar e parar. É certo que assino contratos que não leio integralmente: da apólice de seguro, de serviços bancários ou de telecomunicações. Bem sei que existem informações mínimas e uma lei geral que me protegerá de abusos. Mas em medicina necessito de mais do que isto e, tal como nos antecedentes exemplos, em rigor, não preciso em absoluto de sucedâneos de contrato senão da mera «adesão concludente». Do que não posso prescindir é de que o seguro não frustre o desiderato fulcral e os acessórios quanto ao escopo; de que a instituição bancária me não cobre em comissões em mais do que o equitativo; ou de que a empresa de telecomunicações me não preste serviços indesejados e imponderados. Em suma: não posso prescindir da boa-fé.

Imagine-se um clássico: — preparativos para uma cirurgia. Raros serão os casos em que, documentado ou não, o agente médico não confia que a montante, nas consultas e no procedimento, foi explicado o essencial para as decisões prévias e consequentes que se foram mostrando pertinentes. O que se pretende é que o agente médico tenha pela frente uma pessoa para olhar, que não apenas uma patologia ou a suspeita da sua existência: não lhe basta a imagem de um lençol azul (ou verde) recortado da zona da intervenção cirúrgica a realizar. A idade ou o género ficam na pergunta distraída e na resposta de quem lê de soslaio a papelada sobre a «história clínica». Só perante contradições se ergue o sobrolho e se corrige uma trajectória previamente decidida... Por quem? E de sobrolho erguido pergunta-se: — Mas diz-me que toma este medicamento? Porque não o disse antes? Vamos ter de adiar a operação, não pode ser anestesiado... E retrocede o paciente uns passos, e a actuação fica frustrada nos vários campos: na esfera individual, nas expectativas, na confiança, nos custos e no tempo — sempre tão curto — desbaratado.

Fico pouco surpreendido se ocorrerem vezes repetidas cenas em que um paciente que se submete a uma nova intervenção merece um comentário desprimoroso do cirurgião face aos resquícios da intervenção anterior, que ele próprio fez e de que já se esqueceu. E finda a intervenção há que despachar o paciente para ambulatório, porque a cama faz falta... Qualquer intercorrência posterior ou foi um mal-entendido ou resultou de um efeito adverso, nosocomial.

Eis a crise das conquistas da autonomia. Depois da explicação sobre como se mergulha e se pratica a natação, nos seus vários estilos e com as respectivas cau-

telas, o empirismo cai em rotina e depois em esquecimento, e mesmo para a verificação das bóias, dos alarmes, do oxigénio... Um dia o nadador engasga-se ou sufoca-se alguém, mas os procedimentos prévios de segurança aparentam estar em ordem. E talvez estejam, assim não se espiolhe muito.

Pois tudo isto sucede ao contrário quando se perspectiva pela negativa, quando se assume a recusa como primeiro passo respeitável. Perdoe-se a simplicidade da metáfora: também uma criança tem por regra uma reacção de cautela perante o que desconhece: há que lhe ganhar a confiança e, sobretudo, explicar; não adiante ser determinado a não ser que se goste de ouvir um berreiro e sofrer as sequelas de uma birra. Tal qual.

Sendo possível transformar os procedimentos, inserindo uma novidade (se verá que terá o nome de «teste da recusa»), a verdade é que o agente médico passa a ter de persuadir o paciente para activar a pretensão que entende devida ao quadro de facto. Se não o fizer fica intelectualmente inibido de cumprir a sua função e responsabilmente tutelado pela precipitação.

Se o caso descambar em averiguação logo o inquiridor franzirá o sobrolho perante a evidência: pois se a actuação era útil, senão necessária, por que razão aquela personagem a rechaçou? Está agora o agente médico displicente em «maus lençóis». As suspeitas de má prática rodeiam-no. As explicações multiplicam-se perante quem se oferece menos dócil, mais recalcitrante à proposta ou ao decorrer do procedimento.

E não foi preciso legislar para que na prática hospitalar surgissem espontaneamente modelos escritos dos «termos de responsabilidade», quando, perante o desespero dos intervenientes, os factos merecessem registo para desmentir a incredulidade da opção de repudiar de todo a intervenção e «impor a alta», abandonando os cuidados decorrentes da indicação médica de internamento. O «teste da recusa» não é, infelizmente para mim uma invenção; é só a *repetição do desafio do ovo de Cristovão Colombo*. Torna-se é necessário impor que os ovos não rebolem ao sabor de imprevistos; já bastam os solavancos.

Perante teste tão simples, que melhor regra geral, que melhor princípio ou presunção ilidível, pode dar o legislador, que tem por missão proteger todos, de regular sejam prestados ao cidadão os melhores cuidados de saúde possíveis? ⁽⁶⁾

⁽⁶⁾ Assim se deve compreender o conjunto de normas de onde decorre a regra geral da recusa implícita, presumida, do paciente, como regra geral perante a generalidade das posturas inerentes ao objecto da relação jurídica (ou relações jurídicas) que se delineia para a prática da medicina, como servem de exemplos, em termos meramente gerais, o preceituado: no art. 25.º, n.º 1, da CRP; no art. 5.º da CDHBio; nos arts. 36.º, n.º 2, 156.º e 157.º, todos do Código Penal; a «responsabilidade civil por conselhos, recomendações ou informações»

Como evitar então que se instale um ambiente de desconfiança generalizado a carregar e a entorpecer relações que se desejam fluidas, sob desígnios de confiança, de aliança, como ensina Guilherme de Oliveira? (7)

Sabe-se que em matéria de *Linguagem*, uma experiência vivida — empirismo —, será potencialmente mais explícita do que a sua explicação (8). Se associarmos procedimentalmente as explicações e as actuações construímos algo desejável.

Acicatar a curiosidade natural, afugentando vergonhas e cerimónias, conduzirá a despoletar as reacções primordiais do conhecimento, de todo o conhecimento: desde o infantil estender de dedo com a questão: — o que é aquilo? Que antecede o jorrar de perguntas que não podem ser integralmente respondidas, até à investigação científica em que interrogações análogas se acumulam no cérebro do cientista perante a multiplicidade de vias, de relances, de oportunidades. É disto que importa fazer preceder a intrusão médica. Nada mais confortável do que o sossego de uma envolvente conhecida. Ensina Bernard Lonergan (9), de forma muito clara, que todos os seres humanos participam fundamentalmente no mesmo espírito de indagação comum às crianças, e, como estas, cedo aprendem que as perguntas interessantes são muitas vezes precedidas de outras aborrecidas. É, pois, fulcral *aprender a aprender*. Mais: é uma obrigação para as partes em qualquer interactividade, onde se verifiquem transmissão de dados. E são exactamente as evidências que devem começar por ser afirmadas e consciencializadas. Estas só frutificam quando, de alguma forma, entendemos que a apropriação das respostas decorreu de um processo autónomo, isto é, em que as encontramos por *nossa conta*. Esta fase de indagação espontânea convive igualmente com as respostas encadeadas, onde se compreende que as respostas parciais possuem valor intrínseco específico para a decisão.

prevista no art. 485.º, n.º 2, do C.Civ.; tal como as declarações negociais gerais (que devem valer por força também para declarações não negociais puras) 218.º, também do C.Civ.; e os múltiplos preceitos gerais e específicos sobre a matéria, a sublinhar até à exaustão o princípio de não interferência na esfera físico-psíquica de cada um dos demais e, sobretudo, uma «expressa» determinação preceptiva para sustar qualquer procedimento perante a exclamação: Pare!

(7) Cf. Guilherme de OLIVEIRA, *O Erro em Medicina*, in *Temas...*, *cit.*, pp. 289 e ss., mas sobretudo os sucessivos anos das magistrais aulas dos Cursos de Pós-Graduação em Direito da Medicina, tanto quanto presenciei a primeira em 1996.

(8) Cf. René HUYGHES, *op. cit.*, p. 29.

(9) Inspiro-me neste trecho em Bernard LONERGAN, *Insight: Estudio sobre la comprensión humana*, Col. Hermeneia n.º 37, Ed. Sigueme, 2.ª ed. 2004, pp. 223 e ss. (ISBN 84-301-1295-29).

A resposta à pergunta: — O que é que me vai acontecer? Será melhor intelectualizada com a compreensão do que me está a acontecer e, antes disso: — porque me aconteceu? A notícia de uma doença provoca naturalmente um número enorme de mónadas isoladas e independentes das verdadeiras questões. Aprender a responder significa a conveniência de ensinar a compreender. Eis a tarefa prévia fulcral do agente médico. Conversar é muito mais apelativo e gratificante do que falar, mas é uma arte. Há que alimentar a conversa, para depois poder ensinar e aprender, mediante as proposições sucessivas que devem ser extraídas da mensurabilidade diagnóstica, seja para que o agente médico as certifique, seja para que o paciente adquira noção das suas inferências e do percurso. O primeiro em sentido técnico científico, o segundo em sentido comum desenvolvido, densificado, isto é, mais do que meramente genérico mas, pelo contrário, habilitante; com o fito comum de decidir as vias convenientes para solucionar um problema ou problemas. Aquele formulará uma ou mais propostas alternativas de actuação; este poderá circunscrever-se na escolha ou nas escolhas possíveis ou aprofundar as premissas que o conduzam a escolhas. E não se invoque escassez de tempo, para se justificar os silêncios por força do desabafo: — não vale a pena! Claro que vale a pena, vale sempre a pena não desistir; descrever o que se está a fazer e o que se pretende seguir. E a incompreensão tarde ou cedo devolve o paciente à *proveniência*, senão o remeter para pior destino.

Está bem de ver que os papéis não devem ser subvertidos. Retomo outra comparação: perante a concorrência dos meios de informação disponibilizados informaticamente, são idênticos os temores dos docentes e os dos profissionais de saúde. Usualmente confrontam-se com semi-informados cujo esclarecimento se torna mais difícil, seja por desconhecimento de informações relevantes inter-relacionadas, que provocam desvios, seja por se tratar de pessoas a quem já não bastará ouvir um discurso tão vivaz quanto o conteúdo de um mero anúncio comercial. Ao fim e ao cabo, as pessoas que aflorem o mero sentido comum estão muito ocupadas: têm pela frente tudo o que seja *Que fazer? do mundo*»⁽¹⁰⁾. Em rigor, depois de instigadas para aprender já não se sossegam com a mão no

⁽¹⁰⁾ Cf. ID., *ibid.*, p. 229. Sobre os significados do que seja o alcance pretendido emprestar ao conceito de «sentido comum», cf. as páginas seguintes da obra citada. «Sentido comum» constitui aqui conceito que funciona por referência ao que seja imediato e prático, ao que seja concreto e particular, e visa soluções deste âmbito, quer no quotidiano quer no espaço individual ou familiar. O próprio método científico poderá bastar para este mesmo «sentido comum». O que lhe ficará vedado será atingir as soluções sobre a imbricação das relações universais, fica-lhe vedada uma parte da transcendentalidade, teórica, universal, abstracta e respectivas validações; permanecerá, pois, supérfluo, quanto ao que nesse aspecto integra o que se circunscreve a assuntos técnico-científicos em exclusivo.

ombro que, a um tempo, as deveria calar por confiança cega e dar indicação de que terminou o tempo: “— vá em paz!”

Por seu turno, em matéria de compreensão também se pede apenas um nível equilibrado de entendimento, que habilite a escolha ou escolhas. Desde logo a resposta ao pressuposto radical: — E o que sucede se nada fizer? Desse extremo até ao que venha a acontecer está um processo e nesse processo inúmeras vezes conjecturo actos autonomizáveis, passos, desvios, ocorrências, onde os deveres de tentar esclarecer e as decisões encadeadas se repetem ou deveriam repetir-se.

Eis o fascínio em que me envolvo: o de que as opções — como me subsistem vivas desde 2000 ⁽¹¹⁾— se assumem como as verdadeiras chaves individuais em que o acento tónico da manifestação de vontade terá de fluir, e, para fluir, do esclarecimento sobre o que se pretende fazer e sobre o que pode acontecer decorrem vários comportamentos certificados (testes, sequelas, etc.) Já não é apenas um único sim (para intervenção, por exemplo) mas o feixe de várias respostas (na anestesia, na medicação, no período do internamento no recobro, nas alternativas). Não pode, pois, servir um consentimento *em branco* (teleológico) para as actuações *principais* e para as *subsidiárias*. Caso sirva, o consentimento desfaz-se, perde toda a relevância. A perspectiva de avaliação dos intervenientes é a da conquista segmentada da superação das várias recusas possíveis, das várias opções.

É a recusa que emerge como a semente a proteger, o foco de iluminação: — Entendeu? Então quer, não quer? Claro que sim! Então vamos lá. Não? Porque não?

É óbvio que acalento a expectativa — nada onírica — de que o esforço destas interrogações se não reduza à «importância» análoga sobre as especulações que se podem construir em torno do tipo de madeira em que foi talhada a cruz de Jesus Cristo. Bem triste ficaria se tal fosse a crítica primacial apontada à *via crucis*. Por exemplo: tudo se reduz a questões de nomenclatura abrangidas no âmbito da persistência da doutrina do «consentimento», revelando-se a recusa como variante com fraca e desinteressante autonomização daquele. Qualquer recusa é mera matéria de «ausência de consentimento esclarecido»? Estou em crer que a discussão em torno do tipo de madeira da cruz terá o condão de sossegar ou descartar definitivamente (o que é significativamente diferente) um conjunto alargado de crentes sobre a eventual autenticidade da lasca do santo lenho que possuam. Ou seja dizer, ainda em termos abstractos e metafóricos, que poucas serão hoje as questões que não possuem um interesse legítimo para quem se

⁽¹¹⁾ Cf. João VAZ RODRIGUES, *O Consentimento...*, cit.

anime de curiosidade e de espírito perscrutador. As pequenas questões podem sempre transformar-se em grandes questões. E estou convencido de que será na recusa do paciente, que não no seu consentimento, que encontrarei a explicação para dizer ao prestador dos cuidados de saúde que avance na intervenção necessária recusada pelo pai da criança, mas que arrepie caminho se pensar em desprezar a recusa de quem, capaz, lhe desfeche na cara preferir participar em uma festa de Natal ao invés de tentar salvar-se, consentindo na intervenção.

A tudo isto há que acrescentar existirem agora directivas antecipadas de vontade, que servem para sossegar, mas, acredito, hão-de ainda inquietar muitas das consciências dos agentes médicos onde subsistam subliminarmente resilientes perspectivas mais paternalistas. É que, para o exemplo anterior, existe o dever de diálogo —que mostra bem a diferença entre o sim pretendido e o não indesejado— mas perante um documento segue enunciativamente um imperativo ao médico. E a LDAV permite sinuosidades, em matéria de decisões substituídas, como se verá.

À beira de uma época em que se anunciam pequenos mecanismos — *chips* — a ser inseridos no corpo humano (como outrora se esperava das peças eléctricas e mecânicas para o coração, outros órgãos ou membros) de sorte a monitorizá-lo e, eventualmente, interagir intelectual, emocionalmente, etc., de sorte a aumentar as opções dos desígnios de um livre desenvolvimento da personalidade mais eficaz, é na cisão entre as derivas dos trilhos, entre desinências distintas da manifestação da vontade, que vislumbro a necessidade de projectar programaticamente este problema e de tecer observações sobre a juridicidade que lhe merece cunho, ou até, de preferência, inscrição. Parece, pois, que o último reduto da Pessoa Humana reside na faculdade primeira de recusar o cumprimento alheio dos deveres decorrentes da alteridade. Existem casos em que o pode fazer e outros em que não pode. Tal como o preto e branco podem ser, consoante se fale de luz ou de pigmentos e na origem ou destino, a mistura de todas as cores ou a ausência de cor, parece-me importante determinar o que seja essa premissa intermédia que permite a diferença na resposta. No final, pode ser que apenas se deva mudar a proposição «doutrina do consentimento informado» para «doutrina do esclarecimento». Se tanto bastar para mudar procedimentos que assegurem os direitos e os deveres ao respeito e à solidariedade, fica a Dignidade humana enriquecida e eu basto-me.

2. A presente dissertação foi inicialmente pensada e proposta com um subtítulo: «Perspectiva jurídico-política sobre a relação entre o paciente e o

agente médico no ordenamento jurídico português». Esta *circunscrição temática* foi aprovada de acordo com a correspondente razão de ser, a saber, dar continuidade ao meu trabalho anterior sob a temática geral do *Consentimento informado do paciente prestado em documento*, analisado segundo o Direito Civil português e que se revelou ainda com préstimo e foi usado, pese embora o tempo decorrido desde 2000.

O subtítulo ficou formalmente oculto. Tal ocorreu por força das contingências dos *modelos* onde foram registadas as consequências das alterações regulamentares determinadas pelo «processo de doutoramento adaptado a Bolonha» (cf. Desp. n.º 123/2009 da Reitoria da UÉ), integrando-se a candidatura correspondente de doutoramento no Curso de Doutoramento em Teoria Jurídico-Política e Relações Internacionais, cuja parte lectiva frequentei com valioso benefício. Aqui se aninhou agora o projecto de dissertação, e com conforto assim aconteceu, como se compreenderá em seguida, mas a consubstanciação inicial, *genética*, perdura e deve perdurar.

Com efeito, o ordenamento jurídico português insere-se no ordenamento jurídico internacional, dele deriva e nele se conforma, tal como, reciprocamente o influencia. Espero ter conseguido expor essa evidência, muito especialmente na Parte II deste trabalho. Na verdade, não é possível ponderar o ordenamento jurídico português sem considerar os parâmetros do Direito Comparado e a respectiva confrontação com os Sistemas existentes.

Em rigor, a Ciência Jurídica portuguesa (e o seu ordenamento) sempre foi fortemente tributária e atenta a outros ordenamentos jurídicos. Mais: encontra-se integrada em uma rede institucional cuja actividade legislativa e regulamentadora constitui fonte (em sentido técnico-jurídico) do Direito positivo vigente, seja especificamente em território nacional, seja enquanto integrada na União Europeia, seja no âmbito da edificação desejada de ordenamentos alargados em termos mundiais. Outro tanto vale para as demais instituições internacionais de que Portugal é membro. Mesmo em relação a todos os agrupamentos de sistemas jurídicos (as *famílias*) que se alinham de modo compósito no que é a permanente construção do Direito Internacional Público (*Geral ou Comum*) ⁽¹²⁾, resulta unívoco quanto a *normas e princípios fundamentais*, como é consabido, fazerem «parte integrante do direito portu-

⁽¹²⁾ Cf. René David, *Os Grandes Sistemas do Direito Contemporâneo: Direito Comparado*, Meridiano Ed., 2.ª ed., Lisboa, 1978, pp. 32-34.

guês» (cf. art. 8.º, n.º 1, da CRP). Por seu turno, também constitui ditame constitucional: «os preceitos constitucionais e legais relativos aos direitos fundamentais devem ser interpretados e integrados de harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem» (cf. art. 16.º, n.º 2, da CRP).

Seria de todo imprudente, senão incorrecto, *lavar* directamente em matérias de dogmática, das legislações e jurisprudência estrangeiras sem partir das, e retornar às, referências nacionais. A própria especificidade do tema o impõe. As diversas línguas, nestas matérias, possuem particularidades que nem o domínio «natural» permite muitas vezes ultrapassar. Citar a mesma expressão em Heidegger ou em Habermas pode implicar uma filigrana explicativa sobre o étimo da palavra e o que cada um dos Autores discorreu (ou pretendeu discorrer) sobre a respectiva amplitude semântica. Revelar-se-ia uma tarefa insensata neste propósito.

A opção foi a de privilegiar o ordenamento jurídico português ⁽¹³⁾ e a partir deste explicar e ilustrar, por confronto com outras realidades recolhidas pontualmente em outros ordenamentos ou em jurisprudência não nacional. Foi o que ensaiei, seguindo neste aspecto os cânones. A procura levou-me da *oficina* inicial (com um *machado civilístico*) em busca da *floresta* onde pretendi encontrar o que penso ser a *árvore* cuja *madeira* tenho por ideal para as tarefas da *carpintaria* a que me comprometi. Adiante se verá que esta metáfora iluminou as ilustrações das quatro partes em que expus os sucessivos capítulos deste trabalho. No fundo, relatos dos *percursos de um lenhador*.

3. Uma curtíssima observação ainda quanto a termos metodológicos. Não foi por casualidade ou pretensão literária que escolhi para títulos de partes da dissertação: *Os caminhos de floresta e a vontade do lenhador*; *As recusas são caminhos que não obras*; e *metido em atalhos, vistas as árvores...* O cunho foi inspirado pela explicação com que Martin Heidegger publicou em 1949 alguns dos seus ensaios aparentemente dispersos «*Holzwege*», aos quais pretendeu conferir uma unidade em que percorrer e perder-se por caminhos avulsos na floresta pode significar encontrar exactamente a floresta. Para explicar integralmente necessito de recorrer, por um lado, ao Prólogo da Obra

(13) A língua em que se exprimem as manifestações de vontade dos intervenientes de cada relação médica não é de todo indiferente para a consecução legal da eficácia da mesma, mercê dos esclarecimentos recíprocos.

portuguesa ⁽¹⁴⁾, e, por outro lado, ao próprio Autor, que sobre a escolha «*Holzweg*» (literalmente: *metido em atalhos*), escreveu o seguinte:

«*Holz* [madeira, lenha] é um nome antigo para *Wold* [floresta]. Na floresta [*Holz*] há caminhos que, o mais das vezes sinuosos, terminam perdendo-se, subitamente, no não-trilhado. / Chamam-se caminhos de floresta [*Holzwege*]. / Cada um segue separado, mas na mesma floresta [*Wold*]. Parece muitas vezes que um é igual ao outro. Porém, apenas parece ser assim. / Lenhadores e guardas-florestais conhecem os caminhos. Sabem o que significa estar metido num caminho de floresta.» ⁽¹⁵⁾

Quanto ao Prólogo, os tradutores da obra tiveram um cuidado extremo em dar nota e explicação profunda sobre o facto desta *tematização* incluir a convicção de que os significados em torno de *caminho* e *estar a caminho* não foram escolha inocente de Heidegger, pois não apenas são significados recorrentes na obra do pensador, como parecem decorrer do sentido oriundo do que a interpretação tradicional de *ódoç* (expressão grega para *caminho*) empresta a *método*. Humildemente, peço-lhes emprestado o seguinte texto que tudo explica:

«*A floresta não é, no seu sentido próprio, um mero arvoredo, que a mão do homem pudesse ter plantado. Não é um parque. É selva e mato, natureza em estado puro, selvagem. Os caminhos do mato, estreitos e sinuosos, mais que atravessá-lo, levam quem o tenta fazer a descobri-lo como tal, embrenhando-se no seu interior sem saída. “Perder-se” por esses caminhos é, pois, encontrar a floresta, encontrar-se nela.*» ⁽¹⁶⁾

O método foi então este. Radicou na convicção de que existia um *prius* cujo significado era algo desprezado, e, com o tempo, também na convicção de que o seu recorte permitia fazer crescer-lhe um cunho específico: um *encontro na floresta*, de onde retiro mais do que uma originalidade muito própria no Direito da Medicina (a prévia recusa e ulterior permanente revogabilidade), mas um *trilho* (um método): o «teste da recusa» colocado ao serviço dos intervenientes da relação entre o paciente e os prestadores dos cuidados médico-medicamentosos.

⁽¹⁴⁾ Cf. Martin HEIDEGGAR, *Caminhos de Floresta* (Coord. Científica da Edição e da Tradução de Irene BORGES-DUARTE: com tradução da própria e de: Filipa Pedroso; Alexandre Franco de Sá; Vítor Moura; e João Constâncio), FCG, Lisboa, 1998 (ISBN 972-31-0944).

⁽¹⁵⁾ Cf. ID., *ibid.*, p. 3.

⁽¹⁶⁾ Cf. *ibid.*, p. IX.

4. Guilherme de Oliveira apontou solução para muitos dos problemas suscitados pela relação entre paciente e agente médico e que agora começam verdadeiramente a cair nos nossos Tribunais:

«Parece adequado, por fim, dizer que há uma outra linha de reforma que traria vantagens para a criação de um ambiente pacífico, favorável à diminuição do erro médico – refiro-me à prática do *consentimento informado*. (...) Creio que –um dia– os Sistemas de Saúde» vão distinguir-se uns dos outros não tanto pela sofisticação das máquinas ou pela diferenciação e capacidade dos médicos, quanto pela sua capacidade de organização e pela cultura de segurança que conseguirem atingir. Vamos esperar que o sistema português tenha iniciado a sua caminhada.»⁽¹⁷⁾

No dia 2 de Março de 1996, no decurso da primeira aula proferida pelos Professores Doutor Orlando de Carvalho e Doutor Guilherme de Oliveira, no 1.º Curso de pós-graduação em Direito da Medicina, na FDUC, ouvi a este último o vaticínio que antecede e pensei o seguinte: «eis um *clip*». A simplicidade de um arame que, torcido de forma engenhosa, se transforma em uma *mola* que permite organizar e prender uns tantos papéis.

A necessidade de obtenção de um consentimento esclarecido prévio à intervenção médica foi, durante anos, objecto de vigorosas oposições e discussões e *apoucamentos*, presenciados e participados em fóruns onde retransmiti a *ideia*... Hoje, vejo, oiço e leio alguns desses detractores a defenderem — e bem — a sua necessidade e conveniência. Significa isto que se venceu um «teste da recusa»? Seria uma alegria ouvir dizer que sim.

Foi ainda a imagem de um «*clip*» que me ocorreu quando, em 1999, consegui inventariar todos os casos em que o legislador impunha o registo por escrito da declaração do consentimento do paciente. Actualmente, a «proposta de Norma O15|2013|DGS» dificilmente deixa algum procedimento médico ou medicamentoso fora desse *título de crédito médico*. Mais: ao balcão de qualquer farmácia após avio medicamentoso, cada um de nós outorga ou vê outorgar, por regra *cegamente*, uma *declaração informada*.

5. Ao concluir esta dissertação voltei a ver a imagem de um «*clip*», agora no «teste da recusa». Trata-se de uma ligeiríssima mas significativa alteração da postura que, caoticamente, a lei parece expressar e que modifica de forma radical o dever clássico dos prestadores de cuidados de saúde quanto ao con-

⁽¹⁷⁾ Cf. Guilherme de OLIVEIRA, *O Erro em medicina*, in *Temas...* 2.ª ed., p. 305.

sentimento informado. Do mesmo modo, o aludido «teste» permite iniciar, simultaneamente, a construção dos requisitos de responsabilização por banda do paciente.

Aos prestadores de cuidados de saúde impõe a necessidade de que o processo clínico que patenteia a actuação médico-medicamentosa se encontra sob o permanente escrutínio, de ter sido superada a recusa do paciente mediante consentimento e de que este mantém ulteriormente no curso terapêutico, i.e., que não houve lugar a revogações; para os pacientes a informação e a consciencialização de que podem «não saber», podem inquirir, podem investigar, mas, responsavelmente, ficam sob a presunção da confiança a que a aliança terapêutica aspira.

Por ora, o consentimento arrisca seriamente a tombar em uma série de rúbricas e a ser tido por formalidade sem a qual existe culpado. Não pode ser assim.

Índice

Resumo / <i>Abstract</i>	i
Agradecimentos	ii
Abreviaturas	iv
Introdução	1
PARTE I — DIREITO DA MEDICINA, UM ESPAÇO PARA A HUMANIDADE: ELEMENTOS PREDISPONETES E DETERMINANTES	17
CAPÍTULO I — INTRODUÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO TEMA	17
§ 1.º A saúde	17
§ 2.º Dignidade: «Um portal da humanidade»	25
§ 3.º O princípio do respeito	26
§ 4.º Solidariedade: necessidade e consequência da alteridade	29
§ 5.º Vulnerabilidade	31
§ 6.º Cuidado: uma perspectiva relacional	36
CAPÍTULO II — APROXIMAÇÃO HISTÓRICA	41
§ 1.º A explicação de um <i>Sacerdócio</i> : mister próprio de segredos e de especializações	48
§ 2.º A afirmação da medicina e o encontro com a ética	52
§ 3.º A persistência dos mistérios	57
§ 4.º A inserção científica e a apresentação sociológica: explicações e responsabilização	60
§ 5.º Saúde: dever, deveres, silêncios e <i>novas observações</i>	65
CAPÍTULO III — APROXIMAÇÃO AO CONTEXTO HODIERNO	69
§ 1.º Inserções Éticas	74
§ 2.º Uma ordem normativa disciplinada ou uma normação <i>mil-folhas</i>	80
§ 3.º Um contexto para o futuro	81
§ 4.º Desvelar a doença: um consentimento relutante	84
§ 5.º Imperativos para conciliações	86
§ 6. As «alianças»	92
§ 7.º Da prática da Medicina e desta ao Direito	93
§ 8.º Respeito e alvedrio	99
CAPÍTULO IV — PROPENSÃO OU NECESSIDADE DE UMA AUTONOMIA DISCIPLINAR?»	103
§ 1.º Ciências da Natureza & Natureza da Ciência: Que pensar disto?	105
§ 2.º A Medicina enquanto «fenómeno aberto» ao Direito	108
§ 3.º As <i>linhas</i>	120
§ 4.º As fundações tradicionais e a realidade	122
§ 5.º As Escolhas	127

PARTE II — OS CAMINHOS DE FLORESTA E A VONTADE DO LENHADOR: RELEVÂNCIA DA VONTADE & ORDENAMENTO JURÍDICO	133
CAPÍTULO V — A RELEVÂNCIA DA MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DO PACIENTE: A CONFLUÊNCIA NO ORDENAMENTO JURÍDICO PORTUGUÊS	133
§ 1.º O poder individual jurisgénico: o reconhecimento da Dignidade	134
§ 1.º.1. A autonomia: doutrina do consentimento esclarecido	140
§ 1.º.2. Da opção à protecção: uma génese disciplinar	143
§ 2.º A dignidade: um feixe aglutinador de protecções	146
§ 3.º O que perpassa entre as disciplinas jurídicas	151
§ 4.º Uma legiferação pragmática ou uma singularidade disciplinar?	156
CAPÍTULO VI — A FORÇOSA INTERNACIONALIZAÇÃO DE UM DIREITO DA MEDICINA: DISCIPLINAS	163
§ 1.º O campo concreto da Medicina no campo dos direitos internacionais	173
§ 2.º O Texto Constitucional	176
§ 3.º O Texto Penal	181
§ 3.º.1. O direito positivo actual	189
§ 3.º.2. A questão terapêutica e a indicação médica	191
§ 3.º.3. De regresso ao direito positivo	193
§ 3.º.4. A amplitude da excepção terapêutica	194
§ 3.º.5. Intervenções puras e intervenções cosméticas: a gradação do intuito terapêutico (prévio e posterior)	196
§ 3.º.5.1. A experimentação	197
§ 3.º.5.2. Quanto aos transplantes	199
§ 3.º.5.3. As intervenções cosméticas	200
§ 3.º.5.4. A transexualidade	200
§ 3.º.5.5. Quanto à esterilização	202
§ 3.º.6. O crime sombra da recusa para as intervenções médico-medicamentosas	203
§ 4.º Os textos legislativos administrativos	205
§ 5.º A Lei Civil	211
§ 6.º A regulamentação ético-profissional: o Código Deontológico da Ordem dos Médicos	214
§ 6.º.1. A Deontologia para outros profissionais de saúde	218
CAPÍTULO VII — O <i>TURISMO</i> NOS CUIDADOS DE SAÚDE	221
§ 1.º Questões em torno do turismo e da(s) medicina(s)	225
§ 2.º Medicina não convencional ou medicinas tradicionais	225
§ 3.º Realidades múltiplas	228
§ 4.º A UE como espaço uniformizador de um direito da medicina	236
§ 5.º <i>Saúde</i> : Saúde Virtual sem Turismo	243
§ 6.º A Europa e Portugal; Portugal e a Europa	246
PARTE III — AS RECUSAS SÃO CAMINHOS, QUE NÃO OBRAS (<i>Wege, nicht Werke</i>)	249
Nota prévia	250

CAPÍTULO VIII — AINDA A DELIMITAÇÃO JURÍDICA DA MEDICINA	253
§ 1.º A delimitação das <i>leges artis medicinae e das leges artis (ad hoc)</i>	257
CAPÍTULO IX — A RECUSA	259
§ 1.º Consentimento e recusa: duas faces da mesma moeda? Duas moedas?	267
§ 2.º <i>Uma estranha forma de... recusa</i>	274
§ 2.º.1. Matéria legislativa avulsa: a <i>Carta</i> dos Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde (LDDUS)	275
§ 2.º.1.1. O direito de escolha	277
§ 2.º.1.2. O direito de escolha: Consentimento ou recusa	280
§ 2.º.1.3. O direito de escolha: informação	281
§ 2.º.2. LDDUS: Dados pessoais e sigilo	282
§ 3.º O sigilo	282
§ 3.º.1. Questões em torno das exceções ao sigilo médico	285
§ 4.º De novo o processo clínico (dever de documentação)	287
§ 4.º.1. Recusa na divulgação de informações e inserção de dados no processo clínico	291
§ 4.º.2. Apontamento sobre a divulgação de informações em DAV	293
§ 4.º.3. A recusa sobre informação: termos relativos ou radicais	294
CAPÍTULO X — A RECUSA: OS INTERVENIENTES: AGENTE MÉDICO E PACIENTE	297
§ 1.º Quanto ao agente médico	297
§ 1.º.1. O tempo: sempre o tempo	302
§ 1.º.2. Obstinações	302
§ 1.º.3. A recusa posterior: revogação	303
§ 1.º.4. O dissentimento esclarecido	304
§ 1.º.5. Os primeiros formulários de autonomia	304
§ 2.º As posturas dos profissionais de saúde	306
§ 2.º.1. O dever dos prestadores de cuidados de saúde para com o utente/paciente: sempre o caso da recusa	306
§ 2.º.2. As posturas dos profissionais de saúde: Informação: simples; suficiente e esclarecedora	308
§ 2.º.2.1. Simplicidade	308
§ 2.º.2.3. Esclarecida	309
§ 2.º.3. Os deveres entre os agentes médicos (o processo clínico)	310
§ 3.º Quanto ao paciente: muito mais do que uma postura	316
§ 3.º.1. A vulnerabilidade: limites	316
§ 3.º.2. O paciente credor?	318
§ 3.º.3. A combinação poderes/deveres da cidadania	319
§ 3.º.4. A Confiança	328
§ 3.º.4.1. A confiança pública	329
§ 3.º.4.2. A confiança <i>privada</i>	331

§ 3.º.4.3. O dissentimento propriamente dito	332
§ 3.º.5. Os menores	333
CAPÍTULO XI — QUANTO AOS <i>TRATAMENTOS COMPULSIVOS</i> E DEMAIS INTERVENÇÕES EM QUE SE JUSTIFICAM RESTRIÇÕES À LIBERDADE E À AUTODETERMINAÇÃO	337
§ 1.º Quando o legislador (não?) ajuda: um esforço que não pode ser escondido	341
§ 1.º.1. A burocracia e os efeitos perniciosos da regulamentação: o caso exemplar do SIGIC	344
§ 1.º.2. Uma excepção: o regime de «Cirurgia Segura Salva Vidas»	351
§ 1.º.3. A afirmação dos procedimentos no sentido de uma plenitude da aplicação do consentimento: um futuro breve	353
§ 1.º.4. O papel diferenciador da recusa: <i>a prova dos nove</i>	354
§ 1.º.4.1. Os resultados	355
CAPÍTULO XII — O TESTE DA RECUSA	357
§ 1.º A excepção terapêutica e as intervenções compulsivas: o teste da recusa	357
§ 1.º.1. O teste da recusa. A excepção (privilégio) terapêutica	360
§ 1.º.2. O teste da recusa. A capacidade para a recusa e os menores (emancipação; saúde mental e investigação clínica)	362
§ 1.º.3. Ainda os menores: Das intervenções em menores; XII. § 2.º Em torno do teste da recusa	369
§ 2.º. Em volta do teste da recusa	375
§ 2.º.1. A decisão partilhada no teste da recusa	377
§ 2.º.2. O processo clínico e o teste da recusa	378
CAPÍTULO XIII — A INEFICÁCIA OU INDIFERENÇA NA RECUSA: TRATAMENTOS COMPULSIVOS	381
§ 1.º Saúde Pública: restrições fundamentais	384
§ 1.º.1. A teoria da força normativa dos factos	389
§ 1.º.2. A teoria da confiança	393
§ 2.º A Indiferença da Recusa: outros casos	398
§ 2.º.1. A Indiferença da recusa: Os tratamentos em detidos	398
§ 2.º.2. A Indiferença da recusa: o internamento compulsivo de doentes afectados por anomalia psíquica	405
§ 2.º.3. A Indiferença da recusa: decisões judiciais e decisões autorizadas a autoridades para a prossecução de finalidades judiciais	415
§ 2.º.3.1. Indiferença da recusa: a perseguição do crime e o regime adjectivo	415
§ 2.º.3.2. Indiferença da recusa: a condução sob a influência do álcool ou de estupefacientes	424
§ 2.º.3.3. Indiferença da recusa: Intervenções determinadas por decisão judicial: Em processo civil: a determinação da filiação	429
§ 2.º.3.4. Indiferença da recusa: Intervenções determinadas por decisão judicial: as Perícias Médico-Legais e Forenses	433
PARTE IV — METIDO EM ATALHOS, VISTAS AS ÁRVORES ENCONTRA-SE A FLORESTA	437
CAPÍTULO XIV — EM TORNO DA PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA	438
§ 1.º Breve anotação sobre responsabilidade civil emergente da omissão informativa nos casos dos apelidados «concepção indevida», «nascimento indevido» e de «vida indevida»	444

§ 1.º.1. Questões pontuais sobre a relevância da vontade	461
§ 2.º Considerações sobre questões radicais	467
§ 2.º.1. Os interesses e as cautelas	468
§ 2.º.2. Onde cessa a liberdade?	470
CAPÍTULO XV — A PMA EM PORTUGAL	473
§ 1.º A PMA: uma actividade perigosa	477
§ 2.º Ascendência genética e ascendência juridicamente estabelecida	486
§ 3.º Maternidade de substituição	491
CAPÍTULO XVI — UMA NOTA SOBRE O PRINCÍPIO DA VERDADE BIOLÓGICA: CONHECIMENTO DO PERCURSO GENÉTICO	505
§ 1.º A recusa do pai: complicações decorrentes da falta ou deficiência da manifestação da vontade (a averiguação oficiosa do <i>consentimento sério, livre e esclarecido</i> ...)	509
CAPÍTULO XVII — AS DIRECTIVAS (ANTECIPADAS DE VONTADE): «TESTAMENTO VITAL», «PROCURADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE» E OUTRAS <i>POSSIBILIDADES</i>	517
Aspectos introdutórios	517
§ 1.º. As DAV: direitos dos (im)pacientes?	519
§ 2.º. As directivas como afirmação das <i>leges artis</i>	527
§ 3.º. Uma autonomia prospectiva	528
§ 3.º.1. Os diferentes graus de antecipação da vontade: presença e ausência	529
§ 3.º.2. Um conceito muito rico em designações	531
§ 3.º.3. Directivas, declarações ou instruções, testamentos ou procurações: tanto faz!?	533
§ 4.º O intolerável desrespeito pela recusa	534
§ 4.º.1. A família e as dificuldades de uma «decisão substituída»	538
§ 5.º O precedente legislativo dos EUA	541
§ 6.º O Direito português	542
§ 6.º.1. A Recusa relevante (resultante da disponibilidade do paciente)	546
§ 7.º As correntes legislativas	547
§ 7.º.1. O art. 9.º da CDHBio (desejos prévios)	549
§ 7.º.2. As opções indicativa e impositiva	554
§ 7.º.3. Retomando a perspectiva portuguesa	557
§ 7.º.4. Uma nótula brevíssima sobre o percurso até à LDAV	558
§ 7.º.4.1. A opção portuguesa: declarações vinculativas, mas... «sem prejuízo»	558
§ 8.º A (in)capacidade: observações sobre menores, interditos e inabilitados	562
§ 9.º A ausência do requisito do esclarecimento	566
§ 10.º A livre revogabilidade	570
§ 11.º A Procuração de Cuidados de Saúde	571
§ 12.º O RENTEV	571
§ 13.º Responsabilidades	573
§ 14.º Limites do desejo afirmativo de actuações em uma DAV: eventuais obstruções dos profissionais de saúde e do paciente	580

CAPÍTULO XVIII — A OBSTINAÇÃO	581
§ 1.º Obstinação do paciente?	582
§ 2.º A fuga ao paternalismo	584
CAPÍTULO XIX — O QUE PODIA AINDA INTEGRAR AS DAV: A SOLUÇÃO DE OPOSIÇÃO; O DIREITO A NÃO SABER; AS OPÇÕES (TERAPÊUTICAS OU PALIATIVAS)	587
§ 1.º A solução de oposição (ou do dissentimento)	588
§ 2.º O direito a não saber	591
§ 2.º.1. O <i>jogo</i> dos riscos	596
§ 3.º As opções (terapêutica e a paliativa)	598
§ 4.º DAV: A colheita de órgãos e tecidos em cadáveres. Escorço histórico para justificar uma realidade ainda em causa	599
§ 4.º.1.º As interrogações que se colocaram em torno da «solução de não oposi- ção»	602
CAPÍTULO XX — A REVOGABILIDADE COMO ESSÊNCIA, COMO REDUTO DO <i>TESTE DE FUNCIONALIDADE DO SISTEMA</i>	607
§ 1.º A revogabilidade (transplantes)	608
§ 2.º Vejam-se os menores	610
§ 3.º Interdição do lucro	611
§ 4.º Breves anotações sobre o regime dos transplantes: REENDA e ainda a rele- vância da colheita em cadáveres para fins de ensino e investigação científica: o valor das decisões familiares	613
§ 5.º O Decreto-Lei n.º 244/94, de 26 de Setembro: o RENNDA	618
§ 5.º.1. Colheita em cadáveres para fins de ensino e investigação científica: espe- cialidades	621
§ 5.º.2. As manifestações possíveis da vontade e as suas amplitudes: <i>Doação?</i> <i>Oposição? Reclamação do corpo?</i>	627
Considerações finais	633
Bibliografia	645
Índice	690