

A Revogação do Consentimento na Procriação Medicamente Assistida: o “início dos processos terapêuticos de PMA”

*Catarina Ferreira Nogueira,
Jurista*

Resumo: O presente artigo versará, especialmente, sobre a revogação do consentimento pelos beneficiários na Procriação Medicamente Assistida (PMA), procurando densificar o momento até ao qual essa revogação é válida e eficaz, porquanto o nosso legislador, ao estabelecer, no artigo 14.º, n.º 4 da Lei da Procriação Medicamente Assistida (LPMA), que o consentimento dos beneficiários é revogável até ao “início dos processos terapêuticos de PMA”, permitiu interpretações divergentes, ambas com implicações práticas muito relevantes. Faremos, necessariamente, um enquadramento acerca das técnicas de PMA existentes e aquilo que cada uma delas comporta, assim como dos requisitos do consentimento para o recurso a essas mesmas técnicas, passando, posteriormente, para a análise do que se deve entender por “início dos processos terapêuticos de PMA”, procurando dar resposta à falta de densificação e concretização perpetrada pelo nosso legislador. Sob pena de pecarmos por defeito na concretização da revogação do consentimento, quer dos beneficiários, quer da gestante de substituição, optamos por restringir o nosso trabalho à concretização do momento até ao qual os beneficiários das técnicas de PMA podem revogar o seu consentimento.

Palavras-chave: Procriação Medicamente Assistida; PMA; consentimento; revogação; processos terapêuticos.

1. As Técnicas de Procriação Medicamente Assistida

A PMA, como o nome indica, visa a criação de um embrião humano por forma medicamente assistida, *i.e.*, sem o recurso ao ato sexual, e engloba as técnicas destinadas a esse fim.¹ Podem-se fazer diversas distinções no âmbito das técnicas de PMA: (i) técnicas assexuadas ou sexuadas, consoante a criação do embrião humano seja realizada, respetivamente, com o recurso a apenas um componente genético ou com o recurso a dois componentes genéticos, um de uma pessoa do sexo feminino e outro de uma pessoa do sexo masculino^{2/3}; (ii) técnicas *in vivo* ou *in vitro*, consoante a fecundação do óvulo ou ovócito ocorra, respetivamente, dentro do corpo da mulher ou fora dele⁴; (iii) técnicas homólogas e heterólogas, consoante, respetivamente, o embrião seja criado unicamente com o recurso ao material genético dos beneficiários ou seja criado com recurso, também ou apenas, ao material genético de dador(es)^{5/6}.

Em Portugal, a PMA encontra-se consagrada na Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, com as alterações introduzidas pelas Lei n.º 59/2007, Lei n.º 17/2016, Lei n.º 25/2016, Lei n.º 58/2017, Ac. TC n.º 225/2018, Lei n.º 48/2019, Lei n.º 72/2021 e Lei n.º 90/2021 (LPMA).

No que diz especificamente respeito às técnicas de PMA, a LPMA estabelece, no seu artigo 2.º, n.º 1, que se aplica “às seguintes técnicas de PMA: a) Inseminação artificial; b) Fertilização *in vitro*; c) Injecção intracitoplasmática de espermatozóides; d) Transferência de embriões, gâmetas ou zigotos; e) Diagnóstico genético pré-implantação; f) Outras técnicas laboratoriais de manipulação gamética ou embrionária equivalentes ou subsidiárias.”. Este elenco não é, contudo, taxativo⁷, tendo o legislador deixado em aberto

¹ PINHEIRO, Jorge Duarte, *Direito da Família Contemporâneo*, 8.ª Edição, Coimbra, Gestlegal, 2023, p. 211.

² *Ibidem*.

³ O nosso ordenamento jurídico proíbe a utilização de técnicas de PMA assexuada, que consistem na clonagem reprodutiva (*cfr.* artigo 7.º, n.º 1 da LPMA).

⁴ PINHEIRO, Jorge Duarte *op. cit.*, p. 214.

⁵ *Idem*, p. 215.

⁶ Na nossa ordem jurídica, o recurso à PMA heteróloga é subsidiário ao recurso à PMA homóloga, só podendo ocorrer “quando, face aos conhecimentos médico-científicos objetivamente disponíveis, não possa obter-se gravidez ou gravidez sem doença genética grave através do recurso a qualquer técnica que utilize os gâmetas dos beneficiários e desde que sejam asseguradas condições eficazes de garantir a qualidade dos gâmetas.” – *cfr.* artigo 10.º, n.º 1, da LPMA.

⁷ GONÇALVES, Anabela Susana de Sousa, *et. al.*, *Direito Médico, Responsabilidade Civil Médica, Reprodução Humana Assistida*, 1.ª Edição, Coimbra, Gestlegal, 2024, p. 163.

a possibilidade de recurso a técnicas de PMA que ainda não sejam utilizadas, com a consagração da alínea f) transcrita, que permite e dá relevância à evolução científica.

Segundo PAULA MARTINHO DA SILVA e MARTA COSTA, a inseminação artificial é a técnica que “consiste na introdução artificial, através de cateter apropriado, de esperma no organismo feminino, no endocolo, no interior do útero ou na própria cavidade peritoneal”; a fertilização *in vitro* consiste na técnica em que se procede à recolha do material genético dos beneficiários e/ou de algum dador, e na qual “o processo de fertilização não ocorre no interior do corpo da mulher, mas dentro de um tubo de ensaio”; a injeção intracitoplasmática de espermatozoides “trata-se de uma técnica que se autonomizou da fertilização *in vitro*”, na qual o ato de fecundação é “manipulado, pois o espermatozóide é directamente injectado no ovócito”; a transferência de embriões, gâmetas ou zigotos, precisamente como o nome indica, consiste na transferência de embriões, gâmetas ou zigotos para o corpo da mulher gestante, ocorrendo o processo de fecundação de forma natural; e o diagnóstico genético pré-implantação consiste na “técnica que permite detectar, antes da transferência uterina, os embriões que não estão em condições de se desenvolverem com sucesso”⁸.

Por seu turno, o artigo 4.º, n.ºs 1 e 2, da LPMA esclarece-nos que a PMA consiste num método subsidiário de procriação, pelo que a “utilização de técnicas de PMA só pode verificar-se mediante diagnóstico de infertilidade ou ainda, sendo caso disso, para tratamento de doença grave ou do risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosa ou outras.”. Contudo, o n.º 3 do presente dispositivo abre uma exceção a esta subsidiariedade, consagrando a PMA plenamente como meio alternativo de procriação, ao permitir o acesso às técnicas de PMA “por todas as mulheres independentemente do diagnóstico de infertilidade.”. Tal veio a ser densificado no artigo 6.º da LPMA, que estabelece como beneficiários das técnicas de PMA “os casais de sexo diferente ou os casais de mulheres, respetivamente casados ou casadas ou que vivam em condições análogas às dos cônjuges, bem como todas as mulheres independentemente do estado

⁸ SILVA, Paula Martinho da, COSTA, Marta, *A Lei da Procriação Medicamente Assistida Anotada (E Legislação Complementar)*, 1.ª Edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2011, pp. 14 a 16.

civil e da respetiva orientação sexual” (n.º 1), estabelecendo ainda que as técnicas de PMA apenas podem ser utilizadas por “quem tenha, pelo menos, 18 anos de idade e desde que não exista uma sentença de acompanhamento que vede o recurso a tais técnicas” (n.º 2).

Existem diversos princípios jurídicos que enformam a LPMA e que estiveram na base da sua criação e das alterações que lhe foram sendo feitas ao longo dos anos: “o princípio da dignidade da pessoa humana, o princípio da não discriminação, o princípio da subsidiariedade, o princípio da não comercialização, o princípio da gratuidade ou não onerosidade do material genético e dos embriões, o princípio do consentimento informado e o princípio do acesso ao conhecimento das origens genéticas e à identidade do dador”⁹. No presente trabalho, debruçar-nos-emos, em particular, sobre o princípio do consentimento informado e sobre os casos em que tal consentimento pode ser revogado pelos beneficiários das técnicas de PMA.

2. O consentimento informado na PMA

Conforme decorre do que dissemos *supra*, a submissão dos beneficiários às técnicas de PMA consiste numa verdadeira submissão dos mesmos a um ato médico, pelo que o consentimento dos beneficiários no recurso àquelas técnicas tem que preencher os mesmos requisitos necessários para a validade do consentimento prestado para os atos médicos, com as especificidades previstas no artigo 14.º da LPMA.

Assim, prescreve o artigo 20.º, n.º 1 do Regulamento n.º 707/2016, de 21 de Julho (RDM), que “[o] consentimento do doente só é válido se este, no momento em que o dá, tiver capacidade de decidir livremente, se estiver na posse da informação relevante e se for dado na ausência de coações físicas ou morais.”. Este preceito estabelece três condições cuja verificação cumulativa é necessária para que o consentimento para os atos médicos seja válido, a saber: (i) que o paciente tenha capacidade para consentir; (ii) que o paciente tenha sido devidamente informado de todos os aspetos com relevância para a prestação, ou não prestação, do seu consentimento, *i.e.*, que o consentimento seja informado; (iii)

⁹ GONÇALVES, Anabela Susana de Sousa, *et. al.*, *op. cit.*, p. 176.

que o paciente preste o seu consentimento de forma livre, não podendo ser coagido a consentir na realização do ato médico em questão. O artigo 23.º, n.º 1 do mesmo diploma legal indica-nos que o consentimento tanto pode assumir a forma oral como a forma escrita, embora o consentimento prestado pela forma escrita traduza uma maior segurança jurídica, permitindo ao médico em causa a prova mais fácil da prestação de tal consentimento pelo paciente.

No que diz respeito, em particular, ao consentimento informado, este surge pelo cumprimento por parte do médico do seu dever de prestar a informação relevante ao paciente, plasmado no artigo 19.º do RDM, não bastando que o médico se limite a transmitir a informação ao paciente, antes estando obrigado a averiguar se efetivamente “o paciente compreendeu a informação que lhe foi transmitida”¹⁰.

Segundo WALTER OSSWALD, “foi ganhando foros de credibilidade e aceitabilidade a noção do consentimento informado, que respeita a dignidade individual, afasta os riscos de fraude ou influência indevida, estimula a adopção de uma atitude racional quanto à decisão terapêutica e se aproxima do ideal de participação plena, no tratamento, do doente e do profissional de saúde como parceiros equivalentes. É evidente que, para tal fim, se impõe a informação correcta, verdadeira e tanto quanto possível completa, a prestar pelo médico; a compreensão e avaliação crítica dessa informação, por parte do doente; a competência ou capacidade deste último para tomar uma decisão, voluntária e ponderada; e, como cúpola deste processo, a decisão final de dar ou de recusar o consentimento.”¹¹.

No que diz, em particular, respeito à PMA, prescreve o n.º 1 do artigo 14.º da LPMA que “[o]s beneficiários devem prestar o seu consentimento livre, esclarecido, de forma expressa e por escrito, perante o médico responsável”, complementando o n.º 2 do mesmo dispositivo legal que “devem os beneficiários ser previamente informados, por escrito, de todos os benefícios e riscos conhecidos resultantes da utilização das técnicas de PMA,

¹⁰ *Idem*, p. 145.

¹¹ OSSWALD, Walter, *Limites do Consentimento Informado*, in JOSÉ DE OLIVEIRA ASCENSÃO, *Estudos de Direito da Bioética*, Vol. III, Coimbra, Almedina, 2009, pp. 151 a 160.

bem como das suas implicações éticas, sociais e jurídicas”.

Assim, o consentimento prestado para o recurso às técnicas de PMA, além de ter que cumprir os requisitos exigidos para o consentimento para os atos médicos – capacidade, liberdade e informação –, tem também que ser prestado por escrito. Consagra-se, aqui, uma exceção ao princípio da liberdade de forma previsto no artigo 219.º do Código Civil (CC), assim como uma exceção ao prescrito no artigo 19.º do RDM referido *supra*, que permite que o consentimento para os atos médicos seja prestado quer por forma oral, quer por escrito. Para o efeito da prestação do consentimento pelos beneficiários das técnicas de PMA, o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA) aprova e disponibiliza formulários através dos quais tal consentimento deve ser prestado (artigo 14.º, n.º 3 da LPMA)¹².

Cumprir ainda referir que tem sido entendido que o consentimento, para ser válido, além de prestado por quem tenha capacidade para tal, de forma livre e esclarecida, tem ainda que ser atual, *i.e.*, o consentimento tem que se manter ao longo de toda a intervenção médica. “Para o consentimento ser válido é necessário que o mesmo seja atual. Sem essa atualidade o consentimento pode, em muitas situações, perder o seu efeito”¹³. É, precisamente, pela necessidade de o consentimento se manter atual que é permitida ao paciente – ou, no caso da PMA, aos beneficiários – a sua livre revogação, como veremos *infra*.

3. A revogação do consentimento: o “início dos processos terapêuticos de PMA”

O artigo 81.º, n.º 2 do CC, referente à limitação voluntária dos direitos de personalidade – traduzida, no que diz respeito aos atos médicos e ao recurso às técnicas de PMA, no consentimento informado acima explanado –, esclarece-nos que essa

¹² Disponíveis em <https://www.cnpma.org.pt/cidadaos/Paginas/modelos-de-consentimento-informado.aspx>

¹³ LOPES, João Ricardo de Abreu Carreira Caiado, *O Consentimento Informado: O Fim do Paternalismo Clínico e o Início do Respeito pela Autodeterminação do Paciente*, in VI Curso Pós-Graduado em Bioética, Ano 8, 2022, pp. 1101-1151, (https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2022/2/2022_02_1101_1151.pdf 16.11.2024).

limitação voluntária – esse consentimento – é sempre revogável. “Com esta solução, a lei quer realçar o carácter vincadamente pessoal dos direitos de personalidade, superiores mesmo ao princípio do *pacta sunt servanda* (...). Fica fortalecida a posição do titular no sentido de poder fazer valer sempre estes seus direitos”¹⁴. No CC, o legislador não consagrou o momento até ao qual tal consentimento é revogável, mas optou por fazê-lo no Código Penal (CP), no artigo 38.º, referente à prestação do consentimento enquanto causa de exclusão da ilicitude do facto, estabelecendo o seu n.º 2, *in fine*, que o consentimento é livremente revogável até à execução do facto.

Tal solução parece-nos ser a acertada, uma vez que, consumando-se o facto, já não fará sentido revogar-se o consentimento, porquanto o ato para o qual o mesmo foi prestado já se concluiu. Como tal, o consentimento é livremente revogável até ao momento em que se consuma a prática do facto cuja ilicitude fica excluída pela prestação do consentimento.

Já na LPMA, o artigo 14.º, n.º 4, estabelece que “[o] consentimento dos beneficiários é livremente revogável por qualquer deles até ao início dos processos terapêuticos de PMA”. Neste caso em particular, o legislador optou por estabelecer o momento até ao qual o consentimento é revogável, afastando, deste modo, a necessidade de interpretação extensiva do artigo 38.º, n.º 2 do CP citado, por forma a considerar que, também no recurso às técnicas de PMA, o consentimento seria livremente revogável até à execução do facto. De toda a forma, o legislador, ao estabelecer que o consentimento é revogável até ao início dos processos terapêuticos de PMA, acabou por estabelecer o mesmo critério que está previsto no artigo 38.º, n.º 2 do CP, porquanto o início dos processos terapêuticos de PMA constitui o início da execução do facto.

Porém, a verdade é que o legislador não densifica aquilo que se entende por “início dos processos terapêuticos de PMA”, pelo que deixa a porta aberta para interpretações diversas.

Com efeito, uma interpretação literal do conceito leva-nos a concluir que o “início

¹⁴ HORSTER, Heinrich Ewald, SILVA, Eva Sónia Moreira da, *A Parte Geral do Código Civil Português*, 2.ª Edição, Coimbra, Almedina, 2020, p. 292.

dos processos terapêuticos de PMA” se consuma com o “primeiro acto médico a ser praticado no contexto da PMA (a recolha do espermatozóide, o início da toma dos medicamentos para estimular a ovulação)”¹⁵, ainda que o mesmo tenha que ser necessariamente seguido de outros atos médicos até que se conclua plenamente a técnica de PMA a que os beneficiários recorreram. Isto porque, como sabemos, as técnicas de PMA não se consomem com a realização de um único ato, antes estando sujeitas à prática de diversos atos, em diversas fases dos processos terapêuticos.

Ora, a densificação e concretização do “início dos processos terapêuticos de PMA” tem bastante relevância quer teórica, quer prática. No caso de se entender, como referimos, que o início dos processos terapêuticos de PMA se dá com o primeiro ato médico a ser praticado, então, a partir de tal momento, os beneficiários ficam vinculados à realização de todo o processo terapêutico, ficando impossibilitados de revogar o seu consentimento em qualquer das fases posteriores que venham a existir.

Assim, tomemos como exemplo o caso *Evans v. Reino Unido*, decidido pelo Tribunal Europeu dos Direitos Humanos (TEDH)¹⁶, no qual Natallie, a beneficiária mulher, recorreu aos Tribunais a fim de obter decisão que lhe permitisse utilizar os embriões criados com o seu material genético e com o material genético do seu anterior companheiro, o beneficiário homem, depois de este ter revogado o seu consentimento à utilização de tais embriões. O TEDH, à semelhança do que já havia ocorrido nos Tribunais que decidiram anteriormente, não deu razão a Natallie, tendo considerado como válida a revogação do consentimento e, em consequência, não permitindo a implantação dos embriões.

Neste caso, note-se que, conforme resulta do Ac. referido, a legislação britânica (o *Human Fertilisation and Embryology Act 1990*) permitia a revogação do consentimento de qualquer dos beneficiários até à implantação do embrião no organismo feminino, pelo que se compreende a decisão proferida pelos diversos Tribunais britânicos e pelo TEDH.

¹⁵ RAPOSO, Vera Lúcia, *Tudo aquilo que você sempre quis saber sobre contratos de gestação (mas o legislador teve medo de responder)*, in Revista do Ministério Público, 149, 2017, pp. 9 a 51, (https://www.researchgate.net/publication/317425064_Tudo_aquilo_que_voce_sempre_quis_saber_sobre_contratos_de_gestacao_mas_o_legislador_teve_medo_de_responder 09.11.2024).

¹⁶ Disponível em [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-80046%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-80046%22]}) [30.10.2024].

Contudo, se tal situação tivesse ocorrido em Portugal, estariam abertas as portas a que fosse considerada inválida ou ineficaz a revogação do consentimento do beneficiário homem, porquanto já se tinham iniciado os processos terapêuticos de PMA com a colheita do seu material genético. Isto implicaria que poderia ser dada razão à beneficiária mulher, condenando-se o beneficiário homem a ver nascer um(a) filho(a) seu(sua) contra a sua vontade. Tudo pela imprecisão e falta de concretização do legislador.

PAULA MARTINHO DA SILVA e MARTA COSTA referem que o consentimento é “livremente revogável a todo o tempo até que se iniciem os processos terapêuticos – ou seja, o consentimento deve ter a característica da actualidade.”¹⁷. Contudo, também as Autoras não densificam o “início dos processos terapêuticos”, embora relacionem o consentimento com a necessidade de o mesmo ser atual.

Já o CNPMA, nos formulários de prestação de consentimento dos beneficiários a que fizemos referência *supra*, prevê que, nos casos em que a técnica de PMA pressuponha a transferência embrionária, o consentimento dos beneficiários pode ser livremente revogado até essa altura, e nos casos em que haja inseminação artificial, quer seja ela homóloga ou heteróloga, o consentimento pode ser livremente revogado até à concretização da inseminação.

Temos, assim, duas soluções possíveis para a densificação do conceito de “início dos processos terapêuticos de PMA”. Por um lado, podemos interpretar tal momento como a realização do primeiro ato médico no âmbito da técnica de PMA consentida pelos beneficiários. Por outro lado, podemos interpretar tal momento como aquele em que se consuma ou conclui a técnica de PMA consentida pelos beneficiários, o que se consumará essencialmente com a inseminação artificial ou com a transferência embrionária.

Reflexão crítica e conclusão

Como referimos *supra*, para que o consentimento prestado pelos beneficiários das técnicas de PMA seja válido, é necessário que o mesmo seja prestado, por escrito, por

¹⁷ SILVA, Paula Martinho da, COSTA, Marta, *op. cit.*, p. 86.

quem tem capacidade para tal, que seja informado, que seja livre e que seja atual.

Ora, parece-nos que, para densificar o conceito de “início dos processos terapêuticos de PMA”, estabelecendo definitivamente o momento até ao qual tal consentimento pode ser livremente revogado pelos beneficiários, mostra-se fundamental atentarmos especialmente no requisito da atualidade do consentimento.

Com efeito, para que o consentimento prestado pelos beneficiários se mantenha atual ao longo de todo o processo terapêutico de PMA – que pode ser mais curto ou mais longo, consoante a técnica a que os beneficiários recorrem –, é necessário que se permita revogar o consentimento até à conclusão integral da técnica de PMA. Na hipótese de interpretarmos literalmente o momento de “início dos processos terapêuticos de PMA”, considerando tal momento como o primeiro ato médico realizado no recurso às técnicas de PMA, estaríamos a ferir gravemente o requisito da atualidade do consentimento, porquanto é pressuposto de tal interpretação que, mesmo que as partes pretendam revogar o seu consentimento, tal revogação não será válida nem eficaz, prosseguindo-se com a técnica de PMA contra a vontade dos beneficiários.

Nesta hipótese, podemos ter situações em que é o(a) beneficiário(a) companheiro(a) que pretende revogar o seu consentimento, mas também situações em que é a beneficiária gestante que o pretende fazer, ou mesmo situações em que são ambos os beneficiários que já não pretendem prosseguir com a técnica de PMA.

A ser interpretado o conceito de “início dos processos terapêuticos de PMA” desta forma, chegaríamos ao extremo de se poder prosseguir com a realização da técnica de PMA contra a vontade de qualquer dos intervenientes, lesando gravemente os seus direitos de personalidade. Esta hipótese parece-nos, contudo, unicamente teórica, pela impossibilidade de execução específica pela realização coerciva dos atos médicos.

No âmbito da gestação de substituição, o TC, no seu Ac. n.º 225/2018, considera que o consentimento da gestante de substituição “traduz o exercício do seu direito fundamental ao desenvolvimento da personalidade com referência a cada uma das fases do processo de gestação” e que “a limitação à revogabilidade do consentimento da gestante estabelecida em consequência das remissões dos artigos 8.º, n.º 8, e 14.º, n.º 5, da

LPMA para o n.º 4 deste último, é inconstitucional por restringir desproporcionadamente o respetivo direito ao desenvolvimento da personalidade, interpretado à luz do princípio da dignidade da pessoa humana”¹⁸. Da mesma forma que o TC entendeu inconstitucional a restrição ao direito de revogação do consentimento da gestante ao “início dos processos terapêuticos de PMA”, também no presente caso se deve considerar que impossibilitar aos beneficiários a revogação do seu consentimento após a prática do primeiro ato médico inerente à técnica de PMA a que recorrem constitui um grande entrave aos seus direitos de personalidade, ao abrigo do princípio da dignidade da pessoa humana. Com efeito, também neste caso poderíamos estar perante a prática de um ato médico contra a vontade de qualquer dos beneficiários, o que traria a consequência de um dos, ou de ambos os, beneficiários ver nascer um(a) filho(a) seu(sua) sem ter essa vontade, com todas as implicações que tal nascimento imporia.

Como tal, consideramos que, embora o legislador não tenha sido feliz na consagração do momento temporal até ao qual é revogável o consentimento dos beneficiários das técnicas de PMA, a única interpretação que se coaduna com os requisitos necessários ao válido consentimento dos beneficiários é a que permite a revogação de tal consentimento até à conclusão da última fase do processo de PMA, o que se poderá traduzir no momento anterior à inseminação ou no momento anterior à transferência embrionária. Esta é, aliás, a interpretação que decorre dos formulários de consentimento disponibilizados pelo CNPMA.

De todo o modo, o legislador deveria densificar tal conceito, estabelecendo, como se referiu, a revogação do consentimento até à conclusão da última fase do processo de PMA, ou então exigindo que, para cada uma das fases do processo de PMA, os beneficiários prestem um novo consentimento, garantindo-se, dessa forma, a atualidade do mesmo, e possibilitando-se o término do processo de PMA por qualquer dos beneficiários que entenda não renovar o seu consentimento.

¹⁸ Ac. TC, n.º 225/2018, disponível em <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/2018o225.html> [30.10.2024].

Bibliografia

- GONÇALVES, Anabela Susana de Sousa, *et. al.*, *Direito Médico, Responsabilidade Civil Médica, Reprodução Humana Assistida*, 1.^a Edição, Coimbra, Gestlegal, 2024.
- HORSTER, Heinrich Ewald, SILVA, Eva Sónia Moreira da, *A Parte Geral do Código Civil Português*, 2.^a Edição, Coimbra, Almedina, 2020.
- LOPES, João Ricardo de Abreu Carreira Caiado, *O Consentimento Informado: O Fim do Paternalismo Clínico e o Início do Respeito pela Autodeterminação do Paciente*, in VI Curso Pós-Graduado em Bioética, Ano 8, 2022, pp. 1101-1151, disponível em https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2022/2/2022_02_1101_1151.pdf [16.11.2024].
- OSSWALD, Walter, *Limites do Consentimento Informado*, in ASCENSÃO, José de Oliveira, *Estudos de Direito da Bioética*, Vol. III, Coimbra, Almedina, 2009, pp. 151 a 160.
- PINHEIRO, Jorge Duarte *Direito da Família Contemporâneo*, 8.^a Edição, Coimbra, Gestlegal, 2023.
- RAPOSO, Vera Lúcia, *Tudo aquilo que você sempre quis saber sobre contratos de gestação (mas o legislador teve medo de responder)*, in Revista do Ministério Público, 149, 2017, pp. 9 a 51, disponível em https://www.researchgate.net/publication/317425064_Tudo_aquilo_que_voce_sempre_quis_saber_sobre_contratos_de_gestacao_mas_o_legislador_teve_medo_de_responder [09.11.2024].
- SILVA, Paula Martinho da, COSTA, Marta, *A Lei da Procriação Medicamente Assistida Anotada (E Legislação Complementar)*, 1.^a Edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2011.

Jurisprudência

- Acórdão do Tribunal Constitucional, n.º 225/2018, disponível em <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/2018o225.html> [30.10.2024].
- Acórdão do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, Evans v. Reino Unido, disponível

em [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-80046%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-80046%22]})
[30.10.2024].