

**Universidade de Coimbra**  
**Faculdade de Direito**  
**2º Ciclo de Estudos em Direito**



**Processo Clínico Eletrónico**  
**Margarida Vieira Veiga**

**Dissertação apresentada no âmbito do 2º Ciclo  
de Estudos em Direito da Faculdade de Direito  
da Universidade de Coimbra.**

**Especialidade em Ciências Jurídico-Forenses**

**Orientador:** André Dias Pereira

**Coimbra**

**Janeiro, 2015**

## **Agradecimentos**

Ao meu orientador, Professor Doutor André Dias Pereira, pela disponibilidade, acompanhamento e orientação prestada durante a realização desta dissertação;

Ao meu Luís, pela ajuda, apoio e, especialmente, pela paciência durante todos estes anos que já passamos juntos;

À minha (super) mãe, às minhas (super) irmãs, por todo o empenho, ajuda, conversas, apoio, durante todo o meu percurso académico;

Aos grandes amigos, todos e todas, que cresceram comigo, me ouviram e aturaram em todos os momentos, bons e menos bons.

**Nota – Dissertação elaborada segundo o novo acordo ortográfico**

## Índice

Índice	4
Abreviaturas	5
Resumo	6
Abstract	7
Considerações Iniciais	8
Dados Pessoais relativos à Saúde – que garantias de proteção?	12
Proteção de Dados Pessoais – Jurisprudência e Pareceres	15
Lei de Proteção de Dados Pessoais – Lei 67/98, de 26 de Outubro – breve abordagem	17
Proposta de Regulamento pela União Europeia para a Proteção de Dados Pessoais	18
Segredo Médico	21
Fontes Legislativas Internacionais	23
Fontes Legislativas Nacionais	25
Quebrar o Sigilo – que possibilidades?	26
Processo Clínico	29
Dever de Documentação	30
Propriedade do Processo Clínico	31
Direito à Consulta do Processo por parte do Utente	33
Acesso ao Processo Clínico – Um olhar sobre a Deliberação 51/2001	36
Processo Clínico Eletrónico	39
Sociedade de Informação e Internet na Saúde	41
Sistemas de Informação para Gestão de Doentes	45
Implementação de Sistemas de Informação em Portugal	47
Conclusão	49
Bibliografia	54
Anexos	58

## **Abreviaturas**

**Código Civil – CC**

**Código Penal – CP**

**Comissão Nacional de Proteção de Dados – CNPD**

**Sistema Informático de Gestão de Doentes – SONHO**

**Constituição da República Portuguesa – CRP**

**Código Processo Civil – CPC**

**Supremo Tribunal Administrativo – STA**

**Lei de Proteção de Dados Pessoais – LPDP**

**Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – CNECV**

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

**União Europeia – UE**

**Autoridade Europeia para Proteção de Dados - AEPD**

## Resumo

O Processo Clínico, enquanto peça fundamental no mundo da medicina, é constituído por dados pessoais, respeitantes a um indivíduo.

Quando um utente dá entrada numa instituição de saúde, irá revelar dados sobre a sua vida íntima de forma a conseguir um diagnóstico adequado e o respetivo tratamento. Assim, importa que este se depare com um dever, por parte do médico, de sigilo profissional, para que a relação que ali se estabelece seja de confiança.

Um processo clínico eletrónico levanta questões quanto à garantia de confidencialidade, integridade e segurança das informações que ali se depositam. Torna-se, portanto, relevante estudar este tema quando, no mundo atual, mais de 90% dos Hospitais de Portugal, implementaram um sistema informático de gestão de doentes. No mesmo sentido, importa averiguar as vantagens, desvantagens e o próprio funcionamento deste sistema, pois só assim poderá continuar a comunidade a confiar na equipa a que recorre quando se depara com um sintoma de possível doença; só assim, a sociedade perceberá que o seu direito à reserva da vida privada está a ser garantido pela ordem jurídica portuguesa. Todavia, para lá de uma regulação, que poderá ser de excelência, a sociedade precisa de se sentir segura quanto à aplicação e cumprimento daquela. É, assim, obrigatório que o formato em que encontramos o processo, seja ele em papel ou digital, não seja violado, que garanta acima de tudo o segredo a que aquela informação, mais propriamente o titular desta, tem direito.

Para se entender esta necessidade de sigilo, confidencialidade e segurança, não se poderá deixar de atender ao que hoje é dito acerca dos dados pessoais, da sua proteção<sup>1</sup> e do seu tratamento. Tal como, nunca se poderá esquecer, pelo papel importante que ocupa, o dever de sigilo do médico, dever este que surge como primordial no exercício da medicina. Note-se, aquando da entrada do médico no exercício da sua função, a exigência dos estatutos da sua Ordem Profissional, quando impõem um juramento<sup>2</sup> que aborda exatamente a questão de guardar segredo: “*Mesmo após a morte do doente respeitarei os segredos que me tiver confiado.*” **Palavras-Chave:** Proteção de Dados Pessoais. Dever de Segredo Médico. Processo Clínico. Processo Clínico Eletrónico.

---

<sup>1</sup> A Reserva da Vida Privada é um Direito Fundamental consagrado na nossa CRP.

<sup>2</sup> Juramento de Hipócrates pelo Estatuto da Ordem dos Médicos.

## **Abstract**

The Clinical Process, as a key player in the medical world, consists of personal data relating to an individual.

When a user enters a health care facility, he will reveal data about his private life in order to get a proper diagnosis and the respective treatment. So, must this be confronted with a duty on the part of the physician, professional secrecy, so that the relationship is established that there is reliable.

An electronic process raises questions as to guarantee confidentiality, integrity and security of information that there are deposited. It is therefore relevant to study it since, in today's world; more than 90% of Portugal Hospitals implemented a computer system for patient management. In the same way, it is important to understand the advantages, disadvantages and the proper functioning of this system, because only then community can trust the team it uses when faced with a possible symptom of disease; just so, society will realize that their right to private life is being guaranteed by the Portuguese legal system. However, beyond a regulation, which may be of excellence, society needs to feel safe in the application and fulfillment of that. It is, therefore, mandatory that the format in which we find the process, be it on paper or digital is not violated, guaranteeing above all the secret to that information, more specifically the holder thereof, be entitled.

To understand this need for secrecy, confidentiality and security, you can not help to notice what is now said about the personal data, its protection and its treatment. As if you can never forget, for the important role it occupies the doctor's duty of confidentiality, duty that arises as principal in the practice of medicine. You may notice, when the doctor enters the world of the performance of their duties, the requirement of the statutes of their Professional Order, when they impose a vow that addresses exactly the question of secrecy: "Even after the death of the patient will respect the secrets that have trusted me."

**Keywords:** Personal Data Protection. Duty of Medical Secret. Clinical Process. Electronic Clinical Process.

## Considerações Iniciais

**Processo** é uma palavra com origem no latim *procedere*, que significa **método, sistema, maneira de agir ou conjunto de medidas tomadas para atingir algum objetivo**. “Clínico” tem origem no grego, *kliné*, que significa "procedimento de observação direta e minuciosa". O sentido etimológico da palavra refere-se à observação direta, junto ao leito do paciente. Esta compreensão tem norteado uma abordagem clínica, nas ciências humanas, com foco na mudança, prevenção ou melhoria de uma determinada situação, no sentido de construção de novas respostas.

O processo clínico que ora estudamos remete-nos para o conjunto de informações<sup>3</sup> sobre uma pessoa. O termo “pessoa” é algo específico do ser humano apesar das diferenças culturais e filosóficas que possamos apontar. A sua origem etimológica é insegura, no entanto, diz-se que surge ligado ao teatro grego significando “máscara”, enquanto um papel que desempenhamos, uma função própria de cada um no palco do mundo. Para Cícero pessoa é o sujeito de direitos e deveres.

Aquando de uma reflexão teológica surge-nos pessoa como um conceito de indivíduo marcadamente caracterizado pelas relações que estabelece com cada indivíduo da sociedade. O ser humano é assim uma pessoa caracterizada, ainda, pelo seu agir consciente, livre e social.<sup>4</sup>

A vida humana é um bem eminentemente dinâmico que se vai completando com a sua constante convivência com os outros havendo um direito de vida (à conservação da vida existente) como um direito à vida enquanto direito a evoluir e crescer condignamente entre a sociedade respeitando-se sempre a dignidade, igualdade e liberdade de cada um, tutelando o nosso direito este direito e considerando-o inviolável.

O corpo humano é considerado pela sua natureza bipolar pois, se por um lado temos em nós um carácter material, marcadamente animal, por outro, e superior a este, temos presente uma dinâmica centralizada no *eu* que pondera e escolhe finalidades de ação adequando o comportamento corporal para as atingir. Temos no ser humano um poder de autodeterminação sobre o seu próprio corpo. Tal é também defendido no

---

<sup>3</sup> Dupuy, Olivier. L'Information Médicale. – “*Dans le cadre de la relation médecin-patient, l'information a été qualifiée, à défaut d'être définie par le juge judiciaire, comme "un avertissement préalable constituant une obligation professionnelle d'ordre général antérieure à l'intervention médicale et distincte d'elle."*”

<sup>4</sup> J.S., Vasco Pinto de Magalhães. Dimensão pessoal da Bioética. in Dicionário de Bioética. Coordenação de Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Oswald. Editorial Verbo. Lisboa-São Paulo. Março, 1996.



direito quando se considera direito à integridade física (e se preveem as devidas sanções quando a mesma é violada) e o direito à autodeterminação cognitiva que envolve, desde logo, limitações particularmente as decorrentes do direito dos outros à sua esfera de segredo e reserva<sup>5</sup>. Está aqui subjacente uma personalidade moral do homem, a par da do seu corpo, com liberdade a nível moral com o cumprimento de valores éticos e, ainda liberdade espiritual, que surge com a liberdade de decidir e sentir<sup>6</sup> o que julga melhor para si, surgindo da combinação de ambas um poder de autodeterminação.

Profissões como a medicina surgem como atividades sociais em favor da saúde e do bem-estar, prestando serviços à comunidade insubstituíveis. Dos Estatutos da Ordem dos Médicos retiramos as finalidades dos mesmos, enquanto defensores e delimitadores dos deveres e direitos dos profissionais que protegem, sendo que as mesmas se pautam por defender a ética e a deontologia de modo a assegurar e proporcionar ao utente uma prática médica qualificada.

A relação entre médicos e pacientes, uma verdadeira relação entre pessoas, terá de manter à sua volta uma verdadeira atmosfera criada por veracidade, respeito e fidelidade para que assim haja uma envolvência que confira uma confiança mútua àquela relação.

Do processo clínico faz parte um conjunto de histórias, de doença, circunstâncias e factos, porventura não relacionados com a doença, e que assim exigem por parte do Médico uma confidencialidade e segredo sobre os aspetos de que toma conhecimento no exercício das suas funções. Este segredo médico terá de ser geral, no sentido de que se deverá reportar a todas as informações que constem do dito processo, mas não terá, da mesma forma, um carácter absoluto, no sentido em que, muitas vezes entram em conflito diversos direitos em que o dever do médico será contribuir com as informações que tem, isto sempre que se verifique que o valor em conflito com a confidencialidade é superior. Como referira *Blondet* o médico terá de ponderar os problemas com que se depara e dessa forma tomar a sua decisão de acordo com o que a sua consciência, profissional e mesmo enquanto cidadão, ditar. Importa, aqui, dado os conceitos que vão sendo utilizados, referir que embora, por vezes, nos pareçam ter o

---

<sup>5</sup> Sousa, Rabindranath V. A. Capelo de. *O Direito Geral de Personalidade*. Coimbra Editora (Coimbra) 2011( reimpressão)

<sup>6</sup> Sousa, Rabindranath V. A. Capelo de. *O Direito Geral de Personalidade*. Coimbra Editora (Coimbra) 2011( reimpressão)

mesmo significado, privacidade e confidencialidade são palavras bem diferentes quanto àquele.

Privacidade surge como um direito a não querer a intromissão de terceiros em questões da própria vida, querer proteger as informações de uma indevida revelação, enquanto que confidencialidade significa o dever de guardar um segredo, relacionado com alguém, de forma segura<sup>7</sup>.

Associado a esta questão da privacidade, surge-nos o tema do tratamento de dados. Tal tema interessa aqui pelo fato de, para tal ter de se verificar uma divulgação dos mesmos, o que poderá pôr em causa a reserva de vida privada que ora referimos e a que cada um de nós tem direito<sup>8</sup>.

O direito à confidencialidade é aceite por todos. Contudo, como garantir que este direito se encontra salvaguardado, quando cada vez mais a informação que ora nos referimos está depositada em sistemas informáticos, que como sabemos são mais frágeis no que se refere à segurança da proteção das mesmas?

Como verificamos, o processo clínico é um *ficheiro*, enquanto conjunto estruturado de dados pessoais, dados pessoais estes que se caracterizam por serem informações de qualquer natureza relativa a uma pessoa individual e identificada, sendo que esta terá o direito de consultar tal ficheiro.<sup>9</sup>

Questões que surgem como relevantes neste âmbito são, exatamente, aquelas que se prendem com as temáticas associadas ao processo clínico e que ora pretendemos resolver:

- 1- Quem é o titular do Processo Clínico?
- 2- Como poderá ser, tal processo, consultado? Haverá um direito geral de consulta do mesmo?
- 3- Qual o papel das unidades de saúde perante tal processo?
- 4- Que proteção é dada ao utente de que a sua privacidade e intimidade se encontram asseguradas?
- 5- Sendo que cada vez mais nos deparamos com a informatização dos ficheiros, com que riscos quanto à segurança do sistema?

---

<sup>7</sup> Costas, Enrique. *Confidencialidad y ficheros de datos*. In Jano, 1991; XLI, n.º20

<sup>8</sup> Com a abordagem relativa ao tratamento de dados, poderemos perceber, analogicamente, os problemas suscitados quando se aborda o acesso ao processo clínico

<sup>9</sup> Lei 67/98 de 26 de Outubro Comissão Nacional de Proteção de Dados

Para uma melhor compreensão da problemática, não só deveremos abordar o que acontece em território nacional como surge a necessidade de compreender o que acontece em outros países e, desta forma, perceber falhas e sucessos do nosso direito quanto à proteção e segurança dos utentes no que aos seus dados de saúde diz respeito.

Assim, tendo por base as questões supracitadas, através de uma revisão da doutrina já existente, bem como prestando atenção ao que o legislador foi regulando acerca da temática, pretende-se entender as evoluções, lacunas e sucessos conseguidos ao longo dos tempos em Portugal, tendo, ainda, atenção ao que se vai conseguindo noutros países, através da sua legislação e autores seus que abordam e exploram o tema, a fim de perceber que caminho temos percorrido e que possibilidades temos para continuar tendo sempre o fim de respeitar o direito do ser humano, enquanto utente, ver a sua intimidade e privacidade protegidas.

## Dados Pessoais relativos à Saúde: que garantias de proteção?

A Constituição da República Portuguesa prevê no seu artigo 26.<sup>o</sup><sup>10</sup> o direito à reserva da vida privada e familiar que pode incluir<sup>11</sup>, segundo alguns autores, dois direitos menores, sendo desde logo o direito a impedir que terceiros possam aceder às informações sobre a vida familiar e privada e, ainda, o direito a que ninguém divulgue as informações que tenha sobre outrem. Contudo, não só aqui se encontra consagrada a defesa do supracitado direito, na Lei Fundamental. Também no artigo 35.<sup>o</sup> da CRP nos deparamos com um conjunto de direitos fundamentais, relacionados com o tratamento informático de dados pessoais, destacando-se, do mesmo, o direito ao sigilo e à confidencialidade por parte dos profissionais que têm acesso a tais dados, bem como em relação ao acesso de terceiros a tais informações. Ainda, no artigo 18.<sup>o</sup> da CRP, onde está previsto um regime especial para direitos, liberdades e garantias, podemos interpretá-lo extensivamente, incluindo-se, desta forma, o sigilo e confidencialidade a que os profissionais de saúde estão sujeitos, pois tal artigo garante a aplicação imediata, vinculação de todos os sujeitos de direito público e privado, podendo apenas a lei impor limites quando em causa estejam outros direitos, interesses, constitucionalmente salvaguardados. O direito à intimidade e à vida privada estão intimamente ligados à personalidade, tratando-se do direito que cada pessoa tem para poder decidir o que pode, e quando, ser partilhado no que a informações pessoais diz respeito, permitindo a cada um de nós um controlo sobre a nossa própria vida e experiências, onde o Estado e terceiros não têm direito de intromissão. Paulo Mota Pinto vem referir, relativamente aos dados que constituem a informação da vida privada, “os elementos respeitantes à saúde, tais como, por exemplo, a história clínica da pessoa, integram também, sem dúvida, a vida privada protegida”.<sup>12</sup> Este conceito viu, também, desenvolvido e esclarecido o seu significado, pelo Tribunal Constitucional em diversos acórdãos<sup>13</sup>, sendo que tal entidade caracterizou-o como “o direito a uma esfera própria inviolável,

---

<sup>10</sup> Artigo 26.<sup>o</sup> CRP – “1. A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal (...) à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação. 2. A lei estabelecerá garantias efetivas contra a obtenção e utilização abusivas, ou contrárias à dignidade humana, de informações relativas às pessoas e famílias.”

<sup>11</sup> Gomes Canotilho e Vítor Moreira, *Constituição Anotada*, 3ª Edição. Coimbra Editora Coimbra 1993

<sup>12</sup> Pinto, Mota Paulo. *A proteção da vida privada e a Constituição*. in *Boletim da Faculdade de Direito*. Vol. LXXVI. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Coimbra. 2000.

<sup>13</sup> Para exemplo de acórdãos que abordaram o tema em questão temos: acórdão 128/92, de 24 de Julho ou acórdão 319/95, de 2 de Novembro

onde ninguém deve poder penetrar sem autorização do respetivo titular”. A *vida privada* é entendida por muitos como o direito à solidão, à intimidade da vida familiar e privada, ao anonimato e à distância em relação a estranhos<sup>14</sup>. Como se entendeu em parecer<sup>15</sup> emitido pela Procuradoria-Geral da República, a intimidade da vida privada de cada um, que a lei protege, compreende os atos, que não sendo eles mesmos secretos, se devem subtrair à curiosidade alheia, isto é, que deverão estar resguardados do interesse que terceiros possam ter em informações que em nada lhes diz respeito. Neste sentido, também um autor italiano entende que a esfera íntima da vida privada entende-se por aquele sector da vida que se desenvolve entre as paredes domésticas e no âmbito da família<sup>16</sup>.

Os primeiros passos dados na direção da proteção de dados pessoais, vem com o acórdão 182/89, de 2 de Março, pelo Tribunal Constitucional, onde se vê declarada a inconstitucionalidade por omissão, por parte do legislador que tardava em regular esta matéria, sendo que a primeira Lei a surgir é assim a Lei n.º 10/91, de 29 de Abril, inspirando-se esta na Convenção n.º 108 do Conselho de Europa<sup>17</sup>.

A reserva da vida privada é um direito de todo o ser humano, consagrado constitucionalmente, e a que legislador português deu especial tratamento, encontrando-se presente a sua garantia em vários diplomas legais.

No que se refere ao tratamento de dados para investigação científica<sup>18</sup>, a Comissão Nacional de Proteção de Dados, independentemente do fundamento de legitimidade aplicada ao caso concreto, deverá apreciar a conformidade dos princípios de proteção de dados. Esta apreciação passa por averiguar da qualidade dos dados e a admissibilidade do tratamento<sup>19</sup>. Aquando desta apreciação tem-se em conta que, com a

---

<sup>14</sup> Este era entendimento seguido por Warner e Stone, tal como vem citado, no ponto 3, na coleção de pareceres da Procuradoria-Geral da República, volume II.

<sup>15</sup> Parecer n.º 121/80, de 23 de Julho de 1981

<sup>16</sup> in Coleção de Pareceres – Volume II da Procuradoria - Geral da República

<sup>17</sup> Convenção n.º 108 do Conselho da Europa:

Artigo 1º - Objetivos e finalidades

A presente Convenção destina-se a garantir, no território de cada Parte, a todas as pessoas singulares, seja qual for a sua nacionalidade ou residência, o respeito pelos seus direitos e liberdades fundamentais, e especialmente pelo seu direito à vida privada, face ao tratamento automatizado dos dados de carácter pessoal que lhes digam respeito («proteção dos dados»).

<sup>18</sup> Na verdade, estuda-se o tratamento de dados e a sua divulgação quanto à investigação científica, todavia não deveremos esquecer que o que pressupõe este cuidado com a divulgação dos dados para a tal atividade, deverá ser transversal a outras questões que considerem e proponham a divulgação de dados pessoais.

<sup>19</sup> De acordo com a Deliberação n.º 227/2007, a qualidade dos dados verifica-se sempre que estes sejam “adequados, pertinentes e não excessivos relativamente à finalidade da recolha. Quanto à admissibilidade do

prestação do direito de informação, os dados não poderão ser utilizados para outras finalidades, que não as indicadas, sendo que tais informações têm de ser prestadas aos titulares dos mesmos dados que se solicitam. A adequação que se pretende analisada por parte da CNPD, adequação esta que passa pela necessidade e não excessividade dos dados, é aferida através de uma ponderação entre os dados recolhidos e a finalidade do estudo de investigação. No mesmo sentido, isto é, no sentido de perceber se a divulgação dos dados é justificada e necessária, terá de se recorrer, ainda, a um princípio de proporcionalidade com o fim de se perceber se os meios são adequados aos fins visados, tendo, assim, de se garantir um equilíbrio justo que não venha afetar o conteúdo dos direitos em causa. Esta avaliação exige que se considere a presença de um direito à privacidade e proteção de dados pessoais (enquanto direito fundamental presente na CRP, no catálogo de direitos, liberdades e garantias), bem como de um interesse público constitucionalmente consagrado que é o desenvolvimento da investigação científica.

Ao olharmos para o acórdão 355/97 de 7de Maio, do Tribunal Constitucional, verificamos que relativamente a investigações relacionadas com o foro da saúde temos fixada a inconstitucionalidade do projeto lei referente ao estudo de dados relativos a doenças oncológicas, fazendo-se referência a que os dados relativos a doenças oncológicas se integram na esfera privada dos doentes que, por sua vez se insere na matéria de direitos, liberdades e garantias, sendo que se considera que o armazenamento destes dados não se deve resumir a um mero armazenamento de dados sobre o homem, mas sobre um próprio homem.

Assim vistas as coisas, conclui-se que qualquer tratamento de dados informatizados, ou não, relativos aos dados de saúde carecem sempre, aliás como refere a própria lei de proteção de dados pessoais (Lei 67/98, de 26 de Outubro), de autorização do próprio titular.

Cabe agora referir que, tal como anteriormente citado, quando está em causa um interesse superior da comunidade esta proteção dos dados tem de sofrer limitações, sendo certo que esta limitação terá de ser regulada por lei (entre nós tal está estabelecido pela lei de proteção de dados pessoais), tendo, assim, de estar delineadas as

---

tratamento, este deve ser efetuado de forma lícita e com respeito pelos princípios da boa fé, tratando e conservando os mesmos dados pessoais apenas durante o tempo necessário ao cumprimento da finalidade. Desta forma, verifica-se a conformidade do tratamento com todo o artigo 5.º da Lei de Proteção de Dados.”

finalidades, que deverão ser expressamente referidas no momento da recolha, impedindo-se o acesso a pessoas não autorizadas. O nosso código penal no seu artigo 192.º diz-nos que constitui devassa à vida privada quando se revelem factos relativos à doença grave de outra pessoa, e tal irá aplicar-se sempre que seja ultrapassada a finalidade, primeiramente fixada, da recolha dos dados. Dentro desta temática, quando referimos o tratamento informático dos dados, também podemos olhar ao 193.º do Código Penal, sendo que por não existir uma lei que preveja a possibilidade de tratamento informático de dados para lá do previsto na LPDP, a criação, manutenção ou utilização de um ficheiro automatizado é considerado como devassa da vida privada.<sup>20</sup>

### **Proteção de Dados Pessoais – Jurisprudência e Pareceres**

Ao longo dos tempos, por meio de pareceres e acórdãos, muito foi explorado e avançado no que à proteção de dados pessoais diz respeito.

Desde já, olhamos para a Comissão Nacional de Proteção de Dados e muitas deliberações foram apresentadas após várias dúvidas que foram surgindo acerca deste tema.

A questão que se coloca, aquando dos pedidos de esclarecimento, está relacionada com o acesso de terceiros aos dados pessoais de um paciente, ou seja, o acesso por terceiros a dados pessoais. Neste sentido, tornou-se importante, antes de mais, esclarecer que proteção tem de ser dada aos dados pessoais, e o que são estes dados, para efeitos de processo clínico. Para tal, surgiram deliberações que muito ajudaram na evolução deste tema, mas não só. Também muitos foram os processos que chegaram ao Supremo Tribunal Administrativo, e como tal, este pronunciou-se sobre tal.

Ao abrigo de várias deliberações, tomando como ponto de partida, desde já a Deliberação 51/2001 da CNPD, decidiram-se e elucidaram-se entidades de saúde sobre o que é a vida privada, que dados e informações abrange, e de que forma deve ser protegida e reservada de terceiros.

Desde logo, e como já referido anteriormente, para que um terceiro possa ter acesso a estes dados terá de se colocar em ponderação, caso a caso, os direitos em causa

---

<sup>20</sup> Os problemas Jurídico-Penais da criação de uma base de dados genéticos para fins criminais. Helena Moniz. Revista Portuguesa de Ciência Criminal. N.º 2, Ano 12. Abril-Junho 2002.

para que se possa fazer a devida harmonização<sup>21</sup>, e assim concluir por uma possível limitação do direito à reserva da vida privada. Este direito, consagrado na CRP, como já referido, não pode ser considerado como um direito absoluto, uma vez que poderão, e são permitidas, limitações ao mesmo, sempre que adequado, e de forma proporcional, aos interesses em causa<sup>22</sup>. Contudo, o direito de acesso também se verá limitado quando em causa estejam matérias, como de segredo de Estado, intimidade das pessoas, segredos de instrução criminal.<sup>23</sup>

Outra deliberação da CNPD que teve em conta a temática dos dados de saúde e a sua divulgação a terceiros, foi a deliberação n.º 72/2006 que, expressamente, indicou que os hospitais ou outras entidades de saúde, apenas poderão comunicar os dados pessoais às seguradoras, quando exista um consentimento por parte do seu titular.

Muitas são as leis<sup>24</sup> que abordam esta temática, dentro da exploração de outros temas, e que nos levam a concluir pela privacidade da vida privada como direito fundamental que apenas em determinadas situações (podemos referir, mesmo, que estas serão circunstâncias sempre extremamente excecionais) se pode ver limitado.

No que concerne à investigação científica, após o estudo ponderado do caso concreto, e concluindo-se pelo seu superior interesse para a comunidade, poderá ver-se limitado o direito fundamental.

Assim, conclui-se que, em Portugal, muitos são os esforços para esclarecer e fixar a forma como se interpreta e limita o direito fundamental à reserva da vida privada, sendo que podemos depreender que todos nós temos direito a ver protegidos os nossos dados pessoais, dos quais fazem parte também informações relativas à nossa saúde e, somente, em casos excecionais e em que existe um interesse superior da comunidade, como pode ser o caso da investigação científica, na área da medicina, com o fim de desenvolver os conhecimentos sobre tratamentos possíveis para determinadas doenças, poderá ser limitado. Noutras situações, aquilo que se verifica é que sempre que

---

<sup>21</sup> Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo de 10 de Julho de 1997

<sup>22</sup> Também o Tribunal de Justiça da União Europeia segue este entendimento.

<sup>23</sup> De acordo com a Constituição Espanhola, no seu artigo 105.º b) também existe o mesmo entendimento neste país.

<sup>24</sup> Como exemplo de fontes legislativas deste tema, encontramos a nível Europeu a Convenção n.º 108 do Conselho da Europa, de 28 de Janeiro de 1981 ou a Diretiva 95/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro. No que à legislação Nacional podemos referir, podemos identificar a Lei 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde).



esteja em causa o conhecimento dos dados pessoais por terceiros deverá haver um consentimento expreso pelo titular desses mesmos dados.

### **Lei de Proteção de Dados Pessoais – Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro – uma breve abordagem**

A lei n.º 68/97 de 26 de Outubro surge para transpor para a ordem jurídica portuguesa a diretiva 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995, relativa à proteção das pessoas singulares e no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais.

Esta lei define logo no seu artigo 3.º conceitos como “Dados Pessoais” (na sua alínea a)), “Tratamento de Dados Pessoais” (na sua alínea b)), entre outros que vão sendo identificados ao longo da lei.

O que importa, ainda, referir é o seu âmbito de aplicação (presente no artigo 4.º). Esta lei aplica-se ao tratamento de dados pessoais, quer em formato digital, quer em formato papel, desde que não esteja em causa um tratamento feito por pessoas singulares em exercício exclusivamente pessoal ou doméstico.

Relativamente aos dados, qualidade e seu tratamento, temos de ter em conta que o seu tratamento terá de ser feito de forma lícita, tendo de estar delimitadas, devidamente, as finalidades (de forma explícita e legítima), exigindo-se, legalmente, também a proporcionalidade e pertinência relativamente àquelas.

Ainda no que concerne ao tratamento de dados, a lei n.º 67/98 de 26 de Outubro, no seu artigo 7.º, reforça a sensibilidade dos dados relativos à saúde (entre outros) proibindo o seu tratamento, a não ser que, por disposição legal, ou autorização da CNPD, haja permissão para o tratamento de tais dados (estando aqui subjacente o interesse superior da comunidade, como já referido nos pontos anteriores). Todavia, não só perante estas permissões é possível o referido tratamento. Caso o titular consinta no tratamento dos seus dados ou, sendo o mesmo incapaz de dar o seu consentimento, esteja em causa uma necessidade de proteger interesses vitais do mesmo. No ponto 4 do artigo 7.º da Lei n.º 67/98, o tratamento é possível, ainda, quando tal seja necessário para efeitos de medicina preventiva, diagnóstico médico, prestação de cuidados (entre outros), exigindo-se aqui que o profissional de saúde, ou mesmo que outra pessoa, seja obrigado a sigilo.

Aquando da possibilidade de realizar o tratamento dos dados, a lei exige que sejam tomadas as devidas medidas especiais de segurança (artigo 15.º da Lei n.º68/97 de 26 de Outubro). Para tal, o essencial para que todas as medidas sejam seguras, será certificar que quem terá acesso aos dados necessários ao estudo são única e exclusivamente as pessoas e entidades autorizadas para tal e que o suporte que contém os mesmos dados não possam permitir a alteração, cópia ou eliminação das informações. No fundo, exige-se um controlo de acesso, de inserção, de introdução, de transporte, da própria utilização dos dados solicitados.

Por fim, cabe dizer que esta lei define a CNPD como a entidade responsável por este controlo e fiscalização, respeitando os direitos dos homens, bem como as liberdades e garantias consagradas na CRP, dispondo de poderes de autoridade, designadamente ordenar o bloqueio ou destruição dos dados, caso sejam violadas as regulações da lei<sup>25</sup>.

### **Proposta de Regulamento pela União Europeia para Proteção de Dados Pessoais**

A 25 de Janeiro de 2012, Comissão Europeia apresenta duas propostas para regulamentação da Proteção de Dados Pessoais: um Regulamento Geral sobre Proteção de Dados Pessoais e uma Diretiva do Parlamento e Conselho relativa à proteção de pessoas singulares.

As regras europeias sobre a proteção de dados pessoais remete-nos para o ano de 1995, para a diretiva 95/46 do Conselho da Europa, cujo objetivo principal visava regular a defesa do Direito Fundamental, reserva da vida privada, a proteção dos dados pessoais e a livre circulação de dados entre Estados-membros.

Contudo, muitos têm sido os desenvolvimentos tecnológicos da sociedade, o que leva a uma maior insegurança jurídica, por parte dos cidadãos, quanto à privacidade e segurança dos dados pessoais que integram, agora, cada vez mais, bases de dados num espaço digital.

---

<sup>25</sup> Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro – artigo 22.º :

1- A CNPD é a autoridade nacional que tem como atribuição controlar e fiscalizar o cumprimento das disposições legais e regulamentares em matéria de proteção de dados pessoais, em rigoroso respeito pelos direitos do homem e pelas liberdades e garantias consagradas na Constituição e na lei.

2 - A CNPD deve ser consultada sobre quaisquer disposições legais, bem como sobre instrumentos jurídicos em preparação em instituições comunitárias ou internacionais, relativos ao tratamento de dados pessoais.

A Autoridade Europeia para a Proteção de Dados (AEPD) diz que a maioria dos Estados-membros transpuseram a diretiva 95/46/CE, contudo de uma forma diferente o que levou a alguma divergência na aplicação dos conceitos que esta diretiva abordava. Também vem afirmar esta autoridade que a política externa e de segurança comum, enquanto 2º pilar da UE, não oferece um quadro legal aplicável<sup>26</sup>.

O processo tecnológico e a globalização alteraram profundamente o modo de recolha, acesso e utilização de dados.

A proposta de regulamento para alterar a diretiva 95/46/CE vem explicitar novos conceitos, tendo a transparência e responsabilidade como princípios. Da mesma forma, é apresentada uma proposta de diretiva para revogar a decisão-quadro 2008/977, com fim de apresentar as distinções entre as diferentes categorias de dados pessoais, bem como das diferentes categorias de titulares, apresentando, ainda, de forma taxativa, as possibilidades do tratamento daqueles dados. Esta diretiva aparece num espaço de liberdade, segurança e justiça<sup>27</sup>.

A nova regulação resume-se em três grandes objetivos: novas obrigações e responsabilidades das empresas; novos direitos dos cidadãos titulares de dados pessoais; e, novos poderes das autoridades nacionais de proteção de dados.

Quanto ao primeiro objetivo citado, visa-se, por exemplo, obrigar as empresas a uma notificação para as autoridades de Proteção de Dados aquando da violação de dados pessoais. Esta medida vem inspirada na Diretiva 2002/58/CE relativa à privacidade e comunicação eletrónica.

Para os titulares surgem novos direitos como “Esquecimento e anonimato” e “portabilidade de dados”. Quanto ao primeiro, visa-se garantir que o responsável pelo tratamento terá de assegurar que os dados serão eliminados sempre que tal seja solicitado pelos seus titulares; já o segundo direito obriga a que o responsável pelo tratamento disponibilize os dados num formato que possa ser facilmente transferido para o novo prestador de cuidados.

---

<sup>26</sup> Apesar da recente criação das terrorists' blacklists que reúnem dados pessoais de terroristas mas que não garante o direito à proteção de direitos proteção a estes indivíduos.  
[http://www.europarl.europa.eu/aboutparliament/pt/displayFtu.html?ftuId=FTU\\_5.12.8.html](http://www.europarl.europa.eu/aboutparliament/pt/displayFtu.html?ftuId=FTU_5.12.8.html)

<sup>27</sup> Jesus, Inês de Oliveira Andrade de. Doutoranda da FDUNL. O Novo Regime Jurídico de Protecção de Dados Pessoais na Europa. Dezembro 2012

O Regulamento Geral para Proteção de Dados, viu-se votado no dia 12 de Março de 2014, tendo sido aprovado com 621 votos a favor, 10 contra e 22 abstenções. Já a proposta de diretiva, viu-se aprovada com quase metade dos votos a favor, 371, 276 votos contra e 30 abstenções<sup>28</sup>.

As propostas de alteração à legislação, em vigor até então, tinham as suas negociações previstas para se realizarem a partir de Maio de 2014, após as eleições europeias, prevendo-se a sua efetiva entrada em vigor para 2016/2017<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> Dados recolhidos de <http://www.europarl.europa.eu/news/pt/news-room/content/20140307IPR38204/html/Parlamento-Europeu-refor%C3%A7a-prote%C3%A7%C3%A3o-dos-dados-pessoais-dos-cidad%C3%A3os>

<sup>29</sup> Conselho Distrital de Lisboa [http://cdlisboa.org/2014/docs/ProteccaoDadosPessoais/Monica\\_Salgado.pdf](http://cdlisboa.org/2014/docs/ProteccaoDadosPessoais/Monica_Salgado.pdf)

## Segredo Médico

*“Não existe medicina sem confiança, tal como não existe confiança sem confidências nem confidências sem segredo”<sup>30</sup>*

Segredo vem do latim “secretu” e tem como significado aquilo que deve estar oculto, secreto, daqui resultando que os fatos que não são conhecidos por terceiros são objeto do dever de segredo. De acordo com Luís Vasconcelos Abreu, “O carácter reservado não emerge da obrigação de segredo, mas esta daquele.”.

Encontramos, hoje em dia, várias profissões que estão sujeitas ao sigilo profissional. Todavia, a área da medicina é aquela a quem se reconhece este dever com um passado mais longínquo. Este dever de segredo, é tão antigo como a própria medicina, estando os dois juntos na sua génese. Tal surge logo nos Escritos Hipocráticos, precisamente com o juramento Hipocrático, datado de 300 a.C., que menciona expressamente a regra de segredo: *“tudo o que possa ver ou ouvir durante o tratamento ou fora dele no que respeita à vida dos homens, que de forma alguma deva ser divulgado, o calarei e conservarei sempre como segredo.”<sup>31</sup>*

Após quase 2500 anos depois de Hipócrates<sup>32</sup>, a obrigação do médico guardar segredo mantém-se como uma necessidade e um tema sempre atual.

Como já pudemos constatar, da vida privada de cada ser humano fazem parte as informações de saúde. Todavia, do segredo médico, ou melhor do dever que recai sobre o médico, constam não só as informações relativas à saúde, como, também, quaisquer informações direta ou indiretamente ligadas à saúde que tenham sido recolhidas por aquele profissional<sup>33</sup> no exercício das sua profissão<sup>34</sup>.

---

<sup>30</sup> Tal foi escrito por Portes, L. Apud Glibert/Hottois/Marie-Hélène Parizeu, Dicionário da Bioética, Lisboa, p. 330. Informação retirada de Pereira, André Gonçalo Dias. *O Sigilo Médico: análise do direito português* – nota de rodapé 9.

<sup>31</sup> Barbosa, Carla. Aspetos Jurídicos do Acesso ao Processo Clínico. in *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Ano 7, n.º13 (Coimbra Editora) 2010

<sup>32</sup> Hipócrates é por muitos considerado o *pai da medicina*. Este autor de obras desenvolvidas na área da saúde, deu início ao trilhar de um caminho onde a medicina era tida como uma ciência, deixando de lado a ideia de superstição e práticas mágicas na saúde.

<sup>33</sup> Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro – artigo 2.º (Informação de Saúde):

“Para efeitos desta lei, a informação de saúde abrange todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar.

<sup>34</sup> Glibert Hottois/Marie-Hélène Parizeu, Dicionário de Bioética, Lisboa.

Quando falamos em segredo temos de verificar que nos encontramos perante informações, de um terceiro, que são conhecidas por um conjunto circunscrito de pessoas, que haja um verdadeiro interesse em que continuem sob reserva e que seja legítimo, razoável ou justificado em o interesse o manter em tal estado. Quando nos referimos a informações de terceiro obtidas no exercício da profissão, não podemos querer ficar tão-somente por informações de saúde, pois existe um verdadeiro momento de confissão, dos inúmeros acontecimentos da vida, por parte dos pacientes, aos profissionais<sup>35</sup> que encontram quando procuram ajuda.

O médico na sua ação profissional terá de obter por parte do seu paciente todas as informações necessárias para que possa intervir conveniente e competentemente e, para que haja tal abertura por parte de quem procura ajuda médica, terá de se garantir por parte daquele um verdadeiro sigilo profissional, garantir-se que aquele cumprirá o seu dever, que surge do juramento que efetua aquando do início do desempenho das suas funções<sup>36</sup>. Há a obrigatoriedade de assegurar que todas as informações obtidas pelo médico permanecerão com ele para que o paciente cumpra com a sua obrigação de não omitir nada sobre a sua vida privada.<sup>37</sup>

Quando falamos no segredo médico, nunca devemos esquecer que é da garantia que a lei dá ao paciente da existência deste dever que permite que o mesmo revele todos os dados necessários, que levará a uma atuação, por parte do médico, certa e adequada a garantir a qualidade da prestação dos cuidados de saúde. E, o importante, ainda, neste tema é referir que muitos poderiam ser os casos em que, caso o paciente não visse garantida a descrição do médico, sempre que fosse portador de doenças

---

<sup>35</sup> Quando encontramos aqui profissionais, referimo-nos não só aos médicos em si, como podemos considerar aqui enfermeiros, psicólogos, auxiliares da ação médica...

<sup>36</sup> Juramento de Hipócrates – 1983 (retirado de <https://www.ordemosmedicos.pt/>):

*No momento de ser admitido como Membro da Profissão Médica:*

*Prometo solenemente consagrar a minha vida ao serviço da Humanidade.*

*Darei aos meus Mestres o respeito e o reconhecimento que lhes são devidos.*

*Exercerei a minha arte com consciência e dignidade.*

*A Saúde do meu Doente será a minha primeira preocupação.*

*Mesmo após a morte do doente respeitarei os segredos que me tiver confiado.*

*Manterei por todos os meios ao meu alcance, a honra e as nobres tradições da profissão médica.*

*Os meus Colegas serão meus irmãos.*

*Não permitirei que considerações de religião, nacionalidade, raça, partido político, ou posição social se interponham entre o meu dever e o meu Doente.*

*Guardarei respeito absoluto pela Vida Humana desde o seu início, mesmo sob ameaça e não farei uso dos meus conhecimentos Médicos contra as leis da Humanidade.*

*Faço estas promessas solenemente, livremente e sob a minha honra.*

<sup>37</sup> Estatuto Disciplinar dos Médicos (Aprovado pelo DL 217/94, de 20 de Agosto), artigos 6.º/2 e 7.º.

contagiosas e socialmente pouco aceites, ou intoleradas, levaria a que o mesmo não procurasse os cuidados necessários, podendo assim atuar de forma negligente face aos outros familiares ou parceiros, bem como outros membros da sociedade (pois não estaria tão bem informado sobre a doença, em si, nem acerca do seu tratamento ou cuidados para evitar contágios), ou, ainda, podendo acelerar o processo de decadência associado a estas doenças mais graves.

De tudo isto cabe-nos referir que há por parte do profissional, por um lado, uma obrigação negativa, no sentido de que não deverá revelar a outrem as informações cobertas pelo seu sigilo profissional e, por outro lado, uma obrigação positiva de adotar as precauções necessárias para que os mesmos terceiros não tenham acesso aos elementos sigilosos, desde logo como exemplo o acesso à organização das instalações.

38

Daqui conclui-se que há, assim, um dever de segredo por parte do médico, em relação às informações que obtém no exercício da sua função, sendo que há um titular do segredo (aquele a quem pertencem os factos da vida privada, numa posição ativa), e do lado oposto o médico, numa posição passiva, sendo ele quem terá de cumprir com o sigilo profissional<sup>39</sup>.

## Fontes Legislativas

### Internacionais

De acordo com o foi já esclarecido, o segredo médico é e continuará a ser, sempre, um dever atual e necessário para garantir uma confiança do paciente no seu médico que lhe permita revelar todas as informações necessárias a garantir que há qualidade nos cuidados prestados.

Assim, muito tem sido desenvolvido ao longo dos tempos sobre este tema, por várias instituições, através de diversos documentos.

A UNESCO, contribuiu para a proteção e garantia do dever de segredo médico, com artigos da sua Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos do

---

<sup>38</sup> Como já fora referido, tal ideia é também prevista pela Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro.

<sup>39</sup> Andrade, Manuel Costa. *Direito Penal Médico*. Coimbra Editora (Coimbra) 2004

Homem, de 11 de Novembro de 1997<sup>40</sup> ou, ainda, da sua Declaração Internacional sobre Dados Genéticos Humanos, de 16 de Outubro de 2004.<sup>41</sup> Também a Organização Mundial de Saúde destacou este tema com a Convenção da Organização das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança,<sup>42</sup> de 1989, ou, ainda, com a Declaração para a Promoção dos Direitos do Paciente, de 1994.

A nível Europeu, também foram notáveis os esforços para garantir este segredo, com a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina.<sup>43</sup>

---

<sup>40</sup> Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos do Homem, de 11 de Novembro de 1997 – Artigo 7.º: Deverá respeitar-se o sigilo, nas condições estabelecidas por lei, dos dados genéticos associados a uma pessoa identificável e armazenados ou processados para fins de investigação ou para qualquer outro fim.

<sup>41</sup> Declaração Internacional sobre Dados Genéticos Humanos - Artigo 14.º: (a) Os Estados deverão desenvolver esforços no sentido de proteger, nas condições previstas pelo direito interno em conformidade com o direito internacional relativo aos direitos humanos, a vida privada dos indivíduos e a confidencialidade dos dados genéticos humanos associados a uma pessoa, uma família ou, se for caso disso, um grupo identificável. (b) Os dados genéticos humanos, os dados proteómicos humanos e as amostras biológicas associadas a uma pessoa identificável não deverão ser comunicados nem tornados acessíveis a terceiros, em particular empregadores, companhias de seguros, estabelecimentos de ensino ou família, se não for por um motivo de interesse público importante nos casos restritivamente previstos pelo direito interno em conformidade com o direito internacional relativo aos direitos humanos, ou ainda sob reserva de consentimento prévio, livre, informado e expresso da pessoa em causa, na condição de tal consentimento estar em conformidade com o direito interno e com o direito internacional relativo aos direitos humanos. A vida privada de um indivíduo que participa num estudo em que são utilizados dados genéticos humanos, dados proteómicos humanos ou amostras biológicas deverá ser protegida e os dados tratados como confidenciais. (c) Os dados genéticos humanos, os dados proteómicos humanos e as amostras biológicas recolhidos para fins de investigação médica e científica não deverão por norma estar associados a uma pessoa identificável. Mesmo quando esses dados ou amostras biológicas não estão associados a uma pessoa identificável, deverão ser tomadas as precauções necessárias para garantir a sua segurança. (d) Os dados genéticos humanos, os dados proteómicos humanos e as amostras biológicas recolhidos para fins de investigação médica e científica só podem manter-se associados a uma pessoa identificável se forem necessários para a realização da investigação e na condição de a vida privada do indivíduo e a confidencialidade dos referidos dados ou amostras biológicas serem protegidos em conformidade com o direito interno. (e) Os dados genéticos humanos e os dados proteómicos humanos não deverão ser conservados sob uma forma que permita identificar o indivíduo em causa por mais tempo que o necessário para alcançar os objetivos com vista aos quais foram recolhidos ou ulteriormente tratados.

<sup>42</sup> Convenção das Nações Unidas sobre direitos da criança – Artigo 16.º:

1 – Nenhuma criança será objeto de interferência arbitrárias ou ilegais em sua vida particular, sua família, seu domicílio, ou sua correspondência, nem de atentados ilegais a sua honra e a sua reputação.

2 – A criança tem direito à proteção da lei contra essas interferência ou atentados.

<sup>43</sup> Convenção Sobre os Direitos do Homem e Biomedicina (Convenção aprovada, para ratificação, a 19 de Outubro de 2000, pela Assembleia da República) - Artigo 10.º:

1 — Toute personne a droit au respect de sa vie privée s’agissant des informations relatives à sa santé.

2 — Toute personne a le droit de connaître toute information recueillie sur sa santé. Cependant, la volonté d’une personne de ne pas être informée doit être respectée.

3 — A titre exceptionnel, la loi peut prévoir, dans l’intérêt du patient, des restrictions à l’exercice des droits mentionnés au paragraphe 2.



## Nacionais

No direito português, encontramos, como já foi anteriormente referido, visível este direito a não ver reveladas as informações sobre os dados da saúde, quando encontramos na CRP o princípio da dignidade da pessoa humana, como um princípio fundamental, ou quando vemos como direito fundamental previsto pela CRP o direito à reserva da vida privada, sendo que depois legalmente se define, ainda, este conceito de vida privada, como vimos já anteriormente.

No entanto, aqui, cabe-nos referir artigos, presentes em diversos diplomas integrantes do ordenamento jurídico português, que garantem a confidencialidade, referida ao longo deste ponto:

Base XIV<sup>44</sup> Lei 48/90, de 24 de Agosto, alterada pela lei 27/2002, de 8 de Novembro (Lei das Bases da Saúde);

Artigo 4.º da Lei n.º 22/2007, de 29 de Junho.

Na Carta dos Direitos e dos Deveres dos Pacientes reforça-se, também, o direito à confidencialidade aquando da conversa mantida na base da relação médico-paciente, quando no seu ponto 9 se indica que “O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam.”

Está aqui presente um tal dever fundamental por parte do médico, que podemos verificar que assume importância também perante o nosso código penal, aquando do seu artigo 195.º.<sup>45</sup>

Por fim, mas não menos importante, desde logo verificamos que o Código Deontológico da Ordem dos Médicos também se refere ao sigilo como fazendo parte do estatuto profissional dos médico e da ética que orienta o exercício da profissão, estando previsto um capítulo, no mesmo código, dedicado à regulação de tal temática. Dentro deste, cabe destacar o artigo 68.º, do mesmo código, pois inclui dentro do âmbito de proteção do segredo profissional conversas e factos a que se tenha acesso pela posição e observação do médico face ao doente.<sup>46</sup> E, é destas normas, que podemos concluir o que

---

<sup>44</sup> Alínea d) - “Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados”

<sup>45</sup> Artigo 195.º do Código Penal:

Quem, sem consentimento, revelar segredo alheio de que tenha tomado conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 240 dias.

<sup>46</sup> Artigo 68.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos

anteriormente foi apresentado, relativo ao que deverá ser mantido em segredo, desde logo porque não só é necessário manter segredo de informações relativas à saúde, como outras importantes e sigilosas, obtidas somente no âmbito da relação médico-paciente.

### **Quebrar o sigilo – que possibilidades?**

Como Helena Moniz<sup>47</sup> vem a referir no seu artigo, na base da violação do segredo médico estará sempre o dever de confidencialidade, além do interesse comunitário que se possa opor. Esta confidencialidade, como já referido anteriormente, deverá manter-se sempre em relação a todos os dados que constam do processo clínico a que o médico tem acesso (bem como toda a equipa). A mesma autora refere, ainda, que uma revelação injustificada dos dados em causa pode ser considerado como um verdadeiro crime contra bens jurídicos e direitos fundamentais. E, assim sendo, podemos ver aqui mais uma confirmação de que a informação entre equipa de profissionais deverá, igualmente, circular de forma muito cuidadosa, não podendo considerar-se que exista aqui uma regra de livre circulação<sup>48</sup>.

Todavia, a quebra do sigilo é, ainda assim, possível, sempre que o titular da informação der o consentimento de revelação do segredo, sendo que aqui não haverá lugar ao ilícito associado à quebra de silêncio.

---

1. O segredo profissional abrange todos os factos que tenham chegado ao conhecimento do Médico no exercício do seu mister ou por causa dele, e compreende especialmente: a) Os factos revelados diretamente pelo doente, por outrem a seu pedido ou terceiro com quem tenha contactado durante a prestação de cuidados ou por causa dela; b) Os factos apercebidos pelo Médico, provenientes ou não da observação clínica do doente ou de terceiros; c) Os factos comunicados por outro Médico obrigado, quanto aos mesmos, a segredo profissional.

2. A obrigação de segredo existe quer o serviço solicitado tenha ou não sido prestado e quer seja ou não remunerado.

3. O segredo é extensivo a todas as categorias de doentes, incluindo os assistidos por instituições prestadoras de cuidados de saúde. É expressamente proibido ao Médico enviar doentes para fins de diagnóstico ou terapêutica a qualquer entidade não vinculada a segredo profissional Médico a menos que para tal obtenha o seu consentimento expresso ou que o envio não implique revelação do segredo.

<sup>47</sup> Moniz, Helena “*Segredo Médico, Acórdão da Relação de Coimbra de 5 de Julho de 2000 e Acórdão da Relação do Porto de 20 de Setembro de 2000*”. Revista Portuguesa de Ciência Criminal, Ano 10, Fascículo 4.º, Outubro-Dezembro 2000

<sup>48</sup> Carla Barbosa e André Gonçalo Dias Pereira – Confidencialidade da informação de saúde no Direito Português. Lex Medicinæ. Revista Portuguesa de Medicina. Ano 8, n.º 16.

O sigilo poderá quebrar-se, igualmente, sempre que estejamos perante um direito de necessidade (direito este previsto no código penal<sup>49</sup>, bem como no código civil<sup>50</sup>). Este direito de necessidade está presente sempre que esteja em causa, por exemplo, um caso de coabitação entre uma família e um paciente de uma doença grave e infecciosa. Também temos como exemplo de tal estado de necessidade, quando está em causa o médico salvaguardar-se, ou salvaguardar os seus próprios interesses, e tal vem previsto, igualmente, no artigo 70.º, alínea b) do Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

A quebra de sigilo poderá ainda ser autorizada sempre que um interesse social esteja em causa, sendo que a nossa lei prevê tal como exceção à regra da confidencialidade (Base IX, n.º2 da Lei n.º2.036, de 9 de Agosto de 1949 que prevê que o médico deverá quebrar o silêncio perante o conhecimento de determinadas doenças).

Após tal referência, cabe-nos agora referir um caso concreto, previsto num parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, sobre o sigilo médico, parecer 32/CNECV/2000. Neste, aquilo que se trata é sobre um caso de seropositividade, em que o marido ainda não tendo cumprido com a sua obrigação de contar à sua parceira, surge o problema de se saber o que deverá fazer a médica que tomou conhecimento de tal realidade. Será que a mesma deveria quebrar o sigilo a que está obrigada? Tal como se refere em tal parecer, mesmo sendo o segredo um direito de todo o doente, e importantíssimo para estabelecer uma correta relação entre o doente e o médico, a verdade é que a médica em questão foi aconselhada a incitar o paciente a contar a verdade, sendo que se não obtivesse o resultado pretendido (ou seja, caso não conseguisse convencer o seu paciente a partilhar, junto da sua companheira, o facto de ser seropositivo), deverá informá-lo de que irá quebrar o silêncio e comunicar à sua

---

<sup>49</sup> Artigo 34.º do CP - Não é ilícito o facto praticado como meio adequado para afastar um perigo atual que ameace interesses juridicamente protegidos do agente ou de terceiro, quando se verificarem os seguintes requisitos:

- a) Não ter sido voluntariamente criada pelo agente a situação de perigo, salvo tratando-se de proteger o interesse de terceiro;
- b) Haver sensível superioridade do interesse a salvaguardar relativamente ao interesse sacrificado; e
- c) Ser razoável impor ao lesado o sacrifício do seu interesse em atenção à natureza ou ao valor do interesse ameaçado.

<sup>50</sup> Artigo 339.º do CC - 1. É lícita a ação daquele que destruir ou danificar coisa alheia com o fim de remover o perigo atual de um dano manifestamente superior, quer do agente, quer de terceiro.

2. O autor da destruição ou do dano é, todavia, obrigado a indemnizar o lesado pelo prejuízo sofrido, se o perigo for provocado por sua culpa exclusiva; em qualquer outro caso, o tribunal pode fixar uma indemnização equitativa e condenar nela não só o agente, como aqueles que tiraram proveito do acto ou contribuíram para o estado de necessidade.

parceira, pois esta trata-se de um doença com riscos sérios de transmissão e uma vez contraída implica um tratamento adequado e, ainda, a devida informação sobre os riscos a ela associados<sup>51</sup>. Como referiu Mason & MacCall Smith: “The crucial dilemma here is whether relaxation of the confidentiality rule would lead to failure to seek advice and treatment and hence the spread of the disease, or whether the imposition of absolute secrecy improperly denies others the opportunity to avoid the risk of exposure to infection.”<sup>52</sup>

Assim, concluímos, que perante determinadas situações é aceite que seja quebrado o sigilo, havendo mesmo autorizações legais para tal. A quebra do sigilo poderá considerar-se um mal menor necessário, para combater e zelar por um bem maior que é o interesse e bem-estar da comunidade.

---

<sup>51</sup> Em anexo apresenta-se a notícia publicado no jornal *Diário de Notícias* em 15 de Fevereiro de 2007, por Carlos Rodrigues Lima.

<sup>52</sup> Mason & MacCall Smith. *Law and Medical Ethics*. London, Edimburgh, Dublin, Butterworths, 1999. Nota retirada do artigo de André Gonçalo Dias Pereira. *O Sigilo Médico: análise do direito português*.

## Processo Clínico

Os profissionais de saúde estão, sempre, durante o exercício das suas funções, obrigados a proceder à documentação e registo da atividade clínica<sup>53</sup>, isto é, deverá de forma minuciosa, pormenorizada e, acima de tudo, completa juntar as informações que recolhe.

Este dever de uma devida documentação surge para que se possa garantir inúmeras finalidades, desde logo, garantir a segurança do tratamento. Esta finalidade surge como a mais importante para que o doente não tenha uma má assistência quando procura o médico. Exemplo de que a documentação é importante, encontra-se quando é a partir desta que se previne que um utente entre no bloco operatório com um problema no membro inferior esquerdo e seja submetido a uma cirurgia ao membro inferior direito. Outra finalidade que se pretende cumprir, passa por, sempre que em causa haja um processo a decorrer contra o médico, por exemplo, se consiga provar que houve, ou não, uma conduta negligente por parte do mesmo. Exemplo de uma situação prática ocorre quando um doente, através do seu processo, consegue provar que o exame que realizou provava uma doença que foi desvalorizada pelo médico e o levou a uma situação mais grave do que aquela em que estaria caso tivesse sido diagnosticado atempadamente, havendo aqui uma prova de negligência médica. Para lá destas, apontamos também como importante o controlo nos gastos de saúde. Numa altura em que cada vez mais tem de haver um regime de controlo de contas e gastos por parte dos hospitais e clínicas, esta finalidade torna-se importante. Uma vez que o processo clínico é composto<sup>54</sup> por um conjunto de exames, anamneses, diagnósticos, terapia, métodos de diagnóstico utilizados,<sup>55</sup> entre outros dados, tal vai-nos permitir que não haja, por exemplo, uma repetição nos exames realizados, o que é importante, pois como sabemos temos exames que implicam um custo muito elevado.

O processo clínico, segundo a Lei 12/2005, de 25 de Janeiro, é definido como “qualquer registo, informatizado ou não, que contenha informação de saúde sobre doentes ou os seus familiares” (artigo 5.º da lei supracitada). É, portanto, um suporte de informação

---

<sup>53</sup> Os primeiros registos de informações de saúde, relativas a pacientes, encontraram-se no Hospital de Bagdad, dos séculos IX, X e XI. in Pereira, André Gonçalo Dias, em *Dever de Documentação, Acesso ao Processo Clínico e sua Propriedade. Uma perspetiva Europeia*

<sup>54</sup> Segundo a Legislação Espanhola e Francesa o que deverá constar do Processo Clínico é bem definido. Para tal vide artigo 15.2 da Ley 41/2002 e art. R 1112-2 do *Code de la Santé Publique* (ver se posso por em anexo).

<sup>55</sup> Pereira, André Gonçalo Dias, em *Dever de Documentação, Acesso ao Processo Clínico e sua Propriedade. Uma perspetiva Europeia*.

de saúde, que poderá estar direta ou indiretamente ligada a tal, bem como a história clínica e familiar<sup>56</sup>, que permite que se melhorem os cuidados de saúde prestados ao doente, diminuir o erro na atuação<sup>57</sup>.

### **Dever de Documentação**

A documentação que consta do processo clínico de um paciente, surge através do cumprimento do dever que a ordem jurídica lhe impõe de juntar todas as informações, de que tome conhecimento, ao processo clínico<sup>58</sup>. Este dever de documentação deverá ser cumprido no momento da análise do paciente, isto é, os dados, os apontamentos que haja a fazer acerca do estado de saúde do paciente, deverão ser feitos no exato momento em que o utente está a ser avaliado.

Este dever, para lá da doutrina que o defende, vem também consagrado em inúmeros artigos da legislação portuguesa, assim como do Código Deontológico do Médico.

Este Código que rege a profissão de Medicina, define no seu artigo 77.º que há por parte do médico não só o direito, como o dever de registar cuidadosamente os resultados, obtidos das suas análises, que considere relevantes.

Porém, não só aqui encontramos descrito este dever. Também no nosso Código Civil, artigos 573.º e 575.º, podemos verificar que há um direito a estarmos informados sobre as informações que desejarmos, e daqui conclui-se que, para que estes direitos sejam cumpridos, terá de haver um devido conjunto de informações no processo clínico, para que sempre que o titular do mesmo o queira consultar, a fim de retirar as dúvidas que sinta, o possa fazer e sentir-se esclarecido.

Este dever é, para além de um direito do doente a ver a sua informação reunida de forma completa, uma mais-valia para o exercício da medicina, pois através do cumprimento do mesmo, o médico poderá ver facilitado o seu plano probatório sempre que

---

<sup>56</sup> Artigo 2.º da Lei 12/2005, de 25 de Janeiro

<sup>57</sup> O processo clínico é um verdadeiro “(...) *elemento ancilar indispensável para garantir a qualidade dos cuidados de saúde*” e “*atendendo à complexidade da medicina contemporânea, ao elevado número de intervenientes em processos diagnósticos e terapêuticos, um registo preciso e adequado dos vários passos dados afigura-se essencial para levar a empresa a bom porto*”. Cascão, Rui. “*O Dever de Documentação do Prestador de Cuidados de Saúde e a Responsabilidade Civil*” in *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Ano 4, n.º8 (Coimbra Editora)

<sup>58</sup> Aqui, importa referir que muitos são os pareceres que assumem este dever. Desde logo, por exemplo, na deliberação do Conselho Diretivo da Entidade Reguladora da Saúde, na sua versão não confidencial, relativa ao processo n.º ERS/074/12, é feita tal referência no seu ponto 59.

esteja numa situação de conflito, pois tal profissional ficará prejudicado caso haja uma redação incompleta ou inexata das informações, bem como se subtrair ou alterar documentos do mesmo<sup>59</sup>.

### **Propriedade do Processo Clínico**

Uma questão bastante controversa, mas atualmente mais esclarecida, que se torna importante abordar, quando se explora a temática do Processo Clínico, relaciona-se com a questão da propriedade do Processo.

A definição do direito de propriedade que nos surge, em termos jurídicos, quando dele falamos, remete-nos para o Direito das Coisas, que estuda este direito e que o interpreta como sendo um direito pleno, de usar, fruir e dispor, de uma coisa. Quando aqui falamos em propriedade, teremos de nos abstrair um pouco deste conceito e considerá-lo, antes, como uma questão de titularidade.

Importa antes de explorar esta temática, esclarecer se quando nos referimos à propriedade do Processo Clínico, nos referimos a uma propriedade sobre o Processo Clínico no seu todo ou, se pelo contrário apenas nos referimos à propriedade da sua informação.

Neste sentido, temos de verificar que o conteúdo do processo contém não só exames e diagnósticos impessoais, como ainda informações e notas pessoais, do médico que as faz. E, neste sentido, verificamos que dois direitos podem colidir, pois aqui, se considerarmos uma titularidade total do processo, podemos por em causa o direito do médico (que fez anotações pessoais, como referido, anteriormente) e de terceiros, pois podem, também, constar informações sobre terceiros no processo de um utente. Quando dois direitos colidem, defende o nosso Código Civil, no seu artigo 335.º que havendo colisão de direitos iguais deverão os titulares ceder na medida do necessário para evitar prejudicar um em detrimento do outro. Assim, devemos falar de uma “concordância prática” entre valores constitucionais conflitantes<sup>60 61</sup> e afirmar que, interpretando o artigo

---

<sup>59</sup>Não podemos, no entanto, dizer que basta a redação das informações para obter um meio probatório suficiente, pois também através dos restantes elementos (como exames, por exemplo) poderá ser feita prova. Em tal matéria devemos prestar atenção à decisão do Tribunal Supremo de Espanha de 5 de Junho de 1998.

<sup>60</sup> Como refere o autor Pereira, André Gonçalo Dias, em *Dever de Documentação, Acesso ao Processo Clínico e sua Propriedade. Uma perspetiva Europeia*.

<sup>61</sup> Esta concordância pode ser justificada à luz do artigo 18.º/2 da Constituição da República Portuguesa que vem dizer que só no limite do necessário deverá, o legislador, restringir direitos, liberdades e garantias.

3.º/1 da Lei 12/2005 de 26 de Janeiro, se devem excluir da titularidade do utente informações relativas a terceiros e notas pessoais do médico. Tal solução parece ser a mais razoável e proporcional face ao que tivemos em conta.<sup>62</sup>

A questão desenvolvida tem importância quando o nosso legislador não foi esclarecedor acerca do conteúdo a que o utente tem acesso, uma vez que se refere ao processo clínico como um todo e, ainda, reforça que o mesmo deverá ser apresentado no seu todo e tal não nos parece proporcional face aos direitos em causa<sup>63</sup>, como referimos.

Esclarecida esta questão, de que informações estariam em causa, cabe-nos agora perceber se, efetivamente, o titular é o utente ou a instituição de saúde, ou até se será o próprio médico.

Dupuy, vem falar desta temática, defendendo, inicialmente, que o depósito, arquivamento, do *dossier de santé* pertencia à unidade de saúde, por estar obrigada a conservar as informações devidamente, arquivando-as em boas condições mas que tal não lhe conferia o direito de propriedade, defendendo que a propriedade intelectual pertencia ao médico, na sua parte constituída pelas notas pessoais do mesmo. O utente, por não ter, inicialmente, um acesso direto ao mesmo, considera o autor que levaria a limitações importantes<sup>64</sup>. No entanto, atualmente pela lei Francesa<sup>65</sup> o paciente tem acesso direto ao seu processo, considerando-se, assim, também segundo o mesmo autor, que já haverá direito de propriedade na esfera jurídica do paciente.<sup>66</sup>

Mas será que podemos retirar uma resposta sobre a propriedade da forma de acesso ao processo?

Parece-nos que não. Na verdade, a questão da propriedade vai para além da do acesso. Se olharmos para a nossa lei<sup>67</sup>, verificamos que o acesso ao processo<sup>68</sup> é indireto e, no entanto, várias são as disposições legais que afirmam ser do utente a propriedade do

---

<sup>62</sup> Relativo ao assunto em questão, o novo Código Deontológico do Médico no seu artigo 100.º/3 refere que a propriedade intelectual do registo pertence ao médico.

<sup>63</sup> Neste sentido a Lei Belga prescreve, esclarecidamente, que as anotações pessoais não devem ser mostradas ao utente quando tal pretende a consulta do processo – Lei relativa aos direitos dos pacientes, de 22 de Agosto de 2002 - Artigo 9.º/2.

<sup>64</sup> Dupuy, Olivier. L'information de santé

<sup>65</sup> Lei de 4 de Março de 2002

<sup>66</sup> Em relação a lei da Galiza admite o mesmo acesso direto ao processo, no entanto, considera que a propriedade da informação clínica pertence à Administração de Saúde – Ley 3/2001 de 28 de mayo. in Pereira, André Gonçalo Dias. Dever de Documentação, Acesso ao Processo Clínico e sua Propriedade. Uma perspetiva Europeia

<sup>67</sup> Artigo 77.º/1 e 2 do Código Deontológico dos Médicos e, ainda, Lei 12/2005 de 26 de Janeiro, artigo 3.º/1

<sup>68</sup> Sobre esta questão, desenvolver-se-ão as teorias existentes no ponto seguinte.



processo. (quando aqui referimos processo, não esquecer a questão esclarecida de que nos referimos às informações sobre o próprio utente, excluindo-se aquelas que se referem a terceiros, bem como as anotações pessoais do médico).

Assim, podemos concluir que a informação que conste de um processo é propriedade do utente, sendo o ficheiro em si da responsabilidade do médico, que deverá garantir o devido acesso ao mesmo, quando o doente lhe solicitar, com as referidas restrições.

Neste sentido, vem o acórdão do Tribunal da Relação de Coimbra, de 15 de Outubro de 2013, referir que cada um é proprietário da sua informação clínica mas que tal não quer significar que o paciente é titular do direito de propriedade (aqui um direito de propriedade como referimos inicialmente) sobre o processo clínico, enquanto realidade corpórea, e que desta forma possa dispor do mesmo. Antes, devemos referir que se é proprietário das informações, sendo os ficheiros em si, o próprio processo, depositado nas instituições de saúde. Estas que serão somente depositárias e que deverão, desta forma, guardar e conservar tal processo (quando em causa estejam instituições de saúde, pois caso seja uma questão de médico particular, o ficheiro pertencerá ao mesmo, sendo assim a única forma de garantir a transcrição e a salvaguarda dos elementos pessoalíssimos, falamos das anotações pessoais do próprio médico)<sup>69</sup>.

### **Direito à Consulta do Processo por parte do Utente**

O acesso ao processo clínico por parte do utente pode encontrar regimes diferentes consoante se esteja numa fase pré-processual ou já numa fase processual<sup>70</sup>. No entanto, o que ora nos importa é o acesso quando não se está nem em fase processual, nem tão pouco está interessado em intentar ação.

A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, publicada pela Direção Geral de Saúde, em 1997, reconhece o acesso aos dados de saúde, pelos seus titulares.

---

<sup>69</sup> Barbosa, Carla. *Aspetos Jurídicos do Acesso ao Processo Clínico*. Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde, Ano 7, n.º13 (Coimbra Editora) 2010.

<sup>70</sup> Numa fase processual, importa esclarecer, que segundo o direito português, existe um dever de cooperação com a descoberta da verdade (artigo 519.º do Código de Processo Civil) sendo que se não cooperar (isto é, caso não divulgue o processo clínico) poderá ser demandado pelo tribunal para tal (artigo 528.º do Código de Processo Civil).

Neste sentido, podemos referir duas posições quanto ao acesso: o acesso direto e o acesso indireto (posição tradicional e, que se mantém em Portugal até hoje). No que se refere ao acesso direto, muitos já são os países cuja legislação regula neste sentido. Em Espanha, a Lei 41/2002 de 14 de Novembro, no seu artigo 18.º, estabelece-se o direito ao acesso livre e direto. No Reino Unido, bem como na Alemanha, ou na Bélgica, também o acesso é direto<sup>71</sup>. Todavia, o legislador em todos eles salvaguardou a necessidade de se ter em conta o estado clínico do utente e se a divulgação dos dados possa prejudicar, ou agravar, a mesma. Importante, ainda, foi a distinção feita, na Alemanha, relativa aos dados objetivos e os subjetivos (que respeitam às notas pessoais do médico), pois quanto a estes últimos não haverá apresentação dos mesmos<sup>72</sup>.

Relativamente à legislação de França, antes da lei de 4 de Março de 2002, estava em vigor o acesso indireto. Hoje há um acesso livre e direto à ficha clínica, sendo que o legislador salvaguardou situações como ao internamento compulsivo, onde o acesso à ficha clínica deverá ter a intermediação do médico<sup>73</sup>. Também em França, quando surgiu a possibilidade do acesso direto ao processo clínico, se debateu a questão, entre médicos, da comunicação das notas pessoais, sendo que havia grande relutância ao acesso direto, devido a esta temática, pois o acesso às notas resultantes das observações do profissional de saúde iriam pôr em causa o direito do médico de não ver as suas notas divulgadas<sup>74</sup>.

Agora relativamente à legislação portuguesa, o utente terá acesso ao seu processo de que forma? Muitas são as respostas a esta questão, com diferenças relativamente a vários países, pelo que iremos analisar tal solução encontrada para a questão colocada.

Olhando para a legislação portuguesa, deveremos separar dois momentos, sendo eles o momento antes da lei 46/2007, de 24 de Agosto (doravante, LADA), e o posterior a ela. Mas será que existem mesmo verdadeiras diferenças?

Na versão anterior, a LADA (lei 65/93 de 26 de Agosto) dispunha que apenas o titular dos dados de saúde poderia solicitar o acesso ao seu processo, mediante apresentação de um requerimento em que se identificasse, a si e ao médico, e era por intermédio deste último que o doente teria acesso às suas informações. Assim, havia uma

---

<sup>71</sup> Pereira, André Gonçalo Dias. Dever de Documentação, Acesso ao Processo Clínico e sua Propriedade. Uma perspetiva Europeia

<sup>72</sup> Também neste sentido encontramos a lei Belga e Espanhola.

<sup>73</sup> DUPUY, OLIVIER – L'information Médicale. (Les Études Hospitalières).

<sup>74</sup> Relativamente a este assunto Olivier Dupuy, obra citada.

concordância entre todas as leis acerca deste tema, determinando-se que havia um acesso indireto ao processo, por intermédio do médico.

Quando abordamos este tema, olhamos para vários momentos de regulamentação da temática, a LADA, a lei 12/2005, de 26 de Janeiro e, ainda, a lei de proteção de dados pessoais (LPDP), lei 68/97 de 26 de Outubro.

A LPDP, no seu artigo 11.º, determina que o utente tem acesso às suas informações de saúde por intermédio do médico. No mesmo sentido, temos a lei 12/2005, de 26 de Janeiro, no seu artigo 5.º/5. No entanto, a atual LADA, vem, pelo seu artigo 7.º, afastar este acesso ao processo por intermédio do médico, afastando-se, assim, das outras formas de regulação.

Como se resolve a questão, neste caso de incoerência dos regimes previstos?

Através do estudo das leis, apercebemo-nos de que existem regras a estabelecer soluções para o problema de conflito das mesmas. Assim, poderíamos referir como solução a não derrogação de lei especial, pela lei geral. No entanto, a LADA, no seu artigo 2.º/3 refere que se aplica, igualmente, ao acesso à informação de saúde, o que afasta a possibilidade de a considerar como uma lei geral. Por isto, resta-nos, ainda, perceber a regra de que a lei posterior afasta a lei anterior. Tal, levar-nos-ia a não aceitar o acesso indireto, por intermédio do médico. Contudo, se assim fosse poderíamos considerar que estaríamos perante um sistema bicéfalo, no que consta a oposição de unidades de saúde do sector privado às do sector público, pois no sector público iria aplicar-se a LADA, enquanto que no sector privado se iria aplicar a lei 12/2005 de 26 de Janeiro<sup>75</sup>. Esta diferença de regras consoante estejamos perante um sistema privado ou público de saúde, não é estranho no mundo da medicina, todavia se noutras situações podermos encontrar justificações materiais para acontecer, neste assunto será mais difícil de o justificar.

Assim, sempre que as informações constem de documento administrativo, podemos concluir que o doente terá acesso ao mesmo de forma direta, sem necessidade de se justificar, mas que é o médico que lho comunica.

---

<sup>75</sup> Neste sentido: Barbosa, Carla. *Aspetos Jurídicos do Acesso ao Processo Clínico*. in *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*. Ano 7, n.º13 (Coimbra Editora) 2010.

Países	Direito de Consulta	Exceção: Doença Psiquiátrica	Exceção: Menores	Exceção: Dados subjetivos do médico	Exceção: Direitos de terceiros
Portugal	Indireta				
Espanha	Direta	Sim	Sim	Sim	Sim
França	Direta	Sim	Sim		
Bélgica	Direta			Sim	Sim
Alemanha	Direta	Sim		Sim	Sim

**Tabela 1** – Tipo de Acesso ao Processo Clínico, em diversos países da Europa<sup>76</sup>.

### **Acesso ao Processo Clínico – Um olhar sobre a Deliberação n.º 51/2001**

Segundo Rabindranath Capelo de Sousa<sup>77</sup>, “relativamente a diversas formas de sigilo há que distinguir as posições jurídicas das pessoas de confiança no sigilo das de terceiros. Estes violam a vida privada sempre que se intrometem indevidamente na esfera do segredo, quando tomam conhecimento não autorizadamente dos segredos de outrem e, obviamente, quando transmitem ou se aproveitam do segredo. Relativamente às pessoas de confiança no sigilo, embora obviamente seja lícita e presumida a tomada de conhecimento do segredo, é jus civilisticamente ilícita a não consentida captação da documentação do mesmo, assim como a divulgação não autorizada do segredo ou um aproveitamento deste de um modo contrário à recognoscível vontade do autor da confidência, os quais se devem entender não apenas como violações contratuais ou negociais, quando vigorar um contrato ou um negócio jurídico entre o autor da confidência e o confidente que obrigue a sigilo (vg. profissional), mas, *prima facie*, como ilícitos extracontratuais do direito à esfera privada”. Isto importa quando em causa está o acesso ao processo clínico por terceiros que não o titular do próprio, sendo que só em casos muito excecionais se poderá sacrificar o direito à reserva da vida privada<sup>78</sup>.

<sup>76</sup> Pereira, André Gonçalo Dias. Dever de Documentação, Acesso ao Processo Clínico e sua Propriedade. Uma perspetiva Europeia.

<sup>77</sup> Sousa, Rabindranath V. A. Capelo de. *O Direito Geral de Personalidade*. Coimbra Editora (Coimbra) 2011( reimpressão)

<sup>78</sup> Temática abordada e desenvolvida no ponto anterior da presente dissertação

Quando em causa está a divulgação de dados para a faturação das seguradoras, entidade considerada como um terceiro para o processo, entende-se que há legitimidade para a comunicação dos mesmos, mas somente os estritamente necessários para tal ato, sendo que a comunicação dos mesmos deverá ser feita por um profissional sujeito a segredo profissional a um outro, também este obrigado ao mesmo sigilo.

No que se refere a solicitações feitas por parte de outras unidades de saúde ou seguradoras, para a continuação da prestação de cuidados, em várias disposições legais podemos encontrar a resposta. A solução é a de que deverão ser comunicados os dados ao médico que será responsável pela continuação do tratamento, garantindo-se sempre a confidencialidade dos mesmos.

Nesta mesma deliberação, expõe-se a situação do pedido dos dados por parte de tribunais e polícia, sendo que também a CNPD já se pronunciou sobre tal questão, na sua deliberação n.º 39/2001, de 29 de Maio.

Sendo que aos tribunais compete a administração da justiça em “nome do povo” assegurando os direitos dos cidadãos<sup>79</sup> e, segundo o código de processo penal a finalidade última de um processo penal é a descoberta da verdade dos factos, com o fim de realizar justiça, sendo que a produção de prova terá sempre respeitar, integralmente, os direitos fundamentais (tal também pode ser dito quanto ao direito processual civil), quando em causa está a divulgação de dados da saúde, admite-se que os mesmos sejam divulgados perante um despacho da autoridade judiciária, que deverá ser fundamentado e especificativo quanto aos motivos do pedido de colaboração, de forma a permitir que o responsável pelo tratamento possa ponderar e pronunciar-se sobre a relevância de tal pedido.

Quanto à obrigação do fornecimento da documentação clínica às autoridades policiais, entende a CNPD que não há nada que obrigue na colaboração com as mesmas e, portanto, não obrigando ao fornecimento dos mesmos dados a tais entidades, pois tais órgãos policiais colaboram diretamente com a investigação levada a cabo pelas autoridades judiciárias, sendo que dos diferentes estatutos que regulam a sua atividade, não se pode concluir pela legitimidade para o acesso a tais dados. Mas tal não significa que tais entidades policiais não possam no seu exercício identificar os utentes e solicitar a sua colaboração em relação aos seus elementos de identificação para que se possa proceder à

---

<sup>79</sup> Artigo 202.º/2 da Constituição da República Portuguesa

elaboração da participação de crimes ou outros acontecimentos que cheguem ao seu conhecimento.

No que se refere à divulgação de dados para os advogados do próprio utente com apresentação de procuração forense, cabe esclarecer que segundo o estatuto da Ordem dos Advogados, o advogado pode solicitar o acesso, junto dos tribunais, a documentos que não tenham carácter secreto ou reservado. Contudo, como já fora referido anteriormente, no que se refere aos dados de saúde, tais têm carácter reservado. Assim, devemos concluir que o advogado só terá acesso a tais dados quando munido de uma procuração com poderes especiais para o efeito<sup>80</sup>.

Finalmente, no que se refere ao acesso a dados por familiares de doentes falecidos, olhamos para os artigos 70.º e 71.º do Código Civil e podemos concluir que do primeiro resulta que os direitos de personalidade incidem sobre a vida da pessoa, a saúde física da mesma, sendo que do segundo resulta que tais pessoas nele consagradas, são as capazes de respeitar a sua defesa e como tal poderão providenciar pela defesa dos direitos decorrentes da lesão. Assim, caso esteja em causa o acesso ao relatório da autópsia ou à causa da morte, deverá reconhecer-se às pessoas consagradas no artigo 71.º do Código Civil o “direito à curiosidade” sobre a causa de morte, permitindo-se assim o acesso às informações necessárias para satisfazer tal curiosidade. Tal também se aplica quando a causa de morte é considerada como capaz de gerar uma certa discriminação (SIDA), pois o legislador considera que tal pessoa será capaz de preservar a memória do falecido e respeitará a sua intimidade. No que se refere ao acesso a dados de saúde, entende-se que tais não deverão ser facultados, pelas razões de confidencialidade que já se citaram. Porém, tal acesso poderá ser permitido quando fundamentado devidamente, desde logo quando em causa possa estar o apuramento da responsabilidade da Administração de um hospital em relação aos cuidados de saúde prestados, em caso de se desconfiar de negligência médica. Ainda se poderá legitimar tal divulgação quando o médico assistente do requerente pretende relacionar a sintomatologia deste com a do falecido. Ainda relativamente ao acesso a dados após a morte do seu titular, vem-se esclarecer que também não será legítimo o acesso aos mesmos, por parte das companhias de seguro no contexto da morte de titulares de seguros de vida, tal também entendido pela CNPD.

---

<sup>80</sup> Neste sentido, também decidiu o Supremo Tribunal Administrativo no Acórdão datado de 13 de Maio de 1998, processo 22730.

## **Processo Clínico Eletrónico**

A dialética entre as regras de confidencialidade e a própria relação médico-paciente tem vindo a alterar-se ao longo dos tempos, deixando de ser uma mera relação estabelecida no consultório do próprio médico, passando, atualmente, a ser feita em conjunto com uma vasta equipa de profissionais. Perante tal, tem surgido a necessidade de se garantir que a informação circula de forma fácil, garantindo a segurança dos dados e, como tal surgiu a ideia de se implementar um processo clínico eletrónico.

Um processo clínico surge, como já vimos, constituído por dados clínicos de um paciente. Em primeiro os dados são recolhidos para que seja possível a observação do médico traduzido em informação que suportará o diagnóstico ou hipóteses de diagnósticos. Depois, com base nos diagnósticos, e conhecimentos médicos, serão traçados os cuidados de saúde ou de ação terapêutica. Com as diversas áreas de registo da informação que integram o processo clínico é previsível que possa ser proveniente de diversas fontes – desde a avaliação inicial até aos exames complementares de diagnóstico.

Este processo clínico estava presente, até há muito, em formato papel. Tal implica a introdução manual de dados sendo que a estruturação da informação vai depender de quem a introduz. O armazenamento dos mesmos poderá levar a complicações uma vez que os dados de saúde de um mesmo utente poderão estar dispersos por vários locais. A logística de preparação do processo para estar disponível no local da prestação de cuidados poderá levar demasiado tempo. Assim, podemos concluir que o formato papel do processo clínico, usado até há pouco tempo atrás, dificultava o acesso ao mesmo, poderá levar a perdas de informação, inconsistência da localização da mesma, falta de estruturação dos registos, bem como a ilegibilidade de tais notas.

Em suporte eletrónico, por sua vez, facilita-se a gestão de informação, no que respeita ao armazenamento, pesquisa, consulta, legibilidade; promove o trabalho colaborativo, isto é, partilha de informação, interação entre especialistas, disponibilização de informação no local dos cuidados. Aumenta, ainda, a eficácia no que respeita a disponibilidade da informação onde e quando necessária. Do mesmo fará parte uma informação estruturada como sendo os resultados dos exames, alertas, entre outras, assim

como uma informação não estruturada que será a parte que irá dar liberdade ao profissional de saúde de colocar as suas próprias anotações, digitalizar elementos que se encontram em formato papel.

Contudo, mesmo podendo considerar que um formato eletrónico do processo traria vantagens no que respeita à facilidade de acesso, a legibilidade das informações, assim como uma constante disponibilidade do mesmo em qualquer local onde os cuidados de saúde irão ser prestados, será que a segurança dos dados está garantida, isto é será que o programa informático garante a segurança dos direitos do utente, desde logo a sua privacidade?

A segurança implica confidencialidade, integridade e disponibilidade da informação<sup>81</sup>. Desde logo, confidencialidade prevenindo-se o acesso à informação por terceiros não autorizados, integridade no sentido de se garantir que a informação confidencial se mantém, não é alterada sem autorização e, disponibilidade sendo que com tal se pretende que a informação sempre que necessária esteja disponível no local certo. Logo, as principais ameaças à segurança serão: as situações em que o sistema possa permitir o acesso por terceiros, através de violação do mesmo por descoberta de password e login, por exemplo (tal poderá quebrar o sigilo); quando haja um erro de software e tal implique a eliminação de registos efetuados naquele dia, por exemplo; ou, ainda, recursos insuficientes para o manuseamento do software.

Todavia, embora tudo isto seja uma possível realidade, na verdade a segurança não é garantida de forma mais eficaz pelo fato de a informação se encontrar em formato papel, pois os próprios profissionais poderão partilhar informações confidenciais com terceiros (mesmo que tal possa ter consequências para o profissional), ou os processos poderão ser acedidos por estes, mesmo não estando num formato digital. O formato digital também poderá não garantir a segurança, não pelo fato do sistema informático falhar, mas por falha do próprio utilizador.

Perante o exposto, não nos parece fácil afastar a informatização do processo clínico somente com base na falta de segurança que o mesmo poderá implicar, pois julgo que a segurança dos dados será garantida quando da formação de cada um prevalece o dever de confidencialidade, garantindo cada um, por si, cumprir todas as normas necessárias para

---

<sup>81</sup> in Segurança em sistemas de informação da saúde. Trabalho realizado por Serviço de Bioestatística e Informática Médica, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.



garantir tal direito que assiste a cada doente. Podemos dizer, que está mais suscetível um programa ser violado e acedido por terceiros, devido aos problemas informáticos que por vezes ouvimos falar. No entanto, não é menos verdade que o formato papel não vem, por si só, garantir que nenhum terceiro, estranho às equipas de profissionais, aceda ao mesmo.

A avaliação dos sistemas informáticos deverá ser feita com base em critérios objetivos perguntando-se se o mesmo é seguro no que toca à ótica de utilizador, por exemplo, se o mesmo se esquecer da password, terá maneira de a recuperar? Ou, é compatível com outros programas clínicos?

Para garantir a integridade, confidencialidade e disponibilidade, poderão ser tomadas medidas de segurança. Para a integridade, verificamos que, por exemplo, no que respeita ao sistema informático do serviço de bloco operatório do Hospital Pediátrico de Coimbra,<sup>82</sup> o mesmo não permite a alteração dos dados preenchidos, uma vez encerrado o processo de introdução de informação, por parte do profissional. Tal garante a integridade de que se fala. No que respeita à confidencialidade, a mesma poderá ser garantida com o uso da criptografia, uma forma de escrita secreta por meio de sinais convencionais ou, então, através do controlo de acesso, por meio da fixação do nome de utilizador e password. Finalmente, para a disponibilidade estar garantida, podemos referir como solução os backups, feitos regularmente e armazenados em locais diferentes<sup>83</sup>.

## **Sociedade de Informação e Internet na Saúde**

A Sociedade de Informação baseia-se nas tecnologias de informação e comunicação que envolvem o armazenamento e processamento, da informação por meios eletrónicos.

Em Portugal, surge o livro verde da sociedade de informação, em 1997, com o fim de abordar a temática de uma sociedade de informação (o que é, onde se aplica, como se deve regular). Nele vem referido o conceito de telemedicina, esta que associa tecnologia informática e de telecomunicações, para facilitar a prática da medicina, permitindo-se estabelecer um ambiente de trabalho em equipa, onde a troca de informação é essencial. Mesmo geograficamente afastadas, através da telemedicina, a troca de informação é possível entre instituições de saúde e tal torna-se importante no apoio ao diagnóstico,

---

<sup>82</sup> Testemunho de profissional de saúde do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE.

<sup>83</sup> in *Segurança em sistemas de informação da saúde*. Trabalho realizado por Serviço de Bioestatística e Informática Médica, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

prognóstico e seguimentos dos doentes. Isto vem, essencialmente, fomentar uma constante troca de informações, que incluem exames já realizados, acerca de um doente. Todavia, para que a telemedicina funcione, são usados os meios informáticos, as tecnologias da comunicação e informação, que têm como base a Internet.

O uso da Internet é hoje muito frequente por parte de todos os cidadãos, sendo por isso um direito de todos o uso seguro da mesma.

Quando usamos a Internet, temos subjacente um direito de liberdade de expressão. Esta liberdade compreende a possibilidade de emitir uma opinião livremente, bem como transmitir ou receber informações, ideias, sem que possa haver ingerência de entidades públicas. Esta liberdade implica deveres e responsabilidades, providências necessárias para a segurança nacional, proteção da saúde, segurança pública, para que se impeça a divulgação de informações confidenciais.

A internet despoletou a origem de duas correntes acerca da presença do Direito no seu uso. Por um lado, surgiu a opinião de que a ordem jurídica não se deveria imiscuir nos assuntos da internet, devendo, por isso, esta ser um espaço onde a livre circulação reinava, sem qualquer limitações impostas pela ordem jurídica. Porém, surgiu por parte de autores defensores do Direito, sustentando que sendo a Internet como um veículo de informação, deveria a mesma estar sujeita às regras fixadas para regular qualquer meio onde a exploração e circulação de dados, obras, informações fosse feita<sup>84</sup>. Contudo, por vezes, pode ser complicado gerir que legislação se aplica aos conflitos que surgem no uso da internet, quando esta não tem fronteiras conhecidas. As bases de dados criadas num *ciberespaço* deverão garantir a proteção dos dados que a integram, havendo, assim, a exigência do uso de códigos de proteção para as mesmas.

Assim, compete às autoridades nacionais e aos órgãos jurisdicionais nacionais assegurar o justo equilíbrio entre os direitos e interesses em causa. A diretiva 95/46/CE vem harmonizar as legislações nacionais, não pretendendo somente a proteção de dados pessoais, mas também assegurar a livre circulação desses dados. Esta livre circulação é essencial ao desenvolvimento da União Europeia e por isso não deverá ser restringida a todo o custo, devendo zelar-se por um equilíbrio entre a proteção dos dados pessoais e a sua circulação.

---

<sup>84</sup> Ascensão, J. Oliveira. Propriedade Intelectual e Internet. Texto correspondente à Conferência pronunciada na II Ciberética, Florianópolis, 14.11.03.

Quando nos referimos ao desenvolvimento tecnológico na saúde, verificamos que o uso da internet está subjacente ao mesmo<sup>85</sup>. Não haveria um processo clínico eletrónico sem uma base de dados consagrada com o uso da internet, nem telemedicina sem o uso desta, pois só a mesma permite a circulação dos dados.

Para os utilizadores da internet, cada um de nós, esta não é segura, pois tudo o que nela se faz parece deixar rasto. Como tal, precisamos de garantias sobre a correta utilização, acesso e segurança dos nossos dados neste *ciberespaço*, acedido por tantos e de forma, por vezes, abusiva; exige-se, assim, que se tire todo o partido das oportunidades que dela advêm e se minimizem as ameaças que dela possam resultar.

Neste contexto, o livro verde da sociedade de informação em Portugal, exige que o enquadramento legal preveja que o planeamento dos sistemas de suporte de documentos eletrónicos, operações diárias, a implantação e carregamento de informações seja completamente definida e fiscalizada por entidades independentes. Prevê-se, ainda, que é conveniente que se reveja a necessidade de compatibilizar a liberdade de acesso às redes e à livre expressão, com a igual necessidade de se combater violações dos direitos humanos.

Desde logo, verificamos, como já dito anteriormente, que os dados de saúde ficam registados numa base de dados, consagrada especificamente para uso em instituições de saúde, com o fim de facilitar o conhecimento, armazenamento e transmissão de informações necessárias à prestação de cuidados. Todavia, esta não será uma base de dados de tratamento diferente de tantas outras. Tal implica que o seu titular terá direito a manter-se informado sobre esses dados, bem como sobre o tratamento que recaia sobre os mesmos. Na verdade, o titular dos dados poderá opor-se ao seu tratamento, como já verificámos aquando da referência à lei de proteção de dados pessoais.

O direito a ser *esquecido* na internet foi reconhecido já pelo Tribunal de Justiça da União Europeia. Na verdade, assiste ao titular dos dados o direito de os ver eliminados, bloqueados, para evitar o acesso de terceiros a essas informações.

Quando falamos num processo clínico eletrónico, verificamos a entrega de dados de saúde, especialmente sensíveis, ao *ciberespaço*, sendo que o acesso aos mesmos, por terceiros, poderá ser uma realidade, como já referido anteriormente e, como tal deverá sempre ser assegurado ao cidadão a quem pertencem o direito a vê-los protegidos e até mesmo eliminados, quando assim o entenderem, tal como acontece com tantos outros

---

<sup>85</sup> Tal verifica-se quando associado ao Sistema de Gestão para Doentes, temos a plataforma WebGDH, que funciona através do uso da Internet.

dados que circulam e preenchem base de dados. A par do que sucede no mundo das telecomunicações, onde a base de dados com informações relativas ao contato telefónico, ou de e-mail, não deverá ser usada para fins que não aqueles que o seu titular autorize, deverá acontecer igualmente no mundo do processo clínico, pois nenhum daqueles dados, somente por estar acessível de forma mais rápida e eficaz a um terceiro, deverá ser usado sem o consentimento livre, específico, informado e expresso do paciente.

Seguindo nesta abordagem, podemos olhar um pouco à jurisprudência e verificar o que é ainda dito relativamente ao direito ao esquecimento e ao anonimato. O Acórdão Z. c. Finlândia, de 25 de Fevereiro de 1997, retrata a condenação de um indivíduo seropositivo por crime de homicídio não premeditado, após a prática de vários crimes sexuais. O Tribunal Nacional vem garantir a confidencialidade deste acórdão pelo prazo de 10 anos, apresentando, assim, a ex-mulher de tal indivíduo, para o Tribunal de Recurso, um pedido de prolongamento deste prazo de confidencialidade, uma vez que estavam em causa dados de saúde relativos a si. Contudo, esta instância desconsiderou tal pedido. Uma vez formulado também perante o Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, este último vem considerar que tal prazo violaria o artigo 8.º da Convenção Europeia dos Direitos do Homem, uma vez que, por se tratarem de dados relativos à saúde, a sua confidencialidade e reserva devem estar sempre garantidas.

O direito da Internet, bem como tudo o que se reporta à sociedade de informação, deverá ser tido em conta sempre que falamos no processo clínico eletrónico, pois, acima de tudo, por detrás deste encontra-se a tecnologia da informação e comunicação. E, se este direito e esta sociedade, em diferentes ramos, como já referimos, a título de exemplo, o ramo das telecomunicações, têm regras e limites tão bem defendidos, muito mais terá de ser feito quando falamos de dados da saúde, sensíveis e respeitantes a um titular que saberá, e terá o direito de saber, o que quer ou não que seja conhecido por outrem que não o médico que o segue e lhe presta cuidados.

## Sistemas de Informação para Gestão de Doentes

Há muito que um sistema de informação para Gestão de Doentes existe nos Hospitais Portugueses.

É em 1988 que surge o atual SONHO<sup>86</sup> na sequência de um sistema mínimo de informação médico-administrativa no internamento. Neste sistema, a informação era enviada em formato papel para depois ser introduzida na base de dados. Em 1990, surge o sistema de gestão de doentes hospitalares constituído por módulos de identificação. É em 2009 que a Administração Central do Sistema de Saúde IP abre concurso público para aquisição de serviços de manutenção corretiva e evolutiva do SONHO<sup>87</sup>.

Este sistema de gestão hospitalar de doentes, funciona por módulos, o que significa que funciona e é constituído por partes correspondentes aos serviços de urgência, internamento e consulta.

Quanto ao serviço de urgência, o doente poderá não ser utente da instituição onde deu entrada e este sistema vai permitir a existência de uma identificação para o mesmo. A identificação de um doente corresponde a um número de identificação atribuído ao mesmo. Sendo uma identificação, tal irá possibilitar um controlo centralizado, garantindo-se igualmente uma rápida localização do processo clínico.

No que ao serviço de internamento diz respeito, este refere-se desde o momento do ingresso no hospital até à data da alta. Tal irá permitir uma recolha de dados durante a estadia, uma gestão de camas...

No que se refere à consulta, com tal sistema pretende-se registar a marcação das consultas mais a sua efetivação. Tal sistema permitirá a gestão das marcações, listas de espera, bem como a preparação do plano diário do médico.

Neste sistema, como informações encontramos o número do Bilhete de Identidade, a data de nascimento, o estado civil, sexo... e, do resumo clínico fará parte informações como o grupo sanguíneo, a data da alta, diagnóstico, códigos de alertas para os médicos, como por exemplo alergias que o utente possa ter, exames complementares...

Em 2013, é emitido o despacho 12071/2013, pelo Ministério da Saúde, indicando-se que todos os Hospitais deveriam ter o SONHO, até ao final de setembro de 2013, acompanhados da webGDH. Esta última, é uma aplicação que funciona em ambiente web

---

<sup>86</sup> Para os Centros de Saúde existe o SINUS, da mesma forma que existe o SONHO para os hospitais.

<sup>87</sup> <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/SONHO>

através da qual se efetua a recolha, edição e agrupamento de episódios de cirurgia do ambulatório, internamento. Foi produzida pela TimeStamp sob contrato com a Administração Central do Sistema de Saúde. Esta aplicação, usada juntamente com o SONHO, tiveram a sua aplicação em hospitais piloto de entre os quais encontramos o Centro Hospitalar do Porto, EPE, Hospital de São João, EPE, no Porto ou ainda o Hospital Fernando Fonseca, em Amadora/Sintra.

Com este sistema, o SONHO, pretendeu-se garantir a interligação de dados de forma a constituir um sistema integrado de gestão de doentes, de forma a evitar a redundância de dados. Na verdade, embora existam vários registos, as bases de dados comunicam entre si, de forma a reunirem as informações num só processo.

Contudo, como verificamos aqui, embora falemos em processos de utentes, constituídos por dados de saúde relativos a uma pessoa, o grande foco destes sistemas vai para a área administrativa dos Hospitais. Será que isto não irá implicar um esquecimento de regras fundamentais que temos vindo a desenvolver, como o direito a privacidade, o segredo médico? Será que estas últimas não passarão para segundo plano? Pois há a preocupação de que com a constante informatização dos dados clínicos, possam aumentar os riscos de fuga de informação, tal como os casos de indevido acesso por parte de outrem.

Na verdade, os dados de saúde deverão ser o centro das preocupações dos profissionais que integram uma equipa hospitalar, de forma a nunca esquecer que aqueles terão de ser sempre protegidos da intromissão de terceiros.

No entanto, quando olhamos para as propostas de criação destes sistemas de gestão hospitalar de doentes, parece-nos haver uma pura preocupação financeira, uma visão economicista, que parece-nos olvidar-se da questão central: o direito à reserva da vida privada. No fundo, sempre que se falou nestes sistemas, falou-se de uma necessidade de gestão racional dos hospitais, de uma administração cuidada e que viesse evitar gastos supérfluos, como a repetição de exames. Realçar as barreiras entre dados administrativos e dados de saúde, assim como dos seus utilizadores, deveria ser uma preocupação dos responsáveis pela implementação destes sistemas. Talvez assim se conseguisse garantir a confidencialidade que se pretende dos profissionais de saúde. Do que se conclui que a regulação dos sistemas informáticos de saúde se torna conveniente e importante para evitar

abusos de terceiros, evitar ver-se satisfeita a curiosidade de terceiros face ao processo clínico de outrem.

## **Implementação de Sistemas Informáticos em Portugal**

Como já verificamos, a acompanhar a medicina, uma profissão antiga, com séculos de história, vêm os processos dos doentes e, com eles todas as evoluções necessárias para uma adaptação ao mundo contemporâneo. Assim, se há muitos séculos atrás não se sentia a necessidade de juntar todos os documentos e informações de um doente num só processo, logo se viu contrariada esta solução, passando-se a sentir a necessidade de constituir um processo, entendido como o conjunto daquelas informações. Os primeiros processos surgem, em formato de papel e, durante muito tempo assim continuou a ser a prática das equipas de profissionais de saúde que assistiam os seus doentes. Todavia, da mesma forma que houve esta evolução, logo surgiu a necessidade de facilitar este processo àqueles, pedindo-se mais tempo de qualidade na assistência aos doentes, exigindo o mundo atual que não se perdesse tanto tempo na busca de exames e informações anteriores sobre o doente. Na mesma linha, com a organização dos hospitais e a constante necessidade de uma gestão racional dos recursos, cada vez menores, devido aos tempos que se atravessam, tempos de crise e onde se exige que se faça o melhor com o menor gasto possível (sendo que esta ideia, por vezes é de tal forma exagerada que acaba por retirar recursos indispensáveis à prestação dos bons cuidados), é cada vez mais importante a informatização dos processos para que, assim, se consigam alcançar os objetivos pretendidos. Não só se torna importante para uma boa administração como, acima de tudo, se permite uma informação estruturada e atual sobre o doente o que leva a uma prestação de cuidados melhores, garantindo-se, ainda, se cumpridas as normas de segurança, no que aos programas informáticos diz respeito, a confidencialidade das informações e o direito que assiste ao doente, de não ver a sua vida privada invadida por terceiros, alheios a tal.

Com um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Estatística<sup>88</sup>, pode-se verificar uma duplicação, numa década, dos hospitais com processo clínico eletrónico. O que nos pode levar a concluir que se mantém a tendência de informatização da atividade médica e que assim, se tem dado a resposta pretendida às constantes necessidades supracitadas.

---

<sup>88</sup> Inquérito à Utilização de Tecnologias de Informação e da Comunicação nos Hospitais 2014

De 2004 para 2014, diz-nos o estudo, que passamos a ter 83% dos hospitais a informatizar os seus processos, contra os 42% que se verificava naquele ano. Ainda relativamente à informatização das suas atividades, verifica-se que no que se refere à administração e gestão, que mais de 90% dos hospitais aderiram às tecnologias da informação, havendo uma manutenção da base de dados da saúde dos pacientes.

Continuando, podemos ainda distinguir a percentagem de informatização nos serviços de internamento e de consultas externas. Quanto ao primeiro, verifica-se que 95% dos hospitais informatizaram as suas atividades (esta elevada taxa, nos serviços de internamento, poderá justificar-se, talvez, pela necessidade, aqui mais do que noutros, de racionalizar os gastos e manter sempre atual e acessível a informação do estado de saúde dos doentes internados), sendo que quanto às consultas externas encontramos uma taxa inferior, mas nem por isso insignificante, de 88% dos hospitais.

Entre 2012 e 2014, verificou-se um maior crescimento da informatização das atividades associadas ao bloco operatório. Na verdade, no que se refere aos cuidados prestados num bloco operatório, parece-nos que este crescimento é importante de salientar. Neste serviço, é deveras importante que a equipa se consiga manter informada de forma fácil e eficaz sobre o resumo clínico daquele que irá sofrer com a intervenção cirúrgica para que não haja erros (por exemplo, é importante que se possa aceder facilmente a informações como a possíveis reações alérgicas que o doente possa ter uma vez administrado determinado medicamento).

Este constante crescimento, chegando quase a existir 100% dos hospitais com informatização das atividades, especialmente no que respeita ao serviço de internamento, poderá relacionar-se, não só, com o despacho que foi proferido no ano de 2013,<sup>89</sup> mas também a uma sensibilização dos hospitais para as utilidades e facilidades provenientes de um processo clínico eletrónico. Na verdade, a localização destes, como a gestão de recursos num hospital, como já fora referido, ficarão facilitadas com a existência de bases de dados dos mesmos.

---

<sup>89</sup> Despacho referido anteriormente.



## Conclusão

Os dados de saúde estão intimamente relacionados com as informações da vida privada de cada indivíduo. Os dados de saúde são todos aqueles que se relacionam com informações do estado clínico de cada um. Exemplos destes encontramos exames realizados (como análises, Raio X, ecografias...), diagnósticos, bem como dados que identificam o processo de cada paciente (número de Bilhete de Identidade, nome completo...). Mas não só, também informações sobre familiares poderão constar do processo individual de saúde pois, por vezes, para um correto diagnóstico torna-se necessário conhecer dos problemas já ocorridos com familiares diretos.

A vida privada de cada um está protegida da devassa alheia, constitucionalmente, pois a nossa Constituição reconhece como direito fundamental o direito à reserva da vida privada. Ao longo dos tempos, muito tem sido feito pelo nosso legislador para tomar conta do processo e legislar da melhor forma este direito fundamental, de forma a garantir o cumprimento do mesmo por parte de terceiros.

No âmbito da saúde, como sabemos, é necessário um constante estudo para que se verifique uma evolução nos conhecimentos das doenças e epidemias, por forma a conseguir-se encontrar soluções para elas e proporcionar a cada cidadão melhores cuidados, diagnósticos, tratamentos. Neste sentido, terá de haver por parte da ordem jurídica um tratamento cuidado e exemplar no que se refere à possível divulgação e utilização dos dados, por parte dos profissionais que pretendem encontrar estas soluções. É sempre necessário, manter o sigilo e não negligenciar a reserva da vida privada de cada um. Neste sentido, existem leis para regular esta matéria por forma a que não haja dúvidas sobre o que pode ou não ser feito, o que pode ou não ser consultado e quem pode ou não usar daqueles dados, e de que forma.

O segredo médico é o dever do profissional mais importante para que se construa uma relação de confiança, necessária para um devido diagnóstico e tratamento. Sem este ponto importante da relação médico-paciente, muito se poderia por em causa uma vez que o paciente, com receio de ver divulgadas as suas informações, não seria sincero, podendo por em risco a sua saúde. Isto torna-se mais relevante quando falamos em doenças infetocontagiosas, assunto onde a sociedade tem vários estigmas e por vezes marginaliza os portadores de tais doenças. Quando aqui referimos doenças infetocontagiosas, não

podemos deixar de salientar que, exatamente pela forma como se designam, há um elevado risco de contágio e como tal, quando não detetado, e posteriormente feito o devido acompanhamento e comunicados os riscos que se corre, por parte do indivíduo, mas também por quem com ele contacta, será maior o risco de transmissão a pessoas, que, por sua vez, se encontrarão desprevenidas e desconhecedoras da realidade, tornando-se em vítimas de uma doença, de forma inocente. Assim, é um pilar basilar o segredo médico, na relação que se constrói entre aquele que procura a sua ajuda e o próprio profissional, ou equipa que com ele atua.

Tudo isto é relevante, quando por detrás de um processo clínico se encontra esta relação, tal como são aquelas informações sobre a vida privada de cada um que o constituem.

O processo clínico, como o próprio nome indica, representa um caminho traçado, desde o diagnóstico até ao tratamento de cada indivíduo, relativamente ao seu estado de saúde, quer mental, quer física. Por constituir uma fonte de várias informações (informações estas que se reportam ao seu titular, que tal como verificado é próprio paciente, mas que também se poderão referir a terceiros que com aquele contactam diretamente), é por vezes alvo de curiosidade alheia, que não se deverá ver satisfeita, a não ser nas situações que foram sendo referidas. Desde já, poderá ver-se divulgado tal processo, quando existe o consentimento do seu titular ou quando um interesse superior da comunidade o justifique. Mas quando falamos desta divulgação, não se deverá esquecer que do processo clínico fazem parte anotações médicas, de carácter subjetivo e que, quanto a estas, se vê, e bem, uma limitação de acesso, por parte de terceiras, às mesmas.

O processo clínico é assim uma fonte de informações da propriedade (entendida, aqui em *latu senso*) do seu titular, depositado numa instituição de saúde, a quem cabe a manutenção e conservação daquele, de forma a evitar a sua perda, sendo que será através de um pedido dirigido àquela que o titular terá acesso a tal conjunto de informações, assimiladas num processo.

O processo clínico de cada um surgiu como uma realidade de já algum tempo, sendo guardado e registado em formato papel. Com o evoluir do sociedade, com as novas descobertas, os novos desenvolvimentos informáticos e com a facilidade que os sistemas informáticos imprimem na sua utilização, surgiu, também, a possibilidade, se não mesmo a necessidade, de facilitar a introdução das informações naquele, assim como o seu

armazenamento. Mas não só por estas razões. Talvez se possa afirmar que foi, acima de tudo, com um interesse administrativo que se olhou para a possibilidade de criação de um sistema informático nos hospitais que permitisse a gestão dos doentes e, conseqüentemente se melhorasse a gestão hospitalar.

Indigna-nos, ou deverá indignar-nos, uma visão estritamente economicista e financeira quando nos referimos à saúde. A saúde de cada um deverá ser sempre preservada ao máximo, não se devendo querer poupar no que é obrigatório e mínimo quando nos referimos a tratamentos de pessoas,<sup>90</sup> pois existe um princípio que nunca poderá ser negado o princípio da dignidade da pessoa humana.

Todavia, esta informatização do processo clínico não é só importante para uma melhoria em administração de hospitais, mesmo que este possa ter sido um primeiro objetivo da implementação em hospitais, unidades de saúde, pois através de um sistema informático, poderá evitar-se a repetição desnecessária de exames, pois uma vez introduzidos no sistema este não os irá apagar, nem os mesmos correrão tantos riscos de desaparecer, assim como se poderá controlar os recursos despendidos, medicamentos... A criação de sistemas informáticos, com o armazenamento dos processos de cada doente, facilitará a pesquisa do mesmo, pois através de um número de identificação do doente conseguirá aceder-se ao mesmo.

Contudo, algumas dúvidas surgem relativamente à garantia da reserva da vida privada quando passamos para um mundo informático. As fragilidades destes meios são muitas, uma vez que o acesso a dados privados através de piratas informáticos é uma realidade alargada e que causa nos cidadãos uma maior desconfiança e reticência quanto ao uso destes meios. Porém, em formato papel a segurança não é maior. No lugar de depósito dos processos, muitas são as pessoas que a ele têm acesso, sem um controlo irrepreensível para que um terceiro não aceda aqueles dados e dessa forma os divulgue, ou mesmo não os divulgando, a confidencialidade, integridade e segurança já foi colocada em causa. Assim, os riscos de violação da privacidade de cada um, pode ser sempre posta em causa quando não são tomadas as devidas precauções. Um papel poderá ser acedido da mesma forma que uma base de dados, se não mesmo de forma mais fácil, pois entre o acesso a um conjunto

---

<sup>90</sup> Casos de Hepatite C, em que o Sistema Nacional de Saúde, por não poder, ou não querer, não garante o melhor tratamento para aqueles que são portadores desta doença.  
<http://www.sol.pt/noticia/122993>

de papéis ou o acesso a uma base de dados, devidamente assegurada por password e utilizador, haverá menor dificuldade quanto ao primeiro, uma vez que muitas são as combinações possíveis de password e utilizador para uma base de dados, quando se fala de um indivíduo médio da sociedade. Embora, possamos dizer que muitos são aqueles que hoje dominam a área da informática, mais serão aqueles que querendo e não lhes sendo barrado o acesso ao local de depósito dos processos, o saberão pegar e ler.

Numa perspetiva atual, os meios tecnológicos dominam a sociedade e facilitam todo o processo de gestão, acesso e recolha de informação necessária ao exercício de uma determinada atividade. Na medicina não será exceção. Poderemos dizer, como anteriormente, que o facto de se facilitar o processo de pesquisa e acesso a informações, anteriormente registadas, acerca do estado de saúde de um doente, irá trazer uma maior qualidade dos serviços prestados por aquele profissional, assim como será expectável que ocorram menos erros relativamente a diagnósticos ou terapêuticas. Um fácil acesso à informação sobre reações alérgicas de um paciente a determinada substância, poderá evitar que a mesma seja administrada; ou acedendo-se de forma fácil e célere à terapêutica aplicada num determinado caso, poderá acelerar o processo de perceção por parte do médico, do que poderá estar errado; ou, ainda, quando um certo indivíduo dá entrada para uma intervenção cirúrgica, o facto de o cirurgião poder aceder no momento à ficha clínica poderá evitar a intervenção ao órgão errado, por exemplo (mesmo sendo expectável que quando se dá entrada num bloco operatório tal dúvida não possa, ou não se deva, colocar).

Atualmente, já uma larga maioria dos hospitais está equipado com sistema informático de gestão de doentes. A segurança que requer tal realidade não tem sido questionada ou, não tem sido posta em causa.

Quanto a esta segurança e dever de confidencialidade, mais têm sido os casos em que há uma intervenção da Entidade Reguladora da Saúde no sentido de esclarecer o acesso livre por parte do utente ao seu processo. Pois, por uma extrema preocupação com a divulgação dos dados de saúde, ou uma simulada tentativa de esconder qualquer erro ou negligência, têm-se verificados entraves colocados pelas instituições de saúde, enquanto depositárias daqueles processos, no acesso ao mesmo por aqueles que são os reconhecidos e legítimos titulares de tais informações.

Importa, portanto, esclarecer que como princípio fundamental da atividade médica deverá estar a confidencialidade, o sigilo profissional. Será cada vez mais importante,

garantir estes valores, que só serão colocados em causa quando não se virem cumpridas as regras de segurança ou os deveres que assistem àqueles que desempenham a sua função na área da saúde. Não só este dever deverá ser cumprido pelo médico, como por toda a equipa que auxilia no momento de diagnóstico e tratamento. Uma preocupação com a novidade, não tão recente, do processo clínico eletrónico, será relevante mas não a que mais importância deverá ter. Na verdade, já muito antes da existência destes processos em formato eletrónico, havia a necessidade de se regular a reserva da vida privada, bem como o acesso aos dados relativos a terceiros, no que, como exemplo, ao tratamento dos mesmos diz respeito. O facto de se encontrarem disponíveis de forma mais facilitada, não deverá ser sinónimo de um crescente abuso por parte dos profissionais, e terceiros, em aceder àquela informação. Na verdade, por detrás de um sistema informático, haverá sempre um ser humano a utilizá-lo, a dar-lhe utilidade; e, será este o principal responsável por zelar pelo cumprimento das regras impostas pela ordem jurídica quanto ao acesso aos dados da vida privada de cada um. Acima de uma preocupação com um sistema informático, que não funciona por si só, de forma automática, deverá estar uma preocupação maior com a sociedade que temos; com aquilo que hoje, cada cidadão, é capaz de fazer, de respeitar ou não, no exercício das suas competências.

Assim, o processo clínico eletrónico é hoje uma realidade que, com todas as preocupações adjacentes ao mesmo, terá de se ver como algo necessário e que não poderia deixar de existir num mundo cada vez mais tecnológico, mais informatizado. Ao ser humano, responsável pela sua criação, manutenção e utilização, caberá o sentido de responsabilidade e o dever de cuidado e respeito pelo próximo, terá de ser ele o mais preocupado em conseguir garantir o que se exige garantir quando se fala em saúde, e em informações privadas de terceiro; será cada cidadão o responsável por zelar pelo cumprimento das regras básicas de vida em sociedade; será este e não mais, quem deverá garantir a segurança daquele sistema.

*“Temos de fazer o melhor que podemos. Esta é a nossa sagrada responsabilidade humana.”*

**Albert Einstein**

*“Eu acredito que cada direito implica em uma responsabilidade, cada oportunidade uma obrigação; e cada posse, um tributo.”*

**John D.Rockefeller**

## **Bibliografia**

- J.S., Vasco Pinto de Magalhães. Dimensão pessoal da Bioética. in Dicionário de Bioética. Coordenação de Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Oswald. Editorial Verbo. Lisboa-São Paulo. Março, 1996.
- Sousa, Rabindranath V. A. Capelo de. *O Direito Geral de Personalidade*. Coimbra Editora (Coimbra) 2011
- Costas, Enrique. *Confidencialidad y ficheros de datos*. In Jano, 1991; XLI, n.º20
- Ascensão, J. Oliveira. Propriedade Intelectual e Internet. Texto correspondente à Conferência pronunciada na II Ciberética, Florianópolis, 14.11.03
- Gomes Canotilho e Vital Moreira, Constituição Anotada, 3ªEdição. Coimbra Editora Coimbra 1993
- Pinto, Mota Paulo. *A proteção da vida privada e a Constituição*. in *Boletim da Faculdade de Direito*. Vol. LXXVI. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Coimbra. 2000.
- Moniz, Helena. Os problemas Jurídico-Penais da criação de uma base de dados genéticos para fins criminais. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*. N.º 2, Ano 12. Abril-Junho 2002.
- Jesus, Inês de Oliveira Andrade de. Doutoranda da FDUNL. O Novo Regime Jurídico de Protecção de Dados Pessoais na Europa. Dezembro 2012
- Portes, L. Apud Glibert/Hottois/Marie-Hélène Parizeu, Dicionário da Bioética, Lisboa
- Pereira, André Gonçalo Dias. *O Sigilo Médico: análise do direito português*.
- Barbosa, Carla. Aspectos Jurídicos do Acesso ao Processo Clínico. in *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Ano 7, n.º13 (Coimbra Editora) 2010
- Glibert Hottois/Marie-Hélène Parizeu, Dicionário de Bioética, Lisboa.
- Andrade, Manuel Costa. *Direito Penal Médico*. Coimbra Editora (Coimbra) 2004

- Moniz, Helena “*Segredo Médico, Acórdão da Relação de Coimbra de 5 de Julho de 2000 e Acórdão da Relação do Porto de 20 de Setembro de 2000*”. Revista Portuguesa de Ciência Criminal, Ano 10, Fascículo 4.º, Outubro-Dezembro 2000
- Barbosa, Carla & Pereira, André Gonçalo Dias. Confidencialidade da informação de saúde no Direito Português. Lex Medicinæ. Revista Portuguesa de Medicina. Ano 8, n.º16 (Coimbra Editora) 2011
- Mason & MacCall Smith. *Law and Medical Ethics*. London, Edimburgh, Dublin, Butterworths, 1999.
- Pereira, André Gonçalo Dias, em *Dever de Documentação, Acesso ao Processo Clínico e sua Propriedade. Uma perspectiva Europeia*
- Cascão, Rui. “*O Dever de Documentação do Prestador de Cuidados de Saúde e a Responsabilidade Civil*” in Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde, Ano 4, n.º8 (Coimbra Editora)
- Dupuy, Olivier. L’information de santé
- DUPUY, OLIVIER – L’information Médicale. (Les Études Hospitalières).
- *Segurança em sistemas de informação da saúde*. Trabalho realizado por Serviço de Bioestatística e Informática Médica, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Ascensão, J. Oliveira. Propriedade Intelectual e Internet. Texto correspondente à Conferência pronunciada na II Ciberética, Florianópolis, 14.11.03.
- *Diário de Notícias* em 15 de Fevereiro de 2007, por Carlos Rodrigues Lima.
- Coutinho, Clara & Lisbôa, Eliana. Sociedade da Informação, do Conhecimento e da Aprendizagem: Desafios para Educação no Século XXI.

## **Jurisprudência**

- Deliberação 72/2006 da CNPD
- Deliberação 51/2001 da CNPD
- Deliberação 39/2009 da CNPD
- Deliberação do Conselho Diretivo da Entidade Reguladora da Saúde, na sua versão não confidencial, relativa ao processo n.º ERS/074/12
- Decisão do Tribunal Supremo de Espanha de 5 de Junho de 1998.
- Acórdão 128/92, de 24 de Julho ou acórdão 319/95, de 2 de Novembro
- Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo, datado de 13 de Maio de 1998, processo 22730.
- Acórdão 182/89, de 2 de Março, pelo Tribunal Constitucional

## **Sites Consultados**

[http://www.europarl.europa.eu/aboutparliament/pt/displayFtu.html?ftuId=FTU\\_5.12.8.htm](http://www.europarl.europa.eu/aboutparliament/pt/displayFtu.html?ftuId=FTU_5.12.8.htm)  
1

<http://www.europarl.europa.eu/news/pt/news-room/content/20140307IPR38204/html/Parlamento-Europeu-refor%C3%A7a-prote%C3%A7%C3%A3o-dos-dados-pessoais-dos-cidad%C3%A3os>

<http://www.centroatl.pt/titulos/direito/imagens/101perguntas-direito-inf-internet-excerto.pdf>

[http://cdlisboa.org/2014/docs/ProteccaoDadosPessoais/Monica\\_Salgado.pdf](http://cdlisboa.org/2014/docs/ProteccaoDadosPessoais/Monica_Salgado.pdf)

[www.ordemosmedicos.pt](http://www.ordemosmedicos.pt)



## **Legislação**

- Código Deontológico do Médico no seu artigo 100.º/3 refere que a propriedade intelectual do registo pertence ao médico.
- Lei Belga para proteção de dados pessoais – Lei 4 de Março de 2002
- Estatuto Disciplinar dos Médicos (Aprovado pelo DL 217/94, de 20 de Agosto)
- Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos do Homem, de 11 de Novembro de 1997 – Declaração Internacional sobre Dados Genéticos Humanos
- Convenção das Nações Unidas sobre direitos da criança
- Ley 3/2001 de 28 de mayo.
- Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro
- Lei 67/98 de 26 de Outubro
- Lei n.º 10/91, de 29 de Abril
- Diretiva 95/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro.
- Lei 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde).
- Convenção n.º 108 do Conselho de Europa
- Constituição da República Portuguesa
- Código Processo Civil
- Código Civil
- Código Penal

# Anexos

Acórdãos TRG Acórdão do Tribunal da Relação de Guimarães

Processo: 2394/072

Relator: ANTÓNIO GONÇALVES

Descritores: QUEBRA DE SIGILO PROFISSIONAL

MÉDICO

DEVER DE COOPERAÇÃO PARA A DESCOBERTA DA VERDADE

Nº do Documento: RG

Data do Acórdão: 06122007

Votação: UNANIMIDADE

Texto Integral: S

Privacidade: 1

Meio Processual: SIGILO MÉDICO

Decisão: REVOGASE

A DECISÃO ORA EM EXAME

Sumário: 1. A nossa lei de processo (art.º 519.º, n.º 1 do C.P.Civil) impõe a todas as pessoas (sejam ou não partes na causa) o dever de cooperação com o Tribunal para a descoberta da verdade, respondendo ao que lhes for perguntado, submetendo-se às inspeções necessárias, facultando o que lhes for requisitado e praticando os actos que lhe forem determinados; este normativo só admite como recusa legítima a esta obrigação quando a obediência importar violação do *sigilo profissional* ou de funcionários públicos, ou de segredo de Estado (art.º 519.º, n.º 3, al. c) do C.P.Civil);

2. Estando o Tribunal em condições de saber, com a necessária certeza e rigor necessário, que o Hospital a quem foi solicitada a entrega da fotocópia dos boletins clínicos referentes ao acidente que sofreu o autor na acção está a agir fora do âmbito do sigilo médico, tudo porque esta Instituição de Saúde só poderia invocar este segredo no caso de o titular da informação se opor a tal e/ou não indicar médico capaz de cobrir a sua execução, segue-se que não tem justificação, por ora, a dedução oficiosa do incidente de quebra de sigilo proposta no n.º 2 do artigo 135.º do C.P.Civil.

3. Apenas no caso de se comprovar ambas ou uma só destas duas contingências é que se colocará a questão do fundado direito de omissão do dever de colaboração através do

invocado segredo profissional e a necessidade de se proceder à sua solução por esta Relação.

Decisão Texto Integral: ACORDAM NO TRIBUNAL DA RELAÇÃO DE GUIMARÃES:

No processo de acção ordinária n.º 556/6.4TCGMR/2.ª Vara de competência Mista do T.J. da comarca de Guimarães, o demandante José B..., notificado para o efeito do disposto no art.º 512.º do C.P.Civil, veio indicar os seus meios de prova, para tanto arrolando testemunhas e, sugerindo se solicite ao Hospital da Senhora de Oliveira Guimarães, ao Hospital de S. Marcos Braga e aos Serviços Clínicos da demandada “Companhia de Seguros F... S .A.” Hospital Particular dos Clérigos Porto, o envio de fotocópias dos registos clínicos completos do demandante, requereu também que após a junção destes elementos, fosse ele sujeito a exame pericial a realizar no Tribunal, em moldes colegiais, para o que indicou desde logo o seu perito médico Dr. Júlio B..... Os “Hospitais Privados de Portugal HPP Norte, S.A.”, proprietária do “Hospital Particular dos Clérigos Porto”, informou o Tribunal de que, nos termos do disposto no n.º 3 do art.º 3.º da Lei n.º 12/2005, de 26/01, só podia conceder os elementos pedidos desde que solicitados pelo respectivo proprietário através de médico, com habilitação própria, escolhido pelo titular.

Neste contexto pediu que fosse notificado o proprietário da informação de saúde para que indicasse o nome e a morada do médico, por si escolhido, a quem deva promover-se a entrega da informação solicitada e a quem incumbirá decidir sobre a junção da informação de saúde aos autos.

Face a esta declaração o Ex.mo Juiz mandou insistir novamente para que fosse dada satisfação ao foi solicitado ao HPP sob pena de, nada dizendo em 10 dias, ser condenada em multa. Informou também o HPP no sentido de que os elementos médicos em referência foram solicitados pelo autor (doente) a fim de poder ser instruída a perícia colegial, a seu próprio pedido.

A esta notificação respondeu o HPP não poder enviar o processo clínico por razões que não têm que ver com o segredo médico, mas sim com a reserva da intimidade privada e protecção de saúde e da vida, que impõem o acesso através de médico, com habilitação própria, escolhido pelo titular, de modo imperativo e incontornável.

Reiterando o que já antes havia dito, termina dizendo que logo que seja indicado o nome e a morada do médico escolhido pelo proprietário da informação, o HPP promoverá de imediato a entrega da informação solicitada.

Considerando que esta renovada *recusa é ilegítima* e não se entendendo fundamento para proceder conforme o requerido, na medida em que foi o doente quem requereu a realização do exame, o Ex.mo Juiz mandou notificar novamente o HPP, conforme já havia sido ordenado a fls. 196.

Não se conformando com esta decisão dela interpôs recurso de agravo a sociedade “Hospitais Privados de Portugal HPP Norte, S.A.”

Todavia o Ex.mo Juiz, considerando que a atitude da agravante integra a invocação de segredo profissional e concretiza uma recusa no fornecimento de registos clínicos mediante a invocação de sigilo médico, parecendo-lhe

não ser de concluir pela ilegitimidade da escusa, antes pela necessidade de suscitar uma decisão de quebra do invocado segredo, mandou oficiosamente que, em vez do recurso de agravo interposto, prosseguisse a acção com o competente *incidente de quebra de segredo profissional*

previsto no artigo 135.º do C.P.Penal e n.º 4 do art.º 519.º do C.P.Civil Colhidos os vistos cumpre decidir.

I. Nos termos do disposto no n.º 3 do artigo 135.º do Código de Processo Penal “*o tribunal imediatamente superior aquele onde o incidente se tiver suscitado ... pode decidir do testemunho com quebra do segredo profissional sempre que esta se mostre justificada face às normas e princípios aplicáveis da lei penal, nomeadamente face ao princípio da prevalência do interesse preponderante*”, acrescentando o seu n.º 5 que “*nos casos previstos nos n.ºs 2 e 3, a decisão da autoridade judiciária ou do tribunal é tomada ouvido o organismo representativo da profissão relacionada com o segredo profissional em causa, nos termos e com os efeitos previstos na legislação que a esse organismo seja aplicável*”.

O regime jurídico que o *segredo profissional* encerra, para além de ter de ser protegido em ordem a salvaguardar o interesse particular do cidadão, integra ainda a necessidade de preservação de um mais lato interesse público e consubstanciado no princípio da exigência de uma relação de confiança que tem sempre de estar presente no envolvimento e enredo da prestação de um serviço público adstrito a cada individuo.

O interesse geral recua também perante outro interesse público de maior autoridade e densidade, neste enquadramento se podendo referir que a obrigação do segredo profissional há-de ser rejeitada quando outras razões superiores àquelas que determinaram a sua proposição prescrevam que sejam revelados factos conhecidos que doutro modo seria legítimo ocultar.

O que se torna necessário aprofundar é, assim, se a colaboração que se pretende obter de quem está assediado pelo dever de nada expor ou enunciar no seio do seu relacionamento profissional/privado, esta mesma atitude se tem de manter no caso de se reclamar a publicação de algum acontecimento destinado à satisfação das necessidades da descoberta da verdade.

O dever de cooperação para a descoberta da verdade tem no entanto dois limites: o respeito pelos direitos fundamentais, imposto pela Constituição e referido nas alíneas a) e b) do n.º 3 (cf. os arts. 251 CP, 261 CP e 341 CP); o respeito pelo direito ou dever de sigilo, a que se refere a alínea c) do n.º 3.

O primeiro limite é absoluto. Mas não o é o segundo, aplicandose quanto a ele, por remissão do n.º 4, o disposto nos arts. 135 CPP (segredo profissional, abrangendo os ministros de religião ou confissão religiosa, os advogados, os médicos, os jornalistas, os membros de instituições de crédito e as demais pessoas a que a lei permitir ou impuser que guardem segredo profissional), 136 CPP (segredo de funcionários, relativamente aos factos que constituam segredo e de que tenham tido conhecimento no exercício das suas funções) e 137 CPP (segredo de Estado, nos termos da Lei 6/94, de 7 de Abril, abrangendo nomeadamente os factos cuja revelação possa causar dano à segurança, interna ou externa, do Estado

Português ou à defesa da ordem constitucional): invocada a escusa, havendo dúvida fundada sobre a sua legitimidade, o juiz decide, depois de proceder às averiguações necessárias, salvo no caso do segredo de Estado, que é confirmado pelo Ministro da Justiça; verificado o direito ou

o dever ao segredo e se não se tratar de segredo religioso ou de Estado, o tribunal imediatamente superior àquele em que o incidente se suscite decide se ele é de manter ou não, fazendo prevalecer o critério do interesse preponderante; qualquer das decisões só pode ser tomada, no caso de sigilo profissional, depois de ouvido o organismo

representativo da profissão em causa. Acórdão desta Relação de 29/03/2006 (Carvalho Martins); www; dgsi. pt.

II. Por segredo profissional escreveu FERNANDO ELOY entendese, na generalidade, a reserva que todo o indivíduo deve guardar dos factos conhecidos no desempenho das suas funções ou como consequência do seu exercício, factos que lhe incumbe ocultar, quer porque o segredo lhe é pedido, quer porque ele é inerente à própria natureza do serviço ou à sua profissão.

O exercício de certas profissões, como o funcionamento de determinados serviços, exige ou pressupõe, pela própria natureza das necessidades que tais profissões ou serviços visam satisfazer, que os indivíduos que a eles tenham de recorrer não revelem factos que interessam à esfera íntima da sua personalidade, quer física, quer jurídica.

Quando esses serviços ou profissões são de fundamental importância colectiva, porque virtualmente todos os cidadãos carecem de os utilizar, é intuitivo que a inviolabilidade dos segredos conhecidos através do seu funcionamento ou exercício constitui, como condição indispensável de confiança nessas imprescindíveis actividades, um alto interesse público.

*“Daí que a violação da obrigação a que ficam adstritos certos agentes profissionais de não revelarem factos confidenciais conhecidos através da sua actividade funcional obrigação que informa o conceito do segredo profissional seja punível não só disciplinarmente mas também criminalmente”.*

Sintetizando: segredo profissional é a proibição de revelar factos ou acontecimentos de que se teve conhecimento ou que foram confiados em razão e no exercício de uma actividade profissional.

O segredo médico é, de todos, o que suscita as questões mais complexas e delicadas, como desde logo se compreende face ao plano axiológico em que se situam, onde se imbricam valores essenciais como a vida, a saúde, a intimidade da vida privada, a liberdade individual, a dignidade da pessoa humana, que poderão conflitar com outros princípios também valiosos, a demandar uma solução que passa pela tentativa de realizar o máximo de concordância prática entre princípios e valores, *“sem a qual se porá em causa a própria possibilidade de vida em sociedade”.*

É geralmente reconhecido que o segredo médico apresenta um quadro frequentemente ambíguo, cujos contornos apenas podem ser convenientemente definidos quando analisado o tratamento

Jurídicocriminal dado à hipótese de violação do segredo. Parecer da PGR de 120195; DR n.º 64, de 16. 03.1995.

No seguimento do entendimento professado por FIGUEIREDO DIAS SINDE MONTEIRO "Responsabilidade Médica em Portugal", BMJ, n.º 332, págs. 65/66 no sentido de que não é punível a revelação de todos os factos de que o médico tenha conhecimento em razão e no exercício da sua actividade profissional, mas apenas os que constituam segredo, como tais se devendo considerar os factos que são apenas "*conhecidos de um círculo restrito de pessoas e cujo conhecimento por um círculo mais amplo pode contrariar, sob qualquer perspectiva razoável, um interesse particular ou mesmo público (maxime, no caso que aqui releva, o interesse comunitário na discipulação dos médicos)*" e do apontamento tomado por CUNHA RODRIGUES Comunicação sobre Segredo Médico, apresentada nas Primeiras Jornadas Nacionais de Ética em Psiquiatria Porto, 5 e 6 de Dezembro de 1991.

De que não pode olvidar-se que as normas deontológicas, para além da sua irrecusável eficácia interna, podem ser utilizadas na concretização de cláusulas gerais e como critérios de avaliação da ilicitude e da culpa, o que é importante numa matéria que apela frequentemente à subjectividade e às circunstâncias, o segredo profissional impõe-se a todos os médicos e constitui matéria de interesse moral e social.

III. A nossa lei de processo (art.º 519.º, n.º 1 do C.P.Civil) impõe a todas as pessoas (sejam ou não partes na causa) o dever de cooperação com o Tribunal para a descoberta da verdade, respondendo ao que lhes for perguntado, submetendo-se às inspecções necessárias, facultando o que lhes for requisitado e praticando os actos que lhe forem determinados.

Este normativo só admite como recusa legítima a esta obrigação quando a obediência importar violação do *sigilo profissional* ou de funcionários públicos, ou de segredo de Estado (art.º 519.º, n.º 3, al. c) do C.P.Civil), sem prejuízo do disposto no n.º 4, caso em que, deduzida escusa, é aplicável, com as adaptações impostas pela natureza dos interesses em causa, o disposto no processo penal acerca da verificação da legitimidade da escusa e da dispensa do dever de sigilo invocado.



A Lei (art.º 135.º, n.º 1, do C.P.Penal) cataloga várias classes profissionais obrigadas ao dever de sigilo, expressamente referindo os “*médicos*”, que podem escusar-se a depor sobre os factos abrangidos por aquele segredo.

Porém, sobrepondo-se a esta directiva geral, o legislador logo a seguir (números seguintes) também prescreve a susceptibilidade de esse dever de sigilo poder ser quebrado em função do princípio de “*prevalência do interesse preponderante*.”

Tal dever de sigilo, contudo, não é absoluto, como já havemos dito, disso nos dando conta o “Hospital Particular dos Clérigos Porto” que fez o oportuno esclarecimento de que, nos termos do disposto no n.º 3 do art.º 3.º da Lei n.º 12/2005, de 26/01 (Regime Jurídico da Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde), quanto aos elementos pedidos pelo Tribunal o sigilo profissional que estava obrigado a preservar se circunscrevia tão só à situação de o proprietário da informação de saúde que para tanto há-de escolher médico com habilitação própria para o efeito não permitir essa liberdade.

IV. Como proceder se o Juiz no exercício da sua função de julgar se lhe deparar uma situação conexionada com o segredo/sigilo profissional?

Da análise do estatuído no art.º 135.º, n.º 2 e 4, do C.P.Penal: “Artigo 135.º (Segredo profissional): 1 Os ministros de religião ou confissão religiosa, os advogados, os médicos, os jornalistas, os membros de instituições de crédito e as demais pessoas a quem a lei permitir ou impuser que guardem segredo profissional podem escusar-se a depor sobre os factos abrangidos por aquele segredo. 2 Havendo dúvidas fundadas sobre a legitimidade da escusa, a autoridade judiciária perante a qual o incidente se tiver suscitado procede às averiguações necessárias. Se, após estas, concluir pela ilegitimidade da escusa, ordena, ou requer ao tribunal que ordene, a prestação do depoimento. 3 O tribunal superior àquele onde o incidente se tiver suscitado, ou, no caso de o incidente se ter suscitado perante o Supremo Tribunal de Justiça, o plenário das secções criminais, pode decidir da prestação de testemunho com quebra do segredo profissional sempre que esta se mostre justificada face às normas e princípios aplicáveis da lei penal, nomeadamente face ao princípio da prevalência do interesse preponderante. A intervenção é suscitada pelo juiz, oficiosamente ou a requerimento. 4 O disposto no número anterior não se aplica ao segredo religioso. 5 Nos casos previstos nos n.º s 2 e 3, a decisão da autoridade judiciária ou do tribunal é tomada ouvido o organismo representativo da profissão relacionada com o segredo profissional em causa, nos termos e com os efeitos previstos na legislação que a esse

organismo seja aplicável.”, deve proceder-se pela forma seguinte: 1. A autoridade judiciária perante a qual o incidente se manifestar averigua se a escusa provém de membro de profissão abrangida pelo sigilo e se a situação, abstractamente considerada, integra esse dever de sigilo, *designadamente ouvindo o organismo representativo da profissão*; 2. Se, realizadas as necessárias diligências, o magistrado chegar à conclusão de que a invocação do segredo profissional é infundada, por a informação pretendida pela autoridade judiciária não se encontrar por ele abrangida, deve o juiz, determinar a prestação do depoimento ou a entrega do documento ou do objecto (n.º 2 do artigo 135º); 3. Se, ao invés, vier a constatar que a invocação foi fundada, deve o juiz de 1ª instância suscitar, oficiosamente ou a requerimento do Ministério Público, perante o Tribunal da Relação, o incidente previsto no n.º 3 do artigo 135º do Código de Processo Penal. Só nesta última hipótese é possível o incidente de quebra do sigilo profissional por intervenção do tribunal superior. A ocorrência jurídicoprocessual que ao Ex.mo Juiz se lhe deparou na presente acção não é susceptível de se poder enquadrar na ordem ditada pelo n.º 3 do artigo 135º do Código de Processo Penal. O sigilo médico que ao Hospital Particular dos Clérigos está imposto não abarca a hipótese de o proprietário da informação de saúde aceitar o requerido fornecimento ao Tribunal das fotocópias dos registos clínicos completos do demandante. Sabendo-se que é ele próprio quem solicita ao Hospital estes elementos clínicos com vista a facilitar a perícia médica por ele também pedida, tudo aponta para que a situação em exame se não esgote numa questão de sigilo médico. Torna-se necessário ainda, é certo, que, para além da sua vontade, o demandante (interessado e titular da informação de saúde) indique e identifique o médico que vai legitimar a sua pretensão junto do Hospital, porquanto só com a verificação deste pressuposto circunstancial é que poderá ser deferido o seu rogo. Ora, estando a parte interessada (o autor/requerente) em condições de, com a maior facilidade, poder satisfazer este substancial requisito (indicou desde logo o seu perito médico Dr. Júlio B... com vista à concretização da perícia colegial por si requerida...) o certo é que, sendo essencial para a decisão que foi tomada, nenhum passo foi dado neste sentido e contexto.

Estando nós em condições de saber, com a necessária certeza e rigor necessário, que o Hospital Particular dos Clérigos está a agir fora do âmbito do sigilo médico, tudo porque esta Instituição de Saúde só poderia invocar este segredo no caso de o titular da informação se opor a tal e/ou não indicar médico capaz de cobrir a sua execução, segue-se

que não tem justificação, por ora, a dedução oficiosa do incidente de quebra de sigilo proposta no n.º 2 do artigo 135.º do C.P.Civil. Apenas no caso de se comprovar ambas ou uma só destas duas contingências é que se colocará a questão do fundado direito de omissão do dever de colaboração através do invocado segredo profissional e a necessidade de se proceder à sua solução por esta Relação. A acção deve, assim, continuar com a notificação do autor/requerente para satisfazer o convite que o Hospital Particular dos Clérigos lhe faz, prosseguindo a instância de acordo com aquilo que entretanto se confirmar.

Pelo exposto:

1. Revoga-se a decisão ora em exame;
2. Determina-se que seja dada ao autor/requerente conhecimento da proposta do Hospital Particular dos Clérigos no sentido de indicar médico que acompanhe o seu pedido de fornecimento dos elementos clínicos destinados à realização da perícia médica por ele requerida;
3. A acção prosseguirá a sua legal tramitação de acordo com as ocorrências que neste contexto se processarem.

Sem custas.

Guimarães, 6 de Dezembro de 2007