



ANA RAFAELA RODRIGUES MENDES BALAS

SIGILO MÉDICO VS. SEGURADORAS

O Paradigma do Acesso aos Dados Pessoais

Dissertação apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra conducente ao Grau de Mestre na Área de Especialização em Ciências Jurídico-Forenses

Janeiro, 2017

• U • C •



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FDUC FACULDADE DE DIREITO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

ANA RAFAELA RODRIGUES MENDES BALAS

SIGILO MÉDICO VS. SEGURADORAS

O Paradigma do Acesso aos Dados Pessoais

MEDICAL CONFIDENTIALITY VERSUS INSURANCE COMPANIES

The Paradigm of the Access to Personal Data.

Dissertação apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra no âmbito do 2.º Ciclo de Estudos em Direito (conducente ao Grau de Mestre), na Área de Especialização em Ciências Jurídico-Forenses

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR ANDRÉ DIAS PEREIRA

COIMBRA 2017

Agradecimentos

Agradeço à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, pela possibilidade de concluir esta dissertação e por toda a experiência pessoal e académica que me proporcionou ao longo destes anos;

Ao meu orientador, Professor Doutor André Dias Pereira, que com os seus conhecimentos e experiência me motivou para a realização desta dissertação;

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo apoio incondicional, acreditando sempre no meu esforço e empenho, e pelo exemplo de vida que me inculcaram;

Aos meus colegas e amigos, o meu obrigada pela amizade e pelo companheirismo ao longo deste percurso académico.

Resumo

O dever de sigilo que é confiado ao médico é imprescindível para que se assegure uma relação de confiança na relação médico-paciente. Sem ele, o paciente não teria coragem de revelar certas circunstâncias da sua vida privada.

A questão colocada ao longo da dissertação é a possibilidade existente das Seguradoras acederem aos Dados Pessoais do Paciente/Pessoa Segura, nomeadamente aquando da realização dos exames médicos.

Após análise desta controvérsia, estamos em crer que se deve preservar o Direito à Reserva da Intimidade da Vida Privada face ao Direito da Iniciativa Económica Privada.

Dado que a problemática em questão tem como objetivo primordial o Dever de sigilo médico, as informações solicitadas pelas seguradoras relativas aos resultados dos exames dos seus segurados podem não lhe ser facultadas pelos médicos. Estes não estão autorizados a ceder qualquer tipo de informações que digam respeito aos dados pessoais dos seus pacientes, pois, caso o façam, podem incorrer sob uma tripla responsabilidade, de natureza disciplinar, civil ou penal.

Palavras chave: Dever de Sigilo Médico, Seguradoras, Acesso aos dados Pessoais

Abstract

The duty of professional secrecy which is assigned to a doctor is indispensable to guarantee the relationship of trust between doctor and patient. Without it, the patient wouldn't have the courage to reveal certain circumstances of his/her private life.

The question raised throughout this dissertation is the present possibility of insurance companies to access the personal data of the patient/insurance holder, namely during medical examinations.

After analysing this controversy, we believe that the right to privacy should be preserved over the right to private economic initiative.

Since the main objective of the mentioned question is the duty of medical confidentiality, the information requested by the insurance companies concerning the results from the medical examinations of their insurance holders may not be provided by doctors. These are not authorised to give any kind of information concerning the personal data of their patients because otherwise they may be subject to triple responsibility, namely disciplinary, civil or criminal liability.

Key words: duty of medical confidentiality, insurance companies, access to personal data

Lista de Abreviaturas

Ac - Acórdão

CC - Código Civil

CCOM - Código Comercial

CDOM - Código Deontológico da Ordem dos Médicos

CDOF - Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros

CNPD - Comissão Nacional de Proteção de Dados

CP - Código Penal

CRP - Constituição da República Portuguesa

DL - Decreto-Lei

DUDH - Declaração Universal dos Direitos do Homem

EOM - Estatuto da Ordem dos Médicos

LBS - Lei de Base da Saúde

LPDP - Lei da Proteção de Dados Pessoais

LCS - Lei do Contrato de Seguro

Índice

Introdução	6
DO DEVER DE SIGILO	9
1. Contextualização Histórica	9
2. Definição de Segredo Médico.....	12
3. Objeto, Conteúdo e Fundamento do Dever de Segredo médico.....	16
□ Objeto do Dever de Segredo	16
□ Conteúdo do Dever de Segredo.....	17
□ O Fundamento do Segredo Médico.....	18
4. O Sigilo Médico no Direito Português	20
□ Direito Constitucional	20
□ Direito do Trabalho	22
□ Direito Civil	22
□ Direito Penal.....	23
□ Legislação Extravagante de Direito da Saúde.....	24
5. Titulares do Segredo	26
6. Sujeitos do dever: pessoas obrigadas ao sigilo	27
7. Responsabilidades.....	30
□ Responsabilidades Disciplinar	30
□ Responsabilidade Penal.....	31
□ Responsabilidade Civil	31
DAS SEGURADORAS	33
1. Atividade seguradora	33
2. Contrato de seguro	34
3. Seguros de Pessoas	37

□ Seguro de Vida.....	40
□ O seguro de Saúde.....	43
DO TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS.....	46
1. O acesso aos dados de saúde da pessoa segura.....	46
2. Contextualização Jurídica	48
3. Consentimento por parte da pessoa segura ou segurado.....	52
4. Do segredo profissional do Médico	53
Conclusão.....	56
Bibliografia	59

Introdução

O segredo médico teve o seu início com HIPOCRATES, mantendo-se totalmente vigente até aos nossos dias, sendo que hoje, a sua essencialidade e necessidade são cada vez maiores.

Como bem se entende, o sigilo médico é imprescindível na relação médico-paciente, pois que, sem ele, não teria o paciente a coragem de revelar certas circunstâncias íntimas da sua vida.

Por sua vez, o médico sem estas informações não poderia fazer um diagnóstico correto, rápido e preciso, como se lhe exige, do estado de saúde do paciente.

Após uma breve contextualização histórica, passaremos a explicar o modo como a temática do Sigilo Médico é vista nos diferentes ramos do Direito Português.

No âmbito do Direito Constitucional constatamos que o dever de sigilo parece estar integrado num dos princípios basilares da CRP, isto é, o respeito pela Dignidade da Pessoa Humana, gozando também de uma tutela conferida por Direitos, Liberdades e Garantias (artigo 18.º n.º2 da CRP), que abrange a sua aplicação imediata.

No Direito Civil, existem meios próprios destinados à defesa e proteção da vida privada dos cidadãos. O Sigilo médico pode radicar em duas fontes, dando especial destaque à Tutela Geral da Personalidade (artigo 70.º do CC) e ao direito à reserva da intimidade da vida privada (artigo 80.º do CC).

No ramo do Direito Penal, a violação de segredo está consagrada no art.195.º do CP, sendo que neste artigo está previsto um crime de dano, que atenta contra a privacidade/intimidade da pessoa humana.

Por fim, fizemos menção outras legislações extravagantes que estão relacionadas com a temática em estudo, nomeadamente a Lei de Bases de Saúde e as Cartes dos Doente Internados.

Findo este roteiro pelos diferentes ramos do direito português, iremos passar a dar mais enfoque à definição de sigilo médico.

Seguindo a linha de pensamento de COSTA ANDRADE, este autor diz-nos que “Segredo, significa aqui: um facto (ou conjunto de factos) apenas conhecido de um círculo determinado (e, em princípio restrito) de pessoas em relação ao qual aquele a cuja esfera pertence tem a vontade, assente num interesse razoável de que ele continue apenas conhecido daquele círculo ou (para além do círculo) de quem ele decide”.

Esta definição de segredo médico é constituída por três elementos distintos: um elemento objetivo, um elemento subjetivo e um elemento normativo.

O elemento objetivo é constituído pelos factos, que alguns autores preferem denominar de informações. Ora, essas informações terão de ser verdadeiras, isto é, não se podem tratar de meros juízos de valor. O elemento subjetivo define-se pela “vontade de que os factos continuem sob reserva”. E, por fim, o elemento normativo tem como fundamento um interesse legítimo, razoável ou justificável na proteção do segredo, isto é, uma dignidade de tutela, mantendo-se em segredo/reserva aqueles factos ou informações.

É importante realçar que, independentemente de existirem autores que fazem uma distinção entre os termos de segredo e sigilo, que irá ser posteriormente explicada, ao longo desta dissertação vamos considerá-los como sinónimos.

Posto isto, decidimos também descortinar o sigilo médico, indicando o seu objeto, conteúdo e fundamento.

Após uma noção geral de sigilo, coube-nos explicar quem eram os seus titulares e, posteriormente, quem são os sujeitos que estão abrangidos pelo dever de sigilo.

Assim, é titular ou portador do segredo “a pessoa a cuja esfera privada pertencem os factos que o integram” sendo que, a pessoa a quem pertencem esses factos sigilosos pode ser o paciente, que se dirige ao médico para ser tratado, ou um terceiro. Posto isto, estão sujeitos ao dever de sigilo os médicos, todos os outros profissionais de saúde e todos os profissionais que lidam profissionalmente com o paciente, incluindo estudantes e estagiários.

Para terminar, no terceiro capítulo fazemos referência à tripla responsabilidade que advém da violação do dever de segredo, podendo ser disciplinar, civil ou penal.

O segundo capítulo desta dissertação foca-se no tema das seguradoras.

Primeiramente tentámos explicar em que é que consistia a atividade seguradora, chegando à conclusão que a mesma é considerada como uma atividade de prestação de serviços, que está abrangida pela liberdade de circulação de serviços e capitais, e pela liberdade de estabelecimento em território da União Europeia (artigos 49.º, 56.º e 63.º do Tratado que institui a Comunidade Europeia).

No que toca à temática das seguradoras, o que realmente nos interessou foi a parte do seguro de pessoas, nomeadamente o contrato de seguro de vida.

Sendo este tipo de seguros um desenvolvimento recente, tendo surgido com o seguro de vida, a primeira coisa que podemos realçar é que o seguro de pessoas se distingue do seguro de danos, uma vez que no primeiro lidamos com valores humanos de natureza não-patrimonial, enquanto que o seguro de danos pressupõe uma prestação, ou seja, uma aportação patrimonial destinada a suprimir um dano.

O seguro de vida integra uma das modalidades dos seguros de pessoas, de acordo com o artigo 175.º LCS e encontra-se preceituado nos artigos 43.º, n.º 3 e 183.º a 206.º LCS e, seguindo o pensamento de JOSÉ VASQUES, o seguro de vida é efetuado sobre a vida de uma ou várias pessoas seguras, garantindo, como cobertura principal, o risco de morte, de sobrevivência ou de ambos.

O contrato de seguro de saúde tem sido desenvolvido não só ao nível da sua utilização como da sua construção jurídica e técnica. Em Portugal, MOITINHO DE ALMEIDA referia que o seguro de doença podia ser considerado um seguro de pessoas independentemente de qualquer prejuízo sofrido e noutros casos seria um seguro contra danos (pagamento de despesas médicas).

No término da análise deste tema coloca-se a questão: até que ponto será permitido à entidade seguradora aceder aos dados pessoais da pessoa segura, questionando-nos se tal acesso não constituirá uma violação da tutela de um direito de personalidade, nomeadamente da reserva da intimidade da vida privada, dando-se especial atenção quando estas informações são prestadas por um médico à entidade seguradora.

DO DEVER DE SIGILO

1. Contextualização Histórica

O segredo médico teve o seu início na Grécia Antiga, associado à Escola de Hipócrates¹. Foi nesta altura que se começou a falar de segredo médico que remonta às origens da própria medicina e tem, hoje em dia, uma crescente importância.

A problemática tem na história um papel de grande destaque.

Como escreveu L.Portes *“não existe medicina sem confiança tal como não existe confiança sem confidências nem confidências sem segredo”*².

*“Sobre aquilo que vir ou ouvir respeitante à vida dos doentes no exercício da minha profissão ou fora dela, e que não convenha que seja divulgado, guardarei silêncio como um segredo religioso”*³.

O juramento de Hipócrates pregoa o segredo médico pela primeira vez, sendo primitivamente conhecido como uma obrigação moral, com carácter religioso e absoluto e sem qualquer base legal.

O Segredo Médico reaparece na Europa na Idade Moderna, fruto do pensamento iluminista e liberal.

Posteriormente, com a Segunda Guerra Mundial, este segredo surge com uma perspectiva, voltada para a defesa dos Direitos Humanos, destacando-se a DUDH e o Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos.

É importante realçar que o dever de sigilo que é confiado ao médico é imprescindível para que se assegure uma relação de confiança na relação médico-paciente, uma vez que sem ele o paciente não teria coragem de revelar certas circunstâncias da sua vida privada.

Todavia esta comunicação de carácter individual feita pelo paciente para com o médico nunca é realizada em circunstâncias igualitárias, muito menos de forma

¹ Hipócrates foi o médico mais ilustre da Antiguidade, e estima-se que terá vivido entre 460 a 377 a.C.

² GILBERT HOTTOIS/MARIE-HÉLÈNE PARIZEAU, in Dicionário de Bioética, Instituto Piaget, p.330

³ HIPOCRATIS OPERA VERA ET ADSCRIPTA, Tomos Quartus, Lausanne MDCCLXXI, p.197-198-199

completamente voluntária, isto porque o doente tem a necessidade de procurar ajuda e para que o médico o possa ajudar terá de ter acesso a essas informações.

Entre nós, o reconhecimento do segredo médico surge pela primeira vez, tipificado de forma genérica, no artigo 290 do Código Penal de 1852, que punia a violação do segredo profissional, ou seja, o delito de violação de segredo profissional. Só com a entrada em vigor do DL n.º32 171, de 29 de Julho de 1942, referente ao sigilo médico e ao exercício ilegal da medicina, é que se passou a legislar de forma específica. Foi também com a redação deste DL que se abriu, pela primeira vez, a porta a uma relativização do segredo médico, consagrando a possibilidade de revelação dos factos, desde que estivessem em causa a salvaguarda de interesses manifestamente superiores⁴, ou quando fosse imposta por lei, e ainda quando houvesse suspeita de um crime público.

Face ao exposto, podemos concluir que nesta época o segredo médico era orientado em função do interesse público e não de interesses individuais do médico ou do paciente.

A 1 de Janeiro de 1982 entra em vigor o novo Código Penal, que deixou de prever de uma forma específica, o crime de violação do segredo médico, passando a tipificar no seu artigo 184º o Crime de Violação de Segredo Profissional e a criminalizar “*todos os que a ele se sujeitassem e revelassem segredo de que tivessem tido conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte*”⁵. Este artigo previa ainda a possibilidade de exclusão da ilicitude da violação do segredo nos casos em que o cumprimento do dever jurídico fosse superior ou tivesse em vista a proteção de um interesse público ou interesse privado legítimo.

Todavia este artigo acabou por ser afastado pela reforma do Código Penal em 1995, passando a matéria do Segredo Médico a ser regulada na parte geral do Código.

Em 1977 foi aprovado um Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CDOM) pelo DL n.º 282/77, de 5 de julho, que no seu artigo 13º prevê o dever do médico de

⁴O Art. 4º do DL 32 171 de 29 de Julho de 1942, dispunha: “No exercício da sua profissão devem os médicos cooperar com os serviços sanitários para defesa da saúde pública, competindo-lhes para esse fim: 1º Participar, no prazo de quarenta e oito horas, às respectivas autoridades sanitárias, os casos de moléstias contagiosas especificadas como de declaração obrigatória na tabela oficial e das quais tomarem conhecimento no exercício da clínica; (...) 3º Participar à autoridade competente todos os casos de falecimento de indivíduos a que não prestarem assistência médica nos termos do número precedente e cujo óbito tenham verificado.”

⁵ RUEFF; Maria do Céu, *Segredo Médico e VIH/SIDA perspectiva ético-jurídica*, in Ata Médica Portuguesa, n.º17, 2004, p.143

guardar segredo daquilo que tem conhecimento em razão da sua profissão ou por causa dela.

Hoje em dia, encontra-se em vigor o CDOM, aprovado pelo Regulamento n.º 107/2016, com força normativa, que prevê algumas disposições específicas relativamente ao segredo profissional desses profissionais de saúde.

Concluindo, e seguindo o pensamento de CUNHA RODRIGUES “ *O segredo médico continua a ser, na atualidade fundamentalmente um problema de deontologia, mas de deontologia aberta às realidades de um mundo em rápida manutenção.*

Compreende-se como ultima ratio, deixando ainda assim, ao médico uma margem de ponderação, tanto quanto possível ampla.

Ao legislador compete eleger os casos em que os superiores interesses da comunidade justifiquem a quebra do segredo.

O resto pertence ao médico. A ele, cabe a última decisão, tendo sempre presente a relação de confiança que deve existir entre si e o doente, relação que é pressuposto e condição da eficácia do acto médico e, nessa exacta medida, da própria função social da medicina”.⁶

A isto acresce que “*o segredo médico é condição essencial ao relacionamento médico-paciente, assenta no seu interesse moral, social, profissional e ético, que pressupõe e permite uma base de verdade e de mútua confiança*” (artigo 29º do CDOM).

Nos dias de hoje, o segredo já não é entendido como na era de Hipócrates. Está previsto em vários diplomas legais, tanto que já se permite a sua violação para salvaguardar outros direitos ou interesses, em determinada situação.

⁶ CUNHA RODRIGUES, *Lugares do Direito – Parte IV Temas de Ciências Criminais – O Segredo Médico*, Coimbra, Coimbra Editora, 1999, pp. 491-492

2. Definição de Segredo Médico

Quando refletimos sobre o segredo, pensamos inevitavelmente em algo oculto, íntimo, isto é, factos conhecidos exclusivamente por um número determinado e limitado de pessoas em relação aos quais o seu titular tem um interesse razoável e juridicamente tutelado que estes assim pertençam.⁷

O segredo vem do latim “secretu” e significa aquilo que deve estar oculto, escondido. Só os factos sigilosos, os factos que não são conhecidos de terceiro, são objeto do dever de segredo.⁸

No decorrer do parecer de FERNANDO ELOY, o segredo médico é “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 ou à sua natureza”⁹. Podemos então concluir que é proibido revelar factos que tenha tomado conhecimento devido à sua profissão.

Assim, concordamos com a posição defendida por COSTA ANDRADE, “Segredo, significa aqui: um facto (ou conjunto de factos) apenas conhecido de um círculo determinado (e, em princípio restrito) de pessoas em relação ao qual aquele a cuja esfera pertence tem a vontade, assente num interesse razoável de que ele continue apenas conhecido daquele círculo ou (para além do círculo) de quem ele decide”.¹⁰

Da definição *supra* referida podemos encontrar três elementos: o elemento objetivo, o elemento subjetivo e o elemento normativo que, de seguida, analisaremos.

O elemento objetivo é constituído pelos factos, factos estes que alguns autores preferem denominar de informações. Ora, essas informações terão de ser verdadeiras, isto é, não se podem tratar de meros juízos de valor.

⁷ GÓMES RIVERO, M^a del Carmen, “*La Responsabilidad Penal del Médico*”, Tirant lo Blanch, 2008

⁸ DIAS PEREIRA, André, “O dever de sigilo do médico: um roteiro da lei portuguesa, in *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, n.º 19, 2009

⁹ ELOY, Fernando apud, Parecer 49/91, Pareceres da Procuradoria-Geral da República, “os Segredos e a sua Tutela, Segredo Médico”, p.321.

¹⁰ COSTA ANDRADE, Manuel da, “*Comentário Conimbricense do Código Penal – Parte Especial Tomo I*”, Coimbra Editora, Dirigido por FIGUEIREDO DIAS; Jorge de, 1999. Art.195º, 16, p.778

Outra característica de tais informações é o seu teor exclusivo, ou seja, o conhecimento do facto terá de ser limitado a um número objetivamente controlado ou controlável de pessoas, que por regra será reduzido.¹¹

Todavia, o segredo deixa de existir quando o facto chega ao conhecimento, ou seja, de fácil acesso para um número indeterminável de pessoas, deixando o seu titular de ter controlo sobre quem detém ou não essa informação.¹²

O elemento subjetivo define-se pela “vontade de que os factos continuem sob reserva”¹³.

Uma parte significativa da doutrina defende que este elemento não constitui um elemento autónomo da definição de segredo.

Este elemento pode dividir-se em duas dimensões: a dimensão positiva, que estipula que a vontade daquele a cuja esfera privada o facto pertence, pode fazer com que factos que, para terceiros em geral, sejam vistos como irrelevantes ou indiferentes valham como segredo; por sua vez, a dimensão negativa, segundo COSTA ANDRADE ocorre quando “não há segredo sobre os factos que a pessoa não quer manter sobre reserva, já que a ordem jurídica não tem legitimidade para obrigar ninguém a ter segredo”.

Temos ainda o elemento normativo, que tem como fundamento um interesse legítimo, razoável ou justificável na proteção do segredo, isto é, uma dignidade de tutela, mantendo-se em segredo/reserva aqueles factos ou informações.

Exclui-se a completa liberdade do titular dos factos em demarcar se este são ou não segredo, realçando-se que a vontade do titular não é, por si só, bastante para determinar aquilo que cabe ou não no âmbito do segredo. Logo, terá de se ter em consideração a relação que o titular do segredo tem com o facto. Seguindo este raciocínio, ROGALL entende que a esfera da privacidade que deve adquirir relevância penal é aquela cuja

¹¹ COSTA ANDRADE, *Comentário Conimbricense do Código Penal – Parte Especial Tomo I*, Coimbra Editora, dirigido por FIGUEIREDO DIAS. 2012, p.1127

¹² COSTA ANDRADE, *Comentário Conimbricense do Código Penal – Parte Especial Tomo I*, Coimbra Editora, dirigido por FIGUEIREDO DIAS 2012, p.1127

¹³ COSTA ANDRADE, *Comentário Conimbricense do Código Penal – Parte Especial Tomo I*, Coimbra Editora, Dirigido por FIGUEIREDO DIAS Art.195º, 2012, p.1128

revelação pode prejudicar a integração do indivíduo, dificultando a sua vida em sociedade¹⁴.

No entanto, estamos em crer para um mais correto entendimento, aquele que prevê que os resultados da revelação não serão exclusivamente negativos e prejudiciais à vida em sociedade do titular do segredo¹⁵, podendo somente estar em causa atitudes, ideias ou crenças unicamente pessoais, que este não deseja ver divulgadas, estando excluídos os simples caprichos ou meras indiscrições. É indispensável uma tarefa valorativa para compreender se tais indiscrições, aparentemente despidas de relevância jurídica, estão compreendidas pelo âmbito de proteção da norma.

Sendo satisfatório que o interesse objetivamente razoável “apareça como digna tutela à luz da experiência concreta do portador e da sua relação específica com o fato”¹⁶

Face ao exposto, podemos definir sigilo ou segredo médico como o dever que incumbe ao médico de conservar segredo sobre factos respeitantes ao seu paciente, que tenha adquirido por força da sua profissão somente conhecidos de um círculo determinado de pessoas, escolhidas por si (paciente), e em relação aos quais o seu titular deseja que assim permaneçam.

Como supra mencionado, há uma relação de confiança entre o médico e o paciente, não a de outrora, mas uma confiança necessária, quase que imposta com finalidades terapêuticas. Assim, podemos afirmar que o sigilo faz parte da própria atividade médica, estando até regulamentada no seu código deontológico (O segredo médico é condição essencial ao relacionamento médico-doente, assenta no interesse moral, social, profissional e ético, que pressupõe e permite uma base de verdade e de mútua confiança. – artigo 29.º do CDOM).

MANZINI fundamenta a obrigação de guarda de segredo no caso dos médicos com “a defesa da liberdade e da segurança das relações íntimas, profissionais, determinadas pela necessidade de recorrer ao auxílio dos que exercem uma profissão.”¹⁷

¹⁴ ROGALL, Klaus (1983). Die Verletzung von Privatgeheimnissen (203 StGB), NStZ, p.4 apud Cit. GOMÉZ RIVERO, 2008, P.674

¹⁵ GOMEZ RIVERO, M^a del Carmen, “La Responsabilidad Penal del Médico”, Tirant lo Blanch, 20082008, p.675

¹⁶ COSTA ANDRADE, “Comentário Conimbricense do Código Penal – Parte Especial Tomo I”, Coimbra Editora, Dirigido por FIGUEIREDO DIAS 2012, P.1129

¹⁷ Apud Parecer PGR n.º 49/91,p.301

Não menos importante, surge outra distinção que não podemos descurar, que é a existente entre confidencialidade e privacidade. A este propósito, MARIA DO CÉU RUEFF¹⁸ refere que o conceito de privacidade é mais amplo que o de confidencialidade, isto porque, a confidencialidade pressupõe sempre uma relação de confiança, ao invés da privacidade.

No âmbito do direito Norte-Americano, a ANNAS diferencia estes dois conceitos pois diz que o conceito de confidencialidade envolve relações dentro de determinado círculo, a troca de informações com as pessoas envolvidas com os nossos cuidados de saúde tais como médicos ou os enfermeiros. Por outro lado, a privacidade envolve pessoas fora desse círculo, que não estão diretamente ligadas aos nossos cuidados de saúde mas que possam ter acesso a essas informações com outro objetivo, como por exemplo os serviços administrativos de um hospital¹⁹.

Existem autores que distinguem segredo de sigilo, ainda que eles sejam frequentemente usados como sinónimos. Para MARCO BARROS, a individualização é necessária para o perfeito dimensionamento das palavras²⁰. BERNARDO GONZAGA²¹ afirma que o segredo é o informe que, sendo de conhecimento apenas do seu titular ou de determinado número de pessoas, não deve, por disposição de lei ou por vontade juridicamente relevante do interessado, ser transmitido a outrem. ACQUAVIVA²² dispõe que o segredo é o “facto que se pretende desconhecido em nome da ordem pública e sigilo é (por sua vez, distinguindo-se assim de segredo) o meio, o instrumento de que se servem os interesses usados para manter íntegro e desconhecido tal facto (o segredo). Com o

¹⁸ RUEFF, Maria do Céu, “*O Segredo Médico como garantia de Não Discriminação, Estudo de Caso: HIV/SIDA*”, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro de Direito Biomédico, Coimbra Editora, 2009, p.478

¹⁹ “(...) Confidentiality involves relationships «inside the circle», the necessary sharing of personal information with people involved in your medical care, including physician, nurse, and other care providers, all of whom have a duty to maintain confidentiality based on their relationships to you. Privacy, on the other hand, involves individuals «outsider the circle», who are not directly involved in your care but who may want access to the private information divulged in your medical treatment to use for another purpose. These outsiders have no medical relationship with the patient. (...) Relationships such as attorney-client, priest-penitent, and doctor-patient are confidential relationships. In the doctor-patient context, confidentiality is understood as an express or implied agreement that the doctor will not disclose private information received from the patient to anyone not directly involved in the patient’s care and treatment” ANNAS apud cit RUEFF, Maria do Céu, *O segredo Médico como Garantia (...) op. Cit. P.478*

²⁰ BARROS, Marco António, “Sigilo profissional. Reflexos da violação no âmbito das provas ilícitas”, in *Justitia*, São Paulo, V. 58, n. 175, p.17-33, Jul./set 1997, p.17 e 18 (Disponível em, Biblioteca Digital Jurídica, URI: <http://bdjur.stj.gov.br/dspace/handle/2011/23047>) p.17

²¹ Apud, BARROS, Marco António, op. Cit p.17

²² Apud, BARROS, Marco António, op. Cit p.17

rompimento do sigilo opera-se a revelação do segredo”, ou seja, segredos são os factos que se mantêm desconhecidos através do sigilo.

Não obstante de estarmos de acordo com esta distinção, iremos utilizar tais vocábulos despidos de qualquer distinção terminológica.

Concluindo, definimos segredo ou sigilo médico como obrigação que compete ao médico de guardar segredo sobre factos relativos ao seu paciente, que tenha adquirido por força da sua profissão apenas sabidos de um círculo delimitado de pessoas, seleccionadas por si (paciente), e em relação aos quais o seu titular deseja que assim subsistam. Acompanhamos deste modo a definição dada por COSTA ANDRADE.

3. Objeto, Conteúdo e Fundamento do Dever de Segredo médico

❖ Objeto do Dever de Segredo

O objeto do dever de segredo abrange “ A doença, anamnese, o diagnóstico, a terapia, a resposta aos medicamentos, etc.; os exames e meios de diagnósticos e toda a informação constante de relatórios, ficheiros, processos clínicos, radiografias, ecografias e tomografia computadorizada; as alternativas e os métodos de tratamento; hábitos de vida; a situação económica ou profissional do paciente; características físicas e psicológicas do doente; os traços de carácter revelados pelo paciente, as suas relações aos diferentes atos médico; os factos atinentes à sua vida privada, profissional, à situação económica, financeira ou política e, por fim aos gostos, vícios, abusos, excessos”²³

Não menos importante é fazer referência à Jurisprudência Alemã, abrangendo também no conteúdo do segredo médico o nome do paciente; a própria consulta ou tratamento; as circunstâncias em que o paciente chega ao hospital e que permitam

²³COSTA ANDRADE, *Direito Penal Médico, SIDA: Testes arbitrários Confidencialidade e Segredo*, Coimbra, Coimbra Editora, 2008

identifica-lo; a capacidade para fazer testamento; doença venérea; consumo de estupefacientes; seropositividade, feridas e cicatrizes.”²⁴

❖ Conteúdo do Dever de Segredo

Por outro lado, o **conteúdo de dever de segredo** inclui uma obrigação positiva e uma obrigação negativa.

A obrigação negativa diz respeito à obrigação de não revelar informações cobertas pelo sigilo profissional a terceiros.

Já a obrigação positiva pressupõe que se adotem as precauções necessárias para que os terceiros não tenham acesso a elementos sigilosos. Essa obrigação positiva destaca-se na legislação relativa à proteção dos dados pessoais e à informação de saúde pessoal.

Esta preocupação em salvaguardar as pessoas quanto à reserva da sua intimidade, da sua vida privada, consta não só dos principais diplomas nacionais, mas de imensa legislação avulsa, sobretudo naquela que tem por objetivo a proteção de todos aqueles que recorrem ao sistema de saúde.

Face ao exposto, temos o DL n.º48 357, de 27 de Abril de 1968, que no seu artigo 57º n.º1, obriga ao sigilo não só os médicos, mas também a todo o pessoal que teve conhecimento/contacto, no exercício do seu ofício, de factos relativos à vida ou à saúde dos pacientes.²⁵

Também a LBS, Lei n.º 48/90 de 21 de Agosto contém a proteção do direito ao sigilo, na sua Base XIV denominada por “Estatuto dos utentes”, pois segundo a sua alínea c) os utentes têm direito a “*Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito*” e na alínea imediata diz-se que estes

²⁴DIAS PEREIRA, André Gonçalves, “O dever de sigilo do médico: um roteiro da lei portuguesa” “Revista Portuguesa do Dano Corporal (19), 2009, p.29 apud. citA.Laufs/ W.Uhlenbruck, Handbuch de Arztrechts, p.551

²⁵Cfr. Artigo 57º, do DL 48 357 “1- *Todo o pessoal hospitalar é obrigado a guardar segredo de ofício relativamente aos factos de que tenha conhecimento no exercício das suas funções, nos mesmos termos que vigorarem para pessoal médico*” “2- *O pessoal dos serviços administrativos tem, além disso, o dever do segredo de ofício próprio dos assuntos com que trabalha*”

também têm direito a “Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados”.

Por fim, e não menos importante, é de fazer referência à Lei 12/2005 de 26 de Janeiro, “Informação genética pessoal e informação de saúde”, que no seu artigo 4.º garante a confidencialidade no tratamento de informações relativas à saúde, ao exigir que sejam tomadas as medidas necessárias, pelas respetivas instituições e, no n.º5 do art. 5.º refere que o processo clínico só pode ser consultado por outro profissional de saúde, desde que este também esteja sujeito a sigilo.

❖ O Fundamento do Segredo Médico

A questão da fundamentação do segredo médico está interligada com a fundamentação dos interesses, pois estes pretendem proteger-se com a existência de um mecanismo jurídico, como é o caso da proteção do segredo profissional.

Em 1985, a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa aprovou a Recomendação 1012, onde constava o seguinte:

“ 2. Consciente de que o progresso técnico e a evolução não contribuem apenas para o progresso e para o bem estar da humanidade, mas fornecem também meios de ameaça dos direitos fundamentais como o direito ao respeito pela vida privada, do qual faz parte o direito à salvaguarda do segredo profissional;

1. Considerando que a protecção do segredo profissional é um elemento essencial do direito ao respeito pela vida privada;

(...)

8. Recomenda ao Comité de Ministros que prepare, destinada aos Governos dos Estados Membros do Conselho, uma recomendação fixando as normas mínimas de protecção do segredo profissional, as quais deverão basear-se, nomeadamente nos seguintes princípios: «Qualquer pessoa que por força do seu estatuto ou das suas funções, da sua profissão ou das suas competências, tenha conhecimento de uma

informação sobre a qual a parte interessada deseje, expressa ou implicitamente, seja guardado segredo, fica adstrita à obrigação de segredo profissional (...)»”

RODRIGO SANTIAGO, tendo como base a Convenção Europeia dos Direitos do Homem, atesta que o segredo profissional tem como fundamento “um verdadeiro conflito de valores: por um lado, o direito ao respeito pela vida privada, garantido pelo art.8º da CEDH; por outro lado, o de receber ou comunicar informações, nos termos do artigo 10º da Convenção”²⁶. Concluindo, para este autor, o fundamento da proteção do segredo profissional reside nos Direitos Humanos, onde o direito à intimidade da vida privada prevalece sobre o direito à informação.

Acompanhamos o autor, chegando à conclusão que o fundamento do segredo médico é também a proteção dos Direitos Humanos Fundamentais, isto é, este segredo existe porque há uma necessidade de se precaver o que se passa dentro de um consultório, diz respeito à intimidade e privacidade de cada um e que não deve ser tornado público. Protege-se, sobretudo, a pessoa e a sua dignidade.

Chegando à conclusão que o fundamento do segredo médico está relacionado com os Direitos Humanos, agora o que é importante é saber qual é o bem jurídico que se pretende proteger com o tipo legal do crime consagrado no artigo 195º do CP.

Todavia a resposta não é unânime pois, por um lado, encontramos aqueles que defendem o bem jurídico típico como um valor pessoal-individual, que se identifica com a privacidade e a proteção de interesses privados, e num pólo oposto encontramos aqueles que defendem o bem jurídico como sendo supra-institucional, identificando-se com a funcionalidade sistemática-social de determinadas profissões protegendo interesses públicos e comunitários.

Por fim, há ainda quem defenda que o bem jurídico tem que ver com interesses “de grau intermédio encabeçados pelos próprios médicos enquanto grupo profissional, onde estão em causa interesses de prestígio na classe”²⁷

²⁶SANTIAGO, Rodrigo, *Do Crime de violação de segredo profissional no Código penal de 1982*, Coimbra, Almedina, 1992, página 109

²⁷ANDRADE, Manuel da Costa, *Direito Penal Médico, Sida: Testes Arbitrários confidencialidade e Segredo*, Coimbra, Coimbra Editora, 2008.

4. O Sigilo Médico no Direito Português

❖ Direito Constitucional

Para iniciar este tema é importante fazer referência à nossa lei fundamental, nomeadamente ao seu artigo 1.º que nos fala do Princípio da Dignidade Humana, princípio basilar no nosso Estado de Direito e que está intrinsecamente ligado aos direitos fundamentais.

GOMES CANOTINHO e VITAL MOREIRA afirmam que “ *A dignidade da pessoa humana pressupõe ainda relações de conhecimento intersubjetivo, pois a dignidade de cada pessoa deve ser compreendida e respeitada em termos de reciprocidade de uns com os outros* ”²⁸

A partir do reconhecimento e primazia da dignidade humana, resulta um vasto e extenso leque de direitos fundamentais, podendo destacar o “Direito à integridade Pessoal” (artigo 25.º) e o “Direito à reserva da intimidade da vida privada e familiar” (artigo 26.º). O artigo 25.º²⁹ refere-se à proteção da integridade moral e da integridade física da pessoa, e o artigo 26.º³⁰ consagra o Direito Geral de Personalidade que engloba todas as formas de lesão de bens de personalidade quer estes estejam ou não tipificados.

O artigo 26.º concede o direito de impossibilitar o acesso de estranhos a todas as informações respeitantes à vida privada e familiar de outrem e o direito a que essas informações só possam ser reveladas por terceiros com a apropriada anuência do seu titular.

²⁸ CANOTILHO, Gomes e MOREIRA, Vital, *Constituição da República Portuguesa Anotada, Vol.I, 4.ª Edição*, Coimbra Editora, 2007, pp.198

²⁹Cfr. Artigo 25.º CRP Direito à integridade pessoal - 1. A integridade moral e física das pessoas é inviolável. 2. Ninguém pode ser submetido a tortura, nem a tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos.

³⁰Cfr. Artigo 26.º CRP Outros direitos pessoais - 1. A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à protecção legal contra quaisquer formas de discriminação. 2. A lei estabelecerá garantias efectivas contra a obtenção e utilização abusivas, ou contrárias à dignidade humana, de informações relativas às pessoas e famílias. 3. A lei garantirá a dignidade pessoal e a identidade genética do ser humano, nomeadamente na criação, desenvolvimento e utilização das tecnologias e na experimentação científica. 4. A privação da cidadania e as restrições à capacidade civil só podem efectuar-se nos casos e termos previstos na lei, não podendo ter como fundamento motivos políticos

Assim, nas palavras de RUI MEDEIROS e ANTÓNIO CORTÊS, “a tutela constitucional de uma reserva de intimidade da vida privada e familiar confere a faculdade de conservar na esfera não pública e reservada dos cidadãos todos os dados pessoais quer pertençam à sua vida privada e familiar, dispondo o respetivo titular o direito de impedir o acesso, emprego e revelação desses dados, em moldes que não tenham sido previamente autorizados”³¹

Também é importante salientar o artigo 35.º da CRP³² que consagra o direito à autodeterminação informacional³³ e as regras básicas de proteção dos dados pessoais. Este artigo consagra um conjunto de direitos fundamentais, relacionados com o tratamento informático dos dados pessoais, com destaque para o direito ao sigilo, bem como a correspondente obrigação de confidencialidade que recai sobre os responsáveis pelos ficheiros e a proibição de acesso aos mesmos por terceiros³⁴.

Em suma, não podemos deixar de referir que o direito ao segredo goza ainda de uma tutela conferida aos Direitos, Liberdades e Garantias (DLG), pelo artigo 18.º da CRP³⁵, que abrange a aplicação imediata, vinculação apenas por lei e na medida do necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos.

³¹ MEDEIROS, Rui, COSTÊS, António, (2010), Constituição Portuguesa Anotada, Tomo I, pp.620

³² Cfr. Artigo 35.º CRP Utilização da informática - 1. Todos os cidadãos têm o direito de acesso aos dados informatizados que lhes digam respeito, podendo exigir a sua rectificação e actualização, e o direito de conhecer a finalidade a que se destinam, nos termos da lei. 2. A lei define o conceito de dados pessoais, bem como as condições aplicáveis ao seu tratamento automatizado, conexão, transmissão e utilização, e garante a sua protecção, designadamente através de entidade administrativa independente. 3. A informática não pode ser utilizada para tratamento de dados referentes a convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, vida privada e origem étnica, salvo mediante consentimento expresso do titular, autorização prevista por lei com garantias de não discriminação ou para processamento de dados estatísticos não individualmente identificáveis. 4. É proibido o acesso a dados pessoais de terceiros, salvo em casos excepcionais previstos na lei. 5. É proibida a atribuição de um número nacional único aos cidadãos. 6. A todos é garantido livre acesso às redes informáticas de uso público, definindo a lei o regime aplicável aos fluxos de dados transfronteiras e as formas adequadas de protecção de dados pessoais e de outros cuja salvaguarda se justifique por razões de interesse nacional. 7. Os dados pessoais constantes de ficheiros manuais gozam de protecção idêntica à prevista nos números anteriores, nos termos da lei

³³ PEREIRA, André Gonçalves Pereira “O dever de sigilo do médico: um roteiro da lei portuguesa, in Revista Portuguesa do Dano Corporal, n.º 19, 2009

³⁴ Cfr. Helena Moniz, Notas sobre a protecção de dados pessoais perante a informática, RPCC, ano 7.º, II, Abril-Junho de 1997, 231-298, 245/261, apud. Cit. DIAS, André Gonçalves Pereira “O dever de sigilo do médico: um roteiro da lei portuguesa, in Revista Portuguesa do Dano Corporal, n.º 19, 2009

³⁵ Cfr. Artigo 18.º CRP Força Jurídica – “1. Os preceitos constitucionais respeitantes aos direitos, liberdades e garantias são directamente aplicáveis e vinculam as entidades públicas e privadas. 2. A lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição, devendo as restrições limitar-se ao necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos. 3. As leis restritivas de direitos, liberdades e garantias têm de revestir carácter geral e abstracto e

❖ Direito do Trabalho

O sigilo médico assume uma importância extraordinária no mundo do trabalho, uma vez que a ilegítima quebra do sigilo, é possível fonte de discriminação e estigmatização das pessoas³⁶.

Os artigos 14.º a 22.º do Código do Trabalho consagram os direitos de personalidade pertencentes ao trabalhador, sendo que o artigo 16.º do diploma em análise consagra o direito à reserva da intimidade privada.³⁷

❖ Direito Civil

O Direito Civil tem meios próprios destinados à defesa e proteção da vida privada dos cidadãos, nomeadamente quanto à tutela que é garantida aos direitos de personalidade pelos artigos 70.º e seguintes do Código Civil (CC).

O direito ao sigilo médico pode radicar em duas fontes, quer no que respeita à Tutela Geral da personalidade (artigo 70.º do CC), e, mais especificamente no que respeita ao Direito à reserva da intimidade da vida privada” (artigo 80.º CC).

Desde logo, o artigo 70.º consagra, como nos ensina ORLANDO DE CARVALHO, “(n)um direito à personalidade no seu todo, direito que abrange todas as manifestações previsíveis e imprevisíveis da personalidade, pois é, a um tempo, direito à pessoa-ser e à pessoa-devir, ou melhor, à pessoa-sem em devir, entidade não estática mas dinâmica e com jus à sua “liberdade de desabrochar” (com direito do livre desenvolvimento da personalidade de que falam já certos textos jurídicos). Trata-se de um jus in se ipsum radical, em que a pessoa é o bem protegido, correspondendo à sua

não podem ter efeito retroactivo, nem diminuir a extensão e o alcance do conteúdo essencial dos preceitos constitucionais.

³⁶PEREIRA, André Gonçalves Pereira, *Discriminação de um trabalhador portador de HIV/SIDA: Estudo de caso*”, Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde, N.º6, 2006, pp.121-135

³⁷Cfr. Artigo 16.º do Cód. Trabalho – Reserva da intimidade da vida privada - 1 - O empregador e o trabalhador devem respeitar os direitos de personalidade da contraparte, cabendo-lhes, designadamente, guardar reserva quanto à intimidade da vida privada. 2 - O direito à reserva da intimidade da vida privada abrange quer o acesso, quer a divulgação de aspectos atinentes à esfera íntima e pessoal das partes, nomeadamente relacionados com a vida familiar, afectiva e sexual, com o estado de saúde e com as convicções políticas e religiosas.

*necessidade intrínseca de autodeterminação (...). Só um tal direito ilimitado e ilimitável permite uma tutela suficiente do homem antes os riscos de violação que lhe oferece a sociedade moderna.”*³⁸

Para além desta tutela geral de personalidade, podemos encontrar no artigo 80.º um direito de personalidade específico, ou seja, o direito ao segredo. Este preceito visa proteger a intimidade do ser particular, ou seja, a vida privada de cada ser individual.

Podemos dizer que a tutela da reserva sobre a intimidade da vida privada abrange não só o respeito pela vida privada em sentido particular, como também sobre a individualidade privada do homem para si mesmo, por exemplo, sobre a sua saúde.³⁹

É importante dizer que deve ter-se como justificada a revelação do segredo sempre que estejam em causa casos de legítima defesa ou exercício de direitos colidentes ou superiores, por exemplos, nos casos em que a violação do segredo visa impedir danos na vida, na saúde e na liberdade de outras pessoas. Também não haverá ilicitude pela violação do segredo quando haja consentimento do seu titular, nos termos do artigo 340.º do CC e na medida do seu consentimento, por respeito ao plasmado no artigo 81.º do mesmo diploma.

Por fim, não menos importante é referir, que o ilícito civil que estamos a mencionar também abrange as ofensas negligentes, ou seja, aquelas que são realizadas sem intenção de devassar a vida privada mas sim, com a violação de deveres de cuidado por parte do agente.

❖ **Direito Penal**

A violação do segredo atenta contra bens jurídicos constitucionalmente consagrados, como é o caso do direito fundamental à intimidade da vida privada e familiar, pois é disso que se trata sempre que há violação de segredo, direito esse a que é atribuída a categoria de direito fundamental pela CRP, como já foi supra exposto.

³⁸ ORLANDO CARVALHO, *Teoria Geral do Direito Civil*, Coimbra, 1981, p.90. apud PEREIRA, André Gonçalves Dias, *O dever de sigilo do médico: um roteiro da lei portuguesa*, Revista Portuguesa de Dano Corporal, N.º19, 2009 ob. Cit. Pp.23

³⁹ SOUSA, Rabindhranath, A.V. Capelo de, *A Tutela Geral de Personalidade*, Coimbra, Coimbra Editora, 1995, pp.317

O Direito Penal é o ramo do Direito que “*tem por função proteger os valores ou bens jurídicos assumidos pela consciência ético-social como indispensáveis à realização pessoal e à convivência comunitária possibilitadora daquela realização pessoal-individual*”⁴⁰.

O crime de violação de segredo está consagrado no artigo 195.^{o41} do Código Penal, estando previsto neste artigo um crime de dano que atenta contra a privacidade/intimidade da pessoa.

Este crime tem como especificidade o facto de ser um crime específico próprio, isto é, depende da qualidade específica do agente que terá de ser um médico ou outro profissional de saúde. Constitui um crime semipúblico, o que quer significar que o seu procedimento depende de queixa ou participação, nos termos do artigo 198.^{o42} do Código Penal.

Por fim, não podemos deixar de referir as palavras de COSTA ANDRADE, quanto ao artigo 192.^o do Código Penal, sob a epígrafe de “Devassa da vida privada”, “*a esfera privada contra as ações de intromissão e devassa vindas de fora – de algum modo, contra espionagem – o artigo 195.^o protege-a contra a traição*”.⁴³

❖ **Legislação Extravagante de Direito da Saúde**

Existe ainda, no nosso país, uma série de diplomas legais que dizem respeito especificamente ao direito da saúde, nomeadamente aqueles que regulam o direito à confidencialidade dos dados dos pacientes e o dever de segredo que lhe corresponde.

Podemos destacar a Lei de Bases da Saúde⁴⁴ que prevê na Base XIV, alínea d), que

⁴⁰TAIPA DE CARVALHO, Américo, *Direito Penal –Parte Geral – Questões Fundamentais, Teoria do Crime*, Coimbra Editora, 2014, p.102

⁴¹Artigo 195.o do Código Penal (Violação de Segredo) - *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.*

⁴²Artigo 198.^o do Código Penal (Queixa) - Salvo no caso do artigo 193.^o, o procedimento criminal pelos crimes previstos no presente capítulo depende de queixa ou de participação.

⁴³COSTA ANDRADE, Manuel da, *Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial – Tomo I, Dirigido por Jorge Figueiredo Dias*, Coimbra Editora, 2012, p.1116

⁴⁴ Cfr. Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto

“os utentes têm direito a ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados”.

É importante realçar as Cartas dos Pacientes pela riqueza no seu conteúdo quanto ao tema da confidencialidade.

No ponto 9. da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, podemos ler que “O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam.”, esclarecendo ainda que “todas as informações referentes ao estado de saúde do doente – situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados de carácter pessoal – são confidenciais. Contudo, se o doente der o seu consentimento e não houver prejuízos para terceiros, ou se a lei o determinar, podem estas informações ser utilizadas. Este direito implica a obrigatoriedade do segredo profissional, a respeitar por todo o pessoal que desenvolve a sua atividade nos serviços de saúde.”

Também na Carta dos Direitos do Doente Internado⁴⁵ se prevê que “o doente internado tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam”. Com a afirmação de que “todas as informações relativas ao doente – situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados pessoais – são confidenciais. No entanto, se o doente der o consentimento e não houver prejuízo para terceiros, ou se a Lei o determinar podem estas informações ser utilizadas. O doente deve ser alertado para a necessidade de não colocar em risco a segurança ou a vida de outros. Este direito implica obrigatoriedade do segredo profissional, a respeitar por todo o pessoal que desenvolve a sua atividade no estabelecimento, incluindo o voluntário, que por força das funções que desempenha partilha informação. Os registos hospitalares devem ser mantidos em condições que assegurem a sua confidencialidade, merecendo atenção especial os dados informatizados. (...) O segredo profissional tem por finalidade respeitar e proteger o doente.”

⁴⁵ Cfr. Direção-geral da Saúde; Direção de serviços de Prestação de Cuidados de Saúde, Lisboa, 2005

5. Titulares do Segredo

É titular ou portador do segredo “a pessoa a cuja esfera privada pertencem os factos que o integram”⁴⁶, isto é, a pessoa a quem pertencem esses factos sigilosos pode ser o paciente, que se dirige ao médico para ser tratado, ou um terceiro.

Assim, e uma vez que os bens jurídicos protegidos são a saúde e a intimidade da vida privada do doente, não há dúvidas que o titular do segredo médico é este último. Como nos diz LUÍS VASCONCELOS ABREU, “recorrendo a uma sugestiva expressão, o médico será o simples detentor do segredo, enquanto o doente é o seu senhor”⁴⁷.

Como anteriormente referido, também pode ser titular do segredo, um terceiro. Este terceiro é o titular nas situações em que o segredo não pertence àquele que o comunica; chama-se a isto “Segredo de Terceiro”.

COSTA ANDRADE dá um exemplo bastante elucidativo sobre esta figura do segredo de terceiro. “Se o médico A sabe, através do seu paciente B, que contraiu doença sexualmente transmissível a partir do seu cônjuge C, a doença deste último figura como segredo de terceiro.”⁴⁸

Deste modo, o sigilo vale nas relações entre o médico e terceiros, não podendo ser oposto pelo clínico ao seu paciente.

Em suma, podemos também afirmar que o paciente como titular do segredo “*tem direito de conhecer a informação que lhe respeita, devendo-lhe ser facultado o acesso aos seus processos ou fichas*”⁴⁹, pois o paciente é proprietário da sua ficha clínica.

⁴⁶ANDRADE, Manuel da Costa, *Direito Penal Médico, Sida: Testes Arbitrários confidencialidade e Segredo*, Coimbra, Coimbra Editora, 2008.p.188

⁴⁷ABREU, Luís Vasconcelos, “O segredo médico no direito português vigente”, *Estudos de Direito da Bioética*, 2005, Almedina; Cfr. Oliveira Sá

⁴⁸ANDRADE, Manuel da Costa, *Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial – Tomo I, Dirigido por Jorge Figueiredo Dias*, Coimbra Editora, 2012, 21 p.781

⁴⁹DIAS PEREIRA, André Gonçalves, “Dever de Documentação, Acesso ao Processo Clínico e a sua Propriedade. Uma perspectiva europeia”, *Revista Portuguesa do Dano Corporal* (2006), Ano XV, N.º 16, pp. 9-24

6. Sujeitos do dever: pessoas obrigadas ao sigilo

São obrigados ao sigilo, os médicos, todos os outros profissionais de saúde e todos os profissionais que lidam profissionalmente com o paciente, incluindo estudantes e estagiários.

Todavia, independentemente de outros profissionais do sector da saúde se encontrarem igualmente sujeitos ao segredo profissional, o dever de segredo é, para os médicos, um dever profissional, que se impõe a todos eles (art.30º n.º2 do CDOM), qualquer que seja a forma como praticam a profissão.⁵⁰

Não menos importante é ressaltar o que está expresso no Código Deontológico, nomeadamente, que o dever de segredo médico existe quer o serviço solicitado tenha ou não sido prestado e quer seja ou não remunerado, sendo extensivo a todas as categorias de doentes (art.30.º n.º3 do CDOM).

Contudo, existe ainda uma regulamentação cuidadosa no que respeita aos médicos que se encarregam de desempenhar funções periciais, visando assegurar a sua independência.⁵¹

Podemos então concluir que os médicos deverão, atualmente, clausular uma obrigação de confidencialidade não só nos contratos que celebrem com o pessoal administrativo dos seus consultórios, como igualmente no âmbito dos contratos realizados pelos seus fornecedores ou prestadores de serviços informáticos.

O CDOM disciplina o segredo na posse das entidades coletivas de saúde, pois o artigo 31º n.º1 dispõe que “os médicos que trabalham em unidades de saúde estão obrigados, singular e coletivamente, a guardar segredo médico quanto às informações que constem do processo individual do doente”. Podemos então chegar à conclusão que, embora haja uma vinculação individual do médico, nesta norma podemos retirar que essa obrigação também pode ser coletiva, que é o que acontece com o segredo partilhado.

⁵⁰ ABREU, Luís Vasconcelos, “*O segredo médico no direito português vigente*”, Estudos de Direito da Bioética, Almedina, 2005

⁵¹ Desde logo, através da consagração expressa da regra da incompatibilidade entre as funções de médico perito e de médico assistente (art.101.º)

Não nos podemos esquecer que é cada vez mais comum os médicos trabalharem em equipa, o que faz com que se partilhe mais facilmente, os segredos dos pacientes. Isto porque, se dois ou mais médicos prestam cuidados ao mesmo doente, partilham necessariamente informações sobre esse paciente e, nestes casos, estamos perante o segredo partilhado.

É no decorrer deste casos que o CDOM , no seu artigo 30.º n.º1 alínea d), nos diz que “*O segredo abrange todos os factos que tenham chegado ao conhecimento do médico no exercício da sua profissão ou por causa dela e compreende especialmente Os factos comunicados por outro médico ou profissional de saúde, obrigado, quanto aos mesmos, a segredo*” tal como acontece também no caso de um doente ser transferido para outra unidade de saúde, deve transmitir-se com ele todos os elementos necessários à prossecução do tratamento.

Outra questão que se pode suscitar é se o médico pode pedir opinião a um colega para o tratamento do seu paciente, revelando-lhe factos cobertos pelo segredo. Segundo COSTA ANDRADE pode, pois “não há conduta típica quando a revelação é feita por um profissional a um colega ou a um perito qualificado, em busca de colaboração para o melhor tratamento de um caso”⁵².

Vamos agora analisar, de forma sucinta, algumas disposições aplicáveis a alguns profissionais de saúde, que lidam com pacientes, e que, desta forma, estão também vinculados ao segredo profissional.

Vejamos o caso dos **Médicos Dentistas**. Estes médicos estabelecem uma ordem profissional própria. Assim, o Código Deontológico dos Médicos Dentistas⁵³ estabelece, no seu artigo 21º, o dever do sigilo profissional, que nos diz, no seu n.º1, que “O médico dentista é obrigado a guardar sigilo profissional sobre toda a informação relacionada com o doente, constante ou não da sua ficha clínica, obtida no exercício da sua profissão”.

No que respeita aos **Enfermeiros**, contém o seu Código Deontológico, nomeadamente no artigo 85.º, o dever de sigilo, obrigando o enfermeiro a guardar segredo

⁵² ANDRADE, Manuel da Costa, *Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial – Tomo I, Dirigido por Jorge Figueiredo Dias*, Coimbra Editora, 2012. 27, p.783

⁵³Cfr. Código Deontológico dos Médicos Dentistas – Regulamento interno n.º2/99, publicado em DR – II Série n.º 143º de 22 de Junho e alterado pelo Regulamento interno n.º 4/2006, publicado em DR – II Série n.º 103 de 29 de Maio

profissional sobre os conhecimentos adquiridos no exercício da sua profissão, independentemente da sua fonte, partilhando-os apenas com as pessoas que estão implicadas no plano terapêutico do paciente.

Os Técnicos de tratamento de dados estão obrigados ao segredo médico nos termos e no disposto da Lei de Proteção de Dados Pessoais (LPDP), que obriga a que este tratamento dos dados seja feito por profissionais de saúde, obrigados ao sigilo (artigo 7.º n.º4 da LPDP)⁵⁴. Nos termos e no disposto no artigo 47º n.º 1 da LPDP, quem estiver obrigado ao sigilo, nos termos da lei, e que revele sem justa causa e sem consentimento da parte dados pessoais do paciente, incorre em crime punível com pena de prisão até dois anos ou multa até 240 dias⁵⁵.

Não menos importante é o artigo 17º n.º1 do mesmo diploma que dispõe que os responsáveis do tratamento dos dados pessoais continuam abrangidos pelo sigilo profissional mesmo após o termo das suas funções.⁵⁶

Para concluir, iremos falar **dos Farmacêuticos**, profissionais que, apesar de não serem médicos nem enfermeiros, lidam constantemente com os doentes, dispondo os seus estatutos que a sua atividade tem como objetivo fundamental a pessoa do doente.

Não nos esqueçamos que a estes profissionais são confidenciados factos bastante importantes quando se querem aconselhar, requerer ou usar algum medicamento, e, por isso mesmo, neste tipo de relação farmacêutico-paciente é necessária uma extrema confiança.

Também no Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos (CDOF), ficou guardada uma secção para o sigilo profissional, estabelecendo o art.30º que “1- Os

⁵⁴Cfr. Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro - Lei Da Proteção De Dados Pessoais, Art. 7.º n.º \$O tratamento dos dados referentes à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos, é permitido quando for necessário para efeitos de medicina preventiva, de diagnóstico médico, de prestação de cuidados ou tratamentos médicos ou de gestão de serviços de saúde, desde que o tratamento desses dados seja efectuado por um profissional de saúde obrigado a sigilo ou por outr apessoa sujeita igualmente a segredo profissional, seja notificado à CNPD, nos termos do artigo 27.º, e sejam garantidas medidas adequadas de segurança da informação”

⁵⁵Cfr. Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, Lei da Proteção dos Dados Pessoais, Art. 47º n.º 1 “Quem, obrigado a sigilo profissional, nos termos da lei, sem justa causa e sem devido consentimento, revelar ou divulgar no todo ou em parte dados pessoais é punido com pena de prisão até dois anos ou multa até 240 dias”

⁵⁶ Cfr. Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, “Lei da Proteção dos Dados Pesssoais”, Art. 17.º n.º 1 “Os responsáveis do tratamento de dados pessoais, bem como as pessoas que, no exercício das suas funções, tenham conhecimento dos dados pessoais ratados, ficam obrigados a sigilo profissional, mesmo após o termo das suas funções”

farmacêuticos são obrigados ao sigilo profissional relativo a todos os factos de que tenham conhecimento no exercício da sua profissão, com exceção das situações previstas por lei; 2- O dever de sigilo profissional subsiste após cessação da atividade profissional e ainda quando o farmacêutico altera o seu domicílio profissional”.

7. Responsabilidades

❖ Responsabilidade Disciplinar

Os médicos no sistema nacional estão sujeitos a uma tripla responsabilidade⁵⁷, disciplinar, civil e penal.

Estabelecendo o Estatuto da Ordem dos Médicos que estes estão sujeitos a uma Responsabilidade Disciplinar Profissional “resultante de actos que comprometam a disciplina da própria instituição, o exercício da actividade médica e tendo em conta essencialmente interesses profissionais”⁵⁸.

Este tipo de responsabilidade pode ser também uma Responsabilidade Administrativa, no caso em que o médico esteja a exercer funções num sector público, prejudicando, conseqüentemente, o normal funcionamento, ou uma responsabilidade provada laboral.

Não nos podemos esquecer que esta Responsabilidade Disciplinar, pode ser cumulada com outra forma qualquer de responsabilidade prevista na lei, sempre que da prática da profissão resulte uma violação das normas de natureza deontológica.⁵⁹

O 6.º do EOM define-nos a forma que dá início à instauração do processo disciplinar.

⁵⁷ Responsabilidade disciplinar (profissional e administrativa), responsabilidade civil (Extracontratual – arts. 483 e SS. Do CC, e contratual – arts 799.º e SS do CC) e responsabilidade penal (no caso em estudo, o previsto no artigo 195º do Código Penal.

⁵⁸ FIGUEIREDO DIAS, Jorge de / SINDE MONTEIRO (1984), *Responsabilidade Médica em Portugal*, in Boletim do Ministério da Justiça, n.º332, pp.28, apud, RUEF, Maria do Céu, Ob. Cit., pp. 486

⁵⁹Cfr. Lei n.º 117/2015 de 31 de agosto, EOM, Anexo I, artigo 3.º n.º2

❖ Responsabilidade Penal

Esta responsabilidade constitui uma natureza subsidiária com vista a proteger os principais bens jurídicos da vida em sociedade, face às graves agressões que possam advir contra esses mesmos bens.

No nosso caso, estando em causa bens jurídicos ligados à privacidade e intimidade, podemos então partir do pressuposto que estamos perante um concurso aparente entre o Crime de Devassa da Vida Privada (previsto no artigo 192.º do CP) e o Crime de Violação de Segredo, previsto e punível no artigo 195.º do mesmo diploma, consumindo este último crime a aplicação do primeiro.

Face ao exposto, será no âmbito deste crime de Violação do Segredo que o médico será punido, sempre que revelar informações sobre o paciente, sem o seu consentimento ou sem qualquer outra causa de justificação, como é o caso do direito de necessidade.

Diz-se somente que este preceito legal tem por suporte o dever de confidencialidade ao qual o médico, entre outros profissionais, está obrigado, e que o profissional de saúde, só pela peculiar relação com o paciente, tem acesso a informações que estão direta e inerentemente ligadas à esfera da intimidade e privacidade do doente.

Por fim, e não menos importante, é de referir que o início deste procedimento criminal depende SEMPRE da vontade do lesado, ou dos seus familiares, uma vez que estamos perante um crime semipúblico, como consta no artigo 198º do CP.⁶⁰

❖ Responsabilidade Civil

No que respeita à Responsabilidade Civil, a ilicitude da atuação do médico pode resultar tanto da violação de deveres provenientes de um contrato assumido entre médico e paciente, (constituindo, então, um dever de sigilo) como da violação de deveres genéricos, como é o caso do dever de informação, o dever de cuidado ou mesmo a violação de um direito de personalidade.⁶¹

⁶⁰ É considerado como crime semipúblico, desde a reforma ao Código Penal em 1995

O direito ao segredo é um direito protegido constitucionalmente no âmbito dos direitos liberdades e garantias, concluindo-se portanto que se trata de um direito absoluto quanto ao respeito pela privacidade da pessoa que é titular desse segredo.

Uma vez que se trata de um direito absoluto, pode, desde logo, responsabilizar-se o médico que o violar, com base nos parâmetros da Responsabilidade Civil Extracontratual, nos termos do artigo 483.º do CC, tendo ainda o doente ou os seus familiares o direito a uma indemnização pelos danos sofridos.

Todavia, não se pode descartar a possibilidade de responsabilizar o médico nos termos da Responsabilidade contratual, isto porque a violação do dever de sigilo pode ocorrer no decurso de um tratamento médico.

Este caso pode configurar numa violação de um dever contratual a que o médico estava obrigado por violação de um dever lateral oriundo do contrato estabelecido entre médico e paciente. Nestes casos, o paciente tem o direito de ver garantida a sua confidencialidade por si divulgada, ou que o médico só teve acesso devido à sua relação com o paciente.

Através desta análise, podemos concluir que a responsabilidade contratual é a que se mostra mais benéfica ao lesado, sendo que ele tenderá a efetivar a responsabilidade do médico por essa via.

DAS SEGURADORAS

1. Atividade seguradora

Podemos considerar a atividade seguradora como uma atividade de prestação de serviços, que está abrangida pela liberdade de circulação de serviços e capitais, e pela liberdade de estabelecimento em território da União Europeia (artigos 49.º, 56.º e 63.º do Tratado que institui a Comunidade Europeia), onde as diretivas comunitárias contribuem fortemente para a existência de uma aproximação entre os mais diversos estados membros.⁶²

O exercício da atividade seguradora poderia anteriormente assentar numa distinção entre duas posições: seguros de vida e seguros de não vida (artigos 123.º e 124.º do Regime Geral da Atividade Seguradora). Esta distinção não foi bem aceite pelo nosso direito, pelo que não vamos dar relevo. O legislador português faz uma distinção entre seguros de pessoas e seguro de danos, consoante o risco.

MARIA CHICHORRO faz uma distinção entre estas duas formas de seguro:

*“Seguro de danos, destinados a eliminar património do tomador de seguro ou do segurado, os prejuízos resultantes do pagamento de danos causados por determinado evento garantido, conservando aquele património; e os seguros de pessoas, dirigidos à eliminação e/ou compensação dos danos produzidos na vida, integridade física ou unidade familiar das pessoas seguras.”*⁶³.

O acesso à atividade seguradora está condicionado através de diversos requisitos, que são objetos de avaliação por parte do Instituto de Seguros de Portugal, entidade que tem papel de supervisão e regulação da atividade seguradora em Portugal.

A atividade seguradora apresenta na sua génese um elevado número de fontes de regulação.

⁶² Cfr. Diretivas 72/166/CEE, 72/430/CEE, 84/5/CEE, 90/232/CEE, 2000/26/CE, 2009/103/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de Setembro de 2009

⁶³ CHICHORRO, Maria, *O Contrato de Seguro Obrigatório de Responsabilidade Civil Automóvel*, Coimbra Editora, 2011, pp. 22

Esta atividade é exercida por entidades devidamente autorizadas, de forma a ter um elevado rigor técnico sobre as matérias e para reforçar o facto “confiança” sobre os consumidores.

2. Contrato de seguro

Na legislação portuguesa anterior à entrada em vigor do RJCS não se encontrava uma definição legal de contrato de seguro, nem no CCom, nem em qualquer outra legislação sobre a matéria.

Quando falamos no contrato de seguro, temos de abordar as diferentes teorias que estiveram na génese da sua noção. Estas podem-se juntar em dois grandes grupos: de um lado, as teorias unitárias, que defendem a concessão do contrato através de uma só causa (teoria da indemnização, da necessidade eventual, da transferência do risco e da promessa de capital) e do outro lado, as teorias dualistas, que distinguem os seguros de danos dos seguros de pessoas.

Em primeiro lugar, podemos falar em teorias unitárias, que defendem que no caso de existirem danos pessoais, estes podem ser explicados mediante a teoria que explica os seguros de danos, não existindo aqui uma separação de seguro de danos e seguros pessoais, visto ambos serem regulados pela mesma teoria.

Ainda dentro das teorias unitárias, temos a teoria da indemnização, que considerava o seguro como uma vertente exclusivamente indemnizatória e que não existe necessariamente dano para estarmos perante um seguro de vida. Com as críticas feitas a esta teoria, surgiu então uma nova teoria indemnizatória, que previa que os seguros pessoais eram afetados por danos, que por ser difícil a sua determinação, são previamente fixados num determinado montante.

Uma outra teoria proposta foi a da necessidade eventual; para esta, o segurado, ao exercer o contrato de seguro, fica com meios económicos para satisfazer necessidades sobre os quais influam determinados eventos. Esta teoria aproxima-se bastante da teoria indemnizatória, na medida em que a necessidade se configura através da existência de um dano.

Por sua vez, a teoria da transferência do risco consiste na transmissão do risco originado pelo segurado para o segurador, através do contrato de seguro; com esta transmissão, passa a ser obrigado a realizar determinada prestação subordinada à verificação de determinado evento.

Há ainda autores, que defendem a existência de uma teoria de promessa de capital, segundo a qual o contrato de seguro é apenas uma consequência de uma promessa de capital em troca de determinados prémios. Esta teoria deixa de fora o carácter indemnizatório deste ramo.

Por fim, resta-nos abordar a teoria dualista, que surgiu de forma a responder às novas realidades e inovações sociais deste tipo de contrato.

Para esta teoria, existia uma distinção entre seguros de vida e seguros de danos. Nos seguros de dano, o contrato tinha uma função puramente indemnizatória, enquanto que nos seguros de vida tinha uma função de precaução e poupança individual de quem os subscrevia.

O nosso Código Civil de 1867 esboçava uma definição pouco precisa do conceito de contrato de seguro, no qual dizia que *“se a prestação é em todo o caso obrigatória e certa para cada uma das partes, e a outra só é obrigada a prestar ou fazer alguma coisa em retribuição, dado um determinado evento incerto, o contrato aleatório diz-se de risco ou de seguro”*.

Na tentativa de aproximação da noção de seguro, JOSÉ VASQUES procurou elencar algumas características essenciais da definição, isto é, que a mesma abranja a realidade económica e social do contrato, que preveja a indicação dos intervenientes e obrigações principais dos contraentes e, por último, que contenha o motivo para a sua conclusão.

Assim, para este autor, o contrato de seguro é definido como *“contrato pelo qual a seguradora, mediante retribuição pelo tomador do seguro, se obriga, a favor do segurado ou terceiro, à indemnização de prejuízos resultantes, ou ao pagamento de valor pré-definido, no caso de se realizar um determinado evento futuro ou incerto, ”*⁶⁴.

⁶⁴ VASQUES, José, *Contrato de Seguro. Notas para uma Teoria Geral*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005. Pp.94

Para MARCELLO CAETANO, o contrato de seguro consiste “numa operação pela qual uma das partes (o segurado) obtém, mediante certa remuneração (prémio) paga à outra parte (segurador), a promessa de uma indemnização para si ou para terceiro, no caso de se realizar um risco.”⁶⁵

Hoje em dia, a LCS vigente, de 2008, evita definir o contrato de seguro, apenas dispondo no seu artigo 1.º que “Por efeito do contrato de seguro, o segurador cobre um risco determinado do tomador do seguro ou de outrem, obrigando-se a realizar a prestação convencionada em caso de ocorrência do evento aleatório previsto no contrato, e o tomador do seguro obriga-se a pagar o prémio correspondente.”

Todavia, este artigo 1.º da LCS não define o contrato de seguro, apenas nos dá uma ideia geral e concreta, apontando somente as suas principais características, isto é, usa o método tipológico.

Nesse sentido, na ausência de uma definição legal, afigura-se-nos que a definição mais bem conseguida é a proposta por FERREIRA DE ALMEIDA, que define o contrato de seguro como um “contrato pelo qual uma empresa seguradora, mediante pagamento de um prémio, se obriga perante o tomador do seguro a uma prestação com os limites pré-fixados, no caso de se verificar um sinistro compreendido no risco tipificado no contrato”⁶⁶.

Por outro lado, e numa remissão para o direito comparado, o legislador espanhol atribui uma definição legal para o contrato de seguro. Assim, segundo a legislação espanhola, o contrato de seguro é “*aquel por que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los limites pactados, el danno producido ala asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas*”.⁶⁷

Já o direito francês, através da doutrina de IVONNE LAMBERT-FAIVRE, define o contrato de seguro como “*contrat par lequel une partie, le souscripteur, se fait promettre*

⁶⁵ MARCELLO CAETANO – Boletim de seguros, Lisboa, n.º2 pp.130

⁶⁶ Cfr. ALMEIDA, Carlos Ferreira de, *Contratos III. Contratos de liberdade, de cooperação e de risco*, Coimbra, Almedina, 2012 p. 223

⁶⁷ Cfr. Artigo 1 da Ley 50/1980, de 8 de Outubro

par une autre partie, l'assureur, une prestation en cas de réalisation d'une risque, moyennant le paiement d'un prix, appelé prime ou cotisation.''⁶⁸

Merece ainda a nossa referencia o Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa, de 15 de Abril de 2010, onde se afirma que uma das características basilares do contrato de seguro é o facto de ser um contrato de boa-fé, uma vez que o segurador aceita ou rejeita a celebração de um determinado contrato de seguro com um eventual tomador do seguro e ainda determina o valor do prémio de seguro a pagar com base nas declarações por este último prestadas.

3. Seguros de Pessoas

Este tipo de seguros é um desenvolvimento recente, que surgiu a partir do seguro de vida.

A primeira coisa que podemos realçar é que o seguro de pessoas se distingue do seguro de danos, uma vez que no primeiro se lida com valores humanos de natureza não-patrimonial, enquanto que, o seguro de danos pressupõe uma prestação, ou seja, uma aportação patrimonial destinada a suprimir um dano.

O Código Comercial de 1888 referia o seguro de vidas e dedicava-lhe os artigos 455º a 462.º. Na LCS, o tema surge alargado: o título III, relativo ao seguro de pessoas, uma elevada panóplia de tipo de seguros.

Segundo o artigo 175.ºn.º1 da LCS, o contrato de seguro de pessoas cobre riscos relativos à vida, à saúde e à integridade física de uma pessoa ou de um grupo de pessoas nele identificado.

O n.º2 do artigo acima referido dispõe ainda que “o contrato de seguro de pessoas pode garantir prestações de valor predeterminado não dependente do efetivo montante do dano e prestações de natureza indemnizatória”; esta regra mostra-se extremamente importante, uma vez que substitui o princípio indemnizatório próprio de seguro de danos.

⁶⁸ YVONNE LAMBERT-FAIVRE – Droit des Assurances, Paris, 1988, pp. 16, apud. VASQUES, José – *Contrato de Seguro. Notas para uma Teoria Geral*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, Pp.95

Por fim, podemos ainda realçar o disposto no artigo 176.º uma vez que o mesmo prevê a possibilidade de o seguro de pessoas ser contratado tanto como seguro individual, como seguro de grupo.

❖ **Declaração de exames médicos**

Como se deve pressupor, no seguro de pessoas, o segurado deve cumprir uma série de deveres de informação. Todavia, e além disso, a celebração do contrato pode depender de uma declaração sobre o estado de saúde e de exames médicos a realizar à pessoa segura, tendo em vista a avaliação do risco (artigo 177.º n.º1)

Partilhamos da posição de MENEZES CORDEIRO⁶⁹, “hoje, e dependendo de orientações dos seguradores e da deontologia dos médicos envolvidos, eles podem tornar-se num check up rigoroso e pouco convidativo. Só a supervisão e a Ordem dos Médicos podem agir, amenizando tudo isto.”

Os exames médicos devem ser objeto de informação prévia, a fornecer ao candidato. Assim, o segurador deve-lhe entregar, antes dos exames (artigo 178.º n.º1):

“Artigo 178.º Informação sobre exames médicos

1 — Quando haja lugar à realização de exames médicos, o segurador deve entregar ao candidato, antes da realização dos referidos exames:

- a) Discriminação exaustiva dos exames, testes e análises a realizar;*
- b) Informação sobre entidades junto das quais os referidos actos podem ser realizados;*
- c) Informação sobre o regime de custeamento das despesas com a realização dos exames e, se for o caso, sobre a forma como o respectivo custo vai ser reembolsado a quem o financie;*
- d) Identificação da pessoa, ou entidade, à qual devam ser enviados os resultados dos exames ou relatórios dos actos realizados.”*

⁶⁹MENEZES, António Cordeiro, *Direito dos Seguros*, Almedina, 2016

Depois de serem elaborados esses exames, o seu resultado deve ser comunicado à pessoa segura ou a quem a mesma expressamente indique (artigo.178.º n.º3)⁷⁰, por um médico, salvo se as circunstâncias já forem conhecidas pela pessoa segura ou se for de supor, pela experiência, que já as conhecia (artigo 178.º n.º4)⁷¹.

Uma coisa que temos de chamar a atenção é que apenas o médico pode entregar (explicar) os resultados dos exames, uma vez que caso assim não suceda, podemos ferir o direito à tutela da intimidade privada do paciente.

Partindo da análise do artigo 178.º n.º5⁷², o resultado dos exames na deliberação do segurador deve ser comunicado ao tomador.

Não menos importante é destacar o n.º 6 do diploma acima referido, que nos indica que *“O segurador não pode recusar-se a fornecer à pessoa segura todas as informações de que disponha sobre a sua saúde, devendo, quando instado, disponibilizar tal informação por meios adequados do ponto de vista ético e humano.”*. Podemos considerar que quando se refere, na parte final a meios adequados de ponto de vista éticos e humanos, que se deve entender que seja através de um médico.

Contudo, o seguro de pessoas tem, ainda, duas grandes particularidades, que dizem respeito aos danos, isto porque se admite o “sobresseguro” e veda a sub-rogação.⁷³

Segundo o disposto no artigo 180.º n.º1, é possível pluralidade de seguros, ou seja, são acumuláveis os seguros relativamente ao mesmo risco, salvo convenção em contrário. Porém, neste caso, o tomador ou o segurado devem informar o segurador da existência de tais seguros (artigo 180.º n.º3)⁷⁴.

⁷⁰ Cfr. Artigo 178.º da LCS (Informação sobre exames médicos): 3 — *O resultado dos exames médicos deve ser comunicado, quando solicitado, à pessoa segura ou a quem esta expressamente indique*

⁷¹ Cfr. Artigo 178.º da LCS (Informação sobre exames médicos): 4 — *A comunicação a que se refere o número anterior deve ser feita por um médico, salvo se as circunstâncias forem já do conhecimento da pessoa segura ou se puder supor, à luz da experiência comum, que já as conhecia.*

⁷² Cfr. Artigo 178.º da LCS (Informação sobre exames médicos): 5 — *O disposto no n.º 3 aplica -se igualmente à comunicação ao tomador do seguro ou segurado quanto ao efeito do resultado dos exames médicos na decisão do segurador, designadamente no que respeite à não aceitação do seguro ou à sua aceitação em condições especiais*

⁷³ MENEZES, António Cordeiro, *Direito dos Seguros*, Almedina, 2016

⁷⁴ Cfr. Artigo 180.º n.º 3 da LCS (Pluralidade de seguros): *“3 - O tomador do seguro ou o segurado deve informar o segurador da existência ou da contratação de seguros relativos ao mesmo risco, ainda que garantindo apenas prestações de valor predeterminado”*

O artigo 181.º da LCS diz-nos que “*Salvo convenção em contrário, o segurador que realize prestações de valor predeterminado no contrato não fica, após a satisfação destas, sub-rogado nos direitos do tomador do seguro ou do beneficiário contra um terceiro que dê causa ao sinistro.*”. De facto, a sub-rogação implicaria a transmissão, para o segurador, de elementos de ordem pessoal, podendo até “tocar” em direitos de personalidade, posteriormente, cabe ao segurador, perante este estado de coisas dosear o cálculo do prémio.⁷⁵

❖ Seguro de Vida

O seguro de vida integra uma das modalidades dos seguros de pessoas, de acordo com o artigo 175.º LCS e encontra-se preceituado nos artigos 43.º, n.º 3 e 183.º a 206.º LCS.

Seguindo o pensamento de JOSÉ VASQUES⁷⁶, o seguro de vida é efetuado sobre a vida de uma ou várias pessoas seguras, garantindo, como cobertura principal, o risco de morte, de sobrevivência ou de ambos.

A confirmar o acima citado, temos o artigo 183.º do LCS que nos diz que “no seguro de vida, o segurador cobre um risco relacionado com a morte ou a sobrevivência da pessoa segura”.

Como nos diz MARIA INÊS OLIVEIRA MARTINS⁷⁷ os seguros de vida são aptos a servir uma série de funções, passando seguidamente a explicar:

“Podem servir como função de poupança a longo prazo, que permitirão a acumulação e valorização de capitais, que serão pagos em caso de morte ou de sobrevivência da pessoa segura;

⁷⁵ MENEZE, António Cordeiro, *Direito dos Seguros*, Almedina 2016, pp.842

⁷⁶ VASQUES, José, *Direito dos Seguros – Notas Para uma Teoria Geral*, Coimbra Editora, 2005 p. 75

⁷⁷ OLIVEIRA MARTINS, Maria Inês, “*Sobre a Discriminação dos Portadores de VIH/SIDA na Contratação de Seguros de Vida*”, Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Vol. LXXXIX, TOMO II, 2013, p. 752

Podem também servir como função de garantia de crédito, tipicamente quando a morte da pessoa segura/mutuária determina o pagamento do capital seguro um beneficiário/mutuante.

Por fim, os seguros de vida podem também servir uma função de transmissão de património, quando adotem a estrutura do contrato a favor de terceiro, sendo, em caso de evento relativo à duração da vida da pessoa humana, o capital seguro devido a terceiro.”

Atendendo à classificação com base no risco, este tipo de contratos são qualificados em função do evento que circunscreve para que se efetue ou cesse a prestação do segurador. Face ao exposto há que distinguir este tipo de seguros para o caso de morte, para o caso de vida (seguros de sobrevivência) e ainda as formas mistas.

No primeiro tipo de contrato acima identificado, o segurador obriga-se a realizar a prestação convencionada ao beneficiário, caso este venha a falecer durante a vigência do mesmo. No que respeita ao tipo de contrato em questão, existe ainda uma diferença entre o seguro de vida inteira, o seguro de vida inteira diferido e o seguro de vida temporário⁷⁸.

A segunda modalidade desses contratos será a sobrevivência da pessoa segura a uma data fixada no contrato a determinar a realização da prestação pelo segurador, o que significa que, se a pessoa segura falecer antes da data convencionada, o segurador terá direito aos prémios recebidos até então.

Por fim, o contrato de seguro misto consiste no facto de o segurador se obrigar a efetuar a prestação convencionada ao beneficiário se a pessoa segura tiver falecido até uma determinada data ou se, pelo contrário, a mesma estiver viva na data fixada. Esta sub-modalidade é a que mais se adequa se o objetivo for de poupança, uma vez que a prestação a que o segurador se obrigou é sempre devida nos termos acordados.

Não obstante todas estas considerações, enquanto contratos de seguro, os contratos de seguro de vida caracterizam-se pela sua aleatoriedade. E, seguindo este raciocínio, citamos MARIA INÊS OLIVEIRA MARTINS que nos diz que “*O contrato de seguro é,*

⁷⁸Estas sub-modalidades são explicadas por GREGORIO e FANELLI, *Dititto delle Assicurazioni, II Contratto di Assicurazione*, p.192, JOSÉ VASQUES, *Direito dos Seguros – Notas Para uma Teoria Geral*, Coimbra Editora, 2005. P.76, MARTINS, Maria Inês de Oliveira, *Seguro de Vida enquanto tipo contratuallegal*, Coimbra, Coimbra Editora, 2010, pp.87-88

nas suas hipóteses mais típicas, um contrato aleatório, já que a ocorrência do sinistro, evento futuro e incerto, determina ou conforma a prestação do segurador (normalmente) ou do tomador (v.g., nos referidos seguros de vida a prazo fixo), ditando a possibilidade, central ao contrato, de haver uma desproporção entre o montante dos prémios pagos até ao momento do sinistro e a prestação devida nesse momento.”⁷⁹

Uma característica do contrato de seguro de vida é que este é, frequentemente, um contrato a favor de terceiro. Assim, segundo MARGARIDA LIMA REGO, o terceiro pode assumir a posição de segurado⁸⁰, quando é coberto o seu risco, ou de beneficiário, quando tem direito à indemnização. Ou seja, estaremos perante um contrato a favor de terceiro sempre que “*as partes tenham estipulado um efeito jurídico positivo de terceiro*”⁸¹.

O principal paradigma do contrato a favor de terceiro é o seguro de vida em caso de morte em que o tomador do seguro é, igualmente, segurado e pessoa segura, e o terceiro beneficiário. Para resolver estes casos devemos ter presente o artigo 451.º do Código Civil, isto porque se trata de um preceito supletivo, nos termos do qual se estabelece que o direito do terceiro (beneficiário) à prestação do segurador se adquire com a morte do promissário, que é simultaneamente tomador, segurado e pessoa segura, ao contrário do que sucede com os demais contratos a favor de terceiro.⁸² MARGARIDA LIMA REGO destaca ainda a possibilidade de ser estipulada a irrevogabilidade da designação do terceiro beneficiário e a sua relevância no momento de aquisição do respetivo direito, pois, independentemente do momento de aquisição do direito ao beneficiário, essa prestação só poderá ser exigida aquando do vencimento da obrigação, isto é, aquando da ocorrência do sinistro.

Não menos importante é a análise do regime jurídico do contrato de seguro de vida previsto na Lei do Contrato de Seguro, tendo em consideração que este regime se aplica, igualmente, aos seguros complementares dos seguros de vida relativos a danos corporais, seguros de renda, seguros de nupcialidade e seguros de natalidade (artigo 184.º da LCS).

⁷⁹ MARTINS, Maria Inês De Oliveira, *Sobre a discriminação dos portadores de VIH/SIDA na contratação de seguros de vida*, Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Separata, 2013

⁸⁰ Segurado é aquele que está coberto pelo seguro. Normalmente, as qualidades de tomador do seguro, pessoa segura e segurado são ocupadas pelas mesmas pessoas.

⁸¹ REGO, Margarida Lima, *Contrato de Seguro e Terceiros. Estudo de Direito Civil*, Coimbra, Coimbra Editora, 2008

⁸² REGO, Margarida Lima, *Contrato de Seguro e Terceiros. Estudo de Direito Civil*, Coimbra, Coimbra Editora, 2008

No artigo 185.º encontramos uma lista taxativa de informações pré-contratuais que têm de ser prestadas aquando a celebração do contrato de seguro de vida, não nos esquecendo que estas acrescem às que são igualmente previstas nos artigos 18.º a 21º do mesmo diploma⁸³. Neste conjunto de informações prestadas durante a formação do contrato, encontra-se o livre acesso por parte da pessoa segura aos dados médicos dos exames realizados por imposição do segurador.

Nos termos e no disposto no artigo 190.º da LCS “*O regime do agravamento do risco previsto nos artigos 93.º e 94.º não é aplicável aos seguros de vida, nem, resultando o agravamento do estado de saúde da pessoa segura, às coberturas de acidente e de invalidez por acidente ou doença complementares de um seguro de vida.*”. Aceita-se esta exclusão pois, ao celebrar o contrato de seguro, o segurador tem em consideração essa realidade, tendo a mesma contribuído de forma relevante para a decisão de contratar e para a fixação do prémio.

Já não se pode tomar a mesma posição caso a pessoa segura mude de profissão, isto é, que seja mais exposta a perigos ou comece a praticar uma atividade mais radical que antes não havia praticado.

❖ O seguro de Saúde

O contrato de seguro de saúde tem sido desenvolvido não só ao nível da sua utilização como da sua construção jurídica e técnica.

DAVID BICKELHAUPT define o contrato de seguro de saúde como aquele que se aplica às formas de seguro que dão proteção contra o impacto financeiro da doença ou acidente⁸⁴.

Em Portugal, MOITINHO DE ALMEIDA referia que o seguro de doença podia ser considerado um seguro de pessoas independentemente de qualquer prejuízo sofrido e noutros casos seria um seguro contra danos (pagamento de despesas médicas)⁸⁵.

⁸³ Cfr. Artigo 185.º n.º1 da Lei do Contrato de Seguro (Informações pré-contratuais): “1 - No seguro de vida, às informações previstas nos artigos 18.º a 21.º acrescem, quando seja o caso, ainda as seguintes (...)”

Hoje, nos termos e segundo o disposto do Decreto-Lei n.º 94-B/98, de 17 de Abril, na versão atualizada do Decreto-Lei n.º 2/2009, isto é, o regime de acesso e exercício à atividade seguradora, o seguro de saúde tem a sua situação clarificada, integrando-se nos Ramos Não Vida⁸⁶, que está prevista no artigo 123.º n.º2, o qual compreende três tipos de modalidades: a) Prestações convencionadas; b) Prestações indemnizatórias; c) Combinações de ambas.

Podemos destacar o artigo 124.º do mesmo diploma que faz referencia aos contratos de seguro de saúde virados para o Ramo Vida, que ficam destinados a cobrir danos corporais, incluindo-se nestes a incapacidade para o trabalho profissional, a morte por acidente ou a invalidez em consequência de acidente ou doença.

A Lei do Contrato de Seguros, no seu artigo 213.º, diz-nos que “no seguro de saúde, o segurador cobre riscos relacionados com a prestação de cuidados de saúde”. Esta noção centra-se apenas na cobertura, não fazendo alusão aos aspetos conceptuais do contrato de seguro, pelo que *a contrario* acolhe elementos gerais do conteúdo típico mencionado no artigo 1.º da LCS, com as especificidades do contrato de seguro.

JOSÉ ALVES DE BRITO entende que esta remete essencialmente para aquilo que as partes convencionaram e na expressão “prestação de cuidados de saúde” compreendem-se “*as modalidades tradicionais do seguro de doença mas também as despesas resultantes de tratamento e outras realidades (parto e outras)*”⁸⁷. Assim, o sinistro pode concretizar-se, por exemplo, numa consulta de rotina e não se esgota numa única ocorrência, ao contrário do que acontece com o seguro de vida, pois o contrato de saúde admite a ocorrência de vários sinistros durante a sua vigência.

Em termos práticos, seguro de saúde pode garantir o financiamento dos serviços de saúde ou a restituição das despesas suportadas pelo segurado até ao limite acordado ou com valor pré-fixado.

⁸⁵ MOITINHO DE ALMEIDA, *O contrato de seguro no Direito Português e Comparado*, Livraria sá da Costa, 1971, p.492

⁸⁶ Cfr. Artigo 123.º n.º2 do Regime Jurídico de acesso ao exercício à actividade seguradora : 2) «Doença», que compreende as seguintes modalidades: a) Prestações convencionadas; b) Prestações indemnizatórias; c) Combinações de ambas;

⁸⁷ MARTINEZ, Pedro Romano, *Lei do contrato de Seguro Anotada*, Lisboa, Almedina, 2009, pág.527

Seguindo mais uma vez a doutrina de JOSÉ ALVES DE BRITO, podemos afirmar que o regime do contrato de seguro de saúde é definido pela negativa, pois, por um lado podemos destacar o artigo 215.º alínea a) da LCS, pois o regime de agravamento do risco não se aplica ao seguro de saúde quando estejam em causa alterações do estado de saúde da pessoa segura. Por outro lado, é um facto que, se para os restantes seguros de pessoas existe a condição do tomador do seguro ou segurado informar o segurador da existência ou da contratação de seguros relativos ao mesmo risco, essa obrigação não se aplica ao seguros de saúde (artigo 215.º alínea b) e artigo 180.º n.º 2 e 3 da LCT.⁸⁸

A regra quanto às doenças preexistentes e conhecidas da pessoa segura é que estas estão cobertas se não forem excluídas pelo próprio contrato, de modo genérico ou especificamente (artigo 126.º n.º1 da LCS).

O dever de informação traduz-se na declaração inicial do risco (artigo 24.º da LCS) correspondendo ao momento em que essas doenças devam ser reveladas pela pessoa segura. Contudo, o artigo 216.º n.º 1 da LSC contem um regime supletivo, isto é, vem prever a possibilidade de existência de um período de carência não superior a uma noa para a cobertura de doenças preexistentes. Este regime supletivo tem como objetivo desencorajar as pessoas a esperar até ao momento em que ficam doentes para celebrar um contrato de saúde.

⁸⁸MARTINEZ, Pedro Romano/ TORRES, Leonor Cunha *et al.*, *Lei do Contrato de Seguro Anotada*, 2.ª edição, Coimbra, Almedina, 2011, pag. 616

DO TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS

1. O acesso aos dados de saúde da pessoa segura

Como já foi supra referido, aquando da celebração de um contrato de seguro de pessoas, o segurador tenta obter, previamente, as informações necessárias de forma a efetuar uma avaliação mais correta do risco. Assim, depois da análise de tais informações crê-se que o mesmo estará em condições de definir o prémio a pagar pelo tomador do seguro ou segurado.

Seguindo a linha de raciocínio de MARIA INÊS DE OLIVEIRA MARTINS, podemos acrescentar que essa avaliação do risco também contribui para a diminuição da assimetria do risco a cobrir, evitando o fenómeno da selecção adversa⁸⁹.

Uma questão que nos parece relevante é saber como é que estas informações são prestadas à seguradora. Parece-nos que temos duas opções, isto é, ou são prestadas pelo próprio tomador do seguro ou segurado (artigo 24.º a 26.º da LCS), ou através de exames complementares de diagnóstico, isto é, exames médicos e análises clínicas.

A confirmar a primeira opção temos o Acórdão da Relação de Coimbra de 10.05.2011 entre outros⁹⁰, que nos diz que *“recai sobre o segurado, no momento da formação do contrato, a obrigação de comunicar ao segurador todas as circunstâncias conhecidas que possam influenciar a determinação do risco, que no caso do seguro do ramo Vida consistirá essencialmente na informação sobre o estado de saúde da pessoa a segurar, informação normalmente obtida através do questionário fornecido pela*

⁸⁹ Cfr. MARTINS, Maria Inês Oliveira, *Seguro de Vida enquanto tipo contratual legal*, Coimbra, Coimbra Editora, 2010, PP. 63-64

⁹⁰ O Ac. RC 02.07.2013 conclui que “O regime das cláusulas contratuais gerais não é aplicável ao questionário pré-elaborado pela seguradora ao qual o segurado responde de modo a fornecer àquela elementos na fase prévia à celebração do contrato de seguro em função dos quais a seguradora estabelece as condições de aceitação do contrato” Por fim, o Ac. RL 14.03.2013 refere inclusivamente que o dever pré-contratual de declaração inicial do risco, a cargo do tomador do seguro ou segurado – previsto no artigo 24.º LCS – incide unicamente sobre todas as circunstâncias conhecidas do declarante, desde que relevantes para a apreciação do risco. A propósito do questionário adoptado para efeito da declaração inicial do risco, considera este Tribunal que “O princípio da boa-fé, nas suas vertentes de transparência e justiça contratual, impede que o segurador predisponente tire vantagem, para efeitos invalidantes do contrato de seguro” da opacidade/ambiguidade por si criada.

seguradora”. Ora, através deste excerto do referido Acórdão, retiramos dele que esta prestação de informações por parte da pessoa segura ou segurado é concretizada, frequentemente, através de questionários.

No que toca à segunda via com vista a obter tais informações, não obstante ser mais dispendioso, a realização de exames complementares de diagnóstico tem a vantagem de fornecer uma avaliação do risco de contratação mais real e objetiva. Neste caso, destacamos as palavras de CAPELO DE SOUSA, uma vez que este autor entende que, embora a saúde de uma pessoa constitua um elemento da individualidade privada do ser humano, a sua sujeição a exames médicos para a realização de contratos de seguro de vida ou de saúde deve ser encarada enquanto situação de vida privada pactuada⁹¹.

Após esta fase de formação de vontade do segurador, é tomada a decisão relativamente à proposta de contratação apresentada.

A propósito do acima explanado, é importante fazer uma breve referência à Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto, que proíbe a discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde.

Para propósitos do diploma, pessoas com risco agravado de saúde são as que sofrem de toda e qualquer patologia que determine uma alteração orgânica ou funcional irreversível, de longa duração, evolutiva, potencialmente incapacitante, sem perspectiva de remissão completa e que altere a qualidade de vida do portador a nível físico, mental, emocional, social e económico, e seja causa potencial de invalidez precoce ou significativa redução de esperança de vida (artigo 3.º alínea c)).

Segundo MARIA INÊS OLIVEIRA MARTINS, este diploma vem proibir as ações ou omissões culposas *lato senso* que, em razão da deficiência ou de risco agravado de saúde, violem o princípio da igualdade, que consubstanciem uma situação de discriminação direta (tratamento menos favorável do doente ou deficiente do que o conferido a pessoa em situação comparável), quer de discriminação indireta (tratamento aparentemente neutro, mas suscetível de colocar um doente ou deficiente em posição de

⁹¹ Cfr. SOUSA, Rabindranath V. A. Capelo de *O Direito Geral de Personalidade*, p.325, nota 819

desvantagem comparativamente com outras pessoas – artigos 1.º, 3.º e 4.º da Lei n.º 46/2006⁹².

É importante alertar que a negação de acesso a uma cobertura de seguro, pode ser sinónimo de exclusão social, isto porque hoje em dia a celebração destes contratos é muitas vezes exigida para a compra de uma casa (v.g. crédito à habitação) e fundamental para a prestação de cuidados de saúde⁹³.

Todavia, e para além desta proibição da discriminação, o segurador continua a ter liberdade de, após avaliação do risco, excluir ou penalizar um determinado candidato.

Para finalizar, temos de ressaltar que, uma vez celebrado o contrato de seguro de pessoa, pode ocorrer o sinistro convencionado e, conseqüentemente, aquando da sua ocorrência voltar a surgir a questão de acesso aos dados pessoais de saúde da pessoa segura, para efeitos de pagamento de indemnização.

2. Contextualização Jurídica

Tendo por base a análise das Deliberações n.ºs 51/2001 e 72/2006 da Comissão Nacional de Proteção de dados (à qual passaremos a designar CNPD), vamos ocupar-nos desta questão de acesso dos dados pessoais por parte das seguradoras, analisando o seu entendimento.

A Deliberação n.º 72/2006 reapreciou a Deliberação n.º 51/2001, atendendo “ *ao grande volume de pedidos de acesso a dados pessoais de saúde, quer da parte das Companhias de Seguro, que por parte dos familiares, para efeitos de pagamento/recebimento de indemnização em virtude da morte do segurado e por força de contrato de seguro do ramo Vida, bem como por causa da diversidade das cláusulas*

⁹² MARTINS, Maria Inês Oliveira, *Sobre a Discriminação dos Portadores de VIH/SIDA na Contratação de Seguros de Vida*, SEPARATA VOL. LXXXIX, Tomo II, Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2013, pp.771

⁹³MARTINS, Maria Inês de Oliveira, *Seguro de Vida enquanto tipo contratual legal*, Coimbra, Coimbra Editora, 2010

contratuais atinentes à protecção de dados pessoas insertas nos contratos de seguro subscritas pelos titulares”⁹⁴

No caso sub judice, estamos perante uma colisão de direitos, isto é, por um lado temos direito à reserva da intimidade da vida privada (artigo 26.º da CRP) e, por outro lado, o direito de acesso dos cidadãos aos arquivos e registos administrativos, nomeadamente aos documentos que digam respeito a dados pessoais de saúde (artigo 268.º n.º da CRP⁹⁵).

Face ao exposto, teremos de analisar o artigo 18.º n.º2 do diploma acima referido pois, este dispõe que a lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos pela constituição, devendo as restrições “limitar-se ao necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos”.

Confirmando tal facto destacamos PAULO MOTA PINTO, que afirma que a defesa da privacidade visa “evitar ou controlar a tomada de conhecimento ou a revelação de informação pessoal, isto é, daqueles factos, comunicações ou opiniões que se relacionam com o indivíduo e que é razoável esperar que ele encare como íntimos ou pelo menos como confidencias e que, por isso, queira excluir, ou pelo menos, restringir a sua circulação”.⁹⁶

Já GOMES CANOTILHO e VITAL MOREIRA salientam que o direito à intimidade da vida privada se analisa em dois direitos menores: «(a) o direito a impedir o acesso de estranhos a informação sobre a vida privada e familiar e (b) o direito a que ninguém divulgue as informações que tenha sobre a vida privada e familiar de outrem (artigo 80 do Código Civil)». ⁹⁷

Podemos então concluir que só excepcionalmente é que o direito à reserva da intimidade da vida privada deve ser sacrificado.

⁹⁴ Cfr. Deliberação n.º 72/2006 da Comissão Nacional de Protecção de Dados, p. 2

⁹⁵ Este princípio não se pode considerar um direito absoluto, pois ele próprio diz “sem prejuízo do disposto da lei”, sendo uma exceção deste o artigo 26.º do mesmo diploma.

⁹⁶ Cfr. Deliberação n.º 51/2001 da CNPD, p.3, apud. Cit Raymond Wacks - “The Protection of Privacy”, London, 1980, pág. 22

⁹⁷ Cfr. Deliberação n.º 51/2001 da CNPD, p.3, apud. Cit Constituição da República Portuguesa Anotada, 3ª Ed., Coimbra, 1993, pág. 181

Assim, entende a CNPD que “não há razões objectivas que justifiquem um sacrifício da intimidade da vida privada em detrimento da invocação de um simples e hipotético interesse (...) que decorre da obrigação de cumprir um contrato”⁹⁸.

Face à análise destas duas deliberações, o interesse da livre iniciativa económica⁹⁹, que prevê a tutela do bem jurídico constitucional da economia de mercado, quando entra em conflito com o princípio da reserva da intimidade da vida privada, não deve prevalecer, isto acontece caso não tenha havido nenhum consentimento expresso por parte do segurado para que as seguradoras o fizessem, abrangendo o acesso à informação clínica existente em hospitais ou centros de saúde.

Apresentados estes fundamentos por parte da CNPD, que são partilhados por PAULO MOTA PINTO¹⁰⁰ e pela jurisprudência do Tribunal Constitucional¹⁰¹, cabe-nos agora tecer alguns comentários, dando também a nossa opinião.

Assim, cabe-nos dizer que perfilhamos da opinião dos autores supra citados e das deliberações da CNPD, uma vez que a reserva à intimidade privada parece-nos prevalecer face ao direito à iniciativa económica privada da seguradora. No entanto, não nos podemos esquecer de ressaltar, como já foi acima exposto, que existem duas formas desta última aceder aos dados pessoais e, caso haja consentimento do segurado para tal então aí teremos de dar prevalência ao segundo direito em conflito.

Já quando a seguradora tentar obter tal informação através do médico, não nos podemos esquecer que o mesmo está sujeito a sigilo profissional, não podendo pronunciar-se sobre os mesmos, sob o risco de incorrer em tripla responsabilidade (disciplinar, civil e penal).

Adotamos então a posição defendida por JORGE REIS NOVAIS, entendendo que, regra geral, todos os direitos fundamentais são ilimitáveis, não havendo direitos absolutos. Segundo este autor, quando constitucionalmente consagrados, os direitos fundamentais são “dotados de uma reserva geral de ponderação” que se traduz na possível cedência perante um interesse superior igualmente digno de proteção jurídica, tendo em acordo o caso

⁹⁸ Cfr. Deliberação n.º 51/2001 do CNPD, p.22

⁹⁹ Cfr. Deliberação n.º 76/2006 do CNPD

¹⁰⁰ Cfr. MOTA, Paulo Pinto, *O direito À reserva sobre a intimidade da vida privada*, in *Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra*, pp.527-528

¹⁰¹ Veja-se Ac. TC 07.05.1997

concreto. Portanto, perante uma situação conflitual de direitos, cumpre, primeiramente, evidenciar os interesses contrapostos que deram origem ao conflito e, posteriormente, proceder-se a uma ponderação de bens, com o respeito pelos princípios da proporcionalidade e da proibição do excesso, face ao caso concreto¹⁰².

Relativamente ao caso *sub judice*, que se verte no acesso aos dados de saúde da pessoa segura por parte do segurador, atentamos que o direito à reserva da intimidade da vida privada daquela terá de predominar face ao direito de iniciativa económica privada deste. Todavia, não nos podemos esquecer que os direitos fundamentais não detêm uma natureza absoluta, pois, perante a celebração de um contrato de seguro de vida não podemos, de todo, ignorar a presença dos interesses de eficiência/racionalidade económica dos seguradores tutelados constitucionalmente. Pareceu-nos igualmente importante expor este diferente ponto de vista, uma vez que o acesso aos dados de saúde da pessoa segura poderá evitar eventuais situações de fraude por parte do tomador do seguro ou segurado.

E, passando a gíria, “*por uns pagam os outros*”, isto é, a fraude de uns (com o conseqüente pagamento de indemnização aos beneficiários) não permitirá ao segurador pagar indemnizações daqueles que, atuando honestamente, sofreram a ocorrência do sinistro. Pode ainda acontecer que seja a própria pessoa segura que permita a autorização por parte da seguradora a analisar os seus dados, de maneira a que a mesma possa beneficiar de uma indemnização no caso de ocorrência de sinistro.

Na prática, muitas vezes a proteção conferida aos dados pessoais da pessoa segura é tão forte, que funciona mesmo contra a vontade, explícita ou implícita, do próprio titular dos dados. E, sinceramente, percebemos que assim seja, pois a partir do momento que se “abre uma exceção” para um determinado caso, isso leva a que este precedente seja utilizado fluentemente, deixando tal reserva da intimidade da vida privada desprotegida.

Como atrás referido¹⁰³, existem duas formas da seguradora aceder aos dados pessoais da pessoa segura ou segurado: ou através do próprio segurado (através de questionários e do consentimento do mesmo) ou através da realização de exames médicos, que posteriormente são transmitidos pelo médico.

¹⁰²NOVAIS, Jorge Reis, *Direitos Fundamentais e Justiça Constitucional em Estado de Direito Democrático*, Coimbra, Coimbra Editora, 2012, pp. 15, 31, 67, 69, 70-71 e 81-82

¹⁰³ Vide página 37

3. Consentimento por parte da pessoa segura ou segurado

Como foi acima explicado, o direito à reserva da intimidade da vida privada encontra-se na disponibilidade e autonomia do próprio titular, uma vez que o mesmo se encontra na disponibilidade de consentir na limitação deste mesmo direito.

Portanto, contrariamente ao que já foi dito, o segurador poderá aceder aos dados de saúde da pessoa segura, se a mesma tiver, nos termos e segundo o disposto dos artigos 3.º, alínea h) e 7.º n.º da LPD, consentido livremente o acesso aos seus dados, de forma específica, informada e expressa. Esta atitude traduz-se na figura do consentimento qualificado.

A CNPD entende que este consentimento terá de ser específico, isto é, *“deve significar que o consentimento se refere a uma contextualização factual concreta, a uma actualidade cronológica precisa e balizada e a uma operação determinada, sendo o mais individualizado possível.”*¹⁰⁴.

Não obstante de ser específico, este consentimento tem de ser informado, isto é, o titular dos dados deve ter conhecimento das consequências da recusa do seu consentimento.

Por último, o consentimento tem de ser expresso, isto é, tem de ser direccionado para o acesso aos dados de saúde.

A CNPD considera que este consentimento expresso e específico exprime-se no consentimento prestado em cláusulas contratuais gerais, já pré-definidas pelo segurador, e que são aduzidas de forma destacada, separada e automatizada no contrato¹⁰⁵, sendo que, ao invés, a CADA¹⁰⁶ considera que o consentimento da pessoa segura fica manifestado se

¹⁰⁴ Cfr. Deliberação 72/2006 do CNPD, p.4

¹⁰⁵ A título de exemplo temos o Acórdão da Relação de Lisboa de 30.11.2011, que diz respeito àquilo que não pode ser considerado consentimento pela CNPD e, por outro lado o Acórdão da Relação de Lisboa de 21.07.2012 que analisa a autorização prestada pela pessoa segura tendo em conta as características do mesmo apresentadas pela CNPD.

¹⁰⁶ Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos

do contrato de seguro constar cláusula de permissão de acesso aos dados em questão sob **forma escrita**¹⁰⁷.

A análise destas duas posições leva-nos a crer que o entendimento da CNPD quando respeita ao consentimento de acesso dos dados pessoais por parte das seguradoras é mais restrito, o que pode levar a que, na prática, se impeça o acesso aos mesmos. Se pensarmos numa situação em concreto, em que houve uma celebração de um contrato de seguro de vida e que, posteriormente ocorre um sinistro, o segurador, de modo a apurar as responsabilidades para aferir o pagamento da indemnização, tem de pedir autorização ao estabelecimento de saúde onde esses dados se encontram armazenados. Se, perante tal situação, a CNPD não considerar que tenha havido um consentimento expresso e específico não irá autorizar a utilização dos mesmos, o que irá inviabilizar o funcionamento da atividade seguradora, podendo, portanto, prejudicar-se o seu beneficiário.

Neste caso concreto, partilhamos do entendimento da CADA, uma vez que caso tenha ficado acordado o acesso dos dados por forma escrita, dever-se-á poder aceder aos mesmos. Todavia, não rejeitamos que haja uma necessidade acrescida de essa informação relativa ao consentimento constar na proposta de subscrição, e posteriormente, nas condições gerais, cabendo aos próprios operadores dos seguradores a função de assegurar a prestação do consentimento qualificado.

4. Do segredo profissional do Médico

A matéria em apreço foca-se no segredo profissional do médico, visto que é no exercício da sua atividade profissional que o mesmo tem conhecimento dos dados de saúde de um paciente.

¹⁰⁷ Cfr. Parecer n.º 484/2016, ponto 5, Ponto 8, “De acordo com o n.º 5 do artigo 6.º: “Um terceiro só tem direito de acesso a documentos nominativos: a) Se estiver munido de autorização escrita do titular dos dados que seja explícita e específica quanto à sua finalidade e quanto ao tipo de dados a que quer aceder”, p. 6

Outra das possibilidades da seguradora para acesso aos dados da pessoa segura é através da realização de exames médicos, exames esses que são realizados pelos médicos no exercício da sua profissão.

Para finalizar esta dissertação, e tendo em conta o que já foi supra referido ao longo da mesma, questionamo-nos se o médico tem alguma legitimidade de informar a entidade seguradora acerca das informações obtidas pelos tais exames realizados.

No nosso entender, cremos que não, desde logo porque existe uma relação de confiança entre o médico e o paciente que não pode ser quebrada, sendo que todas as informações prestadas ao médico dentro do consultório estarão abrangidas pelo dever de sigilo médico, que vem previsto nos artigos 29.º a 38.º do CDOM.

Nestes exames médicos, estamos em crer que o médico apenas pode dar informação se a pessoa segura esta ou não apta para a contratação do contrato de seguro, não podendo de todo revelar as informações que lhe foram transmitidas.

Não nos podemos também esquecer do que está previsto no disposto no artigo 29.º CDOM, que ressalva o facto de o segredo profissional do médico, tal como sucede noutras profissões, assentar numa relação de confiança entre o médico-doente e que mantém após a morte do último.

Também já o mencionámos, que caso o médico viole este dever de segredo, poderá incorrer sob uma tripla responsabilidade, nomeadamente, disciplinar, civil (contratual e extracontratual) e penal, e face ao exposto não acreditamos que estes profissionais se queiram sujeitar a tal facto.

Assim, ensina-nos CAPELO DE SOUSA¹⁰⁸ que “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, já é juscivilisticamente ilícita a não consentida captação da documentação do

¹⁰⁸ CAPELO, Rabindranath A. V. de Sousa, *O Direito Geral de Personalidade*, Coimbra editora, 1995, pág. 336.

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”.

Também a CNPD¹⁰⁹ concluiu que “Uma banalização do segredo médico e um acesso generalizado à informação de saúde por parte das seguradoras, dos familiares dos falecidos, dos sub-sistemas de saúde no âmbito do pagamento dos cuidados de saúde, para além de consubstanciar uma intromissão indevida na esfera privada dos cidadãos gera, necessariamente, uma grande desconfiança em todo o sistema. A generalização da devassa através do acesso à informação em poder da Administração – para além de poder gerar responsabilidade contratual e extra-contratual (e até criminal) – pode ter efeitos perversos e determinar uma reacção negativa nos cidadãos e levá-los a silenciar muita da informação que, até agora, fornecem”.

¹⁰⁹ Deliberação 51/2001, da CNPD, pp. 5

Conclusão

A tese que agora apresentamos tem como principal objetivo a análise do dever de sigilo do médico, nomeadamente no que respeita à tentativa de acesso dos dados pessoais dos seus pacientes por parte da entidade seguradora.

Sendo uma questão muito pouco debatida, pareceu-nos pertinente a ideia de explorar um pouco mais esta temática.

A primeira conclusão que podemos tirar depois do desenvolvimento do tema, é que através de uma análise histórica do dever de sigilo, remontando às suas origens até aos nossos dias, constatamos que o mesmo tem sido cada vez mais relativizado. Como foi elencado na contextualização histórica, inicialmente, o dever de sigilo médico, presente no juramento hipocrático, era tido como uma obrigação moral, absoluta e sagrada dos médicos, em qualquer base legal. Atualmente, este mesmo dever, é constituído por uma base legal que tem como objetivo a salvaguarda de um direito fundamental dos pacientes, nomeadamente, o direito à reserva da intimidade da vida privada e familiar, preservando uma relação de confiança indispensável ao exercício da medicina.

Atualmente, o segredo médico encontra consagração expressa nos mais variados diplomas legais nacionais e internacionais de diversos Estados.

Ao longo da dissertação, podemos constatar que é raro os pacientes terem contacto apenas com um médico pois, normalmente, os pacientes são acompanhados por toda uma equipa de saúde, da qual integram os médicos, enfermeiros e mesmo pessoal auxiliar e administrativo. Dado que todos eles acompanham o historial médico do paciente, implica que os mesmos estejam sujeitos ao dever de sigilo.

Estiveram ainda na base da nossa análise as consequências que advêm da violação do dever de sigilo médico; constatamos, não obstante a responsabilização penal, que poderá ainda incorrer-se em responsabilidade civil e disciplinar, podendo mesmo ser cumulativa. O facto de cada vez mais as informações de saúde e as fichas clínicas dos doentes se encontrarem informatizadas permite que os profissionais de saúde que exercem a sua profissão em Centros de Saúde e Hospitais em qualquer ponto do país, tenham acesso às mesmas, o que tem contribuído para um aumento de acesso de informação de dados

pessoais clínicos dos pacientes, permitindo deste modo a possível transmissão a terceiros interessados (V.g. Seguradoras).

A problemática dos seguros foi um dos grandes momentos de que nos ocupámos na dissertação de mestrado que construímos.

Iniciamos a nossa reflexão tendo por base os seguros de vida que, recentemente, originaram os seguros das pessoas.

Partindo daqui – dos Seguros das Pessoas – analisámos a declaração de exames médicos e as particularidades desta tipologia de seguros, em especial, o sobresseguro e a venda a sub-rogação.

Os seguros de vida, enquanto elemento nevrálgico dos contratos de seguro merecem evidente destaque no tratamento legislativo, o que acontece no Ordenamento Jurídico Português, onde é clara a vontade do legislador em reestruturar este seguro, vide artigo 43.º n.º3 e artigo 183.º a 206.º da Lei de Contrato de Seguro.

A análise deste contrato – Seguro de Vida – estendeu-se a dois níveis: doutrinário, onde destacamos JOSÉ VASQUES e MARIA INÊS OLIVEIRA MARTINS, e legislativo, Lei de Contratos de Seguro.

Um outro ponto que mereceu também a nossa referência, foi o respeitante ao contrato de seguro de saúde.

O tratamento de dados pessoais foi a última vertente em análise na presente dissertação, onde centramos a nossa atenção na Comissão Nacional de Proteção de Dados e Comissão de Acesso aos Dados Administrativos e no conflito entre os direitos constitucionalmente consagrados da Reserva da Intimidade à Vida Privada e do acesso aos mesmos.

Eis o momento de iniciar uma apreciação final de todo o estudo que apresentamos neste documento.

Formamos a consciência que o Direito à Dignidade da Pessoa Humana na sua vertente no dever de Sigilo Médico se sobrepõe iminentemente ao direito de economia privada, embora não de uma forma muito intransigente.

A consagração do supra exposto observa-se no momento em que a apreciação clínica do paciente, por parte do médico, é efetuada por este de acordo com uma pré-estabelecida lista de requisitos a verificar, assegurando assim a reserva à intimidade da vida privada – e eventual devassa disseminadora do seu estado clínico por público não autorizado - impedindo o acesso por parte das seguradoras a conteúdo sujeito ao dever de sigilo.

Bibliografia

- ABREU, LUÍS VASCONCELOS, *O segredo médico no direito português vigente*, in Separata de Estudos de Direito da Bioética, Almedina, 2005, pp 261-285
- ALMEIDA, CARLOS FERREIRA DE, *Contratos III. Contratos de liberalidade, de cooperação e de risco*, Coimbra, Almedina, 2012;
- ALMEIDA, JOSÉ CARLOS MOITINHO DE, *O Contrato de Seguro no Direito Português e Comparado*, 1.ª edição, Lisboa, Livraria Sá da Costa, 197
- ALVES, FRANCISCO LUÍS, *O Regime do Contrato de Seguro de Saúde no Direito Português*, in Revista Portuguesa de Direito de Consumo, n.º 66, Junho de 2011
- BARROS, Marco António, “Sigilo profissional. Reflexos da violação no âmbito das provas ilícitas”, in *Justitia*, São Paulo, V. 58, n. 175, p.17-33, Jul./set 1997, p.17 e 18 (Disponível em, Biblioteca Digital Jurídica, URI: <http://bdjur.stj.gov.br/dspace/handle/2011/23047>)
- CARVALHO, RAQUEL MONTEIRO SILVA, *Seguro de Pessoas: Limites no Tratamento de Dados Pessoais*, Dissertação de Mestrado em Ciências Jurídico Forenses da Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa, 2013
- COSTA ANDRADE, Manuel da. *Direito Penal Médico, SIDA: Testes Arbitrários Confidencialidade e Segredo*, Coimbra Editora, 2008
- COSTA ANDRADE, Manuel da, *Comentário Conimbricense do Código Penal Parte Especial - Tomo I*, Dirigido por Jorge de Figueiredo Dias, Coimbra Editora, 2012.
- CORDEIRO, ANTÓNIO MENEZES, *Direito dos Seguros*, Coimbra, Almedina, 2016
- CHICHORRO, Maria Manuela Ramalho Sousa – *O Contrato de Seguro Obrigatório de Responsabilidade Civil Automóvel*, Coimbra Editora, 2011
- DIAS, JOÃO ÁLVARO, *Responsabilidade, informação consentimento e confidencialidade*, in Revista Portuguesa do Dano Corporal, Ano II, Nº4, Maio 1994,
- GÓMEZ RIVERO, Mª del Carmen, *La Responsabilidad Penal del Médico*, Tirant lo Blanch, 2008.

MARTINEZ, PEDRO ROMANO/ TORRES, LEONOR CUNHA *et al.*, *Lei do Contrato de Seguro Anotada*, 2.^a edição, Coimbra, Almedina, 2011

MARTINS, MARIA INÊS DE OLIVEIRA, “News & Views. Risk Assessment vs. Right to Privacy: The Access to Health Information on the Insurance Candidate through Questionnaires and the Right to Privacy”, in *European Journal of Health Law*, n.º 20, 2013, pp. 63-78

MARTINS, MARIA INÊS DE OLIVEIRA, *Seguro de Vida enquanto tipo contratual legal*, Coimbra, Coimbra Editora, 2010

MARTINS, Maria Inês de Oliveira, “Sobre a Discriminação dos Portadores de VIH/SIDA na Contratação de Seguros de Vida”, *Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra*, Vol. LXXXIX, TOMO II, 2013,

MENEZES, SOFIA SARAIVA, *Segredo Médico: O Princípio da Confidência Necessária (O caso particular do VIH/SIDA)*, in *Lex Medicinæ*, Revista Portuguesa de Direito da Saúde, Centro de Direito Biomédico, Ano 10, N.20, 2013

MIRANDA, JORGE e MEDEIROS, RUI, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, tomo I, 2.^a edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2010

MONIZ, HELENA, “Notas sobre a protecção de dados pessoais perante a informática (o caso especial dos dados pessoais relativos à saúde)” in *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, ano 7, 1997, pp. 231-298

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*, in *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, nº 10, 2000, pp 629-642

MORAIS, INÊS CAROLINA QUEIROGA MORAIS, *O Segredo Profissional do Médico no Âmbito dos Testes de HIV*, Dissertação de Mestrado de Direito Criminal da Universidade Católica do Porto, 2012

NOVAIS, JORGE REIS, *Direitos Fundamentais e Justiça Constitucional em Estado de Direito Democrático*, Coimbra, Coimbra Editora, 2012

OLIVEIRA, ARNALDO FILIPE DA COSTA, *Contrato de seguro: Proibição de discriminação em razão de deficiência e de risco agravado de saúde – o voto por empréstimo do STJ no sentido da continuação da evolução*, in O DIREITO, Ano 146.º, 2014, I, Almedina

PARECERES DA PROCURADORIA GERAL DA REPÚBLICA, *Os Segredos e a sua Tutela – Segredo Médico, Parecer n.º 49/91, Volume VI, p. 301 a 364, disponível em:*

[http://www.pgr.pt/portugues/grupo_soltas/pub\(colecao/vi/7.htm](http://www.pgr.pt/portugues/grupo_soltas/pub(colecao/vi/7.htm)

PEREIRA, ANDRÉ GONÇALO DIAS, *O dever de sigilo médico: Um Roteiro Da Lei Portuguesa*, Revista Portuguesa de Dano Corporal, ano 19, 2009

PEREIRA, ANDRÉ GONÇALVES DIAS, *Dever de confidencialidade do Médico? E o do Advogado?*, Revista Portuguesa do Dano Corporal, ano 15, 2005.

PEREIRA, ANDRÉ GONÇALVES DIAS, *Medicina na Era da Cidadania: Propostas para Pontes de Confiança*, in Estudos de Direito da Bioética, coordenador José de Oliveira Ascensão, V.IV, Almedina, 2012

PEREIRA, ANDRÉ GONÇALVES DIAS, BARBOSA, CARLA, *Confidencialidade da Informação de Saúde no Direito Português*, in Lex Medicinæ, Revista Portuguesa de Direito da Saúde, Centro de Direito Biomédico, Ano 8, N.16, 2011

PEREIRA, ANDRÉ GONÇALVES DIAS, *Dever de Documentação, Acesso ao Processo Clínico e a sua Propriedade. Uma perspectiva europeia*, *Revista Portuguesa do Dano Corporal (2006)*, Ano XV, N.º 16, pp. 9-24

PEREIRA, ANDRÉ GONÇALVES DIAS, “Dever de Documentação, Acesso ao Processo Clínico e a sua Propriedade. Uma perspectiva europeia”, *Revista Portuguesa do Dano Corporal (2006)*, Ano XV, N.º 16, pp. 9-24

PINTO, PAULO DA MOTA, “A protecção da vida privada e a Constituição”, in *Boletim da Faculdade de Direito*, n.º 76, 2000, pp. 153-204

PINTO, PAULO DA MOTA, “A protecção da vida privada na jurisprudência do Tribunal Constitucional”, in *Jurisprudência Constitucional*, n.º 10, Abril/Junho de 2006, pp. 13-28

RIBEIRO, NATACHA PADRÃO, *Limites do Dever de Segredo Médico e a Permissão para a violação desse Segredo*, Dissertação de Mestrado em Direito Criminal pela Universidade Católica do Porto, 2015

REGO, MARGARIDA LIMA, *Contrato de Seguro e Terceiros. Estudo de Direito Civil*, Coimbra, Coimbra Editora, 2008

RUEFF, MARIA DO CÉU, *Segredo Médico e VIH/SIDA Perspectiva Etico-Jurídica*, in *Acta Médica Portuguesa*, N.º 17, 2004, pp451-464

RUEFF, Maria do Céu, *Violação de Segredo em Medicina*, in *Acta Médica Portuguesa*, n.º 23, 2010, pp 141-147

RUEFF, MARIA DO CÉU, *Dever de Informar, Conflitos de Interesse e Deontologia na Relação Tripartida Cidadão-Médico-Seguradora*, In *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Centro de Direito Biomédico, Ano 7, N.º13 - 2010

SÁ, FERNANDO MANUEL OLIVEIRA, *Segredo Médico, Peritagem Médico-Legal*, in *Revista Portuguesa de Dano Corporal*, Ano II, N.º3, Novembro 1993

SANTIAGO, Rodrigo, *Do Crime de violação de segredo profissional no Código penal de 1982*, Coimbra, Almedina, 1992

SOUSA, RABINDRANATH V. A. CAPELO DE, *O Direito Geral de Personalidade*, reimpressão, Coimbra, Coimbra Editora, 2011

VASCONCELOS, PEDRO PAIS DE, *Teoria Geral do Direito Civil*, 5.ª edição, Coimbra, Almedina, 2008

VASQUES, JOSÉ, *Contrato de Seguro. Notas para uma Teoria Geral*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005

TAIPA DE CARVALHO, Américo. *Direito Penal – Parte Geral – Questões Fundamentais, Teoria Geral do Crime*, Coimbra Editora, 2014.

Sitografia:

Código Deontológico da Ordem dos Médicos

http://www.saudedoc.pt/pluginfile.php/573/course/section/148/Regulamento_707_2016.pdf

Lei da Proteção de Dados

https://www.cnpd.pt/bin/legis/nacional/lei_6798.htm

Lei Contrato de Seguro

[http://www.victoria-seguros.pt/resources/LEI%20CONTRATO%20DE%20SEGURO.pdf/\\$file/LEI%20CONTRATO%20DE%20SEGURO.pdf](http://www.victoria-seguros.pt/resources/LEI%20CONTRATO%20DE%20SEGURO.pdf/$file/LEI%20CONTRATO%20DE%20SEGURO.pdf)

Deliberações n.º 51/2001 e 76/2006 da CNPD

https://www.cnpd.pt/bin/legis/leis_nacional.htm#proteção_de_Dados_Pessoais

Acórdãos:

Acórdão da Relação de Coimbra de 10 de Maio 2011, Processo n.º 1002/08.4TBTVN.C1, Jorge Arcanjo

Acórdão da Relação de Lisboa de 30 de Novembro 2011, Processo n.º 1401/09.4YXLSB.L1-2, Jorge Leal

Acórdão da Relação de Lisboa de 26 de Junho de 2012, Processo n.º 1269/09.0TVLSB.L1-7, Pimentel Marcos

Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa, de 14 de Março de 2013, Processo n.º 116/11.8YXLSB.L1-6, Vítor Amaral

Acórdão do Tribunal da Relação de Coimbra, de 2 de Julho de 2013, Processo n.º 444/11.2TBSEI.C1, Maria José Guerra

Acórdão n.º 355/97 do Tribunal Constitucional, de 7 de Maio de 1997, Processo n.º 182/97, Tavares da Costa