

O SEGREDO MÉDICO NUMA PERSPECTIVA BIOÉTICA E JURÍDICA

The medical confidentiality from a legal and bioethics perspective

Cândida CARVALHO¹

RESUMO

O presente artigo analisa o segredo médico como condição essencial ao relacionamento médico-doente, o qual assenta no interesse moral, social, profissional e ético, pressupondo e permitindo uma base de verdade e de mútua confiança. Contudo, o carácter absoluto do segredo médico é posto em causa quando se verifica a existência de um interesse legítimo, razoável ou justificado, como a proteção da vida de terceiros. A defesa da vida humana é um dever prioritário que ultrapassa o dever de confidencialidade. Por isso, perante todos os casos de sigilo médico é necessário estimar as condições para poder avaliar a superioridade do interesse a salvaguardar.

PALAVRAS-CHAVE

Segredo médico. Interesse público. Deveres *prima facie*. Princípios bioéticos. Confidencialidade.

ABSTRACT

This paper analyzes the medical confidentiality as an essential condition to the doctor-patient relationship, which takes root on moral, social, professional and ethical interests, and which, in turn, requires and provides for a basis of truth and mutual trust. However, the absolute character of medical confidentiality is undermined when there arises a legitimate, reasonable or justified interest, such as the protection of third-party life. The defense of human life is a primary duty that goes beyond the duty of confidentiality. So in the presence of any case cases of medical confidentiality it is paramount to estimate the conditions in order to assess the primacy of interest to be safeguarded.

KEYWORDS

Medical confidentiality. Public interest. Prima facie duties. Bioethical principles. Confidentiality.

1. INTRODUÇÃO

O tema Segredo Médico tem origem numa tradição histórica no âmbito das relações entre a Medicina e o Direito. Faz parte do juramento de Hipócrates.

¹Doutoranda em Direito na Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa. Mestranda em Direito na especialidade de Ciências Jurídico-Processuais na Universidade Autónoma de Lisboa. Mestranda em Bioética na Universidad del Museo Social Argentino, Buenos Aires. Investigadora no Observatório sobre Direitos Humanos: Bioética, Saúde e Meio Ambiente. Pós-Graduada em Direito da Medicina pelo Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Pós-Graduada em Direito das Energias Renováveis pelo Departamento de Altos Estudos em Direito das Energias Renováveis, da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Licenciada em Direito. Sócio-gerente da empresa Dinis & Carvalho Lda. Auditora do Centro de Direito Biomédico, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Auditora do Centro de Direito da Família, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. candida_carvalho@hotmail.com

Mesmo após quase 2500 anos, esta obrigação que não tem perdido qualquer atualidade faz parte da essência da ética médica e tem penetrado na legislação oficial. De facto, tem ganho um novo significado, vendo-se integrada no desenvolvimento contínuo e apressado das condições de vida do mundo atual, ocorridas devido às transformações radicais da ciência e da técnica. Por um lado, temos atualmente de nos confrontar com um número crescente de perigos e, por outro lado, temos também de esclarecer as atuais constelações do conflito através das quais devemos aceitar limitações parciais, ou seja, algumas brechas na proteção do segredo, cujo núcleo deve ser garantido.

O segredo médico é um dos atributos mais importantes da relação médico-doente, resultando das confidências que o médico recebe do seu doente, com a finalidade de poder prestar-lhe serviços correspondentes à sua profissão, sendo obrigado a guardar esse mesmo segredo em benefício do próprio doente.

O conceito, que implica as confidências feitas ao médico pelo doente, não se restringe apenas ao que o doente manifesta ao médico, mas a tudo o que o médico observa e verifica em ligação à doença, incluindo, neste tudo, o que lhe diz o doente ou outras pessoas, o que o médico observa por si e até o que descobre - mesmo o que o doente pretenda ocultar -, e ainda tudo o que se refere a resultados de meios complementares de diagnóstico.

O facto de um doente se entregar nas mãos de um médico leva-o a confiar em tudo aquilo que pode servir para a sua cura. Esta confiança não pode ficar ao arbítrio do doente, que é o primeiro a desconhecer o que é útil à sua cura.

Todas as confidências devem ser conservadas secretas em benefício do próprio doente, donde se pode deduzir que faz parte do segredo médico tudo o que não possa ser revelado, sem causar prejuízo, desgosto ou contrariedade ao doente ou aos seus familiares.

O Código Deontológico Português, no seu artigo 85º, sobre os princípios gerais do segredo médico, refere: «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.»

Desde Hipócrates que foi reconhecida a obrigação de o médico guardar o segredo médico, visto que só assim o doente pode falar em liberdade dos seus sintomas, hábitos e atividades. Nem o Juramento de Hipócrates nem a Declaração de Genebra mencionam qualquer tipo de exceção. No Juramento de Hipócrates: “Tudo o que vir e ouvir no exercício da minha profissão e no convívio da vida comum e que não deva ser divulgado conservá-lo-ei como segredo”. Na Declaração de Genebra: “Respeitarei os segredos que me forem confiados, mesmo depois da morte do doente”.

a guarda do segredo profissional são raras, mas existem. O segredo médico, quando revelado, deve sê-lo com prudência, pensando-se nos prós e nos contras, nas vantagens e nos inconvenientes. Em caso de dúvida, o médico deve consultar a Ordem dos Médicos.

2. JURAMENTO DE HIPÓCRATES

«Juro por Apolo médico, por Esculápio, por Higéia, por Panacéia e por testemunho de todos os deuses e deusas, cumprir, segundo as minhas possibilidades e a minha razão o seguinte juramento:

Estimarei como meus pais aquele que me ensinou esta arte; farei vida comum com ele e, se necessário, dividirei com ele os meus bens; considerarei os seus filhos como meus irmãos e ensinar-lhes-ei esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; comunicarei os princípios, lições e tudo o resto do ensino a meus filhos e aos dos mestres que me ensinaram, aos discípulos regularmente inscritos segundo os regulamentos da profissão, mas nada mais.

Aplicarei os tratamentos para bem dos doentes segundo o meu saber e nunca para seu mal. Não darei um remédio mortal ou um conselho que o leva À sua morte. Tão pouco darei a uma mulher pessário que possa destruir a vida do feto. Conservarei pura a minha vida e a minha arte.

Não extrairei um cálculo, deixarei esta operação a quem souber praticar a cirurgia.

Em qualquer casa onde entre o farei para bem dos doentes, evitando todo o mal voluntário e toda a corrupção, abstenho-me do prazer do amor com mulheres ou homens, livres ou escravos.

Tudo o que vir e ouvir no exercício da minha profissão e no convívio da vida comum e que não deve ser divulgado, conservá-lo-ei como segredo.

Se cumprir integralmente este juramento, que possa gozar a minha vida e a minha arte e desfrutar da glória entre os homens. Se quebrar este juramento, que me suceda o contrário.^{2»}

Foi este juramento, o Juramento de Hipócrates³, que marcou uma etapa na História da Medicina e o documento que mais contribuiu para fazer da Medicina a mais nobre de todas as profissões.

² PINA, J. A. *Esperança. Ética, Deontologia e Direito Médico*. Lisboa: LIDEL, 2013. P.5.

³ Hipócrates (460 a.C.-377 a.C.) elaborou o seu Juramento, formulando, desta forma, as regras adotadas na Escola Médica, na pequena ilha de Cós do mar Egeu, na Grécia.

3. BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS

3.1. Âmbito e Características da Bioética

A Bioética é o conhecimento transdisciplinar que define as atitudes da humanidade na sua interferência com o nascimento, a vida, a morte, a qualidade de vida e a interdependência de todos os seres vivos.

A Bioética situa-se em zonas de cruzamento de vários conhecimentos, designadamente das tecnociências, como a medicina e a biologia; das humanidades, como a filosofia, a ética, a teologia, a psicologia e a antropologia; das ciências sociais, como a economia, a política e a sociologia; e do Direito. E, neste sentido, a Bioética não trata de uma única disciplina, mas de um conjunto de disciplinas.

A interdisciplinaridade da Bioética pretende manter a autonomia e a independência das áreas científicas e humanistas, respeitando os seus diferentes métodos, linguagem, objetivos e conclusões, mas procurando respostas consensuais para a defesa da dignidade da pessoa humana. Assim, pessoas com motivações ideológicas diferentes podem chegar a um juízo ético comum, acerca de uma situação concreta⁴.

A ciência, ao delegar nas mãos do Homem poderes antes reservados à natureza, em matérias como nascimento, vida e morte, analisa até que ponto o Homem tem autoridade para exercer esses poderes e em que medida aquilo que é tecnicamente possível será eticamente aceitável⁵.

O Homem está subordinado ao ambiente em que vive e, por vezes, está em concorrência com ele. A Bioética preocupa-se, entre outros temas, com a proteção do ambiente, a exploração dos recursos naturais, a desertificação, a poluição, a extinção de espécies, os equilíbrios ecológicos, os desequilíbrios entre países ricos e pobres, e os problemas nucleares⁶.

Os governos carecem de assessoria de uma entidade Bioética para poderem identificar a ocasião oportuna para que certas decisões éticas possam ter expressão em diplomas legislativos. Por estas razões, têm sido nomeadas comissões nacionais de ética; em Portugal, desde 1990 que existe a Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV).

A ciência é universal, mas as culturas são regionais. A Bioética é transcultural e está sujeita a pressupostos culturais, pelo que os mesmos dados científicos poderão ter diferente valor bioético em diferentes países. As dissemelhanças resultantes desencadeiam problemas, como o chamado “turismo bioético” - isto é, a migração de candidatos a determinadas técnicas para países onde são permitidas,

⁴ PINA, J. A. *Esperança. Ética, Deontologia e Direito Médico*. Lisboa: LIDEL, 2013. P. 11.

⁵ *Ibidem*.

⁶ *Ibidem*.

saindo dificultadas, desta forma, as políticas de integração na União Europeia⁷.

Várias instâncias internacionais têm acionado mecanismos que possam conduzir a uma possível harmonização. A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o Conselho da Europa, a União Europeia, a Comissão das Nações Unidas para os Direitos Humanos (CNUDH) e a Organização das Nações Unidas (ONU) têm emitido numerosas declarações, convenções, resoluções, recomendações e pareceres.

3.2. Princípios Básicos da Bioética

Com a chegada da Bioética, na década de 70, tornou-se imprescindível encontrar uma metodologia para analisar os casos concretos e os problemas éticos que surgem nos diversos momentos do ato médico. Tom L. Beauchamp e James F. Childress (1979) publicaram o livro *Principles of Biomedical Ethics*, onde expressaram uma teoria fundamentada em quatro princípios básicos: beneficência, não-maleficência, autonomia ou liberdade, e justiça. Desde esse momento, estes princípios tornaram-se o sustentáculo do desenvolvimento da Bioética e a base na relação médico-doente⁸.

3.2.1. Princípio da beneficência

O princípio da beneficência obriga o profissional de saúde a utilizar todos os meios para melhorar a saúde do seu doente, da forma mais adequada. Aplica-se, primariamente, ao doente que pode beneficiar dos avanços da Medicina.

O princípio da beneficência tem sido associado à relação médico-doente desde os tempos da medicina grega e está expresso no Juramento de Hipócrates: “Aplicarei os tratamentos para bem dos doentes segundo o meu saber e nunca para seu mal”.

O princípio da beneficência força a ponderar a relação perigo-benefício, o que não é fácil, pois a mesma depende dos valores e interesses das pessoas afetadas, da hierarquização dos valores implicados e sua avaliação, e da ponderação das consequências individuais e sociais⁹.

3.2.2. Princípio da não-maleficência

O princípio da não-maleficência baseia-se no dever do profissional de saúde de não causar mal e/ou danos ao seu doente, intencionalmente.

Considerado por muitos como o princípio fundamental da tradição hipocrática da ética médica, o princípio da não-maleficência tem as suas raízes numa

⁷ *Op. Cit.* P.12.

⁸ PINA, J. A. *Esperança. Ética, Deontologia e Direito Médico*. Lisboa: LIDEI, 2013. P.12

⁹ *Op. Cit.* P.13.

máxima que preconiza: “Cria o hábito de duas coisas: socorrer (ajudar) ou, ao menos, não causar danos”. Este preceito, mais conhecido na sua versão em latim (*primum non nocere*), é utilizado, frequentemente, como uma exigência moral da profissão médica. Trata-se, portanto, de um dever profissional que, se não for cumprido, coloca o profissional de saúde numa situação de má prática da Medicina¹⁰.

O princípio da não-maleficência tem importância porque, muitas vezes, o risco de causar danos é inseparável de um procedimento que está moralmente adequado. No exercício da Medicina, este é um facto muito comum, pois quase todas as intervenções diagnósticas ou terapêuticas envolvem um risco de dano.

3.2.3. Princípio da autonomia ou da liberdade

O princípio da autonomia ou da liberdade baseia-se no respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas escolhas e decisões, para que sejam verdadeiramente autónomas ou livres. Têm como base a convicção de que o ser humano deve ser livre de todo o controlo exterior e respeitado nas suas decisões vitais básicas.

O princípio da autonomia ou da liberdade significa que o doente deve ser corretamente esclarecido sobre o seu caso clínico e as possíveis alternativas de tratamento. Depois de os doentes conscientes e competentes serem convenientemente esclarecidos, as suas decisões devem ser respeitadas.

O princípio da autonomia ou da liberdade baseia-se no exame do consentimento esclarecido sobre a relação médico-doente.

Podem surgir conflitos entre o princípio da beneficência e o princípio da autonomia ou da liberdade. O médico pode achar que a decisão tomada pelo doente não é a mais correta para a sua saúde e até para a sua vida. O doente tem o direito a manter o princípio da autonomia ou da liberdade. O médico tem o direito de manter o princípio da beneficência, podendo não respeitar a opção do doente, se aquela for contrária à correta prática profissional ou à sua ética. Para resolver este problema, o médico pode recorrer a um parecer da Ordem dos Médicos¹¹.

3.2.4. Princípio da justiça

O princípio da justiça baseia-se em recursos médicos cada vez mais onerosos e escassos, os quais deverão conduzir à elaboração de critérios para conceder a primazia na utilização de uma dada terapêutica.

Casos semelhantes exigem um tratamento semelhante. Esta equidade não significa que se deva tratar todos os doentes da mesma maneira, mas que cada um tenha acesso aos serviços médicos adequados, dignos e básicos¹².

¹⁰ PINA, J. A. *Esperança. Ética, Deontologia e Direito Médico*. Lisboa: LIDEL, 2013. P.13.

¹¹ *Ibidem*.

¹² PINA, J. A. *Esperança. Ética, Deontologia e Direito Médico*. Lisboa: LIDEL, 2013. P.14.

Uma sociedade justa, que procure a igualdade de oportunidades, deve assegurar que um certo nível de serviços médicos esteja à disposição de todos.

Algumas questões se levantam. Dispondo de poucas camas em unidades de cuidados intensivos, a que doentes atribuí-las? Poder-se-á manter doentes terminais em algumas camas quando há doentes em espera com grande possibilidade de cura?

4. A ÉTICA, O DIREITO À PRIVACIDADE E À INTIMIDADE, E OS DADOS PESSOAIS

Os dados de carácter pessoal são as informações que identificam ou permitem identificar uma pessoa. A identidade é o conjunto de informações, tanto as partilhadas como as compartilhadas, que definem e que singularizam cada um de nós.

Podemos afirmar que desde o século XIX a esfera privada e íntima ganhou contornos muito importantes. A intimidade e a privacidade para os indivíduos passou de uma necessidade a um valor e, antes de mais, é uma questão de liberdade¹³. Passou a ser ao mesmo tempo uma característica e uma exigência das sociedades democráticas, convertendo-se num direito dos cidadãos.

O público e o privado não devem ser concebidos como vias alternativas, mas sim complementares. A noção do privado como oposto do público é simplista e negativista. O indivíduo é um ser social e precisa da sociedade para se desenvolver. A esfera privada só terá sentido dentro das relações sociais e não contra o público ou contra o social. Já não faz sentido idealizar a intimidade como um modo de solidão ou isolamento, mas antes como uma dimensão da pessoa com projecção nas suas relações sociais. E isto está, de uma forma mais patente, na esfera jurídica, onde a conceção defensiva, negativa e estática do direito à intimidade - *the right of privacy* - é insuficiente e, por isso, tem sido completada com uma noção positiva, ativa e dinâmica. Da subtração de uma esfera íntima ou privada frente às ingerências ilegítimas externas chegamos ao atual poder de controlo sobre a informação e os dados relativo às pessoas¹⁴.

A esfera íntima e a esfera privada representam um valor básico que precisa de ser protegido, tanto para a existência individual como para a coexistência coletiva, o que é garantido no plano jurídico como direito fundamental, em textos constitucionais e em documentos internacionais sobre direitos humanos.

A proteção jurídica da intimidade e dos dados de carácter pessoal têm uma breve mas intensa história. Situaríamos o seu começo com o clássico «*The Right to Privacy*» de Samuel Warren e Louis Brandeis, onde se recupera a noção de *privacy*, cunhada pelo juiz Thomas Cooley como o direito a não ser incomodado, a estar só, a ser deixado em paz - *the right to be let alone*¹⁵. Com o passar do tempo, estas primeiras

¹³ SEOANE, José Antonio. *Ética, Derecho y datos personales, s/ local, s/ editora*, 2014. P. 98.

¹⁴ *Op. Cit.* P. 99.

¹⁵ SEOANE, José Antonio. *Ética, Derecho y datos personales, s/ local, s/ editora*, 2014. P. 100.

articulações jurídicas da *privacy* evoluíram e adquiriram perfis distintos — o seu âmbito e o seu conteúdo ampliaram-se. No âmbito europeu a proteção jurídica da intimidade e dos dados pessoais teve início da metade do século XX, no artigo 8º do Convénio europeu para a proteção dos direitos humanos e das liberdades públicas, o Convénio de Roma, reconhecendo o direito à vida privada e familiar.

O direito da intimidade pessoal não é violado por serem colocadas certas limitações à liberdade das pessoas, que resultam de deveres e de relações jurídicas que o ordenamento jurídico regula.

O direito à intimidade da vida privada está intimamente ligado com o respeito pela dignidade humana; sem garantia da intimidade não é possível nem concedível uma existência digna.

A dignidade tem um carácter categórico, incondicionado ou absoluto. A pessoa é o pressuposto e o fim da ordem moral e da ordem jurídica. Tendo em atenção a individualidade e o ser único que é, a pessoa é merecedora de respeito e consideração. Na formulação kantiana, a pessoa tem dignidade e não um preço, não há nada que lhe seja equivalente. No plano interindividual, tal exigência remete à obrigação de respeito recíproco, de respeito a todo o ser humano, sem qualquer tipo de exceção, de maneira que não pode ser instrumentalizado nem substituído por nada nem ninguém¹⁶.

Será conveniente ponderar também uma breve noção de liberdade. A liberdade é o princípio agente do estatuto ético-jurídico dos dados pessoais. Cada ser humano é o protagonista da sua própria vida e, de certo modo, configurador do seu modo de ser. A liberdade é o fio condutor da nossa trajetória vital, pois através do seu exercício cada um de nós configura a sua personalidade e identidade.

No âmbito interindividual, o reconhecimento e o respeito da dignidade dos demais exige que a liberdade seja acompanhada pela responsabilidade, porque sem ela a liberdade destruir-se-ia. A responsabilidade representa o vínculo e o compromisso do sujeito com as suas decisões e ações. Em primeiro lugar, a liberdade significa autodeterminação livre, e aqui fica determinada a nossa capacidade de decisão sobre as nossas próprias ações. E, e segundo lugar, liberdade é também ser-se responsável pelo que se faz e pelas consequências dos nossos atos¹⁷.

O direito da proteção de dados pessoais é a especificação da liberdade, concebida num sentido mais positivo e ativo, como autodeterminação informativa, e constitui o paradigma do giro autonomista do regime jurídico de tutela dos dados de carácter pessoal. Este giro autonomista coincide com o novo paradigma ético, jurídico e político — o Estado constitucional de Direito. Em relação aos dados pessoais, o direito da proteção de dados pessoais consiste em que cada um pode e

¹⁶ *Op. Cit.* P. 120.

¹⁷ SEOANE, José Antonio. *Ética, Derecho y datos personales, s/ local, s/ editora*, 2014. P. 121.

deve decidir como quer identificar-se e ser identificado, procurando-se o equilíbrio entre a dimensão individual e a dimensão social da identidade e dos dados pessoais¹⁸.

5. O SEGREDO MÉDICO

O segredo é a verdade de cada um perante si próprio e perante os outros, dada a alguém sem o seu consentimento de revelação. Esta definição não se afasta da definição de segredo médico, pois este é também a verdade do doente dita ao médico, sem o consentimento de revelação, tendo em conta uma relação estabelecida entre ambos, fundada na doença ou na prevenção da doença¹⁹.

Para Helena Moniz, a esfera do segredo é fundamental na relação médico-paciente. É uma relação que exige uma permanente troca de informação ditando um dever de confidencialidade por parte do médico. Este dever de confidencialidade resultante do direito à reserva da vida privada abrange todas as informações de que o médico tenha conhecimento devido à sua profissão²⁰.

Na base do tipo legal de crime de violação de segredo está o dever de confidencialidade, no quadro do qual se pretende proteger a privacidade em sentido material, compreendendo não só a esfera da intimidade como também a esfera da privacidade, *stricto sensu*²¹.

Segundo Costa Andrade, a privacidade é protegida na medida em que exista um segredo. Deste modo, integra este tipo legal de crime aquele que revela um facto que apenas é conhecido por um número relativo de pessoas, e em relação ao qual aquele a cuja esfera pertence tem a vontade, «assente num interesse razoável», de que o segredo continue apenas conhecido por esse número relativo de pessoas ou de quem ele mesmo decidir²².

O segredo integra três elementos: os factos conhecidos de um círculo de pessoas; a vontade de que os factos continuem sob reserva; e a existência de um interesse legítimo, razoável ou justificado na reserva²³. Para Costa Andrade, o segredo tem de ser digno de tutela à luz da experiência concreta do portador e da sua relação específica com o facto²⁴.

¹⁸ *Op. Cit.* P. 122.

¹⁹ RUEFF, Maria do Cén. *Confidencialidade Médica e Prevenção: Conflito de Deveres e Interesses Públicos. Cadernos de Bioética* n.º38, Setembro de 2005: Centro de Estudos de Bioética, 2005. P. 259.

²⁰ MONIZ, Helena. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal, Ano 10, Outubro-Dezembro 2000. Coimbra: Coimbra Editora, 2000. P. 636*

²¹ MONIZ, Helena. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal, Ano 10, Outubro-Dezembro 2000. Coimbra: Coimbra Editora, 2000. P. 636*

²² ANDRADE, Manuel da Costa. *Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial, Tomo I. Coimbra: Coimbra Editora, 1999. N.º16 do artigo 195.º.*

²³ MONIZ, Helena. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal, Ano 10, Outubro-Dezembro 2000. Coimbra: Coimbra Editora, 2000. P. 637*

²⁴ ANDRADE, Mannel da Costa. *Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial, Tomo I. Coimbra: Coimbra Editora, 1999. N.º20 do artigo 195.º.*

Para o autor, aquele que tem conhecimento do segredo tem um dever de silêncio e um dever de preservar a inviolabilidade do segredo, violando este dever aquele que identifica os factos e as pessoas²⁵. No que respeita ao segredo médico, este abrange não só o tipo de tratamento sofrido pelo paciente, mas também o contexto em que ele foi tratado ou apenas em que visitou o médico²⁶.

A dúvida sobre o carácter absoluto ou relativo do segredo médico justifica-se devido à existência de doenças contagiosas e outras, as quais podem levar os seus portadores a ter comportamentos que ponham em risco valores essenciais como a vida, a integridade moral e física, a liberdade, a segurança e a saúde das pessoas; havendo então um conflito de interesses entre o interesse individual em ver resguardada a verdade da pessoa (como a intimidade da sua vida privada, a honra, a dignidade, a autonomia) e o interesse da comunidade na inviolabilidade da vida, integridade, liberdade e segurança²⁷.

O tema do segredo médico é muito delicado porque não há medicina sem segredo e a medicina existe para garantir a vida. Mas, em situações concretas, há vidas que poderão ser poupadas se de certa forma violarmos o segredo médico, não pondo em causa o princípio básico do segredo, nem o princípio da confiança nos médicos e no exercício da medicina²⁸.

É lógico que o médico está limitado pelos sistemas em que se encontra inserido, como os contextos de relação médico-doente, de saúde pública, de cooperação com a justiça e com os serviços sanitários; e pelos planos jurídicos em que se projeta a sua atuação, como, por exemplo, os planos criminal, processual penal, administrativo, deontológico e civil; ou os quadros normativos que norteiam a sua conduta como médico.

Entre todos, nem sempre o conteúdo normativo é coincidente e podem surgir aos médicos concursos de interesses determinantes de conflitos de deveres, os quais justificarão legalmente, em certos casos, a quebra do dever de segredo médico²⁹.

Suponhamos o seguinte caso: A e B, casados, doentes do mesmo clínico geral, decidem fazer, em consultas separadas, análises para o rastreio do HIV; obtidos os resultados, comunicados também separadamente, verifica-se que A é portadora do vírus e B não, mas aquela recusa-se a comunicar a seropositividade a B e a ter de futuro com B relações sexuais protegidas. Verifica-se aqui a possibilidade de haver os crimes de violação de segredo e de propagação de doença contagiosa, por omissão, inclusive da parte do médico, e aqui levanta-se novamente a problemática com a possibilidade de violação de segredo profissional e perpetração do respetivo crime por parte do mesmo médico.

²⁵ *Op. Cit.* N.º29 do artigo 195.º.

²⁶ *Op. Cit.* N.º17 do artigo 195.º.

²⁷ *Op. Cit.* N.º17 do artigo 195.º.

²⁸ RUEFF, Maria do Cêu. *Confidencialidade Médica e Prevenção: Conflito de Deveres e Interesses Públicos. Cadernos de Bioética* nº38, Setembro de 2005: Centro de Estudos de Bioética, 2005. P. 260.

²⁹ *Op. Cit.* P. 261.

Nos termos da lei penal o médico tem pois um dever de omitir face a A, e um dever de agir, face a B, e deste modo, encontra-se perante um conflito de deveres. A doutrina portuguesa tem entendido que quando há um conflito entre atuar e omitir, a problemática deve tratar-se em sede de Direito de Necessidade. De acordo com este preceito exige-se uma adequação da atuação do médico ao afastamento de um perigo atual que ameace interesses e ainda se exige a ponderação dos interesses concretos em presença, de modo a avaliar a superioridade do interesse a salvaguardar³⁰.

Podemos encontrar no Direito a relação de valores subjacentes aos interesses em presença. O nº1 do artigo 24º da Constituição da República Portuguesa, que consagra a inviolabilidade da vida, e o emprego constante deste preceito admitem afirmar que o valor vida ocupa o topo na hierarquia axiológica da Constituição e que a integridade pessoal só poderá apreciar quando existir vida, visto que sem ela não haverá pessoa. Na relação de valores existente privilegia-se o valor vida, aplicando ao caso a pauta valorativa constitucional. Assim, se o médico comunicar a seropositividade considerar-se-á justificado esse comportamento e excluída a ilicitude da violação de segredo³¹.

O mesmo não se aplica nos casos em que o médico não mantém nenhuma relação médica, ou outro tipo de relação mais pessoal, com as pessoas mais próximas ao seu paciente seropositivo, as quais poderão ser vítimas de contágio.

Na doutrina portuguesa existem diversos entendimentos. Para Manuel da Costa Andrade, nestas situações deve-se excluir a ilicitude do comportamento do médico que quebre o segredo. Para Teresa Pizarro Beleza, existe um conflito de difícil solução entre o dever de segredo e o dever de salvar a vida. Propõe uma concordância prática entre deveres inevitavelmente conflitantes e lembra que não estará só em causa o dever de segredo mas também o risco de efeitos perversos de uma tomada de posição com intuítos preventivos³².

Em suma, a violação de segredo está sujeita ao regime geral das causas de justificação. Então, para além do consentimento, justifica-se a quebra de sigilo sempre que haja uma autorização legal a permitir, ou quando estamos perante uma situação de direito de necessidade. Assim sendo, pode o segredo médico ser violado, sempre que a pessoa a quem respeita o teor das informações sigilosas autorizar a sua divulgação, ou sempre que se verifique uma situação de perigo iminente que ameace interesses superiores ao interesse ameaçado e quando seja razoável impor ao lesado o sacrifício desse interesse³³.

³⁰ *Ibidem*.

³¹ RUEFF, Maria do Cén. *Confidencialidade Médica e Prevenção: Conflito de Deveres e Interesses Públicos. Cadernos de Bioética nº38, Setembro de 2005: Centro de Estudos de Bioética, 2005. P. 260.*

³² *Op. Cit.* P. 264.

³³ MONIZ, Helena. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal, Ano 10, Outubro-Dezembro 2000. Coimbra: Coimbra Editora, 2000. P. 637*

Em relação à denúncia obrigatória, em princípio o dever de segredo prevalece sobre o dever de denúncia obrigatória, a não ser que estejam em causa crimes graves, como o crime contra a vida. No entanto, se a revelação de segredo for necessária para evitar a condenação penal de um inocente, ela já se torna lícita³⁴.

No Reino Unido também tem ocorrido debate sobre esta questão, havendo várias decisões de Tribunais superiores que permitem afirmar a existência de uma determinada tendência jurisprudencial. Os Tribunais reconhecem que a obrigação de confidencialidade dos médicos é justificada por um interesse público e que o dever dos médicos de preservar a confiança dos doentes reflete uma questão pública de saúde e não uma questão individual de privacidade dos doentes³⁵. Para estes Tribunais é necessário agir com cautela e de uma forma equilibrada. É necessário avaliar o interesse público na manutenção do segredo médico e avaliar o interesse, que é igualmente público, na revelação, embora o conflito seja colocado entre interesse privado (manter o segredo) e interesse público (quando se verifica todos os pressupostos para a violação do dever de segredo médico).

Para Maria do Céu Rueff é necessário criar uma deontologia do doente, bem como que se entrecruzem alguns dos tradicionais princípios jurídicos com os que também já vão sendo tidos por tradicionais princípios da Medicina e da Bioética. Segundo a autora, deveriam ser conjugados os princípios do segredo com o da responsabilidade e da autonomia, ou o da justiça com o do segredo e o da responsabilidade. No caso do portador do HIV/Sida resultaria, daí, um dever de verdade e de proteção de terceiros, por parte do doente, em relação à comunidade e ao médico; mas também os direitos à confidencialidade e anonimato do doente, em relação à classe médica e à comunidade³⁶.

5.1. Observação bioética ao segredo médico

O segredo médico é um tema bastante delicado e muito controverso na doutrina nacional e internacional. Todavia, através de duas situações clínicas reais poderemos visualizar a complexidade do tema e a necessidade de analisar cada caso minuciosamente:

a) Um motorista de autocarros públicos procura um especialista para futuro tratamento de depressão. Durante a consulta confidencia que quando está a trabalhar, devido ao seu desespero e angústia profunda, pensou diversas vezes em atirar o autocarro por um barranco.

Felizmente, neste caso em particular, o paciente aceitou voluntariamente

³⁴ ANDRADE, Manuel da Costa. *Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial, Tomo I. Coimbra: Coimbra Editora, 1999. N.º57 do artigo 195.º.*

³⁵ RUEFF, Maria do Céu. *Confidencialidade Médica e Prevenção: Conflito de Deveres e Interesses Públicos. Cadernos de Bioética n.º38, Setembro de 2005: Centro de Estudos de Bioética, 2005. P. 264*

³⁶ *Op. Cit. P. 266.*

hospitalizar-se, mas caso não o tivesse feito provavelmente ter-se-ia de ter recorrido a uma hospitalização não voluntária de carácter urgente ou administrativa. Neste caso, se tal fosse aceitável, depois de conversar com o paciente deveríamos informar a família dos riscos existentes e proceder a um controlo médico estrito. Na possibilidade de não haver familiares, depois de conversar com o paciente deveríamos chamar o representante da empresa e informá-lo de que o paciente não se encontrava em condições de exercer as suas funções até autorização médica — sem deixar de se ter presente que apenas deve ser revelado o mínimo de informação necessária ao superior responsável do paciente.

b) Paciente com uma parafilia sádica³⁷ e transtorno de personalidade grave pede ajuda médica porque é atormentado por fantasias de torturar e matar mulheres desconhecidas, e iniciou recentemente condutas sádicas, como golpes e humilhação, com prostitutas, ao ponto de as mesmas apresentarem lesões de gravidade média. Até ao momento, estas práticas cingiram-se apenas a prostitutas e a esposa do paciente ainda não notou qualquer tipo de mudança no comportamento do seu cônjuge.

Este caso é de todos o mais complexo porque apresenta diversas dificuldades. Primeiramente, temos um paciente que, sem sombra de dúvidas, colocará em risco a integridade física de alguma mulher. Em segundo lugar, não temos ninguém específico a quem advertir, visto que são em número de milhares as possíveis e potenciais vítimas. Terceiro, a polícia ou outra autoridade poderiam deter o paciente em questão, mas seria um ato inútil porque muito provavelmente o doente iria negar o que tinha confidenciado ao médico e, na ausência de denúncias, teria de ser deixado em liberdade. Em quarto lugar, uma hospitalização não voluntária não melhoraria o caso porque o paciente não iria seguramente colaborar, e o tratamento de longo prazo não seria cumprido.

Assim sendo, o mais recomendado nesta situação seria: haver a consciencialização que foi o paciente quem procurou o médico; obter a confiança do paciente por parte do médico; incentivar o paciente à terapia psicológica e farmacológica destinada à problemática das fantasias e de forma a baixar os níveis de impulsividade e libido; e, com autorização do paciente, estabelecer diálogo entre o médico e a esposa daquele, obtendo-se assim algum controlo externo.

Portanto, através deste caso verificamos que nem sempre nestas situações é necessário quebrar o segredo médico porque, por um lado, é inviável a denúncia e, por outro lado, com a denúncia o paciente perde a confiança no seu médico, o

³⁷ Trata-se de uma recorrente e intensa aparição de fantasias sexuais que envolvem atos reais com objetos, animais, crianças ou adultos que não dão o seu consentimento, com o intuito de lhes provocar dor e sofrimento. Através destas práticas de humilhação, dor, sofrimento e extravagância o sujeito consegue atingir o nível máximo de prazer sexual. Disponível em <<http://www.monografias.com/trabajos26/parafilias/parafilias.shtml>> consultado a 17/01/2015.

que pode levar ao abandono da terapia, ao não retorno às consultas e ao aumento do risco de violência.

6. CONCLUSÃO

A quebra do segredo médico deve ser entendida como uma exceção. A justificação da divulgação de informações obtidas na relação médico-paciente está, naturalmente, em questão quando seja necessária para proteger bens mais valiosos, como a saúde e a vida. Devemos pensar, por exemplo, na informação a um parente sobre os perigos de infecção por uma doença grave. Também se pode tratar de perigos para toda a sociedade, e aqui falamos do interesse público.

O segredo médico não pode ser entendido como um dever absoluto ou um direito absoluto. Como podemos constatar ao longo de todo o artigo, existem exceções às concepções absolutas referidas, embora a regra geral seja a manutenção da confidencialidade como condição necessária para a relação médico-paciente; é através desta que o médico consegue efetivamente ajudar os pacientes.

Na vida prática, levantam-se muitos problemas de difícil solução, sendo à consciência esclarecida do médico que cabe a resolução. Por isso, perante casos tipo Tarasoff e seguindo os melhores ensinamentos de Carlos Téllez³⁸, devemos, primeiramente, fazer uma boa avaliação clínica, procurando conhecer os verdadeiros riscos que terceiros possam potencialmente correr para podermos fazer uma possível denúncia; é adicionalmente aconselhável que o médico converse com o seu paciente de forma a não surpreendê-lo com a denúncia. Em segundo lugar, devemos avaliar muito bem quem será a pessoa ou a instituição que recebe a denúncia – não esquecendo que a informação revelada deve ser a mínima suficiente para prevenir o dano.

Para finalizar, é necessário ter em consideração que cada caso é um caso; isto é, não há uma fórmula geral para resolver todas as situações de segredo médico; o médico terá de estudar cada caso de forma particular, e aqueles que forem de maior complexidade deve discuti-los com colegas que tenham alguma experiência, deixando na ficha clínica do paciente os problemas, as decisões tomadas e a sua argumentação, bem como, no caso de discussão com os colegas, os resumos das conclusões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Manuel da Costa. *Comentário Conimbricense do Código Penal*, Parte Especial, Tomo I. Coimbra: Coimbra Editora, 1999.

CARVALHO, Cândida. *Direitos Humanos, Bioética, Meio Ambiente*. Buenos Aires:

³⁸ TÉLLEZ, Carlos. *Comentarios sobre el caso Tarasoff*. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, n°45, 2007. P. 71.

UMSA Editora, 2015.

HÜNERFELD, Peter. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, ano 14, nº1 e 2, Janeiro-Junho 2004. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.

MONIZ, Helena. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, Ano 10, Outubro-Dezembro 2000. Coimbra: Coimbra Editora, 2000.

NOVOA, Fernando. *Los aspectos éticos del caso Tarasoff*. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria, nº45, 2007.

PINA, J. A. Esperança. *Ética, Deontologia e Direito Médico*. Lisboa: LIDEL, 2013.

RUEFF, Maria do Céu. *Confidencialidade Médica e Prevenção: Conflito de Deveres e Interesses Públicos*. Cadernos de Bioética nº38, Setembro de 2005: Centro de Estudos de Bioética, 2005:

SEOANE, José Antonio. *Ética, Derecho y datos personales*, s/local, s/editora, 2014:

TÉLLEZ, Carlos. *Comentarios sobre el caso Tarasoff*. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria, nº45, 2007.

Recebido em: 08.11.2015

Aceito em: 16.01.2016