

VIOLAÇÃO DE SEGREDO EM MEDICINA

Maria do Céu RUEFF*

RESUMO

Neste artigo é abordada a evolução histórica da protecção legal do segredo médico em Portugal. São analisadas situações que levam à sua relativização, bem como o regime actualmente em vigor no Código Penal e no Código Deontológico dos Médicos. Finaliza-se com concretizações de regime tendo em conta a situação específica do Vírus da Imunodeficiência Humana – SIDA.

SUMMARY

BREACH OF CONFIDENTIALITY IN MEDICINE

This paper deals with the historical development of the legal protection of medical confidentiality in Portugal. Situations that have led to its relativization, and the present Portuguese legal framework (Criminal Code and the Code of Professional Ethics of the *Ordem dos Médicos*) are analysed. Finally, the paper focuses on the implementation of the legal framework, taking into account the specific situation of HIV/AIDS.

M.C.R.: Centro de Direito Biomédico da Universidade de Coimbra. Universidade Lusitana. Lisboa

© 2010 CELOM

*Por Convite AMP

HISTÓRIA DA RELATIVIZAÇÃO DO SEGREDO

Desde o primeiro Código Penal português, de 1852, que entre nós a violação do segredo médico é sancionada, de forma genérica, através do delito de violação de segredo profissional, previsto, ao tempo, no artigo 290º. Este preceito, relativo à revelação por empregado público de segredo de que fosse depositário em função do exercício do seu emprego, era extensivo a todos os que exercessem qualquer profissão que, e usando os seus termos, *requiera título e sendo em razão dela depositários dos segredos que se lhes confiarem*, como era o caso da medicina.

Porém, desde o Decreto-Lei n.º 32 171, de 29 de Julho de 1942, relativo ao sigilo médico e exercício ilegal da medicina, passou a haver normas de natureza penal e processual penal respeitantes especificamente a esta matéria, pelo que, em face de lei especial era afastada a lei geral, passando a vigorar o artigo sétimo deste diploma que previa pena de prisão para o médico que revelasse, sem justa causa, segredo que viesse ao seu conhecimento em razão da sua profissão. Considerava-se que havia justa causa se a revelação se tornasse necessária para salvaguardar interesses manifestamente superiores, em especial, quando a revelação fosse imposta por lei, como nos casos dos números 1 e 3 do artigo 4º do Decreto-Lei n.º 32 171ⁱ e por suspeita de qualquer crime público.

Sobre este diploma pode ler-se no Parecer da Procuradoria-Geral da República n.º 648, de 24 de Julho de 1943, *O segredo profissional não é, assim, protegido em razão de um interesse puramente particular ou mesmo de classe, quando estreitamente considerado, mas sim em virtude de um interesse geral ou público, pela susceptibilidade de poder respeitar, ou por respeitar, com efeito, à totalidade dos ofendidos. Mas este interesse público cede, ou deve ceder, naturalmente, perante outro interesse público mais forte, e é por isso que hoje, por toda a parte, se entende que a obrigação do segredo profissional não deve ser mantida quando razões superiores àquelas que determinaram a sua criação imponham a revelação dos factos conhecidos durante as relações profissionais*¹.

Esta passagem é muitíssimo elucidativa acerca do modo como é encarado então o segredo médico em Portugal: primeiro, ele é estatuído em função de um interesse público, e não de qualquer interesse particular, seja do doente, seja do profissional de saúde, ou mesmo, em termos mais alargados, de uma classe; segundo, a concepção de segredo médico, ínsita em norma que especialmente o criminaliza e em diploma que regula o exercício

da medicina, é uma concepção não absoluta mas relativa, permitindo que o segredo cesse quando a revelação se torne necessária para salvaguardar interesses manifestamente superiores.

Permitindo-nos comparar este preceito com alguns sistemas estrangeiros, dir-se-ia ser o nosso modelo de 1942 bastante avançado e dir-se-ia mesmo mais: que o é tanto para a época quanto para os dias de hoje. A um tempo, porque já é suficientemente *lúcido* acerca da necessidade de relativização do segredo médico em determinadas circunstâncias, o que não acontece ainda hoje com a doutrina e jurisprudência francesas, divididas, por vezes, quanto a esta questão. A outro tempo, na medida em que já prevê, com clareza, a chamada *doutrina do interesse público aplicada à medicina* que se estabeleceu no Reino Unido, pelo menos a partir dos casos *AG v Guardian Newspaper* (1990) e *W v Egdell* (1990), e, segundo a qual, há, em cada caso, que proceder a uma operação de equilíbrio entre o interesse público na manutenção da confiança que leva à consagração do segredo e outro interesse público compensador que possa favorecer a revelação. Note-se que, no nosso sistema de 1942, já se encontravam tipificados legalmente certos casos de justa causa de revelação. É uma filosofia que, de resto, não se encontra longe da teoria do tipo justificador da protecção de interesses legítimos (*Wahrung berechtigter Interessen*), a que se referia o Projecto alemão de 1962ⁱⁱ.

Em 1956 é publicado o *Estatuto da Ordem dos Médicos* (doravante identificado pelas iniciais EOM) através da aprovação do Decreto-Lei n.º 40 651, de 21 de Junho, do mesmo ano. O novo diploma continha normas específicas relativas ao segredo médico, algumas das quais pareciam colidir de alguma forma com o estatuído no Decreto-Lei n.º 32 171, *maxime* com o estabelecido no seu artigo 7º, colocando-se a questão de saber se tinha havido revogação deste preceito por aquele EOM. Sobrelevou então a opinião de Eduardo Correia³, segundo a qual a doutrina do art.º 7º do Decreto-Lei n.º 32 171 continuava em vigor. De qualquer forma, a ideia de que o dever de segredo profissional devia ceder perante a defesa de interesses manifestamente superiores – ideia que de resto aflorava segundo Eduardo Correia³, no número 3º do artigo 91º – mereceu continuar a deter plena validade. E, na verdade, o artigo 7º do Decreto-Lei n.º 32 171 só veio a ser expressamente revogado pelo número dois do artigo 6º do Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro, diploma preambular do Código Penal de 1982, o que vai no sentido da manutenção dos seus efeitos até então, ou, pelo menos, da permanência da dúvida acerca da sua vigência durante todo esse tempo.

A articulação entre o Decreto-Lei n.º 32 171 e algumas normas do EOM é feita por Correia das Neves (1963)⁴, que nos ensina a articular uma disposição de cariz penal – como é a do artigo 7º do Decreto-Lei n.º 32 171 –, com as normas da deontologia profissional médica, operação que ainda hoje terá de ser efectuada por quem pretender aplicar a tipologia criminal da violação de segredo à questão médica. Também o Estatuto da Ordem dos Médicos (aprovado pelo já citado Decreto-Lei 40 651) dedica toda uma secção ao segredo (a IV do Cap. IV). E com efeito, depois de no artigo 89º do Estatuto se acentuar, expressamente, que o segredo profissional constitui matéria de interesse moral e social, o artigo 91º vem determinar que *são causas escusatórias do segredo profissional*: 1.º – *As determinações da lei em contrário*; 2.º – *O consentimento do doente ou seu representante, quando não prejudique terceiros pessoas que tenham interesse e parte no segredo*; 3.º – *O que for absolutamente necessário à defesa da dignidade, direito e interesses morais do médico e do doente, não podendo em qualquer destes casos o médico revelar o que seja objecto de segredo profissional sem prévia consulta ao Presidente da Ordem*. Estas normas, esclarece Correia das Neves, são completadas com os esclarecimentos dos artigos 92º a 96º do Estatuto, vieram completar os casos de justa causa de revelação apontados no artigo 7º do Decreto-Lei 32 171, tendo sido propósito do Estatuto esclarecer certas dúvidas e ampliar o âmbito já delimitado das causas legítimas de quebra do sigilo médico⁴.

Apesar de o quadro legal se ter, então, tornado mais claro, continuaram a surgir dúvidas, nomeadamente no caso de necessidade de articulação do dever de segredo com o dever de colaboração com a justiça, acabando a lei por vir a conferir a uma entidade estranha à Ordem dos Médicos – o presidente dos Tribunais de segunda instância ou Tribunais da Relação – a solução de eventual conflito que viessem a surgirⁱⁱⁱ.

Em conclusão, pareceu normal ao legislador da altura que uma norma de cariz penal viesse a ser entrecruzada com normas de cariz deontológico, as quais, ou emprestaram o seu sentido, integrando e concretizando o sentido da primeira, ou a interpretaram e completaram, com casos entretanto vindos a lume. Harmonização de normas que surge assim como normal e é tão natural quanto já o era o facto de ser no campo profissional deontológico que se poderiam encontrar critérios de aferição da justa técnico-profissional da prática médica, e isto pelo menos desde o Decreto-Lei n.º 29 171, de 24 de Novembro de 1938, que instituiu a Ordem dos Médicos em Portugal.

O SEGUNDO CÓDIGO PENAL (EM VIGOR) E O CÓDIGO DEONTOLÓGICO DOS MÉDICOS

Em 1 de Janeiro de 1983 entrou em vigor um novo Código Penal, o qual se encontra em vigor, apesar de contar com algumas alterações.

Deixou de prever-se especificamente o crime de violação pelo médico do dever de segredo profissional, passando, no entanto, a figurar no novo diploma, o artigo 184º relativo à *Violação do segredo profissional*, incriminação geral de violação de segredo aplicável a 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.

O Código veio a prever ainda uma norma – o artigo 185º – que, sob a denominação de *Exclusão da ilicitude*, estatuiu que a violação de segredo não seria punível se fosse revelado no cumprimento de um dever jurídico sensivelmente superior ou se visasse um interesse público ou privado legítimo, quando, considerados os interesses em conflito e os deveres de informação que se impunham ao agente, pudesse considerar-se um meio adequado para alcançar aquele fim.

Este preceito definia as causas de exclusão da ilicitude em caso de violação de segredo e constituía, na expressão elucidativa do Juiz Graça⁵, *índice da relativização do segredo*. As palavras utilizadas por este último são tanto ou mais acertadas quanto é certa a semelhança do preceito com a disciplina antes constante do artigo 7º do Decreto-Lei n.º 32 171, atinente aos casos em que se admitia ao médico a justa causa de revelação de segredo, e nos permitiu considerar, então, igualmente, que havia *relativização*, expressa e legal, do segredo médico em Portugal.

Este artigo veio a desaparecer em 1995, com a reforma então operada ao Código Penal de 1982 pelo Decreto-Lei n.º 48/95 e que, no tocante ao nosso tema, determinou, não só o desaparecimento do artigo 185º, como introduziu uma diferente redacção para o tipo incriminador do segredo que passou a ser a que consta hoje do artigo 195º^{iv}. Este preceito aplica-se a todas as pessoas constantes do número 1 do artigo 135º do Código Processo Penal, entre as quais se contam os médicos^v.

Acerca da conjugação dos preceitos do Código Penal sobre segredo com o preceituado no art. 135º do Código Processo Penal, Cunha Rodrigues dizia conclusivamente: *Este regime está imbuído da prudência exigida pelo medlindre dos interesses em jogo e pelo referencial ético que deve inspirar a decisão. Os ingredientes apresentados à consciência do magistrado e do médico são os mesmos.*

*Sobre um e outro, precipitam-se, no momento de decidir ou de optar, razões que são, ao mesmo tempo, de ordenamento jurídico e de deontologia médica*⁶.

Este comentário é duplamente sábio: primeiro, porque põe em evidência que pode haver diferentes momentos, locais e pessoas para tomar a decisão de ponderação de interesses, o que acontecerá imensas vezes na questão médica, entendendo esta, seja em sentido restrito (decisão, essencialmente, de diagnóstico, prognóstico e delineamento de eventual terapia, caso haja, seguindo de perto Kennedy, 1991:30)⁷, seja em sentido mais alargado de modo a incluir também aquelas decisões que comportam um referencial ético e bioético e que o médico tem necessidade muitas vezes de tomar aquando do exercício das suas funções; segundo, porque mostra que, ao decidir, tanto o médico como o juiz deverão ter em conta razões, simultaneamente, de ordenamento jurídico e de deontologia médica.

Este foi talvez o motivo certo que levou o nosso legislador, no passado, a separar o regime do segredo médico do regime geral do segredo profissional e a entrecruzá-lo de modo quase *intuitivo* com o estatuído no campo da deontologia médica, facto que ainda se confirma com o suporte jurídico conferido a este tipo de normas.

Lançamo-nos, com isto, na explicação – aqui igualmente devida –, da evolução entretanto operada no âmbito da regulação do exercício da medicina e da deontologia médica.

O Decreto-Lei n.º 282/77, de 5 de Julho, veio dotar a Ordem dos Médicos de uma disciplina nova, vindo a ser dado relevo no novo Estatuto da Ordem dos Médicos [(novo) EOM] e afirmando-se no respectivo artigo 80º que é atribuição do Conselho Nacional de Deontologia Médica, elaborar um Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

Este Código Deontológico veio efectivamente a ser publicado na Revista da Ordem dos Médicos n.º 3/85 Março, apesar de nunca ter sido aprovado pelo Governo nem publicado no Diário da República, o que o tornava discutível enquanto instrumento jurídico. Recentemente verificou-se, no entanto, uma alteração, tendo sido publicado no Diário da República, segunda Série – número 8, de 13 de Janeiro de 2009, o Regulamento número 14/2009, contendo o novo Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Estas normas assumem hoje, deste modo, um outro estatuto, possuindo um mais forte suporte normativo. São aplicáveis a médicos e com valia entre os cidadãos em geral, e encontram-se incluídas em instrumento que contou com a aprovação por acto legislativo formal, bem como com a publicidade inerente a esta categoria de actos, isto é, publicação no Diário da República^{vi}.

Na senda de Cunha Rodrigues⁶, diríamos sobre as normas deontológicas que elas poderão desempenhar um papel relevante, porque são expressão deontológica de um grupo profissional e na medida em que ajudam a avaliar a ilicitude e a culpa. Com as suas palavras: ... *as normas deontológicas, para além da sua irrecusável eficácia interna, podem ser utilizadas na concretização de cláusulas gerais e como critérios de avaliação da ilicitude e da culpa, o que é importante numa matéria que apela frequentemente à subjectividade e às circunstâncias*. Guilherme de Oliveira também afirma que *as normas deontológicas serão aplicadas directamente em processos disciplinares dentro dos órgãos da Ordem e serão aplicadas indirectamente, nos processos de responsabilidade civil ou penal*⁸. Coloca-se, por outro lado, o problema do valor jurídico desta forma de auto regulação profissional e mesmo o da eventual discrepância entre normas deontológicas e normas de legislação ordinária. Mas esta última questão, como também afirma aquele autor (de Coimbra), *só pode ter uma solução: as normas deontológicas têm de se subordinar à legislação ordinária*⁸.

O artigo 13º, alínea c), do [novo] EOM prevê o dever dos médicos de guardar segredo profissional. Por sua vez, o artigo 86º, número 2 do Regulamento n.º 14/2009, de 13 de Janeiro esclarece o âmbito do segredo e diz expressamente que ele *abrange todos os factos que tenham chegado ao conhecimento do médico no exercício da sua profissão ou por causa dela...*

Os casos de exclusão do dever de segredo vêm previstos noutros preceitos do Regulamento n.º 14/2009, de 13 de Janeiro, devendo notar-se sobretudo os artigos 88º *Escusa de segredo médico*, para consentimento do doente e outras situações do médico e doente, 53º *Protecção de diminuídos e incapazes*, 89º *Precauções que não violam o segredo médico*, tendo em conta a defesa da saúde e a salvaguarda da vida e saúde de pessoas que possam contactar com o doente, nomeadamente membros da família e outros conviventes, 113º *Saúde pública*, cujo número um prevê a cooperação com os serviços sanitários para defesa da saúde pública e participação às respectivas autoridades dos casos de doença contagiosa de declaração obrigatória.

Na situação oposta, isto é, defesa do segredo, devem ter-se em conta o artigo 91º *Intimação Judicial*, destinado à situação de médico chamado como testemunha ou perito que em Tribunal não pode prestar declaração que ponha em causa o segredo, salvo consentimento do doente e o artigo 118º *Médico perito*, ou médico com dupla responsabilidade (MDR) (assessor de juiz, nas juntas médicas, médico de Trabalho e das companhias de seguro, nomeadamente), deve respeitar igualmente o segredo.

O percurso deu-se no sentido do dever de segredo à relativização do silêncio ou à exclusão da ilicitude. Com efeito e em resumo:

- O carácter absoluto do segredo médico deixou de existir no nosso ordenamento pelo menos a partir do Decreto-Lei n.º 32 171, de 29 de Julho de 1942, que consagrou a possibilidade de revelação de sigilo, se fosse necessária para salvaguardar interesses manifestamente superiores.

- Posteriormente, o EOM, de 1956, consagrou um preceito contendo nova disciplina sobre as causas escusatórias de segredo, ampliando o âmbito das causas legítimas de quebra já constantes do diploma de 1942, e entrecruzando-o com ele.

- Há especificidade suficiente sobre a questão médica que justifique tratamento penal individualizado sobre segredo, mas ele deixou de existir desde a entrada em vigor do segundo Código Penal Português.

- Em 1982, o Código Penal vem a prever, no artigo 185º, as causas de exclusão da ilicitude em caso de violação de segredo profissional, constituindo esse facto um índice claro da *relativização do segredo*⁵.

- No entanto, em 1995, com a reforma então operada ao Código Penal, é abolida a disciplina de tal preceito, atirando-se o regime da justificação, no caso do delito de violação de segredo, para o jogo normal das causas de exclusão da ilicitude previstas em geral no diploma penal.

- Não nos parece que esteja consagrado na lei, no caso do delito de violação de segredo, a doutrina da prossecução de interesses legítimos, desde a reforma do Código Penal de 1995. Nesta matéria *funciona*, hoje, o dispositivo geral das causas de exclusão da ilicitude e da culpa do Código Penal.

- Já há Código Deontológico Médico suficientemente *normativizado* através de diploma legal sujeito a processo formal de constituição das leis.

Concordamos na essência com Cunha Rodrigues⁶ quando este afirma sobre confidencialidade que: *O segredo médico continua a ser, na actualidade, fundamentalmente um problema de deontologia, mas de deontologia aberta às realidades de um mundo em rápida mutação. Compreende-se, por isso, que as legislações tendam a admitir a quebra do segredo médico como ultima ratio, deixando, ainda assim, ao médico uma margem, tanto quanto possível ampla, de ponderação. Ao legislador compete eleger os casos em que os superiores interesses da comunidade justificam a quebra do segredo. O resto pertence ao médico. A ele, só a ele, cabe a última decisão, tendo sempre presente a relação de confiança que deve existir entre si e o doente, relação que é pressupos-*

to e condição da eficácia do acto médico e, nessa exacta medida, da própria função social da medicina.

Convém não esquecer, no entanto, que cabe igualmente ao Juiz, por vezes, o papel de última decisão, o que vem a conferir ao sistema, de resto, adequada solidez.

CONCRETIZAÇÕES DE REGIME E SITUAÇÃO ESPECÍFICA DE VIH/SIDA

- O médico tem o poder de avisar o (a) parceiro(a) sexual do portador (a) do vírus da Sida, caso este o não queira fazer nem encete prática sexual segura ou protegida, quando é médico de ambos os membros do casal. Isto significa que face a circunstâncias específicas da situação da vida e da previsão normativa do artigo 34º do Código Penal português é facultado ao médico revelar informação protegida.

- O médico não tem um dever jurídico de avisar em todas as situações. A sua actuação no sentido da violação de segredo profissional pode vir a considerar-se a coberto de uma causa de justificação penal. Mas não se pode generalizar dizendo existir da parte dos médicos um dever jurídico de avisar os parceiros sexuais dos seropositivos, mesmo quando o médico presta serviço a ambos os membros do casal, porque, ainda aí, há, primeiro, que permitir ao portador (a) do vírus que o faça.

- O médico tem um poder de recusa de depoimento em tribunal (artigo 135º, número 1 do Código do Processo Penal), sendo acompanhado nesta instância do órgão representativo da profissão – a Ordem dos Médicos. Esta faculdade ajuda-nos ainda a traçar o seu perfil mediante o todo que é o sistema jurídico.

- O poder que tem o juiz de decretar a verdade em matéria de sigilo, no caso do incidente de averiguação de ilegitimidade de escusa ou prestação de testemunho com quebra de segredo (números 2 e 3 do artigo 135º do Código do Processo Penal) não é absoluto, antes vinculado às normas e princípios da lei penal, nomeadamente ao princípio da prevalência do interesse preponderante. É ainda um poder que passa pela mediação da Ordem dos Médicos – que tem de ser ouvida –, o que fortalece o que poderia ser considerado uma posição isolada de escusa de depoimento que qualquer médico tivesse em juízo.

- O cariz vinculado e *mediado* pela própria Ordem profissional de decretação da verdade em tribunal leva a que entendamos não se correr o risco em Portugal de *medicalização da justiça* (Gracia, 1998)⁹, como aconteceu durante largo período em Espanha, quando não se protegeu o segredo médico, e se colocou a medicina, sem qualquer limite, ao serviço do poder político e respectivo sistema judi-

ciário, numa visão *lombrosiana* que poderíamos denominar de *delinquente/doente*.

Também Beauchamp e Childress¹⁰ afirmam, em geral, que na situação paradigmática de portador(a) de VIH que recusa informar o(a) parceiro(a) sexual da sua situação, colocando-o(a) em alto risco de aquisição do vírus, por assumida prática sexual não protegida e sendo tal parceiro(a) identificável *se as pessoas estão em risco de sérios danos, e a revelação é necessária para impedir – e provavelmente impediria – os danos (aos cônjuges ou amantes deles), a revelação é habitualmente justificada*.

Os autores põem em evidência que há variações e divergências nos estatutos das associações médicas, quanto às condições de revelação e descrevem dificuldades na especificação da natureza e alcance de eventual obrigação ética (e médica) de proteger terceiros pessoas. Que acções, perguntam por exemplo, deverão ser levadas a cabo pelo médico para cumprir a obrigação moral de proteger terceiros? Quanto a este ponto, tomam a seguinte posição: *Talvez a única estratégia responsável seja a proposta pelo AMA's Council on Ethical and Judicial Affairs: um médico que souber que um indivíduo seropositivo está a pôr em perigo um terceiro... deveria (1) tentar persuadir o paciente infectado a cessar a situação de perigo para o terceiro; (2) se a persuasão falhar, notificar as autoridades; (3) se as autoridades não agirem, notificar os terceiros colocados em perigo*¹⁰.

Esta solução não é inteiramente coincidente com a que foi recentemente adoptada pelo número 2 do artigo 89º do Regulamento 14/2009, de 13 de Janeiro, que vai no sentido de o médico dever persuadir o doente a modificar o seu comportamento, de modo a não colocar terceiros em risco, mas em caso de este não querer modificar o comportamento, apesar de advertido, deve o mesmo médico informar desde logo as pessoas em risco, ainda que avisando o doente de que o irá fazer. Prescinde-se, na solução deontológica portuguesa, da comunicação prévia às autoridades e inactividade destas como passo anterior à comunicação a terceiros.

Quanto à questão de fundo – o carácter absoluto, ou não, da confidencialidade médica – e ao dilema de Jennifer Jackson¹¹ entre não dizer a verdade (mentir) ou só dizer a verdade (revelar tudo), nós concordamos com ela em como por vezes esta pode ser uma falsa dicotomia. Impressionamos a sua sabedoria, quando afirma: *Muito frequentemente temos outras opções (como recusar falar) e o recurso a estas não tem necessariamente de constituir traição ou ameaça à confiança. Pelo contrário, a confiança é sustentada não só pelo nosso compromisso de não mentir mas também pela nossa cautela quanto ao que revela-*

*mos. Pascal formula-o com exacta correcção: A primeira regra é [só] falar verdade; a segunda é falar com discrição*¹¹.

É esta subtilidade, delicadeza e responsabilidade que se espera do profissional de saúde, no trato das questões *humanas* que surgem na medicina. Como referido noutra local (Rueff, 2004)¹², há todo um *património que faz de nós pessoas responsáveis pela decisão certa, em boa consciência, e talvez o imperativo categórico nesta matéria seja, que me perdoe Kant, o da prudência*^{vii}.

Conflito de interesses:

A autora declara não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

NOTAS:

ⁱ Os números 1 e 3 do art. 4º do Decreto-Lei n.º 32 171 dispunham: Art.º 4º *No exercício da sua profissão devem os médicos cooperar com os serviços sanitários para defesa da saúde pública, competindo-lhes para esse fim: 1.º 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; (...) 3.º 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.*

ⁱⁱ Doutrina esta consagrada no seu § 186a e a qual influenciou o autor do Projecto da parte especial do nosso segundo Código Penal, em 1966 (Santiago, 1992: 214)².

ⁱⁱⁱ Foi essa a disciplina que resultou do Decreto-Lei n.º 47 749, de 6 de Junho de 1967, que dispunha, num artigo único, o seguinte: 1 – *Cabe aos presidentes das relações decidir, sem recurso, na área da sua jurisdição, depois de ouvida a Ordem dos Médicos e o respectivo procurador da República, as questões emergentes do segredo profissional médico e sua revelação, suscitadas entre médicos, estabelecimentos hospitalares ou quaisquer serviços de saúde, por um lado, e as autoridades judiciais ou policiais e serviços administrativos de qualquer ministério, por outro, com ressalva das que envolvam matéria pertinente às Forças Armadas. 2 – Para o efeito do disposto no número anterior, é competente o presidente da relação em cuja área de jurisdição for denegado o consentimento de revelação do segredo, escusada a prestação de declarações com fundamento no segredo ou recusada a remessa dos elementos solicitados.*

Este diploma veio a ser expressamente revogado pelo Decreto-Lei n.º 78/87, de 17 de Fevereiro (alínea c) do n.º 2 do art.º 2º diploma preambular) que aprovou o C. Processo Penal.

^{iv} E que é a seguinte: *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.*

^v O C. Processo Penal foi aprovado pelo Decreto Lei n.º 78/87, de 17 de Fevereiro, mas já contou com alterações, a última das quais – efectuada pela Lei n.º 48/2007, de 29 de Agosto –, conferiu a seguinte redacção, agora vigente, ao art. 135º: Artigo 135º **Segredo profissional** 1 – *Os ministros de religião ou confissão religiosa e os advogados, médicos, jornalistas, membros de instituições de crédito e as demais pessoas a quem a lei permitir ou impuser que guardem segredo podem escusar-se a depor sobre os factos por ele abrangidos.* 2 – *Havendo dúvidas fundadas sobre a legitimidade da escusa, a autoridade judiciária perante a qual o incidente se tiver suscitado procede às averiguações necessárias. Se, após estas, concluir pela ilegitimidade da escusa, ordena, ou requer ao tribunal que ordene, a prestação de testemunho.* 3 – *O tribunal superior àquele onde o incidente tiver sido suscitado, ou, no caso de o incidente ter sido suscitado perante o Supremo Tribunal de Justiça, o pleno das secções criminais, pode decidir da prestação de testemunho com quebra do segredo profissional sempre que esta se mostre justificada, segundo o princípio da prevalência do interesse preponderante, nomeadamente tendo em conta a imprescindibilidade do depoimento para a descoberta da verdade, a gravidade do crime e a necessidade de protecção de bens jurídicos. A intervenção é suscitada pelo juiz, oficiosamente ou a requerimento.* 4 – *Nos casos previstos nos n.ºs 2 e 3, a decisão da autoridade judiciária ou do tribunal é tomada ouvido o organismo representativo da profissão relacionada com o segredo profissional em causa, nos termos e com os efeitos previstos na legislação que a esse organismo seja aplicável.* 5 – *O disposto nos n.ºs 3 e 4 não se aplica ao segredo religioso.*

^{vi} Confrontar da Constituição da República Portuguesa os arts 112.º sobre *Actos Normativos* e 119.º para *Publicidade dos Actos*, com as expressões das epígrafes dos preceitos.

^{vii} Para mais desenvolvimentos, cfr Rueff¹³.

BIBLIOGRAFIA

1. Autores Vários: Pareceres. Os Segredos e a sua tutela Procuradoria-Geral da República. Lisboa 1997;VI:332
2. SANTIAGO R: Do crime de violação de segredo profissional no Código Penal de 1982. Coimbra. Almedina 1992
3. CORREIA E: Direito Criminal (com a colaboração de J. Figueiredo Dias), 2 vols., Livraria Almedina. Coimbra 1971
4. NEVES C: Violação do Sigilo Médico e Exercício Ilegal da Medicina – Estudo de Direito Criminal. Beja. Minerva Comercial 1963
5. GRAÇA AP: Sigilo Médico, Deontologia e Tutela Penal, Colectânea de Jurisprudência. Acordãos do Supremo Tribunal de Justiça, Ano VIII. 2000;(Tomo I):5-12
6. RODRIGUES C: Lugares do Direito. Coimbra. Coimbra Editora 1999;478-492
7. KENNEDY I: Treat me Right – Essays in Medical Law and Ethics, Oxford New York, Toronto, etc. Oxford University Press 1991
8. OLIVEIRA G: AutoRegulação Profissional dos Médicos. in: Ascensão (coord.) Estudos de Direito da Bioética. Coimbra. Almedina 2005;pp 49-60
9. GRACIA D: La Confidencialidad de los Datos Genéticos, in: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), *Poderes e Limites da Genética – Actas do IV Seminário do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida 1997*, Presidência do Conselho de Ministros – Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 1998;pp 61-86
10. BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF: Principles of Biomedical Ethics, 5ª ed., Oxford, New York etc, Oxford University Press. 2001;310
11. JACKSON J: Truth, Trust and Medicine. London and New York. Routledge 2001;157
12. RUEFF MC: Segredo Médico e VIH/SIDA – Perspectiva Ético-Jurídica. Acta Med Port 2004;17(6):451-464
13. RUEFF MC: Segredo Médico como Garantia de Não-Discriminação: Estudo de Caso HIV-SIDA, Coimbra, Coimbra Editora/Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. 2009



CELOM