

RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO

[Reproduzido de "A Responsabilidade dos Médicos", de J. A. Esperança Pina (2ª edição, Lidel, 1998) a quem se agradece a gentileza da autorização].

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O médico pode incorrer em responsabilidade civil que se traduz na obrigação de indemnizar o ofendido ou os seus legítimos herdeiros, caso o requeiram.

Para se ter uma ideia deste problema, pode afirmar-se que, em França, 20% do número total de acções de indemnização dizem respeito a casos de responsabilidade civil do médico e que, nos E.U.A., os processos referentes a esta matéria duplicaram entre os anos de 1969 e 1975. Em Portugal, a ocorrência de processos desta natureza ainda não é muito frequente, embora apresente tendência para aumentar.

As especialidades mais sujeitas a erro profissional, segundo estatísticas internacionais, são as cirúrgicas, com 57% dos casos, e a medicina interna, com 22%.

Os erros médicos e cirúrgicos passíveis de indemnização distribuem-se por uma gama muito variada, cuja enumeração exaustiva se torna impraticável, como reacções adversas de medicamentos, intervenções cirúrgicas sem indicação, esquecimento de compressas e de instrumentos no interior dos doentes durante o acto operatório, entre outras.

Segundo Almeida Costa (1984), existe *responsabilidade civil* quando um indivíduo deve reparar um dano sofrido por outro. A lei faz surgir uma obrigação, em que o responsável é *devedor* e a vítima *credor*.

Trata-se, portanto, de uma *obrigação* que nasce directamente da lei e não da vontade das partes, sendo considerada *obrigação*, o que define o art. 397º do C.C.: "*Obrigação é o vínculo jurídico por virtude do qual uma pessoa fica adstrita para com outra à realização de uma prestação.*"

A responsabilidade civil distingue-se da *responsabilidade moral*, que pertence ao domínio da consciência, sendo uma responsabilidade não jurídica, sendo irrelevante e constituindo fontes de obrigações naturais.

A responsabilidade civil não se confunde com a *responsabilidade penal ou criminal*, pois, a primeira, pertence à esfera do direito civil, que é direito privado, ao passo que, a segunda, reconduz ao direito penal, ramo do direito público.

Está subjacente à *responsabilidade civil* a ideia de reparação de um dano privado, pois o dever jurídico infringido foi estabelecido directamente no interesse da pessoa lesada.

O que importa nas sanções civis é a *restituição dos interesses lesados*.

Os caracteres da responsabilidade penal aparecem como uma defesa contra os autores dos factos que atingem a ordem social, ofendendo-se um dever jurídico estabelecido imediatamente no interesse da colectividade.

As sanções criminais visam defender a sociedade, propondo-se fins de prevenção geral e especial, através da intimidação e da reeducação do delinquentes, com penas e medidas de segurança.

As duas formas de responsabilidade, civil e criminal, posto que sejam diversas, não se excluem necessariamente, pois, muitas vezes, existe apenas uma delas. Mas não é raro que um facto reúna em si as duas qualificações, de *ilícito civil* e de *ilícito penal*. O caso de um homicida, em que a lei civil o obriga a reparar os prejuízos que causou aos familiares da vítima e a lei penal aplica-lhe a pena privação de liberdade. Neste caso, existe, simultaneamente, responsabilidade civil e criminal.

A responsabilidade civil distingue-se em *contratual* e *extracontratual*.

Para Almeida e Costa (1984), a *responsabilidade contratual* resulta da violação de um direito de crédito ou obrigação em sentido técnico. Verifica-se que o qualificativo corrente não se mostra rigoroso, dado que,

além dos contratos, existem outras fontes de tais vínculos, pelo que alguns autores lhe chamam *responsabilidade negocial ou obrigacional*.

Como refere a lei reguladora das obrigações do C.C.: "*As obrigações provenientes de negócio jurídico, assim como a própria substância dele, são reguladas pela lei que os respectivos sujeitos tiverem designado ou houverem tido em vista.*" , como refere o nº 1 do art. 41º do C.C..

A responsabilidade contratual consiste: "*O devedor que falta culposamente ao cumprimento da obrigação torna-se responsável pelo prejuízo que causa ao credor.*" , como refere o art 798º do C.C..

"*Incumbe ao devedor provar que a falta de cumprimento ou o cumprimento defeituoso da obrigação não procede de culpa sua.*" , como refere o art. 799º do C.C..

1. *O devedor é responsável perante o credor pelos actos dos seus representantes legais ou das pessoas que utilize para cumprimento da obrigação como se tais actos fossem praticados pelo próprio devedor.*

2. *A responsabilidade pode ser convencionalmente excluída ou limitada, mediante acordo prévio dos interessados, desde que a exclusão ou limitação não compreenda actos que representem a violação de deveres impostos por normas de ordem pública.*" , como refere o art. 800º do C.C..

Segundo a lei regulamentadora das obrigações do C.C., o art. 45º, sobre responsabilidade extracontratual refere:

"1. *A responsabilidade extracontratual fundada, quer em acto ilícito, quer no risco ou em qualquer conduta lícita, é regulada pela lei do Estado onde decorreu a principal actividade causadora do prejuízo; e, em caso de responsabilidade por omissão, é aplicável a lei do lugar onde o responsável deveria ter agido.*

2. *Se a lei do Estado onde se produziu o efeito lesivo considerar responsável o agente, mas não o considerar como tal a lei do país onde decorreu a sua actividade, é aplicável a primeira lei, desde que o agente devesse prever a produção de um dano, naquele país, como consequência do seu acto ou omissão.*

3. *Se, porém, o agente e o lesado tiverem a mesma nacionalidade, na falta dela, a mesma residência habitual, e se encontrarem ocasionalmente em país estrangeiro, a lei aplicável será a da nacionalidade ou a da residência comum, sem prejuízo das disposições do Estado local que devam ser aplicadas indistintamente a todas as pessoas.*"

Para Almeida Costa (1984), a *responsabilidade extracontratual* abrange os diferentes casos do ilícito civil. Deriva de uma violação de um dever ou vínculo jurídico geral de um daqueles deveres de conduta impostos a todas as pessoas e que correspondem aos direitos absolutos ou até à prática de certos actos que, embora lícitos, produzem danos a outrem. Utilizam-se, ainda, as designações de *responsabilidade delitual ou aquiliana*.

A responsabilidade extracontratual aplica-se: "1. *Aquele que, com dolo ou mera culpa, violar ilicitamente o direito de outrem ou qualquer disposição legal destinada a proteger interesses alheios fica obrigado a indemnizar o lesado pelos danos resultantes da violação.*

2. *Só existe obrigação de indemnizar independentemente da culpa nos casos especificados na lei.*" , como refere o art. 483º do C.C.

"*É ao lesado que incumbe provar a culpa do autor da lesão, salvo havendo presunção legal de culpa.*" , como refere o nº 1 do art. 487º do C.C.

"*Se forem vários os autores, instigadores ou auxiliares do acto ilícito, todos eles respondem pelos danos que hajam causado.*" , como refere o art. 490º do C.C..

“1. No caso de lesão de que proveio a morte, é o responsável obrigado a indemnizar as despesas feitas para salvar o lesado e todos os demais, sem exceptuar as do funeral.

2. Neste caso, como em todos os outros de lesão corporal, têm direito a indemnização aqueles que socorreram o lesado, bem como os estabelecimentos hospitalares, médicos ou outras pessoas ou entidades que tenham contribuído para ou tratamento ou assistência da vítima.

3. Têm igualmente direito a indemnização os que podem exigir alimentos ao lesado ou aqueles a quem o lesado os prestava no cumprimento de uma obrigação natural.”, como refere o art. 495º do C.C..

“Se forem várias pessoas responsáveis pelos danos, é solidária a sua responsabilidade.”, como refere o nº 1 do art. 497º do C.C..

A responsabilidade contratual e a responsabilidade extracontratual têm também aspectos comuns.

Ambos os tipos de responsabilidade traduzem-se na obrigação de indemnização.

A indemnização pode consistir na reconstituição natural, isto é, na restituição do lesado à situação natural efectiva em que se encontrava antes daquele evento, denominando-se “indemnização in natura”.

Mas sempre que a reconstituição natural não seja possível, não havendo reparação integral dos danos, ou seja exclusivamente oneroso para o devedor, fixa-se a indemnização em dinheiro, “indemnização pecuniária”, sendo esta, na prática, a mais frequente.

“Quem estiver obrigado a reparar um dano deve reconstituir a situação que existiria, se não se tivesse verificado o evento que obriga à reparação.”, como refere o art. 562º do C.C..

“A obrigação de indemnização só existe em relação aos danos que o lesado provavelmente não teria sofrido se não fosse a lesão.”, como refere o art. 563º do C.C..

“O dever de indemnização compreende não só o prejuízo causado, como os benefícios que o lesado deixou de obter em consequência da lesão.”, como refere o nº 1 do art. 564º do C.C..

“A indemnização é dada em dinheiro, sempre que a reconstituição natural não seja possível, não repare integralmente os danos ou seja excessivamente onerosa para o devedor.”, como refere o nº 1, do art. 566º do C.C..

“Quando um facto culposo do lesado tiver concorrido para a produção ou agravamento dos danos, cabe ao tribunal determinar, com base na gravidade das culpas de ambas as partes e nas consequências que delas resultaram, se a indemnização deve ser totalmente concedida, reduzida ou mesmo excluída.”, como refere o nº 1, do art. 570º do C.C..

A responsabilidade contratual é essencialmente aquela que atinge o médico, assentando na falta de cumprimento do contrato de prestação de serviço, estabelecido com o doente.

A responsabilidade extracontratual respeita os direitos absolutos (direito à vida) e surge quando o médico assiste um doente numa situação de urgência, em que actua sob o ponto de vista jurídico, como gestor de negócios.

“Contrato de prestação de serviço é aquele em que uma das partes se obriga a proporcionar à outra certo resultado do seu trabalho intelectual ou manual, com ou sem retribuição.”, como refere o art. 1154º do C.C..

O regime de prestação de serviço refere: “As despesas sob o mandato são extensivas, com as necessárias adaptações, às modalidades de contrato de prestação de serviço que a lei não regula especialmente.”, como refere o art. 1156º do C.C..

O médico é responsável pelos seus actos como resultado do exercício da sua profissão, como todo o cidadão.

A responsabilidade poderá ainda ser *delitual* como resultado de uma falta, podendo ser *directa de comissão*, através de um acto intencional, como durante uma intervenção cirúrgica, ou *indirecta de omissão*, por imprudência ou negligência, como o resultado da falta de atenção de um cirurgião.

“1. Dentro dos limites da lei, as partes têm a faculdade de fixar livremente o conteúdo dos contratos, celebrar contratos diferentes dos previstos neste código (C.C.), ou incluir nestes as cláusulas que lhes aprouver.

2. As partes podem ainda reunir no mesmo contrato regras de dois ou mais negócios, total ou parcialmente regulados na lei.”, e isto, como refere o art. 405º do C.C., no referente a liberdade contratual.

A eficácia dos contratos é referida no art. 406º do C.C.:

“1. O contrato deve ser pontualmente cumprido, e só pode modificar-se ou extinguir-se por mútuo consentimento dos contraentes ou nos casos admitidos na lei.

2. Em relação a terceiros, o contrato só produz efeitos nos casos e termos especialmente previstos na lei.”

A responsabilidade é *civil*, devendo o médico ter de reparar o dano que causou a outrem, pelo que deverá indemnizar o doente.

A responsabilidade é *penal*, devendo o médico ser punido por uma infracção de que é culpado, pelo que terá de haver a repressão do médico. O Direito Civil determinará quem tem razão e o Direito Penal quem é o culpado.

A responsabilidade moral do médico é enorme, mas esta responsabilidade é atribuível à consciência do próprio médico.

Quando um dano surge como consequência de um acto médico, a sua reparação pode ser pedida, e isto baseia-se na responsabilidade civil. Por outro lado, a sociedade não pode manter-se insensível a um certo número de danos, pelo que terá de se basear também na responsabilidade penal.

Para estudar a natureza, as condições e a acção da responsabilidade civil do médico, seguiremos genericamente Jean Permeau (1992).

2. NATUREZA DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO

A natureza da responsabilidade civil do médico pode ser de três tipos: a natureza contratual ou contrato médico, a natureza extracontratual e a natureza da obrigação médica.

2. 1. A Natureza Contratual ou Contrato Médico

O contrato médico é uma convenção estabelecida entre o médico e o doente ou um seu representante, pelo qual o médico aceita a pedido do doente, administrar-lhe os seus serviços, para os quais a sua profissão, legalmente, o habilita.

Sob o aspecto jurídico trata-se de um *contrato de prestação de serviços*, isto é: “Aquele a que uma das partes se obriga a proporcionar à outra certo resultado do seu trabalho intelectual ou manual, com ou sem retribuição.”, e isto como refere o art. 1154º do C.C..

“O contrato deve ser pontualmente cumprido, e só pode modificar-se ou extinguir-se, por mútuo consentimento dos contraentes ou nos casos admitidos na lei.”, como refere o nº 1, do art. 406º do C.C..

O contrato médico tem características próprias:

a) É um contrato *essencialmente pessoal*, visto que o médico é escolhido em razão da confiança que inspira ao doente, sendo esta confiança a razão de ser do princípio da livre escolha.

b) É um *contrato bilateral* porque ambas as partes contraem obrigações recíprocas, pois o médico terá de prestar cuidados ao doente, enquanto que o doente poderá ter a obrigação de remunerar o médico.

c) É um *contrato a título oneroso*, que implica honorários, não sendo nulo nos casos de serem gratuitos os serviços médicos prestados.

d) É um *contrato civil* pelo facto de ser liberal a profissão médica, o que o exclui de qualquer carácter comercial.

e) É um *contrato que não obriga a um resultado*, isto é, o médico não se obriga a curar o doente, ou a obter um resultado preciso, cuja não obtenção o obrigaria a indemnizar o doente. O dever do médico fica cumprido, moral e legalmente, desde que preste ao doente cuidados



consciosos e atentos, mas conforme os dados actualizados da ciência.

f) É um *contrato contínuo*, isto é, prolonga-se por mais ou menos tempo, se não houver motivos que o interrompam.

g) É um *contrato sujeito a rescisão*, isto é, pode ser anulado por qualquer das partes, porém mais facilmente pelo doente do que pelo médico. O doente pode rescindir o contrato quando perder a confiança no médico. O médico pode rescindir o contrato com menos facilidade, desde que nunca prejudique o doente e que assegure a continuidade do acto médico.

Para que um contrato médico/doente possa ser válido é necessário que o doente tenha capacidade civil, o que em duas circunstâncias não acontece:

- A *incapacidade de direito*, no caso de menores e de alienados;
- A *incapacidade de facto*, em casos de impedimento do doente (coma) ou impedimento pelas circunstâncias (urgência médica).

Para um contrato ser válido o médico tem de ter capacidade civil, o que não acontece em duas circunstâncias:

- A *incapacidade estatutária*, quando o médico não estiver inscrito na Ordem dos Médicos;
- A *falta de especialização*, pois só um médico especialista pode exercer uma determinada especialidade.

2.2. A Natureza Extracontratual de Certas Situações

Nos casos em que o contrato fica nulo por ilícito, como em casos de experimentação sem fim curativo, uma mutilação inútil ou a falta de consentimento do doente, bem como todos os danos que surjam fora do quadro contratual, como, por exemplo, o incêndio na sala de operações resultante da explosão de um aparelho manipulado pelo médico.

Os casos em que a relação é estabelecida entre o médico e o doente, imposta por uma regulamentação legal ou administrativa, como acontece nos casos de médicos de trabalho e de centros de saúde, não conduzindo à livre escolha do médico pelo doente.

Mais difícil analisar é a situação do médico que presta cuidados a um doente inanimado que não conhece, ou que não apresenta um representante legal, falando-se, nestes casos, de *relação jurídica médica paracontratual*.

Podem ser apresentadas duas hipóteses: a primeira consiste em ter o médico de entrar em contacto com o doente quando é testemunha de um acidente em plena via pública; a segunda é quando um terceiro chama o médico para assistir um doente inconsciente e incapaz.

A responsabilidade será extracontratual e só será de natureza contratual em caso de ratificação do médico pelo doente.

2.3. A Natureza da Obrigação Médica

A maioria dos autores distingue a *obrigação de meios* e a *obrigação de resultados*.

Um grande número de autores não estende esta classificação ao domínio extracontratual, não existindo, neste caso, uma obrigação, mas um *dever*.

A prática da medicina é muito complexa. O diagnóstico é o resultado de uma diligência lógica, certa por vezes, mas muitas vezes incerta, que pode chegar a situações de impasse. A terapêutica é constituída, muitas vezes, por efeitos secundários dos medicamentos ou por técnicas que produzem complicações inexplicáveis e que são, tantas vezes, ineficazes.

Por tudo isso, a *obrigação médica* é, em regra geral, *uma obrigação de meios e não uma obrigação de resultados*.

A obrigação de um cirurgião plástico não difere da do cirurgião geral, mas já deve ser feita uma distinção entre cirurgia estética e cirurgia reparadora, parecendo, neste caso, dever haver uma obrigação de meios e, no primeiro caso, uma obrigação de resultados.

Parece também que certos actos médicos, pela sua natureza, podem conduzir a uma *obrigação de resultados*. Os médicos patologistas-clínicos,

por exemplo, ao efectuarem uma determinação do factor Rh, hemograma, doseamento da ureia, colesterol ou glicémia, têm de ter uma obrigação de resultados.

Mas noutros exames praticados, quando são delicados e complexos, os resultados não podem ser obtidos sem uma certa margem de erro ou de incerteza, levando a *obrigação de meios*. O médico dentista ou estomatologista tem também uma obrigação de meios, mas, nos casos em que fornece uma prótese, não terá de ter também uma obrigação de resultados? Parece ser esta a actual posição da jurisprudência.

Na maioria dos casos, a responsabilidade do médico exercendo medicina liberal é de *natureza contratual* e deriva de uma *obrigação de meios*, sendo este princípio a base da responsabilidade médica.

3. CONDIÇÕES DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO

A responsabilidade médica exige a existência de um facto prejudicial, de um prejuízo e de nexo de causalidade.

3. 1. O Facto Prejudicial

O facto prejudicial pode ser constituído pela falta e pela acção das "coisas".

3. 1. 1. A falta médica

Estabelecer a existência de um prejuízo é uma das condições necessárias para obter a reparação, mas não é condição suficiente.

É necessário demonstrar a existência da falta cometida pelo médico, e para isso, tornam-se necessários cinco requisitos: a *imperícia*, a *imprudência*, a *desatenção*, a *negligência* e a *inobservância dos regulamentos*. Em muitos casos, existe uma mistura destes requisitos.

De um modo geral, o médico tem apenas uma obrigação de cuidados e não de resultados, estando os cuidados em conformação com os dados adquiridos pela ciência.

a) Caracteres gerais da falta médica

A falta será, pois, a ausência de um dos requisitos já assinalados ou o conjunto de alguns deles.

O doente procura o médico pela sua competência que, muitas vezes, não possui. Contudo, não se pode exigir de um médico de clínica geral o conhecimento de todas as técnicas de ponta que um especialista conhece, o mesmo sucedendo a um especialista que tem de ter uma boa formação geral, sem o qual nenhuma especialidade pode ser exercida convenientemente, e não podendo um especialista ser conhecedor das técnicas de ponta de todas as especialidades.

Cada médico, qualquer que seja a sua competência, tem de conhecer os limites desta competência, devendo sempre obter o conselho de um colega mais experiente e competente.

Deverá haver para qualquer tipo de falta, responsabilidade médica, ou esta será apenas resultante de uma falta grave?

Apenas uma falta grave deveria conduzir a uma responsabilização profissional, pois os tribunais não se devem intrometer em problemas científicos, que lhes são estranhos, reprimindo apenas as faltas certas.

As faltas deverão ser punidas desde que causem prejuízo a terceiros, não podendo haver excepções, mesmo que se trate de médicos.

Quando a responsabilidade for contratual, o médico deve prestar cuidados conscienciosos e atentos e de acordo com os dados adquiridos pela ciência.

Torna-se difícil saber se uma falta é inevitável, tratando-se de um erro ou de um acidente, que outro médico mais diligente ou mais experiente não cometeria.

"O devedor é responsável perante o credor pelos actos dos seus representantes legais ou das pessoas que utilize para o cumprimento da obrigação, como se tais actos fossem praticados pelo próprio devedor."



como refere o nº 1, do art. 800º do C.C., sendo o médico considerado como devedor.

Assim, se o doente contratou apenas o cirurgião, será este a responder aos actos cometidos por toda a equipa, incluindo o anestesista.

“A responsabilidade do comitente só existe se o facto danoso for praticado pelo comissário ainda que intencionalmente ou contra as instruções daquele, no exercício da função que lhe foi confiada.”, e isto como refere o nº 2, do art. 500º do C.C..

Existe também uma responsabilidade estrita do comitente (cirurgião), embora, normalmente, o anestesista não deva ser considerado um comissário do cirurgião.

Se um médico utiliza os serviços de uma clínica, parece justo fazê-lo responder pelos actos do pessoal da clínica integrada na prestação de cuidados médicos e, até mesmo, por eventos estranhos a esta actividade, quando o dano for atribuível à *culpa da organização*. O médico ao recomendar uma determinada clínica aceita, implicitamente, a responsabilidade pela boa ou má organização desta.

Nos casos da responsabilidade dos hospitais públicos, só deverá ser intentada acção contra o próprio estabelecimento, não sendo necessário, em teoria, identificar a pessoa do responsável. Um certo número de deveres primordiais fazem parte da profissão médica, como a *prudência*. A imprudência é o acto cometido por um cirurgião que opera uma anca direita, quando a anca doente é a esquerda, ou um estomatologista que extrai o canino esquerdo em vez do canino direito doente.

Outro tipo de dever será quando o médico se recusa a prestar cuidados ou não assegurar a continuidade em condições que serão prejudiciais ao doente.

Para qualquer tipo de acto médico, o médico deverá obter o consentimento do doente, mas para obter esse consentimento deverá fornecer ao doente um esclarecimento exacto.

b) O esclarecimento do doente

O esclarecimento do doente põe problemas delicados, devendo o médico informar o doente sobre o seu estado e os riscos, que podem aparecer, quer espontaneamente, quer por acção do diagnóstico ou da terapêutica. As informações dadas pelo médico ao doente têm de depender das capacidades intelectuais e psicológicas do doente.

De um modo geral, o *doente é estranho à técnica médica*, não tem conhecimentos, não compreende os métodos de pensamento e até a linguagem do médico. A informação não pode ser dada com um rigor exacto, mas adaptada às capacidades próprias de cada doente.

É o caso de um médico que ao explicar ao doente que tem uma sinusite frontal, não lhe diz que na realidade tem um mucocelo. O tribunal entendeu que a expressão sinusite era mais fácil do que a utilização do termo mucocelo.

A compreensão da situação é impossível nos *casos de doentes inconscientes, de crianças e de doentes mentais*. Nestes casos, deverão ser informados os representantes legais do doente.

Em casos de alterações do psiquismo, a capacidade de receber as informações pode criar dificuldades.

Nalguns países, os médicos anunciam claramente a morte próxima ao doente, sendo a informação muito natural, enquanto que noutros, tudo o que se refere à morte é evitado. A melhor atitude a tomar é deixar a decisão ao médico e à sua consciência, pelo que nenhuma regra precisa deve ser aplicada. No caso de se decidir dizer toda a verdade, deve-se fazê-lo com a máxima prudência.

Praticamente um grande número de exames e todo o tipo de terapêutica podem estar ligados a um risco e até a um acidente, e alguns tipos de intervenções cirúrgicas podem conduzir a uma mutilação. O médico ficará em falta grave se não comunicar ao doente a possibilidade de uma mutilação ou de uma sequela resultante da sua actuação.

Evidentemente que não se pode comunicar ao doente um quadro completo de todos os riscos possíveis existentes em cada tratamento, transformando-se cada consulta num curso de medicina, além de levar ao desencorajamento do doente.

Deve ser feita uma escolha em função dos *dados estatísticos* e dar ao doente informações razoáveis para que possa ter uma visão clara da situação clínica e optar por uma decisão consciente.

O médico deve fornecer uma informação clara, exacta, mas limitada à evolução ou aos riscos previsíveis, em função da experiência pessoal e dos dados estatísticos.

Há, contudo, uma excepção a esta regra e que se situa no campo da *cirurgia estética*. O cirurgião actua, não para o restabelecimento da saúde do doente, mas para lhe fazer uma correcção, devendo informar o doente de todos os riscos previsíveis, mesmo que eles se dêem excepcionalmente.

Há, contudo, duas actividades em cirurgia estética. A *cirurgia estética propriamente dita*, que repara as anomalias da natureza, e a *cirurgia reparadora*, que trata as doenças congénitas ou adquiridas, sendo esta regida pelas normas habituais.

Em todas as hipóteses, o dever de informação tem de ser mantido. É o caso de um cirurgião que resolve deixar no lugar, por razões técnicas, um fragmento de apêndice e omitir este facto ao doente, o que é grave pois o doente pode, posteriormente, apresentar uma crise dolorosa abdominal.

A informação deve ser prestada antes de todo o acto médico, permitindo que o doente possa conscientemente consentir a execução do respectivo acto.

c) O consentimento do doente

O *conhecimento do lesado* é referido no art. 340º do C.C.: *“1. O acto lesivo dos direitos de outrem é lícito, desde que tenha consentido na lesão. 2. O consentimento do lesado não exclui, porém, a ilicitude do acto, quando este for contrário a uma proibição legal ou aos bons costumes. 3. Tem-se por consentida a lesão quando esta se deu no interesse do lesado e de acordo com a sua vontade presumível.”*

O art. 39º do Código Deontológico trata dos *métodos arriscados* e refere: *“Antes de adoptar um método de diagnóstico ou terapêutica que considere arriscado, o Médico deve obter, de preferência por escrito, o consentimento do doente ou de seus pais ou tutores, se for menor ou incapaz, ainda que temporariamente.”*

O consentimento torna-se fundamental para o exame do doente e posterior tratamento, sendo um dos aspectos básicos da relação médico-doente.

O consentimento compreende três elementos fundamentais: a capacidade, a voluntariedade e a informação:

A *capacidade* implica a competência para decidir, traduzindo a concordância do doente com o tratamento;

A *voluntariedade* expressa-se num consentimento natural, visto que algumas vezes o consentimento pode ser dado sob constrangimento ou coercivamente;

A *informação* constitui a base da estabilidade ao consentimento, sem o qual o médico não deve utilizar meios de diagnóstico e de terapêutica sofisticados, sem explicar os riscos e sem apresentar alternativas, incluindo o que poderá surgir se o doente não se tratar.

Normalmente, obtém-se um *consentimento oral*, mas, para segurança do médico, este deve ser dado na presença de uma testemunha, que não seja familiar, nem esteja relacionado com o doente.

O *consentimento escrito* deve adoptar-se para os exames complementares de diagnóstico complexos e para a administração de terapêutica cirúrgica. Este tipo de consentimento deve ser feito sob a forma de uma declaração ou sob a forma da assinatura de termo de responsabilidade. Em casos de recusa de tratamento ou de internamento hospitalar, a declaração escrita impõe-se pois, nestas condições, o médico terá de aceitar a decisão do doente e o prognóstico poderá ser fatal a curto espaço de tempo.

Em muitos casos de urgência, o médico não consegue obter o consentimento livre com esclarecimento do doente. Se o doente não está em condições de dar o seu consentimento, a competência é dos familiares mais próximos, ou de outros a quem a lei confere autoridade de protecção natural, como nos casos de asilos, prisões ou outras instituições congêneres.

Quando não for possível o médico obter o consentimento do doente ou

dos seus familiares, este poderá ser recebido de terceiros, com base afectiva, pois, não raras vezes, um indivíduo que não é parente, mas que vive com o doente há largos anos, tem mais valor na relação pessoal com o doente do que os próprios familiares ausentes.

Noutros casos, o médico terá de decidir e não poderá ser incriminado pela escolha que fizer.

O doente que deu autorização para um determinado tipo de intervenção cirúrgica, mas a situação revela um novo facto, não previsto, e impõe outra conduta que hipoteticamente poderá deixar sequelas. Terá o cirurgião de interromper a sua intervenção e só a retomar quando tiver obtido o consentimento do doente? Parece mais lógico ser o cirurgião a decidir e continuar a intervenção se para ele for a melhor atitude, visto que interromper o acto cirúrgico, para o retomar depois, seria altamente prejudicial para o doente, pois este terá de fazer outra intervenção cirúrgica, com todos os inconvenientes. Deve, contudo, nestes casos prevenir-se a família, mas isto, por vezes, é impossível no decurso da intervenção cirúrgica.

Não constituindo a intervenção médica uma ofensa corporal, ela conforma, contudo, uma *intervenção e tratamentos médio-cirúrgicos arbitrários*, se for levada a cabo sem consentimento do doente e preenche um *crime contra a liberdade deste*, punível com prisão até 3 anos e pena multa, como refere o nº 1, do art. 156º do C.P..

O consentimento não será, todavia, necessário, como refere o nº 2, do art. 156º do C.P., em dois casos.

- Quando o consentimento, *“Só puder ser obtido com o adiamento que implique um perigo ou perigo grave para o corpo ou para a saúde.”*, como refere a al. a), do nº 2, do art. 156º do C.P..
- Quando o consentimento, *“Tiver sido dado para uma intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro, diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde.”*, como refere a al. b), do nº 2, do art. 156º do C.P..

Daqui deriva, pois, a punição do médico que actua para salvar um doente em estado de inconsciência, ou daquele que, depois de iniciada uma intervenção cirúrgica, é confrontado com a conveniência do alargamento do campo operatório.

Segundo Figueiredo Dias e Sinde Monteiro (1984), esta norma não suscitará dificuldades relativamente ao cumprimento de deveres relacionados com a existência de epidemias, doenças contagiosas, vacinações obrigatórias e casos análogos.

Mas já tem suscitado dúvidas relativamente a exames de arguidos (caso do atentado contra a vida de João Paulo II, em Fátima), em que houve recusa do arguido. O art. 172º do C.P.P. refere: *“1. Se alguém pretende eximir-se ou obstar a qualquer exame devido ou a facultar coisa que deva ser examinada, pode ser compelido por decisão da autoridade judiciária competente.”*

Para Figueiredo Dias e Sinde Monteiro (1984), outro caso é o da *greve da fome*. Diz o nº 1, do art. 127º, do Decreto-Lei nº 275/79 de 1 de Agosto (Reforma Prisional), com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 49/80 de 22 de Março: *“Só podem impor-se coercivamente aos reclusos exames médicos, tratamentos ou alimentação em caso de grave perigo de vida para a sua vida ou de grave perigo para a sua saúde.”*

O *dever de esclarecimento* só será eficaz, nos termos do art. 157º do C.P., *“... quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar o esclarecimento de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde física ou psíquica.”*

Daqui derivam uma série de consequências.

Em primeiro lugar, competente para prestar o consentimento é o doente e, em princípio, só ele, sendo de referir o nº 3, do art. 38º do C.P., onde refere: *“O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais*

de 14 anos e possuir discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta.”

Em segundo lugar, refere o nº 2, do art. 38º do C.P.: *“O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto.”*

Por último, acentue-se que, se o *consentimento existir*, mas o médico actuar sem dele ter tomado conhecimento, será o médico punido pelo crime de intervenção médica arbitrária sob a forma de *tentativa*, *“Se o consentimento não for conhecido do agente, este é punível com a pena aplicável à tentativa.”*, como refere o nº 4, do art. 38º do C.P..

Quanto às disposições legais civis do consentimento e esclarecimento do doente, o nº 1, do art. 70º, do C.C., consagra, uma *tutela geral de personalidade* e o nº 1, do art. 81º, refere: *“Toda a limitação voluntária ao exercício dos direitos de personalidade é nula, se for contrária aos princípios de ordem pública.”*

Por outro lado, o nº 2, do art. 81º, do C.C., refere: *“A limitação voluntária, quando legal, é sempre revogável, ainda que com a obrigação de indemnizar os prejuízos causados às legítimas expectativas da outra parte.”*

O art. 340º do C.C. refere os problemas do *consentimento do lesado*.

“1. O acto lesivo dos direitos de outrem é lícito, desde que este tenha consentido na lesão.

2. O consentimento do lesado não exclui, porém, a ilicitude do acto, quando este for contrário a uma proibição legal ou aos bons costumes.

3. Tem-se por consentida a lesão, quando esta se deu no interesse do lesado e de acordo com a sua vontade presumível.”

Não existem requisitos de forma para o consentimento, embora não repugne que a lei o fizesse quanto a intervenções, a que esteja ligado um risco sério para a vida ou para a saúde.

d) *A técnica médica utilizada no exame do doente*

O exame médico tem como finalidade o diagnóstico e é este que vai definir a terapêutica e, em ambos, é hoje fundamental o apoio da tecnologia.

O *diagnóstico* é o resultado de um julgamento e, como tal, pode ser errado se o julgamento for falso.

Apesar de poder ser evidente, os erros são frequentes, mesmo aqueles que são feitos por clínicos competentes e lúcidos.

Um diagnóstico, fora dos casos habituais e de rotina, estabelece-se, progressivamente, através de correcções sucessivas. O problema não é saber se um médico experiente teria também cometido o mesmo erro, mas é saber quais foram os meios utilizados pelo médico. Não se trata de ter confundido uma fractura do colo do úmero com uma luxação da espádua, mas sim de ter realizado apenas uma radiografia de frente, pois que com outras incidências, o erro de diagnóstico teria sido evitado.

O *tratamento* poderá também pôr o mesmo tipo de problema.

O médico comete uma falta se não utilizar a terapêutica indispensável, como a injeção de um soro antitetânico, no caso de uma ferida feita em terreno propício. Poderá pensar-se, no caso da responsabilidade de um médico competente, que não fez o soro antitetânico, por causa da hipótese do doente poder ter, em alta probabilidade, o risco de um choque anafilático.

Outro problema é o das paralisias durante o acto operatório, por compressão nervosa sobre a mesa de operações, devendo o cirurgião rodear-se de todas as precauções para evitar os acidentes. Deve, pois, observar a posição correcta do doente e observar o estado do material de fixação utilizado para o manter nessa posição. Em muitos casos, quando as intervenções são muito demoradas, e não se pode mudar a posição do doente, as compressões acabam por acontecer.

O esquecimento de compressas no campo operatório pode depender de algumas circunstâncias especiais. Em casos de campos muito hemorrágicos, as compressas utilizadas em grande número e muitas vezes de maneira



precipitada, podem confundir-se com os tecidos muito embebidos de sangue e desaparecer nas cavidades naturais. Nestes casos, o esquecimento de uma compressa não deverá ser considerada uma falta grave, apesar de se ter podido utilizar compressas seguras com fios que se mantêm fora do campo operatório.

Pode também tratar-se de uma *falta virtual* quando se dá a queda de um doente da mesa de operações, porque a mesa basculou por deficiência da própria mesa. Este tipo de falta parece-nos ser muito criticável e deverá desaparecer.

O médico deve, pois, fazer o diagnóstico, escolher a terapêutica e também estar sempre actualizado com os novos dados adquiridos pela ciência.

O *recurso à experiência* representa a integração na prática clínica diária dos novos dados tecnológicos e científicos, de modo a que as antigas práticas sejam modificadas ou suprimidas por outras, em conformidade com as recentes aquisições científicas e técnicas.

O novo medicamento e a nova técnica instrumental não poderão ser considerados isoladamente, mas têm de ser integrados num conjunto de medidas úteis à cura do doente. Assim nascerão os esquemas de diagnóstico e de terapêutica que vão modificar métodos utilizados numa determinada época e que passaram a ser desaconselhados.

Não deverá haver uma solução de continuidade de uma antiga regra de conduta para uma nova, devendo haver sempre uma coexistência momentânea. O recurso a antigos esquemas podem parecer faltas certas, mas, em grande número de casos, ainda representa a atitude mais legítima.

O conjunto destas teorias e destas modalidades é ministrado pelo ensino actualizado, as publicações e reuniões científicas.

Mas quantas opiniões divergem, vindas de diferentes autores eminentes e apoiados em dados estatísticos irrefutáveis.

Certas práticas de opinião são, por vezes, solidamente fundamentadas, em trabalhos, experiências realizados em meios técnicos onde foram postas à prova e executadas.

O médico deve fazer provas de grande prudência, mas o juiz também deve redobrar a prudência na sua apreciação.

Censurar toda a opinião, quando surge um acidente, condicionará a evolução necessária, para cumprir os objectivos da medicina e reverterá em prejuízo dos doentes. Tal foi o caso das primeiras transplantações de órgãos mal conseguidas que desencadearam uma série de reacções negativas.

O problema tem de situar-se entre uma prática médica conservadora e uma prática evolutiva. Manter o conservadorismo pode ser uma falta, o mesmo sucedendo com a aplicação ao homem de uma nova técnica.

Na prática, a conduta do médico, como o de todo o verdadeiro profissional, é delicado de apreciar e as suas faltas são de difícil demonstração, na medida em que o médico está obrigado a utilizar, sistematicamente, novos instrumentos na sua actividade profissional.

3.1.2. A acção das "coisas"

O médico utiliza, fundamentalmente, instrumentos e são estes os causadores directos dos danos sofridos pelo doente e isto acontece, especialmente, no caso dos cirurgiões ou no caso dos radiologistas que possuem aparelhagem que pode originar doenças graves.

Quando um doente se fere contra um móvel colocado no corredor do consultório do médico ou um cirurgião fere o seu ajudante com a lâmina do bisturi, de quem é a responsabilidade?

Ambos os factos são marginais porque não se dão entre o doente e o médico.

Após uma injeção intra-raquidiana, um doente sofre um colapso, entra em coma e morre semanas depois, porque o produto injectado estava alterado. Será o médico responsável, visto que tinha em sua posse essa ampola?

Parece que a jurisprudência receia responsabilizar quando o dano é provocado pela acção directa de coisas inanimadas e não pela acção humana.

O médico tem de ter um dever de prudência e de diligência quando utiliza uma "coisa", seja ela instrumento ou produto, pelo que deverá utilizar os maiores cuidados na escolha, manutenção e conservação das "coisas".

A responsabilidade derivada do emprego de máquinas ou outros instrumentos, no caso de danos causados no exercício de uma profissão, é referido no nº 2, do art. 493º do C.C.: "*Quem causar danos a outrem no exercício de uma actividade, perigosa por sua própria natureza ou pela natureza dos meios utilizados, é obrigado a repará-los, excepto se demonstrar que empregou todas as providências exigidas pelas circunstâncias com o fim de os prevenir*".

Ora, como no decurso de tratamentos médicos e intervenções cirúrgicas se utiliza com frequência *coisas e instrumentos perigosos*, tem plena aplicação este artigo do C.C..

Também no domínio contratual se aceita a ideia de uma *obrigação de segurança*, no que respeita ao bom estado e correcto funcionamento das coisas e instrumentos.

3.2. O Prejuízo

A existência de prejuízo é uma condição indispensável para que a responsabilidade civil do médico, ou de qualquer pessoa, seja comprometida.

A vítima tem direito ao reembolso das despesas médicas e farmacêuticas, a uma indemnização resultante da incapacidade temporária ou definitiva para o trabalho e também a uma indemnização do prejuízo moral que sofreu.

É interessante saber se haverá direito a indemnização quando houve um acto médico, sem consentimento do doente, nos casos em que a intervenção se revelar benéfica.

Em cada caso particular é necessário saber se o *prejuízo é certo*, sendo este ponto particularmente delicado nos casos dos danos corporais. O estado anterior ou a predisposição do doente devem ser levados em consideração para poder avaliar-se o prejuízo realmente sofrido, o único que é avaliado para a indemnização. Trata-se, pois, de determinar o prejuízo real, objectivo, e de analisar em que medida a invalidez preexistente ou uma eventual predisposição pode concorrer para o dano final.

Num certo número de casos, como a perda de olho único ou a lesão de braço esquerdo num esquerdino, é preciso ponderar a lesão já existente.

Trata-se de danos que suprimem ou diminuem uma função já atingida, pelo que a predisposição, ou o estado anterior diminuíram a capacidade funcional, e, logo, a capacidade de trabalho ou de aprovação da vítima. Deverão ser tomados em consideração para assim determinar o prejuízo e a indemnização.

Pode ainda perguntar-se, em certos casos, se o prejuízo não representa uma melhoria em relação ao estado anterior.

Suponhamos um doente com uma coxartrose com invalidez, a que foi proposta a realização de uma prótese total da anca, intervenção delicada, mas que pode dar resultados funcionais excelentes. O doente aceita, mas uma infecção pós-operatória obriga à realização de uma artrodese, ficando a anca bloqueada, mas indolor. Considera-se isto um prejuízo? A recuperação da mobilidade normal da anca não foi conseguida, mas o prejuízo final não passou a ser superior à invalidez permanente.

Um doente com uma depressão, nervosa foi submetido a uma sessão de electrochoque, não tendo sido prevenido, nem tão pouco a família, dos riscos inerentes a este tipo de terapêutica. A sessão originou fracturas das duas cabeças umerais, mas o estado do doente melhorou. Foi maior o benefício ou o prejuízo?

O prejuízo tem de ser determinado depois de se medir a relação entre o dano resultante e o estado anterior em que o doente se encontrava.



3.3. Nexa de Causalidade

a) A concepção clássica

A existência de nexa de causalidade directo e certo, entre a falta e o prejuízo, não é mais do que uma condição indispensável para atribuir a responsabilidade ao médico.

Um médico injectou uma ampola de uma droga x e uma ampola de uma droga y. O doente fez um choque mortal e foi sustentado que a morte foi causada pelo emprego imprudente da droga x e os peritos não conseguiram demonstrar qual a droga causadora e a responsabilidade do médico foi afastada.

Parece ter sempre havido consciência destas dificuldades e isto libertava o médico de toda e qualquer responsabilidade, cada vez que surgia uma dúvida sobre o nexa de causalidade.

b) A perda de possibilidades de sobrevivência

O facto de um médico fazer perder uma hipótese de sobrevivência ao seu doente, obriga-o a reparar o prejuízo resultante.

Na doença, existem diferentes forças que se opõem e cuja resultante poderá ser o agravamento, a passagem à cronicidade, na pior hipótese a morte e na melhor a cura. Estas forças são aquelas de que o doente dispõe. A intervenção médica pode privar o doente da cura, da força necessária para fazer o combate contra a doença, ou fornecer-lhe armas más ou insuficientes.

Quando o médico comete uma falta, o doente foi privado de uma hipótese de sobrevivência ou até de cura.

Torna-se importante que o doente possa provar a relação causal entre a falta e o prejuízo, nada estabelecendo que a falta tenha provocado ou agravado o estado da doença.

Os tribunais não podem basear-se em hipóteses, mas explicar claramente a relação entre a falta e o dano.

4. A ACÇÃO DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO

a) As condições gerais e o seguro da responsabilidade

A responsabilidade civil do médico é uma responsabilidade pessoal, pondo directamente em causa o médico e sendo isto suportado pelo seu património.

Em princípio, neste domínio, como em todos os domínios de actividade lícita, o seguro é possível e largamente praticado noutros países, parecendo ter conduzido ao declínio da responsabilidade individual, conduzindo em vários casos a uma distorção das regras da responsabilidade civil.

Segundo Figueiredo Dias e Sinde Monteiro (1984), não existe seguro obrigatório de responsabilidade e o seguro facultativo é pouco usual.

Estão, normalmente, excluídos do objecto do contrato do seguro, entre outros, os danos resultantes de operações cirúrgicas estéticas, voluntariamente pretendidas pelo lesado, os enxertos e os danos resultantes de experiências medicamentosas ou operatórias.

A responsabilidade dos médicos que exercem funções profissionais em serviços públicos é assegurada pelo Estado, que funciona como um segurador de responsabilidade dos médicos, que só respondem por faltas que impliquem uma negligência grave.

b) A obrigação da prova

Entre os três factos a provar, o dano, a causalidade e a falta, apenas os dois últimos podem pôr problemas.

A posição jurídica é mais nítida quando existe defeito de *consentimento* ou defeito de *informação*, visto que o consentimento pertence ao doente. Deverá haver confiança necessária para presidir às relações existentes entre o médico e o doente, parecendo muito mal que o médico exija ao doente um consentimento escrito para todo e qualquer tipo de actuação médica.

Nos poucos casos onde o médico tem uma obrigação de resultado, se este não for conseguido, tem de tentar demonstrar a existência de uma

causa estranha e diminui a sua responsabilidade em casos de coisas inanimadas.

Nos casos, que são a grande maioria, onde existe uma obrigação de meios, será o doente a ter de demonstrar que a falta foi cometida.

A obrigação de prova tem de ser feita através do doente, cabendo ao médico destruir os argumentos e a causa do dano, quando se deve a uma causa estranha, sendo esta opinião reforçada quando a falta médica conduz a uma alteração da sobrevivência.

Para demonstrar os factos que conduziram à falta, o juiz, que é um leigo em matéria médica, é confrontado com grandes dificuldades inerentes ao domínio técnico, onde ele tem de conduzir a investigação, o mesmo sucedendo com a prova da falta, pelo que se tem de recorrer ao perito.

c) O recurso ao perito

As provas podem ser estabelecidas por todos os meios para convencer o juiz e habilitá-lo a uma tomada de decisão.

Os problemas técnicos justificam inteiramente a utilização dos peritos. O *perito* é um técnico chamado com a finalidade de poder auxiliar a justiça. O juiz e o perito formam um binário com diferentes pontos de vista e de linguagem, pelo que surgem dificuldades, umas, de ordem geral e, outras, especificamente médicas.

De um modo geral, a delimitação é difícil entre as operações técnicas e a apreciação jurídica, havendo ainda que distinguir o aspecto técnico do aspecto deontológico, frequentemente confundidos.

A peritagem só deve actuar como um complemento necessário à experiência do juiz, num domínio que este ignora, e também o perito não pode alargar, espontaneamente, a sua missão dando uma apreciação jurídica que não é da sua competência.

O juiz tem de se esforçar para, sem ambiguidades, circunscrever a missão do perito ao domínio técnico, quer seja científico, quer seja deontológico, e se restringir à apreciação e à qualificação dos elementos que lhe serão fornecidos pelo perito.

Alguns aspectos terão de ser considerados na escolha de um perito. É de recear um perito respeitado cientificamente por todos, mas com uma carreira apenas dedicada ao ensino e à investigação científica, não tendo na prática as bases experimentais, de modo a apreciar na justa medida uma situação vivida diariamente por um clínico exercendo medicina numa pequena povoação. Há um imenso mundo entre os dados abstractos e a realidade vivida.

O valor da peritagem médica tem também outra dificuldade, conduzindo a uma desconfiança dos profanos em relação a uma *solidariedade profissional*, susceptível de criar uma indulgência entre os membros da classe médica.

Para resolver estas dificuldades, o juiz tem de utilizar e de reafirmar a sua liberdade de apreciação, podendo até rejeitar as conclusões dos peritos, mas parece este ser um ponto de vista pouco correcto, pois foi o juiz que pediu a peritagem devido à sua falta de preparação.

No campo do *facto técnico*, onde o juiz em regra geral não é conhecedor, a competência do perito impõe-se. Mas, no terreno do direito, a competência do juiz retoma toda a sua plenitude e a peritagem é apenas um elemento específico de um conjunto sobre o qual o juiz vai basear a sua decisão.

Apesar destas diversas dificuldades de apreciação, o médico fica convencido da necessidade de reparar o dano causado pela sua falta, pelo que admite os princípios da responsabilidade civil.

Estando em causa a apreciação da responsabilidade civil de um médico, o De acordo com o nº 1, do art. 649º do C.P.C., "...*Pode o juiz designar pessoa competente que assista à audiência final e aí preste os esclarecimentos necessários.*"

d) O acesso aos registos médicos

Segundo Figueiredo Dias e Sinde Monteiro (1984), o problema do acesso aos registos médicos tem especial interesse na fase pré-processual, quando o doente se julga prejudicado, e pretende averiguar, através daquela documentação, se existiu ou não uma violação das "leges artis".



O art. 77º do Código Deontológico é bem claro, *“O médico, seja qual for o Estatuto a que se submeta a sua acção profissional, tem o direito e o dever de registar cuidadosamente os resultados que considere relevantes das observações clínicas dos doentes a seu cargo, conservando-as ao abrigo de qualquer indiscrição, de acordo com as normas do segredo profissional.”*

Havendo um *processo pendente*, deverá ser aplicado o nº 1, do art. 528º do C.P.C.: *“Quando se pretenda fazer uso de documento em poder da parte contrária, o interessado requererá que ela seja notificada para apresentar o documento dentro do prazo que for designado...”*

E o art. 529º do C.P.C. refere: *“Se o notificado não apresentar o documento, o tribunal apreciará livremente a sua conduta, para efeitos probatórios.”*

Tem de se perguntar se do contrato médico resulta o dever de possibilitar o acesso aos registos.

A boa fé exige que o médico ou a instituição médica que contratou com o doente, mesmo após ter terminado o contrato, ponham à disposição a documentação necessária para permitir averiguar se foram prestados ao doente.

O médico só estará obrigado a permitir o acesso aos registos na medida em que a boa fé o imponha, nomeadamente desde que elementos objectivos permitam, razoavelmente, admitir a presença de um interesse sério do doente.

Parece ser legítimo ao médico negar o acesso à documentação, a não ser que esse pedido lhe seja feito pelo advogado do doente.

O art. 573º do C.C. refere: *“A obrigação de informação existe sempre que o titular de um direito tenha dúvida fundada acerca da sua existência ou do seu conteúdo e outrem esteja em condições de prestar as informações necessárias.”* e o nº 1, do art. 574º do C.C. refere: *“...A apresentação da coisa, desde que o exame seja necessário para apurar a existência ou o conteúdo do direito e o demandado não tenha motivos para fundadamente se opor à diligência.”*

