

HOSPITAL DE SÃO JOSÉ

III Jornadas Nacionais de Administrativos da Saúde

“SAÚDE XXI – FORMAR E INFORMAR”

9 e 10 Maio de 2002

*O TRATAMENTO E A CIRCULAÇÃO
DE
DADOS PESSOAIS*

Comissão Nacional de Protecção de Dados Pessoais

Mário M. Vargas Gomes

O TRATAMENTO E A CIRCULAÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Numa época em que a informação/informatização claramente se assume e ganha estatuto de matéria-prima e de recurso estratégico fundamentais, neste crescendo da “*aldeia global*” onde nos inserimos, é, hoje em dia, não só cada vez mais premente e de todo fundamental despertarmos para as várias questões e os múltiplos problemas que a mesma suscita, como também e sobretudo, dar-mo-nos conta que todos e cada um de nós desempenha em todo este processo um papel activo e único.

A Saúde, como todos concordaremos, de modo algum poderia ficar alheia e indiferente a todo este processo em que se desenvolve a dita “*sociedade da informação*” e, conseqüentemente, às modernas e cada vez mais variadas tecnologias que a suportam.

Daí que não possa deixar desde já de felicitar o Hospital de São José por mais esta, persistente e louvável, iniciativa concretizada nestas III Jornadas, agora no âmbito da formação e da informação, agradecendo também, em representação da Comissão Nacional de Protecção de Dados, o honroso convite para estarmos aqui presentes.

O tema que nos foi proposto apresentar - “*O Tratamento e a Circulação de Dados Pessoais*”, necessária e fundamentalmente, os relativos ao estado de saúde - não podia deixar de ser mais actual, pela inequívoca importância de que se reveste.

Como sabemos, a mobilidade cada vez mais crescente de pessoas e bens é, hoje em dia, quase meteórica, pelo que a troca de informação, rápida e em tempo real, constitui, também nesta área da saúde, uma necessidade vital.

Imagine-se, por exemplo, como poderiam funcionar eficazmente os serviços da “Eurotransplante”, da base de dados, universal, de doadores de medula óssea, ou mesmo, entre nós, do RENNDA, sem um eficaz e rápido acesso à informação pretendida, só possível com uma automatização de processos...

O volume, hoje quase infinito, de informação possível de ser armazenado mediante o recurso proporcionado pelas denominadas novas tecnologias, a rapidez no acesso e à sua selecção, a facilidade de organização de qualquer dossier clínico, a transmissão, em tempo real, ainda que para os antípodas, de toda e qualquer informação, todos eles com claras repercussões na capacidade de resposta no tratamento do doente, constituem hoje uma evidência.

A informatização médica - já possível de localização num qualquer cartão microprocessador que o doente apresenta em qualquer serviço de saúde, ou agora até já num “*microchip*” implantado no corpo, debaixo da pele - assegura uma mais fácil e rápida prestação e continuidade dos cuidados de saúde, só assim podendo eficazmente responder às novas exigências da especialização e do trabalho em equipa.

Mas não só.

A telemedicina e o “consultório móvel”, como todos sabem, são, também já entre nós, uma realidade. Caminhamos, lentamente ainda é certo, para um processo e arquivo clínico electrónico, e são vários os exemplos, agora vindos de fora, quer da conhecida ciber-cirurgia ou robótica médica, quer também da denominada nanotecnologia médica.

Tudo isto sem necessidade de salientarmos o papel determinante que tal informatização desempenha no domínio da investigação médica, seja para a despistagem, mais ou menos precoce, de doenças várias, seja também na, agora sempre presente, investigação genética.

E que dizer das suas inequívocas vantagens também na área da gestão hospitalar - cada vez mais “*monstruosa*”, como é público - em domínios como os da admissão, transferência e “alta” de doentes, das análises laboratoriais, do “*stock*” de medicamentos, da contabilidade e facturação de serviços prestados, da estatística e tantos, tantos outros, sempre e também cada vez mais necessários e

com repercussões evidentes para a problemática da racionalização de serviços e custos, do estudo e da tomada de decisões em tempo útil.

Mas - há, na verdade, sempre um mas em quase tudo - este mundo globalizado não nos pode fazer esquecer princípios, valores e direitos desde há muito consagrados, e menos ainda a secundarizar ou “*coisificar*” o HOMEM, nesta área da saúde sempre fragilizado, tantas vezes mesmo, na situação próxima da morte, “*simplesmente, de ter vivido*”, como diz João Lobo Antunes do “*seu*” Juvenal.

Pese embora a inequívoca e hoje fundamental importância da informatização dos dados pessoais, a verdade é que o HOMEM, cada vez mais visto e considerado “*na sua dignidade e identidade*”, não pode tornar-se num “*simples objecto de informações*”.

Daí que, cedo o Direito se tivesse deparado com a necessidade da sua regulação, pese embora as reconhecidas dificuldades no acompanhar do passo, extremamente rápido, do seu desenvolvimento.

São as informações sobre tudo o que a cada um de nós diz respeito que aqui estão em causa e que vão sendo registadas e tratadas hoje desde antes até da nossa concepção até mesmo após a morte... é o que denominamos “*dados pessoais*”.

É, em suma, o respeito pelo direito fundamental à vida privada de cada um de nós, a nossa privacidade, que aqui está em causa, direito este desde há muito consagrado, de entre vários outros instrumentos jurídicos internacionais, na Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10/12/48 – Artº 12º – na Convenção Europeia dos Direitos do Homem, de 4/11/50 – Artº 8º – no Artº 26º da Constituição da República Portuguesa e também objecto de tutela no Artº 80º nº 1 do nosso Código Civil.

Quando “*casado*” com a informática, o direito à privacidade é susceptível das maiores ameaças, como será fácil de perceber e já deixámos referido também: o infinito volume de informação possível de ser armazenada, a

facilidade de transmissão da informação, da sua selecção e relacionamento, levam a que, com um simples carregar do botão, se possa saber tudo sobre tudo o que somos.

Daí que o legislador nacional, logo em 1976 – sendo então o primeiro a nível mundial – tenha constitucionalmente consagrado regras para a sua utilização, regras essas precisamente no âmbito e respeitantes a “direitos, liberdades e garantias pessoais”.

Após sucessivas alterações impostas pela dinâmica dos desenvolvimentos tecnológicos, consagra hoje o Artº 35º da CRP nesta matéria o denominado *direito à autodeterminação informacional* ali densificado no direito de acesso aos dados pessoais que a cada um respeitem, podendo exigir-se a sua rectificação e actualização, bem como o direito de conhecer a sua finalidade – nº 1; o direito ao não tratamento informático de certos tipos de dados, como sejam os relativos a “*convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, vida privada e origem étnica*” - nº 3 - a que a respectiva lei habilitante, a Lei 67/98, de 26/10, tal como o fazia já a denominada “Convenção 108” do Conselho da Europa, de 28/01/81, acrescentou também os “*dados relativos à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos*” ; e o direito ao sigilo dos seus dados relativamente a terceiros - nº 4.

As informações acabadas de referir constituem os denominados dados pessoais “*sensíveis*” atentas as suas especiais particulares de intimidade e o risco da sua utilização discriminatória.

A proibição de “*atribuição de um número nacional único aos cidadãos*” - nº 5 - funciona claramente como garantia daqueles direitos, assim dificultando o tratamento de dados e a sua interconexão ou o seu mais fácil relacionamento.

Na revisão constitucional levada a cabo em 1997, entendeu o legislador consagrar também que os dados pessoais constantes de ficheiros manuais gozam de idêntica protecção – nº 7.

Daí que não restam hoje quaisquer dúvidas que, quer o tratamento automatizado de dados pessoais, quer o seu tratamento manual, gozam de protecção em tudo idêntica.

Entretanto, vários outros diplomas surgem a regulamentar esta matéria.

A nível mundial, em 1981, o primeiro e, ainda hoje, único, instrumento legal – a Convenção para a Protecção das Pessoas relativamente ao Tratamento Automatizado de Dados de carácter Pessoal, do Conselho da Europa, conhecida pela “Convenção 108”, como atrás referimos, há pouco também revista e actualizada, e em vigor entre nós desde 1/01/94.

Aqui se prevêem já e também, como dissemos, os dados relativos “*à saúde ou à vida sexual*”, dispondo o seu Artº 6º que “*só poderão ser objecto de tratamento automatizado desde que o direito interno preveja garantias adequadas*”.

Também na UE, perante as várias e diversificadas legislações vigentes nos vários Estados Membros e no sentido de ser obtida uma regulamentação idêntica em todos eles, o Parlamento Europeu e o Conselho, em 1995, aprovaram a Directiva 95/46/CE, de 24/10, relativa à protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.

É esta Directiva – que claramente sublinha estar toda esta matéria “*ao serviço do Homem*” – transposta por Portugal e, até agora, por quase todos os demais países comunitários, que constitui hoje o diploma fundamental vigente entre nós, a Lei 67/98 já referida, dispondo o seu Artº 7º nº 1 sobre os dados sensíveis nos termos antes referidos.

Nesta matéria específica do tratamento de dados pessoais relativos ao estado de saúde das pessoas, pese embora não possuindo força jurídica vinculativa, não queremos deixar de referir também a Recomendação Nº R(97) 5, do Comité de Ministros, de 13/02, relativa à protecção dos dados médicos, ou seja, os dados relativos ao estado de saúde de uma pessoa.

São estes pois os instrumentos jurídicos fundamentais vigentes nesta matéria.

Vejam os então agora, muito sumariamente, quais os princípios fundamentais reguladores de toda esta matéria por aqueles instrumentos devidamente consagrados:

- O princípio da transparência e da publicidade dos tratamentos, de todo básico e fundamental, segundo o qual deve ser garantido a toda a pessoa o direito de conhecer a existência de qualquer tratamento de dados pessoais, da finalidade a que se destina, bem como da identidade do seu responsável e o seu endereço, a fim de permitir o exercício dos seus direitos – Artºs 8º al. a) da “Convenção 108”, 2º da Lei 67/98 e 10º da Directiva 95/46/CE;

- O princípio da especificação e respeito pela finalidade do tratamento e da limitação da utilização, devendo aquela ser legítima e conhecida logo no momento da recolha dos dados, não podendo estes, por regra, ser utilizados para outras finalidades incompatíveis – Artºs 5º al. b) da “Convenção 108”, 5º nº 1 al. b) da Lei 67/98 e 6º nº 1 al. b) da Directiva 95/46/CE;

É em obediência a este princípio que, por exemplo, os dados pessoais recolhidos no serviço de obstetrícia não podem ser utilizados por uma empresa para anunciar à mãe as novas farinhas lácteas para bebés... ou para lhe propor um seguro de saúde... assim como os dados recolhidos no serviço de cirurgia, onde alguém fez uma lipo-aspiração, não podem ser utilizados por uma empresa de chocolates para anúncio de uma nova marca que não faz engordar...

- O princípio da fidelidade, proporcionalidade ou da qualidade dos dados, segundo o qual estes deverão ser adequados, pertinentes e não excessivos atenta a respectiva finalidade, exactos e, se necessário, actualizados –

Artºs 5º als c) e d) da “Convenção 108”, 5º nº 1 als c) e d) da Lei 67/98 e 6º nº 1 als c) e d) da Directiva;

- O princípio da legitimidade e da participação individual, segundo o qual e por regra, só com o consentimento da pessoa em causa poderá ser levado a cabo o tratamento de informações a si respeitantes, tendo direito de acesso à informação registada sobre si, à correcção da mesma quando inexacta ou não actual e, por vezes, mesmo à sua eliminação – vd Artºs 35º nº 3 da CRP, 8º als a) a c) da “Convenção 108”, 6º e 7º nº 2 da Lei 67/98 e 7º da Directiva;

- O princípio da justificação social, que impõe que qualquer tratamento deve ter um objectivo geral e usos específicos socialmente aceites, do que se não duvidará relativamente aos tratamentos dos dados de saúde;

- O princípio da conservação ou da limitação no tempo dos dados registados, não podendo estes ser conservados indefinidamente, mas sim e apenas pelo tempo necessário, tendo em conta a respectiva finalidade – Artºs 5º al. e) da “Convenção 108”, 5º nº 1 al. e) da Lei 67/98 e 6º nº 1 al. e) da Directiva;

- O princípio das garantias de segurança que impõe a adopção de medidas que previnam o risco da utilização indevida, destruição ou perda da informação - vd Artºs 7º da “Convenção 108”, 14º e 15º da Lei 67/98 e 17º da Directiva ;

- O princípio da responsabilidade, segundo o qual deverá existir sempre um responsável pelo tratamento, que assegurará o cumprimento de todos estes princípios, respondendo por qualquer prejuízo causado à pessoa em causa em consequência da violação das normas de protecção de dados – Artºs 8º al. d) da “Convenção 108”, 34º da Lei 67/98 e 23º da Directiva;

- O princípio da possibilidade de recurso, que confere também a qualquer pessoa o direito de recorrer, quer para a competente autoridade de controlo, quer mesmo judicialmente, em caso de violação dos seus direitos em matéria de dados pessoais – Artºs 8º al. d) da “Convenção 108”, 33º da Lei 67/98 e 22º da Directiva;
- O princípio do controlo ou da protecção dos tratamentos de dados, a levar a cabo por uma entidade independente.

Entre nós esta competência é atribuída à Comissão Nacional de Protecção de Dados, entidade independente, composta por sete membros, três dos quais eleitos pela Assembleia da República, dois magistrados, designados pelos Conselhos Superiores da Magistratura e do Ministério Público e dois designados pelo Governo, à qual compete, em geral, “*controlar e fiscalizar o cumprimento*” das regras vigentes em matéria de protecção de dados pessoais e, em particular, autorizar qualquer tratamento de dados pessoais sensíveis, aqui incluídos, como vimos, os dados pessoais relativos ao estado de saúde.

De acordo com os instrumentos e as disposições legais acabadas de referir, é possível então resumidamente concluir nesta matéria relativa ao tratamento dos dados de saúde que:

- 1- Os tratamentos destes dados sensíveis são, em princípio, proibidos, só podendo ser levados a cabo se houver:
 - **Consentimento do respectivo titular;**
 - **Autorização prevista por lei, com garantias de não discriminação;**
 - Destinarem-se ao processamento de **dados estatísticos não individualmente identificáveis** – Artºs 35º nº 3 da CRP, 6º da Convenção 108 e 7º nº 1 da Lei 67/98.

2- De entre outros, especificamente permitidos por vários diplomas legais
- Dec.Lei 244/94, de 26/09, relativo ao RENNDA, Dec.Lei 198/95, de 29/07, relativo ao cartão de identificação do utente do SNS, e o Dec.Lei 395/99, de 13/10, relativo aos ficheiros dos IML - o Artº 7º n.ºs 3 e 4 da Lei 67/98 permite especificamente o tratamento de tais dados desde que verificadas as seguintes condições:

- Quando o mesmo for *“necessário para proteger interesses vitais do titular dos dados ou de uma outra pessoa e o titular dos dados estiver física ou legalmente incapaz de dar o seu consentimento;*
- *Dizer respeito a dados manifestamente tornados públicos pelo seu titular, desde que se possa legitimamente deduzir das suas declarações o consentimento para o tratamento dos mesmos;*
- *Ser necessário à declaração, exercício ou defesa de um direito em processo judicial e for efectuado exclusivamente com essa finalidade;*
- *Quando for necessário para efeitos de medicina preventiva, de diagnóstico médico, de prestação de cuidados ou tratamentos médicos ou de gestão de serviços de saúde, desde que:*
 - *Seja efectuado por um profissional de saúde obrigado a sigilo ou por outra pessoa sujeita igualmente a segredo profissional” – como sejam, por exemplo, os enfermeiros e o pessoal administrativo;*
 - *“Seja devidamente notificado à CNPD;*
 - *Sejam garantidas medidas adequadas de segurança da informação”.*

Bem revelador dos cuidados acrescidos tidos em conta pelo legislador em matéria de segurança deste tipo de informação, o Artº 15º seguinte dispõe e

enumera medidas especiais a adoptar como sejam: o controlo de entrada nas instalações onde se encontram tais tratamentos, dos suportes dos dados registados, do controlo da sua inserção, utilização, do acesso, transmissão, introdução e transporte dos dados

Nesta matéria também adianta o nº 3 que “*os sistemas devem garantir a separação lógica entre os dados referentes à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos, dos restantes dados pessoais*”, como sejam, por exemplo, os dados de natureza meramente administrativa.

Tem sido também entendimento da CNPD, na sequência da Recomendação já referida que, por regra, deverão ser definidos níveis diferenciados de acesso à informação, devidamente estabelecidos em função das diferentes categorias dos utilizadores da informação e tendo em conta a informação considerada necessária, adequada, suficiente e pertinente a cada um deles.

Daí que o pessoal técnico da análise, da radiologia, o administrativo, por exemplo, não necessitem de ter acesso à informação relativa aos dados de diagnóstico, à história clínica do doente, aos dados sociais ou outros.

Uma norma especial mostra-se também prevista no Artº 11º nº 5, relativamente ao exercício do direito de acesso à informação pelo respectivo titular, atenta a sua especificidade: não pode a mesma ser directamente transmitida ao respectivo titular, como é a regra, mas antes e só por intermédio de um médico por si escolhido.

São obviamente razões ligadas à especificidade e, por vezes, complexidade da informação que impõem esta excepção.

Pelo que sumariamente deixamos exposto, creio que não será difícil percebermos agora o quanto a circulação destes dados deve ser limitada e restrita.

Desde logo, porque se trata de um tipo de informação sujeita ao dever de sigilo.

Assim o estabelecem várias disposições legais como sejam as Bases XIII nº 2 e XIV nº 1 al. d) da Lei de Bases da Saúde, a Lei 48/90, de 24/08.

Aqui, não deixando de se reconhecer que *“deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde... garantindo permanentemente a circulação da informação recíproca”*, de modo algum se olvida a necessidade de preservação da confidencialidade da mesma, simultaneamente se conferindo ao doente o direito a *“ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados”*.

Esta confidencialidade – com raízes nas regras da moralidade adoptadas por Hipócrates, na Escola de Cós, cerca de 500 a.C., segundo a qual *“tudo o que vir e ouvir no exercício da minha profissão... que não deva ser divulgado, conservar-se-á como segredo”* – constitui também, como se sabe, ainda hoje um dever claramente imposto aos médicos, conforme o dispõem os Artºs 13º al. c) do Dec.Lei 282/77, de 5/07, que aprova o Estatuto da OM, e os Artºs 67º a 69º do seu Código Deontológico, tal como também a todos os demais profissionais da saúde em geral, como sejam aos farmacêuticos, nos termos impostos pelo Artº 101º a 104º do seu estatuto aprovado pelo Dec.Lei 288/01, de 10/11, aos enfermeiros, de acordo com o disposto no Artº 85º do Estatuto da Ordem, aprovado pelo Dec.Lei 104/98, de 21/04, e a todos os demais profissionais administrativos, no âmbito do regime jurídico geral da função pública, nos termos expressamente referidos pelo Artº 3º nº 4 al. e) do Dec.Lei 24/84, de 16/01, que aprova o respectivo Estatuto Disciplinar.

E compreender-se-á que assim seja já que toda esta informação decorre, sobretudo e principalmente, da relação médico-doente, relação esta de grande intimidade e, por isso mesmo, feita ao abrigo da confiança estabelecida entre um e outro.

Diremos também que a obrigação de sigilo se impõe ainda e também no âmbito e relativamente ao conhecimento de dados pessoais, de acordo com o expressamente disposto no Artº 17º da Lei 67/98.

Apesar da relatividade do sigilo de toda esta informação, face quer ao exercício partilhado dos cuidados médicos, à necessidade de intervenção dos

vários profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde, quer mesmo à obrigatoriedade de comunicação da informação no que respeita, por exemplo à notificação das doenças objecto da Portaria nº 1071/98, de 31/12, dúvidas não temos que a circulação de toda esta informação sofre restrições claras na sua circulação.

Daí que a regra adoptada nesta matéria pelo Princípio 7 da Recomendação Nº R (97) 5 referida, seja a de que os dados médicos não devem, por princípio, ser objecto de comunicação.

Desde há muito particularmente preocupada com toda esta matéria e face à quantidade de pedidos de acesso à informação médica formulados pelas mais diversas pessoas e entidades, quer quanto ao teor das fichas clínicas, quer também dos relatórios da autópsia, entendeu a CNPD abordar toda esta problemática, de uma forma o mais abrangente possível e, através da Deliberação Nº 51/01, de 3/07, adoptar os seguintes princípios:

1- Pedidos de acesso e informação relativos a “***prestação de cuidados de saúde para pagamento de facturas por sub-sistemas de saúde e seguradoras***”:

Considerando que a “*entidade prestadora*” dos cuidados médicos “*tem que facturar, de forma discriminada, os cuidados de saúde realizados*” e que a comunicação da informação pertinente “*decorre de vontade expressa pelo titular... à luz do contrato que celebrou com a seguradora ou com o sub-sistema*” respectivo, entendeu-se “*que há legitimidade para a comunicação*” já que esta pode ser “*enquadrada na finalidade de «gestão de serviços»*”.

Os dados a comunicar deverão, no entanto, “*ser os estritamente necessários à facturação e à cobrança dos cuidados prestados*”, não devendo os mesmos incluir “*dados sobre diagnóstico ou que permitam uma violação da intimidade da vida privada do doente*”, devendo também ser feitos através de um

“profissional de saúde obrigado a sigilo ou a outra pessoa igualmente sujeita a segredo profissional”.

2- Pedidos da ***“documentação necessária à continuidade da prestação de cuidados”*** por ***“instituições de saúde e seguradoras”***

Presentes quer o disposto na Base XIII n° 2 da Lei 48/90 já referida, o Art° 78° do Código Deontológico da OM, bem como e também o disposto nos Art°s 28° n° 2 e 33° do Dec.Lei 143/99, de 30/04, no âmbito dos acidentes de trabalho, entendeu a CNPD que *“para efeitos de continuidade da prestação de cuidados de saúde, deve ser enviada ao «médico assistente» a documentação clínica que assegurar a continuidade dos cuidados, com salvaguarda da confidencialidade dos dados”.*

3- Pedidos formulados para efeitos de ***“relatório de reforma e aposentação”***

Presentes os regimes jurídicos da aposentação por incapacidade - Dec.Lei 498/72, de 9/12 - e da segurança social - Dec.Lei 329/93, de 25/09 e 360/97, de 17/12 - e porque está também em causa um interesse público, entendeu a CNPD que a comunicação deve obedecer aos seguintes princípios :

- A entidade requisitante deve especificar *“a natureza da lesão por forma a permitir”* ao estabelecimento de saúde respectivo *“enviar toda a informação clínica necessária às finalidades (apreciação da natureza e grau de incapacidade)”*;
- O estabelecimento de saúde em causa *“deve limitar-se a enviar a informação estritamente necessária a satisfazer a solicitação”* feita;

- “A entidade requisitante deve indicar o médico à ordem de quem deve ser enviada a documentação clínica, assegurando assim a circulação confidencial da informação”.

4- Documentação clínica solicitada por “*Tribunais e Polícias*”

Quanto aos Tribunais, ponderando o interesse da realização da Justiça que está em causa e os princípios legais vigentes, quer em sede de Direito Penal, quer de Direito Civil, nomeadamente o dever de colaboração, entendemos que, por despacho devidamente fundamentado das respectivas autoridades judiciárias, se admite a comunicação de dados pessoais relativos ao estado de saúde das pessoas, podendo, no entanto a pessoa obrigado ao segredo escusar-se a tal comunicação.

Relativamente às polícias, e enquanto “*órgãos de polícia criminal*”, apenas poderão ter acesso à identificação das pessoas e às lesões visíveis que as mesmas apresentam, necessárias para a elaboração da respectiva participação, nomeadamente quando tomem conhecimento de tais factos quando da sua entrada nos hospitais.

5- Pedidos efectuados por “*advogado*” do titular dos dados, apresentando a competente “*procuração*”

Ponderando o disposto no Artº 63º do Estatuto da OA e o carácter sigiloso da informação em causa, a cedência da informação relativa ao estado de saúde das pessoas só lhes poderá ser comunicada mediante a apresentação de procuração com poderes especiais para o efeito.

6- Acesso a pedido de “*familiares de doentes falecidos*”

O direito à privacidade é um direito de personalidade objecto de tutela mesmo depois da morte do respectivo titular, nos termos expressamente previstos

pelo Artº 71º nº 1 do CC, conferindo, o nº 2 seguinte, legitimidade para a sua defesa ao “*cônjuge sobrevivente ou a qualquer descendente, irmão, sobrinho ou herdeiro do falecido*”.

Assim sendo, entendeu-se que a estas pessoas é legítimo reconhecer-se-lhes o direito de acesso sobre a “*causa da morte*” do seu familiar, no mínimo, ao abrigo de um “*direito à curiosidade*” sobre a mesma, que será até, na maioria dos casos, já do seu conhecimento, constando também, por vezes, do boletim de óbito necessário ao funeral.

Tudo indica mesmo que qualquer dos familiares referidos não deixará de preservar a memória e a intimidade do falecido, não divulgando indevidamente essa informação.

Relativamente aos dados sobre o “*estado de saúde*” constante da ficha clínica do falecido entendeu-se já não ser, por regra, suficiente aquele “*direito à curiosidade*”, salvo se em causa estiver:

- Eventual responsabilidade da Administração relativamente aos cuidados de saúde prestados ao falecido, nomeadamente em casos de suspeitas de negligência na prestação desses cuidados;
- No contexto de um seguro de vida, para efeitos de ser intentada a competente acção judicial, se a seguradora se recusar a pagar a indemnização devida;
- Se o médico assistente do requerente entender necessário relacionar a doença do falecido com a sintomatologia daquele, para efeitos de diagnóstico ou a adopção de medidas preventivas, v.g. doenças hereditárias ou genéticas.

7- Acesso solicitado por “*companhias seguradoras no contexto da morte de titulares de seguros de vida*”

Partindo do princípio de que “*os interesses de natureza privada*” podem ser acautelados por outros meios - v.g. através dos poderes dos Tribunais no âmbito do processo civil - que não já através da violação do sigilo médico, entendeu a CNPD que não é de autorizar o acesso das seguradoras à informação clínica do segurado falecido, para efeitos de instrução de processo relativo a seguro de vida.

É então tempo de concluir.

De tudo o que sumariamente deixámos referido parece-nos importante enfatizar que os novos tempos que vivemos exigem que todos e cada um de nós, muito em especial os profissionais de saúde, para além das competências nas áreas técnico-científica, também e sobretudo uma competência ética importa valorizar.

E isto porque, para além de a mesma constituir uma necessidade actual, estamos em crer que se tornará progressivamente cada vez mais necessária ainda, à medida que os novos conhecimentos científicos e tecnológicos evoluem.

As nossas sociedades, sempre mais ou menos corporativas, não se podem demitir desta realidade.

Bem-hajam.

Mário M. Vargues Gomes