



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

Faculdade de Direito | Escola de Lisboa

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS:
A transposição das *leges artis* para o contrato médico**

Márcia Cabral Barroso Domingos

Mestrado Forense

Orientador: Professor Doutor Pedro Pais de Vasconcelos

Abril de 2022

À minha mãe, porque sem ela não seria possível.

Aos meus amigos, que nos momentos mais atribulados nunca me deixaram desistir.

Lista de abreviaturas

Ac. – Acórdão

a.C. – Antes de Cristo

ADSE – Instituto de Proteção e Assistência na Doença

Art. – Artigo

CC – Código Civil

CDFUE – Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia

CDHBio – Convenção sobre os Direitos Humanos e Biomedicina

CPAS – Caixa de Previdência dos Advogados e Solicitadores

CRP – Constituição da República Portuguesa

CP – Código Penal

DL – Decreto-Lei

EOM – Estatuto da Ordem dos Médicos

IOS-CTT – Instituto de Obras Sociais-CTT

LBS – Lei de Bases da Saúde

LDC – Lei da Defesa do Consumidor

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial da Saúde

P. – Página

PT-ACS – PT Associação de Cuidados de Saúde

SAMS – Serviço de Assistência Médica Social

Séc. – Século

SNS – Sistema Nacional de Saúde

Ss. – Seguintes

STJ – Supremo Tribunal de Justiça

TRC – Tribunal da Relação de Coimbra

TRL – Tribunal da Relação de Lisboa

TRP – Tribunal da Relação do Porto

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. CAPÍTULO I: RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE – EVOLUÇÃO	7
1.1. ATIVIDADE MÉDICA: DO ATO DIVINO À MEDICINA ENQUANTO CIÊNCIA	7
1.2. EVOLUÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	9
1.3. O SURGIMENTO DA NATUREZA CONTRATUAL DA RELAÇÃO MÉDICA.....	11
1.3.1. <i>Críticas à visão contratualista</i>	13
1.4. <i>Relação médico-paciente: modalidades. Delimitação do tema.</i>	15
2. CAPÍTULO II: O CONTRATO MÉDICO.....	19
2.1. CONTRATO MÉDICO E DIREITOS DE PERSONALIDADE.....	19
2.1.1. <i>Limitação voluntária dos direitos de personalidade</i>	22
2.1.2. <i>Consentimento informado</i>	24
2.2. CARACTERIZAÇÃO E NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO MÉDICO	27
2.2.1. <i>Atipicidade do contrato médico</i>	28
3. CAPÍTULO III – CONTEÚDO DO CONTRATO MÉDICO: OBRIGAÇÃO DE TRATAMENTO E <i>LEGES ARTIS</i>	30
3.1. FORMAÇÃO DA DISCIPLINA DO CONTEÚDO DO CONTRATO MÉDICO.....	30
3.1.1. <i>Autorregulação profissional dos médicos</i>	31
3.2. OBRIGAÇÕES DECORRENTES DO CONTRATO MÉDICO	33
3.2.1. <i>Obrigações do médico</i>	34
3.2.2. <i>Obrigações do paciente</i>	35
3.3. OBRIGAÇÕES DE TRATAMENTO E <i>LEGES ARTIS</i>	35
3.3.1. <i>Leges artis</i>	36
3.3.2. <i>Exceções de cumprimento das <i>leges artis</i></i>	39
CONCLUSÃO.....	41

INTRODUÇÃO

A relação entre o Direito e a Medicina não é recente. Enquanto prática racional, rigorosa e sustentada pela ciência, a Medicina tem passado por várias evoluções, ao mesmo tempo que a profissão médica foi sendo “desmistificada”, evolução esta que elevou as exigências da sociedade face à Medicina, enquanto ramo que tem a pessoa como centro da sua atividade.

Tudo isto levou a que, atualmente, o Direito interviesse na regulação da atividade médica: desde regras sobre a formação e o ensino do médico às regras de responsabilidade, o Direito surge como mecanismo de proteção, não só das pessoas enquanto pacientes, mas também enquanto profissionais de saúde que exercem tal atividade.

Ao analisar os artigos e dissertações existentes sobre Direito Médico, ramo do direito que tem como objeto as normas jurídicas relativas à relação médico-paciente, cheguei à conclusão que existiam vários estudos relacionados com a responsabilidade médica, tanto a nível civil, como a nível penal e até disciplinar.

Desses estudos, fui-me apercebendo que, segundo a Doutrina e Jurisprudência, a responsabilidade civil médica pode assumir tanto natureza contratual como natureza extracontratual, dependendo das circunstâncias do caso e da relação existente entre o médico e o paciente¹.

Não obstante a relevância que o tema da responsabilidade civil médica tem para a comunidade médica (e também jurídica), percebi que poucos eram os estudos que tinham o contrato médico como objeto de estudo.

Podendo a responsabilidade civil médica revestir natureza contratual, tal significa que, em alguns casos, a relação médica reveste a figura de um contrato, já que, de acordo com o regime da responsabilidade contratual estabelecido no Código Civil nos seus artigos 798º a 800º, a responsabilidade contratual resulta do não cumprimento dos deveres relativos próprios das obrigações contratuais. Isto levou-me à seguinte (e primeira) questão: de onde emergem estas obrigações? Que contrato é este?

Procurando uma resposta a esta questão, foram surgindo muitas outras que me levaram até à questão que pretendo aqui responder. É que, ao analisar jurisprudência que

¹ Neste sentido: acórdão do STJ, de 28/01/2016, proc.136/12.5TVLSB.L1.S1 (disponível em <http://www.dgsi.pt/>); acórdão do TRC, de 28/11/2018, proc.558/11.9TBCBR.C1 (disponível em <http://www.dgsi.pt/j>); e acórdão do TRP, de 01/04/2014, proc.3925/07.9TVPRT.P1 (disponível em <http://www.dgsi.pt/>)

abordavam o tema da responsabilidade civil médica contratual, percebi que estava em causa, nesses casos, um contrato médico de onde emanava, para o médico, uma obrigação de tratamento, cujo incumprimento dava lugar à responsabilidade daquele profissional de saúde.

No que concerne ao cumprimento desta obrigação, resulta também da jurisprudência, em caso de violação por parte das *leges artis* por parte do médico, isto é, das regras técnicas e científicas que o médico deve observar aquando do exercício da sua atividade, se presume o incumprimento daquela obrigação.

Surge, então, a questão objeto da presente dissertação: de onde surgem estas *leges artis*? Como é que, estabelecia a relação contratual entre médico e paciente, estas se transpõem para o contrato?

Para o efeito, começarei a presente dissertação por fazer um enquadramento sobre a evolução da relação médica na história e sobre a aceitação desta como uma relação contratual. Ao figurar um contrato, a relação médica levanta um problema que abordarei no capítulo II, relacionado com os direitos de personalidade, seguindo com a qualificação jurídica do contrato.

Finalmente, num último capítulo centrar-me-ei no conteúdo do contrato, designadamente na obrigação de tratamento a que o médico está adstrito, de modo a perceber como é que as *leges artis*, das quais falarei também neste capítulo, se integram neste contrato objeto da dissertação.

CAPÍTULO I: RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE – EVOLUÇÃO

1.1. Atividade médica: do ato divino à medicina enquanto ciência

Falar da relação que se estabelece entre o médico e o paciente implica, necessariamente, que se faça uma breve abordagem sobre a evolução da figura daquele profissional e da sua responsabilização ao longo da história.

Nos tempos pré-históricos, as doenças podiam ser classificadas como doenças que provinham de maus hábitos de vida ou como doenças de manifestação súbita, em geral agudas e sem explicação conhecida. As primeiras eram consideradas doenças de manifestação progressiva, crônicas e curáveis (ou, pelo menos, que os médicos sabiam como administrar uma terapêutica com resultados conhecidos); já as segundas, vistas como de origem divina, levavam a que o médico pouco pudesse fazer para além da purga através da administração de um fármaco e da mediação entre os deuses e os homens. Graças a esta última categoria de doenças, os conhecimentos da medicina eram considerados conhecimentos sagrados (Oliveira, 2005).

O exercício da Medicina, durante estes tempos, exigia, então, um juramento religioso sobre o qual assentava a responsabilidade do médico, visto na altura como uma espécie de sacerdote, em cumprir com aquilo que foi prometido (Oliveira 2005b).

Visto como representantes da transcendência que ajudavam a suportar os medos e as angústias, as artes de tratamento dos médicos baseavam-se em técnicas de sugestão psicológica (Pereira 2012). Tais conhecimentos, por serem considerados sagrados, não podiam ser revelados por quem não tivesse feito o juramento (Oliveira 2005b).

A responsabilidade dos médicos era, assim, “...uma responsabilidade religiosa, moral, diferente e mais exigente do que a responsabilidade jurídica a que se sujeitavam os oficiais de outras artes!” (Oliveira 2005:107). Deste modo, o médico só seria responsabilizado se não conseguisse alcançar a cura do doente.

A responsabilidade médica começou a ser discutida, pela primeira vez, com o *Código de Hammurabi*². Este “código”, baseado num sistema jurídico onde a noção de culpa era

² A necessidade de compensação pelos danos, porém, começou a ser prevista três séculos antes, nas *Tábuas de Nipur* ou *Código de Ur-namu*, do ano 2050 a.C. – vide CASCÃO, Rui, *Prevention and Compensation of Treatment Injury: a roadmap for reform*, Boom Juridische uitgevers, 2005, p.11; BAUER, Carlos Garcia, *Fuentes del Derecho Internacional Privado*, 25 R.E.D.I., p.166

ainda inexistente, regulava a responsabilidade do médico nos seus artigos 218, 219 e 220³, prevendo sanções para o tratamento negligente segundo um princípio de retribuição *in natura*, em que a espécie de sanção era diferente consoante a pessoa vítima do erro médico fosse, ou não, escrava (Pedro 2008).

No Egito Antigo, verifica-se um agravamento da sanção aplicável ao médico, que, em caso de morte do doente não escravo, podia ser condenado à morte. O médico passou, também, a poder ser punido em caso de inobservância das regras e métodos consagrados no livro sagrado de Hermes, independentemente do resultado que se viesse a produzir (Pedro 2008). Também no Direito Romano se encontrava consagrada a responsabilidade do médico pela morte de um doente quando a mesma fosse imputável à falta de conhecimento ou à insuficiência da habilidade deste profissional (Pedro 2008; Pereira 2012).

Já na Grécia Antiga, Platão considerava que o médico deveria estar isento de qualquer castigo, pois no seu entender, uma pessoa que não fosse curada pelo médico acabaria por morrer naturalmente. Em sentido oposto, Hipócrates⁴ mostrava-se insatisfeito pelo facto de os tribunais gregos não poderem punir suficientemente os erros dos médicos.

Os erros médicos passaram a ser regulados no séc. XVI com a *Constitutio Criminalis Carolina*, aprovada pelas Cortes de Regensburg em 1532, durante a regência do Imperador Carlos V, embora sem proceder à distinção de conceitos como dolo, negligência, erro ou falta de conhecimento (Pereira 2012).

O princípio da culpa afirmou-se, no Direito, a partir da Idade Moderna e Contemporânea, que foram marcadas pelo Iluminismo, pelo movimento de secularização da sociedade, e pela autodeterminação e autorresponsabilidade do cidadão livre (ideias que culminaram com as Revoluções americana de 1776 e francesa de 1789). Tais progressos levaram, também, a acentuar o papel do médico enquanto especialista que deve ensinar o paciente acerca de modos de vida razoáveis e que o avisa de perigos para a saúde (Pereira 2012).

³ Em caso de morte de doente, sendo este escravo, o médico teria de substituir o escravo falecido por outro de igual valor (art.219); não sendo o doente escravo, em caso de morte deste, o médico seria privado de uma mão (art.218). Em caso de sucesso da intervenção, o valor a receber pelo médico seria diverso, consoante a operação fosse realizada num nobre, num elemento da classe popular ou num escravo, decrescendo da primeira hipótese até à última, nos termos dos artigos 215 a 217 e 221 a 223- para consulta do conteúdo do *Código de Hammurabi*, vide <https://avalon.law.yale.edu/>

⁴ Conhecido como o “pai da medicina”, este médico e filósofo é o responsável pela criação de uma escola onde a Medicina passou a ser Ciência e que criou a Deontologia Profissional. Hipócrates elaborou ainda o Código de Hipócrates, um rigoroso código de ética cujos preceitos estão contidos no juramento hoje seguido pelos jovens médicos – sobre a obra de Hipócrates vide PEREIRA, Maria Helena da Rocha, *Estudos de História da Cultura Clássica*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 2003, pp.238-249

Pese embora tenha sido a partir de meados do séc.XIX que se iniciou uma viragem histórica na medicina, com o surgimento de fundamentos novos na arte médica e com a melhoria das capacidades da medicina (que acarretaram, inevitavelmente, o aumento da responsabilidade dos médicos), foi apenas durante o séc.XX que emergiu a ideia da medicina enquanto ciência (Antunes 2012)⁵.

O médico passa a deter um poder e um papel mais marcante à medida dos avanços tecnológicos e científicos que se fizeram (e fazem sentir) ao longo dos anos (Antunes 2012). Tais avanços levaram a que não só aumentassem as possibilidades de sucesso na cura, mas também os riscos do tratamento, criando na sociedade a ideia de que “... a medicina pode curar realmente tudo desde que o médico não seja negligente”(Oliveira 2005b). O médico deixou, assim, de ser visto como um ser divino e de estar imune à crítica e à responsabilidade, despidendo-se das “...vestes do sagrado que [lhe garantiam] a impunidade jurídica” (Oliveira 2005:108).

1.2. Evolução da relação médico-paciente

Nas últimas duas décadas, o modelo de paternalismo clínico sobre o qual assentava a relação entre o médico e o paciente começou a ser posto em causa, observando-se uma mudança da figura do paciente nesta relação.

Szazs e Hollender (1956), ao analisar a evolução da relação entre o médico e o paciente ao longo da história, apresentaram três modelos sobre os quais esta relação se tem vindo a apresentar desde os tempos do Egito antigo: o modelo “atividade-passividade”, baseado no paternalismo, no qual o médico agia no melhor interesse do paciente, sendo considerado como “bom paciente” aquele que aceitava, submissamente, as decisões que o médico tomava por ele⁶; o modelo da “orientação-cooperação”, segundo o qual o paciente, tendo consciente que está doente, procura o médico, colocando-o assim numa posição de poder, na qual o profissional orienta o paciente esperando que este coopere e obedeça as instruções dadas⁷; e o modelo da “mútua participação”, baseado na

⁵ João Lobo Antunes, citando David Weatherall, define a medicina científica como “a aplicação da experimentação rigorosamente controlada, da medição e da estatística para tentar perceber as causas e os mecanismos das doenças e como estas podem ser prevenidas e tratadas.”, incluindo, ainda, “...estudo observacionais à cabeceira do doente ou na comunidade, procurando detetar padrões recorrentes de sintomas e sinais que constituem entidades clínicas distintas.”

⁶ Tal se justificava por se entender que o paternalismo clínico era análogo à relação existente entre pais e filhos. Vide HELLIN, T., *The physician-patient relationship: recent developments and changes*, in “Haemophilia: the official journal of the WorldFederation of Hemophilia”, vol.VIII, 2002, p.450 - 454

⁷ Este modelo é descrito pelos autores como o protótipo da relação entre um pai e um filho adolescente

ideia de igualdade entre o médico e o paciente, exigindo, por isso, que a interação entre estes dois sujeitos assente na igualdade de poder, independência mútua e igual satisfação, ou seja, ao paciente é conferido um maior grau de responsabilidade, não exercendo o médico qualquer tipo de poder ou controlo sobre aquele⁸.

A relação que se estabelecia entre o médico e o paciente em vários contextos históricos depende da posição que o médico assumia nos vários contextos sociais. Assim, no antigo Egito, em que, tal como já observado, o médico era equiparado a um sacerdote e se considerava que algumas doenças tinham origem divina, a relação entre estes sujeitos assentava no modelo da “atividade-passividade”. Já na época do Iluminismo Grego (séc.V a.C.), durante a qual se desenvolveu um sistema na medicina baseado numa aproximação empírico-racional, abandonando-se, assim, as crenças religiosas e mágicas usadas para justificar as disfunções do corpo humano, a relação entre o médico e o paciente assentava no modelo de “orientação-cooperação” e, num menor grau, no modelo da “mútua participação” (Kaba and Sooriakumaran 2007).

Com a queda do Império Romano, voltaram as crenças religiosas e sobrenaturais, que levaram à “... deterioração, enfraquecimento e regresso da relação médico-paciente na Europa medieval”(Kaba and Sooriakumaran 2007: 59). O médico passou, assim, a ser dotado, novamente, de poderes mágicos, posicionando-se, deste modo, numa posição elevada na sociedade, o que levou ao regresso do modelo do paternalismo clínico (Kaba and Sooriakumaran 2007).

A relação médico-paciente começou a sofrer alterações durante o Renascimento, no qual se procuravam ideais como o liberalismo, a igualdade e a dignidade. Foi também durante esta época, marcada por fenómenos como a Revolução Francesa e a Revolução Americana, que se passou a observar um progresso na Medicina, que se manifestou na descoberta de novas doenças e nos avanços tecnológicos que proporcionaram técnicas cada vez mais refinadas e eficazes para a deteção das enfermidades e para a consecução do respetivo tratamento (Pedro 2008).

⁸ Este modelo, caracterizado por um elevado grau de empatia e por conter elementos frequentemente associados à amizade e à parceria, assim como à prestação de aconselhamento médico especializado, foi também defendido por Michael Balint, em *The doctor, his patient and the illness*, Pittman Medical, London, 1964, no qual este médico e psicanalista designou a relação entre médico e paciente como uma relação de “investimento mútuo”. Segundo Balin, à medida que o médico ia ganhando a confiança do seu paciente, ia também conhecendo cada vez mais a personalidade do seu paciente, o ambiente social em que estava inserido e os seus relacionamentos, o que lhe permite melhorar a eficácia das suas consultas, ao mesmo tempo que o paciente desenvolvia uma perceção das próprias necessidades dos médicos.

Tal progresso levou, não só, a um aumento da eficácia da atuação médica, mas também à mecanização e complexificação do ato médico, o que aumentou o nível de exigência no exercício da atividade médica e das expectativas depositadas no atuar dos profissionais, tornando-se “...*indesculpável* qualquer evento nefasto, aos olhos do público em geral e do concreto afetado em particular, gerando, num e noutro, uma necessidade de reação ao que consideram ser uma falha do profissional” (Pedro 2008).

A partir daqui os cidadãos começaram a tomar mais consciência dos seus direitos, aumentando, conseqüentemente, o número de ações de responsabilidade contra os médicos em vários países. Este fenómeno trata-se de “...uma concretização, no âmbito do exercício da medicina, da ‘democratização da responsabilidade profissional’” (Pedro 2008: 31).

1.3. O surgimento da natureza contratual da relação médica

O aumento do número de ações de responsabilidade profissional dos médicos levantou o problema de saber qual a natureza jurídica da relação que se estabelece entre o médico e o paciente.

A ideia de que, entre o médico e o paciente, era celebrado um contrato, foi durante muito tempo, rejeitada, remetendo-se o regime da responsabilidade daquele profissional, em caso de danos causados durante o exercício da sua atividade para o campo delitual.

A rejeição da natureza contratual da relação médica deveu-se ao facto de se considerar que (i) os direitos e deveres dos médicos resultavam apenas da lei e das normas deontológicas; que (ii) a vida e a saúde humana não era passíveis de ser objeto de negócios jurídicos; que (iii) as *operae liberae* não podiam, segundo a tradição, ser objeto de relações jurídicas, por representarem a expressão máxima da liberdade de quem as exerce; e que (iv) a remuneração dada ao médico não consubstanciava uma verdadeira contraprestação, mas sim um *honorarium*, uma prestação autónoma de natureza gratuita dada em forma de agradecimento (C. F. de Almeida 1996; Pedro 2008).⁹

Havia ainda “... quem excluísse a possibilidade de celebração de um contrato, apenas pela dificuldade de qualificar a espécie de acordo que se geraria.” (Pedro 2008:57). Enquanto alguns autores consideravam que o contrato em causa se tratava de um mandato (Moreau and Pommerol 1931), por entenderem que a atividade médica assume uma

⁹ Todas estas ideias encontram as suas raízes profundas no Direito Romano.

natureza intelectual, outros autores não reconduziam o contrato médico para um tipo legal, caracterizando-o como um contrato inominado¹⁰ ou *sui generis* (Penneau 1973).¹¹

Citando Carlos Ferreira de Almeida, “... a recusa da natureza contratual significava um privilégio, atendendo ao regime tendencialmente mais favorável para o devedor das obrigações de fonte delitual.” (Almeida 1996:81)

Em França, este paradigma foi alterado com a decisão da *Cour de Cassation* de 26 de maio de 1936, que reconheceu, pela primeira vez, a natureza contratual da relação entre o médico e o paciente¹². Já em Portugal, tal perspetiva passou a ser aceite graças a Moitinho de Almeida que, num artigo em que abordava o tema da responsabilidade civil do médico, afirma expressamente que “as relações mais comuns entre médicos e doentes assumem natureza contratual” (M. de Almeida 1972)¹³.

Esta afirmação da relação contratual entre médico e paciente fez com que estas passassem “...de um plano mágico e quase religioso para um terreno balizado pelo direito...” (Pereira 2003:11).

¹⁰ Laurent *apud* Moreau and Pommerol 1931

¹¹ Sobre a qualificação e características deste contrato, *vide infra* Capítulo II.

¹² A decisão em causa versava sobre o caso da Senhora Mercier que, por ter uma patologia nasal, recorreu a um radiologista para que este a curasse. O médico (Dr. Nicolas) submeteu, então, a doente a um tratamento com recurso a raio-X. Todavia, a doente acabou por radiodermite nas membranas mucosas da face, o que levou a que o casal Mercier a intentar uma ação de responsabilidade contra o Dr. Nicolas, por entenderem que tal se deveu por facto culposo imputável ao médico, reclamando uma indemnização pelos danos sofridos no valor de 200.000 francos.

O tribunal francês entendeu que, entre o médico e o paciente, se formava *um verdadeiro contrato*, que comporta, para o médico, “... a obrigação, se não obviamente de curar o doente, ao menos de lhe fornecer os cuidados, não quaisquer uns, mas conscienciosos, atentos, e, reserva feita a circunstâncias excepcionais, conforme aos dados adquiridos pela ciência...”, e ainda “...que a violação mesmo involuntária desta obrigação contratual será sancionada por uma responsabilidade da mesma natureza, igualmente contratual”, acabando, deste modo, por considerar o pedido dos autores infundado – *vide* <https://www.revuegeneraledudroit.eu/blog/decisions/cour-de-cassation-civ-20-mai-1936-mercier/>

¹³ Antes deste artigo, diz-nos Carlos Ferreira da Almeida (1996) que eram escassos os apontamentos sobre o tema da responsabilidade civil médica, referindo, para o efeito, um artigo sobre jurisprudência médica de Alfeu Cruz na *Revista Justiça n.º 132*, no qual o autor analisava tal jurisprudência numa perspetiva delitual; a obra de Cunha Gonçalves, *Tratado de Direito Civil em comentário ao Código civil português, vol. XII*, Coimbra, 1937), em que o autor abordava a qualificação da responsabilidade dos médicos inclinando-se para a sua prevalente natureza contratual; e ainda. Decreto n.º 32171, de 29 de julho de 1942 (que acabou por ser revogado pelo art. 3.º do DL n.º 47344, de 25 de novembro de 1966, que revogou toda a legislação abrangida pelo Código Civil de 1966, com ressalva a lei especial), que no seu art. 28.º regulava a responsabilidade médica em termos que pressupunham a origem delitual da obrigação de indemnização

1.3.1. Críticas à visão contratualista

Xavier Dijon, em 1982, na sua obra *Le sujet de droit et son corps*¹⁴, pôs em causa a qualificação da relação que se estabelecia entre médico e o paciente como uma relação contratual:

O primeiro argumento apresentado pelo autor dizia respeito ao objeto do contrato. Diz o autor que, devido à natureza evolutiva e imprevisível da relação terapêutica, configurando-se a relação médica num contrato, este não teria um objeto determinável: estando em causa o direito à proteção da integridade física, uma nova intervenção médica implicaria, à partida, uma renovação do consentimento do paciente¹⁵, o que levaria, consequentemente, a uma sucessão de contratos, o que se torna pouco prático.

“Esta ideia de que cada intervenção médica carece do consentimento deve-se ao liberalismo no pensamento jurídico ocidental. Como causas desse desenvolvimento encontramos, por um lado, a forte consciência do direito de livre autodeterminação sobre o próprio corpo, que a pouco e pouco também se afirmou perante o médico e, por outro lado, os avanços na medicina – novas técnicas operatórias e de procedimentos anestésicos – que acarretaram uma forte desconfiança por parte dos doentes” (Pereira 2003: 9)

O segundo argumento apresentado por Dijon para pôr em causa a natureza contratual da relação médico-paciente passava pela licitude do contrato. Interrogava assim o autor “...sobre a *licitude de se realizar um contrato sobre o direito fundamental à integridade física*. [Pois,] de facto, o consentimento para uma lesão da integridade física é por essência revogável, o que parece incompatível com a noção de contrato” (Pereira 2012:581).

Outro argumento apresentado passa pelo desequilíbrio das prestações, já que o contrato de prestação de serviços médicos parece, à primeira vista, acarretar apenas duas obrigações do lado do paciente – a de pagar os honorários e fornecer ao médico a

¹⁴ *Apud* Pereira 2012: 581 - 584

¹⁵ O consentimento foi fruto de uma evolução progressiva. O primeiro diploma que, expressamente, exigia o consentimento para cuidados médicos foi o Código de Nuremberga de 1947, que desencadeou reflexões e debates, não só jurídicos, como filosóficos.

Apenas em 1964 é que a exigência de consentimento passou a estar expressamente consagrada num texto internacional de ética médica: a *Declaração de Helsínquia*, da Associação Médica Mundial. No entanto, esta exigência apenas se aplicava no domínio da experimentação médica, tendo sido alargada para todo o campo das intervenções médicas em 1981 com a *Declaração de Lisboa* da mesma Associação. Sobre consentimento informado na relação médico-paciente *vide* PEREIRA, André Gonçalo, *op. cit.*, 2003

necessária informação e cooperação – e múltiplos deveres por parte do médico, que resultam, em regra, de normas imperativas.

Todos estes argumentos apresentados por Xavier Dijón acabam, porém, por cair por terra. Vejamos.

Quanto ao primeiro argumento apresentado para criticar a natureza contratual da relação médica, diz André Gonçalo Dias Pereira que “...estas críticas não têm em conta a diferença entre o *contrato-base* da relação clínica e o *consentimento* que se estabelece para cada intervenção médica...”(Pereira 2012:581).

No que toca ao segundo argumento, importa chamar à colação a obra de Orlando de Carvalho na qual o autor desenvolveu a figura do consentimento (Carvalho 2021). Segundo este autor, o direito à personalidade trata-se de um direito ilimitado e ilimitável, que carece de uma “...tutela suficiente do homem ante os riscos de violação que lhe oferece a sociedade contemporânea” (Carvalho 2021:205), no entanto, reconhece que “...esse direito abstratamente ilimitado é praticamente limitado pelas condições concretas a que se subordina a relevância da sua invocação” (Carvalho 2021:205), sendo uma dessas circunstâncias o consentimento¹⁶.

O consentimento, embora limitado pela ordem jurídica e pelos bons costumes (neste sentido: art.81º/1 e 340º do CC), pode determinar a inexistência de lesão ou a justificação dela, podendo surgir, segundo Orlando de Carvalho, na forma de consentimento vinculante – “...origina um compromisso jurídico autêntico...” (Carvalho 2021:207), sendo, por isso, irrevogável unilateralmente, por força dos artigos 230º e 406º do CC-; de consentimento autorizante – “...constitutivo de um compromisso jurídico sui generis, que atribui a outrem um poder de agressão...”(Carvalho 2021:207), nos termos do art.81º/2 do CC, podendo ser revogado livremente e a todo o tempo, ainda que, segundo aquele artigo, com obrigação de indemnizar pelos prejuízos causados às legítimas expectativas da outra parte-; e de consentimento tolerante – “...não atribui um poder de agressão, mas justifica implicitamente a mesma...”(Carvalho 2021:207), nos termos do art.340º/1 do CC, acabando por se excluir a ilicitude da agressão¹⁷.

Ora, posto isto, podemos concluir que, não obstante o consentimento do qual carece a intervenção médica se tratar, sim, de uma autorização para uma lesão da integridade

¹⁶ Seguindo a orientação de Hubman, Orlando de Carvalho apresenta também como condições a *natureza do bem da personalidade*; as *exigências da vida em comum*; e a *ponderação dos interesses em causa*, que decorre do art.335º do CC – vide Carvalho 2021:205-207

¹⁷ Voltaremos a incidir sobre este tema no capítulo II.

física, visando o ato médico a promoção das condições de saúde e o bem-estar da pessoa em causa, se trata de um consentimento tolerante, isto porque: atribui um poder de agressão; não é irrevogável; e não dá lugar a quaisquer legítimas expectativas da outra parte. Assim sendo, este consentimento pressupõe a licitude do ato lesivo dos direitos do paciente por parte do médico e, conseqüentemente, a licitude do contrato.

Finalmente, quanto à última crítica, importa realçar que a grande vantagem do contrato é o facto de ele se basear na autonomia das partes, o que acaba por colocar o médico e o paciente em posição de paridade.

“O contrato de direito civil confere, com grande naturalidade, a base jurídica para os direitos, obrigações e deveres do médico bem como os do paciente (...) [consistindo] numa relação contratual que pode ser vista como um «organismo», contendo um início e um fim, aí se desenvolvendo deveres principais e secundários.”(Pereira 2012:583)

1.4. Relação médico-paciente: modalidades. Delimitação do tema.

A forma mais tradicional de relação médico-paciente é aquela que “...tem lugar num consultório privado no qual o médico exerce a sua profissão liberal, e na qual poderá haver estipulação de cláusulas contratuais específicas”(Pereira 2012:591).

Atualmente, face à opção que o paciente tem de recorrer a unidades públicas ou privadas de saúde para satisfação das suas necessidades¹⁸, surgem diversas modalidades de relação médico-paciente, sendo umas regidas pelo direito público e outras pelo direito privado, o que torna a tarefa de definir qual o regime jurídico aplicável nestas relações difícil.

1.4.1. Relações de Direito Público

No que concerne às relações de Direito Público, esta tem lugar sempre que o paciente recorra aos cuidados médicos do SNS, seja por consulta em centro de saúde deste prestador de cuidados, seja por consulta hospitalar de especialidade ou por internamento

¹⁸ O paciente pode optar por recorrer “aos prestadores de cuidado de saúde do SNS; aos prestadores de cuidados de saúde, próprios, convencionados ou em regime livre, de um dado subsistema (público ou privado) de saúde, caso seja beneficiário de tal subsistema e nos termos definidos por este último; aos prestadores de cuidados de saúde, próprios, convencionados ou em regime livre, ao abrigo de um dado seguro de saúde, caso haja contratado uma tal cobertura do risco de doença e nos termos acordados com a entidade seguradora; e/ou aos prestadores de cuidados de saúde, privados e com ou sem fins lucrativos, mediante a contraprestação acordada com o concreto prestador livremente escolhido.” – ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, *Relatório sobre “A Carta dos Direitos dos Utentes”*, 2011, pp. 12 e ss., in <https://www.adeb.pt/>

nos hospitais públicos *lato sensu*. Quanto à qualificação da relação existente entre o paciente e o hospital público surgem duas teses: a tese segundo a qual a relação que se forma entre estes é uma relação contratual, e a tese contrária que defende que a relação entre o paciente e o hospital público é uma relação de serviço público.

Figueiredo Dias e Sinde Monteiro (1984), defensores da tese contratual, entendem que a relação entre o doente e a entidade prestadora dos serviços de saúde é uma relação de confiança, pelo que a natureza contratual é a mais adequada para qualificar tal relação. Assim sendo, segundo estes autores, “...não há responsabilidade contratual do médico que assiste o doente, por dever de ofício, no hospital público, a não ser que exerça aí a clínica privada, havendo somente responsabilidade contratual da própria organização hospitalar” (Monteiro and Dias 1984:35), por atos dos auxiliares no cumprimento, por força do art.800º/1 do CC. Para apoiarem a sua tese, Figueiredo Dias e Sinde Monteiro sustentam que tal relação contratual se baseia no contrato de adesão, ou então nas “...relações contratuais de facto, na sua vertente de *relações de massas*, resultantes de um comportamento social típico” (Monteiro and Dias 1984:35).

Contrariamente a este entendimento, Freitas do Amaral (1996) defende que a natureza da relação entre o paciente e os prestadores de cuidados públicos é uma relação de serviço público, o que leva a que se apliquem, conseqüentemente, as regras da responsabilidade extracontratual do Estado e outros entes públicos, por entender que os atos praticados pelos médicos no exercício de funções públicas e sob normas de direito público são, efetivamente, atos de gestão pública. Esta tese passou a ser acolhida com a entrada em vigor da Lei nº67/2007, de 31 de dezembro, que regula a responsabilidade civil extracontratual do Estado e outros entes públicos¹⁹.

Atendendo à sua natureza de direito público, a relação estabelecida entre o paciente e as unidades de saúde públicas serão excluídas do objeto de estudo da presente dissertação. No entanto, achamos relevante fazer uma breve referência sobre o regime aplicável a esta relação e o entendimento da doutrina quanto a esta.

¹⁹ Segundo o art.7º, nº1 da Lei nº67/2007, de 31 de dezembro, é o Estado responsável “...pelos danos que resultem de ações ou omissões ilícitas, cometidas com culpa leve...” pelos médicos. Todavia, se os médicos praticarem uma determinada ação “...com dolo ou com diligência e zelo manifestamente inferiores àqueles a que se encontravam obrigados...”, incorrem estes, por força do art.8º, nº1 da mesma Lei em responsabilidade civil extracontratual, respondendo o hospital solidariamente nos termos do nº2 do mesmo artigo e, posteriormente, goza do direito de regresso em caso de já ter pago a indemnização devida (nº3) – Lei nº67/2007 disponível em <https://www.pgdlisboa.pt/>

1.4.2. Relações de Direito Privado

No âmbito das relações médicas de direito privado, Carlos Ferreira de Almeida (1996) realça quatro modalidades contratuais em função da natureza dos contraentes²⁰: a modalidade *médico-doente* (em que as partes no contrato e os intervenientes no ato médico coincidem); a modalidade *clínica doente* (em que o contraente, neste caso, não é o médico, mas sim a clínica enquanto unidade de prestação de serviços de saúde); a modalidade *médico-empresa* (em que o contrato é celebrado entre o médico e uma empresa, no entanto, os intervenientes no ato médico são aquele profissional de saúde e um trabalhador daquela empresa); e a modalidade *clínica-empresa* (na qual o contrato médico é celebrado entre empresas e clínicas a favor de trabalhadores, mas os intervenientes no ato médico são o médico e o paciente).

André Dias Pereira (2012) aponta ainda como relações médicas de Direito Privado, para além do contrato médico clássico: os serviços-médico-sociais de direito privado; o contrato do médico com os pacientes dos serviços médico-sociais de direito público; e o contrato médico no âmbito de um seguro privado de saúde.

Os serviços médico-sociais de direito privado, no qual se inserem o SAMS; a PT-ACS, o IOS-CTT, Sãvida/EDP e a CPAS, têm surgido, nos últimos anos, em virtude de reformas na estrutura administrativa. Estas relações privadas funcionam, como refere André Dias Pereira (2012), da mesma maneira que as relações privadas que se estabelecem entre o paciente e os seguros de saúde privadas, nas quais o médico pode ser responsabilizado solidariamente com a seguradora, no caso de seguro com prestações convencionadas ou sistema de assistência em que o segurador dispõe de uma rede de prestadores de cuidados de saúde aos quais o segurado recorre suportando apenas uma parte do preço com o cuidado recebido, ou então, caso o utente opte pelo regime de prestações indemnizatórias ou sistema de reembolso, escolhendo livremente o prestador de cuidados e pagando a totalidade das despesas com os cuidados de saúde recebidos, sendo posteriormente reembolsado por parte delas pelo segurador, o médico responde totalmente por eventuais danos causados, sem possibilidade de se demandar solidariamente a seguradora.

Verifica-se, também, em Portugal, relações jurídicas que envolvem sistemas de proteção na saúde especiais de direito público (caso da ADSE, I.P.). Nestes casos,

²⁰ Isto porque, na relação médico-paciente, que tem como elemento principal a prestação de um ato médico, as partes no contrato e as pessoas que intervêm no ato médico podem não coincidir.

dependendo da relação contratual, umas vezes o médico terá direito a uma prestação face à ADSE, outras face ao paciente que depois requiere o reembolso à ADSE e, pese embora se trate de um Instituto Público, a relação que se estabelece entre o médico e o utente, nestes casos, tem natureza privada, regendo-se, por isso, pelo Direito Civil (Pereira 2012).

Analisada a evolução da relação que se estabelece entre o médico e o paciente, proceder-se-á, no próximo capítulo, à análise da figura do contrato e, conseqüentemente, proceder à qualificação e enquadramento jurídico da relação objeto da presente da dissertação.

Para efeitos da presente dissertação, limitar-nos-emos a analisar a primeira modalidade de relação médica referida neste ponto – o contrato de direito civil -, em que médico e paciente surgem simultaneamente como contraentes e intervenientes do ato médico, já que este, ao consistir numa relação contratual que pode ser vista como um “organismo”, dá-nos a base jurídica para os direitos, obrigações e deveres tanto do médico como do paciente (Pereira 2003).

CAPÍTULO II: O CONTRATO MÉDICO

A evolução da relação estabelecida entre o médico e o paciente para uma relação jurídica levou a que a atividade desempenhada pelos médicos passasse a ser o centro da atenção pública. De facto, temos observado que o exercício negligente da atividade médica, a violação de direitos dos pacientes, nomeadamente dos seus direitos de personalidade ou a violação dos deveres médicos têm sido temas alvo de discussão e controvérsia na sociedade, devido, em grande parte, à divulgação por parte dos meios de comunicação social aos casos de responsabilidade dos médicos, tanto a nível penal como a nível civil ou disciplinar.

2.1. Contrato médico e Direitos de personalidade

A relação médica tem por elemento essencial a prestação de um (ou vários) ato(s) médico(s), que podem ser definidos, nas palavras de João Rodrigues, como a “atuação do agente médico na esfera físico-psíquica do paciente com o sentido de proporcionar saúde em benefício próprio (deste), em benefício alheio ou em benefício geral” (Rodrigues 2001). Caracteriza-se, então, o ato médico, por três vetores cumulativos: (i) a relação pessoal, segundo o qual o ato médico deve ser executado por um médico em favor de uma pessoa humana; (ii) o objeto, que deve ser o tratamento ou a prestação de cuidados de saúde; e (iii) o fim, que será o de promover ou restituir a saúde, conservar a vida e a sua qualidade, suavizar os sofrimentos, nomeadamente nos doentes sem esperança de vida ou em fase terminal, no pleno respeito pela dignidade do ser humano (C. F. de Almeida 1996).

Atendendo a este elemento essencial, a celebração do contrato médico parece levantar um problema. É que ao ter como elemento essencial a prestação de ato(s) médico(s), o contrato parece pôr em causa certos direitos do paciente, que podem levar à responsabilidade civil extracontratual, ou até mesmo à nulidade do contrato por força do art.280º do CC.

O paciente, enquanto pessoa ôntica, integra-se e é acolhido pelo Direito, recebendo, em resultado disso, a sua proteção. Esta suscetibilidade de o paciente ser protegido pelo Direito é estabelecida pela personalidade jurídica, que corresponde à qualidade de ser pessoa no Direito. No entanto, a personalidade jurídica não protege nem tutela a pessoa enquanto parte integrante no Direito (P. L. P. de Vasconcelos 2016). Citando Pedro Leitão

Pais de Vasconcelos, “o Direito, ao integrar a pessoa, protege-a através dos direitos de personalidade” (P. L. P. de Vasconcelos 2016:14).

Os direitos de personalidade tratam-se, no entender de Capelo de Sousa, de direitos *inatos* (por surgirem com a mera existência humana, ou seja, segundo o art.66º do CC, com a personalidade jurídica); *absolutos* (oponíveis *erga omnes* e, por isso, exigíveis face a quaisquer pessoas); *extrapatrimoniais* (por se inserirem na esfera pessoal e consequentemente não terem valor pecuniário²¹); e *perpétuos* (existem não só durante a vida do seu titular, mas também após a sua morte – cfr. art.71º, nº1 do CC) (Sousa 1978).

A principal regulamentação jurídica dos direitos de personalidade encontra-se nos artigos 70º a 81º do CC. Aí se estatui um direito subjetivo de personalidade, que protege não só as pessoas contra ofensas, mas também contra ameaças de ofensas.

O Código Civil recorre a uma técnica bipartida para regular os direitos de personalidade. Vemos, por um lado, enunciado no art.70º, nº1 do CC o princípio de tutela geral da personalidade, e por outro, previstos entre os artigos 72º e 80º do CC, alguns direitos de personalidade em especial, o que leva a maioria da doutrina²² a entender que tal bipartição se traduz no facto de existir um direito geral de personalidade, previsto no art.70º do CC, coexistindo, a par destes, uma série de direitos especiais de personalidade, consagrados nos artigos 72º a 80º do CC (direito ao nome; direito ao pseudónimo; direito ao segredo de cartas, memórias e outros escritos; direito à imagem; e direito à reserva sobre a intimidade da vida privada)²³.

Admitindo, ou não, a existência de um direito geral de personalidade²⁴, tem-se vindo a reconhecer a grande amplitude de que se reveste o art.70º do CC. Tanto a doutrina como a jurisprudência têm vindo a desentranhar desta norma uma série não taxativa de direitos

²¹ David Festas rejeita, contrariamente à corrente doutrinal maioritária, a qualificação dos direitos de personalidade como direitos extrapatrimoniais, devido à existência de alguns direitos de personalidade que podem ser qualificados como direitos patrimoniais, como o direito à imagem; no mesmo sentido, também Paulo Mota Pinto constata o crescente reconhecimento de uma dimensão patrimonial em muitos direitos de personalidade – cfr. FESTAS, D. Oliveira, *Do Conteúdo patrimonial do direito à imagem – contributo para um estudo do seu aproveitamento consentido e inter vivos*, Coimbra Editora, 2009, pp.95 e 102; PINTO, Paulo Mota, “A limitação voluntária do Direito à reserva sobre a intimidade da vida privada”, in *Estudos em Homenagem a Cunha Rodrigues*, vol.II, Coimbra Editora, 2001, pp.527 e 551

²² Defendendo a existência de um direito geral de personalidade: Orlando Carvalho (2021); Januário Gomes (Gomes 1982); Leite de Campos (1991); Paulo Mota Pinto (1995); Capelo de Sousa (1995); Pedro Pais de Vasconcelos (2006); e André Gonçalo Pereira (2012)

²³ Contrariamente a este entendimento, encontramos Oliveira Ascensão que, rejeitando a ideia de um direito geral de personalidade, admite a atipicidade dos direitos especiais de personalidade e que estes podem resultar de outras leis ordinárias para além do CC, da CRP e de princípios ou normas de Direito Internacional (Ascensão 2000)

²⁴ Não cabe na presente dissertação proceder à análise do debate doutrinário sobre a existência, ou não, da figura do direito geral de personalidade.

de personalidade, tais como o direito à vida, o direito à integridade física, o direito à honra, e o direito ao bom nome, aplicando-se a estes o regime regra consagrado nos artigos 70º, 71º e 81º do CC.

É nesta norma que consta do art.70º do CC que “...se revela a *norma-fonte* do Direito Civil da Medicina...” (Pereira 2012:128) que encontramos os direitos de personalidade da pessoa doente, como o é o direito à integridade física.

O direito à integridade física definido por Orlando de Carvalho como “o direito a não ser lesado na integridade físico-psíquica tal como se possuiria se não se verificasse tal lesão” (Carvalho 2021:93-94), encontra proteção ao nível constitucional, designadamente no art.25º da CRP, no âmbito do direito penal, no capítulo referente aos “crimes contra a integridade física” – artigos 143º e ss. do CP –, e também como referido *supra* no âmbito do direito civil (art.70º do CC).

Tanto Orlando de Carvalho como Pedro Pais de Vasconcelos entendem que não existe uma fronteira nítida entre a integridade física e a integridade psíquica, englobando-as, assim, num único tipo de tutela da personalidade (Carvalho 2021; P. P. Vasconcelos 2006). Ou seja, segundo estes autores, a integridade física abrange a saúde em geral, tanto física como psíquica.

Não só o direito à integridade física, no entanto, se mostra relevante na relação que se estabelece entre o médico e o paciente. Também o direito à imagem e o direito à reserva sobre a vida privada acabam por integrar esta relação, isto porque pode acontecer o médico necessitar de realizar exames que envolvam a imagem do paciente e ainda porque, ao ter acesso aos dados clínicos deste tem, conseqüentemente, acesso a informações pessoais e privadas do paciente.

Na sua caracterização dos direitos de personalidade, Capelo de Sousa refere-se ainda aos mesmos como direitos *relativamente indisponíveis*, isto é, direitos que não podem ser, em princípio, objeto de renúncia ou autolimitação.

Como dissemos anteriormente, a celebração do contrato médico põe em causa certos direitos do paciente. Esses direitos são os direitos de personalidade. É que, nos casos em que a relação estabelecida entre o médico e o paciente, que tem como elemento essencial a prestação de um ato médico que se pode traduzir numa ofensa (ou numa ameaça de ofensa) a direitos de personalidade, se configura num contrato, põe em causa o mecanismo de proteção jurídica que o Direito estabelece a favor da pessoa resultante daqueles direitos. Isto porque, ao celebrar este contrato com o médico, o paciente parece

estar a autolimitar, e até mesmo a renunciar, destes direitos, permitindo que o médico use e aja sobre os seus bens de personalidade.

De acordo com o art.70º, nº2 do CC, “independentemente da responsabilidade civil a que haja lugar, a pessoa ameaçada ou ofendida pode requerer as providências adequadas às circunstâncias do caso, com o fim de evitar a consumação da ameaça ou atenuar os efeitos da ofensa já cometida”. Desta norma podemos retirar, então três formas de tutela, que tanto podem alternar entre si como ser cumulativas: responsabilidade civil extracontratual, nos termos do art.483º do CC; providências preventivas, destinadas a evitar a consumação da ofensa; e as providências atenuantes, que têm como fim eliminar ou minorar os efeitos da ofensa em curso ou realizada. A existência destas providências preventivas e atenuantes encontra-se, também, prevista nos artigos 1474º e ss. do Código de Processo Civil.

Daqui parece resultar que sempre que prestasse atos médicos, o paciente poderia recorrer destas formas de tutela consagradas no art.70º, nº2 do CC, mesmo se a finalidade do ato médico fosse atingida.

Para além disto, a celebração do contrato médico parece não ser lícita, por força do art.280º do CC. Isto porque, ao permitirem que o médico atue sobre o paciente, atingindo determinados bens de personalidade, acaba por contrariar o conjunto de normas que compõem o regime dos direitos de personalidade.

Como é que, então, o contrato entre o médico e o paciente se celebra de forma lícita e não repressiva?

2.1.1. Limitação voluntária dos direitos de personalidade

Decorre do nº1 do art.81º do CC que podem existir situações em que a limitação do exercício dos direitos de personalidade é válida. Para que a limitação do exercício dos direitos de personalidade seja lícita, nos termos daquele preceito, é necessário que a mesma seja voluntária, ou seja, a vontade de produção de efeitos jurídicos limitativos tenha sido perfeitamente declarada e tenha sido formada de forma livre e esclarecida; e ainda que a limitação não seja contrária aos princípios da ordem pública²⁵ (Sousa 1978). Decorre ainda do nº2 do art.81º do CC que, mesmo sendo lícitas, as limitações voluntárias são sempre revogáveis, discricionária e unilateralmente pelo titular dos direitos de

²⁵ “Conjunto dos princípios fundamentais, subjacentes ao sistema jurídico, que o Estado e a sociedade estão substancialmente interessados em que prevaleçam e que têm uma acuidade tão forte que devem prevalecer sobre as convenções privadas” (C. M. Pinto 1986:557-558)

personalidade, acarretando, porém, essa revogação, a obrigação de indemnizar os prejuízos causados às legítimas expectativas da outra parte.

A limitação dos direitos subjetivos surge, deste modo, como a permissão da celebração de negócios de limitação dos direitos de personalidade (P. L. P. de Vasconcelos 2016). De que modo opera, então, esta limitação?²⁶

Como vimos, o direito protege a personalidade recorrendo aos direitos subjetivos de personalidade, regulados nos artigos 70º e ss. do CC, que protegem os bens de personalidade não só contra ofensas, mas também contra ameaças de ofensas.

Os direitos subjetivos têm, pelo menos, dois elementos componentes: um elemento composto por poderes (o que não invalida o facto de o direito subjetivo incluir elementos ativos ou passivos, e até mesmo deveres); e outro elemento composto pelos meios de tutela, defesa ou garantia, que podem ser gerais ou específicos, consoante o direito em causa (P. L. P. de Vasconcelos 2016). Tal significa que “os direitos subjetivos de personalidade integram poderes relativos aos bens de personalidade e os correspondentes meios de tutela, que abrangem os meios comuns a todos os direitos subjetivos e os específicos dos direitos de personalidade” (P. L. P. de Vasconcelos 2016:23).

Tendo em conta que, ao limitar os direitos de personalidade, o seu titular não pode deixar de ter poderes jurídicos relativamente aos respetivos bens de personalidade, a limitação dos direitos de personalidade referida no art.81º do CC não pode incidir sobre os poderes que os compõem. A limitação dos direitos de personalidade incide, pois, sobre os meios de tutela, defesa ou garantia, ou seja, “o titular do direito de personalidade limita voluntariamente os meios de tutela, de modo a que não reajam em face duma intervenção do terceiro sobre o bem de personalidade abrangido” (P. L. P. de Vasconcelos 2016:23), mantendo, assim, a titularidade deste.

Neste sentido, refere o STJ, no seu acórdão de 30 de maio de 2019, o seguinte:

“O carácter inalienável e irrenunciável dos direitos de personalidade não impede, de facto, a sua limitação através do consentimento do lesado, admitindo-se, no artigo 81.º do CC, com carácter geral, a limitação voluntária dos direitos de personalidade. Podem, assim, as pessoas renunciar ou restringir os seus direitos de personalidade por

²⁶ Em resposta a esta questão, Pedro Leitão Pais de Vasconcelos, na sua tese de doutoramento, faz uma análise dos vários modos como pode operar a limitação dos direitos de personalidade. *Vide*, neste sentido, VASCONCELOS, Pedro Leitão Pais de, *A Autorização*, 2ª edição, Almedina, Coimbra, 2016

via do consentimento, ficando com isso impedidas de invocar, depois, a ilicitude das lesões respectivas, numa espécie de concretização do brocardo volenti non fit injuria”²⁷

2.1.2. Consentimento informado

Também o art.340º do CC, nos seus nº1 e 2, admite uma certa disponibilidade dos direitos de personalidade. Segundo este preceito, “o ato lesivo dos direitos de outrem é lícito, desde que este tenha consentido na lesão” não excluindo tal consentimento “...a ilicitude do ato quando este for contrário a uma proibição legal ou aos bons costumes”. Nestes casos estamos perante um ato jurídico unilateral, meramente integrativo da ilicitude, já que não é criada, na esfera do autor da lesão, qualquer tipo de legítima expectativa.

Como já referido anteriormente, Orlando de Carvalho introduziu na dogmática civilística a distinção entre três subtipos de consentimento, enquanto forma de exclusão ou justificação de uma lesão: o consentimento vinculante, autorizante e tolerante.

Segundo este autor, o consentimento vinculante não atribui um poder de lesão, mas apenas uma disposição normal e corrente de direitos de personalidade que não se traduzem numa limitação ao exercício desses direitos, nos termos do art.81º, nº2 do CC. Já o consentimento autorizante atribuiu um poder jurídico de agressão, mas com o poder de revogar o consentimento livremente e a todo o tempo, embora com uma certa obrigação de indemnização por força do art.81º, nº2 do CC. Por fim, o consentimento tolerante, também livremente revogável, mas já sem a obrigação de indemnizar em caso de prejuízo causado às legítimas expectativas, atribui um poder factual de agressão, nos termos do art.340º do CC, excluindo a ilicitude de uma agressão (Carvalho 2021).

Orlando de Carvalho, ao apresentar estes três subtipos de consentimento, entende que as intervenções médicas em benefício alheio ou geral se inserem no âmbito do consentimento autorizante. No entanto, na senda de André Gonçalo Dias Pereira, entendemos que estes tratamentos estão, também, sujeitos ao regime do consentimento tolerante já que, como refere o autor, “pensar que a revogação do consentimento, em qualquer destes casos, pode levar à obrigação de indemnizar o prejuízo causado pelas legítimas expectativas da outra parte (...) iria inibir a *livre revogabilidade* desse consentimento...” (Pereira 2003:73).

²⁷ Acórdão do STJ, de 30/05/2019, proc. 336/18.4T8OER.L1.S1, disponível em: <http://www.dgsi.pt/>
No mesmo sentido: acórdão do TRC, de 29/06/2021, proc.302/19.2T8MGL.C1 (disponível em: <http://www.dgsi.pt/>)

O consentimento era, tradicionalmente, entendido como um negócio jurídico, já que a limitada disponibilidade dos bens jurídicos em causa apenas justifica alguma regras desviantes da doutrina geral do negócio jurídico, harmonizando-se o restante com as regras gerais.²⁸

A doutrina nacional entende, por sua vez, que o consentimento se trata de um negócio jurídico, mas apenas no caso de consentimento vinculante e de consentimento autorizante²⁹ (que, como já referido, não regulam o consentimento para intervenções médicas). Quanto ao consentimento para a prestação de ato médico, entende a doutrina, atualmente, que este consiste num ato jurídico. Segundo Guilherme de Oliveira³⁰ e, no mesmo sentido, João Vaz Rodrigues (2001), a declaração de consentimento para a prática de um ato médico é uma manifestação da vontade do paciente em limitar o exercício dos seus direitos de personalidade que se concretiza num ato jurídico, inserindo-se na disciplina geral dos negócios jurídicos em tudo o que não for objeto de regulamentação especial.

No seguimento deste entendimento, segundo o qual o consentimento se trata de um ato jurídico em sentido estrito, importa chamar à colação a decisão da *Cour de Cassation* de 29 de maio de 1951, na qual se procedeu à distinção entre o consentimento como aceitação contratual e o consentimento como causa de justificação da intervenção médica. Daqui decorre que,

“num primeiro momento, há o consentimento-aceitação que permite a conclusão de um contrato médico, pois todo o contrato supõe um consentimento válido das partes. Em segundo lugar, há o consentimento para o tratamento praticado, que representa o corolário do direito do paciente a fazer respeitar a sua integridade física e a dispor do seu corpo.” (Pereira 2003:78)

²⁸ RESCH, Reinhard, *Die Fähigkeit zur Einwilligung – zivilrechtliche Fragen*, in “KOPETZKI (hrgs.), *Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit*”, pp.42 e ss. *apud* PEREIRA, André Gonçalo Dias, *op. cit.*, 2007

²⁹ Neste sentido: SOUSA, Rabindranath Capelo de, *O Direito Geral de Personalidade*, Coimbra Editora, Coimbra, 1995 pp.408 e 448, que chama a atenção o facto de o art.81º, nº2 usar a expressão “outra parte”; PINTO, Paulo Mota, *Limitação voluntária do direito à reserva sobre a intimidade da vida privada*, in “Estudos de homenagem a Cunha Rodrigues”, vol.II, pp.527 – 558, que entende que o enquadramento deste tipo de consentimento como simples ato jurídico não daria conta do verdadeiro significado jurídico da autorização, que exprime não só o direito de autodeterminação do titular, mas também é o meio legítimo para explorar economicamente, comercializando, informações protegidas

³⁰ OLIVEIRA, Guilherme de, *Prática médica, informação e consentimento*, in “Coimbra Médica”, 14, 1993

Ora, transpondo esta doutrina decorrente da jurisprudência francesa, podemos concluir que o consentimento-aceitação constitui uma declaração negocial, regulada pelos arts.217º e ss. do CC, enquanto o consentimento para o tratamento praticado (ou assentimento) se trata de uma causa de justificação, nos termos do art.340º do CC, qualificando-se, então, como um simples ato jurídico, o que leva a que, conseqüentemente, sejam aplicáveis, segundo o art.295º do CC, “na medida em que a analogia das situações o justifique, as disposições do capítulo” relativo aos negócios jurídicos³¹.

O consentimento prestado para o ato médico não pode, todavia, ser prestado de qualquer maneira. Ao médico incumbe a obrigação de prestar os esclarecimentos que são imprescindíveis para que um doente vulgar possa fazer um juízo sobre o seu estado e consentir na execução de uma determinada terapêutica, sob pena de se considerar que este profissional atua com negligência (Pereira 2003). Tal consentimento informado encontra fundamentação legal no âmbito do Direito Constitucional (artigos 25º e 26º da CRP), no âmbito do Direito Civil (art.70º do CC), e ainda em legislação dispersa e avulsa que regula o Direito da Saúde³².

“O consentimento informado pressupõe que ao doente tenha sido fornecida informação das razões que subjazem à necessidade, conveniência ou finalidade do ato proposto, da natureza deste, da perigosidade dos meios que irão ser usados, das conseqüências previsíveis, dos efeitos secundários e dos riscos do ato que não devam considerar-se altamente improváveis, da existência de intervenções alternativas que sejam aptas a gerar resultados equiparados e/ou menos arriscados”³³

De facto, o que sucede na maioria das vezes é o doente dirigir-se ao consultório médico, explicar os seus sintomas e, a partir daí, o médico prescreve os exames que considera ser adequados para ter um diagnóstico e, assim, iniciar o eventual tratamento.

³¹ Seguindo a lição de Mota Pinto, não devemos, porém, aplicar aos atos jurídicos pessoais quaisquer normas da doutrina geral do negócio jurídico. O regime do negócio jurídico não deve ser transposto acriticamente para o domínio dos atos jurídicos *stricto sensu* (C. M. Pinto 1986)

³² Tomemos como exemplo a Lei nº46/2004, de 19 de agosto, que aprova o regime aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano, e que no seu art.6º, nº1, al.b) dispõe que um ensaio só se pode realizar em relação ao participante no mesmo, ou ao seu representante legal, for cumprido o requisito da obtenção do seu consentimento livre e esclarecido

³³ Ac. TRP, de 13 de maio de 2021, proc. 711/10.2TVPRT.P1, disponível em: <http://www.dgsi.pt>
Também no mesmo sentido: ac. TRC, de 11/02/2020, proc. 3670/18.0T8VIS.C1, disponível em <http://www.dgsi.pt/>

Obtido o diagnóstico, cabe ao médico, de acordo com o disposto no art.19º do CDOM, esclarecer o paciente sobre o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico da sua doença, devendo este esclarecimento incidir sobre os atos médicos que irão ser prestados e os seus objetivos e consequências funcionais³⁴.

Importa ainda realçar que este dever de obter o consentimento informado não está subjacente ao entendimento contratualista da relação médico, já que tal significaria que, na falta de relação contratual, não existiria fundamento jurídico para a exigência do consentimento, o que não é verdade.

O consentimento informado trata-se, então, de uma forma de limitação voluntária do direito de personalidade, o que significa que, face ao até agora exposto, altera os limites dos direitos de personalidade do paciente na parte referente aos meios de tutela previstos nos artigos 70º e ss. do CC. De facto, como reconheceu o TRP, “toda a afetação da integridade física e psíquica da pessoa não precedida da obtenção do consentimento informado é ilícita...”³⁵.

Tal não significa, porém, que os mesmos sejam excluídos pelo titular dos direitos (já que os mesmos continuam a integrar a estrutura do direito subjetivo) mas sim que, ao consentir com a prestação do ato médico por parte do profissional, o paciente permite que o médico atue sobre certos bens de personalidade (como a integridade física, a imagem e a reserva sobre a vida privada) sem que a sua atuação sofra qualquer reação juridicamente negativa, isto é, de modo que o médico tenha legitimidade para praticar os atos médicos no âmbito dessa limitação lícita e eficazmente.

2.2. Caracterização e natureza jurídica do contrato médico

Qualificada a relação médico-paciente como uma relação contratual, resta-nos, antes de procedermos a uma análise detalhada do seu conteúdo, apresentar uma caracterização deste contrato.

Neste sentido, Rute Teixeira Pedro (2008) entende que o contrato celebrado entre o médico e o doente é um contrato sinalagmático, pois gera, tanto do lado do médico como do lado do paciente, obrigações que se encontram ligadas por um nexo de causalidade; oneroso, porque envolve, para ambas as partes, um sacrifício patrimonial que cada uma delas entende ser equivalente ao da outra; duradouro, pois o cumprimento da prestação médica não se esgota num único momento temporal; *intuitu personae*, o que significa que

³⁴ Este dever de esclarecimento decorre também do art.1161º do CC que, como veremos mais adiante, se aplica ao contrato médico

³⁵ Ac. TRP, de 13 de maio de 2021, proc. 711/10.2TVPRT.P1, disponível em: <http://www.dgsi.pt>

o cumprimento integral das obrigações pressupõe uma relação firme de confiança entre ambas as partes; e consensual, isto porque, como já foi referido, não é imposta a observância de qualquer forma, nem na emissão das declarações negociais constitutivas do contrato, nem relativamente aos sucessivos momentos declarativos de *iter* de cumprimento obrigacional.³⁶

Podemos ainda qualificar o contrato médico como um contrato atípico³⁷, já que este contrato não corresponde a nenhum dos tipos contratuais regulados pela lei.

2.2.1. Atipicidade do contrato médico

Uma vez celebrado o contrato entre o médico e o paciente, aquele compromete-se a prestar, pelo menos um ato médico ao paciente, ficando este, por regra, adstrito a uma obrigação de pagar ao médico os respetivos honorários em virtude do seu tratamento.³⁸ Daqui, a questão que se coloca, é a de saber em que categoria de classes de contratos é que o contrato médico se inclui.

O Código Civil estabelece três classes de contratos que se distinguem pelo seu conteúdo e pelos efeitos produzidos: os contratos mediante os quais se procede à cessão de quaisquer direitos não excetuados por lei (art.588º); os contratos onerosos pelos quais se alienem bens ou se estabeleçam encargos sobre eles (art.939º); e os contratos de prestação de serviços, através dos quais uma das partes se obriga a proporcionar à outra certo resultado do seu trabalho intelectual ou manual (art.1156º).

Face ao seu elemento essencial, parece que o contrato médico se insere na classe dos contratos de prestação de serviços, cujo objeto do contrato passa pela obtenção de um certo resultado – o de promover ou restituir a saúde do seu paciente, no caso do contrato médico -, que será obtido, no caso da relação médica, através do trabalho intelectual desenvolvido pelo médico.³⁹ O contrato médico não se insere, porém, em nenhum dos

³⁶ Também neste sentido: SOUSA, Luís Filipe Pires de, *O ónus da prova na responsabilidade civil médica – questões processuais atinentes à tramitação deste tipo de ações (competência, instrução do processo, prova pericial)*, Centro de Estudos Judiciários, Lisboa *apud* Pereira 2012

³⁷ Sobre contratos atípicos *vide* VASCONCELOS, Pedro Pais de, *Contratos atípicos*, 2ª edição, Almedina, Coimbra, 2009; e DUARTE, Rui Pinto, *Tipicidade e atipicidade dos contratos*, Almedina, Coimbra, 2009

³⁸ A análise das obrigações decorrentes do contrato médico será feita de forma mais exaustiva no capítulo III da presente dissertação.

³⁹ Poder-se-ia questionar sobre a possibilidade de o contrato médico ser qualificado como contrato de trabalho. No entanto, face ao até agora exposto, tal situação não se afigura possível. Vejamos: Segundo o art.1154º do CC, entende-se por contrato de trabalho “...aquele pelo qual uma pessoa se obriga, mediante retribuição, a prestar a sua atividade intelectual ou manual a outra pessoa, sob autoridade e direção desta”. Conjugando esta norma com a que decorre do art.6º, nº1 do CDOM, segundo a qual “o médico, no exercício da sua profissão, é técnica e deontologicamente independente e responsável pelos seus atos”, não

tipos legais de contrato de prestação de serviços que o Código Civil consagra, sendo estes o mandato, o depósito e a empreitada (cfr. art.1155º do CC). Não se reconduzindo a nenhum tipo legal, podemos, então, qualificar o contrato médico como um contrato atípico.

A atipicidade contratual reconduz-se em dois planos: o plano legal e o plano social. Os tipos contratuais podem, então, ser legais e/ou extralegais, correspondendo, geralmente, a cada tipo contratual legal um tipo contratual social do qual emana. Neste sentido, quando se apura a tipicidade ou atipicidade dos contratos, estes podem ser contratos legalmente típicos; contratos legalmente atípicos, mas socialmente típicos; e contratos legal e socialmente atípicos (P. P. de Vasconcelos 2009)⁴⁰. A questão que agora se coloca é a de saber em qual destes campos se enquadra o contrato médico.

Não obstante referir que não existem critérios firmes e exatos para apurar se uma certa prática contratual constitui um tipo social, Pedro Pais de Vasconcelos (2009) apresenta três requisitos para que possamos qualificar um contrato como socialmente típico: (i) que se verifique uma pluralidade de casos; (ii) que essa pluralidade se traduza numa prática, quer dizer, que entre os casos que constituem a pluralidade haja uma relação ou ligação, e que essa prática seja reconhecida como tal no meio social em que é praticada, e não apenas como uma ou mais coincidências fortuitas; e (iii) que exista, no meio social em que é praticada, uma consciência assumida, isto é, o reconhecimento do carácter vinculativo dessa prática e desse modelo.

A relação entre o médico e o paciente é, como visto no capítulo anterior, uma relação que perdura há já vários anos e que, até hoje, é reconhecida pela sociedade como tal, sendo bastante frequente, o que nos leva a concluir que, de facto, estamos aqui perante um contrato atípico, mas socialmente típico inserido na categoria de contratos de prestação de serviços, onde se incluem prestações de trabalho intelectual.⁴¹

se afigura possível que de uma relação que se estabelece entre o médico e o paciente, este pudesse exercer toda a autoridade e direção sobre o médico, já que tal situação poria em causa a independência a que o médico está sujeito por força das regras deontológicas.

⁴⁰ Helena Brito, por sua vez, *in O Contrato de Concessão Comercial*, Almedina, Coimbra, 1990, pp.169 – 170, considera atípicos apenas os contratos que o sejam no plano legal e no plano social.

⁴¹ Também neste sentido, Almeida 1996

CAPÍTULO III – CONTEÚDO DO CONTRATO MÉDICO: OBRIGAÇÃO DE TRATAMENTO E *LEGES ARTIS*

3.1. Formação da disciplina do conteúdo do contrato médico

Qualificado o contrato médico como um contrato atípico, mas socialmente típico, a apresentação sumária do conteúdo deste contrato apresenta-se como uma tarefa difícil, já que não existe um diploma legal específico que o regule, e ainda porque, sendo este contrato, na maioria das vezes, celebrado oralmente e não sendo acompanhados de um período de negociações, não há, conseqüentemente, uma verdadeira conformação do conteúdo do contrato pelas partes. Neste sentido, Carlos Ferreira de Almeida (1996), Figueiredo Dias e Sinde Monteiro (1984) vieram defender a tipificação de um contrato de prestação de serviços médicos.

Pela ausência de positivação, Ferreira de Almeida e, mais tarde, André Pereira, entenderam que, no que concerne ao contrato celebrado entre o médico e o paciente, se deve seguir a via da integração contratual prevista no art.239º do CC, segundo a qual a primeira via de integração é a aplicação de “disposição especial”, considerando-se, para o efeito, disposição como norma jurídica. Assim, entendem os autores que se deve, em primeiro lugar, atender às regras legais imperativas, designadamente as impostas pela regulação da profissão médica⁴², e as normas de direito de consumo⁴³; de seguida, pelo costume, normas deontológicas e usos que não contrariem as normas legais imperativas⁴⁴;

⁴² Ao nível internacional, tem vindo a ser criado um corpo normativo com grande relevo no desenvolvimento do direito biomédico (embora, muitas vezes, sem força vinculativa), tais como o Pacto das Nações Unidas sobre Direitos Cívicos e Políticos de 1966, que no seu art.7º dispõe que “...é proibido submeter uma pessoa a uma experiência médica ou científica sem o seu livre consentimento”, e as Declarações, Resoluções e Convenções produzidas pela OMS.

No âmbito comunitário, o Conselho da Europa elaborou, nos anos 90, a Convenção da Biomedicina, que abriu portas para textos como a CDHBio, o primeiro instrumento jurídico internacional no campo da bioética, ratificado em Portugal pelo Decreto nº1/2001, de 3 de janeiro.

A nível nacional, surgem como regras imperativas a CRP, que no seu art.64º regula o acesso à saúde, e outros diplomas avulsos como a Lei de Bases da Saúde que regulam domínios específicos da atuação médica e que, por conseguinte, se aplicam necessariamente ao contrato de prestação de serviços médicos

⁴³ O contrato de prestação de serviços médicos pode ainda ser configurado como um contrato de consumo, abrangido, por isso pela Lei nº24/96, de 31 de julho (LDC). Isto porque, de acordo com o art.2º, nº1 da LDC, é consumidor “todo aquele a quem sejam fornecidos bens, prestados serviços ou transmitidos quaisquer direitos, destinados a uso não profissional, por pessoa que exerça com carácter profissional uma atividade económica que vise a obtenção de benefícios”, ou seja, o paciente surge, na relação que estabelece com o médico enquanto consumidor de cuidados de saúde, relativamente aos serviços prestados profissionalmente pelo médico.

⁴⁴ A integração destas normas deve assentar nos seguintes pressupostos: (i) o costume *praeter legem* deve ser aceite como fonte de direito colocada ao mesmo nível hierárquico das normas legais supletivas; (ii) as normas deontológicas emitidas pela Ordem dos Médicos devem ser qualificadas como normas corporativas, ou seja, que provêm do poder regulamentar próprio das associações de Direito Público; e (iii) que se admita a natureza normativa de certos usos e que a remissão do art.239º, 1ª parte do CC, os possa incluir.

e, em último lugar, pelas normas dos contrato de mandato ou de empreitada se, e na medida, em que haja suficiente analogia, por força da remissão operada pelo art.1156º do CC, consoante o contrato de prestação de serviços se aproxime mais do modelo legal do mandato ou da empreitada, respetivamente (Almeida 1996; Pereira 2012).

3.1.1. Autorregulação profissional dos médicos

Como refere Guilherme de Oliveira, “...a lei geral e abstrata não tem capacidade para regular todos os problemas das sociedades complexas. (...) as previsões e os comandos legais não conseguem chegar a todos os fenómenos sociais que carecem de regulação” (Oliveira 2005a:34). Ora, um desses fenómenos sociais é a atividade médica.

Neste sentido, as *Declarações de princípio formuladas por organizações nacionais e internacionais*, os *Protocolos de atuação*, as *Guidelines resultantes dos Protocolos de Atuação e das reuniões de consenso* e os *Pareceres das comissões de ética* surgem como expressões de autorregulação da atividade médica. No entanto, o valor destas formas de autorregulação não é sempre o mesmo. Vejamos.

As *Declarações de Princípios* regulam a prática médica em geral e emanam de organizações nacionais ou internacionais de médicos. Estas normas têm uma fraca garantia jurídica de aplicabilidade já que, pese embora o seu conteúdo possa influenciar a interpretação de normas formais que careçam de concretização, não surgem destas direitos subjetivos nem para os médicos, nem para os doentes. O mesmo parece suceder com os *Pareceres das Comissões locais, nacionais ou internacionais de ética* que “constituem guias de conduta, normalmente centrados sobre uma área diferenciada de atividade ou sobre um problema específico [e que] recomendam a adoção de uma certa atitude [ou] aconselham a ponderação, em cada caso concreto de vários fatores que devem influenciar a decisão” (Oliveira 2005a:35).

Também as *Guidelines resultantes dos Protocolos de Atuação e das reuniões de consenso* não fazem nascer direitos subjetivos exercitáveis para as partes do contrato. Estes instrumentos de autorregulação, embora não sejam normas jurídicas ordinárias, ajudam a interpretar as normas formais que impõem deveres jurídicos aos médicos, ao incluírem orientações situadas em áreas eminentemente técnicas⁴⁵.

⁴⁵ As *guidelines* podem também incluir orientações em matérias não técnicas em sentido estrito, tais como as recomendações acerca da informação e do modo de obter o consentimento para as intervenções. Nestes casos, os protocolos não acrescentam nada de fundamental às normas que já definem os deveres de intervenção técnica ou os direitos dos doentes, equiparando-se o seu valor ao valor jurídico dos Pareceres das comissões de ética e das Declarações de princípios.

Outro instrumento de autorregulação da profissão médica são os *Códigos Deontológicos*. Em Portugal, o Código Deontológico, elaborado pela Ordem dos Médicos, legitimada para tal com base no DL nº282/77, de 5 de julho, contém os deveres que estes profissionais de saúde reconhecem como próprios do seu desempenho. Todavia, por não ter sido publicado no Diário da República, mas apenas no órgão noticioso da Ordem, este não tem o valor de lei formal. Isto não significa que o Código Deontológico não assume um valor prático-jurídico, já que as normas que dele constam têm plena eficácia interna dentro dos órgãos profissionais, constituindo a sua infração motivo para responsabilidade disciplinar. Para além disto

“...o conteúdo das normas do código serve de auxiliar decisivo para apreciar uma conduta médica, num tribunal ordinário – o tribunal buscará nas normas deontológicas a definição das exigências que se podem fazer ao médico, em matéria de diligência e de cuidado de preparação técnica, com efeitos no juízo sobre ilicitude e a culpa do agente; é assim que se pode, por exemplo, preencher o conteúdo das normas que estabelecem os deveres dos médicos...” (Oliveira 2005a:36)

Atendendo ao valor jurídico que cada um destes instrumentos de autorregulação da atividade médica, podemos concluir que as regras que deles decorrem têm como função auxiliar no modo como o médico deve prestar o ato médico e, conseqüentemente, perceber quando é que há uma violação da obrigação a que este profissional está adstrito em consequência da celebração do contrato com o paciente.

Parece que estes instrumentos de autorregulação da atividade médica são, também, tidos como normas corporativas, “regras ditadas pelos organismos representativos das diferentes categorias morais, culturais, económicas ou profissionais, no domínio das suas atribuições, bem como os respetivos estatutos e regulamentos internos” (art.1º, nº2 do CC). Tal significa que, na medida em que não contrariem as disposições legais de carácter imperativo, estes instrumentos de autorregulação surgem como fontes de direito, nos termos do art.1º do nº1 do CC, ou seja, como modo de formação e revelação (enquanto manifestação exterior do Direito) das regras jurídicas.

Mas podem todos estes instrumentos de autorregulação ser considerados normas corporativas?

De acordo com o *supra* exposto, para que estejamos perante normas corporativas no âmbito do direito médico, é necessário que estas emanem dos organismos representativos dos médicos.

Segundo o art.1º, nº1 do EOM, a associação pública representativa dos médicos em Portugal é a Ordem dos Médicos. Esta, entre muitas outras, tem como atribuições *regular o acesso e o exercício da profissão de médico; contribuir para a defesa da saúde e dos direitos dos doentes; prestar serviços aos médicos, no que respeita ao exercício profissional, designadamente em relação à informação e à formação profissional; e participar na elaboração da legislação que diga respeito ao acesso e exercício da profissão médica* (art.3º, nº1 do EOM).

No que concerne às *leges artis*, a Ordem dos Médicos dispõe de um programa que tem como conteúdo as recomendações dirigidas aos profissionais de saúde elaboradas por peritos na área e emitidas pelos Colégios da Especialidade da Ordem dos Médicos, com a respetiva fundamentação jurídica. O programa “*Choosing Wisely Portugal – Escolhas criteriosas em saúde*”, ao encontrar-se sedado na Ordem dos Médicos, contém normas que, para os efeitos do art.1º, nº2, segunda parte do CC, são consideradas normas corporativas que devem ser verificadas pelos médicos.⁴⁶

Todavia, falta ainda perceber o porquê de o médico estar adstrito a esta obrigação de tratamento por força deste contrato celebrado com o paciente; se decorrem do contrato outras obrigações do médico que não a obrigação de tratamento; e, ainda, se decorrem, também para o paciente, obrigações contratuais. Para tal, cumpre apreciar o regime previsto no Código Civil para o contrato de mandato, e em que medida é que as normas que dele decorrem se aplicam ao contrato médico.

3.2. Obrigações decorrentes do contrato médico

Como referido *supra*, o contrato médico trata-se de um contrato atípico, mas socialmente típico, que se insere na classe dos contratos de prestação de serviços. Assim sendo, por força do art.1156º do CC, aplica-se ao contrato médico as disposições sobre o mandato, previstas nos artigos 1157º e ss. do CC, com as necessárias adaptações.

Na sua tese de doutoramento, André Pereira (2012) apresenta o elenco das normas mais relevantes do contrato de mandato aplicáveis aos serviços médicos. O autor começa por fazer referência ao art.1158º do CC, do qual decorre que o contrato médico se presume

⁴⁶ Informação disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt>

um contrato oneroso, pelo facto de o médico, ao prestar um ato médico, se encontra no exercício da sua profissão e, mais à frente, refere o art.1170º do CC, que estabelece que o mandato (e, portanto, o contrato médico) é livremente revogável, o que se coaduna com o facto de a relação médica se tratar “...de uma relação de índole pessoalíssima, em que a confiança entre as partes é essencial e, logo, a liberdade de o paciente abandonar o contrato é fundamental” (Pereira 2012:588).

Refere ainda o autor como normas relevantes aplicáveis ao contrato médico os artigos 1161º e 1167º do CC, que preveem as obrigações que decorrem do contrato de mandato para o mandatário (i.e., para o médico) e para o mandante (i.e., para o paciente), respetivamente.

Também a figura do consentimento para a prestação de ato médico parece encontrar fundamento legal no regime do mandato. Veja-se, neste sentido, os artigos 1162º e 1163º do CC, segundo os quais o consentimento pode ser prestado tacitamente; o médico se pode afastar daquela que seria a conduta inicialmente prevista se puder afirmar que o paciente aprovaria a sua conduta (num raciocínio análogo ao do consentimento presumido), ou então se o doente concordar, *a posteriori*, com a atuação do médico, tornando-a assim lícita.

No que concerne à aplicação do art.1166º, diz-nos André Pereira que esta norma, “...ao estabelecer o regime da responsabilidade *conjunta*, não será aplicável já que, aceitando a doutrina do *cúmulo* das responsabilidades, haverá sempre na atividade médica uma ofensa a um direito de personalidade, logo geradora de responsabilidade extracontratual...” (Pereira 2012:588).

3.2.1. Obrigações do médico

Começando pelas obrigações que parecem decorrer para o médico. Dispõe a al.a) do art.1161º do CC que “o mandatário é obrigado a praticar os atos compreendidos no mandato, segundo as instruções do mandante”. Esta alínea, porém, não parece poder aplicar integralmente à relação médica, por não se coadunar com os princípios da independência dos médicos, isenção e liberdade profissionais, e com o princípio da liberdade de escolhas dos meios de diagnóstico e tratamento consagrados no Código Deontológico que, como vimos, embora não se trate de uma lei formal, pautam a conduta dos médicos no exercício da sua atividade ao conter os deveres que estes reconhecem como próprios do seu desempenho. Ou seja, o médico está, de facto, obrigado a praticar

atos médicos em virtude da celebração do contrato com o paciente, no entanto, não tem de seguir as instruções deste.

Decorre ainda do art.1161º do CC as obrigações de informação (al.b)) e de comunicação (al.c)). Decorre então destas obrigações que o médico deve informar o paciente sobre a prestação do ato médico e, ainda esclarecer, sempre que este assim o peça, sobre a mesma.

Quanto à obrigação de prestar contas e de entregar tudo o que recebeu em execução ou no exercício do contrato (alíneas d) e e)) não se aplicam ao contrato médico, na medida em que se restringem aos casos em que existam débitos e créditos recíprocos das partes por força da relação contratual, o que não sucede neste caso.

3.2.2. Obrigações do paciente

No que concerne às obrigações que decorrem do contrato médico para o paciente, mostra-se de particular relevância a norma prevista no art.1167º do CC. Segundo esta, o paciente está obrigado a fornecer ao médico *os meios necessários à execução* do contrato (al.a)), o que se justifica para que o médico possa estabelecer um diagnóstico correto e, assim, determinar qual o melhor tratamento para atingir a finalidade do contrato, e ainda a *pagar a retribuição devida e a provisão devida por conta dos usos* – isto quando não se afaste a presunção de onerosidade do contrato médico – prevista na alínea b).

Já as alíneas c) e d), que dispõem que o mandante está obrigado a *reembolsar o mandatário das despesas feitas que este fundadamente tenha considerado indispensáveis* e a *indemniza-lo do prejuízo sofrido em consequência do mandato* não se parecem aplicar ao contrato médico, já que não se coadunam com a natureza e a finalidade do contrato médico.

3.3. Obrigações de tratamento e *leges artis*

Feita uma exposição breve sobre o conteúdo do contrato médico, cumpre-nos, agora, proceder a uma análise da obrigação tipificadora do contrato de prestação de serviços médicos – a obrigação de *tratamento*.

O médico, por força do art.5º do CDOM, *obriga-se à prestação dos melhores cuidados de saúde*. Como se determinam, então, estas prestações no contrato médico? Ficarão estas logo determinadas no momento da formação do contrato? Vejamos.

É verdade que, em certos contratos, as prestações ficam logo determinadas no momento da formação do contrato. No entanto, casos há em que a prestação do contrato não fica bem definida, podendo sofrer alterações à medida da execução daquele, não se sabendo, por isso, que atos são, em concreto, os mais adequados, acabando o contrato por se formar sem uma prestação bem definida. É o que sucede em certos contratos de execução continuada, como o é o contrato de prestação de serviços médicos.

Neste sentido, afirma Carlos Ferreira de Almeida que “nos contratos de prestação de serviço médico só muito raramente a prestação médica (como aliás a sua contrapartida) fica bem definida no momento da celebração do contrato” (C. F. de Almeida 1996:107). Assim sendo, entende este autor que a obrigação de tratamento se trata de uma obrigação genérica, indeterminada e imprecisa, delimitada apenas pelo objetivo a atingir: o tratamento (C. F. de Almeida 1996).

Ora, tratando-se a obrigação de tratamento numa obrigação genérica, é necessário que as prestações que daí decorrem sejam determinadas. Neste sentido, dispõe o art.400º do CC que *a determinação da prestação pode ser confiada a uma ou outra das partes ou a terceiro*. No caso do contrato médico, devido à sua natureza, é o médico que define a prestação e responde por ela, independentemente de haver alguma colaboração por parte do doente, o que pode suceder nos casos em que o médico determina a prestação da obrigação de tratamento na sequência de perguntas, pedidos, autorizações do doente, ou mesmo através de acordos.

Tal significa que a escolha adequada da própria prestação por parte do médico inclui-se, também, no âmbito da obrigação principal do médico. De acordo com o art.400º, nº1, segunda parte do CC, *a determinação deve ser feita segundo juízos de equidade, se outros critérios não tiverem sido estipulados*. Ou seja, são estes critérios de equidade que permitem aferir se a prestação médica decorrente da obrigação de tratamento e ainda se esta foi, ou não, cumprida, o que nos leva à seguinte questão: *quais são estes critérios de equidade?*

3.3.1. *Leges artis*

Como vimos anteriormente, as *Guidelines* e os códigos deontológicos surgem como instrumentos de autorregulação que contribuem para a definição das regras das boas práticas médicas e dos deveres que estes profissionais de saúde reconhecem como próprios no exercício das suas funções.

Ora, dispõe o art.8º, nº1 do CDOM que *o médico deve atuar em conformidade com as leges artis*, constituindo este dever o primeiro princípio geral de conduta previsto no art.135º do EOM. Assim, tal como considerado no ac. do TRL de 28 de setembro de 2021, estamos perante uma violação das *leges artis* quando existe “...uma desconformidade objetiva entre os atos realizados e os que seriam devidos de acordo com os conhecimentos técnicos da ciência médica à data...”⁴⁷

As *leges artis*, conceito realçado pelo legislador no art.150º do CP, são definidas pelo TRL como “...o conjunto de regras científicas e técnicas e princípios profissionais que o médico tem a obrigação de conhecer e utilizar tendo em conta o estado da ciência e o estado concreto do doente”⁴⁸.

As *guidelines*, por contribuírem para a definição das regras de boas práticas médicas, ajudam a esclarecer quais são estas regras técnico-científicas e princípios profissionais que o médico está obrigado a respeitar em cada ato clínico. Tal significa uma aplicação jurídica indireta das normas internas dos próprios profissionais, o que nos leva a uma primeira conclusão de que a violação das normas de orientação clínica, dos protocolos ou das reuniões de consenso decorrentes destas *guidelines* fazem presumir uma violação das *leges artis*.

Esta conclusão levanta, contudo, um outro problema. É que a Medicina, enquanto ciência, é uma área que está em constante mudança, o que leva a que, conseqüentemente, as *leges artis* se vão atualizando ao longo do tempo.

Ora, pode acontecer que um médico atue segundo a normalidade da prática clínica⁴⁹, desrespeitando, deste modo, as normas decorrentes dos documentos criados pelos médicos que contribuem para a definição destas *regras de conduta* a que se subordina a sua atividade profissional. Segundo o TRL, “se um médico atuou segundo a normalidade da prática clínica, a circunstância dos resultados dessa atuação terem sido nocivos para o paciente não determinam a existência de um erro que configure um caso de negligência médica”.

Tal como André Pereira, não concordamos, aqui, com o entendimento defendido pela doutrina penal segundo a qual se o médico tiver atuado no espaço de “normalidade” não viola materialmente o dever de cuidado a que está adstrito, havendo apenas violação do

⁴⁷ Ac. TRL, de 28/09/2021, proc. 612/17.3T8MTA.L2-7, disponível em: <http://www.dgsi.pt>

⁴⁸ Ac. TRL de 16 de dezembro de 2015 (proc.1490/09.1TAPT.M.L1-3), disponível em: www.dgsi.pt

⁴⁹ “A normalidade da prática clínica é o que não está de acordo com as *leges artis* mas é costume fazer assim.” (ac.TRL de 27/10/1998)

mesmo se o médico tiver atuado para lá do espaço da discrepância normal (Costa 1992). Citando aquele autor, “...no âmbito da responsabilidade civil, entendemos que uma violação das normas definidas como padrão configura uma presunção de culpa, podendo ser aceite, no entanto, esta justificação. De outro modo, aceitar o permanente desvio às *leges artis* levaria a uma total ausência de critérios da ilicitude” (Pereira 2012:665).

Pode ainda perguntar-se, em sentido inverso, se o cumprimento das *leges artis* é, por si só, garantia de licitude do comportamento médico⁵⁰. À partida, a resposta seria positiva, porém, nem sempre isso acontece.

Pode acontecer que um médico, mesmo respeitando as *leges artis* não tenha valorado suficientemente os fatores de risco resultantes dos dados clínicos do paciente a que tem acesso, acabando tal comportamento por se traduzir numa ofensa à integridade física do paciente ou, até, levar à morte deste. Nestes casos, pese embora o médico tenha respeitado formalmente os critérios das *guidelines* de onde emanam as *leges artis*, não se pode considerar o comportamento do médico lícito.

Em primeiro lugar, porque os critérios decorrentes das *guidelines* são critérios abstratos, o que leva a que o médico tenha de fazer um juízo de ponderação global de todos os dados clínicos do paciente. Como referiu o Conselho Nacional de Disciplina, ao analisar o caso de uma médica que ao acompanhar uma mulher grávida de 35 anos, mesmo tendo cumprido com as *leges artis*, não valorou o facto de a mulher e o feto se encontrarem em situação de risco, o que levou a que o bebé tenha nascido com trissomia 21⁵¹, “a Medicina não é matemática e a maioria dos fatores de risco quantitativos são essencialmente um *continuum*, não uma fronteira estanque, dicotómica”⁵². Daqui decorre

⁵⁰ A obrigação de tratamento que incumbe ao médico é considerada, pela maioria da doutrina, uma obrigação de meios, ou seja, o médico, enquanto devedor, obriga-se a desenvolver os esforços e diligências normais, em ordem a satisfazer o interesse fundamental do paciente, credor.

Carlos Ferreira de Almeida, discordando da distinção entre obrigações de meios e obrigações de resultado (aquelas em que o devedor se obriga a proporcionar ao credor determinado resultado ou efeito útil), considera que “estas qualificações não parecem necessárias nem satisfatórias no âmbito do direito português”, acabando por ser a fonte das confusões ou imprecisões que pretenderia evitar, isto porque, no seu entender, tipificando-se o contrato de prestação de serviços pela obrigação de proporcionar certo resultado (art.1154º do CC), deve entender-se por resultado os próprios meios empregados pelo médico. Defende ainda o autor que o recurso à ideia da obrigação de meios para explicar que a obrigação do médico se dirige a tratar e não a curar se afigura estranho, já que o conteúdo da obrigação se restringe ao tratamento e não à cura (C. F. de Almeida 1996).

Sem querer tirar o mérito deste ilustre autor, discordamos desta crítica. Seguindo a linha de pensamento de André Pereira, considero que a distinção entre obrigação de meios e obrigação de resultados permite realçar que o objeto é o de ser diligente, cuidadoso e respeitador das *leges artis* em ordem a alcançar o tratamento do paciente, e não acura nem um resultado certo, entendendo, portanto, que a obrigação do médico se qualifica, na generalidade dos casos, como uma obrigação de meios (Pereira 2012).

⁵¹ Caso publicado na *Revista da Ordem dos Médicos*, nº122, de setembro de 2011, p.18-20

⁵² *Revista da Ordem dos Médicos* nº125, de dezembro de 2011, p.66-68

que “...não há uma compartimentação estanque entre o dever de tratar de acordo com as *leges artis* e o dever de informar e de partilhar a decisão e de documentação e registo clínico, antes, estes deveres se interligam e promovem uma correta relação médico-paciente” (Pereira 2012:667).

“O médico assume uma obrigação de meios, e como tal compromete-se não só a usar as técnicas previstas para a patologia em questão, com recurso à ciência médica adequada a uma boa praxis, mas também a aplicar tais técnicas com o cuidado e precisão exigível de acordo com as circunstâncias e os riscos inerentes a cada intervenção”⁵³

Concluimos, então, que “o cumprimento dos protocolos e das *guidelines* faz presumir a licitude da ação médica” (Pereira 2012:668), não servindo, por isso, como uma garantia de licitude da mesma. Há que atender, igualmente, a todo o historial clínico do paciente a que o médico tem acesso.

3.3.2. Exceções de cumprimento das *leges artis*

Não obstante tudo o que vimos até agora, há duas situações em que o médico se pode abster de quaisquer atos que não estejam de acordo com as *leges artis*. Referimo-nos aqui aos casos previstos no art.10º, nº2 do CDOM: as situações que impliquem *atos não reconhecidos pelas leges artis, mas sobre os quais se disponha de dados promissores*, e não exista qualquer alternativa, *desde que com consentimento do doente ou do seu representante legal, no caso daquele o não poder fazer*; e as situações que impliquem *atos que se integram em protocolos de investigação ou ensaios clínicos, cumpridas as regras que condicionam a experimentação em e com pessoas humanas*⁵⁴.

Estes casos afiguram-se de particular importância, já que “não há evolução da medicina sem inovação...”(Pereira 2012:676). No entanto, há que atender ao facto de o bem-estar do doente ter primazia sobre estes valores de ambição científica ou profissional do médico. Assim sendo, o médico que se confrontar com qualquer uma destas situações e que pretenda propor uma inovação terapêutica não abrangida pelas *leges artis* deve

⁵³ Ac. TRL, de 16/12/2015, proc. 1490/09.1TAPTM.L1-3, disponível em: <http://www.dgsi.pt/>

⁵⁴ Lei nº21/2014, de 16 de abril, que aprova a lei de investigação clínica e abrange o regime da realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano e o regime da investigação clínica de dispositivos médicos

apenas propô-la se, face ao quadro clínico com que se depara, não dispuser de um método seguro e eficaz já devidamente consagrado e após uma ponderação risco-benefício. Esta solução resulta dos princípios que regem o direito da experimentação com seres humanos.

Não obstante esta ponderação, devem ainda atender-se aos seguintes pressupostos: é necessário um consentimento informado reforçado; uma justificada análise risco-benefício da sua utilização no paciente concreto; a realização de um estudo que permita uma cabal fundamentação jurídica; e, ainda, o registo por parte do médico, pelo menos no caso de intervenções com riscos ou consequências secundárias mais graves, um esboço dessa fundamentação no processo clínico do doente (Pereira 2012).

CONCLUSÃO

Analisada a relação contratual que configura a relação médico-paciente, as obrigações que decorrem deste contrato (quando este existe), mais precisamente, da obrigação de tratamento, e o cumprimento das *leges artis*, cabe-nos, agora, responder à questão que nos levou a escrever a presente dissertação.

Como vimos ao longo do primeiro capítulo, a figura do médico e a relação que estabelece com o paciente passou, ao longo da história, por diversas mudanças, tendo evoluído de uma relação que se situava no campo religioso e sagrado para uma relação situado no plano jurídico, sendo qualificada pela maioria da doutrina, dentro das relações de Direito Privado, como uma relação contratual.

Seguindo com uma análise da modalidade tradicional do contrato médico, em que médico e paciente surgem tanto como partes no contrato e intervenientes no ato médico, qualificamos este contrato como um contrato atípico, mas socialmente típico, que se insere na classe de contrato de prestação de serviços, e cuja disciplina se forma através da via integração contratual prevista no art.239º do CC. Por via deste preceito, conseguimos, através do regime do contrato de mandato, aplicável ao contrato médico por força da remissão operada pelo art.1156º do CC, conseguimos, assim, extrair as obrigações que decorrem da celebração do mesmo para ambas as partes, seguindo, assim, para um estudo da obrigação de tratamento e da sua relação com as *leges artis*.

De acordo com o art.400º do CC, tratando-se, como vimos, a obrigação de tratamento numa obrigação genérica, esta carece de ser determinada pelo médico, que deve atender a critérios de equidade.

Estando o exercício da atividade médica regulada, não por leis gerais e abstratas, mas sim por instrumentos de autorregulação dos médicos, como o são as Declarações de Princípios, os Protocolos de Atuação, as *Guidelines*, os Pareceres das comissões de ética, e os Códigos Deontológicos. Destas formas de autorregulação não resultam, porém, sempre regras jurídicas. Isto porque nem todas estas formas constituem normas corporativas para os efeitos do art.1º do CC, mas apenas aquelas que emanam da Ordem dos Médicos, enquanto associação representativa da profissão médica.

Decorrem, então, daqui os critérios de equidade que o médico deve atender ao determinar a prestação da obrigação de tratamento. Ou seja, os critérios de equidade não são, nada mais, nada menos, que as regras deontológicas que o médico deve observar ao exercer a sua atividade profissional.

É, então, por força dessas regras deontológicas que opera a transposição das *leges artis* que, como vimos, emanam destes instrumentos de autorregulação da atividade médica e que são esclarecidas, nomeadamente, pelas *guidelines*, e cuja violação se traduz no incumprimento da obrigação de tratamento por parte do médico e, conseqüentemente, em responsabilidade civil contratual, nos termos do art.798º do CC.

Importa ainda realçar que, não obstante o médico cumprir com as *leges artis*, pode acontecer que o mesmo seja responsabilizado civilmente. Tal sucede nos casos em que o profissional não faz uma ponderação global dos fatores de risco e tal comportamento acaba por levar à ofensa à integridade física ou à morte do paciente. Isto significa que, ao determinar a prestação da obrigação de tratamento, o médico deve, não só, atender às regras técnico-científicas que emanam das *guidelines*, mas também atender à informação e historial clínico do paciente, que prevalece sobre tais critérios abstratos, e conjugá-los de forma coerente e integrada.

Concluimos, então, que a ética profissional médica que exige do profissional de saúde que é o médico é adotado pelo direito enquanto critério de equidade que acaba por ser transposto para o contrato médico no momento em que o médico, face ao historial clínico do seu paciente, determina a prestação objeto do tratamento. Este problema, contudo, está longe de encontrar uma solução firme e certa, já que, em primeiro lugar, a análise feita ao longo da presente dissertação restringiu-se às relações de direito privado e incidiu apenas sobre uma modalidade de contrato médico e, em segundo lugar, porque estamos perante um contrato atípico que pode ser celebrado oralmente e cujo conteúdo, por isso, não fica bem definido, cabendo ao intérprete e aplicador da lei perceber como e quando se transpõem as *leges artis* para o contrato.

AGRADECIMENTOS

Terminada a presente dissertação, não podia deixar de agradecer o apoio de várias pessoas que foram fundamentais nesta fase:

Ao Professor Doutor Pedro Pais de Vasconcelos pela orientação, pela partilha de conhecimentos, pela disponibilidade e atenção, foram imprescindíveis para a elaboração da presente dissertação.

À minha mãe, que foi, e é, um forte pilar na minha vida académica. Obrigada por me ter ensinado a nunca desistir de alcançar os meus objetivos, e a enfrentar os obstáculos que surgem pelo caminho.

Aos meus amigos, que nunca deixaram de acreditar em mim, mesmo quando eu própria o deixei de fazer. Por nunca me terem deixado desistir, pelas palavras de apoio e de motivação, pela amizade, um eterno obrigado.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, Carlos Ferreira de. 1996. “Os Contratos Cíveis de Prestação de Serviço Médico.” In *Direito Da Saúde e Bioética*. Lisboa: AAFDL Editora.
- . 2017. *Contratos I - Conceito, Fontes, Formação*. 6ª edição. Coimbra: Almedina.
- Almeida, Moitinho de. 1972. “A Responsabilidade Civil Do Médico e o Seu Seguro.” *Scientia Iuridica XXI*, 1972.

- Amaral, Freitas do. 1996. “Natureza Da Responsabilidade Civil Por Atos Médicos Praticados Em Estabelecimentos Públicos de Saúde.” In *Direito Da Saúde e Da Bioética*. Lisboa: AAFDL Editora.

- Andrade, Manuel de. 1997. *Teoria Geral Da Relação Jurídica*. Coimbra: Almedina.

- Antunes, João Lobo. 2012. *A Nova Medicina*. Lisboa: Fundação Francisco Manuela dos Santos.

- Ascensão, Oliveira. 2000. *Direito Civil: Teoria Geral – Introdução, As Pessoas, Os Bens*. 2ª edição. Vol. I. Coimbra: Coimbra Editora.

- Campos, Leite de. 1991. “Lições de Direitos de Personalidade.” In *Boletim Da Faculdade de Direito Da Universidade de Coimbra*. Vol. 67.

- Carvalho, Orlando. 2021. *Teoria Geral Do Direito Civil*. 4ª edição. Coimbra: Gestlegal.

- Costa, Faria. 1992. “O Perigo Em Direito Penal: Contributo Para a Sua Fundamentação e Compreensão Dogmáticas.” Dissertação de doutoramento, Coimbra: Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

- Dias, Figueiredo, and Sinde Monteiro. 1984. “Responsabilidade Médica Na Europa Ocidental - Considerações de ‘Lege Ferenda.’” *Scientia Iuridica XXXIII*.

- Gomes, Januário. 1982. “O Problema Da Salvaguarda Da Privacidade Antes e Depois Do Computador.” In *Boletim Do Ministério Da Justiça* 319.

- Kaba, R., and P. Sooriakumaran. 2007. “The Evolution of the Doctor-Patient Relationship.” *International Journal of Surgery*, 57–65.

- Monteiro, Sinde, and Figueiredo Dias. 1984. “Responsabilidade Médica Em Portugal.” *Boletim Do Ministério Da Justiça* Nº332.

- Moreau, V., and Adrien Pommerol. 1931. *La Responsabilité Médicale Devant Les Tribunaux - Étude Théorique et Pratique de Jurisprudence Médicale Mise Au Corante Des Décisions Judiciaires Les plus Recentes*. Paris: Libraire du Recueil Sirey.

- Oliveira, Guilherme de. 2005a. “Auto-Regulação Profissional Dos Médicos.” *Estudos de Direito Da Bioética*, 49–60.
- . 2005b. “O Fim Da ‘Arte Silenciosa.’” In *Temas de Direito Da Medicina*, 2ª edição, 105–14. Coimbra: Coimbra Editora.

- Pedro, Rute Teixeira. 2008. *A Responsabilidade Civil Do Médico - Reflexões Sobre a Noção Da Perda de Chance e a Tutela Do Doente Lesado*. Coimbra: Coimbra Editora.

- Penneau, Jean. 1973. “Faute et Erreur En Matière de Responsabilité Médicale.” In *L.G.D.J.* Paris: Préface de André Tune.

- Pereira, André Gonçalo Dias. 2003. “O Consentimento Informado Na Relação Médico-Paciente: Estudos de Direito Civil.” Coimbra: Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.
- . 2012. “Direitos Dos Pacientes e Responsabilidade Médica.” Coimbra: Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

- Pinto, Carlos Mota. 1986. *Teoria Geral Do Direito Civil*. 3ª edição. Coimbra: Coimbra Editora.

- Pinto, Paulo Mota. 1995. “O Direito À Reserva Sobre a Intimidade Da Vida Privada.” In *Boletim Da Faculdade de Direito Da Universidade de Coimbra*. Vol. 69.

- Rodrigues, João Vaz. 2001. *O Consentimento Informado Para o Ato Médico No Ordenamento Jurídico Português: Elementos Para o Estudo Da Manifestação Da Vontade Do Paciente*. Coimbra: Coimbra Editora.

- Sousa, Capelo de. 1978. “A Constituição e Os Direitos de Personalidade.” In *Estudos Sobre a Constituição*. Vol. II. Livraria Petrony.
- . 1995. *O Direito Geral de Personalidade*. Coimbra: Coimbra Editora.

- Szas, Thomas, and M.H. Hollender. 1956. “A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Model of the Doctor-Patient Relationship.” *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, 585–92.

- Vasconcelos, Pedro Leitão Pais de. 2016. *A Autorização*. 2ª. Coimbra: Almedina.

- Vasconcelos, Pedro Pais. 2006. *Direito de Personalidade*. Coimbra: Almedina.

- Vasconcelos, Pedro Pais de. 2009. *Contratos Atípicos*. 2ª edição. Coimbra: Almedina.