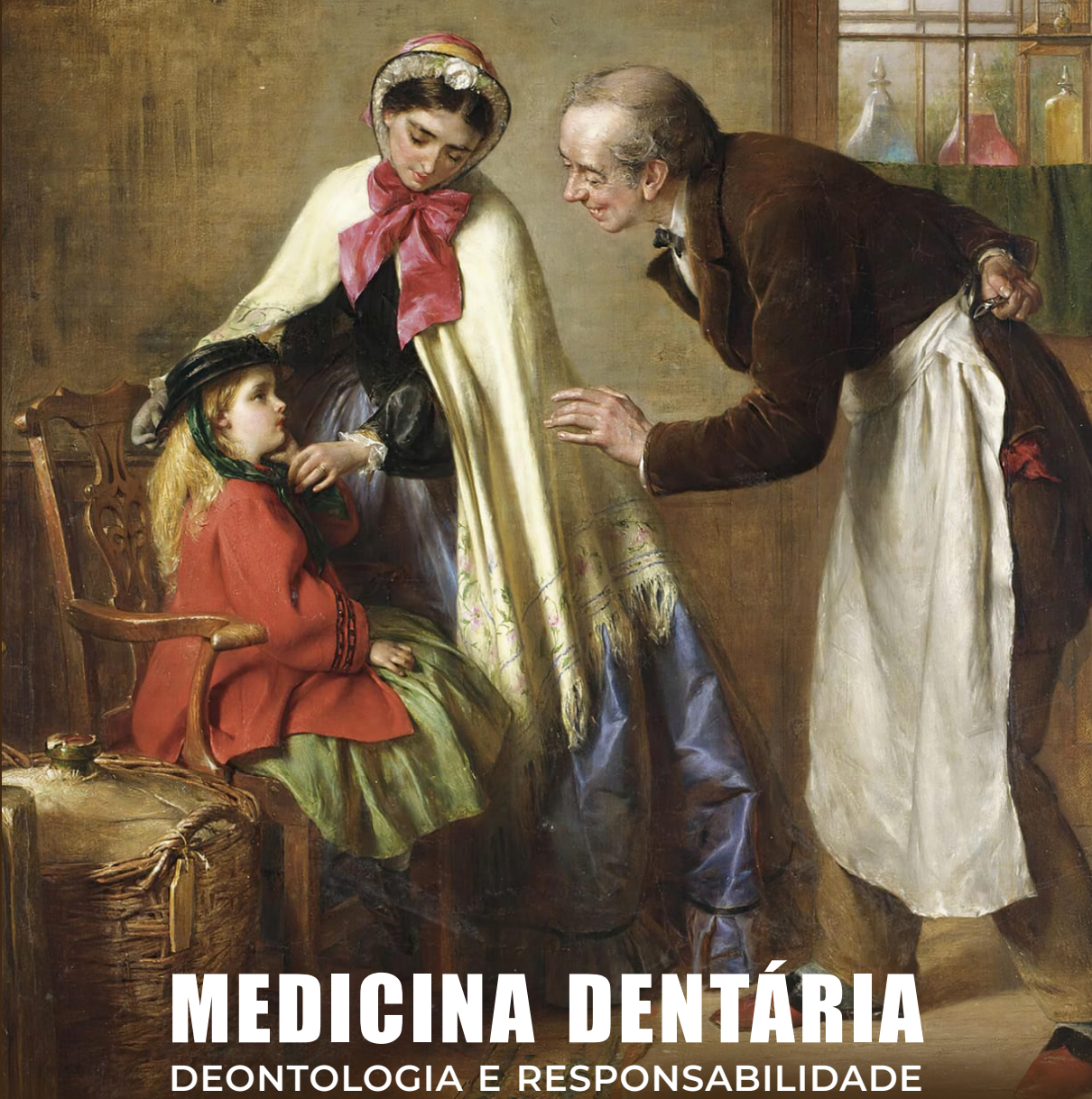




MEDICINA DENTÁRIA

DEONTOLOGIA E RESPONSABILIDADE
SELEÇÃO DE LEGISLAÇÃO E DE JURISPRUDÊNCIA

ANA ELISABETE FERREIRA

MEDICINA DENTÁRIA

DEONTOLOGIA E RESPONSABILIDADE

SELEÇÃO DE LEGISLAÇÃO E DE JURISPRUDÊNCIA

ANA ELISABETE FERREIRA

FICHA TÉCNICA

MEDICINA DENTÁRIA · DEONTOLOGIA E RESPONSABILIDADE
SELEÇÃO DE LEGISLAÇÃO E DE JURISPRUDÊNCIA

Coordenação

Ana Elisabete Ferreira

Editor

Centro de Direito Biomédico
Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra
Pátio das Escolas · 3004-528 Coimbra
Telef./Fax: 239 821 043 · cdb@fd.uc.pt
www.centrodedireitobiomedico.org

Execução Gráfica

Ana Paula Silva
apsilva.design@gmail.com

Impressão

Impressões de Coimbra

ISBN

978-989-33-7934-9 · Impresso
978-989-36320-0-0 · Ebook

Depósito Legal

550230/25

O Centro de Direito Biomédico, fundado em 1988, é uma associação privada sem fins lucrativos, com sede na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, que se dedica à promoção do direito da saúde entendido num sentido amplo, que abrange designadamente, o direito da medicina e o direito da farmácia e do medicamento. Para satisfazer este propósito, desenvolve acções de formação pós-graduada e profissional; promove reuniões científicas; estimula a investigação e a publicação de textos; organiza uma biblioteca especializada; e colabora com outras instituições portuguesas e estrangeiras.

PREFÁCIO

Há cerca de quinze anos tomei conhecimento, através do seu fundador, professor Guilherme de Oliveira, do Centro de Direito Biomédico (CDB) da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, tendo iniciado um percurso de formação que se estende até aos dias de hoje. Embora não fosse completamente novato nesta área do conhecimento, foi um abrir de portas para uma nova realidade, que se repercutiu em toda a minha vida académica e clínica.

O Centro de Direito Biomédico, particularmente através do professor André Dias Pereira, tem estado sempre disponível para participar em diversos eventos da Medicina Dentária, com destaque para intervenções várias nos Congressos da Ordem dos Médicos Dentistas.

O CDB cedo percebeu a importância da transrelação entre as áreas jurídicas e médicas, no entendimento mútuo de uma mesma realidade, o doente, mas vista de perspetivas diferentes, e de como esse aproximar de ideias e conhecimentos, ajuda ao entendimento de dois campos que não são antagónicos, mas pelo contrário, complementares.

Surge agora este convite, que muito me honra, para prefaciar o livro da professora Ana Elisabete Ferreira, investigadora do CDB e do Instituto Jurídico da Faculdade de Direito de Coimbra, com um doutoramento em Bioética, de pós-graduação e de pós-doutoramento, professora universitária com importante obra publicada. Posso afirmar, sem temor ao exagero, que este livro significa o lançamento de uma primeira pedra de um edifício que se deseja construir, para aproximar os médicos dentistas a uma outra forma de olhar a atividade clínica e a sua relação médico dentista-paciente.

Celebram-se no próximo mês de junho, os cinquenta anos da criação da primeira Escola Superior de Medicina Dentária. Iniciava-se uma mudança estrutural e conceptual do paradigma da Saúde Oral em Portugal, com a formação de uma nova classe profissional que iria transformar os cuidados de saúde, nesta tão importante vertente da saúde geral da pessoa.

No entanto, a inclusão nos planos de estudo das faculdades, de temas de bioética ou biodireito, só ocorreu mais tarde, tendo inicialmente prevalecido a ideia de que através de abordagens não racionais de hábito, imitação de modelos comportamento, de intuição e emoção seria alcançada a formação ética e deontológica dos médicos dentistas, enquanto as relações forenses da Medicina Dentária estavam mais circunscritas à identificação humana, marcas de mordeduras e estimativa da idade por métodos dentários.

A evolução do pensamento, foi sedimentando a ideia de que apenas o gesto técnico-científico (como fazer) sem o gesto ético-deontológico (o que fazer) não promove uma boa prática clínica, ou seja, que só através da conjugação dos dois gestos, em medidas iguais, se alcança a efetivação plena das leges artis.

Em 1979, concluem a licenciatura, os primeiros médicos dentistas em Portugal, sem que, entretanto, tenha sido estabelecida a regulação para esta nova profissão. Em 1983 os médicos dentistas passam a integrar a secção de Medicina Dentária da Ordem dos Médicos, ficando assim assegurada a regulação da profissão.

Em 1989 é proposta a saída dos médicos dentistas da Ordem dos Médicos, sendo que em 1991 é criada a Associação Profissional do Médico Dentista, com capacidade de regulação da profissão.

Em 1998 é criada a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), associação pública profissional reguladora e representativa dos médicos dentistas.

É importante salientar, para aqueles menos familiarizados com as questões do Direito, que a Ordem dos Médicos Dentistas, como todas, é criada pelo seu Estatuto, e este tem a configuração jurídica

de uma lei, logo sendo aprovada pela Assembleia da República e só podendo, pela mesma, ser alterada.

Coisa distinta se passa com o Código Deontológico, que tem a configuração jurídica de um regulamento interno, sendo aprovado e podendo ser alterado pelos órgãos da Ordem.

Assim, em termos hierárquicos, os regulamentos internos ficam abaixo da Constituição, das leis e decretos-leis, sendo que a sua validade é garantida enquanto estiverem dentro dos limites e da competência atribuída pela legislação superior.

A implicação resultante desta mesma disposição hierárquica, é a de que a norma deontológica nunca poderá colidir com a norma da lei, por muito que, por vezes se possa entender que a lei não estará em consonância com o pensamento ético do momento.

A presente obra inicia-se com a seleção de artigos do Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas, realçando as questões do acesso, do exercício e organização profissional.

As duas últimas versões, introduzem no seu articulado um capítulo que considero fundamental, o da Deontologia. Saindo da mera imposição estatutária do dever de sigilo, caminha-se para um sentido novo que é o de definir juridicamente os princípios gerais de conduta profissional, realçando o primado do interesse do doente, no sentido de “profissão” ou declaração pública, alicerçando toda a atividade profissional nesse princípio geral e abstrato, mas revelador da génese filosófica dos cuidados em saúde.

Neste sentido, a Deontologia, sem deixar de mergulhar as suas raízes na moral profissional vigente, passa, assim, a constituir-se pela formulação de normas, princípios e regras já não apenas éticas e morais, mas também administrativas e jurídicas, tendo como principal objetivo a boa prática profissional e o prestígio da profissão.

Também a divulgação da atividade profissional merece artigo próprio no estatuto, tema que será abordado mais adiante.

Desde o início da organização profissional dos Médicos Dentistas se entendeu que as normas deontológicas e restantes dispo-

sições correlacionadas assumiriam um caráter obrigatório, sendo a sua infração passível de ação disciplinar e correspondente aplicação de penas, neste sentido a referência remete para a ação disciplinar definida no Estatuto e no respetivo regulamento que também para este livro foi selecionado.

Este modelo legal de regulação da Medicina Dentária não é exclusivo desta profissão, estando definido no nosso ordenamento jurídico, que estabelece as normas de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.

A seleção seguinte, é a do Código Deontológico.

O primeiro Código Deontológico dos Médicos Dentistas esteve em vigor cerca de 28 anos, tendo sofrido uma alteração em 2007, com vista à adequação das normas deontológicas à publicidade em Saúde.

A questão das práticas publicitárias em saúde não tem sido pacífica ao longo dos tempos. É ancestral a relutância dos médicos e dos outros profissionais de saúde, entre os quais os médicos dentistas se incluem, em associar a profissão à atividade mercantil

O primado do interesse do doente sobre o interesse do médico tem acompanhado e estruturado a atividade médica ao longos dos séculos, afastando-a das regras mercantis da oferta e procura, da compra e venda tendo em vista a mera obtenção de lucro. A Medicina Dentária teve, também a este respeito, uma evolução própria, não deixando, contudo, de partilhar este ethos com a Medicina.

No Relatório de 2000 da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), é referido que as restrições à publicidade por parte das profissões liberais deviam ser revistas, uma vez que desencorajam a concorrência, que aquela organização considera favorável aos consumidores.

Em 2006, o Parlamento Europeu e o Conselho Europeu emitiram uma Diretiva relativa aos serviços no mercado interno (Diretiva 2006/123/CE), a qual obriga os Estados Membros a abolir quaisquer restrições às comunicações comerciais e a eliminar todas as proibições absolutas respeitantes à divulgação comercial por par-

te das profissões regulamentadas, nas quais a Medicina Dentária se inclui. Ficou deste modo definido que os Estados Membros devem assegurar que esta divulgação profissional respeite as normas deontológicas, nomeadamente a independência, a dignidade e a integridade da profissão, bem como o sigilo profissional, em função da especificidade de cada profissão.

Naquela altura, a Autoridade da Concorrência fez saber à OMD que pretendia atuar em relação às restrições à atividade publicitária dos médicos dentistas, tendo a Ordem procedido, em 2007, a uma revisão do artigo 25º do Código Deontológico, com vista a acomodar as pretensões daquele organismo, sem deixar, todavia, de enfatizar os princípios fundamentais da profissão, referindo que a reputação do médico dentista deverá assentar, essencialmente, na sua competência, integridade e dignidade profissional, o que foi vertido no Regulamento de Divulgação Profissional (regulamento interno n.º115/2007, de 14 de junho) que definiu a regulamentação da divulgação profissional dos médicos dentistas.

Todo este normativo, que se encontrava de alguma forma disperso, ficou reunido na última versão do Código Deontológico da OMD (regulamento interno 515/2019 de 18 de junho).

Estas breves notas históricas permitem perceber que a eliminação das restrições à atividade publicitária em Medicina Dentária foi imposta por pressão de diferentes entidades estranhas à saúde oral e aos médicos dentistas. Englobando os cuidados prestados aos pacientes no conceito mais lato de prestação de serviços aos consumidores, criou-se uma dicotomia semântica que afastou a Medicina Dentária da inicial recusa do mercantilismo.

É possível, em todo o caso, encontrar argumentos que sustentem as restrições à atividade publicitária em Medicina Dentária. A publicidade em saúde gera, desde logo, assimetrias de acesso à informação, podendo desproteger os interesses dos pacientes. Acresce que a proibição de práticas publicitárias eliminaria a publicidade enganosa e errónea, enquanto a sua restrição seria

vantajosa para os médicos dentistas mais jovens e de menores recursos, tanto mais que a publicidade em saúde é dispendiosa, gerando um aumento inevitável dos valores económicos praticados. Por fim, o reclame comercial acarreta o risco de criação de novas necessidades e de expectativas irrealistas por parte dos pacientes, enquanto as reivindicações de superioridade inerentes à publicidade são passíveis de fomentar a desconfiança entre médicos dentistas.

A favor das práticas publicitárias é possível afirmar que não existe evidência de que as restrições e proibições beneficiem os pacientes, nem que produzam um efeito positivo na qualidade dos serviços prestados. É ainda plausível argumentar que a publicidade permite aos pacientes aceder a informação útil para a escolha do médico dentista, e que, conseqüentemente, diminui os custos respetivos. Finalmente, pode-se considerar que as práticas publicitárias não ofendem, de per si, a dignidade da profissão, podendo ser, no entanto, questionável o conteúdo equívoco ou enganoso da mensagem publicitária.

Dos argumentos a favor e contra o recurso à publicidade em Medicina Dentária parece decorrer, pois, a necessidade de regular aquela prática.

Desde 2019 que os médicos dentistas contam com um novo Código Deontológico.

Este novo texto regulamentar tem um corpo constituído por seis títulos, catorze capítulos e 66 artigos (o anterior era constituído por 43 artigos).

Os títulos vão refletir os grandes temas da discussão deontológica da Medicina Dentária: a relação entre médico dentista e doente; a publicidade em Medicina Dentária; a relação do médico dentista com a comunidade; e a relação entre médicos dentistas.

Os temas seguintes, selecionados pela autora, vertem sobre as questões ligadas ao funcionamento de uma clínica ou consultório de medicina dentária, que são estruturas de atendimento de pacientes, de grande complexidade e exigência, provavelmente sem

comparação com outras congêneres de medicina ou saúde. De facto, um consultório/clínica de medicina dentária tem de obedecer a requisitos de esterilização, tratamento de resíduos, de proteção radiológica, para além das comuns disposições gerais comuns a qualquer estrutura de atendimento de saúde. De realçar a importância do conhecimento das competências do diretor clínico, que muitas vezes são ignoradas ou esquecidas.

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, vulgarmente conhecido por “cheque-dentista”, o que na minha opinião é uma designação muito infeliz (quando muito “cheque-dentário”), foi sem dúvida uma medida de grande importância para os cuidados de saúde orais à população, mas que cedo se revelou insuficiente para aquilo que se entende como as reais necessidades de promoção da saúde oral.

De realçar a seleção de legislação acerca do uso e prescrição de medicamentos, que muitas vezes não se encontra de acesso facilitado aos médicos dentistas.

A publicação, em 2005 da lei de informação genética pessoal e informação de saúde, veio pôr fim a intermináveis discussões e atuações discutíveis, entre colegas, entre proprietários de clínicas e prestadores de serviços, entre médicos dentistas e pacientes. A solução encontrada pelo legislador, original em relação à realidade de outros países, em que predominava a dicotomia de o processo clínico pertencer ao médico ou pertencer ao paciente, mereceu a aplauso de juristas e clínicos desses mesmos países. Mas acima de tudo veio resolver a questão. O anterior código deontológico dos médicos dentistas, referia apenas que o processo clínico pertencia ao médico dentista, não cuidando de especificar a qual, se ao detentor da clínica, se ao prestador de serviços, deixando de fora, paternalisticamente, os interesses legítimos do paciente. Ao atribuir a titularidade da informação de saúde ao paciente, foi dado um passo da maior importância para uma relação médico dentista-paciente atual e consentânea com o princípio bioético do respeito pela autonomia do paciente.

Este princípio vem também bem referido e expresso, nesta seleção de textos, no que diz respeito ao consentimento, área de atuação clínica em que ainda subsistem muitas dúvidas, decorrentes da falta de leitura e compreensão destes normativos que aqui se apresentam.

De realçar, a inclusão da legislação sobre investigação clínica, esclarecedora, da tipologia dos estudos clínicos e das comissões de ética competentes, uma vez que grande parte da investigação clínica em medicina dentária engloba dispositivos médicos.

Também pertinente é a legislação sobre colheita de tecidos de origem humana, uma vez que frequentemente, o objeto da investigação, são dentes naturais colhidos após cirurgia oral.

Bastante interessante, é a escolha de jurisprudência respeitante à medicina dentária. Se há uns anos era rara, como se pode verificar pela seleção que a autora realizou, os casos julgados já não são raridade, remetendo para uma reflexão e análise sobre o olhar do magistrado sobre o erro e má prática clínica.

A este propósito não deixa de ser preocupante, a noção vertida, sobretudo pelos juízes do Tribunal da Relação do Porto, de que a obrigação subjacente à medicina dentária tenderia para uma obrigação de resultados, em contraposição com a obrigação de meios predominante na medicina. A justificação será a de que a medicina dentária é essencialmente estética e que a realização de prótese dentárias será simples e sem grande complexidade. Haverá aqui um trabalho a fazer em conjunto, para que se entenda que os dentes têm função estética, mas também mastigatória e fonética, sendo ainda que a cavidade oral tem para além destas, uma função afetiva e de relação postural, e que a realização de dispositivos médicos feitos por medida, são de realização complexa, interdisciplinar e muito dependente do paciente concreto.

Em conclusão, a obra que agora se apresenta, constitui uma escolha muito criteriosa e de grande importância, da legislação concernente à Medicina Dentária, devendo ser consultada por todos os que pretendem uma atualização da sua prática profissional, seja

ela no ensino, nas estruturas de organização sócio-profissional ou na prática clínica diária.

À autora e ao Centro de Direito Biomédico um agradecimento, que penso poder generalizar, de todos os médicos dentistas pelo sentido de oportunidade e grande utilidade deste livro.

Prof. Doutor João Aquino

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina Dentária
da Universidade de Lisboa (FMDUL)

Presidente da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária
da Universidade de Lisboa (FMDUL)

Presidente do Conselho Deontológico e de Disciplina
da Ordem dos Médicos Dentistas

NOTA PRÉVIA DA AUTORA

A medicina dentária consubstancia uma área de prática que requer, além de extraordinárias elaborações intelectuais – que abrangem tanto a anatomia humana quanto a engenharia mecânica, passando pela percepção álgica e pela sensibilidade estética – exigências procedimentais e cirúrgicas da maior complexidade e em constante atualização.

Adormecida por décadas no seio da jurisprudência, são agora muito evidentes as demandas judiciais e extrajudiciais no âmbito da medicina dentária, e uma sucessiva complexidade da relação paciente-dentista que tende a sofisticar-se do ponto de vista ético-jurídico, acompanhando paulatinamente o fenómeno análogo a outras áreas da medicina e da ética médica.

A deontologia profissional estabelece um conjunto de princípios éticos e normas que orientam a prática dos profissionais. É consabido que um dos principais motivos pelos quais a deontologia é fundamental é o de promover a proteção dos direitos dos pacientes. Ao respeitar e prosseguir os postulados dos seus *códigos de ética*, os médicos dentistas estão, assim, a respeitar a dignidade e a autonomia dos indivíduos, promovendo um ambiente de confiança e de respeito.

Sem prescindir, é muito importante notar que a deontologia médica funciona, inequivocamente, como proteção do próprio médico dentista, e tutela segura da sua atividade quotidiana. Com efeito, o cumprimento das boas práticas e o prosseguimento da melhor atuação deontológica representa para o profissional de saúde um espaço seguro de atuação, de dinamização e de inovação.

Ao mesmo passo, a deontologia profissional contribui de modo muito relevante para a qualidade dos cuidados prestados. A defi-

nição clara de padrões de competência e responsabilidade permite que os profissionais tenham de manter-se permanentemente atualizados em relação às melhores práticas e inovações na área. Isso, não só melhora a qualidade dos tratamentos, como minimiza os riscos naturalmente associados aos tratamentos médico-cirúrgicos.

Falar de deontologia é também falar num aspeto estrutural da reputação e credibilidade da profissão. Quando os profissionais atuam de forma ética e deontologicamente responsável, isso vai refletir-se positivamente na imagem da profissão como um todo, aumentando a confiança da sociedade nos serviços prestados e sublinhando a respeitabilidade que a prática merece. No plano individual, uma boa reputação deontológica é também vital para a prática clínica, pois influencia a decisão do paciente na escolha de determinado médico dentista.

Naturalmente, o acervo deontológico de uma profissão médica desempenha um papel muito relevante na promoção da responsabilidade social. Os médicos dentistas, ao conhecerem e seguirem criteriosamente determinados princípios deontológicos, tornam-se mais conscientes do seu papel na sociedade, da importância e do impacto real da sua atividade, bem como do valor superlativo de poder contribuir ativamente para a saúde pública. Este livro tem também, modestamente, esse desiderato: consciencializar para a relevância social da medicina dentária.

Como se verá pela amostra jurisprudencial selecionada para esta obra¹, a deontologia profissional é um guia essencial para a reso-

¹ A presente amostra jurisprudencial pretende apresentar um panorama geral da intervenção judicial nos temas que, mais frequentemente, demandam tal intervenção. Não se trata, pois, de uma coleta exaustiva da jurisprudência, mas antes de uma seleção cuidadosa de decisões de tribunais superiores, em razão da matéria. Em cada uma das decisões elegidas, procede-se ao resumo do texto integral da mesma, favorecendo o sumário, o relatório e a decisão, e abreviando

lução de dilemas éticos que surgem na prática clínica e tem um enorme impacto no apuramento da responsabilidade jurídica – disciplinar, civil ou criminal. Neste sentido, fica evidente que o cumprimento dos deveres inerentes às «leges artis» tem uma função analítica e ontológica pervasivas, no que tange à efetivação da responsabilidade jurídica em si mesma.

Com uma mudança de paradigma no que tange à performance profissional exigível – cada vez mais científica e rigorosa – e com uma alteração fundamental no perfil do paciente contemporâneo, cada vez mais instruído e interventivo, prevê-se que as demandas disciplinares e judiciais venham a aumentar, paulatinamente. Ao mesmo passo, com a crescente complexificação dos expedientes tecnológicos, os médicos dentistas tenderão a enfrentar, cada vez mais frequentemente, situações complexas que exigem uma tomada de decisão ética. Conhecer os princípios elementares que servem de farol à conduta ética profissional ajudará a orientar essas decisões, fornecendo um quadro de referência que assegura que a ação tomada esteja alinhada com os valores e princípios da profissão.

O presente livro pretende, por isso, oferecer uma compilação da legislação e da jurisprudência mais relevantes em matéria de direitos e deveres dos médicos dentistas, a partir dos *temas quentes* da deontologia profissional. Não pretende ser um catálogo exaustivo, mas antes um elenco exemplificativo especialmente selecionado, que forneça aos profissionais de saúde, aos juristas e aos bioeticistas uma base significativa de respostas ético-jurídicas e de padrões da responsabilização.

a fundamentação. O texto ausente encontra-se assinalado com parêntesis “(...)”. Os excertos dos Acórdãos são transcritos «ipsis verbis», sem qualquer correção gramatical ou ortográfica.

Agradeço a colaboração de Eduardo António da Silva Figueiredo e Marta Nogueira pela recolção e triagem da jurisprudência mais relevante anterior a 2018.

Trata-se, pois, de uma «ferramenta de trabalho», destinada à consulta e à reflexão, que se pretende que valorize a medicina dentária e amplifique o espectro de preocupações do direito da saúde, facultando as bases para um *diagnóstico* da corrente normativa atual.

Ana Elisabete Ferreira

Advogada

Docente e Co-coordenadora da Pós-graduação em Bioética
do Centro de Direito Biomédico

Investigadora Integrada do Instituto Jurídico
da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

Professora Auxiliar do Instituto Superior Miguel Torga

ÍNDICE

Prefácio	v
Nota Prévia	xvii
Índice.....	xxiii
Normas Deontológicas para a Medicina Dentária.....	1
Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas	3
Código Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas	43
Regulamento da Ação Disciplinar da Ordem dos Médicos Dentistas	85
Regime Jurídico das Práticas de Publicidade em Saúde.....	107
“Manual de Boas Práticas de Publicidade em Saúde para Médicos Dentistas” [OMD]	117
Normas Relativas ao Licenciamento	123
Abertura e Funcionamento dos Estabelecimentos Prestadores de Cuidados de Saúde.....	125
Requisitos mínimos relativos ao licenciamento, instalação, organização e funcionamento de consultórios dentários	145
Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho	165
Normas Técnicas da Profissão	179
Regras de Prestação de Cuidados de Saúde Oral Personalizados, Preventivos e Curativos no Âmbito do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.....	181
Prescrição de Medicamentos e Produtos de Saúde.....	195
Regime Jurídico dos Medicamentos de Uso Humano	199
Proibição da Exportação, Importação e Fabrico de Amálgama Dentária com Mercúrio	231
Programa de Ação Específico para Resíduos de Amálgama Dentária com Mercúrio.....	241
Regime Jurídico da Proteção Radiológica.....	245

Normas de Proteção do Doente.....	257
Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde	259
Consentimento Informado	277
Investigação Clínica.....	289
Transplantes Dentários	299
Telemedicina e Atos Médicos Não Presenciais.....	303
Jurisprudência concernente à Medicina Dentária.....	311
Responsabilidade Civil e Indemnização por Danos sofridos.....	313
Informação, Consentimento e Registo Clínico	381
Regulação, Relações interpares e com a Ordem dos Médicos Dentistas..	509
Notas Conclusivas da Autora.....	555
Posfácio	563

NORMAS DEONTOLÓGICAS PARA A MEDICINA DENTÁRIA

ESTATUTO DA ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS

LEI N.º 124/2015, DE 2 DE SETEMBRO

APROVADO PELA LEI N.º 110/91, DE 29 DE AGOSTO, ALTERADA
PELAS LEIS N.ºS 82/98, DE 10 DE DEZEMBRO, LEI N.º 44/2003,
DE 22 DE AGOSTO, LEI N.º 124/2015, DE 2 DE SETEMBRO E LEI
N.º 73/2023, DE 12 DE DEZEMBRO

[EXCERTO]

(...)

CAPÍTULO II ACESSO E EXERCÍCIO DA PROFISSÃO

SECÇÃO I Acesso e exercício da profissão

Artigo 10.º | Inscrição

1. Para o exercício da atividade profissional de medicina dentária, sem prejuízo do disposto no artigo 12.º, é obrigatória a inscrição na OMD.

2. Adquire direito a inscrever-se com carácter efetivo na OMD para efeitos de exercício da medicina dentária em Portugal:
 - a) Os titulares do grau de licenciado em Medicina Dentária conferido por uma instituição de ensino superior portuguesa no quadro da organização de estudos anterior à aplicação do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelos Decretos-Leis n.os 107/2008, de 25 de junho, 230/2009, de 14 de setembro, e 115/2013, de 7 de agosto;
 - b) Os titulares do grau de mestre em Medicina Dentária conferido por uma instituição de ensino superior portuguesa no quadro da organização de estudos decorrente da aplicação do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelos Decretos-Leis n.os 107/2008, de 25 de junho, 230/2009, de 14 de setembro, e 115/2013, de 7 de agosto;
 - c) Os titulares de graus académicos superiores estrangeiros em Medicina Dentária a quem tenha sido conferida equivalência a um dos graus a que se referem as alíneas anteriores;
 - d) Os profissionais nacionais de Estados membros da União Europeia ou do Espaço Económico Europeu cujas qualificações tenham sido obtidas fora de Portugal, nos termos do artigo 11.º
3. A inscrição de nacionais de países terceiros cujas qualificações tenham sido obtidas fora de Portugal, e aos quais se aplique o disposto na alínea c) do número anterior, depende igualmente da garantia de reciprocidade de tratamento, nos termos de convenção internacional, incluindo convenção celebrada entre a Ordem e a autoridade congénere do país de origem do interessado quando aplicável.

4. Para o exercício da atividade de medicina dentária inscrevem-se ainda na OMD, como membros:
 - a) As sociedades profissionais de médicos dentistas, incluindo as filiais de organizações associativas de médicos dentistas, constituídas ao abrigo do Direito de outro Estado, nos termos do artigo 16.º;
 - b) As representações permanentes em território nacional de organizações associativas de médicos dentistas constituídas ao abrigo do Direito de outro Estado, caso pretendam ser membros da OMD, nos termos do artigo 17.º
5. Ao exercício de forma ocasional e esporádica em território nacional da atividade de medicina dentária, em regime de livre prestação de serviços, por profissionais nacionais de Estados membros da União Europeia e do Espaço Económico Europeu, cujas qualificações profissionais tenham sido obtidas fora de Portugal, aplica-se o disposto no n.º 1 do artigo 12.º
6. A admissão dos candidatos referidos nas alíneas c) e d) do n.º 1 e no n.º 3 pode ainda ser condicionada à comprovação da competência linguística necessária ao exercício da atividade de medicina dentária em Portugal, nos termos da Lei n.º 9/2009, de 4 de março, alterada pelas Leis n.º 41/2012, de 28 de agosto, e 25/2014, de 2 de maio.
7. A instrução do pedido de inscrição é objeto de regulamento interno da OMD.
8. A condenação pela prática de exercício ilegal da profissão é, só por si, motivo para a recusa da admissão ou inscrição nos cinco anos posteriores ao trânsito em julgado da respetiva decisão judicial.
9. Existindo indícios, julgados suficientes pelo conselho diretivo, de exercício ilegal da profissão, sem que tenha sido proferida decisão judicial nos termos do número anterior, a inscrição é admitida a título provisório, até que aquela seja proferida.

10. Sendo proferida decisão absolutória a inscrição é convertida em definitiva e, caso seja proferida decisão condenatória, aplica-se o disposto no n.º 8.
11. A inscrição provisória nos termos do n.º 9 não dá lugar à emissão de cédula, emitindo o conselho diretivo declaração de admissão provisória, com menção à impossibilidade de assunção de cargo de direção clínica pelo visado em ação judicial.
12. Decorrido o prazo a que se refere o n.º 8, o interessado pode requerer de novo a sua inscrição, a qual pode ser recusada ou admitida a título provisório, nos termos dos números anteriores, caso se verifiquem, após a primeira decisão, os mesmos fundamentos.
13. A recusa de inscrição e a inscrição a título provisório devem ser fundamentadas nos termos dos números anteriores e notificadas ao requerente.
14. A OMD informa o interessado da receção do pedido, do prazo regulamentar para decisão final sobre a inscrição, da inexistência de deferimento tácito e das vias de reação administrativa ou contenciosa.
15. Apenas o profissional inscrito na OMD está autorizado a usar o título profissional de médico dentista, sem prejuízo do disposto no artigo 12.º
16. A reserva de atividade e de título profissional são igualmente aplicáveis aos trabalhadores dos serviços e organismos da administração direta e indireta do Estado, das regiões autónomas e das autarquias locais, bem como das demais pessoas coletivas empresariais públicas.
17. As comunicações entre as pessoas coletivas obrigadas a inscrição e a OMD são efetuadas com os representantes legais que vinculam as primeiras.

SECÇÃO II

Profissionais da União Europeia e do Espaço Económico Europeu

Artigo 11.º | Direito de estabelecimento

1. O reconhecimento das qualificações profissionais de nacional de Estado membro da União Europeia ou do Espaço Económico Europeu obtidas fora de Portugal para a sua inscrição como membro da OMD é regulado pela Lei n.º 9/2009, de 4 de março, alterada pelas Leis n.os 41/2012, de 28 de agosto, e 25/2014, de 2 de maio, sem prejuízo das condições formalizadas de reciprocidade, de formações que tenham sido obtidas fora da União Europeia ou do Espaço Económico Europeu, desde que existam.
2. O profissional que pretenda inscrever-se na OMD nos termos do número anterior e que preste serviços, de forma subordinada ou autónoma ou na qualidade de sócio ou que atue como gerente ou administrador no Estado membro de origem, no âmbito de organização associativa de profissionais, observado o disposto no n.º 4 do artigo 37.º da Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, deve identificar a organização em causa no pedido apresentado, nos termos do artigo 47.º da Lei n.º 9/2009, de 4 de março, alterada pelas Leis n.os 41/2012, de 28 de agosto, e 25/2014, de 2 de maio.
3. Caso o facto a comunicar nos termos do número anterior ocorra após a apresentação do pedido de reconhecimento de qualificações, deve a organização associativa identificar-se perante a OMD, no prazo máximo de 60 dias.

Artigo 12.º | Livre prestação de serviços

1. Os profissionais legalmente estabelecidos noutro Estado membro da União Europeia ou do Espaço Económico Europeu e que aí desenvolvam atividade profissional de médico dentista regulada pelo presente Estatuto, podem exercê-la, de forma ocasional e esporádica, em território nacional, em regime de livre prestação de serviços, nos termos da Lei n.º 9/2009, de 4 de março, alterada pelas Leis n.os 41/2012, de 28 de agosto, e 25/2014, de 2 de maio.
2. Os profissionais referidos no número anterior podem fazer uso do título profissional de médico dentista e são equiparados a médico dentista para todos os efeitos legais, exceto quando o contrário resulte das disposições em causa.
3. O profissional que preste serviços, de forma subordinada ou autónoma ou na qualidade de sócio ou que atue como gerente ou administrador no Estado membro de origem, no âmbito de organização associativa de profissionais e pretenda exercer a sua atividade profissional em território nacional nessa qualidade, em regime de livre prestação de serviços, deve identificar perante a OMD a organização associativa, por conta da qual presta serviços, na declaração referida no artigo 5.º da Lei n.º 9/2009, de 4 de março, alterada pelas Leis n.os 41/2012, de 28 de agosto, e 25/2014, de 2 de maio.

SECÇÃO III

Suspensão e anulação da inscrição

Artigo 13.º | Suspensão da inscrição

1. É suspensa a inscrição:
 - a) Aos que o requeiram nos termos regulamentares fixados pelo conselho diretivo;
 - b) Aos que persistam no não pagamento das quotas, precedido de processo disciplinar nos termos do presente Estatuto;
 - c) Aos que comprovadamente, após verificação, tenham conluiado com a falta de qualificações ou condições para o exercício da profissão, mediante deliberação do conselho diretivo;
 - d) Aos que hajam sido punidos com a sanção de suspensão no âmbito da ação disciplinar;
 - e) Aos que hajam sido preventivamente suspensos no âmbito da ação disciplinar, após a notificação da deliberação do conselho deontológico e de disciplina, que não é passível de recurso.
2. A suspensão é fundamentada nos termos do número anterior e segue o regime geral da audição escrita do visado havendo lugar a dispensa ou inexistência de audiência sempre que verificados os requisitos no Código do Procedimento Administrativo.
3. A suspensão da inscrição, os seus fundamentos, o seu levantamento e publicidade regem-se pelo presente Estatuto e pelo regulamento de inscrição aplicável.

Artigo 14.º | Anulação da inscrição

1. É anulada a inscrição:
 - a) Aos que hajam sido punidos com sanção de expulsão;
 - b) Aos que a solicitem, por terem deixado voluntariamente e em definitivo de exercer a atividade profissional.
2. A deliberação de anulação é fundamentada nos termos do número anterior e segue o regime geral da audição escrita do visado havendo lugar a dispensa ou inexistência de audiência sempre que verificados os requisitos previstos no Código do Procedimento Administrativo.
3. A anulação da inscrição é publicitada nos termos previstos no presente Estatuto e no regulamento aplicável.

Artigo 15.º | Efeito legal

O médico dentista com a inscrição suspensa ou anulada está impedido de exercer a medicina dentária.

SECÇÃO IV

Sociedades de profissionais

Artigo 16.º | Sociedades de profissionais

1. Os médicos dentistas estabelecidos em território nacional podem exercer em grupo a profissão constituindo ou ingressando como sócios em sociedades profissionais de médicos dentistas.
2. Podem ainda ser sócios de sociedades profissionais de médicos dentistas:

- a) Sociedades profissionais de médicos dentistas previamente constituídas e inscritas como membros da Ordem;
 - b) Organizações associativas de profissionais equiparados a médicos dentistas constituídas noutro Estado membro da União Europeia ou do Espaço Económico Europeu, cujo capital e direitos de voto caiba maioritariamente aos profissionais em causa.
3. O requisito de capital referido na alínea b) do número anterior não é aplicável caso esta não disponha de capital social.
4. O juízo de equiparação a que se refere a alínea b) do n.º 2 é regido:
- a) Quanto a nacionais de Estado membro da União Europeia ou do Espaço Económico Europeu, pelo n.º 4 do artigo 1.º da Lei n.º 9/2009, de 4 de março, alterada pelas Leis n.os 41/2012, de 28 de agosto, e 25/2014, de 2 de maio;
 - b) Quanto a nacionais de países terceiros cujas qualificações tenham sido obtidas fora de Portugal, pelo regime de equivalências vigente.
5. As sociedades profissionais de médicos dentistas gozam dos direitos e estão sujeitas aos deveres aplicáveis aos profissionais membros da Ordem que sejam compatíveis com a sua natureza coletiva e não sejam privativos da personalidade dos membros singulares, nomeadamente, sujeitas aos princípios e regras disciplinares e deontológicas constantes do presente Estatuto.
6. Os membros do órgão executivo das sociedades profissionais de médicos dentistas, independentemente da sua qualidade de membros da Ordem, devem respeitar os princípios e regras deontológicos, a autonomia técnica e científica e as garantias conferidas aos médicos dentistas pela lei e pelo presente Estatuto.

7. Às sociedades de profissionais não é reconhecida capacidade eleitoral.
8. A constituição e funcionamento de sociedades profissionais consta de diploma próprio.

Artigo 17.º | Organizações associativas de profissionais de outros Estados membros

1. As organizações associativas de profissionais ao abrigo do n.º 4 do artigo 37.º da Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, constituídas noutro Estado membro da União Europeia ou do Espaço Económico Europeu para o exercício da atividade profissional, em que o gerente ou administrador seja um profissional, cujo capital com direito de voto caiba maioritariamente aos profissionais em causa e ou a outras organizações associativas cujo capital e direitos de voto caiba maioritariamente àqueles profissionais podem inscrever as respetivas representações permanentes em Portugal, constituídas nos termos da lei comercial, como membros da OMD, sendo enquanto tal equiparadas a sociedades de médicos dentistas para efeitos do presente Estatuto.
2. Os requisitos de capital referidos no número anterior não são aplicáveis caso a organização associativa não disponha de capital social, aplicando-se, em seu lugar, o requisito de atribuição da maioria de direitos de voto aos profissionais ali referidos.
3. O juízo de equiparação a que se refere o n.º 1 é regido:
 - a) Quanto a nacionais de Estado membro da União Europeia ou do Espaço Económico Europeu, pelo n.º 4 do artigo 1.º da Lei n.º 9/2009, de 4 de março, alterada pelas Leis n.os 41/2012, de 28 de agosto, e 25/2014, de 2 de maio;

- b) Quanto a nacionais de países terceiros cujas qualificações tenham sido obtidas fora de Portugal, pelo regime de atribuição de equivalência vigente.
- 4. O regime jurídico de inscrição das organizações associativas de profissionais de outros Estados membros consta do diploma que regula a constituição e funcionamento das sociedades de profissionais.
- 5. Às organizações associativas de profissionais de outros Estados membros não é reconhecida capacidade eleitoral.

Artigo 18.º | Outros prestadores

As pessoas coletivas que prestem serviços de medicina dentária e não se constituam sob a forma de sociedades de profissionais não estão sujeitas a inscrição na OMD, sem prejuízo da obrigatoriedade de inscrição na Ordem dos profissionais que aí exercem a respetiva atividade nos termos do presente Estatuto.

SECÇÃO V

Membros

Artigo 19.º | Categorias de membros

1. São membros da OMD, nos termos da lei:
 - a) Os médicos dentistas;
 - b) As sociedades profissionais de médicos dentistas e as organizações associativas de profissionais nos termos do artigo 17.º
2. O conselho diretivo da OMD pode regulamentar a categoria de médico dentista aposentado e honorário.

Artigo 20.º | Deveres do médico dentista, das sociedades profissionais de médicos dentistas e das organizações associativas de profissionais

1. São deveres do médico dentista e dos sujeitos coletivos inscritos na OMD nos termos do presente Estatuto, com as adaptações necessárias ao exercício individual dos respetivos representantes, no caso destes últimos:
 - a) Cumprir o presente Estatuto e os respetivos regulamentos;
 - b) Cumprir as normas deontológicas que regem o exercício da medicina dentária, integradas no presente Estatuto e na demais legislação aplicável;
 - c) Guardar segredo profissional;
 - d) Participar nas atividades da OMD e manter-se informado sobre as mesmas, nomeadamente tomando parte nos grupos de trabalho ou nas reuniões, quando solicitado;
 - e) Desempenhar as funções para que for designado;
 - f) Cumprir e fazer cumprir as deliberações e decisões dos órgãos da OMD tomadas de acordo com o presente Estatuto e não prejudicar os fins da OMD;
 - g) Defender o bom nome e prestígio da OMD;
 - h) Usar de recato e evitar litígios relacionados com a atividade da OMD quando utilize meios eletrónicos ou outros, designadamente, não invocando, utilizando ou reproduzindo informações ou suportes institucionais sem que para tal esteja autorizado nas condições gerais de utilização dos mesmos pela OMD;
 - i) Não reproduzir em ambiente público, eletrónico ou informático, os conteúdos, sob qualquer formato, que lhe sejam dirigidos na qualidade de recetor in-

- dividual da informação institucional da OMD, nos termos regulados e autorizados no conteúdo da própria informação;
- j) Não utilizar os símbolos da OMD salvo autorização prévia expressa da mesma;
 - k) Agir solidariamente em todas as circunstâncias na defesa dos interesses comuns;
 - l) Manter a OMD atualizada quanto a todos os seus dados constantes da inscrição, nomeadamente quanto ao domicílio profissional, informando da mudança de domicílio ou sede, da reforma e de impedimentos ao seu exercício profissional e todos os restantes dados ou informações relevantes para as atribuições da OMD;
 - m) Pagar as taxas e as quotas devidas;
 - n) Usar a nomenclatura oficial da medicina dentária aprovada pela OMD, quando legal ou contratualmente aplicável;
 - o) Manter-se deontológica, técnica e cientificamente atualizado, frequentando ações de formação contínua em mínimos definidos pela OMD.
2. Os membros da OMD estão sujeitos às sanções previstas no presente Estatuto, pela violação dos deveres referidos no número anterior.
 3. Incumbe igualmente à OMD denunciar às entidades competentes as infrações cuja natureza da punição em alguma das suas vertentes cíveis, criminais ou contraordenacionais, não caiba na sua competência, designadamente em matéria de divulgação da atividade profissional ou propaganda ou em matéria de criminalidade informática.
 4. Nos casos previstos nos números anteriores, se a infração consistir na omissão do cumprimento de um dever legal ou

de uma instrução emanada da OMD, a aplicação da sanção disciplinar ou outra não dispensa o infrator do cumprimento do dever, se este ainda for possível.

Artigo 21.º | Seguro de responsabilidade civil profissional

1. O exercício da profissão de médico dentista depende da subscrição de seguro de responsabilidade civil profissional.
2. A subscrição da apólice é da responsabilidade do profissional, devendo o seguro ser adequado à natureza e à dimensão do risco, podendo ser complementado pelo interessado de forma a abranger riscos inicialmente não cobertos.
3. O complemento previsto no número anterior é também aplicável quando o seguro ou instrumento equivalente subscrito pelo médico dentista estabelecido noutro Estado membro não cubra a respetiva prática em território português ou constitua cobertura apenas parcial.
4. Para efeitos do número anterior, o deferimento da inscrição na OMD depende de título bastante apresentado pelo médico dentista, que comprove a cobertura da atividade em território nacional, através de apólice de seguro ou garantia equivalente, subscritas ou prestadas no Estado membro de estabelecimento, nos termos do n.º 3 do artigo 38.º da Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro.

Artigo 22.º | Deveres nas comunicações e notificações

1. As comunicações entre a OMD e os seus membros, sobre decisões ou atos resultantes de procedimentos administrativos no âmbito das atividades prosseguidas pela instituição, respeitam a proteção e a confidencialidade dos dados e da informação, designadamente, ao nível dos suportes dos conteúdos utilizados.

2. Sem prejuízo do disposto no artigo 115.º todos os contactos são efetuados para o domicílio de correspondência constante do processo de cada membro, o qual é atualizado em conformidade com o teor da informação prestada pelo interessado nos termos do presente Estatuto.
3. A OMD pode requerer, com fundamento nas necessidades de segurança e certeza jurídicas, subjacentes à regulação da saúde pública, que o interessado apresente documentos ou informações relevantes em suporte material com assinatura original, que possa comprovar o facto jurídico necessário à decisão, de forma autónoma ou complementar à via eletrónica.

Artigo 23.º | Direitos do médico dentista com a Ordem dos Médicos Dentistas

1. São direitos do médico dentista:
 - a) Requerer a sua cédula profissional e demais documentos necessários ao exercício da sua profissão;
 - b) Eleger e ser eleito para os órgãos da OMD;
 - c) Frequentar as instalações da OMD nos termos autorizados;
 - d) Participar nas atividades da OMD, nomeadamente nas reuniões dos seus grupos de trabalho e nas suas reuniões, discutindo, votando, requerendo e apresentando as moções e propostas que entenderem convenientes, sempre que seja solicitada a sua presença;
 - e) Solicitar a intervenção ou o apoio da OMD para defesa de interesses gerais profissionais enquanto médicos dentistas detentores de título profissional regulado, bem como para defesa dos legítimos interesses da classe;

- f) Reclamar e recorrer das deliberações dos órgãos da OMD contrárias ao disposto no presente Estatuto;
 - g) Recorrer de qualquer sanção que lhes seja aplicada e de qualquer deliberação que afete os seus direitos;
 - h) Requerer os títulos de especialidade e a certificação de competências setoriais, nos termos do presente Estatuto e regulamentos aplicáveis;
 - i) Solicitar a comprovação da sua qualificação profissional;
 - j) Receber informação da atividade da OMD e as publicações, periódicas ou extraordinárias, editadas pela mesma;
 - k) Beneficiar da isenção de quotas nos termos a regulamentar;
 - l) Passar receitas e atestados médicos nos termos das disposições legais e regulamentares aplicáveis;
 - m) Solicitar a suspensão ou a anulação da sua inscrição.
2. O não pagamento da totalidade da quotização devida, por um período superior a seis meses, após aviso prévio, determina o impedimento de participação na vida institucional da OMD, bem como de usufruir dos seus serviços, enquanto perdurar aquela situação.
3. As sociedades profissionais de médicos dentistas e outras organizações associativas de profissionais nos termos do artigo 17.º, com as devidas adaptações à natureza coletiva ou à natureza de personalidade do representante legal dos mesmos, têm apenas os direitos previstos nas alíneas f), g), j), do n.º 1 e os seguintes:
- a) Solicitar ao conselho diretivo a sua inscrição e recorrer da decisão que o indefira;
 - b) Solicitar os documentos necessários à comprovação da sua inscrição;

- c) Solicitar ao conselho diretivo a suspensão da sua inscrição, bem como a anulação da mesma com fundamento em dissolução ou extinção.

Artigo 24.º | Medalha de ouro

1. Denomina-se por medalha de ouro da OMD, o galardão a atribuir a entidades ou individualidades que, sendo ou não médicos dentistas, tenham contribuído de forma relevante e inequívoca para o desenvolvimento da medicina dentária em Portugal, em plena concordância com os ideais que norteiam a ação da OMD.
2. A atribuição depende de deliberação do conselho diretivo, sob proposta de qualquer dos vogais, do bastonário ou do conselho geral.
3. A entrega solene ao homenageado é realizada pelo bastonário, podendo o evento ser publicitado.
4. A medalha de ouro da OMD usa o símbolo constante do anexo ao presente Estatuto e apresenta-se em fita de damasco amarelo.
5. Compete ao conselho diretivo regulamentar o regime da atribuição e uso do galardão.

(...)

CAPÍTULO IV REGIME DISCIPLINAR

SECÇÃO I Disposições gerais

Artigo 71.º | Infração disciplinar

1. Considera-se infração disciplinar toda a ação ou omissão que consista em violação por qualquer membro da OMD, dos deveres previstos no presente Estatuto e nos respetivos regulamentos.
2. A infração disciplinar é:
 - a) Leve, quando o arguido viole de forma pouco intensa os deveres profissionais a que se encontra adstrito no exercício da profissão;
 - b) Grave, quando o arguido viole de forma séria os deveres profissionais a que se encontra adstrito no exercício da profissão;
 - c) Muito grave, quando o arguido viole os deveres profissionais a que está adstrito no exercício da medicina dentária, afetando com a sua conduta, de tal forma, a dignidade e o prestígio profissional, que fique definitivamente inviabilizado o exercício da profissão.
3. As infrações disciplinares previstas no presente Estatuto e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis são puníveis a título de dolo ou negligência.

Artigo 72.º | Jurisdição disciplinar

1. Os membros da OMD estão sujeitos ao poder disciplinar do conselho deontológico e de disciplina da OMD, nos termos previstos no presente Estatuto e no regulamento disciplinar.
2. A suspensão ou o cancelamento da inscrição não faz cessar a responsabilidade disciplinar por infrações anteriormente praticadas pelo membro da OMD enquanto tal.
3. Durante o tempo de suspensão da inscrição, o membro continua sujeito ao poder disciplinar da OMD.
4. A punição com a sanção de expulsão profissional não faz cessar a responsabilidade disciplinar do membro relativamente às infrações por ele cometidas antes da decisão definitiva que a tenha aplicado.
5. Em processo disciplinar relativo a um dos membros do conselho deontológico e de disciplina, o mesmo é substituído pelo primeiro suplente eleito, com poderes circunscritos a este processo.

Artigo 73.º | Independência da responsabilidade disciplinar dos membros da Ordem dos Médicos Dentistas

1. A responsabilidade disciplinar é independente da responsabilidade civil e criminal decorrente do mesmo facto e coexiste com qualquer outra prevista por lei.
2. A responsabilidade disciplinar perante a OMD coexiste com qualquer outra prevista por lei.
3. Quando, com fundamento nos mesmos factos, tiver sido instaurado processo penal contra membro da OMD e, para se conhecer da existência de uma infração disciplinar, for necessário julgar qualquer questão que não possa ser convenientemente resolvida no processo disciplinar, pode ser ordenada a suspensão do processo disciplinar durante o tempo

em que, por força de decisão jurisdicional ou de apreciação jurisdicional de qualquer questão, a marcha do correspondente processo não possa começar ou continuar a ter lugar.

4. A suspensão do processo disciplinar, nos termos do número anterior, é comunicada pela OMD à autoridade judiciária competente, a qual deve ordenar a remessa à OMD de cópia do despacho de acusação e, se a ele houver lugar, do despacho de pronúncia.
5. Decorrido o prazo fixado nos termos do n.º 3 sem que a questão tenha sido resolvida, a questão é decidida no processo disciplinar.
6. Sempre que, em processo penal contra membro da OMD, for designado dia para a audiência de julgamento, o tribunal deve ordenar a remessa à OMD, preferencialmente por via eletrónica, do despacho de acusação, do despacho de pronúncia e da contestação, se tiver sido apresentada, bem como quaisquer outros elementos solicitados pelo conselho diretivo ou pelo bastonário.
7. A responsabilidade disciplinar dos membros perante a OMD decorrente da prática de infrações é independente da responsabilidade disciplinar perante os respetivos empregadores, por violação dos deveres emergentes de relações de trabalho.

Artigo 74.º | Responsabilidade disciplinar dos profissionais em livre prestação de serviços

Os profissionais que prestem serviços em território nacional em regime de livre prestação são equiparados aos membros da OMD para efeitos disciplinares, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º da Lei n.º 9/2009, de 4 de março, alterada pelas Leis n.os 41/2012, de 28 de agosto, e 25/2014, de 2 de maio, com as especificidades constantes do n.º 8 do artigo 83.º do presente Estatuto e do regulamento disciplinar.

Artigo 75.º | Responsabilidade disciplinar das sociedades de profissionais

As pessoas coletivas membros da OMD estão sujeitas ao poder disciplinar dos órgãos desta última nos termos do presente Estatuto e da lei que regula a constituição e o funcionamento das sociedades de profissionais.

Artigo 76.º | Prescrição do procedimento disciplinar

1. O direito a instaurar o processo disciplinar prescreve no prazo de cinco anos a contar da prática do ato, ou do último ato em caso de prática continuada.
2. Se a infração disciplinar constituir simultaneamente infração criminal para a qual a lei estabeleça prescrição sujeita a prazo mais longo, o procedimento disciplinar apenas prescreve após o decurso deste prazo.
3. O prazo de prescrição do procedimento disciplinar corre desde o dia em que o facto se tiver consumado.
4. O prazo de prescrição só corre:
 - a) Nas infrações instantâneas, desde o momento da sua prática;
 - b) Nas infrações continuadas, desde o dia da prática do último ato;
 - c) Nas infrações permanentes, desde o dia em que cessar a consumação.
5. O procedimento disciplinar também prescreve se, após o conhecimento pelo órgão competente para a instauração do processo disciplinar ou a participação efetuada nos termos do n.º 1 do artigo 80.º, não se iniciar o processo disciplinar competente no prazo de um ano.

6. O prazo de prescrição do processo disciplinar suspende-se durante o tempo em que o processo disciplinar estiver suspenso, a aguardar despacho de acusação ou de pronúncia em processo penal.
7. O prazo de prescrição volta a correr a partir do dia em que cessar a causa da suspensão.
8. O prazo de prescrição do processo disciplinar referido nos n.os 1 e 5 interrompe-se com a notificação ao arguido:
 - a) Da instauração do processo disciplinar;
 - b) Da acusação.
9. Após cada interrupção começa a correr novo prazo de prescrição.

Artigo 77.º | Cessação da responsabilidade disciplinar

1. Durante o tempo de suspensão da inscrição o membro da OMD continua sujeito ao poder disciplinar da OMD.
2. O cancelamento da inscrição não faz cessar a responsabilidade disciplinar por infrações anteriormente praticadas.
3. A punição com a sanção de expulsão não faz cessar a responsabilidade disciplinar do membro da OMD relativamente às infrações por ele cometidas antes da decisão definitiva que tenha aplicado aquela sanção.

SECÇÃO II

Do exercício da ação disciplinar

Artigo 78.º | Exercício da ação disciplinar

1. Têm legitimidade para participar à OMD factos suscetíveis de constituir infração disciplinar:

- a) Qualquer pessoa independentemente de ser direta ou indiretamente afetada pelos factos participados;
 - b) O bastonário;
 - c) O conselho diretivo;
 - d) O provedor do doente;
 - e) O Ministério Público, nos termos do n.º 3.
2. Os tribunais e quaisquer autoridades devem dar conhecimento à OMD da prática, por parte de membros da OMD, de factos suscetíveis de constituírem infração disciplinar.
 3. O Ministério Público e os órgãos de polícia criminal remetem à OMD certidão das denúncias, participações ou queixas apresentadas contra membros e que possam consubstanciar factos suscetíveis de constituir infração disciplinar

Artigo 79.º | Desistência da participação

A desistência da participação disciplinar pelo interessado extingue o processo disciplinar, salvo se a infração imputada afetar a dignidade do membro visado e, neste caso, este manifeste intenção de continuação do processo, ou o prestígio da OMD ou da profissão, em qualquer uma das suas especialidades.

Artigo 80.º | Instauração do processo disciplinar

1. Qualquer órgão da OMD, oficiosamente ou tendo por base queixa, denúncia ou participação apresentada por pessoa devidamente identificada, contendo factos suscetíveis de integram infração disciplinar do membro da OMD, comunica, de imediato, os factos ao conselho deontológico e de disciplina.
2. Quando se conclua que a participação é infundada, dela se dá conhecimento ao membro da OMD visado e são-lhe passadas as certidões que o mesmo entenda necessárias para a tutela dos seus direitos e interesses legítimos.

Artigo 81.º | Legitimidade processual

As pessoas com interesse direto, pessoal e legítimo relativamente aos factos participados podem solicitar à OMD a sua intervenção no processo, requerendo e alegando o que tiverem por conveniente.

Artigo 82.º | Direito subsidiário

Sem prejuízo do disposto no presente Estatuto, o procedimento disciplinar rege-se por regulamento disciplinar, sendo subsidiariamente aplicáveis as normas procedimentais previstas na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, aprovada pela Lei n.º 35/2014, de 20 de junho.

SECÇÃO III

Das sanções disciplinares

Artigo 83.º | Sanções disciplinares

1. As sanções disciplinares são as seguintes:
 - a) Advertência;
 - b) Censura;
 - c) Multa entre 3 vezes e 60 vezes o valor anual das quotas à data da decisão de aplicação da sanção;
 - d) Suspensão até ao máximo de 5 anos;
 - e) Expulsão.
2. A sanção prevista na alínea a) do número anterior é aplicada ao membro que cometa infração com culpa leve, de que não tenha resultado prejuízo grave para terceiro, nem para a OMD.
3. A sanção prevista na alínea b) do n.º 1 é aplicável ao membro que cometa infração com culpa leve no exercício da

profissão e à qual, em razão da culpa do arguido, não caiba mera advertência.

4. A sanção prevista na alínea c) do n.º 1 é aplicável a culpa grave.
5. A sanção prevista na alínea d) do n.º 1 é aplicada ao membro que cometa infração disciplinar que afete gravemente a dignidade e o prestígio da profissão, lese direitos ou interesses relevantes de terceiros ou em caso de incumprimento culposos do dever de pagar quotas por um período superior a doze meses.
6. Nos casos previstos no número anterior, o pagamento voluntário das quotas em dívida determina a impossibilidade de aplicação da sanção de suspensão ou a sua extinção, no caso de a mesma já ter sido aplicada.
7. A sanção prevista na alínea e) do n.º 1 é aplicável quando, tendo em conta a natureza da profissão, a infração disciplinar tenha posto em causa a vida, a integridade física das pessoas ou seja gravemente lesiva da saúde pública, da honra ou do património alheios ou de valores equivalentes, sem prejuízo do direito à reabilitação nos termos do regulamento disciplinar.
8. No caso de profissionais em regime de livre prestação de serviços em território nacional, as sanções previstas nos n.os 5 e 7 assumem a forma de interdição temporária ou definitiva do exercício da atividade profissional neste território, consoante os casos, aplicando-se, com as devidas adaptações, o disposto no artigo 103.º
9. A aplicação de sanção mais grave do que a de censura a um membro que exerça algum cargo nos órgãos da OMD determina a imediata destituição desse cargo, sem dependência de deliberação da assembleia representativa.
10. Sempre que a infração resulte da violação de um dever por omissão, o cumprimento das sanções aplicadas não dispensa o arguido do cumprimento daquele, se tal ainda for possível.

Artigo 84.º | Graduação

1. Na aplicação das sanções deve atender-se aos antecedentes profissionais e disciplinares do arguido, ao grau de culpa, à gravidade e às consequências da infração e a todas as demais circunstâncias agravantes ou atenuantes.
2. São circunstâncias atenuantes:
 - a) A confissão;
 - b) A colaboração do arguido;
 - c) A reparação espontânea, pelo arguido, dos danos causados pela infração.
3. São circunstâncias agravantes:
 - a) A verificação de dolo;
 - b) A premeditação;
 - c) O conluio;
 - d) A reincidência;
 - e) A acumulação de infrações;
 - f) A prática de infração disciplinar durante o cumprimento de sanção disciplinar ou de suspensão da respetiva execução.
4. Verifica-se a alínea d) do número anterior quando o arguido, antes de decorrido o prazo de três anos sobre a última condenação, tiver cometido infração disciplinar semelhante.
5. Verifica-se a alínea e) do n.º 3 sempre que duas ou mais infrações sejam cometidas simultaneamente ou antes da punição de infração anterior.
6. Não contando para o efeito as sanções acessórias nos termos do presente Estatuto não pode ser aplicada ao mesmo arguido mais de uma sanção disciplinar:

- a) Por cada infração cometida;
- b) Pelas infrações acumuladas que sejam apreciadas num único processo;
- c) Pelas infrações apreciadas em mais de um processo, quando apensados.

Artigo 85.º | Aplicação de sanções acessórias

1. Cumulativamente com a aplicação das sanções disciplinares, podem ser aplicadas, a título de sanções acessórias:
 - a) Frequência obrigatória de formação em matéria na qual se tenha verificado infração;
 - b) Obrigação de publicitar a sanção principal e ou acessória;
 - c) Impedimento à participação nas atividades da OMD e à eleição para os respetivos órgãos;
2. As sanções acessórias podem ser cumuladas entre si.
3. Na aplicação das sanções acessórias deve atender-se aos critérios previstos no n.º 1 do artigo anterior.

Artigo 86.º | Unidade e acumulação de infrações

Sem prejuízo do disposto quanto às sanções acessórias, não pode aplicar-se ao mesmo membro mais do que uma sanção disciplinar por cada facto punível.

Artigo 87.º | Suspensão das sanções

1. Tendo em consideração o grau de culpa, o comportamento do arguido e as demais circunstâncias da prática da infração, as sanções disciplinares inferiores à expulsão podem ser suspensas por um período compreendido entre um e cinco anos.

2. A suspensão da sanção cessa sempre que, relativamente ao membro punido, seja proferida decisão final de condenação em novo processo disciplinar.

Artigo 88.º | Aplicação das sanções de suspensão e expulsão

1. A aplicação das sanções de suspensão superior a dois anos ou de expulsão só pode ter lugar após audiência pública, nos termos previstos no regulamento disciplinar.
2. As sanções de suspensão por período superior a dois anos ou de expulsão só podem ser aplicadas por deliberação que reúna a maioria qualificada de dois terços dos membros do órgão disciplinarmente competente.
3. A aplicação das penas de suspensão e expulsão obriga à entrega da respetiva cédula profissional pelo visado, junto da sede ou em qualquer das delegações da OMD.
4. A decisão disciplinar que aplique pena de suspensão ou expulsão é obrigatoriamente notificada às autoridades competentes na área da saúde.

Artigo 89.º | Execução das sanções

1. Compete ao conselho diretivo dar execução às decisões proferidas em sede de processo disciplinar, designadamente praticando os atos necessários à efetiva suspensão ou ao cancelamento da inscrição dos membros a quem sejam aplicadas as sanções de suspensão e de expulsão, respetivamente.
2. A aplicação de sanção de suspensão ou de expulsão implica a proibição temporária ou definitiva, respetivamente, da prática de qualquer ato profissional e a entrega da cédula profissional.
3. Compete ao conselho diretivo desencadear os procedimentos internos relativos à aplicação e cobrança da pena de multa aplicada em sede disciplinar, nos termos previstos em regulamento interno.

Artigo 90.º | Início de produção de efeitos das sanções disciplinares

1. As sanções disciplinares iniciam a produção dos seus efeitos no dia seguinte ao da notificação do arguido ou, não podendo este ser notificado, 15 dias após a publicação de aviso, nos termos do n.º 3 do artigo 100.º
2. Se na data em que a decisão se torna definitiva estiver suspensa a inscrição do arguido por motivos não disciplinares, o cumprimento da sanção disciplinar de suspensão tem início no dia seguinte ao do levantamento da suspensão.

Artigo 91.º | Prazo para pagamento da multa

1. As multas aplicadas nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 83.º devem ser pagas no prazo de 15 dias a contar do início de produção de efeitos da sanção respetiva.
2. Ao membro que não pague a multa no prazo referido no número anterior é suspensa a sua inscrição, mediante decisão do órgão disciplinarmente competente, a qual lhe é comunicada.
3. A suspensão só pode ser levantada após o pagamento da importância em dívida.

Artigo 92.º | Comunicação e publicidade

1. A aplicação de qualquer das sanções previstas nas alíneas b) a e) do n.º 1 artigo 83.º, adicionalmente à notificação do arguido e do participante, efetuada pelo órgão disciplinar competente é comunicada pelo conselho diretivo:
 - a) À sociedade de profissionais ou organização associativa por conta da qual o arguido prestava serviços à data dos factos;

- b) À autoridade competente noutro Estado membro da União Europeia ou do Espaço Económico Europeu para o controlo da atividade do arguido estabelecido nesse Estado membro.
- 2. Se for decidida a suspensão preventiva ou aplicada sanção de suspensão ou de expulsão, o conselho diretivo deve inserir a correspondente anotação nas listas permanentes de membros divulgada por meios informáticos.
- 3. Sem prejuízo do disposto no número anterior, a OMD restitui o montante pago pelo arguido para dar publicidade à sua suspensão preventiva sempre que este não venha a ser condenado no âmbito do respetivo procedimento disciplinar.
- 4. Quando a sanção aplicada for de suspensão ou de expulsão é-lhe dada publicidade através do sítio oficial da OMD e em locais considerados idóneos para o cumprimento das finalidades de prevenção geral do sistema jurídico.
- 5. A publicidade das sanções disciplinares e das sanções acessórias, promovida pelo órgão disciplinarmente competente, é feita a expensas do arguido.

Artigo 93.º | Prescrição das sanções disciplinares

As sanções disciplinares prescrevem nos prazos seguintes, a contar da data em que a decisão se tornou inimpugnável:

- a) De dois anos, as de advertência e censura;
- b) De quatro anos, a de multa;
- c) De cinco anos, as de suspensão e de expulsão.

Artigo 94.º | Condenação em processo criminal

1. Sempre que em processo criminal seja imposta a proibição de exercício da profissão durante um período de tempo determinado, este é deduzido à sanção disciplinar de suspensão que, pela prática dos mesmos factos, vier a ser aplicada ao membro da OMD.
2. A condenação de um membro da OMD em processo criminal é comunicada à OMD para efeito de averbamento ao respetivo cadastro.

SECÇÃO IV

Do processo

Artigo 95.º | Obrigatoriedade

A aplicação de uma sanção disciplinar é sempre precedida do apuramento dos factos e da responsabilidade disciplinar em processo próprio, nos termos previstos no presente Estatuto e no regulamento disciplinar.

Artigo 96.º | Formas do processo

1. A ação disciplinar pode comportar as seguintes formas:
 - a) Processo de inquérito;
 - b) Processo disciplinar;
 - c) Processo cautelar.
2. O processo de inquérito é aplicável quando não seja possível identificar claramente a existência de uma infração disciplinar ou o respetivo infrator, impondo-se a realização de diligências sumárias para o esclarecimento ou a concretização dos factos em causa.

3. Aplica-se o processo disciplinar sempre que existam indícios de que determinado membro da OMD praticou factos devidamente concretizados, suscetíveis de constituir infração disciplinar.
4. O conselho deontológico e de disciplina pode adotar processo cautelar:
 - a) Para satisfação do direito de informação do doente, nas situações de cessação de prestação de serviços de médico dentista em clínica dentária;
 - b) Para promover o dever de entrega do prestador e o direito de receção do doente sobre a informação médica ou os meios auxiliares de diagnóstico dos quais este último seja titular;
 - c) Para prevenção ou cessação de práticas ilegais de divulgação da atividade profissional;
 - d) Outras matérias cuja natureza urgente seja necessária à produção útil e atempada dos efeitos de reposição de legalidade ou de verdade que são devidos.
5. O incumprimento de atos ou medidas determinadas por processo cautelar determina a instauração de processo disciplinar com produção direta de acusação pelos respetivos factos e consequente aplicação de sanção nos termos seguintes do processo.
6. O processo disciplinar que resulte dos termos do número anterior pode reduzir, no máximo, para metade, os prazos legais do contraditório.
7. O processo cautelar é notificado de imediato ao visado, sendo os procedimentos urgentes regulamentados pelo conselho geral, sob proposta do conselho deontológico e de disciplina.

Artigo 97.º | Processo disciplinar

1. O processo disciplinar é regulado no presente Estatuto e no regulamento disciplinar.
2. O processo disciplinar é composto pelas seguintes fases:
 - a) Instrução;
 - b) Defesa do arguido;
 - c) Decisão;
 - d) Execução.
3. Independentemente da fase do processo disciplinar são asseguradas ao arguido todas as garantias de defesa nos termos gerais de direito.

Artigo 98.º | Suspensão preventiva

1. Após a audição do arguido, ou se este, tendo sido notificado, não comparecer para ser ouvido, pode ser ordenada a sua suspensão preventiva, mediante deliberação tomada por maioria qualificada de dois terços dos membros do órgão competente da OMD.
2. A suspensão a que se refere o número anterior só pode ser decretada nos casos em que haja indícios da prática de infração disciplinar à qual corresponda uma das sanções previstas nas alíneas d) e e) do n.º 1 do artigo 83.º
3. A suspensão preventiva não pode exceder três meses e é sempre descontada na sanção de suspensão.

Artigo 99.º | Natureza secreta do processo

1. O processo é de natureza secreta até ao despacho de acusação ou arquivamento.
2. O relator pode, todavia, autorizar a consulta do processo pelo arguido, pelo participante, pelo Ministério Público,

pelos órgãos de polícia criminal ou pelos interessados, quando daí não resulte inconveniente para a instrução e sob condição de não ser divulgado o que dele conste.

3. O arguido ou o interessado, quando membro, que não respeite a natureza secreta do processo incorre em responsabilidade disciplinar.

Artigo 100.º | Notificações

1. As notificações são feitas pessoalmente ou pelo correio, com a entrega da respetiva cópia, sem prejuízo do n.º 4.
2. A notificação pelo correio é remetida com aviso de receção para o domicílio ou sede de correspondência do notificado, ou para a do seu representante nomeado no processo.
3. Se o arguido estiver ausente em parte incerta, a notificação é feita por edital a afixar na porta do último domicílio ou sede conhecidos e por anúncios publicados em dois números seguidos de um dos jornais, de âmbito nacional ou regional, mais lidos na localidade.
4. Pode igualmente proceder-se à notificação por telefax, telegrama, telefone ou meios eletrónicos, nos termos regulados no presente Estatuto, se a celeridade processual e a segurança e certeza jurídicas recomendar no primeiro caso e permitirem nos restantes, o uso de tais meios.

SECÇÃO V

Das garantias

Artigo 101.º | Decisões recorríveis

1. A decisão relativa à aplicação de uma sanção disciplinar fica sujeita à jurisdição administrativa de acordo com a respetiva legislação.

2. As decisões de mero expediente ou referentes à disciplina dos trabalhos não são passíveis de recurso.
3. O exercício do direito de recurso previsto no presente artigo é regulado pelas disposições aplicáveis do regulamento disciplinar.

Artigo 102.º | Revisão

1. É admissível a revisão de decisão definitiva proferida pelos órgãos da OMD com competência disciplinar, sempre que:
 - a) Uma decisão judicial transitada em julgado declarar falsos quaisquer elementos ou meios de prova que tenham sido determinantes para a decisão revidenda;
 - b) Uma decisão judicial transitada em julgado tiver dado como provado crime cometido por membro ou membros do órgão que proferiu a decisão revidenda e relacionado com o exercício das suas funções no processo;
 - c) Os factos que serviram de fundamento à decisão condenatória forem inconciliáveis com os que forem dados como provados noutra decisão definitiva e da oposição resultarem graves dúvidas sobre a justiça da condenação;
 - d) Se tenham descoberto novos factos ou meios de prova que, por si ou combinados com os que foram apreciados no processo, suscitem graves dúvidas sobre a justiça da decisão condenatória proferida.
2. A simples alegação de ilegalidade, formal ou substancial, do processo e decisão disciplinares não constitui fundamento para a revisão.
3. A revisão é admissível ainda que o procedimento se encontre extinto ou a sanção prescrita ou cumprida.
4. O exercício do direito de revisão previsto no presente artigo é regulado pelas disposições aplicáveis do regulamento disciplinar.

Artigo 103.º | Reabilitação

1. No caso de aplicação de sanção de expulsão o membro pode ser reabilitado, mediante requerimento e desde que se verifiquem cumulativamente os seguintes requisitos:
 - a) Tenham decorrido mais de 15 anos sobre o trânsito em julgado da decisão que aplicou a sanção;
 - b) O reabilitando tenha revelado boa conduta, podendo, para o demonstrar, utilizar quaisquer meios de prova legalmente admissíveis.
2. Deliberada a reabilitação, o membro reabilitado recupera plenamente os seus direitos e é dada a publicidade devida, nos termos do artigo 92.º, com as necessárias adaptações.

CAPÍTULO V

Deontologia profissional

Artigo 104.º | Princípios gerais de conduta profissional

1. O médico dentista professa o primado do interesse do doente.
2. No exercício da sua profissão, o médico dentista é técnica e deontologicamente independente, e, como tal, responsável pelos seus atos.
3. Na atuação da profissão devem ser atendidos prioritariamente os interesses e direitos do doente no respetivo tratamento, assegurando-lhe sempre a prestação dos melhores cuidados de saúde oral ao alcance do prestador, agindo com correção e delicadeza, sem prejuízo da consideração que for devida a outros interesses legítimos resultantes das relações profissionais com colegas, organizações ou empresas.
4. A multiplicidade de direitos e deveres do médico dentista e dos prestadores da medicina dentária inscritos na OMD, impõem-lhes uma independência absoluta, isenta de qual-

quer pressão, quer resultante de interesses próprios, quer resultante de influências exteriores.

5. O médico dentista deve assegurar as melhores condições possíveis para a prestação dos atos médico-dentários, de molde a melhor satisfazer todas as necessidades clínicas do doente.
6. O médico dentista tem o direito à liberdade de fazer juízos clínicos e éticos, e à liberdade de diagnóstico e terapêutica, agindo, sempre, de forma independente.
7. O médico dentista tem o dever de pugnar pela saúde da população, essencialmente pela saúde oral e colaborar no funcionamento e aperfeiçoamento das instituições intervenientes na área da saúde, designadamente a OMD.
8. O médico dentista deve apoiar e participar nas atividades da comunidade e da OMD que tenham por fim promover a saúde e o bem-estar da população.
9. A solidariedade profissional é um dever fundamental dos médicos dentistas nas relações entre si, devendo proceder com a maior correção e urbanidade, mantendo relações de confiança e cooperação, em benefício dos próprios doentes.
10. À realização pelo prestador do ato médico dentário corresponde uma contraprestação pecuniária do destinatário dos serviços, sem prejuízo da legislação aplicável ao regime de voluntariado e de ação social.

Artigo 105.º | Objeção de consciência

Ao médico dentista é assegurado o direito de recusar a prática de ato profissional, quando tal prática contrarie a sua consciência moral, religiosa ou humanitária, ou contradiga princípios éticos e normas deontológicas.

Artigo 106.º | Sigilo profissional

1. O médico dentista é obrigado a guardar sigilo profissional sobre toda a informação relacionada com o doente, constante ou não do seu processo clínico, obtida no exercício da sua profissão.
2. Os funcionários do médico dentista e todos quantos com este colaborem no exercício da profissão, designadamente, a estrutura funcional do prestador coletivo de medicina dentária inscrita ou registada na OMD, estão igualmente sujeitos a sigilo sobre todos os factos de que tenham tomado conhecimento nos respetivos consultórios e no exercício do seu trabalho, desde que esses factos estejam a coberto do sigilo profissional do médico dentista, sendo este deontologicamente responsável pelo respeito do sigilo.
3. O médico dentista pode prestar informações ao doente ou a terceiro por este indicado.
4. No caso de intervenção de um terceiro, nos termos do número anterior, o médico dentista pode exigir uma declaração escrita do doente concedendo poderes àquele, para atuar em seu nome.
5. Qualquer divulgação da matéria sujeita a sigilo profissional, salvo o referido nos n.os 3 e 4, depende de prévia autorização da OMD.
6. Não é considerada violação do sigilo profissional a divulgação, para fins académicos, científicos e profissionais, de informação referida no n.º 1, desde que o doente não seja identificado ou identificável.
7. Não podem fazer prova em juízo, ou fora dele, as declarações prestadas pelo médico dentista com violação do sigilo profissional, ressalvadas as situações legítimas quando justificadas face às normas e princípios aplicáveis da lei penal e civil, mormente, quanto aos motivos de descoberta e defesa

da verdade ou da defesa da sua dignidade e honra, vertidos no n.º 3 do artigo 135.º do Código de Processo Penal e no n.º 3 do artigo 417.º do Código de Processo Civil, com as necessárias adaptações.

Artigo 107.º | Publicidade

1. A reputação do médico dentista deve assentar, essencialmente, na sua competência, integridade e dignidade profissional.
2. Na divulgação da sua atividade o médico dentista deve respeitar os princípios da licitude, da identificabilidade e da veracidade, com respeito pelos direitos do doente.
3. Na divulgação da sua atividade o médico dentista e os prestadores coletivos de medicina dentária membros da OMD respeitam as regras deontológicas respeitantes à profissão de médico dentista, observando o disposto no artigo 32.º da Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, bem como no regime de publicidade dos atos praticados por prestadores de cuidados de saúde.

Artigo 108.º | Desenvolvimento das regras deontológicas

As regras deontológicas dos médicos dentistas são objeto de desenvolvimento em código deontológico a aprovar pelo conselho geral.

(...)

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DA ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS

REGULAMENTO N.º 515/2019

O Conselho Geral da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) reunido a 30 de março de 2019, ao abrigo do disposto na alínea f) do n.º 3 do artigo 50.º do Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas (EOMD), aprovado pela Lei n.º 110/91, de 29 de agosto, última alteração pela Lei n.º 124/2015, de 2 de setembro, deliberou por unanimidade aprovar o Código Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas, cujo projeto foi apresentado pelo Conselho Diretivo.

Foram ouvidos os médicos dentistas no âmbito da consulta pública à classe de profissionais da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD).

No uso da competência prevista na alínea f) do n.º 3 do artigo 50.º do Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas, aprovado pela Lei n.º 124/2015, de 2 de setembro, que procede à terceira alteração ao Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas, através da Lei n.º 110/91, de 29 de agosto, alterada pelas Leis n.os 82/98, de 10 de dezembro, e 44/2003, de 22 de agosto, no sentido de o adequar, à Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, tomando em consideração a proposta de regulamento do Código Deontológico remetido pelo Conselho Diretivo, decorrente da iniciativa apresentada pelo Conselho Deontológico e de Disciplina ao abrigo da alínea d), do n.º 1, do artigo 67.º do Estatuto, delibera o Conselho Geral da Ordem dos Médicos Dentistas aprovar o seguinte regulamento:

TÍTULO I

Definição, âmbito, competência, interpretação e integração

Artigo 1.º | Deontologia

1. A Deontologia da medicina dentária é o conjunto de normas de natureza ética e legal que, com caráter de permanência e a necessária adequação histórica e científica, constitui o guia de conduta a que estão sujeitos todos os membros da Ordem dos Médicos Dentistas, doravante designada como OMD.
2. Tais normas constam do presente Regulamento, do Estatuto da OMD, das deliberações, das resoluções, das recomendações, das informações e dos pareceres emitidos pelo Conselho Deontológico e de Disciplina e, ainda, das demais regras reguladoras da medicina dentária.
3. As normas deontológicas destinam-se a garantir aos doentes, à comunidade em geral, aos membros da OMD, no âmbito da reserva legal de atividade, o cumprimento do guia de conduta reconhecido como essencial ao exercício da profissão e à prestação de cuidados de saúde na área da medicina dentária.

Artigo 2.º | Âmbito

1. As disposições reguladoras da Deontologia em medicina dentária têm caráter obrigatório e são aplicáveis a todos os membros da OMD referidos no Estatuto, no exercício da sua profissão e atividade, independentemente do regime em que esta seja exercida. A sua inobservância culposa é suscetível de conduzir à aplicação de sanção disciplinar.

2. O médico dentista pode exercer a sua atividade em prática isolada ou em sociedade ou, ainda, como trabalhador dependente ou prestador de serviços de instituições, de outros médicos dentistas ou de terceiros, tendo, em qualquer caso, que respeitar as disposições deontológicas e estatutárias em vigor para o exercício da profissão.

Artigo 3.º | Igualdade na profissão

Enquanto profissionais os médicos dentistas são iguais entre si, e sobre estes vigoram os mesmos direitos e deveres.

Artigo 4.º | Competência exclusiva da OMD

1. É da exclusiva competência do Conselho Deontológico e de Disciplina da OMD a interpretação e integração das regras deontológicas bem como, o reconhecimento da responsabilidade disciplinar dos membros da OMD por violação das mesmas.
2. As entidades públicas, cooperativas, sociais ou privadas, devem comunicar à OMD qualquer violação das regras éticas e deontológicas praticadas por membros da OMD.
3. Se a factualidade das infrações éticas ou deontológicas preencher também os pressupostos de uma infração disciplinar incluída na competência legal das entidades referidas no número anterior, as respetivas competências são exercidas separadamente.

Artigo 5.º | Interpretação e integração

A aplicação das normas deontológicas deverá ter sempre em consideração os usos e costumes do exercício da profissão, as resoluções dos organismos internacionais competentes, e as demais regras reguladoras, acompanhando a dinâmica, a evidência científica, assumindo carácter fundamental na sua interpretação e integração.

TÍTULO II

O médico dentista e o doente

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 6.º | Independência

1. No exercício da profissão o médico dentista deve decidir com base na ciência e na sua consciência, sendo técnica e deontologicamente independente e, por isso, responsável pelos seus atos ou omissões.
2. O médico dentista não pode estar subordinado a qualquer orientação técnica ou deontológica de estranhos à saúde oral, nem ser coartado no exercício independente da medicina dentária.
3. O médico dentista tem o direito à liberdade de juízo clínico, de diagnóstico e de terapêutica.
4. O disposto nos números anteriores não contraria a existência de hierarquias técnicas institucionais, legal ou contratuamente estabelecidas, não podendo, contudo, o médico dentista, em circunstância alguma, ser constrangido à prática de procedimentos contra a sua vontade e consciência profissional.

Artigo 7.º | Comércio e mediação

1. O consultório ou clínica de medicina dentária é um local destinado, exclusivamente, ao exercício da medicina dentária e deve ter instalações e meios técnicos adequados ao exercício da profissão, sendo proibidos quaisquer atos de comércio e/ou mediação.

2. Não configura a prática de comércio ou mediação a administração ou disponibilização ao doente de substâncias, materiais ou equipamentos necessários e adequados ao tratamento ou à adesão ao tratamento em curso pelo doente.
3. Também não configura comércio ou mediação nos termos do número precedente, a recomendação de medicamentos e dispositivos médicos que, ao abrigo da legislação em vigor, estejam indicados e sejam indispensáveis ao tratamento em curso.
4. Salvaguardados os n.os 2 e 3, o médico dentista deve abster-se de exercer qualquer pressão ou coação sobre o doente para a aquisição de determinados medicamentos, aparelhos ou equipamentos, respeitando a sua liberdade de escolha.
5. O médico dentista não pode participar em esquema, acordo ou qualquer outra forma de cooperação, com qualquer outra pessoa ou entidade, que vise obter, para si ou para terceiros, benefícios económicos ilegítimos ou que possam constituir um risco para a saúde pública ou para o doente.

Artigo 8.º | Princípios fundamentais de conduta

1. O médico dentista deve exercer a sua profissão de acordo com as leyes artis, com respeito pelo direito à saúde das pessoas e da comunidade.
2. O médico dentista deve exercer as suas funções agindo com correção e delicadeza, professando o superior interesse do doente, assegurando a prestação dos melhores cuidados de saúde oral possíveis.
3. Sempre que existam opções de tratamento, o médico dentista garante, através do processo de consentimento, a liberdade de escolha do tratamento pelo doente.
4. O médico dentista não pode garantir o resultado sobre o tratamento realizado, apenas a conduta diligente para atingir o mesmo.

5. O médico dentista é responsabilizado pela prestação desadequada de atos médicos dentários, quando perante as circunstâncias concretas do caso, lhe era objetivamente exigível a atuação de forma diversa e, mesmo que o doente tenha consentido ou insistido nessa forma de tratamento.
6. Sempre que o doente insiste ou instrui o médico dentista a uma atuação manifestamente desadequada de acordo com o conhecimento científico deste, o médico dentista tem o direito, ou o dever, de recusar.
7. O médico dentista deve abster-se de práticas não justificadas, suscetíveis de induzir no doente falsas necessidades terapêuticas.
8. O médico dentista deve assegurar a permanente atualização dos seus conhecimentos científicos e preparação técnica.
9. O médico dentista deve assegurar os cuidados inadiáveis aos doentes no exercício do direito à greve, não podendo o direito à greve, violar os princípios da Deontologia no exercício da medicina dentária.
10. O médico dentista deve frequentar ações de formação contínua em mínimos definidos pela OMD.
11. O médico dentista ou o prestador coletivo de serviços de medicina dentária têm o dever de revelar e invocar casos de conflito de interesses que lhes sejam aplicáveis, a fim de poder abster-se de aceitar ou continuar o tratamento de um doente em concreto.
12. O médico dentista não está impedido de realizar atos próprios de medicina dentária sobre si próprio ou familiares diretos.

Artigo 9.º | Privacidade e tratamento de dados pessoais

1. No que concerne à relação entre médico dentista e doente serão recolhidos todos os dados de que depende a respetiva

prestação de serviços, a prestação de cuidados de saúde, bem como o tratamento administrativo do processo clínico e do processo relativo à identificação pessoal do doente, incluindo a recolha e tratamento pelo médico dentista dos dados juridicamente sensíveis respeitantes à saúde.

2. Para efeitos do disposto no número anterior e nos termos da legislação aplicável, a base de tratamento de dados pessoais, incluindo dados de saúde, assenta na obrigação contratual de prestação de cuidados de saúde que é exigida ao médico dentista e, portanto, no consentimento do doente enquanto titular dos dados, que consiste numa manifestação de vontade, livre, específica, informada e explícita, pelo qual o doente aceita que os dados que lhe dizem respeito sejam objeto de tratamento.
3. Os dados pessoais apenas podem ser utilizados para as finalidades indispensáveis à atividade do médico dentista bem como a interesses vitais do doente, designadamente para a prestação de cuidados de saúde e ainda para outras atribuições que se integrem no âmbito das competências legalmente conferidas no respetivo Estatuto.
4. O médico dentista pode usar os dados para as comunicações, legal ou regulamentarmente previstas, com os respetivos titulares, estando apenas autorizado a fornecê-los a terceiros caso o titular dos dados expressamente o consinta ou, quando justificado, no âmbito das obrigações contratuais inerentes à boa prática da profissão.
5. O médico dentista adotará e implementará uma política de privacidade própria, respeitando igualmente as políticas de privacidade estabelecidas por entidades terceiras com as quais trabalhe, com vista a assegurar o cumprimento das obrigações legais decorrentes da recolha e tratamento de dados, designadamente no que se refere à segurança dos dados juridicamente sensíveis de saúde.

6. Considerando a implementação do Regulamento Geral de Proteção de Dados a partir de 2018 (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016), o médico dentista com funções de direção clínica promove a adoção de procedimentos de controlo relativos ao cumprimento da segurança interna dos ficheiros, bem como ao acesso dos mesmos, em conformidade com os termos daquele regulamento e demais normas legais ou regulamentares aplicáveis, ou outras que venham a suceder-lhes.

Artigo 10.º | Condições de exercício

1. O médico dentista ou a organização do prestador coletivo de medicina dentária devem assegurar as melhores condições possíveis para a prestação dos atos médico-dentários, de forma a satisfazer as necessidades de tratamento do doente.
2. Sem prejuízo da sua independência técnica e científica, o médico dentista, deve, no exercício da sua profissão:
 - a) Utilizar o sistema oficial em vigor instituído pela Federação Dentária Internacional (FDI) referente à identificação de peças dentárias.
 - b) Utilizar e registar os atos clínicos de acordo com a Tabela de Nomenclatura da Ordem dos Médicos Dentistas.
 - c) Realizar, previamente ao tratamento médico-dentário, uma correta avaliação clínica do estado geral e oral do doente, de forma a poder planificar um tratamento que vá ao encontro das necessidades e expectativas deste.
 - d) Solicitar ou executar meios complementares de diagnósticos sustentados numa avaliação clínica prévia.

- e) Abster-se de utilizar produtos cuja aplicação careça de exame clínico prévio ou que não tenham garantias comprovadas de segurança ou aprovação pelas entidades reguladoras competentes.
 - f) Abster-se de utilizar métodos de medicina alternativa não comprovados cientificamente e que sejam suscetíveis de colidir com as leis artísticas, ou realizar qualquer outro tratamento complementar para o qual não esteja devidamente habilitado.
3. Não podem ser realizadas atividades abrangidas no âmbito da medicina dentária, em condições ou locais que possam comprometer a dignidade da profissão, a qualidade dos atos médico-dentários, a reserva da intimidade dos doentes e o respeito pelo sigilo profissional.
4. Consideram-se abrangidas pela proibição do número anterior, todos os estabelecimentos que não se encontrem devidamente licenciados e afetos à prestação de cuidados de medicina dentária, designadamente, os seguintes estabelecimentos:
- a) Farmácias e parafarmácias;
 - b) Cabeleireiros, centros de estética, estabelecimentos de bem-estar ou cosmética;
 - c) Ervanárias;
 - d) Hipermercados e congéneres.

Artigo 11.º | Urgência

O médico dentista, na medida das suas possibilidades, formação conhecimentos e experiência, deve prestar tratamento imediato de urgência a pessoas que se encontrem em perigo iminente.

Artigo 12.º | Objeção de consciência

1. Ao médico dentista é assegurado o direito de recusar a prática de um ato profissional, quando tal prática não estiver de acordo com a sua consciência moral, religiosa ou humanitária ou contradiga os princípios éticos e normas deontológicas.
2. A objeção de consciência é manifestada perante situações concretas, em documento assinado pelo médico dentista objetor, comunicada ao diretor clínico do estabelecimento de saúde, e em tempo útil ao doente ou a quem, no momento, o represente.
3. É obrigatória a comunicação imediata do documento referido no número anterior, ao presidente do Conselho Deontológico e de Disciplina da OMD.
4. Se não houver outro médico dentista disponível, a quem o doente possa recorrer, a objeção de consciência não pode ser invocada em situação urgente e que implique perigo de vida ou grave dano para a saúde.
5. O médico dentista objetor não pode sofrer qualquer prejuízo pessoal ou profissional pelo exercício do seu direito à objeção de consciência.

Artigo 13.º | Liberdade de escolha do doente

1. O doente é livre na escolha do médico dentista devendo ter fácil acesso à identificação do médico dentista que realizou, em concreto, os atos médico-dentários.
2. O médico dentista não deve aceitar a prestação de serviços profissionais que não resulte da escolha direta e livre do doente, salvo os casos em que esta escolha é física ou legalmente impossível.
3. O médico dentista deve apoiar e defender o direito à livre escolha pelo doente e não participará em qualquer regime, projeto ou acordo que possa limitar a liberdade ou a capa-

cidade de exercício de tal direito, sem prejuízo das regras relativas a acordos, convenções ou subsistemas de saúde, públicos ou privados dos quais seja aderente ou prestador.

4. Nas situações previstas no número anterior, no acesso ao ato clínico não é aceitável qualquer tipo de discriminação entre doentes beneficiários e não beneficiários.

Artigo 14.º | Mudança de médico dentista

1. O doente é livre de mudar de médico dentista, recaindo sobre este ou sobre o prestador coletivo no qual aquele se insere, o dever de respeitar esse direito.
2. Sendo-lhe solicitado pelo doente, o médico dentista deve ajudá-lo na escolha de um colega, agindo com total imparcialidade e guiando-se apenas pela sua consciência profissional e pelo interesse do doente.
3. É aplicável o disposto nos n.os 2 e 3 do artigo 12.º

Artigo 15.º | Liberdade do médico dentista

1. Sem prejuízo do previsto no artigo 11.º, o médico dentista pode de forma fundamentada, recusar a prestação da assistência.
2. O médico dentista não pode, porém, fazer qualquer tipo de discriminação violadora dos direitos humanos.

Artigo 16.º | Assistência

1. O médico dentista ao tratar o doente tem obrigação de administrar os cuidados para os quais tenha formação e experiência, assumindo a responsabilidade pelos mesmos.
2. O reconhecimento da competência do médico dentista assenta essencialmente no saber e na experiência profissional, devendo acompanhar os mais recentes progressos e a evidência científica no plano da medicina dentária.

3. O médico dentista, quando lhe pareça indicado, deve pedir a colaboração de outro profissional ou indicar ao doente outro profissional que julgue mais qualificado.

Artigo 17.º | Continuidade de assistência

1. O médico dentista deve assegurar a continuidade de prestação de serviços ao doente.
2. Quando o médico dentista deixe de prestar trabalho ou serviço para o qual estava contratado, independentemente do motivo, deve informar o diretor clínico, de imediato e por escrito, do novo endereço profissional.
3. Se no momento da sua saída, o médico dentista não dispuser de um novo endereço profissional, deve comunicar por escrito esse facto ao diretor clínico.
4. Sem prejuízo do disposto no número anterior, poderá o médico dentista solicitar, até ao prazo de um ano após a sua saída, o cumprimento do disposto no n.º 5 do presente artigo.
5. Sempre que o doente solicite ou em situação de necessidade de defesa do bom nome do médico dentista, o diretor clínico tem o dever de informar qual o novo domicílio profissional do médico dentista cessante.
6. Ao médico dentista cessante assiste o direito de exigir prova do cumprimento das diligências previstas no número anterior.
7. Sem prejuízo do disposto no número anterior o médico dentista cessante pode no espaço de 30 dias acordar outra solução com o diretor clínico.

Artigo 18.º | Recusa de assistência

1. Sem prejuízo dos honorários que forem devidos, bem como do disposto no artigo 11.º, é, porém, reconhecido ao médi-

co dentista o direito de recusar a continuação da prestação de assistência, nomeadamente quando verifique quebra na relação de confiança com o doente.

2. É ainda permitido recusar a continuidade de assistência quando se verifiquem, cumulativamente, os seguintes requisitos:
 - a) Não seja afetada a saúde do doente, nomeadamente por lhe ser possível assegurar assistência por outro médico dentista;
 - b) Tenha prestado os esclarecimentos necessários para a regular continuidade de tratamento;
 - c) Tenha advertido o doente com a devida antecedência.
3. Assiste também ao médico dentista o direito de recusar a continuação de prestação de assistência ao doente que, injustificadamente, não tenha pago as despesas suportadas e os honorários de tratamento anterior, ressalvadas as situações de urgência, previstas no artigo 11.º.

Artigo 19.º | Telemedicina

1. A telemedicina deve respeitar a relação médico dentista-doente, mantendo a confiança mútua, a independência de opinião do médico dentista, a autonomia do doente e a confidencialidade.
2. A consulta por telemedicina não substitui a relação presencial médico dentista-doente e deve realizar-se em condições sobreponíveis a uma consulta presencial.
3. O médico dentista que usa os meios da telemedicina e não observa presencialmente o doente, deve avaliar cuidadosamente a informação recebida, só devendo dar opiniões, recomendações ou tomar decisões se a qualidade da informação recebida for suficiente e relevante.

4. Serão aplicáveis à telemedicina dentária, com as necessárias adaptações, todas as regras éticas e deontológicas vigentes.

Artigo 20.º | Consultas de medicina dentária ao domicílio

1. O médico dentista que realiza consultas ao domicílio, deve assegurar que os procedimentos de diagnóstico e tratamento se realizam com as devidas adaptações, em condições sobreponíveis uma consulta em consultório.
2. Para o efeito do número anterior, cabe ao médico dentista avaliar as condições necessárias à realização de consultas de medicina dentária ao domicílio, nomeadamente, a existência do consentimento e o cumprimento das regras de acondicionamento e de esterilização do material a utilizar, de forma a poder realizar o ato clínico em condições de segurança para o doente.

Artigo 21.º | Direito de reclamação do doente

O médico dentista e os prestadores coletivos da medicina dentária devem respeitar o direito de reclamação do doente, permitindo-lhe expor oralmente ou por escrito os factos em causa, dando-lhe uma resposta rápida, ativa e esclarecedora, de forma a resolver a situação no melhor interesse deste.

CAPÍTULO II

Consentimento esclarecido e informações

Artigo 22.º | Esclarecimento do médico dentista ao doente

1. O doente tem direito a receber, e o médico dentista o dever de prestar esclarecimentos necessários à compreensão do diagnóstico, plano de tratamento, terapêutica e prognósti-

co, designadamente possíveis riscos previsíveis, relativamente ao estado de saúde do doente.

2. Os esclarecimentos devem ser prestados previamente ao ato médico-dentário incidindo sobre os aspetos relevantes, os objetivos, bem como as consequências, permitindo que o doente possa consentir de forma esclarecida.
3. Os esclarecimentos devem ser prestados pelo médico dentista, com palavras adequadas, em termos compreensíveis, adaptados a cada doente, realçando o que tiver importância ou o que, preocupa o doente.
4. Os esclarecimentos devem ter em conta o estado emocional do doente, a sua capacidade de compreensão e o seu nível cultural.
5. Os esclarecimentos devem ser feitos, sempre que possível, em função dos dados probabilísticos e facultando ao doente as informações necessárias sobre a sua concreta situação clínica.
6. O médico dentista tem o direito de criar as condições que considere adequadas à produção futura de prova do esclarecimento prestado.

Artigo 23.º | Consentimento do doente

1. O consentimento do doente só é válido se este, no momento em que o presta, tiver capacidade de decidir livremente e estiver na posse da informação relevante para o efeito.
2. Entre os esclarecimentos e o consentimento deverá existir, sempre que possível, um intervalo de tempo que permita ao doente refletir e aconselhar-se.
3. O médico dentista deve aceitar e pode sugerir que o doente procure outra opinião médica, particularmente se a decisão envolver riscos significativos ou graves.

Artigo 24.º | Doentes incapazes de dar o consentimento

1. O consentimento dos menores ou de doentes com alterações cognitivas que os tornem incapazes de modo temporário ou definitivo, de dar o seu consentimento, deve ser solicitado ao seu representante legal, se possível.
2. A opinião do menor com idade inferior a 16 anos, deve ser tomada em consideração, de acordo com a sua maturidade, mas o médico dentista não fica desobrigado de obter o consentimento do representante legal daquele e de ponderar eventuais interesses contrapostos.
3. O menor com 16 ou mais anos de idade e com o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do ato diagnóstico ou terapêutico que lhe é proposto, pode consentir ou dissentir.
4. Sendo do conhecimento do médico dentista que os pais do menor se encontram separados ou divorciados e se o ato médico-dentário a praticar for, atentas as circunstâncias concretas do caso, de particular importância deve este, dentro do possível obter consentimento de ambos.

Artigo 25.º | Informação de diagnóstico e prognóstico

1. O diagnóstico e o prognóstico devem, por regra, ser comunicados ao doente, com respeito pela sua dignidade e autonomia.
2. A informação exige prudência e delicadeza, devendo ser efetuada em toda a extensão e no tempo requerido pelo doente, ponderados os eventuais danos que esta lhe possa causar.
3. A informação não pode ser imposta ao doente, pelo que não deve ser prestada se este não a desejar.
4. O diagnóstico e prognóstico só podem ser dados a conhecer a terceiros, nomeadamente familiares, com o consentimento do doente, a menos que este seja menor ou incapaz.

Artigo 26.º | Métodos Arriscados

1. Antes da opção por um método arriscado de diagnóstico ou terapêutica, o médico dentista deve obter, por escrito, o consentimento do doente, ou do seu representante legal, se este for menor ou incapaz.
2. É expressamente proibido ao médico dentista realizar um tratamento, apresentando-o ao doente como comprovado e seguro, quando este assim não esteja qualificado em saúde.

Artigo 27.º | Tratamentos vedados ou condicionados

1. O médico dentista deve abster-se de quaisquer diagnósticos ou cuidados terapêuticos não fundamentados cientificamente, bem como de experimentação temerária.
2. Sem prejuízo do recurso aos procedimentos clínicos no âmbito da sedação consciente, o médico dentista deve abster-se de utilizar métodos de diagnóstico ou tratamento que possam produzir alteração de consciência, com diminuição da livre determinação ou da responsabilidade, ou provocar estados mórbidos.

CAPÍTULO III

Direção clínica

Artigo 28.º | Identificação

Os prestadores de cuidados de saúde de medicina dentária têm por obrigação designar um diretor clínico, com responsabilidade técnica e deontológica, indicando-o à OMD.

Artigo 29.º | Médico dentista com funções de direção clínica

1. Ressalvados os direitos dos médicos dentistas, são direitos do diretor clínico, em especial:
 - a) Assumir a direção clínica no âmbito da medicina dentária excluindo áreas que entenda não serem de sua responsabilidade profissional.
 - b) Participar na seleção da equipa de saúde oral, designadamente, quanto à qualificação técnico profissional dos colaboradores para desempenho das respetivas funções.
 - c) Conhecer antecipadamente a organização do espaço que dirige, devendo ser consultado para edificação de normativos e diretrizes internas ou para admissão de novos profissionais.
 - d) Ver reconhecida, de direito e de facto, a especial responsabilidade do cargo de direção.
 - e) Solicitar aos representantes jurídicos da entidade os adequados termos de delimitação da sua responsabilidade sempre que se encontre excluído no âmbito de atos de gestão do estabelecimento prestador de cuidados de saúde.
2. São deveres do diretor clínico, em especial:
 - a) Informar a OMD do início e do termo da função.
 - b) Aconselhar a equipa de saúde oral que dirige, proporcionando o conhecimento diligente das regras técnicas e deontológicas.
 - c) Coordenar e supervisionar clinicamente e no âmbito da medicina dentária, o funcionamento do estabelecimento ou unidade prestadora de cuidados de saúde.

- d) Inteirar-se ativamente do tipo de publicidade emitida, em especial quando o estabelecimento ou unidade de saúde em causa não sejam detidos por médicos dentistas e assegurar-se empenhadamente para que a publicidade desenvolvida por aqueles não viole as regras do presente Código, do Estatuto e demais regulamentação aplicável.
 - e) Cooperar na promoção da legalidade do exercício profissional dos colaboradores, prevenindo ou reparando indícios de ilegalidade.
 - f) Preservar o arquivo clínico e a sua confidencialidade no respeito pelo regime legal de proteção de dados pessoais.
 - g) Prestar colaboração ao encarregado da proteção de dados pessoais quando aplicável.
3. Para os efeitos da alínea b) do n.º 1 e alínea e) do n.º 2, são considerados elementos da equipa de saúde oral ou colaboradores, os médicos dentistas, os higienistas orais, os assistentes dentários, técnicos de prótese dentária, informáticos e administrativos, os quais devem estar sempre devidamente identificados.
 4. São ainda considerados colaboradores outros profissionais devidamente habilitados que trabalhem na mesma unidade de saúde sob sua orientação.
 5. Sem prejuízo da responsabilidade disciplinar individual de todos os médicos dentistas, o diretor clínico não pode ser corresponsável pelo incumprimento dos deveres deontológicos dos médicos dentistas sob sua direção na medida em que seja provada a culpa destes face ao incumprimento de ordens ou instruções recebidas.

CAPÍTULO IV DO ARQUIVO CLÍNICO

Artigo 30.º | Conceito e peças integrantes

1. O prestador de cuidados de saúde de medicina dentária deve ter um arquivo onde figurem todos os processos clínicos individuais dos doentes independentemente do seu formato, o qual deve conservar pelo prazo mínimo de 20 anos.
2. O médico dentista responsável pela direção clínica é o fiel depositário do arquivo, o qual é composto por todos os processos clínicos individuais dos doentes.
3. A informação médica constante de cada processo clínico individual é pertença do doente.
4. O processo clínico individual é integrado pela ficha clínica e por todos os meios auxiliares de diagnóstico, incluindo fotografias, modelos, exames imagiológicos e por todo o tipo de informação do doente recolhida durante o período de diagnóstico e tratamento.
5. O médico dentista deve criar e manter atualizada uma ficha clínica individual do doente, da qual conste, de forma detalhada, para além da identificação do médico dentista que realizou o tratamento, os dados pessoais, o histórico de saúde, as observações clínicas, o diagnóstico, o plano de tratamento e os tratamentos realizados, expressos sempre que possível tendo como referência a Tabela de Nomenclatura da OMD.
6. O processo clínico deve estar completamente acessível ao médico dentista que preste ou venha a prestar assistência ao doente após a última consulta.

Artigo 31.º | Entrega do processo clínico

1. Quando solicitado pelo doente ou pelo seu representante legal, o médico dentista deve fornecer a informação clínica relacionada com o diagnóstico e tratamento prestado, bem como, todos os suportes dos meios auxiliares de diagnóstico, ou respetivas réplicas, que lhe digam respeito.
2. A informação clínica indicada no número anterior, deve constar de relatório escrito extraído da respetiva ficha clínica.
3. No ato da entrega da informação clínica, o médico dentista pode emitir uma declaração da qual conste data, hora e local da entrega, bem como os documentos anexos e a assinatura do doente ou do representante legal.

Artigo 32.º | Destino do processo clínico em caso de transmissão ou encerramento de estabelecimento prestador de cuidados de saúde

1. O destino do processo clínico em caso de transmissão ou encerramento de estabelecimento prestador de cuidados de saúde deve ser definido pelo diretor clínico/médico dentista em normativo interno do estabelecimento.
2. Na salvaguarda do doente, ao cessar a atividade profissional, o diretor clínico/médico dentista deve assegurar que a informação constante do processo clínico é transmitida a quem seja diretor clínico/médico dentista ou profissional de saúde legalmente habilitado.
3. Verificando-se qualquer uma das ocorrências aqui previstas de modo súbito ou sem conhecimento do diretor clínico/médico dentista este tem o dever de defesa do doente, denunciando às entidades judiciais competentes e/ou participando à OMD a conduta infratora de colega identificado.
4. Em caso de incumprimento o destino dos respetivos conteúdos e suportes será determinado pela OMD.

CAPÍTULO V DO SIGILO PROFISSIONAL

Artigo 33.º | O Sigilo Profissional

1. O sigilo médico-dentário é condição essencial ao relacionamento médico dentista-doente, assenta no interesse moral, social, profissional e ético que pressupõe e permite uma base de verdade e de mútua confiança.
2. O médico dentista é obrigado a guardar sigilo profissional sobre toda a informação relacionada com o doente, constante ou não do seu processo clínico, obtida no exercício da sua profissão.
3. O dever de sigilo quanto aos factos referidos do n.º 2 é extensível a todos os colaboradores do médico dentista no exercício da sua atividade profissional.
4. O médico dentista deve exigir dos seus colaboradores o cumprimento do dever de sigilo em momento anterior ao início da colaboração em declaração lavrada para o efeito.
5. O sigilo profissional tem de ser garantido em qualquer circunstância do exercício da atividade de médico dentista, designadamente na execução de contratos comerciais, devendo o diretor clínico destes espaços assegurar o respeito pelo cumprimento deste dever e salvaguardar o acesso do doente à informação clínica, nos termos do presente Código.
6. Não é considerada violação do sigilo profissional a divulgação, para fins académicos e científicos, de informação referida no n.º 2, desde que o doente não seja identificado ou identificável ou tenha dado prévio consentimento escrito.

Artigo 34.º | Dispensa de sigilo

1. A divulgação de qualquer elemento constante do processo individual do doente está abrangida pelo sigilo profissional, podendo o médico dentista prestar informações a terceiro indicado por escrito pelo doente.
2. Carece de autorização do Conselho Deontológico e de Disciplina da OMD, a divulgação pelo médico dentista, de informação abrangida pelo sigilo profissional, mesmo quando se trate de apresentar a sua defesa em sede de processos administrativos de reclamação junto das autoridades competentes na área da saúde.
3. As declarações prestadas pelo médico dentista com violação do sigilo profissional, não fazem prova em juízo, ressalvadas as exceções previstas na lei civil ou penal.

Artigo 35.º Manutenção do sigilo profissional

O médico dentista não pode quebrar o sigilo profissional a que está vinculado, salvo em situações excecionais em que tal se mostre imprescindível para a defesa dos seus interesses e desde que para tanto tenha obtido autorização do Conselho Deontológico e Disciplina da OMD.

CAPÍTULO VI DOCUMENTAÇÃO

Artigo 36.º | Emissão de documentos

Sem prejuízo do sigilo profissional, o médico dentista deve emitir a documentação necessária para que o doente possa exercer os seus direitos, designadamente:

- a) Prescrições terapêuticas e de exames de diagnóstico.
- b) Relatórios clínicos.
- c) Atestado do seu estado de saúde oral.
- d) Documento comprovativo do pagamento.

Artigo 37.º | Prescrições terapêuticas e de meios complementares de diagnóstico e tratamento

Sem prejuízo da regulamentação em vigor relativa à prescrição eletrónica, as prescrições de terapêuticas e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, devem ser claras, redigidas de forma legível, conterem informação que permita o contato imediato do médico dentista em caso de dúvida e devem apresentar de forma inequívoca o nome e o número da cédula profissional do médico dentista prescritor.

Artigo 38.º Atestados

1. Por solicitação livre e sem qualquer coação do interessado ou do seu legal representante, o médico dentista, identificadamente, tem o dever de atestar os estados de saúde ou doença que verifique durante a prestação do ato médico-dentário e proceder ao registo na ficha clínica individual do doente.
2. Do atestado, devem constar a identificação completa do interessado, a existência ou não de doença, a data do seu início, os impedimentos resultantes e o tempo provável de incapacidade e que o mesmo foi emitido por solicitação do doente.
3. O atestado não deve especificar o diagnóstico de que o doente sofre, salvo por solicitação expressa do doente, devendo o médico dentista, nesse caso, fazer constar esse condicionalismo.

4. Para prorrogação do prazo de incapacidade referido no número anterior, deve proceder-se à emissão de novo atestado.
5. O médico dentista está impedido de emitir atestados a si próprio ou em situação de manifesto conflito de interesses.

CAPÍTULO VII HONORÁRIOS

Artigo 39.º | Regras de fixação

1. A medicina dentária é por natureza uma atividade com custos inerentes, pelos quais é devida contraprestação pecuniária fixada livremente, não podendo ser praticados atos profissionais gratuitos de forma generalizada ou regular, exceto quando abrangidos pelo regime jurídico do voluntariado e quando respeitadas as normas deste Código e do Estatuto da OMD
2. A prestação de cuidados médico-dentários aos doentes, deve também ser remunerada ao médico dentista de modo a permitir a sua digna subsistência.
3. Na fixação dos honorários o médico dentista terá em conta, nomeadamente, a sua diferenciação, a complexidade e a dificuldade dos cuidados prestados, o tempo gasto e os custos inerentes.
4. O médico dentista dará ao doente uma estimativa dos honorários envolvidos nos cuidados a prestar e do período provável de duração do tratamento quando assim lhe for solicitado.
5. Os honorários não ficarão na dependência dos resultados obtidos, nem poderão ser cobrados honorários suplementares em função do sucesso da intervenção.
6. O médico dentista não pode estabelecer com qualquer pessoa ou entidade, sistemas de honorários, de comissões ou de qualquer outra forma de compensação como contrapartida pelo encaminhamento de um doente.

7. O valor dos honorários estimados, apesar de ser fixado livremente, não pode colocar em causa ou prejudicar a qualidade dos atos médico-dentários, em defesa do superior interesse do doente e do interesse geral da saúde pública, nos termos do Estatuto da OMD.

Artigo 40.º Documentos comprovativos de pagamento

1. Os documentos comprovativos do pagamento ou os seus anexos descritivos, deverão conter a identificação do doente e médico dentista que realizou os atos médico-dentários.
2. A descrição dos atos constantes dos documentos comprovativos do pagamento dos atos médico-dentários realizados, deverá utilizar e respeitar a Tabela de Nomenclatura da OMD.

TÍTULO III Da publicidade

CAPÍTULO I PRINCÍPIOS GERAIS

Artigo 41.º | Publicidade

1. A reputação do médico dentista deverá assentar, essencialmente, na sua competência, integridade e dignidade profissional.
2. Na divulgação da sua atividade, o médico dentista respeitará os princípios da licitude, da identificabilidade e da veracidade, com respeito pelos direitos do doente.
3. Na divulgação da sua atividade, o médico dentista e os prestadores coletivos de serviços de medicina dentária registados ou inscritos na OMD, respeitarão as regras definidas no Estatuto e em regulamentos próprios, sem prejuízo da demais legislação reguladora da publicidade e da concorrência.

4. Nos termos da lei, o médico dentista tem o dever de não praticar ou recusar a indução geral e abstrata do público a adquirir serviços efetivos cuja necessidade e adequação exijam diagnóstico ou avaliação prévios por profissional habilitado.
5. Nos termos da lei, o médico dentista tem o dever de não aconselhar ou incitar a aquisição de atos e serviços de saúde, sem atender à real e efetiva necessidade do doente.
6. Nos termos da lei, e ao abrigo dos estatutos da OMD o médico dentista deve informar com transparência, rigor e boa-fé, os honorários devidos pelo tratamento realizado ou a realizar, na medida em que a lei obriga a uma contraprestação pecuniária devida por cada ato médico dentário.

Artigo 42.º | Ação publicitária

1. Constituindo a medicina dentária uma atividade regulamentada e sujeita a princípios éticos e deontológicos e de promoção de saúde pública não é permitida a publicidade suscetível de ofender a dignidade da profissão.
2. A divulgação da atividade profissional deve:
 - a) Garantir o prestígio da profissão;
 - b) Ser fácil de identificar;
 - c) Ser leal e rigorosa, respeitando os princípios da veracidade e da objetividade, em todos os elementos utilizados;
 - d) Assegurar que o público compreende com exatidão todas as informações e evitar qualquer informação errada, confusa ou capaz de sugerir interpretações que não correspondam à verdade ou que a alterem;
 - e) Não criar no público qualquer confusão ou interpretação errónea quanto às suas atribuições, capacidades, competências, integridade e reputação, nem quanto às mesmas qualidades dos colegas ou outros profissionais;

- f) Não criar confusão no público na utilização de títulos de especialidade e ou académicos;
- g) Respeitar os princípios de independência, dignidade e honra da profissão;
- h) Guardar o sigilo profissional.

CAPÍTULO II

REGRAS ESPECÍFICAS DE PUBLICIDADE

Artigo 43.º | Conteúdos

1. Sem prejuízo da legislação em vigor em matéria de publicidade em saúde, em medicina dentária são admitidos os seguintes conteúdos:
 - a) Todos os elementos que constam da ficha de inscrição na OMD.
 - b) O uso do título profissional e do título de especialidade em língua portuguesa e sem abreviaturas, atribuídos pela OMD;
 - c) O uso do título profissional do país de origem e a indicação do país onde foi obtido, quando aplicável;
 - d) Qualquer morada ou sede de exercício da profissão, tal como consta na informação prestada à OMD;
 - e) Cargos exercidos na OMD;
 - f) Títulos académicos do médico dentista, com obrigatória indicação da instituição que os concedeu;
 - g) Nas publicações especializadas, pode ser inserido o curriculum vitae académico e profissional do médico dentista.
 - h) A denominação, logótipo ou outro sinal distintivo do prestador de serviços;
 - i) Indicação das áreas médico-dentárias preferencialmente exercidas;

- j) Identificação dos médicos dentistas a exercer em conjunto e demais colaboradores;
 - k) A menção a sistemas de seguros, planos e convenções ou ainda sistemas ou subsistemas de saúde;
 - l) O horário de atendimento ao público;
 - m) Idiomas utilizados;
 - n) Todos os elementos de comunicação disponíveis incluindo telefone, telefax e correio eletrónico;
 - o) Indicação de sítio na Internet;
2. O médico dentista só pode identificar-se como especialista quando a OMD lhe haja atribuído em procedimento próprio, tal qualidade pelo menos numas das áreas:
- a) Ortodontia
 - b) Cirurgia Oral
 - c) Odontopediatria
 - d) Periodontologia
 - e) Medicina Dentária Hospitalar
 - f) Endodontia
 - g) Prostodontia
 - h) Saúde Pública Oral
3. São conteúdos proibidos, nomeadamente:
- a) A identificação direta ou indireta de doentes ou qualquer alusão às suas características.
 - b) Conteúdo publicitário ilegal, confuso, não objetivo, erróneo ou enganoso, agressivo ou de autoengrandecimento, suscetível de indução artificial da procura de tratamentos ou com promessa, garantias ou indução da produção de resultado.
 - c) Publicidade a oferta de um serviço médico dentário sem custos e/ou por tempo excessivamente limitado.

4. O uso do nome, do logótipo ou de qualquer elemento identificador da OMD é direito exclusivo da OMD, logo, a sua utilização é ilícita desde que não tenha sido obtida prévia autorização da OMD para o concreto efeito, a qual, existindo, é sempre mencionada no ato publicitário.

Artigo 44.º | Suportes admitidos

1. A publicidade não poderá ser colocada em suportes que, pela sua natureza, sejam suscetíveis de menorizar, degradar ou de algum modo afetar negativamente o prestígio e a elevação no exercício da profissão de médico dentista.
2. São designadamente admissíveis para a publicidade, os seguintes suportes:
 - a) Colocação, no exterior da clínica ou consultório, de uma placa ou tabuleta identificativa;
 - b) Utilização de cartões de apresentação;
 - c) Colocação de anúncio em listas telefónicas, de telefax ou análogas;
 - d) Publicações profissionais;
 - e) Promoção ou intervenção em conferências e colóquios;
 - f) Publicação de brochuras ou de escritos;
 - g) Artigos periódicos sobre temas médico-dentários em imprensa especializada ou não especializada;
 - h) Criação de um sítio na Internet e /ou utilização das respetivas redes sociais.

Artigo 45.º | Divulgação por via eletrónica

O recurso ao sítio na Internet e demais redes sociais, respeitará todas as regras definidas no Estatuto, no presente Código, bem como na restante regulamentação aplicável.

Artigo 46.º | Rastreios epidemiológicos e ações de promoção de saúde oral

1. O médico dentista pode organizar atividades de rastreio epidemiológico ou ações de promoção de saúde oral na área da medicina dentária, desde que tenha como finalidade exclusiva e determinante a promoção da saúde pública oral e a prevenção da doença.
2. A utilização de técnicas de promoção de saúde oral e/ou rastreio epidemiológico que não estejam estritamente relacionadas com a finalidade do mesmo, nem sejam necessárias à sua divulgação, serão consideradas como publicidade.
3. Na organização dos rastreios epidemiológicos ou ações de promoção de saúde oral deverão ser escrupulosamente respeitados os princípios éticos e deontológicos da beneficência, da autonomia, da independência e da não maleficência e assegurar ainda a informação, esclarecimento e obtenção de consentimento por parte dos participantes.
4. No rastreio epidemiológico e/ou nas ações de promoção de saúde oral o médico dentista não deverá divulgar o seu local de trabalho.

Artigo 47.º | Relação do médico dentista e meios de comunicação social

O médico dentista que participe em programas de rádio, televisão ou imprensa escrita ou que conceda entrevistas relacionadas com a medicina dentária, deve observar para além de todas as regras inerentes à publicidade, ainda o seguinte:

- a) As informações a fornecer devem ser tecnicamente objetivas e corretas de acordo com os conhecimentos científicos contemporâneos e devem ter por finalidade a promoção da profissão, da educação para a saúde da população e da saúde pública.

- b) A identificação pessoal do médico dentista deve ser feita pelo seu nome e área a que se dedica ou, caso se verifique, à especialidade, sem que a mesma seja repetida ou de alguma forma posta em destaque.

TÍTULO IV

Médicos dentistas e a comunidade

CAPÍTULO I

Princípios gerais

Artigo 48.º | Princípio geral

1. Os prestadores de medicina dentária habilitados nos termos do Estatuto da OMD, têm o dever de pugnar pela saúde da população, essencialmente pela saúde oral e pelo funcionamento e aperfeiçoamento das instituições intervenientes na área da saúde, designadamente a OMD.
2. O médico dentista deve apoiar e participar nas atividades da comunidade e da OMD que tenham por fim promover a saúde e o bem-estar da população e a prevenção das doenças.

Artigo 49.º | Conduta na identificação profissional

O médico dentista tem o dever de se identificar de forma a dignificar a profissão, e de não expor de forma falsa ou desajustada a sua formação, qualificação ou competência.

Artigo 50.º | Dever de colaboração

Salvaguardado o direito ao exercício independente e livre da sua profissão, e o respeito pelas demais regras deontológicas, o médico dentista e os prestadores coletivos nos termos do Estatuto da OMD

devem colaborar com todas as autoridades competentes nas ações por estas desenvolvidas com o intuito de promover a saúde e o bem-estar das populações se assim o entenderem.

Artigo 51.º | Dever de prevenir

1. O médico dentista tem o dever de comunicar à OMD, de forma rigorosa, objetiva e confidencial, sobre a violação das regras deontológicas de que tenha conhecimento, aceitando depor nos processos que, em consequência, venham a ser instaurados.
2. São totalmente vedados ao médico dentista e aos restantes membros inscritos na OMD, atos ou omissões que promovam, permitam ou facilitem o exercício ilegal da profissão.

Artigo 52.º | Saúde Pública

No exercício da sua profissão, deve o médico dentista cooperar para a defesa da saúde pública, competindo-lhe, designadamente:

- a) Participar prontamente às autoridades de saúde os casos de doenças contagiosas de declaração obrigatória e os casos de doenças contagiosas graves ou de fácil difusão;
- b) Prestar serviços profissionais em caso de epidemia, sem abandonar os seus doentes, sempre que tal lhe seja solicitado pelas autoridades de saúde;
- c) Prestar serviços profissionais em caso de catástrofe, oferecendo os seus préstimos às autoridades e atuando em coordenação com elas;
- d) Cooperar com as autoridades na execução de medidas destinadas a prevenir o uso ilícito de drogas;
- e) Prestar informações, no que seja do seu conhecimento, à autoridade de saúde, sobre os factos e circunstâncias que

possam respeitar à saúde pública e responder a inquérito quando por elas solicitado;

- f) Obedecer às determinações das autoridades de saúde, sem prejuízo do cumprimento das normas deontológicas;
- g) Comunicar junto das autoridades competentes os casos de agressões e maus-tratos a utentes que aos seus serviços recorram, sem prejuízo do dever de sigilo médico e do disposto na legislação nacional e da União Europeia quanto a esta matéria.

Artigo 53.º | O médico dentista e o doente privado de liberdade

- 1. O médico dentista que preste, ainda que ocasionalmente, cuidados clínicos em instituições em que o doente esteja, por força da lei, privado da sua liberdade, tem o dever de respeitar sempre o interesse do doente e a integridade da sua pessoa.
- 2. O médico dentista deve impedir comunicando à OMD qualquer indício ou ato lesivo da saúde física ou psíquica do doente, nomeadamente daquele por cuja saúde é responsável.

CAPÍTULO II MÉDICO DENTISTA PERITO

Artigo 54.º | Médico dentista perito

- 1. No exercício de função pericial deve o médico dentista agir com total independência e com o único objetivo de cumprir esta missão.
- 2. No cumprimento cabal do disposto no número anterior, o médico dentista deve recusar a função pericial sobre pessoa com quem tenha relação que possa afetar a sua independência, bem como quando esteja em presença de interesses próprios ou outros suscetíveis de afetar a sua imparcialidade.

3. Antes de dar início à perícia, o médico dentista deve identificar-se como perito e certificar-se que a pessoa a examinar tem conhecimento da peritagem.
4. É permitido ao médico dentista recusar esta missão quando as questões sob perícia não forem relacionadas com a sua área específica de conhecimento.
5. No exercício de função pericial, o médico dentista deve limitar a sua atuação à função que lhe tenha sido confiada, devendo atuar com diligência, colaboração processual, procedendo a uma análise objetiva dos factos, respondendo diretamente aos quesitos colocados e evitando apreciações ou comentários subjetivos.
6. O médico dentista perito tem o direito de obter do sujeito objeto da perícia toda a colaboração necessária, incluindo a informação clínica, o suporte documental, bem como os meios auxiliares de diagnóstico, para a realização da perícia.
7. O médico dentista perito não poderá ser responsabilizado pela impossibilidade de realização da perícia, caso o visado não preste a total colaboração nos termos indicados no número anterior, designadamente caso verifique a omissão de informação relevante para o resultado da perícia.
8. Em qualquer fase da perícia e ainda que depois de terminada a mesma, o médico dentista perito deve guardar sigilo sobre todos os aspetos de que tenha tido conhecimento em virtude do exercício da função, sem prejuízo do seu direito de fundamentar as conclusões que alcançou, revelando factos dos quais tenha conhecimento à entidade competente no âmbito pericial.
9. Ao médico dentista perito é também aplicável o regulamento próprio sobre a comissão pericial da OMD.

TÍTULO V

Relações entre médicos dentistas

CAPÍTULO I

PRINCÍPIOS GERAIS

Artigo 55.º | Regra geral

1. A solidariedade profissional é um dever fundamental do médico dentista na relação com os seus pares, devendo proceder com a maior correção e urbanidade, mantendo relações de confiança e cooperação, em benefício do doente.
2. Todo o médico dentista tem direito a ser tratado com respeito e consideração, designadamente, na relação entre colegas, sem discriminação ou perseguição, nomeadamente com base na ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, diferenciação, situação económica, condição social ou orientação sexual.
3. O médico dentista não deve fazer afirmações ou declarações desprimorosas sobre colegas e, perante qualquer tipo de discordância, o direito de resposta deve ser exercido com o máximo respeito mútuo.
4. A relação entre os médicos dentistas jamais justificará que se coloquem os interesses da profissão acima dos interesses do doente e da defesa da saúde.

Artigo 56.º | Assistência moral

Os médicos dentistas devem-se, reciprocamente, assistência moral, devendo, nomeadamente:

- a) Tomar a defesa do colega que dela careça;
- b) Abster-se, em qualquer circunstância, de qualquer ataque pessoal ou alusão deprimente;

- c) Abster-se de fazer comentários depreciativos à competência ou a métodos utilizados por outro colega.

Artigo 57.º | Dever de auxílio

1. Em benefício dos doentes, o médico dentista pode auxiliar os seus pares à luz dos seus conhecimentos científicos e clínicos.
2. Sem prejuízo da liberdade de escolha do doente, o médico dentista deve fornecer todos os elementos relevantes que possam ser utilizados por outros médicos dentistas.

Artigo 58.º | Pronúncia pública

1. O médico dentista tem o dever de não se pronunciar publicamente sobre tratamento que esteja a ser realizado por colega, salvo na presença deste ou com o seu consentimento.
2. O médico dentista deve abster-se de divulgar publicamente informação destinada a acesso exclusivo a médicos dentistas ou considerada de natureza confidencial pela OMD ou nos termos legais.
3. O médico dentista e demais membros coletivos da OMD devem abster-se de, publicamente de forma não fundamentada, colocar em causa o bom nome da OMD ou órgão da mesma.

Artigo 59.º | Médico dentista incapacitado

1. Se um médico dentista se tornar incapaz de tratar doentes, por doença ou outra razão válida, é dever dos colegas tomarem as medidas necessárias para que de tal circunstância não advenha perigo ou dano para os doentes.
2. É dever do médico dentista prestar auxílio ao colega incapaz de tratar doentes, por doença ou qualquer outra razão e, se necessário, informar a OMD para que esta desencadeie as medidas adequadas à prevenção de perigo ou dano para o doente, para o próprio médico dentista e para a saúde pública.

CAPÍTULO II TRANSFERÊNCIA DE DOENTES

Artigo 60.º | Envio de doente

1. No interesse do doente e quando o julgue necessário, o médico dentista deve solicitar a colaboração de outro médico dentista que entenda mais capacitado.
2. O médico dentista que receba doente por solicitação de outro médico dentista, no mero âmbito da colaboração entre pares, deve cingir-se à atuação clínica solicitada pelo colega, assistindo-lhe o direito à objeção de consciência e à liberdade fundamentada de recusa de assistência.
3. O médico dentista em exercício de atividade em organismo público não deve propiciar a angariação de doentes para o setor privado, com ressalva de notória necessidade do doente.

CAPÍTULO III ESTUDOS CIENTÍFICOS

Artigo 61.º | Publicação de artigos de medicina dentária

1. Sem prejuízo dos direitos de autor, no exercício do ensino ou da investigação científica ou na apresentação de casos clínicos, o médico dentista não pode:
 - a) Realizar investigações clínicas ou epidemiológicas sem parecer ético das entidades competentes e consentimento dos participantes;
 - b) Aproveitar-se de posição hierárquica para fazer constar o seu nome na coautoria de obra;
 - c) Apresentar como sua, no todo ou em parte, obra de outrem, ainda que não publicada;

- d) Publicar informação que identifique o doente, sem consentimento deste;
- e) Fazer uso sem referência ao autor, ou fonte, de dados, informações ou opiniões coletados em partes da sua obra, publicadas ou não;
- f) Falsear ou deturpar a interpretação de imagens clínicas ou dados estatísticos.

Artigo 62.º | Investigação científica e experimentação humana

1. A experimentação humana de novas técnicas ou ensaios clínicos de medicamentos só pode ser posta em prática em estreita observância dos seguintes princípios:
 - a) O bem-estar do indivíduo deve prevalecer sobre os interesses da ciência e da comunidade;
 - b) A integridade física e psíquica do indivíduo deve ser escrupulosamente respeitada;
 - c) Os resultados obtidos na experimentação animal devem permitir concluir que os riscos para um indivíduo a submeter ao ensaio posterior são proporcionais aos benefícios que para esse indivíduo se apresentam como previsíveis;
 - d) A realização da experimentação deve ser feita por médico dentista cientificamente qualificado e com o objetivo de beneficiar o indivíduo ou outros que possam vir a beneficiar do ensaio realizado;
 - e) O médico dentista que participe em qualquer experimentação tem o dever de comunicar, nos termos da lei, todos os conflitos de interesse que possam ser invocados, nomeadamente o relacionamento atual ou passado com empresas produtoras de produtos farmacêuticos ou dispositivos médicos;

- f) A investigação de novos fármacos deve ser feita por comparação com terapêuticas eficazes conhecidas, quando existam;
 - g) A todas as pessoas envolvidas na investigação deve ser assegurada a continuação de terapêutica eficaz após o fim do ensaio.
2. Qualquer investigação epidemiológica ou clínica, médico-dentária ou cirúrgica, deve revestir-se de garantias éticas apoiadas na legislação em vigor.

TÍTULO VI

Disposições finais

Artigo 63.º | Atos regulatórios

O Conselho Deontológico e de Disciplina, propõe as normas e propõe e aprova as deliberações, resoluções e recomendações, necessárias e adequadas à deontologia da medicina dentária, nos termos da competência reservada pelo competente Estatuto da OMD.

Artigo 64.º | Interpretação e integração

A interpretação e a integração do presente Código são da competência do Conselho Deontológico e de Disciplina da OMD.

Artigo 65.º | Revogação

É revogado o Código Deontológico aprovado pelo Regulamento interno n.º | 2/99, publicado no Diário da República – 2.ª série, n.º 143, de 22 de junho, alterado pelo regulamento interno n.º 4/2006, publicado no Diário da República, 2.ª série n.º 103, de 29 de maio.

Artigo 66.º | Entrada em vigor

O presente regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

30 de março de 2019. – O Presidente do Conselho Geral da Ordem dos Médicos Dentistas, Paulo Ribeiro de Melo.

REGULAMENTO DA AÇÃO DISCIPLINAR DA ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS

REGULAMENTO N.º 606/2016

I. DISPOSIÇÕES COMUNS

Artigo 1.º | Participação

1. Quem com base na legitimidade procedimental prevista no n.º 1 do artigo 78.º do Estatuto a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) participe ou pretenda participar factos, que alegadamente sejam suscetíveis de constituir infração disciplinar deve reduzir a mesma a escrito, fazendo dela constar:
 - a) Identificação do participante mediante nome completo, domicílio e ainda preferencialmente se dispor de tal, endereço de correio eletrónico.
 - b) Descrição o mais completa possível da situação detalhada dos factos;
 - c) Identificação do(s) Médico(s) Dentista(s) visado(s),
 - d) Indicação e/ou junção de todos os elementos de prova, que, no caso de testemunhas, não podem exceder o número de 3;

- e) Assinatura do participante, representante legal ou de mandatário constituído;
 - f) Afirmação clara da intenção de participar disciplinarmente contra o visado;
2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, poderá ser utilizado para efeitos de participação, o formulário de reclamação, disponível no portal eletrónico da Ordem dos Médicos Dentistas.
 3. No caso de a participação ser subscrita por mandatário constituído, conforme previsto na parte final da alínea e), do n.º 1, a mesma deve ser acompanhada da respetiva procuração forense.
 4. Caso se verifique a ausência da procuração forense, será solicitado ao participante e/ou mandatário pela via mais célere, a regularização da documentação no prazo máximo de 5 dias.
 5. Findo o prazo indicado no número anterior, sem que seja junta a respetiva procuração forense, considera-se o mandato como não constituído.

Artigo 2.º | Desistência da participação

1. Se nos termos do artigo 79.º do Estatuto, der entrada nos serviços da Ordem dos Médicos Dentistas desistência da participação, a mesma só não produzirá efeitos se, notificado o visado ou o arguido, este se opuser à mesma no prazo de 5 dias, alegando que pretende a continuidade da ação disciplinar, por a mesma ter posto em causa a sua dignidade pessoal ou profissional.
2. Se o visado ou arguido nada disser no prazo previsto no número anterior, o seu silêncio vale como aceitação da desistência.
3. Durante a audição do visado ou do arguido pode o relator perguntar se, em caso de desistência do participante, a acei-

ta e, nesse caso, fica prejudicada a notificação prevista no número anterior caso a desistência venha a ser requerida no processo pendente.

4. Se o conselho deontológico e de disciplina considerar que a participação coloca em causa o prestígio da OMD ou a dignidade da profissão, no prazo de 15 dias a contar da receção da desistência será dado prosseguimento à ação disciplinar.
5. No caso precedente a continuação do processo apesar da desistência deve contar de decisão fundamentada do conselho deontológico e de disciplina, tomada na reunião ordinária seguinte à data de entrada da desistência.

Artigo 3.º | Notificações

1. Em qualquer forma de ação disciplinar, a notificação do visado ou do arguido deverá ser feita por carta registada com aviso de receção para o domicílio fixado como sede de correspondência pelo membro junto dos serviços administrativos da Ordem dos Médicos Dentistas.
2. Na hipótese de a carta vir devolvida por não reclamada, deverá considerar-se que o visado ou arguido está em parte incerta e será notificado editalmente nos termos previstos no estatuto e, ainda, com publicitação dos editais em local próprio no sítio eletrónico da OMD.
3. Todos os outros intervenientes no processo devem ser notificados para os termos do mesmo pela via mais expedita possível, preferencialmente por correio eletrónico, sem prejuízo de poderem ser notificados por registo postal simples.
4. No caso de ser necessária a notificação edital do arguido ou visado, os custos das publicações inerentes às formalidades legais da mesma, ser-lhe-ão imputados e cobrados voluntária ou coercivamente pelo órgão estatutariamente competente para o efeito.

Artigo 4.º | Assistência pela assessoria jurídica

1. Em qualquer forma de ação disciplinar o conselho deontológico e de disciplina ou o relator nomeado pode, conforme os casos, ser coadjuvado pela assessoria jurídica da OMD na fase instrutória própria desse procedimento, bem como a tramitação dos mesmos.
2. Quando houver que tomar decisões interlocutórias ou finais, a assessoria fará concluso o processo ao relator para decisão, instruindo-as previamente com parecer jurídico, exceto quando o relator, atendendo à especificidade clínica da questão em discussão, avocar a si o processo, caso em que promoverá este parecer de natureza clínica.

Artigo 5.º | Direito a constituir advogado

Em qualquer estado do processo e qualquer que seja a forma da ação disciplinar em causa, o visado ou o arguido tem direito a constituir advogado.

Artigo 6.º | Prazos

Os prazos referidos no presente regulamento são sempre contados em dias úteis exceto quando sejam iguais ou superiores a 6 meses.

Artigo 7.º | Participação contra membros do Conselho Deontológico e de Disciplina

Sem prejuízo do disposto no artigo 72.º, n.º 5 do Estatuto, os membros do conselho deontológico e de disciplina que sejam visados em participação disciplinar, ficam impedidos de participar no ponto da ordem do dia destinado à sua apreciação.

Artigo 8.º | Impedimentos

1. O membro do conselho deontológico e de disciplina deve considerar-se impedido de apreciar e deliberar sobre uma participação disciplinar, ou de ser nomeado como relator de processo disciplinar, quando, designadamente:
 - a) Seja ele o participante;
 - b) Seja participante e/ou visado, o seu cônjuge, algum parente ou afim em linha reta ou até ao 2.º grau da linha colateral ou qualquer pessoa com quem viva em economia comum;
 - c) O participante seja ou tenha sido seu doente;
 - d) Mantenha relação profissional próxima com o participante e/ou visado;
2. O membro do conselho deontológico e de disciplina que se considere abrangido por alguma das causas referidas no número anterior, deve imediatamente comunicar tal facto ao conselho deontológico e de disciplina, que decidirá da existência ou não de impedimento.
3. Caso se verifique perante uma determinada participação, a existência de impedimentos que prejudique o quórum mínimo deliberativo constante do artigo 68.º, n.º 2 do estatuto, os membros do conselho deontológico e de disciplina apresentados no momento da candidatura ao órgão, enquanto suplentes, assumirão as funções adequadas ao correto funcionamento do órgão evitando a paralisação dos trabalhos.

II. DO PROCESSO DE INQUÉRITO

Artigo 9.º | Instauração

Para efeitos do disposto no artigo 96.º do estatuto, o presidente do conselho deontológico e de disciplina instaura processo de inquérito, quando, face a uma participação disciplinar:

- a) Não seja possível identificar claramente a existência de uma infração disciplinar.
- b) Não seja possível identificar de forma clara e concreta o respetivo infrator.

Artigo 10.º | Instrutor e início das diligências

1. Instaurado o processo de inquérito, o presidente do conselho deontológico e de disciplina designa, no mesmo despacho, o respetivo instrutor de entre os vogais do conselho deontológico e de disciplina.
2. Nomeado o instrutor, este determina, no prazo máximo de 30 dias o início do inquérito e manda proceder à notificação do(s) visado(s) nos termos do artigo 100.º do estatuto da OMD para se pronunciarem, por escrito, no prazo de 10 dias ou, presencialmente, quando nisso haja conveniência processual, devendo, neste caso, comparecer(em) na data determinada na sede ou nas delegações da OMD para prestar esclarecimentos relativamente ao conteúdo da participação.
3. Compete ao instrutor nomeado, a promoção sumária das diligências necessárias a apurar as circunstâncias subjetivas ou objetivas previstas no artigo anterior, incluindo a de determinar a prestação de declarações por testemunhas que eventualmente o participante indique.
4. O instrutor designado remete as conclusões da prova obtida em inquérito e o respetivo processo para o presidente

do conselho deontológico e de disciplina, podendo este no prazo de 60 dias:

- a) Arquivar o processo de inquérito, se o mesmo for inconclusivo ou se for conclusivo no sentido de não existir qualquer infração disciplinar;
 - b) Instauração de processo disciplinar, se se verificar a existência de infração disciplinar;
 - c) Propor ao conselho deontológico e de disciplina nos termos do artigo do estatuto da OMD a instauração prévia de processo cautelar.
5. O processo de inquérito pode constituir, por decisão do presidente do conselho deontológico e de disciplina, a fase de instrução do processo disciplinar, deduzindo o relator designado para o efeito, no prazo máximo de 60 dias, a acusação, seguindo-se a restante tramitação do processo disciplinar constante do Estatuto e deste regulamento.

III. DO PROCESSO CAUTELAR

Artigo 11.º | Instauração

1. Determinada a instauração de processo cautelar contra membro da OMD, o prazo para cumprimento independentemente do seu fundamento, é de 15 dias a contar da notificação da deliberação do conselho deontológico e de disciplina, a qual deve ser feita com a advertência expressa de que o seu incumprimento injustificado determina infração disciplinar pela qual será instaurado nos termos da Secção III o respetivo procedimento.
2. O prazo poderá ser prorrogado por igual período uma única vez se o visado alegar e demonstrar, no prazo originariamente concedido, que devido à ocorrência de casos fortuitos ou

de força maior e alheios à sua vontade, lhe é consideravelmente difícil ou, até mesmo, impossível cumprir as determinações que lhe foram impostas.

3. A prorrogação do prazo deve ser requerida antes do decurso do prazo inicial ter terminado, sendo que o pedido não suspende nem interrompe o decurso do prazo em curso, devendo tal prorrogação ser decidida em dois dias pelo presidente do conselho deontológico e de disciplina no qual, para este efeito, o conselho deontológico e de disciplina poderá delegar esta competência de prorrogação.

IV. DO PROCESSO DISCIPLINAR

SECÇÃO I

Processo comum

Artigo 12.º | Distribuição do processo

1. Instaurado o processo disciplinar pelo órgão estatutariamente competente para o efeito, o presidente do conselho deontológico e de disciplina, após audição do órgão, designará, entre os seus membros, com exceção do presidente, o competente relator.
2. No caso de impedimento ou justificada suspeição do relator a quem foi distribuído o processo, deve ser feita nova distribuição do mesmo entre os membros restantes.

Artigo 13.º | Instrução

1. Na instrução do processo disciplinar deve o relator esforçar-se por atingir a verdade material, remover os obstáculos ao seu regular e rápido andamento e recusar o que for impertinente, inútil ou dilatório, sem prejuízo do direito de defesa.

2. Ao relator compete regular o andamento da instrução do processo e manter a disciplina nos respetivos atos, diretamente ou coadjuvado pela assessoria jurídica designado para o efeito.
3. A forma dos atos, quando não seja expressamente regulada, deve ajustar-se ao fim em vista e limitar-se ao indispensável para o atingir.

Artigo 14.º | Apensação do processo

1. Se estiverem pendentes mais do que um processo disciplinar contra o mesmo membro da OMD, poderão ser todos apensados ao mais antigo e proferida uma só decisão, salvo se da apensação resultar manifesto inconveniente para a instrução da causa.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, haverá manifesto inconveniente na apensação, designadamente, quando as infrações indiciadas não apresentem a mesma natureza.

Artigo 15.º | Local da Instrução

A prática dos atos da instrução realizar-se-á no local designado pelo respetivo relator.

Artigo 16.º | Início e termo da instrução

1. A instrução do processo disciplinar inicia-se no prazo máximo de 45 dias, a contar da data da distribuição do mesmo ao relator, e deve ultimar-se no prazo de 90 dias, só podendo ser excedido este prazo por despacho da entidade que o mandou instaurar, sob proposta fundamentada do relator, com base na excecional complexidade da mesma.
2. O prazo de 90 dias referido no número anterior conta-se da data em que o relator tiver dado início à instrução.

3. O relator informa o presidente do conselho deontológico e de disciplina, o arguido e o participante, da data de início da instrução.

Artigo 17.º | Medidas cautelares

1. Todos têm o dever de tomar as medidas adequadas para que não se possa alterar o estado dos factos e documentos em que se descobriu ou se presume existir alguma irregularidade, nem subtrair as provas desta.
2. A alteração do estado dos factos, da documentação ou subtração de prova nos termos referidos no número anterior, nomeadamente por destruição, danificação, inutilização total ou parcial, sonegação ou descaminho, suscetível de ser imputada a médico dentista, independentemente da natureza da sua intervenção no processo, constitui matéria para efeitos de apreciação disciplinar.

Artigo 18.º | Instrução do processo

1. O relator perante a participação apresentada, designa dia hora e local para diretamente ou através de assessor jurídico designado, ouvir o participante, as testemunhas por este indicadas e as mais que entender pertinentes, procedendo a exames e mais diligências que possam esclarecer a verdade e fazendo juntar aos autos o certificado de registo disciplinar do participado.
2. O relator ou o assessor jurídico designado para o efeito ouve o arguido, a requerimento deste e sempre que o entenda conveniente, até se ultimar a instrução, e pode também aca-reá-lo com as testemunhas ou com o participante.
3. Durante a fase de instrução, o arguido pode requerer ao relator que promova as diligências para que tenha competência e consideradas por aquele como essenciais para apuramento da verdade.

4. Quando o relator julgue suficiente a prova produzida, pode, em despacho fundamentado, indeferir o requerimento referido no número anterior.
5. Terminadas as diligências probatórias da instrução, o relator promove no prazo máximo de 90 dias despacho de arquivamento ou de acusação.

Artigo 19.º | Notificação da acusação e defesa do arguido

1. Da acusação extrai-se cópia, no prazo de 48 horas, para ser entregue ao visado para dela ser notificado nos termos previstos neste regulamento, sendo-lhe concedido um prazo até 30 dias para apresentar a sua defesa escrita.
2. Se o arguido for notificado no estrangeiro ou por edital, o prazo para a resposta não pode ser inferior a 60 dias, nem superior a 90 dias.
3. Com a apresentação da defesa não podem ser indicadas mais de 5 testemunhas devendo o arguido indicar os factos da defesa ou da acusação a que cada uma delas em concreto responde, como o limite de 3 testemunhas por cada facto.
4. Atendendo à natureza e extensão dos temas da prova, pode o relator, por decisão irrecorrível, admitir a inquirição de testemunhas para além do limite previsto no número anterior, até ao máximo de 10.
5. Quando o processo seja complexo, pelo número e natureza das infrações ou por abranger vários arguidos, o relator pode conceder, a pedido dos mesmos, prazo superior ao previsto no n.º 1, até ao limite de 90 dias.
6. O pedido de prorrogação do prazo não interrompe nem faz suspender o decurso do prazo originariamente dado para defesa e deve ser decidido em 48 horas pelo relator.

Artigo 20.º | Produção da prova oferecida pelo arguido

1. As diligências requeridas pelo arguido podem ser recusadas em despacho do relator, devidamente fundamentado, quando manifestamente impertinentes e desnecessárias.
2. O relator pode recusar a inquirição das testemunhas quando considere suficientemente provados os factos alegados pelo arguido.
3. As diligências para a inquirição de testemunhas são notificadas ao arguido que as deverá apresentar no dia e hora determinada para o efeito.
4. O advogado do arguido pode estar presente e intervir na inquirição das testemunhas.
5. O relator ou a quem estiver delegado a realização de diligências instrutórias, inquire as testemunhas e reúne os demais elementos de prova oferecidos pelo arguido, no prazo de 60 dias, o qual pode ser prorrogado, por despacho, até 120 dias, quando a complexidade das diligências o exigam.
6. A inquirição de testemunhas é presencial, exceto nos casos em que comprovadamente, o sistema de videoconferência disponível na sede e delegações da OMD, se revele o único meio adequado a assegurar a realização da diligência e o normal andamento dos atos processuais.
7. O registo do depoimento das testemunhas inquiridas no processo pode ser feito mediante termo prévio de autorização do próprio através de gravação, dispensando-se, neste caso, o auto de declarações, e ficando a constar do respetivo processo o competente registo físico dessas gravações devidamente identificado.
8. Finda a produção da prova oferecida pelo arguido, podem ainda ordenar-se, em despacho, novas diligências que se tornem indispensáveis para o completo esclarecimento da verdade.

Artigo 21.º | Relatório

Terminada a fase de produção de prova apresentada pela defesa, o relator elabora no prazo máximo de 60 dias, relatório final completo e conciso donde constem a existência material das infrações a sua qualificação e gravidade, bem como a sanção que entenda ser justa ou, em vez disso, a proposta para que os autos se arquivem, designadamente por serem insubsistentes os factos constantes da acusação.

Artigo 22.º | Julgamento simplificado

1. Não havendo lugar a audiência pública, o relator, sem direito a voto, apresenta o resultado da inquirição, propondo a absolvição ou a condenação em sanção disciplinar que entenda ser justa, é votada a deliberação e lavrado e assinado o acórdão.
2. Se algum ou alguns membros se declararem não habilitados a deliberar, o processo é dado para vista, por 5 dias, a cada membro que a tiver solicitado, findo o que é novamente presente para julgamento.
3. Os votos de vencido devem ser fundamentados.
4. Antes do julgamento, o conselho pode ordenar a realização de novas diligências, a cumprir no prazo que para o efeito se estabeleça.
5. Do acórdão final são notificado(s) o(s) arguido(s), o(s) participante(s), o conselho diretivo e ainda nos casos de ter sido aplicada pena de expulsão ou suspensão, as autoridades competentes na área da saúde e outras que se julguem pertinentes para o caso concreto.

Artigo 23.º | Julgamento em audiência pública

1. Quando nos termos do artigo 88.º, n.º 1 do estatuto da OMD a aplicação de sanções disciplinares só possa ter lugar em audiência pública, é a mesma realizada no prazo de 60 dias a contar da data em que o processo foi remetido para decisão ao conselho deontológico e de disciplina.
2. A audiência pública é presidida pelo presidente do conselho deontológico e de disciplina ou pelo seu legal substituto e nela podem intervir o participante que seja direto titular do interesse ofendido pelos factos participados, o arguido e os mandatários que hajam constituído.
3. A audiência pública só pode ser adiada uma vez por falta do arguido ou do seu defensor.
4. Faltando o arguido e não podendo ser adiada a audiência, o processo é decidido nos termos do artigo anterior
5. Caso falte justificadamente o presidente do conselho deontológico e de disciplina ou qualquer membro efetivo a audiência poderá ser adiada, com a anuência do arguido.
6. Aberta a audiência, o relator lê o relatório final, procedendo-se de seguida à produção de prova complementar eventualmente requerida pelo participante ou pelo arguido e que deve ser imediatamente oferecida, podendo ser arroladas até 5 testemunhas.
7. Finda a produção de prova, é dada a palavra ao participante e ao arguido ou aos respetivos mandatários para alegações orais, por período não superior a trinta minutos.
8. Caso o considere conveniente, o conselho deontológico e de disciplina pode determinar a realização de novas diligências.
9. Encerrada a audiência, o conselho reúne para deliberar, lavrando acórdão no prazo de 30 dias que deve ser notificado ao arguido, ao participante e ao conselho diretivo, bem como ao bastonário da OMD.

Artigo 24.º | Registo de sanções disciplinares e publicidade

1. As penas aplicadas são objeto de registo do extrato de registo disciplinar informático do membro da OMD destinatário das mesmas.
2. Do extrato do registo disciplinar do arguido deve constar:
 - a) As sanções nas quais foi condenado.
 - b) A data da prática das infrações que deram causa às penas registadas;
 - c) A data em que o arguido foi notificado do acórdão final.
 - d) A indicação de sanções acessórias
 - e) A indicação de suspensão da pena e por que período de tempo ou condições.
3. A publicidade das sanções de suspensão e expulsão é realizada, nos termos previstos no artigo 92.º, n.º 4 do Estatuto, devendo constar da decisão condenatória a respetiva duração por 24 meses.
4. A duração da sanção disciplinar acessória prevista no artigo 85.º, n.º 1, alínea c) do estatuto, deve constar da decisão condenatória, de 6 meses para a pena de advertência e de 12 meses para as penas de censura e de multa e deve ser realizada na revista da OMD e no portal eletrónico da OMD.
5. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, da publicação da sanção disciplinar deve constar o motivo do processo disciplinar, o nome do arguido, o número da respetiva cédula profissional, a sanção aplicada nos termos do estatuto da OMD e referência às matérias deontológicas e clínicas violadas em situações consideradas graves do ponto de vista ético ou de perigo para a saúde pública.
6. Compete aos serviços administrativos da OMD manter atualizado o registo disciplinar dos membros da OMD.

Artigo 25.º | Execução da pena de multa

O conselho diretivo, notificado da aplicação da pena de multa, deve, decorrido o prazo de pagamento voluntário da mesma, sem que este se verifique, deliberar no prazo de 6 meses pela cobrança coerciva da mesma e, de seguida, requerer ao serviço de finanças competente para o efeito, a emissão da respetiva certidão de dívida pelo valor da multa em incumprimento e requerer a este a instauração do competente processo executivo fiscal contra o membro da OMD em falta.

SECCÃO II

Garantias

Artigo 26.º | Garantias ordinárias

1. Das decisões interlocutórias do relator que não sejam de mero expediente cabe recurso para o conselho deontológico e de disciplina a interpor no prazo de 10 dias.
2. O conselho deontológico e de disciplina decidirá o recurso no prazo máximo de 60 dias, em reunião imediata seguinte.
3. O recurso previsto no n.º 1, se admitido, tem efeito suspensivo, suspendendo a decisão impugnada nos seus efeitos e, consequentemente, suspendendo o processo disciplinar até ao termo do prazo previsto no n.º 2.
4. As decisões finais proferidas em processos disciplinares, ainda que em fase de revisão ou de reabilitação, podem ser impugnadas administrativamente nos termos previstos no código de procedimento administrativo ou, ainda, jurisdicionalmente nos termos legalmente previstos.
5. As nulidades supríveis consideram-se supridas se não foram objeto de reclamação para o relator no prazo de 5 dias.

Artigo 27.º | Garantias Extraordinárias

1. As garantias extraordinárias são a revisão da decisão e a reabilitação do membro da OMD condenado em pena disciplinar.
2. A revisão da decisão disciplinar pode ser pedida a todo o tempo.
3. Quando tenha por base o fundamento previsto na alínea d), do n.º 1, do artigo 102.º do estatuto da OMD, a revisão não é admissível se apenas se destinar a rever a medida da pena.
4. As reabilitações de sanções disciplinares diversas da expulsão podem ser admitidas desde que:
 - a) No caso de advertência e censura, tenha decorrido mais de 1 ano desde a sua aplicação;
 - b) No caso de multa, tenham decorrido mais de 5 anos sobre a sua aplicação e desde que tenha pago voluntária ou coercivamente a multa aplicada;
 - c) No caso de suspensão, tenham decorrido mais de 10 anos sobre a sua aplicação.
5. Tem legitimidade para requerer a revisão, o arguido condenado e o participante no caso de a decisão ter sido absolutória.
6. A reabilitação deve dar entrada no prazo máximo de 5 anos do termo do prazo previsto na alínea a) do n.º 1 do artigo 103.º do estatuto da OMD e pode ser requerida pelo condenado.
7. Têm ainda legitimidade para requerer a revisão ou para a continuar, o cônjuge, os descendentes, adotados, ascendentes, parentes ou afins até ao 2.º grau da linha colateral.

Artigo 28.º | Formulação do pedido

1. O requerimento ou proposta de revisão ou de reabilitação é apresentado ao órgão com competência disciplinar que proferiu a decisão a rever.

2. O requerimento ou proposta de revisão é sempre motivado e contém a indicação dos meios de prova.
3. Devem ser juntos ao requerimento de revisão ou de reabilitação todos os documentos necessários à instrução do pedido.
4. O conselho deontológico e de disciplina deve pronunciar-se sobre a admissão da revisão ou da reabilitação na reunião ordinária subsequente à entrada do pedido, devendo, em caso de admissão, ser qualquer um dos pedidos distribuído a um relator distinto do que foi designado para a instruir e relatar a decisão a rever.

Artigo 29.º | Tramitação

1. A revisão e a reabilitação são processadas por apenso aos autos em que foi proferida a decisão a rever ou em que foi proferida a pena aplicada ao requerente.
2. A parte ou partes contra quem é pedida ou proposta a revisão são notificadas para, no prazo de 30 dias, apresentarem a sua resposta e indicarem os seus meios de prova.
3. O relator a quem a revisão ou a reabilitação forem distribuídas, procede às diligências que considere indispensáveis para a descoberta da verdade, procurando documentar, por qualquer meio legalmente admissível, as declarações prestadas.
4. Os recursos referidos no número anterior, não podem ser distribuídos ao relator responsável pelo processo disciplinar, no qual se tenha aplicado a pena disciplinar que constitua o objeto da revisão ou da reabilitação.
5. O requerente da revisão não pode indicar testemunhas que não tenham sido ouvidas no processo, a não ser justificando que ignorava a sua existência ao tempo da decisão ou que estiveram impossibilitadas de depor, apresentando documentos credíveis que justifiquem a impossibilidade.

Artigo 30.º | Julgamento da revisão e da reabilitação

1. Uma vez expirado o prazo de resposta ou realizadas as diligências requeridas, quando a elas houver lugar, o relator elabora, no prazo de 30 dias, parecer fundamentado sobre o mérito do pedido ou da proposta de revisão e, no prazo máximo de 10 dias, entrega o processo ao conselho deontológico e de disciplina para deliberação.
2. A decisão da revisão carece de ser aprovada pelo órgão competente para aplicar a sanção pela mesma maioria legalmente exigida para a aplicação daquela e deve ser proferida no prazo máximo de 6 meses a contar da entrada do pedido de revisão ou de reabilitação.
3. A revisão apenas pode conduzir à manutenção, à alteração ou à revogação da deliberação proferida no processo revisto, mas nunca pode agravar a sanção aplicada.
4. A pendência de recurso contencioso incidente sobre a sanção proferida em processo disciplinar não prejudica a revisão deste.
5. Se a decisão da revisão for de absolvição são cancelados os averbamentos das decisões condenatórias.
6. A reabilitação faz cessar as incapacidades ainda subsistentes e deve ser registada no extrato disciplinar do membro da OMD, mas não implica em qualquer caso a devolução da pena de multa.
7. Da decisão de revisão e da decisão de reabilitação deve dar a OMD publicidade pelos mesmos meios em que deu publicidade da pena aplicada ou em que o condenado foi reabilitado.

SECÇÃO III

Do processo disciplinar especial

Falta de pagamento de quotas e incumprimento de processo cautelar

Artigo 31.º | Procedimento

1. Verificado o não pagamento voluntário e tempestivo de quotas por um período superior a 12 meses, o conselho deontológico e de disciplina instaurará o competente processo cautelar, para efeitos da regularização da quotização em dívida que seguirá os termos previstos no presente regulamento.
2. Para efeitos do disposto no artigo anterior, o conselho diretivo comunicará de 3 em 3 meses ao conselho deontológico e de disciplina, os membros que se apresentem como devedores de quotas por período superior a 12 meses.
3. Das comunicações previstas no número anterior, constará a identificação do associado, o número da cédula profissional e extrato de dívida emitido pelos serviços administrativos da OMD ou a concreta injunção que não foi cumprida e o término do prazo para o cumprimento da mesma.
4. O despacho que instaura o respetivo processo cautelar poderá remeter apenas para o extrato de dívida referido no n.º 2 do artigo anterior, devendo advertir o visado, que no caso de incumprimento será instaurado processo disciplinar para efeitos de suspensão da inscrição, de acordo com o previsto no artigo 83.º, números 5 e 6 do estatuto.
5. Decorrido o prazo previsto no n.º 1 do artigo 11.º, sem que se verifique o pagamento voluntário da quotização em dívida, o presidente do conselho deontológico e de disciplina instaurará, em 48 horas, ao incumpridor processo disciplinar nos termos e para os efeitos do artigo 96.º, n.º 5 do Es-

tatuto, formulando, desde logo, a acusação e seguindo-se o contraditório do arguido com os prazos reduzidos a 10 dias.

6. Seguem-se os demais termos previstos para o processo disciplinar com a exceção da prova no contraditório só admitir prova documental e do relatório estar concluído no prazo máximo de um mês a contar da instauração.
7. Para efeito do número anterior, o conselho deontológico e de disciplina informará o presidente do incumprimento da injunção em causa logo que a constate.

REGIME JURÍDICO DAS PRÁTICAS DE PUBLICIDADE EM SAÚDE

DECRETO-LEI N.º 238/2015, DE 14 DE OUTUBRO

Estabelece o regime jurídico das práticas de publicidade em saúde

1.º Princípios gerais

Artigo 1.º | Objeto e âmbito

1. O presente decreto-lei estabelece o regime jurídico a que devem obedecer as práticas de publicidade em saúde desenvolvidas por quaisquer intervenientes, de natureza pública ou privada, sobre as intervenções dirigidas à proteção ou manutenção da saúde ou à prevenção e tratamento de doenças, incluindo oferta de diagnósticos e quaisquer tratamentos ou terapias, independentemente da forma ou meios que se proponham utilizar.
2. O presente decreto-lei é também aplicável às práticas de publicidade relativas a atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais.

3. São excluídas do âmbito de aplicação do presente decreto-lei as matérias reguladas em legislação especial, designadamente, a publicidade a medicamentos e dispositivos médicos sujeita a regulação específica do INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P., e a publicidade institucional do Estado.

Artigo 2.º | Definições

Para efeitos do presente decreto-lei, entende-se por:

- a) «Intervenientes», todos aqueles que beneficiam da, ou participam na, conceção ou na difusão de uma prática de publicidade em saúde;
- b) «Prática de publicidade em saúde», qualquer comunicação comercial, a televenda, a telepromoção, o patrocínio, a colocação de produto e a ajuda a produção, bem como a informação, ainda que sob a aparência, designadamente, de informação editorial, técnica ou científica, com o objetivo ou o efeito direto ou indireto de promover junto dos utentes:
 - i) Quaisquer atos e serviços dirigidos à proteção ou manutenção da saúde ou à prevenção e tratamento de doenças, com o objetivo de os comercializar ou alienar;
 - ii) Quaisquer ideias, princípios, iniciativas ou instituições dirigidas à proteção ou manutenção da saúde ou à prevenção e tratamento de doenças.
- c) «Utente», qualquer pessoa singular que, nas práticas abrangidas pelo presente decreto-lei, atua com fins que não se incluam no âmbito da sua atividade comercial, industrial, artesanal ou profissional.

Artigo 3.º | Princípios gerais das práticas de publicidade em saúde

As práticas de publicidade em saúde e a informação nestas contida deve reger-se pelos seguintes princípios:

- a) Transparência, fidedignidade e licitude;
- b) Objetividade;
- c) Rigor científico.

Artigo 4.º | Princípios da transparência, da fidedignidade e da licitude da informação

1. De forma a garantir o direito do utente à proteção da saúde, à informação e à identificabilidade, as práticas de publicidade em saúde devem identificar de forma verdadeira, completa e inteligível o interveniente a favor de quem a prática de publicidade em saúde é efetuada, de modo a não suscitar dúvidas sobre a natureza e idoneidade do mesmo.
2. No caso de o interveniente ser prestador de cuidados de saúde, a prática de publicidade em saúde não pode suscitar dúvidas sobre os atos e serviços de saúde que se propõe prestar e sobre as convenções e demais acordos efetivamente detidos, celebrados e em vigor, habilitações dos profissionais de saúde e outros requisitos de funcionamento e de exercício da atividade.
3. A publicidade é considerada ilícita sempre que o interveniente a favor de quem a prática de publicidade em saúde é efetuada assumir a qualidade de prestador de cuidados de saúde, sem efetivamente o ser, ou, sendo prestador de cuidados de saúde, não cumpra os requisitos de atividade e funcionamento, designadamente não se encontre devidamente registado na Entidade Reguladora da Saúde e não seja detentor da respetiva licença de funcionamento, quando aplicável.

Artigo 5.º | Princípio da objetividade

1. A mensagem ou informação publicitada deve ser redigida de forma clara e precisa, e deve conter todos os elementos considerados adequados e necessários ao completo esclarecimento do utente.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, devem ser preenchidos os requisitos de informação exigidos para as comunicações ao utente nos termos da legislação em vigor.
3. A mensagem ou informação publicitada não deve conter expressões, conceitos, testemunhos ou afirmações que possam criar no utente expectativas potenciadoras de perigo ou potencialmente ameaçadoras para a sua integridade física ou moral.
4. Qualquer que seja o meio utilizado, a mensagem publicitária deve ser inteligível, assegurando uma interpretação adequada, de modo a que a informação transmitida seja facilmente compreendida pelo utente.

Artigo 6.º | Princípio do rigor científico da informação

Na mensagem publicitada apenas devem ser utilizadas informações aceites pela comunidade técnica ou científica, devendo evitar-se todas as referências que possam induzir os utentes a quem a mesma é dirigida em erro acerca da utilidade e da finalidade real do ato ou serviço.

Artigo 7.º | Práticas de publicidade em saúde

1. São proibidas as práticas de publicidade em saúde que, por qualquer razão, induzam ou sejam suscetíveis de induzir em erro o utente quanto à decisão a adotar, designadamente:

- a) Ocultem, induzam em erro ou enganem sobre características principais do ato ou serviço, designadamente através de menções de natureza técnica e científica sem suporte de evidência da mesma ou da publicitação de expressões de inovação ou de pioneirismo, sem prévia avaliação das entidades com competência no sector;
- b) Aconselhem ou incitem à aquisição de atos e serviços de saúde, sem atender aos requisitos da necessidade, às reais propriedades dos mesmos ou a necessidade de avaliação ou de diagnóstico individual prévio;
- c) Se refiram falsamente a demonstrações ou garantias de cura ou de resultados ou sem efeitos adversos ou secundários;
- d) Enganem ou sejam suscetíveis de criar confusão sobre a natureza, os atributos e os direitos do interveniente a favor de quem a prática de publicidade em saúde é efetuada, designadamente sobre a identidade, as qualificações ou o preenchimento dos requisitos de acesso ao exercício da atividade;
- e) No seu contexto factual, tendo em conta todas as suas características e circunstâncias, conduzam ou sejam suscetíveis de conduzir o utente médio a tomar uma decisão de transação que este não teria tomado de outro modo, e envolvam uma atividade que seja suscetível de criar:
 - i) Confusão entre atos e serviços, marcas, designações comerciais e outros sinais distintivos ou competências de um concorrente direto ou indireto; ou,
 - ii) Convicção de existência de qualidade através da utilização indevida de marca ou selos distintivos ou invocando esses atributos para finalidades que não são associadas à natureza dessa marca ou certificação;

- f) Descrevam o ato ou serviço como «grátis», «gratuito», «sem encargos», ou «com desconto» ou «promoção», se o utente tiver de pagar mais do que o custo inevitável de responder à prática de publicidade em saúde;
 - g) Proponham a aquisição de atos e serviços a um determinado preço e, com a intenção de promover um ato ou serviço diferente, recusem posteriormente o fornecimento aos utentes do ato ou do serviço publicitado.
2. São ainda proibidas as práticas de publicidade em saúde que:
- a) Limitem, ou sejam suscetíveis de limitar, significativamente a liberdade de escolha ou o comportamento do utente em relação a um ato ou serviço, através de assédio, coação ou influência indevida e, assim, conduzam, ou sejam suscetíveis de conduzir, o utente a tomar uma decisão de transação que, sem estas práticas publicitárias, não teria tomado;
 - b) Sejam suscetíveis de induzir o utente ao consumo desnecessário, nocivo ou sem diagnóstico ou avaliação prévios por profissional habilitado;
 - c) No âmbito de concursos, sorteios ou outras modalidades ou certames afins divulguem atos ou serviços de saúde como respetivo prémio, brinde ou condição de prémio, ou similares.
3. Para efeito do disposto na alínea a) do número anterior, atende-se ao caso concreto e a todas as suas características e circunstâncias, devendo ser considerados os seguintes aspetos:
- a) O momento, o local, a natureza e a persistência da prática comercial;
 - b) O recurso a linguagem ou comportamento ameaçadores ou injuriosos;
 - c) O aproveitamento consciente pelo profissional de

- qualquer infortúnio ou circunstância específica que pela sua gravidade prejudique a capacidade de decisão do utente, com o objetivo de influenciar a decisão deste em relação ao bem ou serviço;
- d) Qualquer entrave não contratual oneroso ou desproporcionado imposto pelo profissional, quando o utente pretenda exercer os seus direitos contratuais, incluindo a resolução do contrato, a troca do bem ou serviço ou a mudança de profissional;
 - e) Qualquer ameaça de exercício de uma ação judicial que não seja legalmente possível.

Artigo 8.º | Regime sancionatório

1. A infração ao disposto no presente decreto-lei constitui contraordenação punível com as seguintes coimas:
 - a) De (euro) 250 a (euro) 3 740,98 ou de (euro) 1 000 a (euro) 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva, por violação do disposto nos artigos 3.º a 7.º;
 - b) De (euro) 250 a (euro) 3 740,98 ou de (euro) 3 000 a (euro) 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva, por violação do disposto no artigo anterior.
2. A negligência é punível, sendo os limites mínimos e máximos das coimas aplicáveis reduzidos a metade.
3. São ainda aplicáveis, em função da gravidade da infração, do potencial impacto e da culpa do agente, as seguintes sanções acessórias:
 - a) Apreensão de suportes, objetos ou bens utilizados na prática das contraordenações;
 - b) Interdição temporária, até ao limite de dois anos, de exercer a atividade profissional ou publicitária;

- c) Privação de direito ou benefício outorgado por entidades reguladoras ou serviços públicos, até ao limite de dois anos.
- 4. Cabe à Entidade Reguladora da Saúde a fiscalização e a instrução dos processos de contraordenação, competindo ao respetivo conselho de administração a aplicação das correspondentes coimas e sanções acessórias.
- 5. Às contraordenações previstas no presente decreto-lei é subsidiariamente aplicável o disposto nos artigos 63.º a 67.º dos Estatutos da Entidade Reguladora da Saúde, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto e o regime jurídico do ilícito de mera ordenação social, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 433/82, de 27 de outubro, alterado pelos Decretos-Leis n.os 356/89, de 17 de outubro, 244/95, de 14 de setembro, e 323/2001, de 17 de dezembro, e pela Lei n.º 109/2001, de 24 de dezembro.
- 6. O produto da aplicação das coimas reverte a favor das seguintes entidades:
 - a) 60 % para o Estado;
 - b) 40 % para a Entidade Reguladora da Saúde.

Artigo 9.º | Aplicação subsidiária

Ao disposto no presente decreto-lei é subsidiariamente aplicável o Código da Publicidade e o regime jurídico das práticas comerciais desleais.

Artigo 10.º | Regulamentação

A Entidade Reguladora da Saúde define os elementos de identificação para efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 4.º e os elementos previstos no n.º 1 do artigo 5.º

Artigo 11.º | Regiões Autónomas

1. O disposto no presente decreto-lei é aplicável às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, sendo as competências nele previstas exercidas pelos serviços regionais competentes.
2. O produto das coimas aplicadas ao abrigo do presente decreto-lei pelos órgãos e serviços das administrações regionais constituem receita própria da respetiva região.

Artigo 12.º | Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no 1.º dia do mês seguinte ao da sua publicação.

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DE PUBLICIDADE EM SAÚDE PARA MÉDICOS DENTISTAS¹

[EXCERTOS]

ENQUADRAMENTO LEGAL E REGULAMENTAR DA PUBLICIDADE EM SAÚDE

No exercício da sua atividade, o médico dentista deve respeitar as regras éticas e deontológicas da profissão. Não é permitida publicidade em medicina dentária suscetível de ofender a dignidade da profissão.

A publicidade deve:

- a) Garantir o prestígio da profissão;
- b) Ser fácil de identificar;

¹ Em março de 2022, foi lançado o “Manual de Boas Práticas de Publicidade em Saúde para Médicos Dentistas”, que ficou disponível em acesso aberto, no site da Ordem dos Médicos Dentistas. Este documento foi elaborado pelo grupo de trabalho de Publicidade e apresenta-se como um guia de “fácil consulta, não exaustivo, mas orientador da classe sobre alguns dos deveres e obrigações em publicidade nas suas variadas formas, sem prejuízo da sua dignidade e ética profissional”. Está disponível *online* em <https://www.ombd.pt/profissao/manual-publicidade-saude/>.

- c) Ser leal e rigorosa, respeitando os princípios da veracidade e da objetividade, em todos os elementos utilizados;
- d) Assegurar que o público compreende com exatidão todas as informações e evitar qualquer informação errada, confusa ou capaz de sugerir interpretações que não correspondam à verdade ou que a alterem;
- e) Não criar no público qualquer confusão ou interpretação errônea quanto às suas atribuições, capacidades, competências, integridade e reputação, nem quanto às mesmas qualidades dos colegas ou outros profissionais;
- f) Não utilizar indevidamente títulos de especialidade e/ou acadêmicos;
- g) Respeitar os princípios de independência, dignidade e honra da profissão;
- h) Guardar o sigilo profissional.”²

(...)

² *Idem*, p. 4.

CONTEÚDOS E SUPORTES ADMITIDOS NA PUBLICIDADE EM MEDICINA DENTÁRIA

- a) Todos os elementos que constam da ficha de inscrição na OMD;
- b) O uso do título profissional e do título de especialidade em língua portuguesa e sem abreviaturas, atribuídos pela OMD;
- c) O uso do título profissional do país de origem e a indicação do país onde foi obtido, quando aplicável;
- d) Qualquer morada ou sede de exercício da profissão, tal como consta na informação prestada à OMD;
- e) Cargos exercidos na OMD;
- f) Títulos académicos do médico dentista, com obrigatória indicação da instituição que os concedeu;
- g) Nas publicações especializadas, pode ser inserido o curriculum vitae académico e profissional do médico dentista;
- h) A denominação, logotipo ou outro sinal distintivo do prestador de serviços;
- i) Indicação das áreas médico-dentárias preferencialmente exercidas;
- j) Identificação dos médicos dentistas a exercer em conjunto e demais colaboradores;
- k) A menção a sistemas de seguros, planos e convenções ou ainda sistemas ou subsistemas de saúde;
- l) O horário de atendimento ao público;
- m) Idiomas utilizados;

- n) Todos os elementos de comunicação disponíveis incluindo telefone, telefax e correio eletrônico;
- o) Indicação de sítio na Internet.³

São designadamente admissíveis para a publicidade em saúde, os seguintes suportes:

- a) Colocação, no exterior da clínica ou consultório, de uma placa ou tabuleta identificativa;
 - b) Utilização de cartões de apresentação;
 - c) Colocação de anúncio em listas telefónicas, de telefax ou análogas;
 - d) Publicações profissionais;
 - e) Promoção ou intervenção em conferências e colóquios;
 - f) Publicação de brochuras ou de escritos;
 - g) Artigos periódicos sobre temas médico-dentários em imprensa especializada ou não especializada;
 - i) Criação de um sítio na Internet e /ou utilização das respetivas redes sociais.”⁴
- (...)

³ *Idem*, p. 6.

⁴ *Ibidem*.

SITUAÇÕES EXEMPLIFICATIVAS DE IRREGULARIDADES NA PUBLICIDADE

a) Divulgação de tratamentos, orçamentos e/ou check-ups gratuitos

O Estatuto da OMD estabelece que à realização pelo prestador do ato médico dentário corresponde uma contraprestação pecuniária do destinatário dos serviços. O Código Deontológico estabelece que na publicidade é proibida a oferta de um serviço médico-dentário sem custos.

(v. artigo 104.º, n.º 10 do Estatuto da OMD e artigo 43.º, n.º 3, alínea c) do Código Deontológico da OMD).

b) Oferta de serviços médico-dentários por tempo limitado

O Código Deontológico proíbe a publicidade a oferta de um serviço por tempo excessivamente limitado. Dependendo do circunstancialismo do caso concreto, poderá induzir em erro, pois um tratamento dentário não será mais fiável, duradouro ou tecnicamente melhor executado por ter sido “adjudicado” num período de tempo específico e pode levar à indução de tratamentos desnecessários ou fúteis devido às tomadas de decisões sem o devido tempo de análise por parte do doente. (v. artigo 104.º, n.º 10 do Estatuto da OMD e artigo 43.º, n.º 3, alínea c) do Código Deontológico da OMD).

c) Menção a especialistas ou especialidades em medicina dentária não atribuídas pela Ordem dos Médicos Dentistas

Compete exclusivamente à OMD promover a criação de especialidades e conferir os respetivos títulos. A utilização do termo “especialista” só é legal quando em presença de especialidades oficiais da OMD, efetivamente criadas de acordo com a tramitação legal.

Por conseguinte, o médico dentista só pode identificar-se como especialista quando a OMD lhe haja atribuído o título em procedimento próprio. Os termos a utilizar devem ser especialista em Cirurgia Oral, em Periodontologia, em Ortodontia e em Odontopediatria. Termos como “ortodontista”, “odontopediatra”, “periodontologista”, e similares, quando utilizados por médicos dentistas não especialistas, poderá suscitar no contexto do anúncio/divulgação em concreto, uma interpretação no público-alvo equivalente. A este respeito sugerimos a consulta da Recomendação n.º1/2022, com o título “Uso de título de médico dentista especialista” aprovada pelo Conselho Deontológico e de Disciplina e que poderá ser consultada no portal electrónico da OMD, na área dedicada à Deontologia.”⁵

⁵ *Idem*, pp. 8 e 9.

NORMAS RELATIVAS AO LICENCIAMENTO

Abertura e funcionamento

Higiene e Salubridade

Acessibilidades

Segurança e Saúde no Trabalho

ABERTURA E FUNCIONAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE

DECRETO-LEI N.º 127/2014 DE 22 DE AGOSTO

**ESTABELECE O REGIME JURÍDICO A QUE FICAM SUJEITOS
A ABERTURA, A MODIFICAÇÃO E O FUNCIONAMENTO DOS
ESTABELECIMENTOS PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE**

O Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, que estabeleceu o regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde, procedeu à revisão do regime de licenciamento destas unidades de saúde e estabeleceu uma nova metodologia de intervenção, no sentido de garantir que a prestação de cuidados de saúde pelo setor privado se realizava com respeito pelos parâmetros mínimos de qualidade, quer em matéria de instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.

No paradigma subjacente ao citado decreto-lei pretendia-se um setor privado de prestação de serviços de saúde, complementar ao Serviço Nacional de Saúde, que garantisse qualidade e segurança.

Com o presente decreto-lei pretende-se ir mais longe, pois estende-se o regime de verificação de requisitos mínimos de abertura e funcionamento a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados

de saúde, independentemente da sua natureza jurídica ou entidade titular de exploração, por forma a que o cidadão disponha de um meio que ateste da conformidade com as exigências de qualidade das instalações onde são realizadas as prestações de saúde.

Por outro lado, e ainda com o fim de garantir uma maior efetividade do sistema de verificação das condições de abertura e funcionamento, na sequência das novas atribuições reconhecidas à Entidade Reguladora da Saúde (ERS) pela Lei n.º 67/2013, de 28 de agosto, que aprova a lei-quadro das entidades administrativas independentes com funções de regulação da atividade económica dos setores privado, público e cooperativo, esta assume, para além do papel de fiscalizadora, o papel de licenciadora, introduzindo uma coerência maior ao sistema de licenciamento e fiscalização.

Pelo presente diploma concretizam-se, assim, as competências atribuídas à ERS em matéria de licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, passando esta entidade a concentrar todo o processo, em conformidade com disposto no [REG DL 66/2014], que procede à adaptação da ERS, ao regime estabelecido na lei-quadro das entidades reguladoras, aprovada em anexo à Lei n.º 67/2013, de 28 de agosto.

Foram ouvidos os órgãos de governo próprio das Regiões Autónomas, a Associação Nacional de Municípios Portugueses e a Entidade Reguladora da Saúde.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º | Objeto e âmbito

1. O presente decreto-lei estabelece o regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, qualquer que seja a sua denominação, natureza jurídica ou entidade titular da exploração, incluindo os estabelecimentos detidos por instituições particulares de solidariedade social (IPSS), bem como os estabelecimentos detidos por pessoas coletivas públicas.
2. Para efeitos do disposto no presente decreto-lei, entende-se por estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, um conjunto de meios organizado para a prestação de serviços de saúde, podendo integrar uma ou mais tipologias.
3. Para efeitos do disposto no número anterior, entende-se por prestação de cuidados de saúde, as atividades de promoção da saúde, prevenção da doença ou qualquer intervenção com intenção terapêutica.
4. O presente decreto-lei não se aplica às IPSS que prestem cuidados continuados integrados no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a qual é objeto de diploma próprio.

Artigo 2.º | Abertura e funcionamento

1. A abertura e funcionamento de um estabelecimento prestador de cuidados de saúde dependem da verificação dos requisitos técnicos de funcionamento aplicáveis a cada uma das tipologias, definidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, a verificação dos requisitos técnicos de funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde é titulada por licença, exceto se o estabelecimento em causa for detido por

pessoa coletiva pública ou for abrangido pelo artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, caso em que a verificação dos respetivos requisitos é titulada por declaração de conformidade.

3. A licença é obtida mediante procedimento simplificado por mera comunicação prévia ou procedimento ordinário, consoante a tipologia em causa, e nos termos da portaria referida no n.º 1.
4. A declaração de conformidade a que se refere o n.º 2 é obtida mediante procedimento próprio, a definir por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, a qual fixa também os requisitos técnicos de funcionamento para os estabelecimentos prestadores em causa.
5. Sempre que estejam em causa unidades de serviços de saúde cuja titularidade seja de IPSS ou de instituições militares, para efeitos do disposto nos números anteriores, as condições de abertura e funcionamento, bem como os termos da declaração de conformidade, são definidos por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e, respetivamente, da segurança social ou da defesa nacional.
6. Os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde que pretendam integrar mais de uma tipologia, devem requerer apenas uma licença de funcionamento, que deve seguir a tramitação prevista para a tipologia sujeita ao procedimento de controlo mais exigente.
7. Para efeitos do disposto no número anterior, os estabelecimentos prestadores de cuidados devem respeitar os requisitos estipulados para cada tipologia, podendo ser emitida licença de funcionamento por tipologia, no caso de não serem verificados os requisitos para todas as tipologias.

Artigo 3.º | Atribuições da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Cabe à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., proceder à elaboração de normas técnicas e procedimentais, a nível nacional, no domínio das instalações e equipamentos da saúde, após a audição prévia da Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

Artigo 4.º | Procedimento simplificado por mera comunicação prévia

1. O procedimento simplificado por mera comunicação prévia inicia-se com o preenchimento eletrónico de declaração disponível com recurso ao Portal do Licenciamento existente no sítio da ERS, na qual o declarante se responsabiliza pelo cumprimento integral dos requisitos de funcionamento exigíveis para a atividade que se propõem exercer ou que exercem.
2. Os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde da tipologia de radiologia ou quaisquer outros que utilizem equipamentos sujeitos à obrigação de obtenção de licença de proteção e segurança radiológica em instalações que usem radiações ionizantes emitida pela Direção-Geral da Saúde devem, ainda, entregar em anexo à declaração a que se refere o número anterior, cópia daquela licença.
3. A licença corresponde ao recibo de entrega da declaração, que é disponibilizado quando aquela é validamente submetida.
4. Consideram-se como estando sujeitas ao procedimento de licenciamento simplificado por mera comunicação prévia, as seguintes tipologias:
 - a) Clínicas e consultórios dentários;
 - b) Clínicas e consultórios médicos;

- c) Centros de enfermagem;
- d) Unidades de medicina física e reabilitação;
- e) Unidades de radiologia;
- f) Outras que sejam identificadas nas portarias a que se referem os n.os 1 e 5 do artigo 2.º

Artigo 5.º | Procedimento ordinário

1. O procedimento de licenciamento ordinário é aplicável a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde cuja tipologia não seja abrangida pelo n.º 4 do artigo anterior ou para a qual não seja aplicável o procedimento simplificado por mera comunicação prévia pela portaria a que se refere o n.º 1 do artigo 2.º, sem prejuízo dos n.os 4 e 5 do artigo 2.º
2. No procedimento ordinário, a licença é requerida pelo interessado através da submissão eletrónica de formulário disponível no Portal do Licenciamento, no qual aquele se responsabiliza pelo cumprimento integral dos requisitos de funcionamento exigíveis para a atividade a que se propõe e identifica os elementos constantes do título de utilização do prédio ou fração, ou do pedido de autorização de utilização apresentado à câmara municipal territorialmente competente.
3. Sem prejuízo de outros elementos instrutórios definidos na portaria a que se refere o n.º 1 do artigo 2.º, o requerimento a que se refere o número anterior é acompanhado de:
 - a) Memória descritiva e justificativa e telas finais dos projetos de arquitetura, instalações e equipamentos elétricos, instalações e equipamentos mecânicos e instalações e equipamentos de águas e esgotos relativos às instalações em que a unidade de saúde deve funcionar, assinados por técnicos devidamente habilitados;

- b) Autorização de utilização emitida pela câmara municipal competente;
 - c) Parecer da Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC), que comprove o cumprimento do regime jurídico da segurança contra incêndios em edifícios, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 220/2008, de 12 de novembro;
 - d) Certificado de cumprimento dos requisitos de licenciamento, emitido por empresa ou entidade externa reconhecida pela ERS, nos termos a fixar em regulamento, ou pedido de realização de vistoria pela ERS.
4. A ERS indefere liminarmente o pedido de licença, se o mesmo não estiver acompanhado de todos os elementos instrutórios cuja junção é obrigatória, salvo se o interessado tiver solicitado a dispensa da junção dos elementos instrutórios e a sua obtenção oficiosa por parte da ERS, nos termos do artigo 28.º-A do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril, alterado pelos Decretos-Leis n.os 29/2000, de 13 de março, 72-A/2010, 18 de junho, e 73/2014, de 13 de maio.
 5. Considera-se que a data do pedido de licença é a data aposta no respetivo recibo comprovativo de entrega, que a ERS emite através do seu sistema informático, após verificar que o formulário referido no n.º 2 foi validamente submetido, e na posse de todos os elementos instrutórios fornecidos ou oficiosamente solicitados.
 6. O modelo do formulário referido no n.º 2 é aprovado pela ERS.

Artigo 6.º | Certificado de cumprimento de requisitos de licenciamento e vistoria realizada pela Entidade Reguladora da Saúde

1. Em alternativa à junção do certificado de cumprimento dos requisitos de licenciamento a que se refere a alínea d) do n.º 3 do artigo anterior, os estabelecimentos prestadores de

cuidados de saúde cuja obtenção de licença dependa de procedimento ordinário, são sujeitos a vistoria prévia, a realizar pela ERS, que tem lugar nos 30 dias subsequentes à data de apresentação do pedido de licença.

2. A data da realização da vistoria é comunicada, com a antecedência mínima de 10 dias, ao interessado.
3. Os resultados da vistoria são registados em relatório, em formato eletrónico ou em papel, do qual devem constar os seguintes elementos:
 - a) A conformidade ou desconformidade do estabelecimento prestador de cuidados de saúde com os condicionamentos legais e regulamentares aplicáveis, tendo em conta as pretensões constantes do pedido de licença;
 - b) As necessárias medidas de correção;
 - c) Posição sobre a procedência ou improcedência das reclamações apresentadas na vistoria.

Artigo 7.º | Consultas no âmbito do regime jurídico da urbanização e da edificação

1. Os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem dar prévio cumprimento aos procedimentos previstos no regime jurídico da urbanização e da edificação (RJUE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 555/99, de 16 de dezembro, sempre que se realizem intervenções abrangidas pelo mesmo.
2. Nos termos e para efeitos do disposto nos artigos 13.º e 13.º-B do RJUE, devem ser objeto de consulta externa, através da Plataforma da Interoperabilidade da Administração Pública, as seguintes entidades:
 - a) A autoridade de saúde pública territorialmente competente, para efeitos da verificação das normas legais e regulamentares aplicáveis a unidades de saúde, em matéria de higiene e saúde;

- b) A ANPC, no que respeita a medidas de segurança contra riscos de incêndio, nos termos do regime jurídico da segurança contra incêndios em edifícios, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 220/2008, de 12 de novembro, e do Regulamento Técnico de Segurança contra Incêndio em Edifícios, aprovado pela Portaria n.º 1532/2008, de 29 de dezembro, sempre que a consulta não seja obrigatória no âmbito do procedimento municipal de controlo prévio.

Artigo 8.º | Dever de informação

1. Recebido o pedido de licença, devidamente instruído, a ERS pode solicitar a prestação das informações complementares que considere necessárias à decisão, por uma única vez, no prazo de 15 dias, a contar da data da receção do pedido de licença, dispondo o interessado do prazo de 30 dias para responder.
2. Os prazos para decisão suspendem-se desde a data em que sejam solicitadas quaisquer informações complementares nos termos do número anterior, até à data do registo da entrada na ERS do documento que satisfaça o solicitado.
3. São indeferidos os pedidos de licença que não forem completados ou corrigidos, ou se as informações solicitadas não forem prestadas no prazo, para o efeito, fixado pela ERS.

Artigo 9.º | Decisão do pedido de licença

1. A ERS decide o pedido de licença, no prazo de 30 dias, a contar da data:
 - a) Da entrega do pedido, nos casos em que se junte o certificado de cumprimento dos requisitos de licenciamento a que se refere a alínea d) do n.º 3 do artigo 5.º; ou
 - b) Da data da realização da vistoria prevista no artigo 6.º

2. O pedido de licença é indeferido com fundamento na existência de desconformidades do estabelecimento prestador de cuidados de saúde face aos condicionamentos legais e regulamentares aplicáveis à sua tipologia, sem prejuízo do disposto no número seguinte.
3. Ainda que se verifiquem algumas desconformidades face aos condicionamentos legais e regulamentares aplicáveis, o pedido de licença pode ser deferido condicionalmente à correção das desconformidades, num prazo razoável a fixar pela ERS.
4. Sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo anterior, considera-se tacitamente deferida a pretensão do interessado quando tenha decorrido:
 - a) O prazo para a decisão do pedido de licença sem que esta seja proferida, nos casos previstos na alínea a) do n.º 1, sendo esta informação automaticamente disponibilizada no sistema informático referido no artigo 13.º;
 - b) O prazo de 60 dias a contar do pedido de licença, nos casos previstos na alínea b) do n.º 1, sendo esta informação automaticamente disponibilizada no sistema informático referido no artigo 13.º
5. A licença ou a informação referidas no número anterior, conjuntamente com a certidão de registo na ERS, constituem títulos bastantes e suficientes para efeitos de identificação do estabelecimento prestador de cuidados de saúde e de legitimidade de funcionamento.
6. Sendo o requerimento a que se refere o n.º 2 do artigo 5.º instruído com cópia do pedido de autorização de utilização, o efetivo funcionamento do estabelecimento prestador de cuidados de saúde só pode ter lugar após a obtenção daquela autorização.

Artigo 10.º | Requisitos de funcionamento

1. Para além da verificação dos requisitos técnicos de funcionamento aplicáveis a cada uma das tipologias, definidos pelas portarias a que se refere o artigo 2.º, o funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde deve ainda cumprir requisitos de higiene, segurança e salvaguarda da saúde pública.
2. Os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem funcionar de acordo com as regras de qualidade e segurança definidas pelos códigos científicos e técnicos aplicáveis.
3. No desenvolvimento da sua atividade, os profissionais dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem observar o cumprimento das regras deontológicas aplicáveis.
4. Na prestação de serviços de saúde no âmbito dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde deve ser respeitado o princípio da liberdade de escolha por parte dos doentes.

Artigo 11.º | Obrigações

Os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem afixar nas suas instalações, em local bem visível, para os utentes e visitantes, a licença de funcionamento ou a declaração de conformidade, que identifique as tipologias para as quais o estabelecimento está habilitado.

Artigo 12.º | Alterações à licença

1. Sempre que se verifiquem alterações aos elementos constantes da licença ou da declaração de conformidade, designadamente a ampliação ou a alteração do estabelecimento prestador de cuidados de saúde, a modificação da entidade titular da exploração, bem como a alteração de quaisquer outros ele-

mentos essenciais, devem as mesmas ser comunicadas à ERS, através do Portal do Licenciamento e no prazo de 30 dias, para efeitos de averbamento ou emissão de novo título.

2. Tratando-se de licença cuja obtenção deva seguir o procedimento de licenciamento ordinário, e sempre que adequado face à alteração em causa, a ERS notifica o interessado para a necessidade de apresentar o certificado de cumprimento dos requisitos de licenciamento referido na alínea d) do n.º 3 do artigo 5.º, ou de solicitar a realização da vistoria prevista no artigo 6.º, seguindo-se a restante tramitação daquele procedimento.

Artigo 13.º | Portal do Licenciamento

1. A tramitação dos procedimentos previstos no presente decreto-lei é realizada informaticamente, com recurso a um sistema informático próprio da ERS, disponível no seu sítio na Internet e através do balcão único eletrónico, o qual permite, nomeadamente:
 - a) A entrega de requerimentos e comunicações;
 - b) O pagamento de taxas;
 - c) A consulta pelos interessados do estado dos procedimentos;
 - d) A disponibilização de informação relativa aos procedimentos de licença;
 - e) A disponibilização de informação relativa a procedimentos de declaração de conformidade.
2. A apresentação de requerimentos e de outros elementos e a realização de comunicações por via eletrónica devem ser instruídos com assinatura digital qualificada, nomeadamente a constante do cartão do cidadão.
3. Através do sistema informático referido no n.º 1, é também disponibilizada informação atualizada sobre a firma ou denominação social e o nome ou insígnia dos estabelecimentos

prestadores de cuidados de saúde licenciados, os respetivos endereços, serviços prestados e data de abertura.

4. Quando, por motivos de indisponibilidade do sistema informático, não for possível o cumprimento do disposto no n.º 1, a transmissão da informação neste referida é efetuada por correio eletrónico para o endereço criado especificamente para o efeito pela ERS, publicitado no respetivo sítio da Internet e no sistema informático existente para tramitação do procedimento.
5. Sempre que o recurso ao correio eletrónico não seja tecnicamente possível, a transmissão da informação referida no n.º 1 pode ser feita por entrega na ERS, por qualquer meio eletrónico desmaterializado.
6. A indisponibilidade e a impossibilidade previstas nos números anteriores devem ser adequadamente demonstradas pelos interessados e não dispensa a necessidade do cumprimento do disposto no n.º 2.
7. O sistema informático previsto no presente artigo é suportado em normas abertas e garante o cumprimento do disposto no Regulamento Nacional de Interoperabilidade Digital, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 91/2012, de 8 de novembro.

Artigo 14.º | Taxas

Sem prejuízo de taxas devidas pela intervenção de outras entidades no âmbito das respetivas competências, os atos previstos no presente decreto-lei ficam dependentes do pagamento, nos termos legais, de taxas cujos montantes, critérios de fixação e eventuais isenções, são definidos por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Artigo 15.º | Fiscalização e monitorização

1. Sem prejuízo das competências legalmente cometidas a outras entidades, compete à ERS fiscalizar os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e proceder à monitorização e avaliação periódicas da observância dos requisitos de funcionamento e de qualidade dos serviços prestados.
2. Qualquer entidade pública que, no exercício das suas funções, detete qualquer incumprimento ao disposto no presente decreto-lei, tem o dever de comunicação imediata à ERS.

Artigo 16.º | Suspensão e revogação de licença

A ERS pode determinar a suspensão ou a revogação da licença de funcionamento, sempre que não se verifique o cumprimento dos requisitos exigidos para a sua obtenção ou mediante requerimento do interessado.

Artigo 17.º | Contraordenações

1. Sem prejuízo da responsabilidade criminal, disciplinar, civil e das sanções ou medidas administrativas a que houver lugar, constitui contraordenação:
 - a) Punível com coima de (euro) 2 000 a (euro) 3 740,98, no caso de se tratar de pessoa singular, e de (euro) 4 000 a (euro) 44 891,81, no caso de se tratar de pessoa coletiva:
 - i) O funcionamento de estabelecimento prestador de cuidados de saúde sem licença de funcionamento, relativa a uma ou várias das tipologias por si exercidas, em infração ao disposto no artigo 2.º;
 - ii) A prestação de informações incorretas ou incompletas, em violação do disposto nos n.os 2 e 3.º do artigo 5.º;
 - iii) O incumprimento dos requisitos de funcionamento definidos na regulamentação referida no artigo 10.º;

- b) Punível com coima de (euro) 1 000 a (euro) 3 740,98, no caso de se tratar de pessoa singular, e de (euro) 2 500 a (euro) 35 000, no caso de se tratar de pessoa coletiva, as infrações ao disposto no artigo 11.º e no n.º 1 do artigo 12.º
- 2. A negligência e a tentativa são puníveis, sendo reduzidos a metade os montantes mínimos e máximos da coima previstos no número anterior.
- 3. Compete à ERS determinar a instauração dos processos de contraordenação, designar o respetivo instrutor e aplicar as coimas e as sanções acessórias.
- 4. O produto das coimas aplicadas reverte:
 - a) Em 60 % para o Estado;
 - b) Em 40 % para a ERS.
- 5. Pode ser determinada a publicidade da aplicação da sanção por contraordenação mediante, nomeadamente, a afixação de cópia da decisão no próprio estabelecimento, em lugar bem visível, por um período de 30 dias.
- 6. Em função da gravidade das infrações e da culpa do agente, as contraordenações previstas na subalínea iii) da alínea a) e na alínea b) do n.º 1 podem ainda determinar a suspensão da atividade do estabelecimento prestador de cuidados de saúde sujeito a licenciamento, ou de algum dos seus serviços, pelo período máximo de dois anos.
- 7. O estabelecimento prestador de cuidados de saúde sujeito a licenciamento é encerrado se, decorrido o período de suspensão a que se refere o número anterior, se mantiverem as infrações que determinaram aquela suspensão.
- 8. As contraordenações previstas no presente artigo prevalecem sobre quaisquer outras que sancionem as mesmas condutas.

Artigo 18.º | Processos pendentes

1. A Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., a Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., a Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P., e a Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. (ARS), devem remeter à ERS, no prazo de 30 dias, a contar da data da entrada em vigor do presente decreto-lei, todos os processos de licenciamento que se encontrem pendentes naquela mesma data, disso dando conhecimento aos respetivos interessados.
2. A ERS continua a tramitação dos processos referidos no número anterior, aproveitando todos os atos já praticados e decidindo ao abrigo do regime vigente antes da entrada em vigor do presente decreto-lei.

Artigo 19.º | Estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde licenciados

(em vigor a partir de: 2023-08-08)

1. Mantêm-se válidas as licenças de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde emitidas ao abrigo de legislação vigente antes da entrada em vigor do presente decreto-lei, desde que não ocorram modificações nos termos do artigo 12.º.
2. As ARS remetem à ERS, no prazo de 30 dias, a contar da data de entrada em vigor do presente decreto-lei, o comprovativo das licenças que emitiram ao abrigo do regime vigente antes da entrada em vigor do presente diploma e que se mantêm em vigor, incluindo a indicação das respetivas tipologias para o qual estão habilitados.
3. Findo o prazo previsto no número anterior, caso o comprovativo das licenças emitidas não tenha sido remetido pelas ARS, os titulares das licenças devem apresentar à ERS, atra-

vés do Portal do Licenciamento, comprovativo da emissão das licenças emitidas ao abrigo do regime vigente antes da entrada em vigor do presente decreto-lei e que se mantêm em vigor, incluindo a indicação das respetivas tipologias para o qual estão habilitados.

4. [Revogado.]
5. [Revogado.]
6. O disposto no n.º 1 não dispensa os operadores do cumprimento dos requisitos de funcionamento vigentes à data da emissão da respetiva licença de funcionamento.

(Alterado pelo/a Artigo 2.º do/a Decreto-Lei n.º 65/2023. Diário da República n.º 152/2023, Série I de 2023-08-07, em vigor a partir de 2023-08-08)

Alterado pelo/a Artigo 2.º do/a Decreto-Lei n.º 125/2019. Diário da República n.º 164/2019, Série I de 2019-08-28, em vigor a partir de 2019-08-29.)

Artigo 20.º | Estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde não licenciados

1. Os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde que se encontrem em funcionamento mas não licenciados ao abrigo de legislação vigente antes da entrada em vigor do presente decreto-lei, devem adequar-se ao regime por este aprovado, no prazo estabelecido na portaria que aprova os requisitos técnicos para a respetiva tipologia.
2. Na falta de disposição de um prazo na portaria a que se refere o número anterior, devem os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde em funcionamento adequar-se ao regime aprovado pelo presente decreto-lei, no prazo de um ano, a contar da data da sua entrada em vigor.

Artigo 21.º | Dispensa de requisitos

1. Os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde já existentes podem requerer a dispensa dos requisitos de fun-

cionamento quando, por questões estruturais ou técnicas, a sua estrita observância seja impossível ou possa inviabilizar a continuidade da atividade, desde que essa dispensa não ponha em causa a segurança e a saúde dos utentes ou de terceiros.

2. Para efeitos do disposto no número anterior, são suscetíveis de criar condicionantes estruturais ou técnicas, nomeadamente, o funcionamento de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde em zonas classificadas, em edifícios classificados a nível nacional, regional ou local, bem como em edifícios de reconhecido valor histórico, arquitetónico, artístico ou cultural.
3. Compete à ERS decidir, no prazo de 30 dias, a contar da data da apresentação do requerimento a que se refere o n.º 1, sobre a dispensa do cumprimento de requisitos.

Artigo 22.º | Regime transitório de vistoria

1. O prazo de vistoria a que se refere o n.º 1 do artigo 6.º e o prazo previsto na alínea b) n.º 4 do artigo 9.º são dilatados para 60 dias e 90 dias, respetivamente, nos primeiros seis meses de vigência do presente decreto-lei.
2. Até à entrada em vigor do regulamento referido na alínea d) do n.º 3 do artigo 5.º, os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde sujeitos a procedimento ordinário de licenciamento ficam obrigados à vistoria realizada pela ERS, prevista no artigo 6.º

Artigo 23.º | Regiões Autónomas

O presente decreto-lei aplica-se, com as necessárias adaptações, às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, nos termos da res-

petiva autonomia político-administrativa, cabendo a sua execução administrativa aos serviços e organismos das respectivas administrações regionais autónomas com atribuições e competências no âmbito da saúde, sem prejuízo das atribuições das entidades de âmbito nacional.

Artigo 24.º | Norma revogatória

São revogados:

- a) O Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 164/2013, de 6 de dezembro;
- b) A alínea f) do n.º 2 do artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro;
- c) A alínea q) do n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro;
- d) A Portaria n.º 406/2012, de 12 de dezembro.

Artigo 25.º | Regulamentação

- 1. A regulamentação prevista no presente decreto-lei é aprovada no prazo de 120 dias, a contar da data da sua entrada em vigor.
- 2. Até à aprovação das portarias do membro do Governo responsável pela área da saúde que definam os requisitos técnicos de funcionamento aplicáveis a cada tipologia, mantêm-se em vigor as que foram aprovadas ao abrigo do Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, sem prejuízo da competência da ERS para emissão e eventual suspensão ou revogação das respetivas licenças de funcionamento.

Artigo 26.º | Relatório anual

A ERS apresenta ao membro do Governo responsável pela área da saúde um relatório anual de verificação da aplicação do disposto no presente decreto-lei.

Artigo 27.º | Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no 1.º dia útil do mês seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 3 de julho de 2014.
— Pedro Passos Coelho — Maria Luís Casanova Morgado Dias de Albuquerque — José Pedro Correia de Aguiar-Branco — Miguel Bento Martins Costa Macedo e Silva — Jorge Manuel Lopes Moreira da Silva — Paulo José de Ribeiro Moita de Macedo — Luís Pedro Russo da Mota Soares.

Promulgado em 13 de agosto de 2014.

Publique-se.

O Presidente da República, Aníbal Cavaco Silva.

Referendado em 18 de agosto de 2014.

O Primeiro-Ministro, Pedro Passos Coelho.

PORTARIA N.º 99/2024/1 DE 13 DE MARÇO

**ESTABELECE OS REQUISITOS MÍNIMOS RELATIVOS
AO LICENCIAMENTO, INSTALAÇÃO, ORGANIZAÇÃO E
FUNCIONAMENTO, RECURSOS HUMANOS E INSTALAÇÕES
TÉCNICAS DAS CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS DENTÁRIOS
DETIDOS POR PESSOAS COLETIVAS PÚBLICAS,
INSTITUIÇÕES MILITARES, INSTITUIÇÕES PARTICULARES DE
SOLIDARIEDADE SOCIAL E ENTIDADES PRIVADAS**

O Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto, na sua redação atual, estabeleceu o regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, qualquer que seja a sua denominação, natureza jurídica ou entidade titular da exploração.

O n.º 1 do artigo 2.º do referido diploma legal estabelece que a abertura e funcionamento de um estabelecimento prestador de cuidados de saúde dependem da verificação dos requisitos técnicos de funcionamento aplicáveis a cada uma das tipologias, definidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, sendo a mesma titulada por licença, no caso dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde detidos por entidades privadas e por declaração de conformidade, no caso de estabelecimentos detidos por pessoa coletiva pública ou que seja abrangida pelo artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro.

No que respeita às unidades de saúde cuja titularidade seja de instituições particulares de solidariedade social (IPSS) ou de instituições militares, o n.º 5 do artigo 2.º do referido decreto-lei determina que as condições de abertura e funcionamento, bem como os termos da declaração de conformidade, são definidos por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da defesa nacional, segurança social e saúde.

Considerando que está em causa a fixação de requisitos técnicos que se prendem, no essencial, com a melhoria da qualidade assistencial e a garantia da segurança do utente, decorrentes de determinações legais do ordenamento jurídico nacional ou de regras da União Europeia, é fundamental a uniformização de critérios, independentemente da titularidade do estabelecimento de saúde em causa.

Face ao exposto, a presente portaria promove a regulamentação do processo de abertura e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde detidos por pessoas coletivas públicas, instituições militares, IPSS ou entidades privadas, salvaguardando-se as especificidades próprias das unidades de saúde militar, nomeadamente as que são utilizadas em contexto operacional.

Registe-se que o já mencionado Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto, na redação em vigor, previa um prazo de 120 dias, após a sua entrada em vigor, para a regulamentação, por portaria, das condições de licenciamento das diferentes tipologias de unidades de prestação de cuidados de saúde. Encontrando-se já largamente ultrapassado esse prazo, através do Despacho n.º 14603/2022, de 21 de dezembro, do Ministro da Saúde, foi criado um Grupo de Trabalho agregando as instituições públicas com intervenção no processo, designadamente, a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P., a Entidade Reguladora da Saúde, e a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., bem como os prestadores mais relevantes dos setores social e privado. A presente portaria reflete o consenso que foi possível alcançar, com trabalho técnico exaustivo e exigente.

Foram também ouvidos a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Enfermeiros, a Ordem dos Engenheiros, a Ordem dos Arquitetos, a Ordem dos Médicos Dentistas, a Ordem dos Biólogos, a Ordem dos Farmacêuticos, a Ordem dos Fisioterapeutas, a Associação Nacional de Centros de Diálise, a Associação Portuguesa de Medicina Física de Reabilitação, a Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear, a Associação Nacional dos Laboratórios Clínicos, a Sociedade Portuguesa de Medicina Nuclear, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., a Sociedade Portuguesa de Genética Humana, a Sociedade Portuguesa de Radioterapia-Oncologia, a Associação Portuguesa de Radioterapeutas, a Sociedade Portuguesa de Anatomia Patológica e a Associação Portuguesa de Técnicos de Anatomia Patológica.

O protelamento da publicação das portarias que regulamentam o Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto, na sua redação atual, representará a manutenção da insegurança jurídica que condiciona a intervenção dos diferentes agentes do setor da saúde e conduzirá a um ainda maior adiamento da generalização da implementação das normas de qualidade e segurança de que devem beneficiar todos os destinatários dos cuidados prestados, pelo que se entende que, após o moroso e consensual trabalho realizado, este procedimento tem caráter urgente.

Assim:

Manda o Governo, pela Ministra da Defesa Nacional, pela Ministra do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e pelo Ministro da Saúde, ao abrigo do disposto nos n.os 1 e 5 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto, na sua redação atual, e dos artigos 15.º, 24.º e 25.º, todos do Decreto-Lei n.º 32/2022, de 9 de maio, na sua redação atual, o seguinte:

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1.º | Objeto

A presente portaria estabelece os requisitos mínimos relativos ao licenciamento, instalação, organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas das clínicas e dos consultórios dentários detidos por pessoas coletivas públicas, instituições militares, instituições particulares de solidariedade social (IPSS) e entidades privadas, salvaguardando-se as especificidades próprias das unidades de saúde militares, designadamente as que são utilizadas em contexto operacional.

Artigo 2.º | Definições

Para efeitos da presente portaria, consideram-se clínicas ou consultórios dentários as unidades de saúde que prossigam atividades de estudo, prevenção, diagnóstico, tratamento das anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas e tecidos adjacentes, independentemente da forma jurídica e da designação adotadas, no âmbito das competências legalmente atribuídas a cada um dos grupos profissionais envolvidos.

CAPÍTULO II ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Artigo 3.º | Qualidade e segurança

As normas de qualidade e segurança devem ser cumpridas em todas as situações previstas na presente portaria, de acordo com as regras, os códigos científicos e técnicos internacionalmente

reconhecidos nas áreas abrangidas, competindo à Direção-Geral da Saúde (DGS), ouvidas as respetivas ordens e associações profissionais, públicas ou privadas, propor ao membro do Governo responsável pela área da saúde a sua adoção, assegurando-se a devida publicidade.

Artigo 4.º | Informação aos utentes

1. Nas clínicas ou consultórios dentários de, quando a unidade esteja integrada num estabelecimento com várias tipologias e/ou serviços, do diretor de serviço, a referência à existência de regulamento interno, os procedimentos a adotar em situações de emergência e os direitos e deveres dos utentes, devendo ainda estar disponível para consulta a tabela de preços.
2. Deve também ser afixada em local bem visível, ou disponibilizada para consulta no local, informação relativa aos acordos e convenções para a prestação de cuidados de saúde aplicáveis à unidade em causa, bem como os respetivos âmbitos.

Artigo 5.º | Seguro de responsabilidade civil

1. As clínicas e consultórios dentários devem contratar e manter em vigor um seguro de responsabilidade civil que cubra os riscos inerentes à sua atividade.
2. As clínicas e consultórios dentários devem assegurar que os profissionais que nelas exercem a sua atividade estão abrangidos por seguro de responsabilidade civil válido.

Artigo 6.º | Regulamento interno

1. As clínicas ou consultórios dentários devem dispor de um regulamento interno, validado pelo diretor clínico, do qual deve constar, pelo menos, o seguinte:

- a) Identificação do diretor clínico/diretor de serviço e do seu substituto, ou critério de substituição, na ausência de indicação expressa, bem como dos restantes profissionais de saúde e colaboradores, se aplicável;
 - b) Estrutura organizacional;
 - c) Deveres gerais dos profissionais;
 - d) Categorias e graduações profissionais, funções e competências de cada grupo profissional, se aplicável;
 - e) Normas de funcionamento.
2. O regulamento interno deve ainda prever a existência, no próprio documento ou em documento acessório de:
- a) Lista e plano anual de manutenção preventiva das instalações e equipamentos e de calibração de equipamento médico ou aferição por tipologia de equipamento;
 - b) Plano anual de formação e avaliação dos colaboradores;
 - c) Procedimento de emergência médica.

Artigo 7.º | Registo, conservação e arquivo

1. As clínicas ou consultórios dentários devem possuir e manter, em arquivo físico ou digital, durante o prazo legalmente estabelecido para o efeito, os seguintes documentos:
- a) Processos clínicos dos doentes contendo os respetivos registos;
 - b) Cópia dos relatórios dos exames e dos tratamentos realizados.
2. As clínicas e consultórios dentários devem conservar, durante um mínimo de cinco anos, salvo se prazo mais longo resultar da lei, os seguintes documentos:
- a) Resultados dos programas de garantia da qualidade e segurança, designadamente as fichas dos equipamentos e respetivas declarações de conformidade, o mapa da respetiva manutenção preventiva, os mapas

- de calibração dos equipamentos médicos e as folhas de obra das ações corretivas aos equipamentos;
- b) Cópia ou extrato de contrato celebrado com entidade licenciada quanto à gestão dos resíduos, no caso de os mesmos não poderem ser confinados à instalação;
- c) Registo de produção de resíduos hospitalares, nos termos da legislação em vigor;
- d) Regulamento interno;
- e) Resultados das vistorias realizadas pelas entidades competentes.

CAPÍTULO III

DOCUMENTAÇÃO E CONDIÇÕES

DE FUNCIONAMENTO

Artigo 8.º | Documentação

1. As clínicas ou consultórios dentários devem dispor, em arquivo físico ou digital, acessível a todo o momento, da seguinte documentação:
 - a) No caso das unidades privadas, certidão atualizada do registo comercial, ou código de acesso à certidão permanente de pessoa coletiva ou, no caso de pessoa singular, cópia do cartão do cidadão;
 - b) No caso das IPSS, declaração de inscrição como IPSS emitida pela segurança social;
 - c) Relação nominal do pessoal e respetivo mapa com a distribuição pelos diferentes grupos profissionais e cópias das respetivas cédulas ou carteiras profissionais;
 - d) Memória descritiva e justificativa e telas finais dos projetos de arquitetura, instalações e equipamentos elétricos, instalações e equipamentos mecânicos, instalações e equipamentos de águas e esgotos e instalação da rede de gases medicinais;

- e) Parecer favorável das medidas de autoproteção, ou comprovativo deste pedido, emitido pela Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (ANEPC);
 - f) Relatório da última inspeção regular dentro do prazo legal, ou documento comprovativo deste pedido, seguindo os critérios estabelecidos no Regime Jurídico de Segurança contra Incêndios em Edifícios;
 - g) Autorização de utilização para comércio ou serviços ou outra finalidade mais específica emitida pela câmara municipal competente ou documento(s) equivalente(s) nos termos da legislação em vigor.
2. Adicionalmente, se aplicável, as clínicas ou consultórios dentários devem dispor, em arquivo físico ou digital, da seguinte documentação:
- a) Certificado de exploração ou declaração de inspeção inicial das instalações elétricas, consoante o tipo (A, B ou C);
 - b) Cópia do termo de responsabilidade pela exploração das instalações elétricas ou da declaração de inspeção periódica, consoante o tipo (A, B ou C) e a potência aparente da instalação;
 - c) Certificação dos equipamentos elevadores;
 - d) Cópia ou extrato do contrato de manutenção dos equipamentos elevadores;
 - e) Certificado de inspeção das instalações de gás;
 - f) Cópia do certificado dos dispositivos médicos, incluindo sistema de distribuição de gases medicinais em conformidade com o previsto na legislação em vigor;
 - g) Cópia da declaração de validação de funcionamento de recipientes sob pressão simples e/ou o certificado de aprovação de funcionamento de equipamentos sob pressão;
 - h) Cópia do certificado energético, em conformidade com a legislação em vigor;

- i) Cópia do relatório de ensaios que comprovem o funcionamento dos equipamentos geradores de ruído, como por exemplo sistemas de vácuo e/ou produção de ar comprimido, em conformidade com o Regulamento Geral do Ruído;
- j) Plano de prevenção e controlo ou programa de manutenção e limpeza, bem como toda a documentação associada no âmbito da legislação em vigor, no sentido de prevenir o risco de proliferação e disseminação da bactéria *Legionella*;
- k) Autorização para aquisição direta de medicamentos, emitida pelo INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.;
- l) Licença de funcionamento dos equipamentos de radiodiagnóstico dentário, no âmbito da segurança radiológica, nos termos da legislação em vigor.

Artigo 9.º | Condições de funcionamento

1. São condições de atribuição da licença de funcionamento ou da declaração de conformidade:
 - a) A idoneidade do requerente, a qual, no caso de se tratar de pessoa coletiva, deve ser preenchida pelos administradores, ou diretores/gerentes que detenham a direção efetiva do estabelecimento;
 - b) A idoneidade profissional dos elementos da direção clínica e direção de serviço, se aplicável, bem como do demais pessoal clínico e técnico;
 - c) O cumprimento dos requisitos que permitam a garantia da qualidade técnica dos cuidados e tratamentos a prestar, bem como garantir que os equipamentos de que ficarão dotados se encontram em perfeito estado de funcionamento.

2. Para efeitos do disposto no presente diploma, são consideradas idóneas as pessoas relativamente às quais não se verifique nenhum dos seguintes impedimentos:
 - a) Proibição legal do exercício do comércio ou a não conformidade de registo na segurança social;
 - b) Condenação, com trânsito em julgado, qualquer que tenha sido a natureza do crime, nos casos em que tenha sido decretada a interdição do exercício de profissão;
- c) Inibição do exercício da atividade profissional, pela respetiva ordem ou associação profissional, durante o período determinado.
3. Para efeitos do disposto na alínea b) do n.º 1, são considerados profissionais de saúde idóneos aqueles em relação aos quais não se verifique nenhum dos seguintes impedimentos:
 - a) Condenação, com trânsito em julgado, qualquer que tenha sido a natureza do crime, nos casos em que tenha sido decretada a interdição do exercício de profissão;
 - b) Inibição do exercício da atividade profissional, pela respetiva ordem ou associação profissional, durante o período determinado.
4. O disposto no número anterior deixa de produzir efeitos após reabilitação ou pelo decurso do prazo de interdição fixado pela decisão condenatória.

CAPÍTULO IV RECURSOS HUMANOS

Artigo 10.º | Direção clínica

1. As clínicas ou consultórios dentários são tecnicamente dirigidos por um diretor clínico ou de serviço, conforme aplicável, com uma das seguintes qualificações:
 - a) Médico dentista;
 - b) Médico especialista em estomatologia.
2. Nas clínicas ou consultórios dentários onde apenas se exerçam funções de odontologia, existirá um diretor técnico, que pode ser um odontologista, nas condições previstas na lei.
3. Sempre que a unidade se encontre integrada num estabelecimento de saúde onde sejam desenvolvidas outras tipologias de atividade, o estabelecimento é dirigido por um diretor clínico, com responsabilidade clínica transversal a todas elas, sendo a responsabilidade técnica da unidade assumida por um diretor de serviço, que deve possuir uma das qualificações previstas no n.º 1.
4. A atividade da clínica ou consultório dentário implica a presença física do diretor clínico/serviço/técnico, de forma a garantir a qualidade dos tratamentos e a supervisão da atividade realizada, devendo ser substituído nos seus impedimentos e ausências por um profissional qualificado com formação equivalente.
5. Em função do disposto no número anterior, cada profissional apenas poderá exercer a função de diretor clínico/serviço numa clínica ou consultório dentário, excetuando-se os casos dos consultórios em que apenas exerce a atividade um único profissional.
6. Em caso de impedimento ou cessação permanente de funções do diretor clínico ou, no caso previsto no n.º 3, do

diretor de serviço, deve ser provida a sua substituição no prazo máximo de 30 dias, com comunicação da substituição à entidade competente.

7. É da responsabilidade do diretor clínico/serviço/técnico:
- a) Designar, de entre os profissionais com qualificação equivalente à sua, o seu substituto durante as suas ausências ou impedimentos, em respeito pelas regras constantes do regulamento interno;
 - b) Zelar pela qualidade dos cuidados clínicos prestados, tendo em particular atenção os programas de garantia da qualidade, incluindo o controlo de infeção;
 - c) Garantir a formação contínua do pessoal técnico da unidade;
 - d) Supervisionar o cumprimento das normas estabelecidas quanto à estratégia terapêutica dos doentes e ao controlo clínico;
 - e) Aprovar os protocolos técnicos, clínicos e terapêuticos e velar pelo seu cumprimento;
 - f) Colaborar na definição das normas referentes à proteção da saúde e à segurança do pessoal, bem como respeitar as especificações referentes à proteção do ambiente e da saúde pública e zelar pelo seu cumprimento;
 - g) Garantir a idoneidade e a qualificação técnica dos profissionais adequadas ao desempenho da atividade;
 - h) Aprovar o procedimento de emergência médica e assegurar a sua divulgação.

Artigo 11.º | Pessoal

As clínicas ou consultórios dentários devem dispor de pessoal de assistência aos utentes, no mínimo de uma assistente de consultório, com formação e/ou experiência profissional adequada às fun-

ções a desempenhar e de pessoal administrativo, sempre que tal se revele necessário ao seu bom funcionamento.

Artigo 12.º | Recurso a serviços contratados

As clínicas ou consultórios dentários podem recorrer a serviços de terceiros, nomeadamente no âmbito do transporte de doentes, tratamento de roupa, do fornecimento de refeições, de gases medicinais e produtos esterilizados, e ainda a gestão dos resíduos hospitalares, quando as entidades prestadoras de tais serviços se encontrem, nos termos da legislação em vigor, licenciadas, certificadas ou acreditadas para o efeito.

CAPÍTULO V REQUISITOS TÉCNICOS

Artigo 13.º | Normas genéricas de construção, segurança e privacidade

1. As clínicas ou consultórios dentários devem situar-se em locais de fácil acessibilidade e que disponham de infraestruturas viárias, de abastecimento de água, de saneamento, de energia elétrica e de telecomunicações.
2. As clínicas ou consultórios dentários podem funcionar em edifício autónomo, ou em parte de edifício destinado a outros fins.
3. A construção deve contemplar a existência de um percurso acessível até aos espaços fundamentais de funcionamento da unidade, nos termos do regime jurídico das acessibilidades em vigor.
4. A sinalética deve ser concebida de forma a ser compreendida pelos utentes, obedecendo aos requisitos de legibilidade definidos no regime jurídico das acessibilidades em vigor.

5. Os acabamentos utilizados nas clínicas ou consultórios dentários devem permitir a manutenção de um grau de higienização compatível com a atividade desenvolvida nos locais a que se destinam.
6. As clínicas ou consultórios dentários devem garantir a localização de instalações técnicas, de armazenagem de fluidos inflamáveis ou perigosos e de gases medicinais, caso existam, nas condições de segurança legalmente exigidas.
7. As circulações horizontais deverão ter como pé direito útil mínimo 2,10 m e os compartimentos de armazenamento, sujos e despejos e material de limpeza deverão ter como pé direito útil mínimo 2,00 m, entendendo-se como tal a altura livre do pavimento ao teto ou teto falso, devendo nas demais áreas ser cumprido o pé direito útil mínimo previsto na legislação em vigor.
8. Caso a clínica ou consultório dentário não disponha de acesso de nível ao exterior ou tenha um desenvolvimento em altura superior a um piso e se preveja a utilização de macas ou camas, deve dispor de pelo menos um elevador com dimensões interiores não inferiores a 2,40 m × 1,30 m × 2,10 m, respetivamente de comprimento, de largura e de altura.
9. A zona de armazenagem de medicamentos, quando exista, deve ser apenas acessível a profissionais autorizados, estar identificada e dispor de monitorização das condições de temperatura e humidade.
10. As clínicas ou consultórios dentários devem garantir as condições que permitam o respeito pela privacidade e dignidade dos utentes.

Artigo 14.º | Aquecimento, ventilação e ar condicionado (AVAC)

1. Os compartimentos devem satisfazer as condições ambiente de temperatura e humidade previstas na legislação em vigor.
2. A entidade deve realizar avaliação simplificada à qualidade do ar interior, nas condições expressas na legislação em vigor.
3. Se a unidade integrar uma fração ou um edifício que disponha de um sistema de climatização com recurso a permuta térmica ar-água, o recurso a equipamentos terminais do tipo ventiloconvetor (VC) ou unidade de indução (UI) é obrigatório, podendo nas demais situações ser utilizados outros tipos de unidades terminais, desde que promovam a recirculação do ar com filtragem, e cumpram as exigências da norma EN 378-1, assim como a legislação em vigor.
4. Caso a entidade seja composta por um máximo de quatro gabinetes de consulta e de quatro compartimentos de apoio – receção, sala de espera, instalação sanitária (IS) e uma sala de sujos – e se observem constrangimentos técnicos no cumprimento das exigências dos requisitos mínimos de caudal de ar novo, o autor do projeto deve adotar soluções alternativas que garantam a qualidade do ar.

Artigo 15.º | Reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo

1. Para a obtenção de dispositivos médicos devem adotar-se as seguintes modalidades:
 - a) Utilização exclusiva de dispositivos médicos de uso único, sendo proibido o reprocessamento para utilização posterior, salvo se permitido por regulamentação específica;
 - b) Utilização de dispositivos médicos de uso múltiplo reprocessados em entidade externa com implemen-

tação ou certificação da NP EN ISO 13485 ou ao abrigo de normativo que a venha a substituir, ou em unidade de saúde licenciada ou com declaração de conformidade, que disponha de unidade central de reprocessamento;

- c) Utilização de dispositivos médicos de uso múltiplo reprocessados em unidade interna de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo, para uma parte ou a totalidade das necessidades de um único serviço da unidade de saúde, sendo que em caso de reprocessamento pela unidade interna de apenas uma parte do material, o restante deve ser obtido com recurso às demais opções descritas;
 - d) Utilização de dispositivos médicos de uso múltiplo reprocessados em unidade central de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo para as necessidades de dois ou mais serviços da unidade de saúde, concebida, organizada e equipada de acordo com os normativos e legislação em vigor, que deve dispor da capacidade adequada às necessidades e ter implementada ou estar certificada pela NP EN ISO 13485 ou ao abrigo de normativo que a venha a substituir.
- 2. Todos os dispositivos potencialmente contaminados são manipulados, recolhidos e transportados em caixas ou carros fechados para a área de descontaminação, de forma a evitar o risco de contaminação dos circuitos envolventes e de utentes e pessoal.
 - 3. As unidades internas e centrais de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo devem satisfazer as normas relativas a qualidade e segurança, nos termos do artigo 3.º, com vista a assegurar o cumprimento das seguintes fases, respeitando ainda as instruções do fabricante dos dispositivos médicos, designadamente:

- a) Recolha de instrumentos ou dispositivos médicos;
 - b) Limpeza e desinfecção;
 - c) Inspeção, montagem e embalagem;
 - d) Esterilização;
 - e) Armazenamento.
4. Qualquer que seja a origem dos dispositivos médicos de uso múltiplo reprocessados, deve existir evidência da validação da eficácia das diferentes fases do reprocessamento, garantindo-se, pelo menos:
- a) A validação do ciclo de esterilização, no caso da unidade interna de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo;
 - b) A validação dos processos de lavagem/desinfecção, embalagem, selagem e esterilização na unidade central de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo.

Artigo 16.º | Equipamentos frigoríficos

Deve existir frigorífico para conservação de medicamentos dotado de dispositivo automático de registo de temperatura e alarme, se aplicável.

Artigo 17.º | Instalações e equipamentos elétricos

1. As instalações elétricas devem satisfazer as regras e regulamentos aplicáveis na legislação em vigor.
2. Todos os compartimentos devem dispor do número de tomadas necessárias à ligação individual de todos os equipamentos cuja utilização simultânea esteja prevista, ou seja, uma tomada por equipamento, a que se deve acrescentar uma tomada adicional para equipamento de limpeza.

Artigo 18.º | Especificações técnicas

1. São aprovadas especificações técnicas no que diz respeito aos compartimentos das clínicas e consultórios dentários, aos requisitos mínimos de equipamento técnico e médico nos anexos I, II e III à presente portaria, da qual fazem parte integrante.
2. A área útil prevista nos anexos (nomeadamente a definida por posto, box, cama, maca ou cadeirão) inclui circulações, considerando-se que a área útil total do compartimento resulta do somatório das áreas úteis parciais, sem prejuízo da necessidade de ser assegurada a funcionalidade do espaço, a circulação entre postos e o acesso ao utente, de acordo com o Regime Geral de Segurança contra Incêndios.

CAPÍTULO VI DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 19.º | Outros serviços de ação médica

Sempre que a unidade dispuser de outros serviços de saúde, estes devem cumprir as exigências e requisitos constantes nos respetivos diplomas, devendo ser observado o regime especial da radiação ionizante dos equipamentos de radiodiagnóstico dentário nos termos da alínea m) do n.º 2 do artigo 8.º da presente portaria.

Artigo 20.º | Livro de reclamações

As clínicas ou consultórios dentários estão sujeitos à obrigatoriedade de existência e disponibilização de livro de reclamações, nos termos da legislação em vigor.

Artigo 21.º | Prazo de adaptação

1. As unidades licenciadas dispõem do prazo de cinco anos, a contar da entrada em vigor da presente portaria, para adaptação aos requisitos técnicos de funcionamento aqui previstos, devendo, no mesmo prazo e sem prejuízo do disposto no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto, requerer, através do Portal de Licenciamento da ERS, a licença de funcionamento que ateste a conformidade com a regulamentação vigente.
2. Tratando-se de unidades que disponham de licença de funcionamento emitida pela ERS ao abrigo do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto, e da regulamentação prevista no n.º 2 do artigo 25.º do mesmo diploma e cuja obtenção deva seguir o procedimento ordinário, no prazo definido no número anterior, deverão solicitar, através do Portal de Licenciamento, a emissão de nova licença com dispensa de vistoria prévia, através de requerimento fundamentado que ateste o cumprimento dos novos requisitos técnicos de funcionamento aqui previstos.
3. As IPSS, as instituições militares e as pessoas coletivas públicas em funcionamento dispõem do prazo de cinco anos, a contar da entrada em vigor da presente portaria, para adaptação aos requisitos técnicos de funcionamento aqui previstos.
4. Os titulares de processos de licenciamento em curso, à data de entrada em vigor da presente portaria, podem optar pela adequação aos novos requisitos técnicos de funcionamento aqui previstos, mediante requerimento dirigido à ERS.
5. Nas situações referidas no número anterior, a ERS dará continuidade à tramitação dos processos, aproveitando os atos já praticados e decidindo sobre o pedido de emissão da licença de funcionamento, à luz dos requisitos técnicos definidos na presente portaria.

Artigo 22.º | Norma revogatória

São revogadas as Portarias n.os 268/2010, de 12 de maio, e 167-A/2014, de 21 de agosto.

Artigo 23.º | Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Em 1 de março de 2024.

A Ministra da Defesa Nacional, Maria Helena Chaves Carreiras.
— A Ministra do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, Ana
Manuel Jerónimo Lopes Correia Mendes Godinho — O Ministro
da Saúde, Manuel Francisco Pizarro de Sampaio e Castro.

REGIME JURÍDICO DA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO

LEI N.º 102/2009 DE 10 DE SETEMBRO

Artigo 3.º | Âmbito

1. A presente lei aplica-se:
 - a) A todos os ramos de atividade, nos sectores privado ou cooperativo e social;
 - b) Ao trabalhador por conta de outrem e respetivo empregador, incluindo as pessoas coletivas de direito privado sem fins lucrativos;
 - c) Ao trabalhador independente.
- (...)

Artigo 13.º | Segurança de máquinas e equipamentos de trabalho

1. No âmbito da prevenção e da segurança dos equipamentos deve toda a pessoa singular ou coletiva que fabrique máquinas, aparelhos, ferramentas, instalações e outros equipamentos para utilização profissional proceder às investigações e operações necessárias para que, na fase de concepção e

durante a fabricação, sejam, na medida do possível, eliminados ou reduzidos ao mínimo quaisquer riscos que tais produtos possam apresentar para a saúde ou para a segurança das pessoas e garantir, por certificação adequada, antes do lançamento no mercado, a conformidade com os requisitos de segurança e de saúde aplicáveis.

2. Toda a pessoa singular ou coletiva que importe, venda, alugue, ceda a qualquer título ou coloque em exposição máquinas, aparelhos, ferramentas ou instalações para utilização profissional deve:
 - a) Proceder ou mandar proceder aos ensaios e controlos necessários para se assegurar que a construção e o estado de tais equipamentos de trabalho são de forma a não apresentar riscos para a segurança e a saúde dos trabalhadores, desde que a utilização de tais equipamentos seja feita corretamente e para o fim a que se destinam, salvo quando os referidos equipamentos estejam devidamente certificados;
 - b) Tomar as medidas necessárias para que às máquinas, aos aparelhos, às ferramentas ou às instalações para utilização profissional sejam anexadas instruções, em português, quanto à montagem, à utilização, à conservação e à reparação das mesmas, em que se especifique, em particular, como devem proceder os trabalhadores incumbidos dessas tarefas, de forma a prevenir riscos para a sua segurança e a sua saúde e de outras pessoas.
3. Toda a pessoa singular ou coletiva que proceda à montagem, à colocação, à reparação ou à adaptação de máquinas, aparelhos, ferramentas ou instalações para utilização profissional deve assegurar, na medida do possível, que, em resultado daquelas operações, tais equipamentos não apresentam risco para a segurança e a saúde das pessoas, desde que a sua utilização seja efetuada corretamente.

4. As máquinas, os aparelhos, as ferramentas e as instalações para utilização profissional só podem ser fornecidos ou colocados em serviço desde que contenham a marcação de segurança, o nome e o endereço do fabricante ou do importador, bem como outras informações que permitam identificar claramente os mesmos e prevenir os riscos na sua utilização.

(...)

Artigo 15.º | Obrigações gerais do empregador

1. O empregador deve assegurar ao trabalhador condições de segurança e de saúde em todos os aspetos do seu trabalho.
2. O empregador deve zelar, de forma continuada e permanente, pelo exercício da atividade em condições de segurança e de saúde para o trabalhador, tendo em conta os seguintes princípios gerais de prevenção:
 - a) Identificação dos riscos previsíveis em todas as atividades da empresa, estabelecimento ou serviço, na concepção ou construção de instalações, de locais e processos de trabalho, assim como na seleção de equipamentos, substâncias e produtos, com vista à eliminação dos mesmos ou, quando esta seja inviável, à redução dos seus efeitos;
 - b) Integração da avaliação dos riscos para a segurança e a saúde do trabalhador no conjunto das atividades da empresa, estabelecimento ou serviço, devendo adotar as medidas adequadas de proteção;
 - c) Combate aos riscos na origem, por forma a eliminar ou reduzir a exposição e aumentar os níveis de proteção;
 - d) Assegurar, nos locais de trabalho, que as exposições aos agentes químicos, físicos e biológicos e aos factores de risco psicossociais não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador;

- e) Adaptação do trabalho ao homem, especialmente no que se refere à concepção dos postos de trabalho, à escolha de equipamentos de trabalho e aos métodos de trabalho e produção, com vista a, nomeadamente, atenuar o trabalho monótono e o trabalho repetitivo e reduzir os riscos psicossociais;
 - f) Adaptação ao estado de evolução da técnica, bem como a novas formas de organização do trabalho;
 - g) Substituição do que é perigoso pelo que é isento de perigo ou menos perigoso;
 - h) Priorização das medidas de proteção coletiva em relação às medidas de proteção individual;
 - i) Elaboração e divulgação de instruções compreensíveis e adequadas à atividade desenvolvida pelo trabalhador.
3. Sem prejuízo das demais obrigações do empregador, as medidas de prevenção implementadas devem ser antecedidas e corresponder ao resultado das avaliações dos riscos associados às várias fases do processo produtivo, incluindo as atividades preparatórias, de manutenção e reparação, de modo a obter como resultado níveis eficazes de proteção da segurança e saúde do trabalhador.
4. Sempre que confiadas tarefas a um trabalhador, devem ser considerados os seus conhecimentos e as suas aptidões em matéria de segurança e de saúde no trabalho, cabendo ao empregador fornecer as informações e a formação necessárias ao desenvolvimento da atividade em condições de segurança e de saúde.
5. Sempre que seja necessário aceder a zonas de risco elevado, o empregador deve permitir o acesso apenas ao trabalhador com aptidão e formação adequadas, pelo tempo mínimo necessário.

6. O empregador deve adotar medidas e dar instruções que permitam ao trabalhador, em caso de perigo grave e iminente que não possa ser tecnicamente evitado, cessar a sua atividade ou afastar-se imediatamente do local de trabalho, sem que possa retomar a atividade enquanto persistir esse perigo, salvo em casos excepcionais e desde que assegurada a proteção adequada.
7. O empregador deve ter em conta, na organização dos meios de prevenção, não só o trabalhador como também terceiros suscetíveis de serem abrangidos pelos riscos da realização dos trabalhos, quer nas instalações quer no exterior.
8. O empregador deve assegurar a vigilância da saúde do trabalhador em função dos riscos a que estiver potencialmente exposto no local de trabalho.
9. O empregador deve estabelecer em matéria de primeiros socorros, de combate a incêndios e de evacuação as medidas que devem ser adoptada e a identificação dos trabalhadores responsáveis pela sua aplicação, bem como assegurar os contatos necessários com as entidades externas competentes para realizar aquelas operações e as de emergência médica.
10. Na aplicação das medidas de prevenção, o empregador deve organizar os serviços adequados, internos ou externos à empresa, estabelecimento ou serviço, mobilizando os meios necessários, nomeadamente nos domínios das atividades técnicas de prevenção, da formação e da informação, bem como o equipamento de proteção que se torne necessário utilizar.
11. As prescrições legais ou convencionais de segurança e de saúde no trabalho estabelecidas para serem aplicadas na empresa, estabelecimento ou serviço devem ser observadas pelo próprio empregador.
12. O empregador suporta os encargos com a organização e o funcionamento do serviço de segurança e de saúde no tra-

balho e demais medidas de prevenção, incluindo exames, avaliações de exposições, testes e outras ações dos riscos profissionais e vigilância da saúde, sem impor aos trabalhadores quaisquer encargos financeiros.

13. Para efeitos do disposto no presente artigo, e salvaguardando as devidas adaptações, o trabalhador independente é equiparado a empregador.
14. Constitui contraordenação muito grave a violação do disposto nos n.os 1 a 12.
15. Sem prejuízo do disposto no número anterior, o empregador cuja conduta tiver contribuído para originar uma situação de perigo incorre em responsabilidade civil.

Artigo 16.º | Atividades simultâneas ou sucessivas no mesmo local de trabalho

1. Quando várias empresas, estabelecimentos ou serviços desenvolvam, simultaneamente, atividades com os seus trabalhadores no mesmo local de trabalho, devem os respetivos empregadores, tendo em conta a natureza das atividades que cada um desenvolve, cooperar no sentido da proteção da segurança e da saúde.
2. Não obstante a responsabilidade de cada empregador, devem assegurar a segurança e a saúde, quanto a todos os trabalhadores a que se refere o número anterior, as seguintes entidades:
 - a) A empresa utilizadora, no caso de trabalhadores em regime de trabalho temporário;
 - b) A empresa cessionária, no caso de trabalhadores em regime de cedência ocasional;
 - c) A empresa em cujas instalações outros trabalhadores prestam serviço ao abrigo de contratos de prestação de serviços;

- d) Nos restantes casos, a empresa adjudicatária da obra ou do serviço, para o que deve assegurar a coordenação dos demais empregadores através da organização das atividades de segurança e saúde no trabalho.
- 3. A empresa utilizadora ou adjudicatária da obra ou do serviço deve assegurar que o exercício sucessivo de atividades por terceiros nas suas instalações ou com os equipamentos utilizados não constituem um risco para a segurança e saúde dos seus trabalhadores ou dos trabalhadores temporários, cedidos ocasionalmente ou de trabalhadores ao serviço de empresas prestadoras de serviços.
- 4. Constitui contraordenação muito grave a violação do disposto nos n.os 2 e 3, sem prejuízo da responsabilidade do empregador.

Artigo 17.º | Obrigações do trabalhador

- 1. Constituem obrigações do trabalhador:
 - a) Cumprir as prescrições de segurança e de saúde no trabalho estabelecidas nas disposições legais e em instrumentos de regulamentação coletivas de trabalho, bem como as instruções determinadas com esse fim pelo empregador;
 - b) Zelar pela sua segurança e pela sua saúde, bem como pela segurança e pela saúde das outras pessoas que possam ser afetadas pelas suas ações ou omissões no trabalho, sobretudo quando exerça funções de chefia ou coordenação, em relação aos serviços sob o seu enquadramento hierárquico e técnico;
 - c) Utilizar corretamente e de acordo com as instruções transmitidas pelo empregador, máquinas, aparelhos, instrumentos, substâncias perigosas e outros equipamentos e meios postos à sua disposição, desig-

nadamente os equipamentos de proteção coletiva e individual, bem como cumprir os procedimentos de trabalho estabelecidos;

- d) Cooperar ativamente na empresa, no estabelecimento ou no serviço para a melhoria do sistema de segurança e de saúde no trabalho, tomando conhecimento da informação prestada pelo empregador e comparando às consultas e aos exames determinados pelo médico do trabalho;
 - e) Comunicar imediatamente ao superior hierárquico ou, não sendo possível, ao trabalhador designado para o desempenho de funções específicas nos domínios da segurança e saúde no local de trabalho as avarias e deficiências por si detetadas que se lhe afigurem suscetíveis de originarem perigo grave e iminente, assim como qualquer defeito verificado nos sistemas de proteção;
 - f) Em caso de perigo grave e iminente, adotar as medidas e instruções previamente estabelecidas para tal situação, sem prejuízo do dever de contactar, logo que possível, com o superior hierárquico ou com os trabalhadores que desempenham funções específicas nos domínios da segurança e saúde no local de trabalho.
2. O trabalhador não pode ser prejudicado em virtude de se ter afastado do seu posto de trabalho ou de uma área perigosa em caso de perigo grave e iminente nem por ter adotado medidas para a sua própria segurança ou para a segurança de outrem.
 3. As obrigações do trabalhador no domínio da segurança e saúde nos locais de trabalho não excluem as obrigações gerais do empregador, tal como se encontram definidas no artigo 15.º
 4. Constitui contraordenação muito grave a violação do disposto na alínea b) do n.º 1.

5. Sem prejuízo do disposto no número anterior, o trabalhador que viole culposamente os deveres referidos no n.º 1 ou o trabalhador cuja conduta tiver contribuído para originar uma situação de perigo incorre em responsabilidade disciplinar e civil.

(...)

Artigo 44.º | Vigilância da saúde

1. Sem prejuízo das obrigações gerais em matéria de saúde no trabalho, o empregador deve assegurar a vigilância adequada da saúde dos trabalhadores em relação aos quais o resultado da avaliação revele a existência de riscos para o património genético, através de exames de saúde, devendo ser realizado um exame antes da primeira exposição.
2. A vigilância da saúde referida no número anterior deve permitir a aplicação dos conhecimentos de medicina do trabalho mais recentes, ser baseada nas condições ou circunstâncias em que cada trabalhador tenha sido ou possa ser sujeito à exposição a agentes ou factores de risco e incluir, no mínimo, os seguintes procedimentos:
 - a) Registo da história clínica e profissional de cada trabalhador;
 - b) Entrevista pessoal com o trabalhador;
 - c) Avaliação individual do seu estado de saúde;
 - d) Vigilância biológica sempre que necessária;
 - e) Rastreio de efeitos precoces e reversíveis.
3. Os exames de saúde são realizados com base no conhecimento de que a exposição aos agentes ou factores de risco do património genético pode provocar as seguintes afeções:
 - a) Alterações do comportamento sexual;
 - b) Redução da fertilidade, designadamente nos diversos aspetos da espermatogénese e da ovogénese;

- c) Resultados adversos na atividade hormonal;
 - d) Modificações de outras funções que dependam da integridade do sistema reprodutor.
4. Constitui contraordenação grave a violação do disposto nos números anteriores.
- (...)

Artigo 100.º | Atividades técnicas

1. As atividades técnicas de segurança no trabalho são exercidas por técnicos superiores ou técnicos de segurança e higiene no trabalho, certificados pelo organismo competente para a promoção da segurança e da saúde no trabalho do ministério competente para a área laboral, nos termos de legislação especial.
2. Os profissionais referidos no número anterior exercem as respetivas atividades com autonomia técnica.
3. Constitui contraordenação grave, imputável ao empregador, a contratação de técnico que não reúna os requisitos identificados no n.º 1.

Artigo 101.º | Garantia mínima de funcionamento do serviço de segurança no trabalho

1. A atividade dos serviços de segurança deve ser assegurada regularmente no próprio estabelecimento durante o tempo necessário.
2. A afetação dos técnicos superiores ou técnicos às atividades de segurança no trabalho, por empresa, é estabelecida nos seguintes termos:
 - a) Em estabelecimento industrial – até 50 trabalhadores, um técnico, e, acima de 50, dois técnicos, por cada 1500 trabalhadores abrangidos ou fração, sendo pelo menos um deles técnico superior;

- b) Nos restantes estabelecimentos – até 50 trabalhadores, um técnico, e, acima de 50 trabalhadores, dois técnicos, por cada 3000 trabalhadores abrangidos ou fração, sendo pelo menos um deles técnico superior.
- 3. O organismo competente para a promoção da segurança e saúde no trabalho do ministério responsável pela área laboral pode determinar uma duração mais alargada da atividade dos serviços de segurança em estabelecimento em que, independentemente do número de trabalhadores, a natureza ou a gravidade dos riscos profissionais, bem como os indicadores de sinistralidade, se justifique uma ação mais eficaz.
- 4. Constitui contraordenação grave a violação do disposto nos números anteriores.

Artigo 102.º | Informação e consulta ao serviço de segurança e de saúde no trabalho

- 1. O empregador deve fornecer aos serviços de segurança no trabalho os elementos técnicos sobre os equipamentos e a composição dos produtos utilizados.
- 2. Os serviços de segurança no trabalho devem ser informados sobre todas as alterações dos componentes materiais do trabalho e consultados, previamente, sobre todas as situações com possível repercussão na segurança dos trabalhadores.
- 3. As informações referidas nos números anteriores ficam sujeitas a sigilo profissional, sem prejuízo de as informações pertinentes para a proteção da segurança e saúde deverem ser comunicadas aos trabalhadores envolvidos, sempre que tal se mostre necessário, e aos representantes dos trabalhadores para a segurança e saúde no trabalho.
- 4. Constitui contraordenação grave a violação do disposto nos n.os 1 e 2.

Artigo 103.º | Médico do trabalho

1. Para efeitos da presente lei, considera-se médico do trabalho o licenciado em Medicina com especialidade de medicina do trabalho reconhecida pela Ordem dos Médicos.
2. Considera-se, ainda, médico do trabalho aquele a quem seja reconhecida idoneidade técnica para o exercício das respetivas funções, nos termos da lei.
3. No caso de insuficiência comprovada de médicos do trabalho qualificados nos termos referidos nos números anteriores, o organismo competente do ministério responsável pela área da saúde pode autorizar outros licenciados em Medicina a exercer as respetivas funções, os quais, no prazo de quatro anos a contar da respetiva autorização, devem apresentar prova da obtenção de especialidade em medicina do trabalho, sob pena de lhes ser vedada a continuação do exercício das referidas funções.

Artigo 104.º | Enfermeiro do trabalho

1. Em empresa com mais de 250 trabalhadores, o médico do trabalho deve ser coadjuvado por um enfermeiro com experiência adequada.
2. As atividades a desenvolver pelo enfermeiro do trabalho são objeto de legislação especial.
3. Constitui contraordenação grave a violação do disposto no n.º 1.

Artigo 105.º | Garantia mínima de funcionamento do serviço de saúde no trabalho

1. O médico do trabalho deve prestar atividade durante o número de horas necessário à realização dos atos médicos, de rotina ou de emergência e outros trabalhos que deva coordenar.

2. O médico do trabalho deve conhecer os componentes materiais do trabalho com influência sobre a saúde dos trabalhadores, desenvolvendo para este efeito a atividade no estabelecimento nos seguintes termos:
 - a) Em estabelecimento industrial ou estabelecimento de outra natureza com risco elevado, pelo menos uma hora por mês por cada grupo de 10 trabalhadores ou fração;
 - b) Nos restantes estabelecimentos, pelo menos uma hora por mês por cada grupo de 20 trabalhadores ou fração.
3. Ao médico do trabalho é proibido assegurar a vigilância da saúde de um número de trabalhadores a que correspondam mais de 150 horas de atividade por mês.
4. Constitui contraordenação grave a violação do disposto nos números anteriores.

(...)

Artigo 108.º | Exames de saúde

1. O empregador deve promover a realização de exames de saúde adequados a comprovar e avaliar a aptidão física e psíquica do trabalhador para o exercício da atividade, bem como a repercussão desta e das condições em que é prestada na saúde do mesmo.
2. As consultas de vigilância da saúde devem ser efetuadas por médico que reúna os requisitos previstos no artigo 103.º
3. Sem prejuízo do disposto em legislação especial, devem ser realizados os seguintes exames de saúde:
 - a) Exames de admissão, antes do início da prestação de trabalho ou, se a urgência da admissão o justificar, nos 15 dias seguintes;

- b) Exames periódicos, anuais para os menores e para os trabalhadores com idade superior a 50 anos, e de 2 em 2 anos para os restantes trabalhadores;
 - c) Exames ocasionais, sempre que haja alterações substanciais nos componentes materiais de trabalho que possam ter repercussão nociva na saúde do trabalhador, bem como no caso de regresso ao trabalho depois de uma ausência superior a 30 dias por motivo de doença ou acidente.
- 4. O médico do trabalho, face ao estado de saúde do trabalhador e aos resultados da prevenção dos riscos profissionais na empresa, pode aumentar ou reduzir a periodicidade dos exames previstos no número anterior.
 - 5. O médico do trabalho deve ter em consideração o resultado de exames a que o trabalhador tenha sido submetido e que mantenham atualidade, devendo instituir a cooperação necessária com o médico assistente.

(...)

NORMAS TÉCNICAS DA PROFISSÃO

Funcionamento do Programa Nacional de Saúde Oral

Prescrição Médica

Amálgama Dentária

Proteção Radiológica aplicada à Medicina Dentária

PORTARIA N.º 430/2023, DE 12 DE DEZEMBRO

ESTABELECE AS REGRAS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE ORAL PERSONALIZADOS, PREVENTIVOS E CURATIVOS NO ÂMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE ORAL

O Programa do XXIII Governo Constitucional determina um impulso à área da promoção da saúde e prevenção da doença. Segundo a Organização Mundial de Saúde, uma boa saúde oral permite aos indivíduos funções essenciais como comer, respirar e falar, e contempla dimensões psicossociais como a autoconfiança, o bem-estar e a capacidade de socializar e trabalhar sem dor, desconforto e vergonha. Algumas doenças orais concorrem com fatores de risco comuns a uma série de outras doenças e condições com impacto na saúde, contribuindo para desigualdades acentuadas, perda de dias de escolarização ou de trabalho.

A questão do acesso a cuidados de saúde oral é um tema de crescente importância nos sistemas de saúde mais desenvolvidos, particularmente no que diz respeito à identificação das melhores práticas para o aumento do acesso a estes cuidados, idealmente num contexto de proximidade.

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) pretende reforçar as estratégias que têm vindo a ser desenvolvidas, no âmbito da promoção da saúde, da prevenção e do tratamento precoce das doenças orais. O PNPSO 2025 estrutura-se em dois eixos estratégicos principais – prevenção, diagnóstico e tratamento das

doenças orais, complementado por um eixo transversal orientado para a monitorização, auditoria, avaliação e promoção da formação profissional, investigação e conhecimento.

Em 2009, através da Portaria n.º 301/2009, de 24 de março, deu-se início à estratégia de utilização de cheques-dentista e referenciações para consultas de higiene oral nos centros de saúde, rentabilizando-se a capacidade já instalada.

Através do Despacho n.º 8591-B/2016, de 1 de julho, o Ministério da Saúde reforçou a medicina dentária nos cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde, de forma faseada, através do desenvolvimento de experiências-piloto. Posteriormente, este esforço foi alargado a todo o país. Durante o período de desenvolvimento das experiências-piloto no âmbito da saúde oral, realizaram-se mais de 85 mil consultas de medicina dentária nos cuidados de saúde primários, que envolveram mais de 60 médicos dentistas. O Despacho n.º 8861-A/2018, de 18 de setembro, veio tornar universal e equitativa a cobertura da saúde oral no âmbito dos cuidados de saúde primários.

O Despacho n.º 5201/2021, de 24 de maio, aprovou o alargamento do PNPSO a todas as crianças com 4 anos e a todas as crianças e jovens com idades entre os 7 e os 18 anos, independentemente da escola ou instituição que frequentassem.

Os indicadores de saúde oral em Portugal, medidos através de estudos de prevalência das doenças orais, representativos a nível nacional e regional, têm vindo a melhorar ao longo dos anos, com maior expressão na última década.

Sem embargo, é fundamental continuar a promover a saúde oral ao longo da vida, com eficiência, equidade e tendência para a universalidade, melhorando o estado de saúde oral da população através da redução das doenças orais, altamente determinadas pela ausência de medidas de prevenção desde a infância.

O tempo entretanto decorrido desde a publicação da Portaria n.º 301/2009, de 24 de março, exige que se proceda a uma revisão e atualização das regras da prestação de cuidados de saúde oral no âmbito do PNPSO.

Do ponto de vista procedimental, pretende-se implementar a emissão automatizada e desmaterializada dos cheques-dentista, estabelecendo-se um processo de monitorização integrado e contínuo desde a emissão e utilização até aos resultados em saúde.

Por outro lado, desde a criação do PNPSO, o valor do cheque-dentista não foi objeto de atualização, tendo antes ocorrido uma redução do montante que lhe está associado, por força do disposto no Despacho n.º 7402/2013, de 7 de junho.

Face à necessidade de manutenção dos mais elevados padrões da prática clínica, associados aos aumentos dos custos da prestação de cuidados de saúde oral, afigura-se pertinente a revisão do valor de todos os cheques-dentista, o que, aliás, deverá passar a ocorrer periodicamente.

Finalmente, e atendendo às alterações organizacionais introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, na sua redação atual, que cria a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P., e pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde, generalizando-as a todo o país, importa revisitar as formas de articulação entre os diferentes atores envolvidos na coordenação, gestão e execução do PNPSO.

Assim, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 25.º do Decreto-Lei n.º 32/2022, de 9 de maio, na sua redação atual, manda o Governo, pela Secretária de Estado da Promoção da Saúde, no uso das competências delegadas pelas alíneas a), h) e j) do n.º 1 do Despacho n.º 12167/2022, do Ministro da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 201, de 18 de outubro de 2022, o seguinte:

Artigo 1.º | Objeto

A presente portaria regula o funcionamento do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) no que respeita à prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos.

Artigo 2.º | Âmbito de aplicação

1. O PNPSO abrange todos os utentes inscritos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), doravante designados por utentes beneficiários.
2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, o PNPSO desenvolve intervenções dirigidas a utentes beneficiários que integrem populações-alvo específicas, designadamente:
 - a) Crianças e jovens com idade inferior a 18 anos;
 - b) Grávidas;
 - c) Beneficiários do complemento solidário para idosos;
 - d) Pessoas que vivem com o VIH;
 - e) Utesntes em situação de risco aumentado de cancro oral.
3. Consideram-se utentes em situação de risco aumentado de cancro oral aqueles que reúnam as características identificadas pela Direção-Geral da Saúde (DGS) através de circular normativa.
4. O PNPSO pode vir a abranger outras populações-alvo específicas definidas por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

Artigo 3.º | Liberdade de escolha

1. O PNPSO rege-se pelo princípio da liberdade de escolha por parte dos utentes beneficiários.
2. O princípio da liberdade de escolha aplica-se igualmente à prestação de cuidados de saúde oral que envolvam prestadores externos ao SNS aderentes ao PNPSO, os quais constam de uma lista nacional disponível nas unidades dos cuidados de saúde primários, no Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde (SNS 24) e no Portal do SNS.

Artigo 4.º | Coordenação e gestão operacional

1. Cabe à DGS a coordenação nacional e regional do PNPSO, devendo esta definir, através de circulares normativas, os respetivos procedimentos e os indicadores base de monitorização e avaliação, assegurando a sua divulgação, nomeadamente junto dos profissionais de saúde e dos utentes beneficiários.
2. Cabe à Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. (DE-SNS, I. P.), a gestão operacional da resposta assistencial no âmbito do PNPSO, estando a coordenação e execução do programa a nível local sob a responsabilidade das Unidades Locais de Saúde (ULS).
3. A Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS, E. P. E.), articulam-se e colaboram ativamente com a DGS, a DE-SNS, I. P., e as ULS na operacionalização e execução do PNPSO.

Artigo 5.º | Acesso

1. Os utentes beneficiários podem ser referenciados para consulta de medicina dentária nas unidades de saúde do SNS por enfermeiros, higienistas orais, médicos especialistas em medicina geral e familiar, saúde pública, estomatologia ou por médicos hospitalares de outras especialidades, de acordo com modelos de referência e com base em critérios clínicos definidos em norma emitida pela DGS.
2. A triagem e sinalização das crianças e dos jovens com idade inferior a 18 anos na área de influência das unidades de saúde do SNS com higienista oral é, sempre que possível, feita por aquele profissional nas escolas, de acordo com o modelo de gestão de acesso a definir pela DGS e DE-SNS, I. P.

Artigo 6.º | Sistemas de informação

Compete à SPMS, I. P., em articulação com a DGS e a DE-SNS, I. P., rever e otimizar o funcionamento dos sistemas de informação que dão suporte às atividades de saúde oral no contexto do SNS.

Artigo 7.º | Consultas de medicina dentária em prestadores externos ao SNS

1. Os utentes beneficiários que integrem populações-alvo específicas têm acesso a consultas de medicina dentária em prestadores de cuidados de saúde oral externos ao SNS.
2. A referência para as consultas referidas no número anterior é, nos termos da presente portaria, e conforme os casos, realizada com recurso à disponibilização de um cheque-dentista individualizado emitido através:
 - a) De procedimentos automatizados;
 - b) Da linha e dos serviços digitais do Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde (SNS 24); ou

- c) Dos profissionais de saúde do SNS, enfermeiros, higienistas orais, médicos especialistas em medicina geral e familiar, saúde pública, estomatologia ou por médicos hospitalares de outras especialidades que acompanhem os utentes beneficiários que integrem populações-alvo específicas.
3. O acesso às consultas de medicina dentária das crianças dos 2 aos 6 anos de idade realiza-se através da emissão de cheque-dentista prevenção e diagnóstico de forma automatizada e desmaterializada.
4. O acesso a consultas de medicina dentária em contexto de suspeita de lesões malignas ou pré-malignas realiza-se através da emissão de cheque-dentista no âmbito do projeto de intervenção precoce no cancro oral (PIPCO).

Artigo 8.º | Cheque-dentista

1. São atribuídos, de acordo com os limites previstos no artigo 9.º, cheques-dentista aos utentes beneficiários que integrem populações-alvo específicas.
2. A alteração ao valor do cheque-dentista e ao número máximo de cheques-dentista a atribuir a cada grupo de utentes beneficiários referidos no número anterior é definida por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

Artigo 9.º | Valor do cheque-dentista

1. O valor do cheque-dentista, incluindo os cheques-dentista prevenção e diagnóstico e tratamento, é de 45,00 (euro).
2. Em derrogação do número anterior, o valor do cheque-dentista PIPCO para diagnóstico é de 20,00 (euro) e para biópsia de 50,00 (euro).

3. O valor do cheque-dentista deve ser revisto periodicamente, e pelo menos a cada dois anos, nos termos do n.º 2 do artigo anterior, sob proposta da DGS, após auscultação da DE-SNS, I. P.

Artigo 10.º | Número de cheques-dentista a atribuir

1. O número máximo de cheques-dentista a atribuir a todas as crianças e jovens é definido pela DGS, num máximo de:
 - a) Das coortes dos 2, 3, 4, 5 e 6 anos, atribuição anual de um cheque-dentista prevenção e diagnóstico, podendo ser atribuídos até dois cheques-dentista tratamento, caso se confirme a sua necessidade clínica;
 - b) Da coorte dos 7 anos, atribuição de até dois cheques-dentista por ano letivo;
 - c) Das coortes dos 8 e 9 anos, atribuição de um cheque-dentista, caso se confirme a sua necessidade clínica;
 - d) Da coorte dos 10 anos, atribuição de até dois cheques-dentista por ano letivo;
 - e) Das coortes dos 11 e 12 anos, atribuição de um cheque-dentista, caso se confirme a sua necessidade clínica;
 - f) Da coorte dos 13 anos, atribuição de até dois cheques-dentista por ano letivo;
 - g) Da coorte dos 14 anos, atribuição de um cheque-dentista, caso se confirme a sua necessidade clínica;
 - h) Das coortes dos 7, 10 e 13 anos com necessidades especiais de saúde, nomeadamente portadores de doença mental, paralisia cerebral, trissomia 21, entre outros, que não tenham sido abrangidos pelo PNP-SO, atribuição de um cheque-dentista adicional;
 - i) Da coorte dos 16 anos, atribuição de um cheque-dentista por ano letivo;
 - j) Da coorte dos 18 anos, atribuição de um cheque-dentista por ano civil.

2. O número de cheques-dentista a atribuir aos restantes utentes beneficiários que integrem populações-alvo específicas é o seguinte:
 - a) Às grávidas, atribuição de até três cheques-dentista por gravidez;
 - b) Aos beneficiários do complemento solidário para idosos, atribuição de até dois cheques-dentista por ano;
 - c) Às pessoas que vivem com VIH, atribuição de até seis cheques-dentista, e, caso já tenham sido abrangidos pelo PNPSO e não façam tratamentos há mais de dois anos, atribuição de até dois cheques-dentista de dois em dois anos;
 - d) Aos utentes em situação de risco aumentado de cancro oral, atribuição, por ano, de até dois cheque-dentista PIPCO para diagnóstico e dois cheques-dentista para biópsia.

Artigo 11.º | Emissão dos cheques-dentista

1. As regras e procedimentos de emissão e utilização do cheque-dentista são definidos pela DGS, em articulação com a DE-SNS, I. P., através de circular normativa.
2. Os procedimentos a que se refere o número anterior, devem, sempre que possível, ser tramitados de forma automatizada e desmaterializada.

Artigo 12.º | Prestadores

1. Os médicos estomatologistas, os médicos dentistas e os higienistas orais das ULS realizam a sua atividade no âmbito dos serviços de saúde oral das respetivas ULS, sem prejuízo da articulação com diferentes entidades do SNS com vista à garantia da equidade no acesso aos cuidados de saúde oral.

2. Os cuidados de saúde oral externos ao SNS são prestados nos consultórios dos médicos estomatologistas e médicos dentistas aderentes inscritos nas respetivas ordens profissionais.
3. Os higienistas orais que integram os consultórios dos médicos estomatologistas e dos médicos dentistas aderentes podem prestar cuidados de saúde oral, no âmbito das suas competências, sob a orientação e responsabilidade dos médicos estomatologistas e médicos dentistas aderentes.

Artigo 13.º | Instalações

Os médicos aderentes estão obrigados ao cumprimento de todas as condições higio sanitárias das instalações e equipamentos, de acordo com a legislação em vigor e as boas práticas profissionais aplicáveis.

Artigo 14.º | Adesão dos prestadores

1. Os médicos estomatologistas e os médicos dentistas interessados em aderir ao PNPSO subscrevem o contrato de adesão, disponível no Portal do SNS.
2. Os prestadores interessados, após preenchimento do formulário eletrónico referido no número anterior, devem remeter, preferencialmente em formato digital, os seguintes documentos:
 - a) Declaração de compromisso de honra que garanta aos utentes beneficiários a qualidade da prestação dos cuidados e a observância de todas as exigências e condições higio sanitárias das instalações e equipamentos, em igualdade de circunstâncias com os demais utentes dos seus consultórios.
 - b) Cópia da cédula profissional.
3. Após a realização efetiva do ato de adesão, a identificação de cada prestador passa a constar numa lista de médicos aderentes, disponível no Portal do SNS.

Artigo 15.º | Pagamentos

1. As normas relativas aos processos de pagamento e verificação de conformidade são definidas através de circular conjunta da DGS, da ACSS, I. P., da DE-SNS, I. P., e da SPMS, E. P. E.
2. Os cuidados prestados aos utentes beneficiários de cheques-dentista são confirmados através do código da prescrição, do código de acesso e do código de prestação inscritos no cheque-dentista.
3. Enquanto não forem implementados os procedimentos a que se refere a alínea anterior, os cuidados prestados aos utentes beneficiários de cheque-dentista são confirmados através da assinatura do seu titular, de forma legível, aposta no respetivo cheque-dentista, que, no caso de criança ou jovem com idade inferior a 18 anos, deve ser a assinatura do encarregado de educação ou da pessoa que o(a) acompanhe à consulta.
4. Os cheques-dentista utilizados são enviados mensalmente pelo prestador aderente à ULS respetiva, para validação e processamento do pagamento.
5. A ULS efetua o pagamento dos cheques-dentista no prazo máximo de 30 dias contados desde a sua validação.

Artigo 16.º | Parcerias com autarquias locais

1. Para alargamento do PNPSO a outros grupos populacionais ou para ampliação do número de atos por utente podem, no âmbito das estratégias municipais de saúde, ser estabelecidos protocolos com autarquias locais, recaindo os correspondentes encargos financeiros sobre as autarquias subscritoras.
2. As especificações do alargamento do PNPSO referido no número anterior são objeto de aprovação pela DGS, após auscultação da DE-SNS, I. P.

Artigo 17.º | Monitorização e avaliação

1. O acompanhamento da implementação e execução do PNPSO junto das ULS é efetuado pela DE-SNS, I. P.
2. A DGS define, monitoriza e avalia o cumprimento dos indicadores do PNPSO.
3. O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., em articulação com a DGS e a DE-SNS, I. P., assegura, com a periodicidade mínima de cinco anos, a realização de estudos de avaliação do impacto do PNPSO na saúde da população.
4. O relatório da avaliação anual sobre a execução do PNPSO aos utentes beneficiários de cheques-dentista é elaborado pela DGS em colaboração com a DE-SNS, I. P., e enviado ao membro do governo responsável pela área da saúde.

Artigo 18.º | Auditorias

No âmbito do PNPSO, são efetuadas auditorias com base em mecanismos de controlo a definir, no prazo de 60 dias, por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da DGS, após auscultação da DE-SNS, I. P.

Artigo 19.º | Instrumentos normativos

A DGS, a ACSS, I. P., a DE-SNS, I. P., e a SPMS, E. P. E., publicam, no prazo de 90 dias, os instrumentos normativos necessários à operacionalização da presente portaria.

Artigo 20.º | Norma revogatória

São revogadas:

- a) A Portaria n.º 301/2009, de 24 de março;
- b) A Portaria n.º 206/2011, de 23 de maio;
- c) O Despacho n.º 7402/2013, de 7 de junho;
- d) O Despacho n.º 12889/2015, de 13 de novembro;
- e) O Despacho n.º 5201/2021, de 24 de maio.

Artigo 21.º | Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Artigo 22.º | Produção de efeitos

Com exceção do disposto nos artigos 18.º e 19.º, a presente portaria produz efeitos a partir do dia 1 de janeiro de 2024 e abrange os cheques-dentista já emitidos, mas ainda não utilizados àquela data.

A Secretária de Estado da Promoção da Saúde,
Margarida Fernandes Tavares, em 5 de dezembro de 2023

PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS DE SAÚDE

PORTARIA N.º 224/2015, DE 27 DE JULHO

**ESTABELECE O REGIME JURÍDICO A QUE OBEDECEM AS
REGRAS DE PRESCRIÇÃO E DISPENSA DE MEDICAMENTOS
E PRODUTOS DE SAÚDE E DEFINE AS OBRIGAÇÕES DE
INFORMAÇÃO A PRESTAR AOS UTENTES**

(...)

Artigo 5.º | Regras de prescrição

1. A prescrição de medicamentos efetua-se mediante receita médica, devendo obedecer às disposições legais em vigor e, quando aplicável, atender ao Formulário Nacional de Medicamentos e às normas de orientação clínica emitidas pela Direção Geral da Saúde, em articulação com a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Médicos Dentistas.
2. A prescrição de um medicamento inclui obrigatoriamente a respetiva denominação comum internacional (DCI) da substância ativa, a forma farmacêutica, a dosagem, a apresentação, a quantidade e a posologia.

3. A prescrição de medicamentos é feita por via eletrônica, sem prejuízo de, excecionalmente e nos casos previstos no artigo 8.º da presente portaria, poder ser feita por via manual.
4. Salvo o disposto nos n.os 5 a 8, em cada receita médica, podem ser prescritos:
 - a) No caso de receita materializada ou por via manual, até quatro medicamentos ou produtos de saúde distintos, em receitas distintas não podendo, em caso algum, o número total de embalagens prescritas ultrapassar o limite de duas por medicamento ou produto, nem o total de quatro embalagens;
 - b) No caso de receita desmaterializada, mas em linhas de prescrição distintas, produtos de saúde e medicamentos distintos, sendo que cada linha de prescrição só pode incluir um produto de saúde ou um medicamento, até um máximo de duas embalagens de cada.
5. Excetua-se do disposto no número anterior a prescrição de medicamentos para dispensa ao público em quantidade individualizada, sujeita a regulamentação própria.
6. Podem ser prescritas numa receita até quatro embalagens do mesmo medicamento no caso de os medicamentos prescritos se apresentarem sob a forma de embalagem unitária, entendendo-se como tal aquela que contém uma unidade de forma farmacêutica na dosagem média usual para uma administração.
7. A prescrição de medicamentos contendo uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópica, compreendida nas tabelas I a II anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, ou qualquer das substâncias referidas no n.º 1 do artigo 86.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, não pode constar de receita materializada ou por via manual, onde sejam prescritos outros medicamentos ou produtos de saúde.

8. Os medicamentos a que se refere a tabela n.º 2 aprovada em anexo à Portaria n.º 1471/2004, de 21 de dezembro, na sua redação atual, podem:
 - a) No caso de receita materializada, ser prescritos em receita eletrónica renovável, sem prejuízo das adaptações e especificações que venham a justificar-se, a aprovar por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde;
 - b) No caso de receita desmaterializada, coexistir com outros medicamentos, com um limite máximo de seis embalagens por receita.
9. A SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. e o INFARMED Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P., devem disponibilizar ao prescritor informação relativa a interações medicamentosas, por meios eletrónicos.

(...)

Artigo 8.º | Prescrição excecional por via manual

1. A prescrição de medicamentos pode, excecionalmente, realizar-se por via manual nas seguintes situações:
 - a) Falência do sistema informático;
 - b) Inadaptação fundamentada do prescritor, previamente confirmada e validada anualmente pela respetiva Ordem profissional;
 - c) Prescrição ao domicílio;
 - d) Outras situações até um máximo de 40 receitas médicas por mês.
2. A exceção prevista na alínea c) do número anterior não é aplicável a locais de prescrição em lares de idosos.
3. Para efeitos do n.º 1, o prescritor deve assinalar, em local próprio da receita médica, a alínea aplicável.

4. A Ordem profissional do prescritor será notificada das irregularidades de prescrição sempre que sejam detetadas prescrições por via manual realizadas ao abrigo da alínea b) do n.º 1 sem a confirmação ali prevista.
5. A não verificação da situação de exceção não constitui motivo de recusa de pagamento da participação do Estado à farmácia.

(...)

Artigo 14.º | Informação ao utente no momento da prescrição

1. Sem prejuízo do disposto nos números seguintes, no momento da prescrição por via eletrónica é disponibilizada ao utente o guia de tratamento.
2. O guia de tratamento é um documento pessoal e intransmissível.
3. O prescritor deve informar o utente que o guia de tratamento lhe é destinado, pelo que não deve ser deixado na farmácia.
4. O guia de tratamento, para além dos elementos constantes do n.º 2 do artigo 5.º, contém informação sobre os preços de medicamentos comercializados que cumpram os critérios da prescrição.
5. No caso da receita desmaterializada, o guia de tratamento contém, para além da informação referida no número anterior, o número da prescrição, o código matriz, o código de acesso e dispensa e o código do direito de opção.
6. Os modelos de guia de tratamento são aprovados por despacho do membro do governo responsável pela área da saúde.
7. Nos casos de receita desmaterializada, o guia de tratamento e os códigos previstos no n.º 5 podem ser remetidos, no momento da prescrição, para o endereço de correio eletrónico do utente ou por SMS, mantendo-se a possibilidade de, a pedido do utente, serem fornecidos em suporte papel.

(...)

REGIME JURÍDICO DOS MEDICAMENTOS DE USO HUMANO

DECRETO-LEI N.º 176/2006, DE 30 DE AGOSTO

**ESTABELECE O REGIME JURÍDICO A QUE OBEDECEM AS
REGRAS DE PRESCRIÇÃO E DISPENSA DE MEDICAMENTOS
E PRODUTOS DE SAÚDE E DEFINE AS OBRIGAÇÕES DE
INFORMAÇÃO A PRESTAR AOS UTENTES**

1. O presente decreto-lei marca uma profunda mudança no sector do medicamento, designadamente nas áreas do fabrico, controlo da qualidade, segurança e eficácia, introdução no mercado e comercialização dos medicamentos para uso humano.

Na disciplina jurídica dos medicamentos de uso humano desempenhou um papel fundamental o Decreto-Lei n.º 72/91, de 8 de Fevereiro, que deu coerência dogmática e sistemática a um sector até então regido por um conjunto disperso de normas.

Contudo, o incessante progresso técnico e científico, os novos problemas, as novas prioridades políticas e a necessidade de adaptar a legislação nacional aos comandos emanados dos órgãos competentes da Comunidade Europeia conduziu outra vez a uma fragmentação excessiva da legislação aplicável aos medicamentos para uso humano.

O presente decreto-lei procede, deste modo, à transposição da legislação comunitária e à revisão, em conformidade, da legislação vigente.

2. A legislação até agora dispersa é reunida num único texto legal, respeitando-se, no entanto, a autonomia e especialidade de certas matérias, que se mantiveram fora do âmbito de aplicação do presente decreto-lei. Algumas, aliás, constituem já instrumentos legislativos com os quais o presente decreto-lei terá de interagir, designadamente com a Lei dos Ensaios Clínicos e com os diplomas dos regimes de preços e participações do Estado no preço dos medicamentos.
3. Neste Estatuto há aspectos que merecem ser sublinhados pelo que têm de inovador.

Um destaque especial merece a matéria relativa aos procedimentos de autorização de introdução no mercado, crescentemente variados. Aos procedimentos nacional, de reconhecimento mútuo e centralizado, já hoje previstos na legislação nacional e comunitária, é aditado agora o procedimento descentralizado, que permite a uma empresa efectuar, em vários Estados-membros e em simultâneo, um pedido de autorização de introdução no mercado.

4. O regime da renovação das autorizações de introdução no mercado é profundamente alterado. Com efeito, até à presente data as autorizações de introdução no mercado de medicamentos para uso humano eram obrigatoriamente renováveis de cinco em cinco anos mas, de agora em diante, passa a vigorar o princípio da renovação única e por período ilimitado, salvo se razões de farmacovigilância impuserem solução diferente.
5. No que se refere a outras formas de introdução e comercialização no mercado de medicamentos, o presente decreto-lei actua em vários sentidos.

Pela primeira vez, a legislação nacional ocupa-se de institutos há muito consagrados na jurisprudência dos tribunais comunitários e, crescentemente, na legislação de vários Estados membros da Comunidade Europeia, como é o caso do instituto das importações paralelas de medicamentos.

São ainda agilizados e corrigidos alguns aspectos de procedimentos especiais de autorização, como os relativos à utilização especial de medicamentos ou da sua aquisição directa.

Paralelamente, em cumprimento de uma obrigação comunitária, introduz-se um novo procedimento, a autorização excepcional, que permitirá dotar o mercado nacional de oferta de medicamentos não comercializados entre nós nem objecto de pedidos de autorização de introdução no mercado ao abrigo dos procedimentos tradicionais.

Estas medidas visam permitir uma maior oferta e concorrência, no mercado nacional, no que concerne aos medicamentos, sem prejuízo da necessidade de assegurar o respeito pela saúde pública e pelos interesses dos consumidores.

6. Entre as matérias reguladas pelo presente Estatuto do Medicamento, cumpre destacar algumas que, pela novidade ou releitura, se consideram mais importantes.

Salienta-se, a este propósito, a reformulação de alguns institutos particularmente relevantes na óptica do consumidor.

É o caso da rotulagem e do folheto informativo, que é alvo de uma preocupação especial que se consubstancia na garantia do fornecimento de uma informação correcta e compreensível ao público, especialmente tratando-se de medicamentos que interfiram com a capacidade de condução de veículos.

É também o caso da publicidade dos medicamentos. O presente decreto-lei aperfeiçoa o regime até hoje constante do Decreto-Lei n.º 100/94, de 19 de Abril. Neste particular, foi considerada especialmente a necessidade de assegurar o pleno respeito pelo direito à saúde, conjugado com a protec-

ção constitucional dos consumidores, no quadro dos valores constitucionalmente protegidos e também acolhidos no plano da ordem jurídica e jurisdicional da União Europeia.

Particular destaque merece, também, a inovação relativa à prescrição de medicamentos que, gradualmente, passará a ser feita por via electrónica.

Uma das vantagens deste mecanismo consiste no facto de todos os medicamentos serem prescritos com a indicação da denominação comum da substância activa.

7. O objectivo de consolidação num diploma principal de um conjunto muito significativo de diplomas e matérias até hoje reguladas em legislação avulsa é ainda acompanhado de outro objectivo já assinalado, que é o de proceder a uma transposição coerente e sistemática das mais recentes directivas emanadas pelos órgãos competentes da Comunidade Europeia.

Deste modo, partindo da codificação operada pela Directiva n.º 2001/83/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de Novembro de 2001, que estabelece um código comunitário relativamente aos medicamentos para uso humano, foi tido em conta o processo de revisão da legislação farmacêutica comunitária, que culminou na recente adopção da Directiva n.º 2004/27/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março de 2004.

8. Procurou ainda dotar-se o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED), no plano interno, de competências e mecanismos que permitam uma acção mais eficaz, designadamente na fiscalização do respeito pela legislação nacional e no aconselhamento científico da indústria nacional, no plano externo, reforçando os instrumentos de cooperação com organizações e organismos internacionais, em especial no quadro europeu.

9. Tem igualmente o Governo a consciência de que a implementação deste decreto-lei exige, para a sua plena aplicação, uma importante acção por parte dos agentes económicos no mercado. Mas é também certo que a sua execução exige da Administração Pública que tutela o sector um grande esforço de readaptação em ordem ao cumprimento das exigências dele decorrentes.
10. Finalmente, mas não menos relevante, este decreto-lei regula igualmente a base XXI da Lei de Bases da Saúde, a qual remete a actividade farmacêutica para legislação especial, submetendo-a à disciplina e fiscalização dos ministérios competentes de forma a garantir a defesa e a protecção da saúde, a satisfação das necessidades da população e a racionalização do consumo de medicamentos.

Foi promovida a audição do Conselho Nacional do Consumo. O INFARMED participou na elaboração das normas constantes do presente decreto-lei.

Foram ouvidas, a título facultativo, a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Farmacêuticos, Ordem dos Médicos Dentistas, a Associação Nacional das Farmácias, a Associação de Farmácias de Portugal, a Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, o Instituto Nacional da Propriedade Industrial, a Associação Portuguesa de Empresas de Distribuição, a Agência Portuguesa para o Investimento, a Associação Portuguesa das Empresas Químicas, a Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal, a Associação Portuguesa de Alimentação Racional e Dietética, a Associação Portuguesa das Empresas de Dispositivos Médicos, a Associação Portuguesa de Genéricos, a Associação Portuguesa das Empresas de Publicidade e Comunicação, a Plataforma Saúde em Diálogo e outras associações representativas do sector.

Foi ouvida a Comissão Nacional de Protecção de Dados.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 198.º, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

SECÇÃO I

Objeto, âmbito e definições

Artigo 1.º | Objeto

1. O presente decreto-lei estabelece o regime jurídico a que obedece a autorização de introdução no mercado e suas alterações, o fabrico, a importação, a exportação, a comercialização, a rotulagem e informação, a publicidade, a farmacovigilância e a utilização dos medicamentos para uso humano e respetiva inspeção, incluindo, designadamente, os medicamentos homeopáticos, os medicamentos radiofarmacêuticos e os medicamentos tradicionais à base de plantas.
2. O presente decreto-lei transpõe:
 - a) A Diretiva n.º 2001/83/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de novembro de 2001, que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano, adiante designada por Diretiva n.º 2001/83;
 - b) O artigo 31.º da Diretiva n.º 2002/98/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de janeiro de 2003, que estabelece normas de qualidade e segurança em relação à colheita, análise, processamento, armazenamento e distribuição de sangue humano e de componentes sanguíneos e que altera a Diretiva n.º 2001/83;

- c) A Diretiva n.º 2003/63/CE, da Comissão, de 25 de junho de 2003, que altera a Diretiva n.º 2001/83/CE;
- d) A Diretiva n.º 2003/94/CE, da Comissão, de 8 de outubro de 2003, que estabelece princípios e diretrizes das boas práticas de fabrico de medicamentos para uso humano e de medicamentos experimentais para uso humano;
- e) A Diretiva n.º 2004/24/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de março de 2004, que altera, em relação aos medicamentos tradicionais à base de plantas, a Diretiva n.º 2001/83/CE;
- f) A Diretiva n.º 2004/27/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de março de 2004, que alterou a Diretiva n.º 2001/83/CE.
- g) A Diretiva n.º 2008/29/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 11 de março de 2008, que altera a Diretiva n.º 2001/83/CE, que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano, no que diz respeito às competências de execução atribuídas à Comissão;
- h) A Diretiva n.º 2009/120/CE, da Comissão, de 14 de setembro de 2009, que altera a Diretiva n.º 2001/83/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano no que diz respeito aos medicamentos de terapia avançada;
- i) A Diretiva n.º 2010/84/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de dezembro de 2010, que altera, no que diz respeito à farmacovigilância, a Diretiva n.º 2001/83/CE, que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano;
- j) A Diretiva n.º 2009/35/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de abril de 2009, relativa às

matérias que podem ser adicionadas aos medicamentos tendo em vista a sua coloração;

- k) A Diretiva n.º 2011/62/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 8 de junho de 2011, que altera a Diretiva n.º 2001/83/CE que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano, para impedir a introdução na cadeia de abastecimento legal, de medicamentos falsificados;
- l) A Diretiva n.º 2012/26/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 25 de outubro de 2012, que altera a Diretiva 2001/83/CE no que diz respeito à farmacovigilância,
- m) A Diretiva (UE) 2017/1572 da Comissão, de 15 de setembro de 2017, que complementa a Diretiva 2001/83/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de novembro de 2001, no que se refere aos princípios e diretrizes das boas práticas de fabrico de medicamentos para uso humano.

3. Os anexos ao presente decreto-lei fazem dele parte integrante.

Artigo 3.º | Definições

- 1. Para efeitos do disposto no presente decreto-lei, entende-se por:
 - a) «Abastecimento do mercado», o fornecimento, adequado e contínuo, de medicamentos em todo o território nacional, pelas e às entidades legalmente autorizadas;
 - b) «Abuso de medicamentos», a utilização intencional e excessiva, persistente ou esporádica, de medicamentos, associada a consequências físicas ou psicológicas lesivas;
 - c) «Acondicionamento primário», recipiente ou qualquer outra forma de acondicionamento que esteja em contacto direto com o medicamento;

- d) «Acondicionamento secundário», embalagem exterior em que o acondicionamento primário é colocado;
- e) «Agência», a Agência Europeia de Medicamentos, instituída pelo Regulamento (CE) n.º 726/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de março de 2004;
- f) «Alteração dos termos de uma autorização de introdução no mercado» ou «alteração», a alteração dos termos em que uma autorização de introdução no mercado de um medicamento foi concedida, desde que não seja qualificável como extensão, nos termos definidos na legislação da União Europeia;
- g) «Alteração menor ou alteração de tipo IA ou alteração de tipo IB», a alteração como tal definida na legislação da União Europeia;
- h) «Alteração maior ou alteração de tipo II», a alteração como tal definida na legislação da União Europeia;
- i) «Avaliação benefício-risco», a avaliação dos efeitos terapêuticos positivos de um medicamento face aos riscos no que toca à saúde dos doentes ou à saúde pública e relacionados com a segurança, qualidade e eficácia do mesmo;
- j) «Apresentação», dimensão da embalagem tendo em conta o número de unidades;
- k) Boas práticas de fabrico': a componente da garantia de qualidade que assegura que os medicamentos são produzidos, importados e controlados de forma consistente, de acordo com as normas de qualidade adequadas à utilização prevista;
- l) «Comercialização efetiva», disponibilização de medicamentos em locais de dispensa ao público, ou a entidades autorizadas à aquisição direta de medicamentos, comprovada pela declaração de vendas apre-

sentada ao INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., doravante designado por INFARMED, I.P.;

- m) «Denominação comum», designação comum internacional recomendada pela Organização Mundial de Saúde para substâncias ativas de medicamentos (DCI), de acordo com regras definidas e que não pode ser objeto de registo de marca ou de nome, ou, na falta desta, a designação comum habitual ou nome genérico de uma substância ativa de um medicamento, nos termos adaptados a Portugal ou definidos periodicamente pelo o INFARMED, I.P.;
- n) Dispositivos de segurança: os dispositivos que permitem aos fabricantes e distribuidores e aos profissionais de saúde que dispensam medicamentos verificar a autenticidade do medicamento e identificar cada embalagem, bem como permitem verificar se o acondicionamento foi adulterado;
- o) ‘Dispositivo de prevenção de adulterações’: o dispositivo de segurança que permite verificar se a embalagem de um medicamento foi adulterada;
- p) «Distribuição paralela», distribuição de um medicamento, autorizado por procedimento comunitário centralizado, de um Estado-Membro para outro, por um distribuidor independente do titular de autorização de introdução no mercado.
- q) «Distribuição por grosso», atividade de abastecimento, posse, armazenagem ou fornecimento de medicamentos destinados à transformação, revenda ou utilização em serviços médicos, unidades de saúde e farmácias, excluindo o fornecimento ao público;
- r) «Dosagem», teor de substância ativa, expresso em quantidade por unidade de administração ou por

- unidade de volume ou de peso, segundo a sua apresentação;
- s) «Dossiê principal de sistema de farmacovigilância», uma descrição pormenorizada do sistema de farmacovigilância utilizado pelo titular da autorização de introdução no mercado no que diz respeito a um ou vários medicamentos autorizados;
 - t) «Estado membro», Estado membro da Comunidade Europeia e, se cumpridas as exigências previstas em tratado internacional, outros Estados Parte no Acordo do Espaço Económico Europeu ou em acordo equiparado;
 - u) «Estudo de segurança pós-autorização», um estudo sobre um medicamento autorizado destinado a identificar, caracterizar ou quantificar um risco de segurança, a confirmar o perfil de segurança do medicamento ou a medir a eficácia das medidas de gestão dos riscos;
 - v) «Estojo ou kit», qualquer preparado destinado a ser reconstituído ou combinado com radionuclídeos no medicamento radiofarmacêutico final, nomeadamente antes da sua administração;
 - w) «Excipiente», qualquer componente de um medicamento, que não a substância ativa e o material da embalagem;
 - x) «Extensão», a alteração de valor equivalente a uma nova autorização, nos casos previstos na legislação da União Europeia, que pressupõe a apresentação de um novo pedido de autorização;
 - y) ‘Fabricante’: qualquer pessoa singular ou coletiva que exerça as atividades para as quais é exigida a autorização referida nos artigos 55.º e 73.º;

- z) «Falta de um medicamento», indisponibilidade pontual de uma determinada apresentação de um medicamento que se encontra comercializado no mercado nacional, que se traduz numa inviabilidade de satisfazer uma prescrição;
- aa) «Folheto informativo», informação escrita que se destina ao utilizador e que acompanha o medicamento;
- bb) «Forma farmacêutica», estado final que as substâncias ativas ou excipientes apresentam depois de submetidas às operações farmacêuticas necessárias, a fim de facilitar a sua administração e obter o maior efeito terapêutico desejado;
- cc) «Fórmula magistral», qualquer medicamento preparado numa farmácia de oficina ou serviço farmacêutico hospitalar, segundo uma receita médica e destinado a um doente determinado;
- dd) «Gases medicinais», os gases ou a mistura de gases, liquefeitos ou não, destinados a entrar em contacto direto com o organismo humano e que desenvolvam uma atividade apropriada a um medicamento, designadamente pela sua utilização em terapias de inalação, anestesia, diagnóstico in vivo ou para conservar ou transportar órgãos, tecidos ou células destinados a transplantes, sempre que estejam em contacto com estes;
- ee) «Garantia da qualidade farmacêutica», todo o conjunto de medidas organizadas destinadas a garantir que os medicamentos e os medicamentos experimentais tenham a qualidade necessária para a utilização prevista;
- ff) «Gerador», qualquer sistema que contenha um radionuclido genitor determinado a partir do qual se produz um radionuclido de filiação, obtido por eluição

- ou por outro método e utilização num radiofármaco;
- gg) ‘Identificador único’: o dispositivo de segurança que permite a verificação da autenticidade e a identificação de uma embalagem individual de um medicamento;
- hh) «Importador paralelo», a pessoa singular ou coletiva que, não sendo titular de autorização de introdução no mercado português de um medicamento considerado, seja titular de uma autorização de importação paralela (IP) de um medicamento idêntico ou essencialmente similar legalmente comercializado num Estado membro;
- ii) «Intermediação de medicamentos», qualquer atividade ligada à venda ou compra de medicamentos, com exceção da distribuição por grosso, que não inclua a manipulação física e que consista na negociação, independentemente e por conta de outra pessoa singular ou coletiva;
- jj) «Matéria-prima», qualquer substância, ativa ou não, e qualquer que seja a sua origem, empregue na produção de um medicamento, quer permaneça inalterável quer se modifique ou desapareça no decurso do processo;
- kk) «Medicamento», toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas;
- ll) «Medicamento à base de plantas», qualquer medicamento que tenha exclusivamente como substâncias

- ativas uma ou mais substâncias derivadas de plantas, uma ou mais preparações à base de plantas ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas;
- mm) «Medicamento alergénio», o medicamento destinado a identificar ou induzir uma alteração adquirida específica na resposta imunológica a um agente alergénio;
- nn) «Medicamento considerado», medicamento objeto de autorização de introdução no mercado válida em Portugal com a mesma composição quantitativa e qualitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e as mesmas indicações terapêuticas de um medicamento objeto de importação paralela;
- oo) «Medicamento derivado do sangue ou do plasma humanos», medicamento preparado à base de componentes de sangue, nomeadamente a albumina, os concentrados de fatores de coagulação e as imunoglobulinas de origem humana;
- pp) «Medicamento de referência», medicamento que foi autorizado com base em documentação completa, incluindo resultados de ensaios farmacêuticos, pré-clínicos e clínicos;
- qq) «Medicamento de terapia avançada», produto definido no artigo 2.º do Regulamento (CE) n.º 1394/2007, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 13 de novembro de 2007, e no n.º 2 da parte IV do anexo I ao presente decreto-lei;
- rr) «Medicamento equivalente», o medicamento tradicional à base de plantas que se caracteriza por possuir as mesmas substâncias ativas, independentemente dos excipientes utilizados, uma finalidade pretendida idêntica, uma dosagem e posologia equivalentes

e uma via de administração idêntica à do medicamento tradicional à base de plantas a que o pedido se refere;

- ss) «Medicamento essencialmente similar», o medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, sob a mesma forma farmacêutica e para o qual, sempre que necessário, foi demonstrada bioequivalência com o medicamento de referência, com base em estudos de biodisponibilidade apropriados;
- tt) «Medicamento experimental», a forma farmacêutica de uma substância ativa ou placebo, testada ou utilizada como referência num ensaio clínico, incluindo os medicamentos cuja introdução no mercado haja sido autorizada mas que sejam utilizados ou preparados, quanto à forma farmacêutica ou acondicionamento, de modo diverso da forma autorizada, ou sejam utilizados para uma indicação não autorizada ou destinados a obter mais informações sobre a forma autorizada;
- uu) «Medicamento falsificado», qualquer medicamento que, ressalvados os defeitos de qualidade não intencionais, inclua uma falsa apresentação de qualquer dos seguintes aspetos
 - i) Da sua identidade, incluindo a sua embalagem, rotulagem, nome ou composição no que respeita a qualquer dos seus componentes, incluindo os excipientes, e a dosagem desses componentes;
 - ii) Da sua origem, incluindo o seu fabricante, país de fabrico, país de origem ou o titular da autorização de introdução no mercado;
 - iii) Da sua história, incluindo os registos e documentos relativos aos canais de distribuição utilizados;

- vv) «Medicamento genérico», medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados;
- ww) «Medicamento homeopático», medicamento obtido a partir de substâncias denominadas stocks ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro, e que pode conter vários princípios;
- xx) «Medicamento imunológico», vacinas, toxinas e soros, incluindo, nomeadamente, qualquer produto administrado para produzir uma imunidade ativa ou passiva específica, bem como qualquer produto destinado a diagnosticar, induzir ou reduzir uma hipersensibilidade específica na resposta imunológica a um agente alergeno;
- yy) «Medicamento órfão», qualquer medicamento que, ao abrigo do Regulamento (CE) n.º 141/2000, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de dezembro de 1999, seja designado como tal;
- zz) «Medicamento radiofarmacêutico», qualquer medicamento que, quando pronto para ser utilizado, contenha um ou vários radionuclidos ou isótopos radioativos destinados a diagnóstico ou a utilização terapêutica;
- aaa) «Medicamento tradicional à base de plantas», qualquer medicamento à base de plantas que respeite o disposto no artigo 141.º;

- bbb) «Medida urgente de segurança» ou «restrição urgente de segurança», uma alteração transitória dos termos da autorização de introdução no mercado em virtude de novos dados relacionados com a segurança da utilização do medicamento;
- ccc) «Nome do medicamento», designação do medicamento, a qual pode ser constituída por uma marca, ou um nome de fantasia, insuscetível de confusão com a denominação comum; pela denominação comum acompanhada de uma marca, ou um nome de fantasia; ou pela denominação comum acompanhada do nome do requerente, ou do titular da autorização, contanto que, em qualquer dos casos, não estabeleça qualquer equívoco com as propriedades terapêuticas e a natureza do medicamento;
- ddd) «Ocultação», dissimulação deliberada da identidade de um medicamento experimental, de acordo com as instruções do promotor;
- eee) «Pessoa qualificada», o diretor técnico ou o técnico qualificado que, em relação ao titular da autorização de fabrico ou de importação, assume as responsabilidades previstas no presente decreto-lei e na lei dos ensaios clínicos;
- fff) «Precursor», qualquer outro radionuclido usado para a marcação radioativa de uma outra substância antes da sua administração;
- ggg) «Plano de gestão de riscos», uma descrição detalhada do sistema de gestão de riscos;
- hhh) «Preparações à base de plantas», preparações obtidas submetendo as substâncias derivadas de plantas a tratamentos como a extração, a destilação, a expressão, o fracionamento, a purificação, a concentração ou a fermentação, tais como as substâncias derivadas de

plantas pulverizadas ou em pó, as tinturas, os extratos, os óleos essenciais, os sucos espremidos e os exsudados transformados;

- iii) «Preparado oficial», qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais de uma farmacopeia ou de um formulário oficial, numa farmácia de oficina ou em serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço;
- jjj) «Profissional de saúde», a pessoa legalmente habilitada a prescrever, dispensar ou administrar medicamentos, designadamente médicos, médicos dentistas, médicos veterinários, odontologistas, farmacêuticos ou enfermeiros;⁶
- kkk) «Quebra da ocultação», quebra do código de identificação do medicamento ocultado;
- lll) «Reação adversa», uma reação nociva e não intencional a um medicamento;
- mmm) «Reação adversa grave», qualquer reação adversa que conduza à morte, ponha a vida em perigo, requeira a hospitalização ou o prolongamento da hospitalização, conduza a incapacidade persistente ou significativa ou envolva uma anomalia congénita;
- nnn) «Reação adversa inesperada», qualquer reação adversa cuja natureza, gravidade, intensidade ou consequências, sejam incompatíveis com os dados constantes do resumo das características do medicamento;

⁶ Realce nosso.

- ooo) «Receita médica», documento através do qual são prescritos, por um médico ou, nos casos previstos em legislação especial, por um médico dentista ou por um odontologista, um ou mais medicamentos determinados;⁷
- ppp) «Relatório periódico de segurança», a comunicação periódica e atualizada da informação de segurança disponível a nível mundial referente a cada medicamento, acompanhada da avaliação científica dos riscos e benefícios do mesmo;
- qqq) «Representante local», pessoa designada pelo titular da autorização para o representar perante as autoridades públicas portuguesas;
- rrr) «Risco associado», qualquer situação ou circunstância, relacionada com a qualidade, a segurança ou eficácia de um medicamento, que possa pôr em causa a saúde dos doentes ou a saúde pública, bem como produzir efeitos indesejáveis sobre o ambiente;
- sss) «Rotulagem», menções contidas no acondicionamento secundário ou no acondicionamento primário;
- ttt) «Rutura», indisponibilidade temporária, potencial ou real, resultante da incapacidade de fornecimento regular e contínuo por parte de um titular de autorização de introdução de uma determinada apresentação de um medicamento no mercado nacional;
- uuu) «Sistema de farmacovigilância», um sistema utilizado pelo titular de uma autorização de introdução no

⁷ Realce nosso.

mercado e pelos Estados membros, a fim de cumprir as tarefas e as responsabilidades constantes do capítulo X, tendo em vista o acompanhamento da segurança dos medicamentos autorizados e a deteção de alterações na respetiva relação benefício-risco;

- vvv) «Sistema de gestão de riscos», um conjunto de atividades e medidas de farmacovigilância destinadas a identificar, caracterizar, prevenir ou minimizar os riscos relacionados com um medicamento, incluindo a avaliação da eficácia dessas atividades e medidas;
- www) «Substância», toda a matéria, seja qual for a sua origem, humana, animal, vegetal ou química;
- xxx) Sistema de qualidade farmacêutica: todo o conjunto de medidas organizadas destinadas a garantir que os medicamentos têm a qualidade necessária para a utilização prevista;
- yyy) «Substância ativa», qualquer substância ou mistura de substâncias destinada a ser utilizada no fabrico de um medicamento e que, quando utilizada no seu fabrico, se torna um princípio ativo desse medicamento, destinado a exercer uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica com vista a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas ou a estabelecer um diagnóstico médico;
- zzz) «Substâncias derivadas de plantas», quaisquer plantas inteiras, fragmentadas ou cortadas, partes de plantas, algas, fungos e líquenes não transformados, secos ou frescos e alguns exsudados não sujeitos a tratamento específico, definidas através da parte da planta utilizada e da taxonomia botânica, incluindo a espécie, a variedade, se existir, e o autor;

2. Em caso de dúvida e quando, de acordo com a globalidade das suas características, um determinado produto possa ser abrangido pela definição de medicamento, nos termos do disposto na alínea kk) do número anterior, aplicam-se as disposições do presente decreto-lei.
3. Para efeitos do disposto na alínea iii) do n.º 1, é aceite qualquer farmacopeia ou formulário reconhecido em Portugal, neles se incluindo as farmacopeias e formulários oficiais aprovados ou reconhecidos pelo órgão máximo do INFARMED, I. P.
4. As definições constantes do n.º 1 devem ser interpretadas à luz das diretrizes elaboradas pela Comissão Europeia e adotadas por regulamento do INFARMED, I.P.

(...)

Artigo 5.º | Uso racional do medicamento

1. A utilização dos medicamentos no âmbito do sistema de saúde, nomeadamente através da prescrição médica ou da dispensa pelo farmacêutico, deve realizar-se no respeito pelo princípio do uso racional do medicamento, no interesse dos doentes e da saúde pública, nos termos previstos no presente decreto-lei e na demais legislação aplicável.
2. Os profissionais de saúde assumem, no âmbito das respetivas responsabilidades, um papel fundamental na utilização racional dos medicamentos e na informação dos doentes e consumidores quanto ao seu papel no uso correto e adequado dos medicamentos.

Artigo 6.º | Obrigação de fornecimento e dispensa

1. A garantia de acesso aos medicamentos constitui um dever de serviço público essencial, que incide sobre todo o território nacional, não podendo ser limitado pelos titulares de

autorização de introdução no mercado, ou de registro, de um medicamento, pelos distribuidores por grosso ou pelas farmácias e demais entidades e pessoas habilitadas a dispensar medicamentos ao público.

2. Os fabricantes, titulares de autorização de introdução no mercado, importadores, distribuidores por grosso, farmácias de oficina, serviços farmacêuticos hospitalares e locais autorizados a vender medicamentos não sujeitos a receita médica estão obrigados a fornecer, a dispensar ou a vender os medicamentos que lhes sejam solicitados, nas condições previstas no presente decreto-lei e na demais legislação aplicável.
3. Os responsáveis pelo fabrico, titulares de autorização de introdução no mercado, distribuição, venda e dispensa de medicamentos têm de respeitar o princípio da continuidade do serviço à comunidade, designadamente diligenciando, junto de qualquer interveniente do circuito do medicamento, no sentido de garantir a satisfação da prescrição ou pedido de fornecimento apresentado.
4. São proibidas quaisquer práticas negociais abusivas em todo o circuito do medicamento que atentem contra a transparência e o equilíbrio nas relações entre as várias entidades, públicas e privadas, as quais possam, de forma direta ou indireta, afetar o dever de serviço público essencial de garantia de acesso aos medicamentos previsto no n.º 1.
5. Para efeitos do disposto no número anterior, é proibida, designadamente, a prática de condições discriminatórias de aquisição ou venda de medicamentos, nomeadamente quando tal prática se traduza na recusa unilateral, direta ou indireta, de abastecimento de produto encomendado ou na aplicação de diferentes prazos de execução dos pedidos.

(...)

Artigo 116.º | Receita médica renovável

São passíveis de receita médica renovável os medicamentos sujeitos a receita médica que se destinem a determinadas doenças ou a tratamentos prolongados e possam, no respeito pela segurança da sua utilização, ser adquiridos mais de uma vez, sem necessidade de nova prescrição médica.

(...)

Artigo 118.º | Receita médica restrita

1. Estão sujeitos a receita médica restrita os medicamentos cuja utilização deva ser reservada a certos meios especializados por preencherem, designadamente, uma das seguintes condições:
 - a) Destinarem-se a uso exclusivo hospitalar, devido às suas características farmacológicas, à sua novidade, ou por razões de saúde pública;
 - b) Destinarem-se a patologias cujo diagnóstico seja efetuado apenas em meio hospitalar ou estabelecimentos diferenciados com meios de diagnóstico adequados, ainda que a sua administração e o acompanhamento dos pacientes possam realizar-se fora desses meios;
 - c) Destinarem-se a pacientes em tratamento ambulatorio, mas a sua utilização ser suscetível de causar efeitos adversos muito graves, requerendo a prescrição de uma receita médica, se necessário emitida por especialista, e uma vigilância especial durante o período de tratamento.
2. Os medicamentos sujeitos a receita médica restrita que não sejam de uso exclusivo hospitalar podem ser vendidos nas farmácias de oficina em termos a definir por regulamento do INFARMED, I.P.

(...)

Artigo 120.º | Prescrição de medicamentos

1. A prescrição de medicamentos inclui obrigatoriamente a denominação comum internacional da substância ativa, a forma farmacêutica, a dosagem, a apresentação e a posologia.
2. A prescrição de medicamentos pode ainda incluir uma denominação comercial, por marca ou indicação do nome do titular da autorização de introdução no mercado.
3. O médico pode indicar, na receita, de forma expressa, clara e suficiente, as justificações técnicas que impedem a substituição do medicamento prescrito com denominação comercial, nos seguintes casos:
 - a) Prescrição de medicamento com margem ou índice terapêutico estreito, de acordo com informação prestada pelo INFARMED, I.P.;
 - b) Fundada suspeita, previamente reportada ao INFARMED, I.P., de intolerância ou reação adversa a um medicamento com a mesma substância ativa, mas identificado por outra denominação comercial;
 - c) Prescrição de medicamento destinado a assegurar a continuidade de um tratamento com duração estimada superior a 28 dias.
4. A prescrição de medicamentos é feita por via eletrónica ou, em casos excecionais, por via manual, sendo definidas por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde as regras de prescrição e modelos de receita médica, a informação sobre os medicamentos de preço mais baixo disponíveis no mercado, bem como a indicação da opção por parte do doente, face a eventual alteração do medicamento a ser vendido na farmácia.

Artigo 120.º-A | Dispensa de medicamentos

1. As farmácias e outras entidades habilitadas a dispensar medicamentos ao público devem, no limite das suas responsabilidades, respeitar o princípio da continuidade do serviço à comunidade, devendo dispensar os medicamentos que lhe sejam solicitados pelos utentes.
2. No ato de dispensa do medicamento, o farmacêutico, ou o seu colaborador devidamente habilitado, deve informar o doente da existência dos medicamentos disponíveis na farmácia com a mesma substância ativa, forma farmacêutica, apresentação e dosagem do medicamento prescrito, bem como sobre aqueles que são comparticipados pelo SNS e o que tem o preço mais baixo disponível no mercado.
3. As farmácias devem ter sempre disponíveis para venda no mínimo três medicamentos com a mesma substância ativa, forma farmacêutica e dosagem, de entre os que correspondem aos cinco preços mais baixos de cada grupo homogêneo, devendo dispensar o de menor preço, salvo se for outra a opção do doente.
4. O doente tem direito a optar por qualquer medicamento que contenha a mesma denominação comum internacional da substância ativa, forma farmacêutica e dosagem do medicamento constante da prescrição médica, salvo nos casos de:
 - a) O medicamento prescrito conter uma substância ativa para a qual não exista medicamento genérico ou para a qual só exista original de marca e licenças;
 - b) O médico prescritor ter justificado tecnicamente a insuscetibilidade de substituição do medicamento prescrito, nos termos das alíneas a) e b) do n.º 3 do artigo 120.º
5. No caso previsto na alínea c) do n.º 3 do artigo 120.º, o doente pode exercer o direito de opção, mediante assinatura da receita médica, quando pretender medicamento de preço inferior ao do medicamento prescrito, sendo vedado, na far-

mácia, proceder-se a qualquer substituição por medicamento de preço superior ao medicamento prescrito.

(...)

SECÇÃO V

Medicamentos homeopáticos

Artigo 136.º | Regime

1. Os medicamentos homeopáticos estão sujeitos às disposições do presente decreto-lei, com as especificações decorrentes da presente secção.
2. O facto de o medicamento beneficiar noutro Estado membro de uma autorização ou de um registo que permita a sua comercialização nesse Estado é tido em conta pelo INFARMED, I.P.
3. Os medicamentos homeopáticos preparados de acordo com uma fórmula magistral ou um preparado oficial estão excluídos do âmbito do presente decreto-lei, aplicando-se-lhes, com as devidas adaptações, as boas práticas de fabrico a observar na preparação de medicamentos manipulados.
4. O membro do Governo responsável pela área da saúde pode adotar, por portaria, normas especiais relativamente aos ensaios pré-clínicos e clínicos dos medicamentos homeopáticos, de acordo com os princípios e as particularidades da medicina homeopática portuguesa, bem como relativamente à prescrição, dispensa ou sistema de vigilância aplicável.
5. Os medicamentos homeopáticos não abrangidos pelo artigo seguinte estão sujeitos ao disposto no capítulo X do presente decreto-lei.

(...)

SECÇÃO VI

Medicamentos tradicionais à base de plantas

Artigo 141.º | Registo de utilização tradicional

1. Estão sujeitos a um procedimento de registo de utilização tradicional os medicamentos à base de plantas que, cumulativamente:
 - a) Tenham indicações exclusivamente adequadas a medicamentos à base de plantas e, dadas a sua composição e finalidade, se destinem e sejam concebidos para serem utilizados sem vigilância de um médico para fins de diagnóstico, prescrição ou monitorização do tratamento;
 - b) Se destinem a ser administrados exclusivamente de acordo com uma dosagem e posologia especificadas;
 - c) Possam ser administrados por uma ou mais das seguintes vias: oral, externa ou inalatória;
 - d) Já sejam objeto de longa utilização terapêutica, de acordo com os dados ou pareceres referidos na alínea m) do n.º 2 do artigo seguinte;
 - e) Sejam comprovadamente não nocivos quando utilizados nas condições especificadas, de acordo com a informação existente e reputada suficiente;
 - f) Possam demonstrar, de acordo com informação existente e reputada suficiente, efeitos farmacológicos ou de eficácia plausível, tendo em conta a utilização e a experiência de longa data.
2. A presença de vitaminas ou de minerais cuja segurança esteja devidamente comprovada não impede a aplicação do disposto no número anterior, desde que a ação das vitaminas ou dos minerais seja complementar da ação das substâncias ativas à base de plantas em relação à ou às indicações especificadas invocadas.

3. O INFARMED, I.P., pode determinar a sujeição de um medicamento tradicional à base de plantas ao disposto nos artigos 14.º a 39.º ou ao disposto no artigo 137.º

(...)

CAPÍTULO IX PUBLICIDADE

Artigo 150.º | Definição

1. Considera-se publicidade de medicamentos, para efeitos do presente decreto-lei, qualquer forma de informação, de prospeção ou de incentivo que tenha por objeto ou por efeito a promoção da sua prescrição, dispensa, venda, aquisição ou consumo em qualquer das seguintes circunstâncias:
 - a) Junto do público em geral;
 - b) Junto de distribuidores por grosso e dos profissionais de saúde;
 - c) Através da visita de delegados de informação médica às pessoas referidas na alínea anterior;
 - d) Através do fornecimento de amostras ou de bonificações comerciais a qualquer das pessoas abrangidas pelo disposto na alínea b);
 - e) Através da concessão, oferta ou promessa de benefícios pecuniários ou em espécie, exceto quando o seu valor intrínseco seja insignificante;
 - f) Pela via do patrocínio de reuniões de promoção a que assistam pessoas abrangidas pelo disposto na alínea b);
 - g) Pela via do patrocínio a congressos ou reuniões de carácter científico em que participem pessoas referidas na alínea b), nomeadamente pelo pagamento, direto ou indireto, dos custos de acolhimento;

- h) Através da referência ao nome comercial de um medicamento.
 - 2. A publicidade de medicamentos pode ser realizada diretamente pelo titular de autorização ou registo de um medicamento ou, em nome deste, por terceiro, sem prejuízo do disposto no presente decreto-lei.
 - 3. A publicidade de medicamentos:
 - a) Deve conter elementos que estejam de acordo com as informações constantes do resumo das características do medicamento, tal como foi autorizado;
 - b) Deve promover o uso racional dos medicamentos, fazendo-o de forma objetiva e sem exagerar as suas propriedades;
 - c) Não pode ser enganosa.
- (...)

Artigo 154.º | Publicidade junto de profissionais de saúde

- 1. Os medicamentos sujeitos a receita médica só podem ser anunciados ou publicitados em publicações técnicas ou suportes de informação destinados e acessíveis exclusivamente por médicos e outros profissionais de saúde.
- 2. A publicidade de medicamentos junto dos profissionais de saúde inclui, de forma legível, na própria peça publicitária:
 - a) O nome do medicamento;
 - b) As informações essenciais compatíveis com o resumo das características do medicamento;
 - c) A classificação do medicamento para efeitos de dispensa, nomeadamente indicação de que o medicamento é um medicamento sujeito a receita médica, quando for caso disso;
 - d) O regime de participação.

3. Quando a publicidade se destinar exclusivamente a uma chamada de atenção para o nome do medicamento, são dispensadas as demais indicações previstas nos números anteriores.
4. O INFARMED, I.P., pode identificar e regulamentar as situações em que, tendo em conta o tipo de suporte publicitário utilizado ou os destinatários da publicidade, se justifica:
 - a) [Revogada];
 - b) A dispensa da inclusão na documentação publicitária de algum ou alguns dos elementos considerados obrigatórios, ao abrigo do presente artigo.
5. É proibida toda e qualquer publicidade a medicamentos nas aplicações informáticas de prescrição médica eletrónica, bem como noutras aplicações ou programas informáticos que com aquelas apresentem conexão.

Artigo 158.º | Prémios, ofertas e outros benefícios

1. É proibido ao titular de uma autorização de introdução no mercado, à empresa responsável pela informação ou pela promoção de um medicamento ou ao distribuidor por grosso dar ou prometer, direta ou indiretamente, aos profissionais de saúde, ou aos doentes destes, prémios, ofertas, bónus ou benefícios pecuniários ou em espécie, exceto quando se trate de objetos de valor insignificante e relevantes para a prática da medicina ou da farmácia.
2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, é proibido aos profissionais de saúde, por si ou por interposta pessoa, pedir ou aceitar, direta ou indiretamente, prémios, ofertas, bónus ou outros benefícios pecuniários ou em espécie, por parte do titular da autorização de introdução no mercado, da empresa responsável pela informação ou promoção de um medicamento ou do distribuidor por grosso, ainda que

os mesmos sejam percebidos no estrangeiro ou ao abrigo de legislação estrangeira e independentemente da existência ou não de qualquer contrapartida relativa ao fornecimento, prescrição, dispensa ou venda de medicamentos por parte das mesmas pessoas.

3. O membro do Governo responsável pela área da saúde pode definir, por despacho, o sentido e âmbito da exceção prevista na parte final do n.º 1.
4. Não constitui violação do disposto nos n.os 1 e 2 o pagamento de honorários a profissionais de saúde pela sua participação ativa, nomeadamente através da apresentação de comunicações científicas em eventos desta natureza ou em ações de formação e de promoção de medicamentos, desde que, em qualquer caso, o aludido pagamento não fique dependente ou seja contrapartida da prescrição ou dispensa de medicamentos.
5. Sem prejuízo das atribuições e competências das entidades públicas, é proibido efetuar, por qualquer meio e a qualquer título, a recolha, o tratamento e a disponibilização de informações referentes à prescrição de medicamentos por parte de pessoas habilitada a prescrevê-los ou a dispensá-los.

PROIBIÇÃO DA EXPORTAÇÃO, IMPORTAÇÃO E FABRICO DE AMÁLGAMA DENTÁRIA COM MERCÚRIO

REGULAMENTO (UE) 2024/1849 DO PARLAMENTO EU- ROPEU E DO CONSELHO, DE 13 DE JUNHO DE 2024

**ALTERA O REGULAMENTO (UE) 2017/852 RELATIVO AO
MERCÚRIO NO QUE RESPEITA ÀS AMÁLGAMAS DENTÁRIAS E
OUTROS PRODUTOS COM MERCÚRIO ADICIONADO SUJEITOS
A RESTRIÇÕES DE EXPORTAÇÃO, IMPORTAÇÃO E FABRICO**

(TEXTO RELEVANTE PARA EFEITOS DO EEE)

O PARLAMENTO EUROPEU E O CONSELHO da UNIÃO EUROPEIA,

Tendo em conta o Tratado sobre o Funcionamento da União Euro-
peia, nomeadamente o artigo 192.o, n.o 1,

Tendo em conta a proposta da Comissão Europeia, após transmis-
são do projeto de ato legislativo aos parlamentos nacionais,

Tendo em conta o parecer do Comité Económico e Social Euro-
peu, após consulta ao Comité das Regiões, deliberando de acordo
com o processo legislativo ordinário,

Considerando o seguinte:

1. Em conformidade com o artigo 19.o, n.os 1 e 2, do Regulamento (UE) 2017/852 do Parlamento Europeu e do Conselho, a Comissão devia avaliar e apresentar um relatório sobre a necessidade de a União regular as emissões de mercúrio e dos compostos de mercúrio («mercúrio») provenientes de crematórios, a viabilidade da eliminação gradual da utilização de amálgama dentária na União a longo prazo e, de preferência, até 2030, bem como os benefícios ambientais e a viabilidade de proibir o fabrico e a exportação de outros produtos com mercúrio adicionado cuja colocação no mercado da União e importação para a União estão proibidas.
- 2- O mercúrio é uma substância química que suscita preocupação para o ambiente a nível mundial, devido à sua propagação atmosférica a longa distância, à sua persistência no ambiente por introdução antropogénica e à sua capacidade de bioacumulação nos ecossistemas. O mercúrio também tem efeitos negativos significativos na saúde humana e é transferido das mães para as crianças através da placenta ou da amamentação. a poluição por mercúrio do ambiente pode resultar de atividades antropogénicas, incluindo uma insuficiente gestão dos resíduos de mercúrio, a cremação ou a aplicação incorreta de separadores obrigatórios nos consultórios dentários.
3. A Comissão, na sequência da conclusão a que chegou no seu relatório de 17 de agosto de 2020 sobre as revisões previstas no artigo 19.o, n.o 1, do Regulamento (UE) 2017/852 relativamente à utilização de mercúrio em amálgamas dentárias e noutros produtos, apresentou uma proposta legislativa, em conformidade com o artigo 19.o, n.o 3, desse regulamento, sobre a eliminação gradual da utilização de amálgama dentária e a proibição do fabrico e exportação de amálgama dentária e de determinadas lâmpadas com mercúrio.
4. A utilização de produtos com mercúrio adicionado, incluindo

do amálgamas dentárias e lâmpadas que contêm mercúrio, representa a maior utilização intencional de mercúrio que subsiste na União. No entanto, as alternativas sem mercúrio tornaram-se económica e tecnicamente viáveis e estão facilmente disponíveis.

5. Tendo em conta que a União e os seus Estados-Membros ratificaram a Convenção de Minamata sobre o Mercúrio, de 2013, («Convenção») e uma vez que as Partes na Convenção deverão tomar medidas para incentivar a prevenção da cárie dentária e a promoção da saúde, minimizando assim a necessidade de restauração dentária como medida adicional para apoiar a eliminação gradual da utilização de amálgama dentária, e tendo em conta a disponibilidade, a acessibilidade dos preços e a transição em curso para alternativas sem mercúrio em muitos Estados-Membros, é adequado proibir a utilização de amálgama dentária para tratamentos dentários na União, mantendo simultaneamente a possibilidade de utilizar amálgama dentária para doentes com necessidades médicas específicas, sempre que o médico dentista o considere estritamente necessário.
6. Respeitando plenamente a competência dos Estados-Membros em matéria de organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos, a fim de limitar o impacto socioeconómico da eliminação gradual de amálgama dentária, nomeadamente para os doentes com rendimentos baixos, os Estados-Membros em que a amálgama dentária é o único material participado pelo Estado a uma taxa de, pelo menos, 90 % ao abrigo do direito nacional, e quando tal participação ainda não é possível para as alternativas sem mercúrio à data de 1 de janeiro de 2025, deverão, em derrogação da obrigação prevista no presente regulamento para a eliminação gradual de amálgama dentária até essa data, dispor de mais tempo para encontrar soluções adequadas para adaptar o seu sistema de saúde e, por conseguinte,

deverão poder dispor de uma data de eliminação gradual posterior para a amálgama dentária. a eliminação gradual de amálgama dentária deverá ser acompanhada de uma formação profissional para os médicos dentistas, conforme adequado, a fim de permitir a sua adaptação às novas técnicas.

7. Os Estados-Membros que beneficiem da derrogação para a eliminação gradual prevista no presente regulamento deverão poder autorizar a utilização de amálgamas dentárias em circunstâncias muito específicas até 30 de junho de 2026. assim sendo, a importação e o fabrico de amálgama dentária só deverão ser proibidos a partir de 1 de julho de 2026. No entanto, a partir de 1 de julho de 2026, a importação e o fabrico de amálgama dentária deverão continuar a ser possíveis apenas se a utilização dessa amálgama for necessária para cobrir necessidades médicas específicas.
8. A fim de avaliar se continua a ser necessário utilizar amálgama dentária para necessidades médicas específicas, os importadores e os fabricantes deverão informar todos os anos as autoridades competentes das quantidades importadas ou fabricadas para tais necessidades médicas. além disso, até 31 de dezembro de 2029, a Comissão deverá avaliar se ainda é necessário manter a derrogação relativa à importação e ao fabrico de amálgamas dentárias utilizadas para doentes com necessidades médicas específicas, tendo em conta a disponibilidade de alternativas sem mercúrio para os grupos de doentes relevantes.
9. Os crematórios são uma fonte significativa de emissões de mercúrio para a atmosfera e, não obstante a eliminação gradual de amálgamas dentárias prevista no presente regulamento, os crematórios continuarão a contribuir para a poluição por mercúrio do ar, da água e do solo. É necessário elaborar orientações sobre tecnologias de redução das emissões de mercúrio e compostos de mercúrio provenientes de

crematórios e recolher informações sobre as medidas aplicadas com base nessas orientações nos Estados-Membros, a fim de alcançar uma prevenção adequada da poluição e atenuar o impacto na saúde humana e no ambiente.

10. A utilização ilegal de mercúrio e compostos de mercúrio em produtos cosméticos persiste a nível mundial. a quinta reunião da Conferência das Partes na Convenção («Conferência das Partes») decidiu, por conseguinte, na decisão MC-5/5, recolher informações junto das Partes na Convenção sobre os desafios que enfrentam na prevenção da exportação, da importação e do fabrico dos produtos cosméticos enumerados na parte I do anexo a da Convenção. Tendo em conta os efeitos nocivos do mercúrio e dos compostos de mercúrio na saúde humana e no ambiente, a exposição e as emissões deverão ser minimizadas tanto quanto possível. de acordo com relatórios recentes, as empresas que operam na União estão a fabricar e a exportar compostos de mercúrio o que resulta na utilização ilegal de mercúrio, nomeadamente em cosméticos. Por conseguinte, a Comissão deverá apresentar um relatório sobre a evolução no âmbito da Convenção, no que respeita à eliminação gradual da utilização ilegal de mercúrio em produtos cosméticos, tendo em conta as informações disponibilizadas pelas Partes na Convenção em conformidade com a decisão MC-5/5. a Comissão deverá, além disso, avaliar as restantes utilizações do mercúrio e de compostos de mercúrio, como a sua utilização na porosimetria, nos faróis marítimos e nas vacinas, bem como a necessidade de alargar a lista das fontes importantes de resíduos e, se for caso disso, sugerir medidas para eliminar gradualmente essas utilizações e regular a exportação, a importação e o fabrico para esses fins.
11. Os Estados-Membros devem assegurar sistemas de recolha adequados para produtos com mercúrio adicionado em resíduos eletrónicos e não eletrónicos e de os recolherem seletivamente e

em boas condições ambientais, em conformidade com a diretiva 2012/19/UE do Parlamento Europeu e do Conselho.

12. O artigo 4.o, n.o 1, da diretiva 2011/65/UE do Parlamento Europeu e do Conselho proíbe a colocação no mercado da União e a importação para a União de determinados equipamentos elétricos e eletrônicos que contêm mercúrio. O anexo III da referida diretiva enumera, nomeadamente, determinadas lâmpadas com mercúrio adicionado que estão isentas da referida proibição até às datas nele indicadas. Essa isenção expirou a 13 de abril de 2016 no caso das lâmpadas não lineares de halofosfatos, a 24 de fevereiro de 2023 para determinadas lâmpadas fluorescentes compactas, e a 24 de agosto de 2023 no caso das lâmpadas fluorescentes lineares para iluminação geral. Para as lâmpadas fluorescentes não lineares de fósforo tribanda, a isenção expira a 24 de fevereiro de 2025. a isenção para a maioria das lâmpadas (de vapor) de sódio de alta pressão para iluminação geral que tenham um índice de reprodução cromática elevado caducou a 24 de fevereiro de 2023, sendo que para as restantes lâmpadas (de vapor) de sódio de alta pressão para iluminação geral enumeradas na entrada 4 do anexo III da diretiva 2011/65/UE, a isenção caduca a 24 de fevereiro de 2027.
13. Além disso, determinadas lâmpadas fluorescentes lineares para iluminação geral foram incluídas numa lista com vista a serem proibidas na decisão MC-4/3, adotada na quarta reunião da Conferência das Partes, realizada de 21 a 25 de março de 2022, tendo as respetivas datas de eliminação gradual sido estabelecidas na decisão MC-5/4 adotada na quinta reunião da Conferência das Partes, que se realizou de 30 de outubro a 3 de novembro de 2023. a União apoiou as referidas decisões por meio das decisões (UE) 2022/549 e (UE) 2023/2417 do Conselho.
14. Uma vez que é adequado proibir a exportação da União das

restantes lâmpadas com mercúrio adicionado o mais rapidamente possível e uma vez que algumas dessas lâmpadas não estão atualmente abrangidas pela parte a do anexo II, do Regulamento (UE) 2017/852, tais lâmpadas deverão, por razões de consistência, ser incluídas na parte a desse anexo, a fim de proibir o seu fabrico e exportação a partir das datas indicadas no anexo III da diretiva 2011/65/UE e o mais tardar a partir das datas mais ambiciosas incluídas na decisão MC-4/3. além disso, é possível obter benefícios conexos significativos através da eliminação gradual da exportação de lâmpadas com mercúrio adicionado o mais rapidamente possível, dado que as alternativas sem mercúrio são mais eficientes do ponto de vista energético e, por conseguinte, impedirão a libertação de toneladas de emissões de CO₂.

15. Atendendo a que os objetivos do presente regulamento não podem ser suficientemente alcançados pelos Estados-Membros, mas podem, devido à sua dimensão e aos seus efeitos, ser mais bem alcançados ao nível da União, a União pode tomar medidas, em conformidade com o princípio da subsidiariedade consagrado no artigo 5.º do Tratado da União Europeia. Em conformidade com o princípio da proporcionalidade consagrado no mesmo artigo, o presente regulamento não excede o necessário para alcançar esses objetivos.

O Regulamento (UE) 2017/852 deverá, portanto, ser alterado em conformidade,

ADOTARAM O PRESENTE REGULAMENTO:

Artigo 1.º

O Regulamento (UE) 2017/852 é alterado do seguinte modo:

O artigo 10.º é alterado do seguinte modo:

É inserido o seguinte número:

«2-a a partir de 1 de janeiro de 2025, a amálgama dentária não pode ser utilizada para tratamentos dentários na União, exceto quando for considerado estritamente necessário por um médico dentista com base nas necessidades médicas específicas do doente.

Respeitando plenamente a competência dos Estados-Membros em matéria de organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos e em derrogação do disposto no primeiro parágrafo, nos Estados-Membros em que a amálgama dentária seja o único material participado pelo Estado a uma taxa de, pelo menos, 90 % ao abrigo do direito nacional para os doentes não elegíveis para outros materiais de restauração dentária com-participados e as pessoas com rendimentos baixos sejam afetadas de forma desproporcionada em termos socioeconómicos pela data de eliminação gradual de 1 de janeiro de 2025, a amálgama dentária pode ser utilizada para tratamento dentário até 30 de junho de 2026. Os Estados-Membros prestam, e disponibilizam ao público, explicações fundamentadas para o recurso à derrogação, incluindo as medidas adequadas a aplicar até 30 de junho de 2026, e notificam-nas à Comissão até 31 de agosto de 2024.»;

a) É aditado o seguinte número:

«7. a partir de 1 de janeiro de 2025, a exportação de amálgama dentária é proibida.

A partir de 1 de julho de 2026, a importação e o fabrico de amálgama dentária são proibidos.

Em derrogação do disposto no segundo parágrafo do presente número, a importação e o fabrico de amálgama dentária são permitidos para necessidades médicas específicas a que se refere o n.º 2-a, primeiro parágrafo.»⁸

⁸ Realce nosso.

- 1) O artigo 18.º é alterado do seguinte modo:
 - a) ao n.º 1, primeiro parágrafo, são aditadas as seguintes alíneas:
 - «f) Um resumo das informações recolhidas nos termos do n.º 1-a do presente artigo, bem como informações sobre as quantidades de mercúrio utilizadas para satisfazer necessidades médicas específicas a que se refere o artigo 10.º, n.º 2-a;
 - g) Informações sobre as medidas aplicadas com base nas orientações da Comissão sobre a tecnologia de redução das emissões de mercúrio e de compostos de mercúrio provenientes de crematórios a que se refere o artigo 19.º, n.º 2-a, alínea a).»;
 - b) É inserido o seguinte número:

«1-a. até 31 de maio de um determinado ano civil, os importadores e fabricantes de amálgama dentária comunicam à respetiva autoridade competente, relativamente ao ano civil anterior, a quantidade de amálgama dentária que eles importaram ou fabricaram nos termos do artigo 10.º, n.º 7, terceiro parágrafo.»;
- 2) O artigo 19.º é alterado do seguinte modo:
 - a) No n.º 2, a data de «31 de dezembro de 2024» é substituída pela de «31 de dezembro de 2029»;
 - b) É inserido o seguinte número:

«2-a. até 31 de dezembro de 2029, a Comissão apresenta ao Parlamento Europeu e ao Conselho um relatório sobre:

 - a) a aplicação e o impacto das orientações, elaboradas pela Comissão até 31 de dezembro de 2025 sobre as tecnologias de redução das emissões de mercúrio e de compostos de mercúrio provenientes de crematórios aplicadas nos Estados-Membros;
 - b) a necessidade de manter a isenção relativa à proibição da utilização de amálgama dentária a que se refere o artigo 10.º, n.º 2-a, primeiro parágrafo, tendo em conta o impacto na saúde dos doentes em geral e dos doentes dependentes de restaurações com amálgama dentária, e a necessidade de manter a derrogação relativa à importação e ao fabrico de amálgama dentária a que se refere

- o artigo 10.º, n.º 7, terceiro parágrafo;
- c) a evolução no âmbito da Convenção no que respeita à eliminação gradual da utilização ilegal de mercúrio em cosméticos, tendo em conta as informações prestadas pelas Partes na Convenção em conformidade com a decisão MC-5/5 da Conferência das Partes relativa à elaboração de um relatório sobre os cosméticos;
- d) a necessidade de eliminar gradualmente as restantes utilizações de mercúrio;
- e) a necessidade de alargar a lista de fontes de resíduos de mercúrio definida no artigo 11.º;
- f) a necessidade de alargar a lista de compostos de mercúrio constantes do anexo I, ao aditar, por exemplo, o amido-cloreto de mercúrio (HgNH_2Cl).»;
- c) O n.º 3 passa a ter a seguinte redação:
«3. a Comissão apresenta, se necessário, uma proposta legislativa juntamente com os relatórios referidos no presente artigo.»;
- 3) O anexo II é alterado em conformidade com o anexo do presente regulamento.

Artigo 2.º

O presente regulamento entra em vigor no vigésimo dia seguinte ao da sua publicação no *Jornal Oficial da União Europeia*.

O presente regulamento é obrigatório em todos os seus elementos e diretamente aplicável em todos os Estados-Membros.

Feito em Bruxelas, em 13 de junho de 2024.

PROGRAMA DE AÇÃO ESPECÍFICO PARA OS RESÍDUOS DE AMÁLGAMA DENTÁRIA COM MERCÚRIO

**DECRETO-LEI N.º 40/2017 DE 23 DE NOVEMBRO
(CONVENÇÃO DE MINIMATA SOBRE O MERCÚRIO)
PORTARIA N.º 744-A/99, DE 25 DE AGOSTO**

(...)

4. Regras de gestão:

Com vista a alcançar as finalidades do programa devem as unidades de saúde onde se prepare ou aplique amálgamas dentárias adotar as seguintes regras:

- 4.1. Os resíduos secos de amálgamas dentárias, as cápsulas e os vibradores, assim como outros produtos residuais que contêm mercúrio, como as partículas resultantes da aspiração, devem ser separados e condicionados em contentores próprios que assegurem as condições de inviolabilidade total durante a recolha e o transporte;
- 4.2. Os efluentes líquidos contendo resíduos de amálgamas dentárias podem ser descarregados no sistema de drenagem de águas residuais urbanas desde que passem previamente por um separador de amálgama e cumpram as disposições de descarga em coletores constantes do Decreto-Lei n.º 236/98, de 1 de agosto;

- 4.3. O separador de amálgama, em qualquer condição de débito, deverá ter uma eficiência mínima de 95% em peso de amálgama contida no efluente;
- 4.4. O separador de amálgama deve ser instalado o mais próximo possível da fonte de resíduos de amálgama e sempre antes de mistura com outras águas residuais produzidas no consultório dentário e que não contenham resíduos de amálgama;
- 4.5. Antes da instalação do separador de amálgama as condutas de drenagem das águas residuais de baixa inclinação devem ser limpas e os resíduos de amálgama recuperados. Esta recuperação pode ser efetuada por substituição das condutas ou por limpeza adequada;
- 4.6. Os resíduos recuperados deverão ser condicionados em contentores próprios que assegurem as condições de inviolabilidade total durante a recolha e o transporte;
- 4.7. Os resíduos de amálgama retidos pelo separador deverão ser retirados com uma frequência que permita assegurar, em permanência, a eficácia de eliminação de 95%. O fornecedor do equipamento deverá fornecer o procedimento de limpeza e manutenção do separador.

(...)

**CIRCULAR INFORMATIVA DO INFARMED
N.º 180/CD/100.20.200, DE 20/12/20184**

AMÁLGAMAS DENTÁRIAS DE MERCÚRIO

Considerando que a utilização de mercúrio em amálgama dentária constitui a maior utilização de mercúrio na União Europeia e uma fonte significativa de poluição, o referido Regulamento estabeleceu pelo Artigo 10.º – “Amalgama dentária” regras específicas para a utilização destes dispositivos médicos a fim de proteger os médicos dentistas e os doentes expostos a este metal e assegurar que os resíduos contendo mercúrio são recolhidos e eliminados de acordo com as melhores práticas de gestão de resíduos.

Neste contexto, o Infarmed enquanto autoridade competente para a fiscalização do mercado de dispositivos médicos vem informar todos os operadores económicos e profissionais de saúde relacionados com o sector da medicina dentária que:

- A partir de 1 janeiro de 2019 a amálgama dentária com mercúrio só pode ser utilizada sob a forma de cápsulas pré-doseadas, ou seja, é proibida a disponibilização no mercado de mercúrio a granel destinado a tratamentos dentários.
- E relembra que, desde 1 de janeiro de 2018, os operadores económicos só podem colocar em serviço separadores de amálgama que proporcionem um nível de retenção de pelo menos 95% das partículas de amálgama incluindo as existentes na água utilizada.”

REGIME JURÍDICO DA PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

DECRETO-LEI N.º 108/2018, DE 03 DE DEZEMBRO

(...)

Artigo 2.º | Âmbito de aplicação

1. O presente decreto-lei é aplicável a todas as práticas que envolvam a utilização de radiações ionizantes.
2. O presente decreto-lei é igualmente aplicável à exposição ocupacional, à exposição do público e à exposição médica a radiações ionizantes, desde que as mesmas não possam ser ignoradas do ponto de vista da proteção contra as radiações e constituam situações de exposição planeada, existente ou de emergência.
3. Em particular, o presente decreto-lei aplica-se:
 - a) Ao fabrico, produção, tratamento, manipulação, eliminação, utilização, armazenagem, detenção, transporte, importação e exportação de material radioativo;
 - b) Ao fabrico e exploração de equipamentos elétricos, que emitam radiações ionizantes e que contêm com-

ponentes que funcionam com uma diferença de potencial superior a 5 kV;

- c) A atividades humanas que envolvam a presença de fontes de radiação natural conducentes a um aumento significativo da exposição dos trabalhadores ou de elementos da população, em especial:

(...)

- ii) Ao processamento de materiais que contêm radionuclídeos naturais;

- d) À exposição de trabalhadores ou de membros do público ao radão no interior dos edifícios, à exposição a radiação externa proveniente de materiais de construção e à exposição continuada derivada de uma situação de emergência ou de uma atividade humana anterior;

- e) À preparação, ao planejamento da resposta, e à gestão de situações de exposição de emergência, que justifiquem a aplicação de medidas de proteção da saúde dos membros do público ou de trabalhadores.

(...)

Artigo 7.º | Princípio da limitação de doses

1. Em situações de exposição planeadas, a soma das doses recebidas por um indivíduo não pode exceder os limites de dose estabelecidos para a exposição ocupacional ou para a exposição do público.
2. O princípio da limitação de doses não se aplica às exposições médicas.

Artigo 8.º | Princípio da responsabilidade pela proteção e segurança radiológica

A responsabilidade pela proteção e segurança radiológica incumbe ao titular de uma fonte de radiação.

Artigo 9.º | Princípio da proibição de abandono

1. São proibidos o abandono de fontes de radiação e de resíduos radioativos.
2. É proibida a descarga não autorizada de efluentes radioativos nos solos, na atmosfera, nas águas superficiais, subterrâneas, de transição, costeiras e marinhas e nos sistemas de drenagem de águas residuais.
3. É igualmente proibida a descarga não autorizada de produtos biológicos radioativos.

(...)

Artigo 24.º | Deveres dos titulares

Cada titular garante o cumprimento, designadamente, do seguinte:

- a) Manutenção de um nível ótimo de proteção dos trabalhadores, dos membros do público e do ambiente;
- b) Responsabilidade pela proteção e segurança das fontes de radiação e das práticas, bem como organização interna para a proteção e segurança, tal como garantia de que qualquer atribuição de responsabilidades se encontra documentada;
- c) Elaboração e revisão periódica das avaliações de segurança radiológica para as fontes de radiação e para as práticas, abrangendo, nomeadamente, a probabilidade e a magnitude das exposições potenciais, as suas consequências prováveis, o número de indivíduos que possam ser afetados por estas;

- d) Implementação de um sistema de gestão com procedimentos e medidas de proteção e segurança sujeitas a revisão periódica e atualização, incorporando os ensinamentos obtidos nos exercícios e eventos passados;
- e) Definição de procedimentos para o registo de incidentes ou acidentes e respetivo reporte à autoridade competente;
- f) Tomada de todas as medidas necessárias no âmbito da prática ou instalação para redução das consequências de um incidente ou acidente;
- g) Manutenção e verificação periódica das fontes de radiação para demonstrar que continuam a ser cumpridos os requisitos de proteção e segurança, conforme descritos no requerimento de licenciamento ou registo ou condições neles fixadas pela autoridade competente;
- h) Gestão segura e controlo dos resíduos radioativos produzidos e a sua eliminação de acordo com a legislação em vigor;
- i) Aprovação, para entrada em serviço, de equipamentos e processos adequados de medição e avaliação da exposição dos membros do público e da contaminação radioativa do ambiente;
- j) Verificação da eficácia e manutenção dos equipamentos referidos na alínea anterior e controlo metrológico legal regular dos instrumentos de medição;
- k) Consulta de especialistas em proteção radiológica para as tarefas referidas nas alíneas anteriores.

Artigo 25.º | Informações sobre o equipamento

1. Qualquer aquisição de equipamento que contenha fontes radioativas ou de um gerador de radiações deve ser acompanhada das informações sobre os potenciais riscos radiológicos, a sua correta utilização, ensaios e manutenção, bem como uma demonstração de que a conceção permite limitar as exposições a um nível tão baixo quanto razoavelmente possível.
2. No caso de equipamento radiológico médico devem ainda ser disponibilizadas as informações sobre a avaliação dos riscos para os pacientes e os elementos disponíveis da avaliação clínica.
3. As informações a que se referem os números anteriores devem ser detalhadas, estar redigidas em língua portuguesa e ser disponibilizadas antes da entrega do equipamento, devendo o fabricante ou importador prestar todos os esclarecimentos subsequentes que se revelem necessários.
4. O fabricante ou importador devem, ainda, disponibilizar formação de carácter técnico aos utilizadores do equipamento, por forma a garantir o seu adequado conhecimento sobre o seu modo de utilização.

Artigo 26.º | Programa de Proteção Radiológica

1. O titular deve implementar e garantir o cumprimento de um Programa de Proteção Radiológica adequado à prática e às características da instalação, de acordo com modelo aprovado por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ambiente.
2. O Programa de Proteção Radiológica deve ser disponibilizado pelo titular aos trabalhadores.
3. O Programa de Proteção Radiológica abrange, designadamente e quando aplicável, os seguintes tópicos:

- a) Identificação expressa do titular, do delegado de proteção radiológica e demais intervenientes relevantes para a proteção radiológica;
- b) Descrição orgânica da hierarquia de responsabilidades;
- c) Definição das funções dos trabalhadores relevantes para a proteção radiológica;
- d) Descrição dos resultados da avaliação prévia de segurança da prática, considerando também as exposições potenciais;
- e) Identificação das fontes de radiação existentes na instalação e procedimentos de utilização;
- f) Listagem dos trabalhadores com a respetiva classificação de acordo com o artigo 73.º;
- g) Identificação das áreas controladas e vigiadas de acordo com os artigos 79.º e 80.º;
- h) Procedimentos de monitorização dos locais de trabalho e dos trabalhadores;
- i) Descrição do programa de vigilância médica dos trabalhadores no âmbito da saúde ocupacional;
- j) Plano de formação e treino dos trabalhadores, no âmbito da proteção e segurança radiológica;
- k) Plano de revisão periódica da segurança da instalação;
- l) Disposições para fazer face a incidentes ou acidentes, incluindo uma análise das formas previsíveis de falhas de estruturas, sistemas, componentes e procedimentos com impacto na proteção radiológica;
- m) Descrição dos meios disponíveis para estimar as doses recebidas em situações de exposição planeada e de emergência;

- n) Procedimentos para a gestão segura dos resíduos radioativos produzidos na instalação;
- o) Procedimentos de controlo e garantia de qualidade utilizados e otimização dos processos, incluindo planos de manutenção dos equipamentos associados à prática;
- p) Disposições para a revisão e avaliação periódica do Programa de Proteção Radiológica;
- q) Efeitos previsíveis que as alterações no meio ambiente podem ter sobre a proteção radiológica e a segurança;
- r) Interação do Plano de Proteção Radiológica com os Planos de Emergência Interna e Externa da instalação.

Artigo 27.º | Plano de Emergência Interno

1. Os titulares devem implementar um plano de emergência interno adequado à prática e às características da instalação, garantindo o seu cumprimento, nos termos do artigo 123.º
2. Excetua-se do disposto no número anterior o transporte de fontes de radiação, ao qual se aplicam as regras de segurança previstas para o respetivo modo de transporte.

Artigo 28.º | Eliminação, reciclagem ou reutilização de materiais radioativos

1. A eliminação, reciclagem ou reutilização de materiais radioativos que resultam de uma prática autorizada estão sujeitas a licença, exceto nos casos previstos no número seguinte.
2. Os materiais destinados a eliminação, reciclagem ou reutilização podem ser liberados, desde que as concentrações de atividade:

- a) No caso dos materiais sólidos, não excedam os níveis de liberação previstas no anexo II ao presente decreto-lei; ou
 - b) Cumpram os critérios de liberação referidos no anexo II ao presente decreto-lei.
3. Os níveis de liberação aplicáveis à liberação de materiais que contenham radionuclídeos naturais que resultem de práticas autorizadas em que os radionuclídeos naturais são processados em razão das suas propriedades radioativas, cindíveis ou férteis, respeitam os critérios de dose aplicáveis para a liberação dos materiais que contêm radionuclídeos artificiais.
4. É proibida a diluição deliberada de materiais radioativos com intenção de fazer cessar o controlo regulador.
5. O disposto no número anterior não é aplicável:
- a) À mistura de materiais que ocorre numa situação de funcionamento normal quando a radioatividade não está a ser tida em conta;
 - b) À mistura de materiais radioativos e não radioativos, para efeitos de reutilização ou reciclagem, nas situações de risco reduzido, mediante verificação prévia pela autoridade competente.
6. (Revogado.)
7. (Revogado.)
- (...)

Artigo 104.º | Equipamento

1. O titular deve manter todo o equipamento radiológico médico sob rigorosa vigilância, no que se refere à proteção contra radiações.
2. O equipamento radiológico médico deve estar inventariado, devendo o inventário atualizado ser disponibilizado à autoridade competente.

3. Os equipamentos devem ser sujeitos a testes de aceitação antes da primeira utilização em pacientes, em conformidade com os critérios específicos de aceitabilidade do equipamento definidos pela autoridade competente.
4. Os equipamentos devem ainda ser sujeitos a testes de desempenho, com a periodicidade fixada pela autoridade competente, e após cada operação de manutenção suscetível de afetar o seu desempenho.
5. Os testes previstos nos números anteriores constam de relatórios a disponibilizar à autoridade competente, que pode determinar a adoção de medidas necessárias para melhorar o desempenho do equipamento radiológico médico utilizado, caso aquele se revele inadequado ou apresente falhas, incluindo a desativação do equipamento.

Artigo 105.º | Requisitos específicos para equipamentos

1. É proibida a utilização de equipamento de fluoroscopia sem um dispositivo para controlar automaticamente o débito de dose ou sem um intensificador de imagem ou um dispositivo equivalente.
2. O equipamento utilizado na radioterapia por feixes externos com uma energia nominal superior a 1 MeV deve comportar um dispositivo para verificação dos principais parâmetros terapêuticos.
3. Todos os equipamentos utilizados para radiologia de intervenção devem possuir um dispositivo ou função que informe o responsável pela realização da exposição médica e as pessoas habilitadas a executar os aspetos práticos dos procedimentos radiológicos médicos da quantidade de radiação produzida pelo equipamento durante o procedimento, nos termos a fixar pela autoridade competente.

4. Todos os equipamentos utilizados para radiologia de intervenção e tomografia computadorizada e todos os novos equipamentos utilizados para efeitos de planeamento, orientação e verificação devem possuir um dispositivo ou função que, no final de cada procedimento, informe o responsável pela realização da exposição médica dos parâmetros pertinentes para avaliar a dose recebida pelo paciente.
5. O equipamento utilizado para radiologia de intervenção e tomografia computadorizada deve transferir a informação referida no número anterior para o relatório do exame.
6. Sem prejuízo do disposto nos n.os 3, 4 e 5, os novos equipamentos de radiodiagnóstico médico devem: a) Possuir um dispositivo, ou outro meio equivalente, que informe o responsável pela realização da exposição médica dos parâmetros pertinentes para avaliar a dose recebida pelo paciente; b) Sempre que apropriado, ter a capacidade de transferir a informação referida na alínea anterior para o relatório do exame.

Artigo 106.º | Proteção especial durante a gravidez e a lactação

1. O responsável pela realização da exposição médica e o médico responsável pela prescrição perguntam se a pessoa sujeita a exposição médica está grávida ou amamenta, a menos que tal seja de excluir por razões óbvias ou não seja pertinente para o procedimento radiológico.
2. Quando não seja de excluir uma gravidez, e especialmente se tiverem de ser expostas as regiões pélvica e abdominal, os procedimentos radiológicos médicos devem ter em especial atenção a justificação e a otimização, tendo em conta tanto a pessoa como o nascituro.
3. Os procedimentos radiológicos médicos em medicina nuclear executados em lactantes devem ter em especial atenção a justificação e a otimização, tendo em conta tanto a pessoa lactante como a criança.

4. O titular deve adotar medidas para aumentar a sensibilização das pessoas a quem se aplica o presente artigo, bem como dos profissionais de saúde, nomeadamente através da afixação de avisos públicos nos locais adequados.

Artigo 107.º | Exposições acidentais e exposições médicas que não decorrem como planeado

1. O titular de instalações radiológicas médicas deve implementar um sistema de registo e análise dos eventos que envolvam ou possam envolver exposições acidentais ou exposições médicas que não decorrem como planeado das pessoas sujeitas a exposições médicas, atendendo aos riscos radiológicos decorrentes da prática em causa, dando conhecimento da sua ocorrência, quando clinicamente significativa, e dos resultados da análise ao médico responsável pela prescrição, ao responsável pela realização da exposição médica e ao paciente ou ao seu representante.
2. A ocorrência de eventos que envolvam ou possam envolver exposições acidentais ou exposições médicas que não decorrem como planeado deve ser comunicada, de imediato, à autoridade competente.
3. A análise dos eventos ocorridos, bem como as medidas corretivas tomadas para evitar tais eventos, deve estar concluída e ser comunicada à autoridade competente no prazo de 90 dias, a contar da deteção do evento, para que esta possa disponibilizar atempadamente informações relacionadas com os ensinamentos obtidos com eventos significativos.

(...)

NORMAS DE PROTEÇÃO DO DOENTE

Informação de saúde: acondicionamento e acesso

Consentimento informado

Participação em ensaios clínicos

Transplantes de órgãos e tecidos de origem humana

INFORMAÇÃO GENÉTICA PESSOAL E INFORMAÇÃO DE SAÚDE

LEI N.º 12/2005 DE 26 DE JANEIRO

Artigo 1.º | Objeto

A presente lei define o conceito de informação de saúde e de informação genética, a circulação de informação e a intervenção sobre o genoma humano no sistema de saúde, bem como as regras para a colheita e conservação de produtos biológicos para efeitos de testes genéticos ou de investigação.

Artigo 2.º | Informação de saúde

Para os efeitos desta lei, a informação de saúde abrange todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar.

Artigo 3.º | Propriedade da informação de saúde

1. A informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informa-

ção, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei.

2. O titular da informação de saúde tem o direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial, ou de o fazer comunicar a quem seja por si indicado.
3. O acesso à informação de saúde por parte do seu titular, ou de terceiros com o seu consentimento ou nos termos da lei, é exercido por intermédio de médico, com habilitação própria, se o titular da informação o solicitar.
4. Na impossibilidade de apuramento da vontade do titular quanto ao acesso, o mesmo é sempre realizado com intermediação de médico.

Artigo 4.º | Tratamento da informação de saúde

1. Os responsáveis pelo tratamento da informação de saúde devem tomar as providências adequadas à proteção da sua confidencialidade, garantindo a segurança das instalações e equipamentos, o controlo no acesso à informação, bem como o reforço do dever de sigilo e da educação deontológica de todos os profissionais.
2. As unidades do sistema de saúde devem impedir o acesso indevido de terceiros aos processos clínicos e aos sistemas informáticos que contenham informação de saúde, incluindo as respetivas cópias de segurança, assegurando os níveis de segurança apropriados e cumprindo as exigências estabelecidas pela legislação que regula a proteção de dados pessoais, nomeadamente para evitar a sua destruição, acidental ou ilícita, a alteração, difusão ou acesso não autorizado ou

- qualquer outra forma de tratamento ilícito da informação.
3. A informação de saúde só pode ser utilizada pelo sistema de saúde nas condições expressas em autorização escrita do seu titular ou de quem o represente.
 4. O acesso a informação de saúde pode, desde que anonimizada, ser facultado para fins de investigação.
 5. A gestão dos sistemas que organizam a informação de saúde deve garantir a separação entre a informação de saúde e genética e a restante informação pessoal, designadamente através da definição de diversos níveis de acesso.
 6. A gestão dos sistemas de informação deve garantir o processamento regular e frequente de cópias de segurança da informação de saúde, salvaguardadas as garantias de confidencialidade estabelecidas por lei.

Artigo 5.º | Informação médica

1. Para os efeitos desta lei, a informação médica é a informação de saúde destinada a ser utilizada em prestações de cuidados ou tratamentos de saúde.
2. Entende-se por «processo clínico» qualquer registo, informatizado ou não, que contenha informação de saúde sobre doentes ou seus familiares.
3. Cada processo clínico deve conter toda a informação médica disponível que diga respeito à pessoa, ressalvada a restrição imposta pelo artigo seguinte.
4. A informação médica é inscrita no processo clínico pelo médico que tenha assistido a pessoa ou, sob a supervisão daquele, informatizada por outro profissional igualmente sujeito ao dever de sigilo, no âmbito das competências específicas de cada profissão e dentro do respeito pelas respetivas normas deontológicas.

5. O processo clínico só pode ser consultado por médico incumbido da realização de prestações de saúde a favor da pessoa a que respeita ou, sob a supervisão daquele, por outro profissional de saúde obrigado a sigilo e na medida do estritamente necessário à realização das mesmas, sem prejuízo da investigação epidemiológica, clínica ou genética que possa ser feita sobre os mesmos, ressalvando-se o que fica definido no artigo 16.º.

Artigo 6.º | Informação genética

1. A informação genética é a informação de saúde que verse as características hereditárias de uma ou de várias pessoas, aparentadas entre si ou com características comuns daquele tipo, excluindo-se desta definição a informação derivada de testes de parentesco ou estudos de zigotia em gémeos, dos estudos de identificação genética para fins criminais, bem como do estudo das mutações genéticas somáticas no cancro.
2. A informação genética pode ser resultado da realização de testes genéticos por meios de biologia molecular, mas também de testes citogenéticos, bioquímicos, fisiológicos ou imagiológicos, ou da simples recolha de informação familiar, registada sob a forma de uma árvore familiar ou outra, cada um dos quais pode, por si só, enunciar o estatuto genético de uma pessoa e seus familiares.
3. A informação genética reveste natureza médica apenas quando se destina a ser utilizada nas prestações de cuidados ou tratamentos de saúde, no contexto da confirmação ou exclusão de um diagnóstico clínico, no contexto de diagnóstico pré-natal ou diagnóstico pré-implantatório ou no da farmacogenética, excluindo-se, pois, a informação de testes preditivos para predisposições a doenças comuns e pré-sintomáticos para doenças monogénicas.

4. A informação genética que não tenha implicações imediatas para o estado de saúde actual, tal como a resultante de testes de paternidade, de estudos de zigotia em gémeos, e a de testes preditivos – com a exceção de testes genéticos para resposta a medicamentos, de heterozigotia, pré-sintomáticos, pré-natais ou pré-implantatórios não pode ser incluída no processo clínico, salvo no caso de consultas ou serviços de genética médica com arquivos próprios e separados.
5. Os processos clínicos de consultas ou serviços de genética médica não podem ser acedidos, facultados ou consultados por médicos, outros profissionais de saúde ou funcionários de outros serviços da mesma instituição ou outras instituições do sistema de saúde no caso de conterem informação genética sobre pessoas saudáveis.
6. A informação genética deve ser objeto de medidas legislativas e administrativas de proteção reforçada em termos de acesso, segurança e confidencialidade.
7. A utilização de informação genética é um ato entre o seu titular e o médico, que é sujeito às regras deontológicas de sigilo profissional dos médicos e dos restantes profissionais de saúde.
8. A existência de vínculo laboral ou outro entre o médico ou outro profissional de saúde e qualquer atividade, incluindo companhias de seguros, entidades profissionais ou fornecedores de quaisquer bens ou serviços, não justifica qualquer diminuição aos deveres de segredo que sobre aqueles impendem.
9. Os cidadãos têm o direito de saber se um processo clínico, ficheiro ou registo médico ou de investigação contém informação genética sobre eles próprios e a sua família e de conhecer as finalidades e usos dessa informação, a forma como é armazenada e os prazos da sua conservação.

Artigo 7.º | Bases de dados genéticos

1. Entende-se por «base de dados genéticos» qualquer registo, informatizado ou não, que contenha informação genética sobre um conjunto de pessoas ou famílias.
2. As regras de criação, manutenção, gestão e segurança das bases de dados genéticos para prestação de cuidados de saúde e relativas à investigação em saúde são regulamentadas nos termos da legislação que regula a proteção de dados pessoais.
3. As bases de dados genéticos que contenham informação familiar e os registos genéticos que permitam a identificação de familiares devem ser mantidas e supervisionadas por um médico com especialidade em genética ou, na sua falta, por outro médico.
4. Qualquer pessoa pode pedir e ter acesso à informação sobre si própria contida em ficheiros com dados pessoais, nos termos da lei.

Artigo 8.º | Terapia génica

1. A intervenção médica que tenha como objeto modificar intencionalmente o genoma humano só pode ser levada a cabo, verificadas as condições estabelecidas nesta lei, por razões preventivas ou terapêuticas.
2. É proibida qualquer intervenção médica que tenha por objetivo a manipulação genética de características consideradas normais, bem como a alteração da linha germinativa de uma pessoa.

Artigo 9.º | Testes genéticos

1. A realização de testes genéticos diagnósticos ou de farmacogenética obedece aos princípios que regem a prestação de qualquer cuidado de saúde.

2. A deteção do estado de heterozigotia para doenças recessivas, o diagnóstico pré-sintomático de doenças monogénicas e os testes de suscetibilidades genéticas em pessoas saudáveis só podem ser executados com autorização do próprio, a pedido de um médico com a especialidade de genética e na sequência da realização de consulta de aconselhamento genético, após consentimento informado, expresso por escrito.
3. A comunicação dos resultados de testes genéticos deve ser feita exclusivamente ao próprio, ou, no caso de testes diagnósticos, a quem legalmente o represente ou seja indicado pelo próprio, e em consulta médica apropriada.
4. No caso de testes de estado de heterozigotia, pré-sintomáticos e preditivos, os resultados devem ser comunicados ao próprio e não podem nunca ser comunicados a terceiros sem a sua autorização expressa por escrito, incluindo a médicos ou outros profissionais de saúde de outros serviços ou instituições ou da mesma consulta ou serviço mas não envolvidos no processo de teste dessa pessoa ou da sua família.
5. No caso de testes pré-natais e pré-implantatórios, os resultados devem ser comunicados exclusivamente à progenitora, aos progenitores ou aos respetivos representantes legais.
6. Não devem ser realizados testes pré-sintomáticos, preditivos ou pré-implantatórios em pessoas com incapacidade mental que possam não compreender as implicações deste tipo de testes e dar o seu consentimento.
7. Em situações de risco para doenças de início na vida adulta e sem cura nem tratamento comprovadamente eficaz, a realização do teste pré-sintomático ou preditivo tem ainda como condição uma avaliação psicológica e social prévia e o seu seguimento após a entrega dos resultados do teste.
8. A frequência das consultas de aconselhamento genético e a forma do seguimento psicológico e social são determinadas considerando a gravidade da doença, a idade mais habitual

de manifestação dos primeiros sintomas e a existência ou não de tratamento comprovado.

Artigo 10.º | Testes de heterozigotia, pré-sintomáticos, preditivos e pré-natais

1. Para efeitos do artigo anterior, consideram-se testes para deteção do estado de heterozigotia os que permitam a deteção de pessoas saudáveis portadoras heterozigóticas para doenças recessivas.
2. Consideram-se testes pré-sintomáticos os que permitam a identificação da pessoa como portadora, ainda assintomática, do genótipo inequivocamente responsável por uma dada doença monogénica.
3. Consideram-se testes genéticos preditivos os que permitam a deteção de genes de suscetibilidade, entendida como uma predisposição genética para uma dada doença com hereditariedade complexa e com início habitualmente na vida adulta.
4. Consideram-se testes de farmacogenética os testes preditivos que permitem a detecção de predisposições para respostas diferenciais no tratamento com um dado medicamento ou a susceptibilidade para reações adversas derivadas da toxicidade da droga.
5. Consideram-se testes pré-natais todos aqueles executados antes ou durante uma gravidez, com a finalidade de obtenção de informação genética sobre o embrião ou o feto, considerando-se assim como caso particular destes o diagnóstico pré-implantatório.
6. Consideram-se testes de rastreio todos os testes diagnósticos, de heterozigotia, pré-sintomáticos, preditivos ou pré-natais que são aplicados a toda a população ou grupos populacionais de risco aumentado, nomeadamente por género, idade, origem étnica, em qualquer altura da vida.

Artigo 11.º | Princípio da não discriminação

1. Ninguém pode ser prejudicado, sob qualquer forma, em função da presença de doença genética ou em função do seu património genético.
2. Ninguém pode ser discriminado, sob qualquer forma, em função dos resultados de um teste genético diagnóstico, de heterozigotia, pré-sintomático ou preditivo, incluindo para efeitos de obtenção ou manutenção de emprego, obtenção de seguros de vida e de saúde, acesso ao ensino e, para efeitos de adoção, no que respeita quer aos adotantes quer aos adotandos.
3. Ninguém pode ser discriminado, sob qualquer forma, nomeadamente no seu direito a seguimento médico e psicossocial e a aconselhamento genético, por se recusar a efetuar um teste genético.
4. É garantido a todos o acesso equitativo ao aconselhamento genético e aos testes genéticos, salvaguardando-se devidamente as necessidades das populações mais fortemente atingidas por uma dada doença ou doenças genéticas.

Artigo 12.º | Testes genéticos e seguros

1. As companhias de seguros não podem pedir nem utilizar qualquer tipo de informação genética para recusar um seguro de vida ou estabelecer prémios mais elevados.
2. As companhias de seguros não podem pedir a realização de testes genéticos aos seus potenciais segurados para efeitos de seguros de vida ou de saúde ou para outros efeitos.
3. As companhias de seguros não podem utilizar a informação genética obtida de testes genéticos previamente realizados nos seus clientes atuais ou potenciais para efeitos de seguros de vida e de saúde ou para outros efeitos.

4. As seguradoras não podem exigir nem podem utilizar a informação genética resultante da colheita e registo dos antecedentes familiares para recusar um seguro ou estabelecer prémios aumentados ou para outros efeitos.

Artigo 13.º | Testes genéticos no emprego

1. A contratação de novos trabalhadores não pode depender de seleção assente no pedido, realização ou resultados prévios de testes genéticos.
2. Às empresas e outras entidades patronais não é permitido exigir aos seus trabalhadores, mesmo que com o seu consentimento, a realização de testes genéticos ou a divulgação de resultados previamente obtidos.
3. Nos casos em que o ambiente de trabalho possa colocar riscos específicos para um trabalhador com uma dada doença ou suscetibilidade, ou afetar a sua capacidade de desempenhar com segurança uma dada tarefa, pode ser usada a informação genética relevante para benefício do trabalhador e nunca em seu prejuízo, desde que tenha em vista a proteção da saúde da pessoa, a sua segurança e a dos restantes trabalhadores, que o teste genético seja efetuado após consentimento informado e no seguimento do aconselhamento genético apropriado, que os resultados sejam entregues exclusivamente ao próprio e ainda desde que não seja nunca posta em causa a sua situação laboral.
4. As situações particulares que impliquem riscos graves para a segurança ou a saúde pública podem constituir uma exceção ao anteriormente estipulado, observando-se no entanto a restrição imposta no número seguinte.
5. Nas situações previstas nos números anteriores os testes genéticos, dirigidos apenas a riscos muito graves e se relevantes para a saúde actual do trabalhador, devem ser seleccionados,

oferecidos e supervisionados por uma agência ou entidade independente e não pelo empregador.

6. Os encargos da realização de testes genéticos a pedido ou por interesse direto de entidades patronais são por estas suportados.

Artigo 14.º | Testes genéticos e adoção

1. Não podem ser pedidos testes genéticos, nem usada informação genética já disponível, para efeitos de adoção.
2. Os serviços de adoção ou os pais prospetivos não podem pedir testes genéticos ou usar informação de testes anteriores nas crianças adotandas.
3. Os serviços de adoção não podem exigir aos pais adotantes a realização de testes genéticos, nem usar informação já disponível sobre os mesmos.

Artigo 15.º | Laboratórios que procedem ou que oferecem testes genéticos

1. Compete ao Governo regulamentar as condições da oferta e da realização de testes genéticos do estado de heterozigotia, pré-sintomáticos, preditivos ou pré-natais e pré-implantatórios, de modo a evitar, nomeadamente, a sua realização por laboratórios, nacionais ou estrangeiros, sem apoio de equipa médica e multidisciplinar necessária, assim como a eventual venda livre dos mesmos.
2. Nos termos da lei e das recomendações éticas, de qualidade e de segurança dos organismos reguladores nacionais e internacionais, o Governo determina medidas de acreditação e de certificação dos laboratórios públicos ou privados que realizem testes genéticos e procede ao seu licenciamento.

Artigo 16.º | Investigação sobre o genoma humano

1. A investigação sobre o genoma humano segue as regras gerais da investigação científica no campo da saúde, estando obrigada a confidencialidade reforçada sobre a identidade e as características das pessoas individualmente estudadas.
2. Deve ser garantido o livre acesso da comunidade científica aos dados emergentes da investigação sobre o genoma humano.
3. A investigação sobre o genoma humano está sujeita à aprovação pelos comités de ética da instituição hospitalar, universitária ou de investigação.
4. A investigação sobre o genoma humano em pessoas não pode ser realizada sem o consentimento informado dessas pessoas, expresso por escrito, após a explicação dos seus direitos, da natureza e finalidades da investigação, dos procedimentos utilizados e dos riscos potenciais envolvidos para si próprios e para terceiros.

Artigo 17.º | Dever de proteção

1. É ilícita a criação de qualquer lista de doenças ou características genéticas que possa fundamentar pedidos de testes de diagnóstico, de heterozigotia, pré-sintomáticos, preditivos ou pré-natais ou de qualquer tipo de rastreio genético.
2. Todo o cidadão tem direito a recusar-se a efetuar um teste genético do estado de heterozigotia, pré-sintomático, preditivo ou pré-natal.
3. Todo o cidadão tem direito a receber aconselhamento genético e, se indicado, acompanhamento psicossocial, antes e depois da realização de testes de heterozigotia, pré-sintomáticos, preditivos e pré-natais.

4. Só podem ser pedidos testes genéticos a menores desde que sejam efetuados em seu benefício e nunca em seu prejuízo, com o consentimento informado dos seus pais ou tutores, mas procurando-se sempre o seu próprio consentimento.
5. Nomeadamente, não podem ser pedidos testes preditivos em menores para doenças de início habitual na vida adulta, sem prevenção ou cura comprovadamente eficaz.
6. Do mesmo modo, o diagnóstico pré-natal para doenças de início habitual na vida adulta e sem cura não pode ser efetuado para mera informação dos pais, mas apenas para prevenção da doença ou deficiência, dentro dos prazos previstos na lei.
7. Os médicos têm o dever de informar as pessoas que os consultam sobre os mecanismos de transmissão e os riscos que estes implicam para os seus familiares e de os orientar para uma consulta de genética médica, a qual deve ser assegurada nos termos da legislação regulamentar da presente lei.
8. No caso dos testes de rastreio genético, deve sempre proteger-se, além dos direitos individuais, os direitos das populações ou grupos populacionais a rastrear, evitando-se a sua estigmatização.
9. Os cidadãos com necessidades especiais, bem como os que são portadores de deficiências ou doenças crónicas, incluindo os doentes com patologias genéticas e seus familiares, gozam do direito à protecção do Estado em matéria de informação sobre os cuidados de saúde de que necessitam.

Artigo 18.º | Obtenção e conservação de material biológico

1. A colheita de sangue e outros produtos biológicos e a obtenção de amostras de DNA para testes genéticos devem ser objeto de consentimento informado separado para efeitos de testes assistenciais e para fins de investigação em que

conste a finalidade da colheita e o tempo de conservação das amostras e produtos deles derivados.

2. O material armazenado é propriedade das pessoas em quem foi obtido e, depois da sua morte ou incapacidade, dos seus familiares.
3. O consentimento pode ser retirado a qualquer altura pela pessoa a quem o material biológico pertence ou, depois da sua morte ou incapacidade, pelos seus familiares, devendo nesse caso as amostras biológicas e derivados armazenados ser definitivamente destruídos.
4. Não devem ser utilizadas para efeitos assistenciais ou de investigação amostras biológicas cuja obtenção se destinou a uma finalidade diferente, a não ser com nova autorização por parte da pessoa a quem pertence ou, depois da sua morte ou incapacidade, dos seus familiares, ou após a sua anonimização irreversível.
5. Amostras colhidas para um propósito médico ou científico específico só podem ser utilizadas com a autorização expressa das pessoas envolvidas ou seus representantes legais.
6. Em circunstâncias especiais, em que a informação possa ter relevância para o tratamento ou a prevenção da recorrência de uma doença na família, essa informação pode ser processada e utilizada no contexto de aconselhamento genético, mesmo que já não seja possível obter o consentimento informado da pessoa a quem pertence.
7. Todos os parentes em linha direta e do segundo grau da linha colateral podem ter acesso a uma amostra armazenada, desde que necessário para conhecer melhor o seu próprio estatuto genético, mas não para conhecer o estatuto da pessoa a quem a amostra pertence ou de outros familiares.
8. É proibida a utilização comercial, o patenteamento ou qualquer ganho financeiro de amostras biológicas enquanto tais.

Artigo 19.º | Bancos de DNA e de outros produtos biológicos

1. Para efeitos desta lei, entende-se por «banco de produtos biológicos» qualquer repositório de amostras biológicas ou seus derivados, com ou sem tempo delimitado de armazenamento, quer utilize colheita prospetiva ou material previamente colhido, quer tenha sido obtido como componente da prestação de cuidados de saúde de rotina, quer em programas de rastreio, quer para investigação, e que inclua amostras que sejam identificadas, identificáveis, anonimizadas ou anónimas.
2. Ninguém pode colher ou usar amostras biológicas humanas já colhidas ou seus derivados, com vista à constituição de um banco de produtos biológicos, se não tiver obtido autorização prévia de entidade credenciada pelo departamento responsável pela tutela da saúde, assim como da Comissão Nacional de Proteção de Dados se o banco estiver associado a informação pessoal.
3. Os bancos de produtos biológicos devem ser constituídos apenas com a finalidade da prestação de cuidados de saúde, incluindo o diagnóstico e a prevenção de doenças, ou de investigação básica ou aplicada à saúde.
4. Um banco de produtos biológicos só deve aceitar amostras em resposta a pedidos de médicos e não das próprias pessoas ou seus familiares.
5. O consentimento informado escrito é necessário para a obtenção e utilização de material para um banco de produtos biológicos, devendo o termo de consentimento incluir informação sobre as finalidades do banco, o seu responsável, os tipos de investigação a desenvolver, os seus riscos e benefícios potenciais, as condições e a duração do armazenamento, as medidas tomadas para garantir a privacidade e a confidencialidade das pessoas participantes e a previsão quanto à possibilidade de comunicação ou não de resultados obtidos com esse material.

6. No caso de uso retrospectivo de amostras ou em situações especiais em que o consentimento das pessoas envolvidas não possa ser obtido devido à quantidade de dados ou de sujeitos, à sua idade ou outra razão comparável, o material e os dados podem ser processados, mas apenas para fins de investigação científica ou obtenção de dados epidemiológicos ou estatísticos.
7. A conservação de amostras de sangue seco em papel obtidas em rastreios neonatais ou outros deve ser considerada à luz dos potenciais benefícios e perigos para os indivíduos e a sociedade, podendo, no entanto, essas coleções ser utilizadas para estudos familiares no contexto do aconselhamento genético ou então para investigação genética, desde que previamente anonimizadas de forma irreversível.
8. Deve ser sempre garantida a privacidade e a confidencialidade, evitando-se o armazenamento de material identificado, controlando-se o acesso às coleções de material biológico, limitando-se o número de pessoas autorizadas a fazê-lo e garantindo-se a sua segurança quanto a perdas, alteração ou destruição.
9. Só podem ser usadas amostras anónimas ou irreversivelmente anonimizadas, devendo as amostras identificadas ou identificáveis ficar limitadas a estudos que não possam ser feitos de outro modo.
10. Não é permitido o armazenamento de material biológico humano não anonimizado por parte de entidades com fins comerciais.
11. Havendo absoluta necessidade de se usarem amostras identificadas ou identificáveis, estas devem ser codificadas, ficando os códigos armazenados separadamente, mas sempre em instituições públicas.

12. Se o banco envolver amostras identificadas ou identificáveis e estiver prevista a possibilidade de comunicação de resultados dos estudos efetuados, deve ser envolvido nesse processo um médico especialista em genética.
13. O material biológico armazenado é considerado propriedade da pessoa de quem foi obtido ou, depois da sua morte ou incapacidade, dos seus familiares, devendo ser armazenado enquanto for de comprovada utilidade para os familiares atuais e futuros.
14. Os investigadores responsáveis por estudos em amostras armazenadas em bancos de produtos biológicos devem sempre verificar que os direitos e os interesses das pessoas a quem o material biológico pertence são devidamente protegidos, incluindo a sua privacidade e confidencialidade, mas também no que respeita à preservação das amostras, que podem mais tarde vir a ser necessárias para diagnóstico de doença familiar, no contexto de testes genéticos nessas pessoas ou seus familiares.
15. Compete aos investigadores responsáveis pela coleção e manutenção de bancos de produtos biológicos zelar pela sua conservação e integridade e informar as pessoas de quem foi obtido consentimento de qualquer perda, alteração ou destruição, assim como da sua decisão de abandonar um tipo de investigação ou de fechar o banco.
16. A lei define as regras para o licenciamento e a promoção de processos de garantia de qualidade dos bancos de produtos biológicos.
17. A transferência de um grande número de amostras ou coleções de material biológico para outras entidades nacionais ou estrangeiras deve sempre respeitar o propósito da criação do banco para o qual foi obtido o consentimento e ser aprovada pelas comissões de ética responsáveis.

18. A constituição de bancos de dados que descrevam uma determinada população e a eventual transferência dos seus dados devem ser aprovadas pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e, no caso de serem representativos da população nacional, pela Assembleia da República.
19. Os bancos de produtos biológicos constituídos para fins forenses de identificação criminal ou outros devem ser objeto de regulamentação específica.

Artigo 20.º | Património genético humano

O património genético humano não é susceptível de qualquer parenteamento.

Artigo 21.º | Relatório sobre a aplicação da lei

O Governo, ouvido o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, apresenta à Assembleia da República, no prazo de dois anos após a entrada em vigor desta lei, e a cada dois anos subsequentes, um relatório que inventarie as condições e as consequências da sua aplicação, considerando a evolução da discussão pública acerca dos seus fundamentos éticos e os progressos científicos entretanto obtidos.

Artigo 22.º | Regulamentação

1. Compete ao Governo a regulamentação desta lei no prazo de 180 dias.
2. É objeto de regulamentação própria a definição de medidas de promoção da investigação e de proteção da identidade genética pessoal, de validação clínica e analítica dos testes genéticos, particularmente dos testes preditivos para genes de suscetibilidade e da resposta a tratamentos medicamentosos, bem como dos testes de rastreio genético.

CONSENTIMENTO INFORMADO NO CÓDIGO PENAL

Artigo 38.º | Consentimento

1. Além dos casos especialmente previstos na lei, o consentimento exclui a ilicitude do facto quando se referir a interesses jurídicos livremente disponíveis e o facto não ofender os bons costumes.
2. O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto.
3. O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta.
4. Se o consentimento não for conhecido do agente, este é punível com a pena aplicável à tentativa.

Artigo 150.º | Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos

1. As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as *leges artis*, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.

2. As pessoas indicadas no número anterior que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos violando as *leges artis* e criarem, desse modo, um perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou para a saúde são punidas com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias, se pena mais grave lhes não couber por força de outra disposição legal.

Artigo 156.º | Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários

1. As pessoas indicadas no artigo 150.º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.
2. O facto não é punível quando o consentimento:
 - a) Só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde; ou
 - b) Tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde; e não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado.
3. Se, por negligência grosseira, o agente representar falsamente os pressupostos do consentimento, é punido com pena de prisão até 6 meses ou com pena de multa até 60 dias.
4. O procedimento criminal depende de queixa.

Artigo 157.º | Dever de esclarecimento

Para efeito do disposto no artigo anterior, o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam suscetíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica.

**CONSENTIMENTO INFORMADO
NA NORMA N.º 015/2013
DA DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE**

(...)

4. **O formulário de consentimento informado**, esclarecido e livre dado por escrito deve:

- a) Ser feito em duplicado, para que um dos exemplares possa ficar na posse da pessoa.
- b) Identificar a unidade de saúde/instituição;
- c) Apresentar de forma legível o nome, a assinatura, o número de cédula profissional ou número mecanográfico e contato institucional do profissional que dá a informação e recolhe o consentimento;
- d) Identificar o ato/intervenção proposto e a sua natureza;
- e) Descrever o diagnóstico e a situação clínica e os objetivos que se pretendem alcançar com o ato/intervenção proposto;
- f) Identificar os potenciais benefícios, riscos frequentes e riscos graves associados ao ato/procedimento e as eventuais alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas;
- g) Identificar os potenciais riscos decorrentes de uma não intervenção, em caso de dissentimento.

5. O consentimento informado, esclarecido e livre, dado por escrito, é obrigatório nas seguintes situações:
- a) (...)
 - b) (...)
 - c) (...)
 - d) (...)
 - f) (...)
 - g) (...)
 - h) Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana;
 - i) (...)
 - j) Dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana;
 - k) Administração de sangue, seus componentes e derivados;
 - l) Colheita e transplante de órgãos de dador vivo;
 - m) (...)
 - n) Videovigilância de doentes;
 - o) Bancos de ADN e de outros produtos biológicos;
 - p) (...)
 - q) Investigação em pessoas;
 - r) Realização de atos cirúrgicos e/ou anestésicos, com exceção das intervenções simples de curta duração para tratamento de afeções sobre tecidos superficiais ou estruturas de fácil acesso, com anestesia local;
 - s) Realização de atos diagnósticos ou terapêuticos invasivos maiores;
 - t) Gravações de pessoas em fotografia ou suporte áudio ou audiovisual;

- u) Uso *off label* de medicamentos de dispensa hospitalar;
 - v) (...)
6. O processo de informação e consentimento informado deve ficar registado e fundamentado no processo clínico.
 7. As decisões sobre a saúde de uma pessoa que careça de capacidade para decidir obrigam, independentemente de ser tentado o seu envolvimento, à obtenção de autorização do seu representante legal, do procurador de cuidados de saúde, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei.
 8. Nas situações de pessoas com deficiência auditiva ou visual o processo comunicacional, inerente ao consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito, deve ser feito com recurso aos meios de comunicação adaptados a esta população (linguagem gestual ou braille) para que esta possa ser envolvida no processo de decisão.
- (...)

**CONSENTIMENTO INFORMADO NA CONVENÇÃO
PARA A PROTECÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM
E DA DIGNIDADE DO SER HUMANO
FACE ÀS APLICAÇÕES DA BIOLOGIA E DA MEDICINA:
CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DO HOMEM
E A BIOMEDICINA**

(...)

Aberta à assinatura dos Estados-membros do Conselho da Europa em Oviedo, em 4 de abril de 1997, e o Protocolo adicional que proíbe a clonagem de seres humanos, aberto à assinatura dos Estados-membros em Paris, em 12 de janeiro de 1998. Ratificada por Portugal pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001.

(...)

Artigo 2.º | Primado do ser humano

O interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência.

Artigo 3.º | Acesso equitativo aos cuidados de saúde

As Partes tomam, tendo em conta as necessidades de saúde e os recursos disponíveis, as medidas adequadas com vista a assegurar, sob a sua jurisdição, um acesso equitativo aos cuidados de saúde de qualidade apropriada.

Artigo 4.º | Obrigações profissionais e regras de conduta

Qualquer intervenção na área da saúde, incluindo a investigação, deve ser efectuada na observância das normas e obrigações profissionais, bem como das regras de conduta aplicáveis ao caso concreto.

CAPÍTULO II CONSENTIMENTO

Artigo 5.º | Regra geral

Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido.

Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos.

A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.

Artigo 6.º | Protecção das pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento

1. Sem prejuízo dos artigos 17.º e 20.º, qualquer intervenção sobre uma pessoa que careça de capacidade para prestar o seu consentimento apenas poderá ser efectuada em seu benefício directo.
2. Sempre que, nos termos da lei, um menor careça de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efectuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei.

A opinião do menor é tomada em consideração como um factor cada vez mais determinante, em função da sua idade e do seu grau de maturidade.

3. Sempre que, nos termos da lei, um maior careça, em virtude de deficiência mental, de doença ou por motivo similar, de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efectuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei.

A pessoa em causa deve, na medida do possível, participar no processo de autorização.

4. O representante, a autoridade, a pessoa ou a instância mencionados nos n.os 2 e 3 recebem, nas mesmas condições, a informação citada no artigo 5.º
5. A autorização referida nos n.os 2 e 3 pode, em qualquer momento, ser retirada no interesse da pessoa em questão.

Artigo 7.º | Protecção das pessoas que sofram de perturbação mental

Sem prejuízo das condições de protecção previstas na lei, incluindo os procedimentos de vigilância e de controlo, bem como as vias de recurso, toda a pessoa que sofra de perturbação mental grave não poderá ser submetida, sem o seu consentimento, a uma intervenção que tenha por objectivo o tratamento dessa mesma perturbação, salvo se a ausência de tal tratamento puser seriamente em risco a sua saúde.

Artigo 8.º | Situações de urgência

Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa.

Artigo 9.º | Vontade anteriormente manifestada

A vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta.

(...)

INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

LEI DA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

LEI N.º 21/2014 DE 16 DE ABRIL

(...)

Artigo 4.º | Princípios de boas práticas clínicas

Todos os estudos clínicos devem ser concebidos, realizados, registados e notificados e os seus resultados revistos e divulgados de acordo com os princípios das boas práticas clínicas, aplicáveis à investigação em seres humanos.

Artigo 5.º | Avaliação de riscos e benefícios

1. A realização de estudos clínicos depende de avaliação prévia que conclua que os potenciais benefícios, no presente ou no futuro, superam os riscos e inconvenientes previsíveis.
2. Compete à CEC e ao INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED, I. P.), deliberar sobre a avaliação e conclusão referidas no número anterior, nas respetivas áreas de competência.
3. A CEC e o INFARMED, I. P., supervisionam a realização do estudo clínico e a manutenção das condições avaliadas, nas respetivas áreas de competência.

4. A avaliação descrita pode ser revista em qualquer momento no decurso do estudo clínico, mediante a existência de nova evidência ou de análises intercalares do próprio estudo.

Artigo 6.º | Condições mínimas de proteção dos participantes

1. Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, um estudo clínico só pode realizar-se se, em relação ao participante no estudo ou, nos casos previstos nos artigos 7.º e 8.º, ao seu representante, forem cumpridos os seguintes requisitos:
 - a) Em entrevista prévia com o investigador, lhe forem explicados, de modo completo e em linguagem adequada à sua capacidade de compreensão, os objetivos, os riscos e os inconvenientes do estudo clínico, bem como as condições em que este é realizado;
 - b) Na entrevista referida na alínea anterior, for informado do direito que lhe assiste de, a qualquer momento, se retirar do estudo clínico sem que tal implique qualquer alteração nos cuidados de saúde que lhe são, ou venham a ser prestados;
 - c) Estiver assegurado o direito à integridade moral e física do participante, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito, de harmonia com o respetivo regime jurídico;
 - d) For obtido o consentimento informado nos termos da presente lei;
 - e) Existir um seguro que cubra a responsabilidade civil do promotor e do investigador, nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 15.º;
 - f) Os cuidados de saúde dispensados e as decisões clínicas tomadas em relação ao participante forem da responsabilidade de um profissional de saúde devidamente qualificado para as mesmas;

- g) For designado um contato, junto do qual o participante pode obter informações mais detalhadas;
 - h) Não forem concedidos quaisquer incentivos ou benefícios financeiros, sem prejuízo do reembolso das despesas e do ressarcimento pelos prejuízos sofridos com a participação no estudo clínico.
2. A CEC pode, de forma fundamentada e a título excecional, dispensar os requisitos constantes das alíneas a), b), d) e g) do número anterior nos estudos clínicos sem intervenção.
 3. A CEC pode ainda, de forma fundamentada e a título excecional, dispensar o requisito constante da alínea e) do n.º 1 nos estudos clínicos, exceto no caso dos ensaios clínicos e dos estudos clínicos com intervenção de dispositivos médicos.
 4. O participante ou o seu representante pode revogar, a todo o tempo, o consentimento informado, sem incorrer em qualquer forma de responsabilidade.
 5. O disposto no número anterior não prejudica a prestação dos cuidados necessários ao estado de saúde do participante.
 6. A revogação do consentimento não carece de forma especial, podendo ser expressa ou tácita.

Artigo 7.º | Participantes menores

1. Sem prejuízo do disposto no n.º 3, para além de outros requisitos impostos por lei, um estudo clínico só pode ser realizado em menores quando, cumulativamente:
 - a) For obtido o consentimento informado do menor com idade igual ou superior a 16 anos e do seu representante legal ou, no caso de o menor ter idade inferior à referida, do seu representante legal, o qual deve refletir a vontade presumível do menor, podendo, em ambos os casos, o consentimento ser revogado a todo o tempo, sem prejuízo para o menor;

- b) O menor tiver recebido informações sobre o estudo clínico e os respetivos riscos e benefícios, adequadas à sua capacidade de compreensão;
 - c) O investigador ou, se for esse o caso, o investigador principal respeitar a vontade expressa do menor que seja capaz de formar uma opinião e avaliar as informações de se recusar a participar ou de se retirar do estudo clínico a qualquer momento.
2. O estudo clínico com intervenção só pode ser realizado em menores quando, cumulativamente:
- a) Se verifiquem os requisitos referidos no número anterior;
 - b) Tiver uma relação direta com o quadro clínico do menor ou, pela sua natureza, apenas possa ser realizado em menores e comporte benefícios diretos para o grupo de participantes, sendo essencial para validar dados obtidos em estudos realizados em pessoas capazes de dar o consentimento informado ou obtidos através de outros métodos de investigação;
 - c) Tiver sido concebido para prevenir a doença ou o mal-estar, reabilitar, para minimizar a dor, o mal-estar, o medo ou qualquer outro risco previsível relacionado com a doença e com o grau de sofrimento desta, devendo o limiar do risco e o grau de sofrimento serem especificamente fixados e objeto de permanente verificação.
3. A CEC pode, de forma fundamentada e a título excecional, dispensar os requisitos constantes das alíneas a), b) e c) do n.º 1, nos estudos clínicos sem intervenção.
4. O estudo clínico com intervenção não pode ser realizado em menor sujeito a medida de acolhimento ou a medida institucional, nos termos da respetiva legislação, salvo se da não realização do estudo resultar um potencial prejuízo ou desvantagem para o mesmo.

5. Nas circunstâncias referidas no número anterior, o consentimento informado será prestado em articulação com o médico assistente.

Artigo 8.º | Participantes maiores incapazes de prestar consentimento informado

1. Sem prejuízo do disposto no artigo 6.º, quando um participante maior não estiver em condições de prestar o consentimento informado, a realização do estudo clínico depende dos requisitos referidos nos números seguintes.
2. A realização de estudos clínicos com maiores que, antes do início da sua incapacidade, não tenham dado nem recusado o consentimento informado só é possível quando:
 - a) For obtido o consentimento informado do acompanhante com poderes de representação especial, nos termos do número seguinte, o qual deve refletir a vontade presumível do participante;
 - b) A pessoa incapaz de dar o consentimento informado tiver recebido informações adequadas à sua capacidade de compreensão sobre o estudo clínico e os respetivos riscos e benefícios;
 - c) O investigador ou, se for esse o caso, o investigador principal considerar a vontade expressa do participante que seja capaz de formar uma opinião.
3. O estudo clínico com intervenção só pode ser realizado em participantes maiores incapazes de prestar consentimento informado quando:
 - a) Se verifiquem os requisitos referidos no número anterior;
 - b) O estudo clínico com intervenção for essencial para validar dados obtidos em estudos clínicos realizados em pessoas capazes de dar o consentimento infor-

mado ou através de outros métodos de investigação e estiver diretamente relacionado com o quadro de perigo de vida ou de debilidade de que sofra o participante em causa;

- c) O estudo clínico com intervenção, tiver sido concebido para prevenir a doença ou o mal-estar, reabilitar, minimizar a dor, o mal-estar, o medo ou qualquer outro previsível risco relacionado com a doença e com o grau de sofrimento desta, devendo o limiar de risco e o grau de sofrimento serem especificamente fixados e objeto de permanente verificação.
- 4. A CEC pode, de forma fundamentada e a título excecional, dispensar os requisitos constantes do n.º 2, nos estudos clínicos sem intervenção.
- 5. O estudo clínico com intervenção não pode ser realizado em incapaz de prestar consentimento informado que se encontre em acolhimento institucional, nos termos da respetiva legislação, salvo se da não realização do estudo resultar um potencial prejuízo ou desvantagem para o mesmo.
- 6. Nas circunstâncias referidas no número anterior, o consentimento informado será prestado em articulação com o médico assistente.

(...)

Artigo 15.º | Responsabilidade civil

- 1. O promotor e o investigador respondem, de forma solidária e independentemente de culpa, pelos danos patrimoniais e não patrimoniais que o estudo cause ao participante.
- 2. O promotor deve obrigatoriamente contratar um seguro destinado a cobrir a responsabilidade civil referida no número anterior, salvo se o mesmo for dispensado nos termos da presente lei.

3. Nos estudos clínicos com intervenção, presumem-se causados pelo estudo clínico os danos que afetem a saúde do participante durante a realização do estudo clínico e no ano seguinte à sua conclusão, sem prejuízo do disposto na alínea i) do n.º 6 do artigo 16.º
4. O parecer da CEC ou a autorização concedida pelo INFARMED, I. P., nos casos aplicáveis, não constituem fundamento de exclusão ou limitação da responsabilidade prevista no presente artigo.
5. O disposto na presente lei não constitui fundamento para eximir o promotor, o investigador, os membros da respetiva equipa de investigação e o centro de estudo clínico das formas de responsabilidade disciplinar, civil, contraordenacional ou penal estabelecidas na lei.

(...)

Artigo 22.º | Registo e notificação de reações e acontecimentos adversos

1. O investigador notifica ao promotor, no prazo máximo de 24 horas, todos os acontecimentos adversos graves, e no caso dos dispositivos médicos, também os defeitos dos dispositivos que poderiam ter conduzido a um acontecimento adverso grave, exceto os que se encontrem identificados no protocolo ou na brochura do investigador como não carecendo de notificação imediata.
2. Após a notificação referida no número anterior, o investigador apresenta ao promotor um relatório escrito pormenorizado, no prazo máximo de cinco dias.
3. Na notificação e nos relatórios posteriores, os participantes são identificados por meio de um número de código.
4. Os acontecimentos adversos ou os resultados anormais das análises laboratoriais definidos no protocolo como determi-

nantes para as avaliações de segurança são igualmente notificados, de acordo com os requisitos de notificação e dentro dos prazos especificados no protocolo.

5. O promotor assegura:

- a) No caso dos medicamentos, que todos os dados importantes relativos a suspeitas de reações adversas graves e inesperadas que tenham causado ou possam causar a morte do participante são registados e notificados à CEC, à autoridade competente a nível nacional e às autoridades competentes de todos os Estados membros envolvidos, no prazo máximo de sete dias, contados a partir do momento em que deles tomar conhecimento;
- b) No caso dos dispositivos, que todos os dados importantes relativos a acontecimentos adversos graves que tenham causado ou possam causar a morte ou deterioração grave do estado de saúde dos participantes, utilizadores ou terceiros envolvidos no estudo, são registados e notificados à CEC, à autoridade competente a nível nacional e às autoridades competentes de todos os Estados membros envolvidos imediatamente e não mais que dois dias a partir do momento em que deles tomar conhecimento;
- c) Outro tipo de acontecimentos adversos notificáveis, nomeadamente, relativos a defeitos dos dispositivos que poderiam ter conduzido a um acontecimento adverso grave e novos dados relativos a qualquer acontecimento adverso, são registados e notificados à CEC, à autoridade competente a nível nacional e às autoridades competentes de todos os Estados membros envolvidos no prazo máximo de sete dias, contados a partir do momento em que deles tomar conhecimento.

6. Para efeitos do disposto na alínea a) do número anterior, toda a informação superveniente considerada relevante é comunicada no prazo de oito dias contados do termo do prazo previsto na mesma alínea.
7. O investigador transmite ao promotor, à CEC e à autoridade competente todas as informações complementares que lhe sejam solicitadas.
8. O promotor mantém registos pormenorizados de todos os acontecimentos adversos que lhe sejam notificados por qualquer investigador, devendo, se solicitado a fazê-lo, enviá-los às autoridades dos Estados membros envolvidos.
9. Todas as outras suspeitas de reações adversas graves e inesperadas são notificadas pelo promotor à CEC, à autoridade competente, e às restantes autoridades competentes envolvidas, no prazo máximo de 15 dias contados a partir do seu conhecimento pelo promotor.
10. Durante a realização do estudo clínico com intervenção e até à sua conclusão, o promotor apresenta anualmente à CEC e à autoridade competente, uma lista de todas as suspeitas de reações adversas graves ou acontecimentos adversos graves ocorridos durante esse período, bem como um relatório relativo à segurança dos participantes.
11. As autoridades competentes emitem orientações pormenorizadas sobre o processo e a informação necessária para a notificação e investigação de acontecimentos e reações adversos.

Artigo 23.º | Fornecimento gratuito e uso compassivo

1. Os tratamentos, incluindo os medicamentos experimentais e os dispositivos utilizados para a sua administração, os dispositivos sob investigação, bem como os demais medicamentos já autorizados e dispositivos médicos já colo-

cados no mercado, consultas e exames complementares de diagnóstico, cuja necessidade de utilização decorra apenas da prática clínica prevista para a realização do estudo e sejam adicionais à prática clínica estabelecida ou corrente, são fornecidos gratuitamente pelo promotor, sem prejuízo de compensações adicionais a estabelecer no contrato financeiro.

2. Após a conclusão do estudo clínico com intervenção, os tratamentos referidos no número anterior devem, até à sua comercialização, ser disponibilizados gratuitamente pelo promotor ao participante, desde que o investigador considere indispensável a continuação da sua utilização pelo mesmo e não existam alternativas terapêuticas de eficácia e segurança equiparáveis.
3. Para efeitos do disposto no número anterior, deve o investigador:
 - a) Obter o consentimento informado do participante ou do seu representante legal;
 - b) Apresentar um relatório clínico justificativo da necessidade de continuação do tratamento;
 - c) Nos ensaios clínicos e nos estudos clínicos com intervenção de dispositivos médicos ou de produtos cosméticos e de higiene corporal, comunicar à CEC, ao INFARMED, I. P., e ao responsável pela unidade de saúde, no prazo mais curto possível, a continuação do tratamento, da administração do medicamento ou da utilização do dispositivo médico;
 - d) Notificar a CEC e o INFARMED, I. P., das reações e dos acontecimentos adversos que ocorram no decurso da administração do medicamento ou da utilização do dispositivo médico.

(...)

TRANSPLANTES DENTÁRIOS

COLHEITA E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS DE ORIGEM HUMANA

LEI N.º 12/93 DE 22 DE ABRIL

Artigo 1.º | Âmbito material de aplicação

1. A presente lei aplica-se aos atos que tenham por objeto a dádiva ou colheita de tecidos ou órgãos de origem humana, para fins de diagnóstico ou para fins terapêuticos e de transplantação, bem como às próprias intervenções de transplantação.
2. A transfusão de sangue, a dádiva de óvulos e de espermatozoides e a transferência e manipulação de embriões são objeto de legislação especial.
3. São igualmente objeto de legislação especial a dádiva e a colheita de órgãos para fins de investigação científica.

Artigo 2.º | Âmbito pessoal de aplicação

1. A presente lei aplica-se a cidadãos nacionais e a apátridas e estrangeiros residentes em Portugal.
2. Em relação aos estrangeiros ocasionalmente em Portugal, o regime jurídico dos atos previstos no n.º 1 do artigo 1.º rege-se pelo seu estatuto pessoal.

Artigo 3.º | Estabelecimentos autorizados e pessoas qualificadas

1. Os atos referidos no artigo 1.º, n.º 1, só podem ser efetuados sob a responsabilidade e direta vigilância médica, de acordo com as respetivas leyes artis e em estabelecimentos hospitalares públicos ou privados.
2. Podem ainda ser feitas colheitas de tecidos para fins terapêuticos no decurso de autópsia nos institutos de medicina legal.
3. Os centros de transplante são autorizados pelo Ministério da Saúde e sujeitos à avaliação periódica das suas atividades e resultados por parte do mesmo Ministério.
4. Os centros de transplante já em funcionamento não carecem da autorização prevista no número anterior, devendo, porém, submeter-se à avaliação periódica referida no mesmo número.

Artigo 4.º | Confidencialidade

Salvo o consentimento de quem de direito, é proibido revelar a identidade do dador ou do receptor de órgão ou tecido.

Artigo 5.º | Gratuidade

1. A dádiva de tecidos ou órgãos com fins terapêuticos de transplante não pode, em nenhuma circunstância, ser remunerada, sendo proibida a sua comercialização.
2. É ilícito o reembolso das despesas efetuadas ou dos prejuízos imediatamente resultantes ou que tenham tido como causa direta os atos referidos no artigo 1.º, n.º 1.
3. Os agentes dos atos referidos no artigo 1.º, n.º 1, e os estabelecimentos autorizados a realizar transplantes de tecidos ou órgãos podem perceber uma remuneração pelo serviço prestado, mas no cálculo desta remuneração não pode ser atribuído qualquer valor aos tecidos ou órgãos transplantados.

CAPÍTULO II

DA COLHEITA EM VIDA

Artigo 6.º | Admissibilidade

1. Sem prejuízo do disposto no número seguinte, só são autorizadas as colheitas em vida de substâncias regeneráveis.
2. Pode admitir-se a dádiva de órgãos ou substâncias não regeneráveis quando houver entre dador e recetor relação de parentesco até ao 3.º grau.
3. São sempre proibidas as dádivas de substâncias não regeneráveis feitas por menores ou incapazes.
4. A dádiva nunca é admitida quando, com elevado grau de probabilidade, envolver a diminuição grave e permanente da integridade física e da saúde do dador.

Artigo 7.º | Informação

O médico deve informar, de modo leal, adequado e inteligível, o dador e o receptor dos riscos possíveis, das consequências da dádiva e do tratamento e dos seus efeitos secundários, bem como dos cuidados a observar ulteriormente.

Artigo 8.º | Consentimento

1. O consentimento do dador e do recetor deve ser livre, esclarecido e inequívoco e o dador pode identificar o beneficiário.
2. O consentimento é prestado perante médico designado pelo diretor clínico do estabelecimento onde a colheita se realize e que não pertença à equipa de transplante.
3. Tratando-se de dadores menores, o consentimento deve ser prestado pelos pais, desde que não inibidos do exercício do poder paternal, ou, em caso de inibição ou falta de ambos, pelo tribunal.

4. A dádiva de tecidos ou órgãos de menores com capacidade de entendimento e de manifestação de vontade carece também da concordância destes.
5. A colheita em maiores incapazes por razões de anomalia psíquica só pode ser feita mediante autorização judicial.
6. O consentimento do dador ou de quem legalmente o representante é livremente revogável.

Artigo 9.º | Direito a assistência e indemnização

1. O dador tem direito a assistência médica até ao completo restabelecimento e a ser indemnizado pelos danos sofridos, independentemente de culpa.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, deve ser criado um seguro obrigatório do dador, suportado pelos estabelecimentos referidos no n.º 1 do artigo 3.º.

(...)

TELEMEDICINA E ATOS MÉDICOS NÃO PRESENCIAIS

NORMA N.º 010/2015 DA DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de Janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, na área da qualidade organizacional, emite a seguinte:

NORMA

1. O doente submetido a teleconsulta deve estar consciente e manifestar o seu acordo com a mesma¹, pelo que é obrigatório o seu consentimento informado, que deve ser dado por escrito, de acordo com a Norma nº 015/2013 de 03/10/2013, ficando apenso ao processo clínico (anexo I).
2. As Teleconsultas podem ser do tipo programado ou urgente.
3. As teleconsultas programadas seguem os procedimentos da Consulta a Tempo e Horas (CTH), sendo o seu financiamento regulado pelas Normas em vigor da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
4. Nas teleconsultas são obrigatórios os seguintes registos eletrónicos:

- a. Identificação das instituições prestadoras;
 - b. Identificação dos profissionais envolvidos;
 - c. Identificação e dados do utente;
 - d. Identificação da data e hora do início e encerramento definitivo da teleconsulta;
 - e. Tipologia da teleconsulta (programada/urgente);
 - f. Identificação da especialidade/competência;
 - g. Motivo da teleconsulta;
 - h. Observação/dados clínicos;
 - i. Diagnóstico;
 - j. Decisão clínica/terapêutica;
 - k. Dados relevantes dos MCDT;
 - l. Identificação dos episódios (origem, destino e CTH);
- 1 Lei n.º 59/2007, de 4 de Setembro – Código Penal.
Norma nº 010/2015 de 15/06/2015 2/11
- m. Ficheiro do relatório.
5. O registo do diagnóstico deve ser feito com recurso à International Classification of Diseases (ICD) em vigor nos hospitais, mapeado com o ICPC-2. E, logo que possível, com SNOMED CT.
 6. É obrigatória a produção de um relatório que contenha a informação clínica relevante, validado pelos profissionais intervenientes², e armazenado nos SI clínicos das respectivas instituições.
 7. O circuito de informação deverá seguir o esquema em anexo (Anexo II ou III).
 8. Qualquer exceção à presente Norma é fundamentada, com registo no processo clínico do utente.

ANEXOS – <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102015-de-15062015-pdf.aspx>

Anexo I: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Para Atos/Intervenções de Saúde nos termos da norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde

Anexo II: Circuito dos Sistemas de Informação (SI) envolvidos para as teleconsultas programadas

Anexo III: Circuito dos Sistemas de Informação (SI) envolvidos para as teleconsultas urgentes

DESPACHO 8445/2014, DE 30 DE JUNHO
DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO
DO MINISTRO DA SAÚDE

A Telemedicina, consubstanciada em Teleconsultas e Telemonitorização, permite a observação, o diagnóstico, o tratamento e a monitorização do utente o mais próximo possível da sua área de residência, trabalho ou mesmo em sua casa

Nestes termos, a Telemedicina aumenta a acessibilidade, melhora a equidade e permite que um maior número de pessoas tenha acesso a melhores cuidados de saúde.

Considerando que através do Despacho 3571/2013, de 27 de fevereiro, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado no Diário da República, 2ª Série, nº 46, de 6 de março, foram dados passos importantes na generalização da Telemedicina a todo o país, e na integração desta ferramenta na estratégia global de promoção do acesso aos cuidados de saúde, importa, agora, reforçar a implementação da estratégia para uma Rede de Telemedicina no Serviço Nacional de Saúde.

Assim, determino:

1. O acesso à Telemedicina deve ser generalizado, atendo as capacidades tecnológicas das instituições, sendo a sua refe-

renciação de âmbito nacional, sem quaisquer limitações no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de forma a aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde e a rentabilizar a capacidade instalada nas instituições do SNS.

2. As consultas de triagem/rastreio tele dermatológico nas unidades de saúde, onde já se encontrem implementadas, devem ser sempre solicitadas no âmbito do Programa Consulta a Tempo e Horas (CTH), sendo inválido qualquer outro procedimento.
3. A Direção-Geral da Saúde emite, de forma gradual, normas de orientação para cada consulta de triagem/rastreio de cada especialidade médica, na prioridade decorrente do meu Despacho 3571/2013, de 27 de fevereiro.
4. As Administrações Regionais de Saúde, IP devem dotar, de forma progressiva e na medida das suas capacidades, as diferentes unidades de saúde, de equipamentos necessários à implementação das teleconsultas, privilegiando o uso da Plataforma de Dados em Saúde (PDS-Live), e das consultas de triagem/rastreio de diferentes especialidades médicas, através da PDS-CTH.
5. Os estabelecimentos hospitalares do SNS e dos Agrupamentos de Centros de Saúde devem nomear um Promotor Interno da Telemedicina (PIT), dando conhecimento do mesmo à Administração Central do Sistema de Saúde, IP e à SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE.

19 de junho de 2014. – O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Fernando Serra Leal da Costa.

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DA ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS

Artigo 19.º | Telemedicina

1. A telemedicina deve respeitar a relação médico dentista-doente, mantendo a confiança mútua, a independência de opinião do médico dentista, a autonomia do doente e a confidencialidade.
2. A consulta por telemedicina não substitui a relação presencial médico dentista-doente e deve realizar-se em condições sobreponíveis a uma consulta presencial.
3. O médico dentista que usa os meios da telemedicina e não observa presencialmente o doente, deve avaliar cuidadosamente a informação recebida, só devendo dar opiniões, recomendações ou tomar decisões se a qualidade da informação recebida for suficiente e relevante.
4. Serão aplicáveis à telemedicina dentária, com as necessárias adaptações, todas as regras éticas e deontológicas vigentes.

JURISPRUDÊNCIA CONCERNENTE À MEDICINA DENTÁRIA

Responsabilidade civil e indemnização por danos sofridos
Informação, Consentimento e Registo Clínico
Regulação, relações interpares e com a Ordem dos Médicos
Dentistas

RESPONSABILIDADE CIVIL E INDEMNIZAÇÃO
POR DANOS PATRIMONIAIS
E NÃO-PATRIMONIAIS

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DA RELAÇÃO DO PORTO DE 24-02-2011

Processo: 674/2001.P1 | **Relator:** Filipe Carço

Data do Acórdão: 24-02-2011

Votação: Unanimidade

Meio Processual: Apelação

Decisão: Confirmada

Sumário:

I – Deve considerar-se não escrito o quesito formulado sobre a violação da *leges artis* própria do exercício da medicina, por constituir um conceito a preencher pela conduta do agente mediante a qualificação a efetuar em sede de apreciação dos correspondentes factos.

II – Estando em causa atos médicos contratados entre o médico e o paciente, pelos quais são prestados serviços clínicos, existe um contrato de prestação de serviços a que se aplicam as regras próprias do mandato, já que a lei não regula a contratação daqueles serviços de modo especial.

III – Não obstante essa qualificação, o resultado a que alude o art.º 1154.º do Código Civil deve considerar-se não a cura, mas os cuidados de saúde, por se tratar de uma obrigação de meios.

IV – Como tal, caberá ao credor dessa obrigação a prova da ilicitude do ato, ou seja, o lesado terá de demonstrar que a conduta

(ato ou omissão) do prestador do serviço não foi conforme com as regras de atuação suscetíveis de, em abstrato, virem a proporcionar a produção do almejado resultado.

V – Para ver excluída a responsabilidade, ao devedor (médico ou seguradora) competirá demonstrar que não teve atuação culposa, isto é, que agiu com a prudência, o esforço técnico e a diligência devidos.

VI – A utilização de técnica incorrecta dentro dos padrões científicos actuais traduz a chamada imperícia do médico, pelo que, se este se equivocar na eleição da melhor técnica a ser aplicada no paciente, age com culpa, tornando-se responsável pelas lesões causadas ao doente.

VII – Não age com culpa o médico dentista que, após diagnosticar a causa da dor e a necessidade de extração, extrai um dente do siso, tendo pata tal administrado uma anestesia regional, seguida de duas anestésias locais, por se manter a sensibilidade à dor, apesar de, durante a prática desse ato, ter ocorrido a fratura da correspondente mandíbula, que, por si só, não significa violação da *leges artis*.

I. B..., casado, motorista, residente na ..., instaurou ação declarativa sob a forma de processo ordinário contra C..., SA, NIPC... e matrícula ..., com sede na Rua ..., ...Porto.

Aqui em síntese, alega que a R. assumiu, por contrato de seguro, a responsabilidade civil profissional por atos médico do dentista D..., de quem o A. foi cliente ao longo de vários anos.

No ano de 1999, no exercício da sua atividade, o Dr. D... procedeu à extração de um dente do siso da boca do A., tendo administrado três anestésias em razão das queixas que este apresentou durante aquela intervenção. Na sequência daquela ação e por causa dela, o A. ficou com dores permanentes, edema facial, alterações da sensibilidade, dificuldade de mastigação e incontinência salivar e, por isso, foi medicado pelo Dr. D... que, cerca de 2 meses depois, persistindo as queixas, efetuou uma radiografia à boca do A. e diag-

nosticou-lhe a formação de um quisto e uma fratura no maxilar inferior que aceitou ser resultado do processo de extração do dente.

Com efeito, o A. teve que ser submetido a uma intervenção cirúrgica hospitalar para redução e imobilização da fratura, o que ocorreu no dia 1 de Julho seguinte. Teve alta no dia 2 do mesmo mês, e no dia 1 de Agosto, também de 1999, foi submetido a nova intervenção, para remoção do bloqueio e arcos de Erich anteriormente colocados, tendo alta da especialidade.

A recuperação foi lenta, prolongada e relativa, tendo ficado com dificuldades, subsistindo uma incapacidade permanente parcial e a eventualidade de nova intervenção corretora dos danos causados.

Sofreu dores fortes e outros danos psicológicos e sociais por causa daquela situação e seus efeitos diretos, chegando a babar-se e a morder o lábio inferior sem que disso se apercebesse, também com afetação da vida conjugal. Só parcialmente recuperou do estado de angústia e depressão por que passou.

Pretendendo ser indemnizado pela R., estima:

- Os danos não patrimoniais em esc.10.000.000\$00.
- Os seus danos patrimoniais em montante não inferior a esc.150.000\$00;
- Os danos patrimoniais indiretos, pela redução permanente da sua capacidade, designadamente no futuro e a determinar, esc.836.325\$00 por cada ponto percentual.

Pelo que termina com a dedução do seguinte pedido:

«Termos em que, D. e A., deve:

- a) ser julgada a presente ação provada e procedente, condenando-se a R. C..., COMPANHIA DE SEGUROS, SA, ...a pagar ao A. indemnização por danos patrimoniais e não patrimoniais, de que este é titular, por direito próprio, no

montante global não inferior a 10.986.325 (dez milhões novecentos e oitenta e seis mil trezentos e vinte cinco escudos), a que acrescem juros, que se vencerem sobre tal quantia, à taxa legal, e até efetivo pagamento, correspondendo:

- 1) 10.000.000\$00, ao pagamento ao A. a título de compensação por todos os danos não patrimoniais próprios sofridos;
 - 2) 150.000\$00\$00, ao pagamento ao mesmo A. a título de compensação por todos os danos patrimoniais diretos que suportou;
 - 3) o remanescente, ao pagamento ao A. dos danos patrimoniais indiretos resultantes da incapacidade parcial permanente, a liquidar no decurso da ação à razão de 836.325\$00 por ponto percentual de incapacidade, que para si resultou como sequela da intervenção a que foi sujeito pelo segurado da R. e que afetaram a sua capacidade geral de ganho.
- b) Condenar-se a R. no pagamento das custas, custas de parte, procuradoria e mais de lei».

Produzidas alegações de Direito pelo A., foi proferida sentença cerca de três anos e meio depois, julgando a ação totalmente improcedente, com absolvição da R. do pedido.

Inconformado, o A. apelou da sentença (...).

Ora, faltando a prova da ilicitude do facto, pressuposto comum à responsabilidade aquiliana, fica afastada também a possibilidade de responsabilizar extracontratualmente o médico e, por isso, a R. pelos prejuízos sofridos pelo A.

É o direito constituído que os tribunais têm que aplicar sem as conjeturas das eventuais vantagens do *iuri constituendo*. Entre estudos que recomendam o agravamento da posição do médico no âmbito da distribuição do *onus probandi*, designadamente com a oneração da presunção de culpa na responsabilidade extracontra-

tual[26], situações existem que bem justificariam a consagração de responsabilidade objetiva, mas com desoneração direta do médico através da existência de um seguro obrigatório de responsabilidade civil médica, assim se salvaguardando com mecanismos de justa protecção do interesse dos pacientes os prejuízos emergentes dos riscos próprios de determinadas intervenções clínicas.

De *iure constituto*, pelos fundamentos expostos, não pode a R. ser civilmente responsabilizada pelos comprovados prejuízos sofridos pelo A.

Por conseguinte, improcede também a apelação na questão da responsabilidade civil, ficando prejudicada a apreciação da terceira questão, ou seja, o apuramento de qualquer indemnização a suportar pela R. a favor do A.

(...)

Atendendo a que são as conclusões da apelação que delimitam o objecto do recurso, não há mais questões a apreciar, decaindo a apelação.

VII. Pelo exposto, acorda-se nesta Relação em julgar a apelação improcedente, confirmando-se a sentença recorrida.

Custas da apelação pelo A. recorrente. Porto, 24 de Fevereiro de 2011

Filipe Manuel Nunes Caroço | Teresa Santos | Maria Amália Pereira dos Santos Rocha | Maria João Vaz Tom

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DA RELAÇÃO DO PORTO DE 21-02-2011

Processo: 10527/07.8TBMAI.P1 | **Relator:** Ana Paula Carvalho

Data do Acórdão: 21/02/2011

Votação: Unanimidade

Meio Processual: Apelação

Decisão: Confirmada

Sumário:

I – O segundo R, na qualidade de médico especialista, conhecedor das técnicas e métodos adequados, vinculou-se a efetuar um tratamento, até por si aconselhado, aos dentes da A que, tal como também de demonstrou, careciam de tratamento.

II – Sem embargo da presunção de culpa que onerava os RR, também é inequívoco, face ao preceituado no art. 342 no 1 do CC, que incumbia à A demonstrar os factos constitutivos do direito que se arroga, integradores dos restantes pressupostos que alicerçam o reclamado direito.

III – Não logrou a A demonstrar a ilicitude da intervenção dos RR, em qualquer das suas vertentes, seja por ação, seja por omissão, não se provando a inadequação dos métodos e meios utilizados para debelar a situação nem que os RR tivessem assegurado à A o pleno

êxito dessa intervenção, ao que acresce que os danos sobrevindos são, até, compatíveis com este tipo de intervenção e não se devem apenas ao ato praticado.

Relatório:

B... intentou ação declarativa com processo ordinário contra “C..., Lda e D..., alegando, em síntese e no essencial, que recorreu à prestação de serviços médicos da primeira R, sendo o segundo R o seu diretor clínico.

O segundo R, em meados de 2004, aconselhou a A a colocar cinco implantes dentários na mandíbula inferior, informando-a que, após, ficaria perfeitamente capaz, sem dor ou qualquer impedimento.

Em 19/11/2004, a primeira R, através do segundo R, procedeu à colocação de cinco implantes no maxilar inferior da A. Na sequência dessa intervenção, pelo menos um dos implantes foi incorrectamente aplicado, provocando-lhe dores, insensibilidade no maxilar inferior, inflamação da gengiva que rodeia o implante em 46, causador de dor e desconforto, carecendo a A de intervenção cirúrgica rectificativa.

Em consequência dos factos descritos, a A sofreu desconforto e insensibilidade na boca, durante alguns meses alimentou-se predominantemente com papas alimentares e líquidos, durante mais de um ano sentiu dificuldade em falar, recorrendo a uma outra clínica, onde despendeu € 1.500,00.

A solução aplicada não é definitiva, ocorrendo a compressão, o que gera dor. A A. colocou uma barra fresada sob os implantes inferiores, para suporte de prótese esquelética removível, cujo custo orçou em € 1.000,00, colocou uma prótese esquelética com 14 dentes sobre implantes, a qual custou € 750,00, procedeu a uma exeresse de epu-

lide no lábio inferior do lado esquerdo, no que despendeu € 350,00.

Conclui, pedindo a condenação solidária dos RR a pagarem-lhe a quantia de € 14.965,00, acrescida de juros e da quantia a liquidar ulteriormente, pelos danos resultantes de eventual agravamento das lesões e sequelas que sofreu e a condenação da 1ª ré a pagar-lhe a quantia de € 600,00, acrescida de juros.

Os RR contestaram, invocando a excepção de caso julgado entre a presente ação e a que correu termos pelo 3º juízo cível com o nº 2659/06.6TBMAI.

(...)

Em conclusão, afastada a ilicitude da intervenção e não se verificando todos os pressupostos integradores da obrigação de indemnizar, que se impõem cumulativos, não pode ser tutelada a pretensão da recorrente.

*

A recorrente apela a uma norma, o art. 157.º do C. Penal, a qual, salvo o devido respeito, não é aplicável na conjuntura factual que agora se aprecia e que, ao invés, demanda a sua subsunção normativa no enquadramento legal acima enunciado.

O art. 157 do CP define os termos da eficácia do consentimento do paciente nos tratamentos e intervenções cirúrgicas, reportando-se às intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários a que alude o art. 156 do mesmo C. Penal, qualificando-as como crime e excluindo as situações de não punibilidade do ato.

Os factos provados não integram os pressupostos objetivos e o elemento subjetivo que legitimem a sua qualificação como crime.

Por imposição legal e garantia constitucional a qualificação de uma conduta como ato típico e criminalmente relevante deve ser expressa e inequívoca.

Assim, atento o princípio da legalidade e da tipicidade que enformam a legislação penal, conforme o art. 1º do C. Penal, não é

aquele preceito aplicável á situação *sub judice*, sendo certo, acrescenta-se, que os factos não integram os pressupostos do tipo de ilícito que a recorrente invoca, arrendando-se, por esta via, a anti-juricidade do ato, nem o elemento subjetivo, em qualquer das suas modalidades.

*

Importa, no entanto, reter o comportamento subsequente do segundo R. Enquanto médico incumbe-lhe acompanhar e aplicar os seus conhecimentos específicos também a posteriori, na recuperação e restabelecimento do seu doente.

No caso concreto, a A em virtude das sequelas verificadas teve prejuízos na sua esfera patrimonial e não patrimonial. A dor e o desconforto são consequência normal da especificidade da intervenção levada a cabo e, por isso, sempre se verificariam, pois não se provou que fossem causados – no sentido já expresso do alcance do nexo de causalidade adequada – pela intervenção ilícita dos RR. É natural, normal e aceitável que a A, face à intervenção ocorrida, tivesse de prolongar o tratamento, apelando a conhecimentos médicos para colmatar esse sofrimento.

Esta consequência não é imputável a uma intervenção ilícita dos RR, já concluímos, pelo que arredada esta a sua responsabilidade civil pela ocorrência deste dano. No entanto, ainda que esta situação sempre se verificasse, fosse passiva ou não a conduta posterior dos RR, é fortemente censurável, numa perspetiva ética e deontológica, o facto de a A ter de socorrer-se de outra clínica face ao desinteresse dos réus na resolução do problema, apesar das queixas que lhes fazia, onde lhe solucionaram a autora teve de socorrer-se de pelo menos outra clínica de medicina.

Não foi este comportamento do R o gerador deste dano superveniente, pois, como se referiu, sempre A teria de continuar o tratamento, por isso está arredada a sua responsabilidade civil, mas este desinteresse não pode deixar de ser fortemente censurável, tanto quanto os factos

enunciam, face ao que seria expectável de um médico que, impondo-se a continuação do tratamento, manifesta desinteresse, contrariando os vínculos intrínsecos ao exercício desta particular atividade.

Considerando os pressupostos objetivos da ação e afastada a responsabilidade civil dos RR não cumpre ao tribunal apreciar a sua conduta profissional mas, face aos enunciados factos, também não pode deixar de salientar essa conduta, a apreciar eventualmente nas instâncias competentes.

Decisão: Em face do exposto, acorda-se em julgar o recurso improcedente e confirmar a sentença recorrida.

Custas a cargo da recorrente.

Porto, 21 de Fevereiro de 2011

Ana Paula Vasques de Carvalho | António de Sampaio Gomes
Rui de Sousa Pinto Ferreira

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DA RELAÇÃO DO PORTO DE 03-05-2013

Processo: 3233/05.0TJPRT.P1 | **Relator:** Henrique Araújo

Data do Acórdão: 03/05/2013

Votação: Unanimidade

Meio Processual: Apelação

Decisão: Revogada em parte.

Sumário:

I – As obrigações do médico são consideradas, em regra, meras obrigações de meios, só excecionalmente assumindo obrigações de resultado.

II – As intervenções médico-dentárias com fins predominantemente estéticos, tais como colocação de próteses, restauração de dentes e até a realização de implantes, reconduzem a obrigação do médico a uma obrigação de resultado.

I. Relatório:

B..., casada, empresária, residente na Rua ..., nº. ... – ..., Rio Tinto, Gondomar, intentou ação declarativa, sob a forma de processo sumário, contra C..., médico dentista, residente no Rua ..., n.º ..., Porto, pedindo que este seja condenado a pagar-lhe a quantia de 11.606,00 €, a título de indemnização pelos danos patrimoniais e não patrimoniais sofridos, acrescida de juros de mora à taxa

legal desde a citação e até efetivo e integral pagamento, bem como a pagar-lhe as despesas com o tratamento psiquiátrico a que se vem submetendo, cujo montante se deve apurar em sede de execução de sentença, acrescido dos legais juros de mora.

Alega, em resumo, que o Réu lhe prestou serviços de reabilitação oral no maxilar superior, cuja execução se mostrou defeituosa, o que lhe causou diversos danos.

O Réu contestou, alegando que transferiu para a “D... S.A.” a responsabilidade civil profissional, requerendo, em consequência, a intervenção provocada da referida seguradora, nos termos dos artigos 325º e seguintes do CPC.

Deduziu a exceção de ilegitimidade e impugnou os factos constantes da petição inicial, pedindo a procedência da exceção e a sua absolvição da instância, ou, quando assim se não entenda, a improcedência da ação e a condenação da Autora como litigante de má fé.

(...)

Quanto ao nexo de causalidade importa referir que, de acordo com o artigo 563º do CC, a obrigação de indemnização só existe em relação aos danos que o paciente lesado provavelmente não teria sofrido se não fosse a lesão.

Acolhe-se nesse preceito a teoria da causalidade adequada: para que um facto seja causa de um dano, é necessário, antes de mais, que ele seja condição sem a qual o dano não se teria verificado (nexo naturalístico); e depois que, em abstrato e em geral, seja causa apropriada para produzir o dano (nexo de adequação).

Vejamos, então, quais os danos sofridos pela Autora que ligados ao facto ilícito por esse indispensável nexo de causalidade.

Começemos pelos de natureza patrimonial. A resolução dos problemas decorrentes do tratamento ministrado pelo Réu, importa na quantia de 7.375,00 €, como orçamentado a fls. 21. cfr. ponto 51. dos factos provados.

Mas, além desse dano, a Autora já suportou as seguintes despesas:

- 31,00 € numa ortopantomografia – cfr. ponto 48.
- 100,00 € numa consulta da “Clínica Dentária da G...” – cfr. ponto 49.
- 50,00 € numa consulta em “H.... – Consultórios Médicos, Lda.” – cfr. ponto 50.

Indiscutíveis, porque notórios, são também alguns dos danos não patrimoniais alegados. O desconforto e o incómodo provocados pela falta de retenção de uma prótese dentária na parte da frente da boca, refletem-se, nomeadamente, em atividades tão simples, quão indispensáveis, como falar e comer. Porque a gravidade destes danos é incontroversa, reclamando a tutela do direito, considera-se adequado para os compensar o montante de 3.000,00 € – artigos 494º e 496º do CC.

São estes – e só estes – os danos patrimoniais e não patrimoniais que se encontram ligados por um nexo de causalidade com o facto gerador da responsabilidade civil.

No que toca a todos os outros que foram alegados, não logrou a Autora estabelecer essa relação de causalidade e, por isso, não são suscetíveis de ressarcimento.

O pagamento dos mencionados danos compete à interveniente “D...., S.A.”, uma vez que o Réu tinha transferido para essa seguradora a sua responsabilidade civil profissional, através da apólice número 25 84 934133 – cfr. ponto 2.

Ao Réu apenas cabe o pagamento da franquia aí prevista: 10% dos prejuízos materiais indemnizáveis, no mínimo de 125,00 € – cfr. fls. 102.

*

III. DECISÃO

Nestes termos, decide-se:

A. Julgar parcialmente procedente a apelação, revogando-se a sentença recorrida e condenando-se:

- a interveniente “D....., S.A.” no pagamento à Autora da quantia de 9.800,40 € (nove mil, oitocentos euros e quarenta centimos);
- o Réu C..... no pagamento à Autora da quantia de 755,60 € (setecentos e cinquenta e

cinco euros e sessenta centimos).

A seguradora “D....” vai ainda condenada a pagar à Autora os juros de mora, à taxa anual em vigor em cada momento, desde a citação até integral pagamento quanto ao capital de 7.556,00 €, e desde a presente decisão até integral pagamento relativamente ao montante de 3.000,00 € fixado para os danos não patrimoniais.

B. Julgar improcedente a apelação na parte restante.

Custas nas duas instâncias pela Autora e pelos Réus, na proporção de vencidos.

PORTO, 5 de Março de 2013

Henrique Luís de Brito Araújo | Fernando Augusto Samões | José Manuel Cabrita Vieira e Cunha

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DA RELAÇÃO DO PORTO DE 03-05-2013

Processo: 11279/09.2TBVNG.P1 | **Relator:** M. Pinto dos Santos

Data do Acórdão: 06/17/2014

Votação: Unanimidade

Meio Processual: Apelação

Decisão: Confirmada

Sumário:

I – A atuação do médico perante o doente/paciente pode, nuns casos, reconduzir-se às obrigações de meios e, noutros, às obrigações de resultado, dependendo o enquadramento numa ou noutra da ponderação casuística da natureza e do objetivo do ato médico; em vez da dicotomia entre obrigações de meios e obrigações de resultado, há quem proponha uma distinção entre obrigações fragmentárias de atividade e obrigações fragmentárias de resultado.

II – A responsabilidade do médico deverá, umas vezes, ser aferida no quadro da responsabilidade extracontratual e, noutras, no da responsabilidade contratual, predominando hoje o entendimento de que a regra é a da responsabilidade contratual do médico, constituindo a responsabilidade extracontratual a exceção e apenas possível nos casos em que o médico actue em situações de urgência, em que inexistente acordo/consentimento do doente à sua atuação/intervenção.

III – No quadro da responsabilidade contratual do médico, há quem entenda que só existe presunção de culpa quando a atividade

do médico se reconduz a uma obrigação de resultado, mas não já nos casos em que se configura como obrigação de meios, e quem, pelo contrário, defenda que em ambas as situações existe presunção de culpa do médico, apenas divergindo o grau de aferição desta em cada uma das situações.

IV – A responsabilidade da clínica onde o médico levou a cabo os atos que podem estar na base da sua responsabilidade radica na previsão do art. 800º do CCiv. e no que tiver sido acordado no contrato que o doente/paciente em causa tenha celebrado com o médico e a clínica.

V – Tendo-se o réu/médico obrigado, por contrato e por um determinado montante de honorários, a colocar 21 coroas em zircónia e duas pontes no mesmo material em determinados dentes da autora, estando a boca desta já devidamente preparada para o efeito [em consequência de tratamentos anteriores noutra clínica], apresenta-se inequívoco estarmos perante caso de responsabilidade contratual e que a obrigação assumida pelo primeiro se traduziu numa obrigação de resultado [ou numa obrigação fragmentária de resultado].

VI – Não pode assacar-se ilicitude na atuação do réu médico, nem incumprimento contratual ou cumprimento defeituoso da sua parte, se as anomalias/incorrecções apuradas se deveram, em grande parte, às sucessivas alterações solicitadas pela autora ao longo dos tratamentos e que aquele não pode corrigir ou eliminar por a autora, a certa altura, ter abandonado os tratamentos.

(...)

V. Decisão: Nesta conformidade, os Juízes desta secção cível do Tribunal da Relação do Porto acordam em:

1º. Julgar improcedente o recurso e confirmar a sentença recorrida.

2º. Condenar a recorrente nas custas desta fase recursória.

Porto, 2014/06/17

Pinto dos Santos | Francisco Matos | Maria João Areias

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DA RELAÇÃO DE LISBOA DE 26-03-2015

Processo: 273-08.0TVLSB.L1.-2 | **Relator:** Maria José Mouro

Data do Acórdão: 03/26/2015

Votação: Unanimidade

Meio Processual: Apelação

Decisão: Improcedente

Sumário:

I – A não redução a escrito de declaração confessória do R. em depoimento de parte prestado em audiência constituiria uma nulidade processual que, não havendo sido oportunamente arguida, se encontra sanada; neste contexto, a declaração do R. será livremente apreciada pelo Tribunal em sede de reapreciação da prova.

II – Nos casos de contrato de prestação de serviço em que os sujeitos são uma clínica e o paciente e em que o objetivo exclusivo é a prestação de serviços médicos/odontológicos, necessariamente executados por um ou mais médicos/odontologistas, a obrigação de prestação do serviço é assumida pela clínica, embora haja de ser executada por pessoal habilitado, sendo aquela responsável, nos termos do nº 1 do art. 800 do CC pelos atos praticados pelas pessoas que utilize para o cumprimento das suas obrigações.

III – Nestes casos, o médico/odontologista não se obriga diretamente para com o paciente, sem prejuízo de a clínica acionar o

profissional de saúde tendo em conta o contrato que os vincula e da responsabilidade extracontratual do mesmo profissional de saúde para com o paciente.

IV – Tendo o A. conferido à R., através do R, a execução de cuidados de carácter abrangente referentes à sua saúde oral, a obrigação principal assumida é uma obrigação de meios, não estando a R. vinculada a um resultado concreto.

V – Nesse âmbito – da responsabilidade contratual – caberia ao A. alegar e provar a objetiva desconformidade entre os atos praticados e as *leges artis*, assim como o nexo de causalidade entre esses atos e os danos – para além desses mesmos danos; já quanto à culpa haverá que considerar a presunção de culpa resultante do nº 1 do art. 799 do CC – nada impedindo que isto também suceda na obrigação de meios.

VI -No que respeita aos pressupostos da responsabilidade extracontratual médica, no essencial, coincidem com os da responsabilidade contratual; exigir-se-á um facto voluntário e ilícito (ilicitude que consistirá na violação de uma norma de comportamento ou de um direito de outrem em virtude do incumprimento das *leges artis*), culposo (aqui a culpa não se presume, como na responsabilidade contratual em que se presumiria a culpa do cumprimento defeituoso) que cause danos ao paciente, verificando-se um nexo de causalidade entre o facto e o dano.

VII –Não se provando que a atividade desenvolvida no tratamento do A. ocorreu em desconformidade com as *leges artis*, não resultando concretamente demonstrado que fosse desnecessária ou inútil, ou que sendo adequada ou necessária haja sido praticada de forma deficiente ou defeituosa, ou que hajam sido omitidos atos necessários ou adequados à situação clínica do A., não demonstrou o A. o primeiro dos pressupostos da responsabilidade civil.

(Sumário elaborado pela Relatora)

Como já referimos, a ilicitude do ato médico tem que ser sempre demonstrada pelo lesado – não se presume, muito menos derivando, sem mais, do mero facto de o resultado obtido não ser o almejado.

Sem dúvida que dos factos acima relatados se conclui que o tratamento dentário foi longo, complexo – e, aparentemente mal sucedido, não havendo sido obtidos os resultados pretendidos, com a reabilitação da saúde oral do A..

Como explica Teixeira de Sousa ([20]) ainda que o médico não possa responder pela obtenção de um resultado ele é responsável perante o paciente pelos meios que usa, ou deve usar, no diagnóstico ou tratamento, resultando a sua responsabilidade da violação dessa obrigação a qual pode resultar de várias circunstâncias. Assim, pode suceder que os atos médicos realizados sejam adequados e necessários mas tenham sido praticados de forma deficiente ou defeituosa; como pode acontecer que o médico possa ter realizado atos desnecessários ou inúteis perante o estado clínico do paciente; bem como pode verificar-se a omissão de atos necessários e adequados à situação clínica do paciente.

Ora, não resultou concretamente demonstrado que a atividade desenvolvida no tratamento do A. fosse desnecessária ou inútil, ou que sendo adequada ou necessária haja sido praticada de forma deficiente ou defeituosa, ou, ainda, que hajam sido omitidos atos necessários e adequados à situação clínica do A..

Não se provou que a atividade desenvolvida no tratamento do A. ocorreu em desconformidade com as *leges artis*.

Não basta, para esse efeito, haverem-se provado as referidas fraturas das pontes dentárias, desgastes e fraturas das próteses, bem como as infeções de que o A. sofria e o aparecimento de um quisto a que o A. foi intervencionado no dia 23 de Agosto de 2006 relacionado com a raiz de um dente que vários anos antes fora tratado pelo R. J.M. Na realidade, não sabemos porque é que essas ocorrências sucederam.

Haverá que acrescentar, quanto ao tratamento efetuado pela 2ª R. através de O.D., que ele não logrou resolver a totalidade dos problemas que o A. então apresentava. Todavia, também isso, à luz do que viemos expondo, não é susceptível de caracterizar, por si só, um incumprimento (ato ilícito) da mesma R..

Concluímos, assim, não haver o A. demonstrado, desde logo, o primeiro dos pressupostos da responsabilidade civil – quer seja ela contratual quer seja extracontratual.

Pelo que a ação teria de improceder.

V – Face ao exposto, acordam os Juízes desta Relação em julgar improcedente a apelação, confirmando a sentença recorrida.

Custas pela apelante.

Lisboa, 26 de Março de 2015

Maria José Mouro | Teresa Albuquerque | Sousa Pinto

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DA RELAÇÃO DE LISBOA DE 26-03-2015

Processo: 8838/12.0TBVNG.P2 | **Relator:** Fernando Samões

Data do Acórdão: 28-03-2017

Votação: Maioria com 1 Voto de Vencido

Meio Processual: Apelação

Decisão: Revogada

Sumário:

I – Embora no universo da odontologia não possa afirmar-se, em termos genéricos, que os médicos assumem obrigações de resultado, por existirem atividades dentárias mais complexas, dependentes de factores diversos do estrito cumprimento das *leges artis*, que, por isso, devem ser incluídas na categoria das obrigações de meios, a colocação de próteses e certas operações onde os objetivos a alcançar não dependem senão da competência técnica dos médicos, podem e devem configurar-se como obrigações de resultado.

II – A responsabilidade da clínica onde o médico praticou os atos suscetíveis de basear a sua responsabilidade radica no disposto no art.º 800.º do Código Civil e no que tiver sido acordado no contrato que o doente tenha celebrado com aqueles.

III – Não pode assacar-se ilicitude à atuação da clínica, ou incumprimento contratual nem cumprimento defeituoso, quando ela se prontificou a proceder a todas as correções necessárias e o doente torna impossível a conclusão dos tratamentos, recorrendo a terceiros.

Relatório:

B... instaurou ação declarativa de condenação sob a forma ordinária contra C..., Lda., ambas melhor identificadas nos autos, alegando, em resumo, o seguinte:

Contratou a ré para, no exercício da sua atividade, efetuar tratamentos de medicina dentária nos seus maxilares, superior e inferior, com início em 2010 e termo em Fevereiro de 2012.

Pagou os honorários que foram fixados pela ré.

Porém, pelo menos a partir de final de 2011, surgiram diversas inflamações, cáries, rarefação óssea e sucessivo sangramento de gengivas que a afetaram diariamente, impedindo-a de se alimentar e de proceder à higiene diária, o que comunicou à ré que sempre lhe disse que era consequência habitual do tratamento contratado, mas que, uma vez concluído, deixaria de ser afetada por aquelas mazelas.

Entretanto, constatou que a técnica usada e os tratamentos prestados não tinham sido adequados e foram causa adequada das lesões que sofreu.

Para tratamento dessas lesões teve que proceder à extração dos dentes superiores, submeter-se a regeneração óssea e colocar seis implantes osteointegrados, prótese fixa provisória sobre implantes, prótese fixa metalocerâmica sobre oito implantes, o mesmo sucedendo com os dentes inferiores, com o que gastou a quantia de 26.532,00€.

Para além disso, sofreu grande traumatismo psicológico, passou dias sem comer e noites sem dormir, teve dores insuportáveis e padeceu de ansiedade e temor das sequelas dos tratamentos, danos que computa em 12.500,00€.

Concluiu indicando o valor de 39.032,00€, sem formular qualquer pedido.

A ré contestou, por exceção e impugnação, e deduziu reconvenção, alegando, em síntese, que:

A petição inicial é inepta, por falta de pedido “ou no mínimo ininteligibilidade deste”.

A autora não juntou qualquer documento que comprove o que alegou na petição inicial, onde apresenta uma versão que “carece não só de verdade como também de razoabilidade”, já que nunca contratou com a ré, mas sim com a namorada do seu filho, Dr.^a D..., que estagiou na sua clínica e prestou serviços à demandante como médica dentária, gratuitamente.

Os únicos serviços prestados pela ré à autora circunscreveram-se à colocação de 24 coroas de metalocerâmica, pelos quais lhe cobrou apenas 250,00€.

As lesões reclamadas ficaram a dever-se aos tratamentos da raiz e da polpa dos dentes, efetuados pela referida D..., e à falta de cuidados higiénicos orais por parte da autora.

A entender-se que é responsável pelos atos médicos executados pela Dr.^a D..., são-lhe devidos os respectivos honorários e os serviços que “não estavam orçamentados/contratualizados” no valor de 4.910,00€ (que inclui os montantes de 910,00€ referentes ao processo de preparação biomecânica e obturação dos canais, 1.200,00€ pela colocação de quatro coroas de metalocerâmica “extras”, 1.800,00€ pelos implantes e 1.000,00€ pelo desconto por aquela concedido).

Além disso, viu o seu bom-nome, reputação e prestígio seriamente atingidos, com a atitude da autora, causando-lhe prejuízos que estima em 10.000,00€.

(...)

Por sentença de 21/9/2015, foi decidido:

1. Julgar a ação parcialmente procedente e, em consequência, condenar a ré a pagar à autora a quantia de 29.032,00€, absolvendo-a do resto do pedido.
2. Julgar totalmente improcedente o pedido reconvenicional e, em consequência, dele absolver a autora.
3. Condenar a ré como litigante de má fé e, em consequência, condená-la a pagar à autora e à interveniente a indemnização de 10 UCs, bem como na multa no valor de 10 UCs.

2.3. Dos pressupostos da responsabilidade civil/dever de indemnizar

(...)

No que para aqui interessa, “a ilicitude da atividade do médico será afirmada se concluirmos que a mesma se consubstancia numa violação das *leges artis* impostas a um profissional prudente da respetiva categoria ou especialidade”, sem necessidade de “aquilatar se, na execução ou inobservância dos deveres que lhe são exigíveis, o médico atuou com a diligência, cuidado ou prudência impostos a um profissional medianamente diligente, zeloso e cuidadoso, uma vez que tal juízo terá lugar a nível da culpa. No fundo, a ilicitude traduz-se numa desconformidade objetiva face aos comandos da ordem jurídica e a culpa num juízo de censurabilidade subjetiva à conduta desviante do lesante/devedor”[18].

A autora configurou a ação, não com base na ilicitude da atuação do médico ou médicos que a trataram, que não demandou, mas com fundamento na ilicitude da atuação da ré, decorrente do cumprimento defeituoso da sua prestação. Isto, segundo alegou na petição inicial, porque:

- os tratamentos que lhe ministrou não foram os adequados ao cumprimento da sua obrigação;
- em consequência deles, padeceu determinadas lesões que a ré não reparou.

Os factos alegados foram, no essencial, provados, sendo que, no que se refere à desadequação dos tratamentos e à falta de técnicas de acordo com a *leges artis* foram dados como não escritos, por serem conclusivos[19].

Para além deles, provou-se, no que agora importa considerar, que:

“A Ré, representada pelo seu sócio gerente L... prontificou-se a reparar integralmente todo o tratamento, substituindo implantes e coroas de forma absolutamente gratuita, conforme o documento de folhas 65” [cfr. alínea BBB) dos factos provados].

Porém, não obstante também ter sido dado como provado que “A A. diligenciou junto da R. pela reparação das lesões que a atuação da mesma provocou” [al. AA)], que “... a mesma não reparou qualquer lesão provocada” [al. BB)] ..., a verdade é que ficou, ainda, provado que, para tratamento das lesões provocadas pela atuação da ré, a autora teve que proceder à extração dos dentes superiores, de se submeter a regeneração óssea, a colocação de implantes osteointegrados, de prótese fixa provisória sobre implantes e de prótese fixa metalocerâmica sobre oito implantes e, no maxilar inferior, sujeitou-se à extração dos dentes inferiores, a regeneração óssea e à colocação de 6 implantes osteointegrados, de prótese fixa provisória sobre implantes e de prótese fixa metalocerâmica, com o que gastou a quantia de 26.532,00 € [cfr. alíneas Q) a Z)], recorrendo aos serviços de terceira entidade», apesar de a ré se ter disposto a proceder à reparação das lesões [cfr. al. CC)] [20].

«Com essa atitude, a autora impossibilitou que a ré procedesse à reparação dos defeitos denunciados e ao cumprimento integral do acordado.

Quer isto dizer que, com o abandono definitivo dos tratamentos sem que estivessem concluídos, foi a autora que se colocou numa situação de incumprimento contratual, tornando impossível à ré a conclusão das tarefas que ainda estavam inacabadas ou, pelo menos, que procedesse aos acertos e retificações que, até final do tratamento, se impusessem.

Por isso, não pode ser assacado o incumprimento ou deficiente execução do contrato pela ré, tanto mais que se prontificou a “reparar integralmente todo o tratamento”.

Da factologia que foi dada como provada não resulta que a atuação da ré tenha sido ilícita, nem que ela tenha incumprido definitivamente ou executado deficientemente o contrato.

A autora não fez, pois, prova deste requisito da obrigação de indemnizar, como lhe competia.

Em face desta constatação, fica prejudicada a análise dos demais pressupostos da responsabilidade civil contratual, supra enunciados, não havendo lugar à correspondente obrigação de indemnizar.

Prejudicada fica também a apreciação das questões da ressarcibilidade dos danos não patrimoniais e do abuso do direito...».

Com o devido respeito por diferente e sábia opinião, parece-nos que a falta de prova, por parte da autora, da ilicitude, prejudica a análise dos restantes pressupostos da obrigação de indemnizar pela ré, incluindo os danos não patrimoniais, bem como da questão do abuso de direito, visto que a ausência daquele pressuposto conduz à improcedência da ação, na parte impugnada, desiderato pretendido com o recurso de apelação e que fora já alcançado.

Destarte, resulta do exposto que continua a proceder a apelação da ré, não havendo razões para alterar o regime jurídico aplicado, nem para conhecer das questões consideradas prejudicadas.

Sumariando:

1. Embora no universo da odontologia não possa afirmar-se, em termos genéricos, que os médicos assumem obrigações de resultado, por existirem atividades dentárias mais complexas, dependentes de factores diversos do estrito cumprimento das *leges artis*, que, por isso, devem ser incluídas na categoria das obrigações de meios, a colocação de próteses e certas operações onde os objetivos a alcançar não dependem

senão da competência técnica dos médicos, podem e devem configurar-se como obrigações de resultado.

2. A responsabilidade da clínica onde o médico praticou os atos suscetíveis de basear a sua responsabilidade radica no disposto no art.º 800.º do Código Civil e no que tiver sido acordado no contrato que o doente tenha celebrado com aqueles.
3. Não pode assacar-se ilicitude à atuação da clínica, ou incumprimento contratual nem cumprimento defeituoso, quando ela se prontificou a proceder a todas as correções necessárias e o doente torna impossível a conclusão dos tratamentos, recorrendo a terceiros.

III. Decisão

Pelo exposto decide-se julgar a apelação da ré procedente e, em consequência, revogar a sentença recorrida, na parte impugnada, agora em apreciação, absolvendo-a do pedido por que havia sido condenada (29.032,00€).

*

Custas da ação e da apelação pela autora/apelada (art.º 527.º, n.ºs 1 e 2, do CPC), sem prejuízo da condenação anterior da ré pelas custas da reconvenção, aqui não apreciada.

*

Porto, 28 de Março de 2017

Fernando Samões

Vieira e Cunha (Vencido, revii a posição assumida no anterior acórdão, considero que pelo menos em matéria de dano não patrimonial, o comportamento do lesado Autor não desautoriza a ilicitude no nexu causal).

Maria Eiró

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DA RELAÇÃO DE LISBOA DE 29-06-2019

Processo: 4386-07.8TVLSB.L1-6 | **Relator:** António Santos

Data do Acórdão: 29-06-2017

Votação: Unanimidade

Meio Processual: Apelação

Decisão: Improcedente

Sumário:

- No recurso de apelação em que seja impugnada a decisão da matéria de facto, deve o recorrente nas conclusões concretizar os pontos de facto que considera incorretamente julgados e, bem assim, especificar quais as decisões diversas a proferir pelo ad quem relativamente a cada um dos pontos de facto impugnados.
- Em sede de responsabilidade civil médica, porque por regra a obrigação (contratual) do médico é de meios, que não de uma obrigação de resultado, incumbe ao doente o ónus de provar a falta de diligência do médico.
- Ou seja, ao paciente incumbirá a prova de que foi vítima de erro médico, provando v.g. um cumprimento defeituoso do médico, porque vítima de imperícia (v.g. utilizando a técnica incorreta dentro dos padrões científicos atuais), de imprudência, de desatenção, de negligência (cumprindo defeituosamente a sua obrigação) e/ou de inobservância dos regulamentos.

- Feita a prova indicada, então sim, tem lugar a presunção de culpa do médico, podendo esta última ser ilidida caso demonstre o médico que agiu corretamente, *maxime* provando que a desconformidade não se deveu a culpa sua por ter utilizado as técnicas e regras de arte adequadas.

(sumário elaborado pelo relator)

1. Relatório.

A (CARLA ...) , intentou ação declarativa de condenação, sob a forma de processo ordinário, contra B (PAULO...) e C (... LDA) , pedindo a condenação solidária dos RR., a:

- a) a quantia total de 39.412.32€, a título de despesas médicas e medicamentosas, incluindo intervenções cirúrgicas, viagens e estadias;
- b) a quantia de 2.972,44€, a título de remunerações que deixou de auferir em consequência das incapacidades temporárias sofridas;
- c) a quantia de 143.000€, a título de danos futuros;
- d) a quantia de 37.500€, a título de danos morais;
- e) as quantias que se vierem a apurar e que advirão das intervenções cirúrgicas e tratamentos a que terá ainda a autora de se submeter, tudo acrescido de juros a contar da data da citação; e
- f) subsidiariamente, a condenação da nos mesmos montantes, a título de responsabilidade contratual.

1.1. Para tanto, alegou a demandante, em síntese, que:

- na sequência de tratamento dentário anterior, de extração, e dada a sensação de mal estar na zona da extração, consultou, o 1º réu, que a informou que a mesma sofria de uma osteomielite e que precisava e fazer uma biópsia, tendo para o efeito sido internada no HCVP;

- Depois, concluiu o 1º réu que se verificava existir um extenso osteoma, informando então a Autora que teria de ser operada o mais rapidamente possível, o que veio a suceder, tendo a intervenção tido lugar em Janeiro de 2004;
 - Sucede que, após a referida e primeira operação, foi a Autora sujeita a novas intervenções cirúrgicas e infeções contínuas, dado a extensão da ressecção realizada pelo réu, e que se revelou desnecessária face ao osteoma que a autora apresentava;
 - O 1º Réu, ao atuar da forma referida em sede de tratamento médico à Autora, violou manifestamente as *leges artis*, provocando-lhe danos, quer patrimoniais, quer morais, razão porque está obrigado a ressarcir-los;
 - Já a segunda ré, porque os serviços prestados pelo 1º réu o foram através da mesma, é outrossim solidariamente responsável.
- 1.2. Após citação de ambas as RR, vieram ambos contestar a ação, tendo ambos deduzido oposição por impugnação motivada, e, a Ré/pessoa coletiva, alegando nada ter que ver com os atos médicos praticados pelo 1º réu, porque possui este último total autonomia na qualidade de médico, invocou ser assim parte ilegítima, padecendo a petição inicial do vício de ineptidão.
- Já o 1º Réu/pessoa singular, alegando ser titular de seguro de responsabilidade transferida para a Seguradora “Axa Portugal, SA.”, e em sede de impugnação motivada, alegou ter atuado com total observância das melhores práticas, tendo sempre agido com zelo e preocupação pela saúde da Autora, razão porque, devendo a ação improceder, impõe-se ainda a condenação da autora como litigante de má fé, por deduzir pretensão cuja falta de fundamento não ignora.
- 1.3. Seguindo-se a Réplica da Autora [em cujo articulado peticiona a condenação do réu como litigante de má fé, um multa não inferior a 200 UCs e indemnização à A. pelos prejuízos e despesas com a ação a liquidar a final] e a tréplica dos

RR, foi proferido despacho que admitiu a intervenção nos autos da Seguradora Axa Portugal, SA.”, tendo esta última apresentado articulado próprio, mas dando por reproduzidas as contestações apresentadas pelos réus.

- 1.4. De seguida, dispensada que foi a audiência preliminar, foi proferido despacho saneador [no âmbito do qual foi desatendida a invocada exceção da ineptidão da petição inicial], organizando-se ainda a factualidade assente e fixando-se a base instrutória da causa, peças últimas estas que foram objeto de reclamações, tendo a do réu Paulo Jorge Coelho sido parcialmente atendida.
- 1.5. Já a Ré C, inconformada com a decisão proferida no saneador e que desatendeu a invocada exceção da ineptidão da petição inicial, veio da referida parte deduzir AGRADO, tendo sido apresentadas alegações e contra-alegações.
- 1.6. Após a realização de diversas diligências instrutórias, teve lugar a realização da audiência de discussão e julgamento – que se prolongou por diversas sessões e que apenas se concluiu em 6/4/2016 -, e conclusos os autos para o efeito (a 11/4/2016), foi finalmente sentenciada a ação, e sendo o respetivo excerto decisório do seguinte teor:
“(…)

IV. Decisão:

Pelo exposto, julgo improcedente a ação e consequentemente, decido absolver os réus e interveniente dos pedidos formulados.

Custas da ação pela Autora.

Registe e notifique.

Lisboa, 18 de Maio de 2016”.

- 1.7. Inconformada com a sentença identificada em 1.5., da mesma apelou então a Autora A, alegando e deduzindo a mesma em sede recursória. (...)

[Síntese da Fundamentação]

Importando de seguida, em face da conjugação da factualidade provada e não provada fixada pelo tribunal a quo, e acabada de transcrever parcialmente, extrair conclusões , a primeira que nos ocorre desde logo sublinhar é a de que, com a mínima segurança, não permitem de todo os referidos elementos considerar que, perante os dados clínicos recolhidos [v.g. através da observação da paciente, da leitura/análise dos resultados dos exames médicos realizados e do historial clínico da doente] pelo Réu/apelado, incorreu o mesmo em inequívoco erro de diagnóstico relativamente à enfermidade e/ou patologia que afetava o bem estar da autora, e que a levou inicialmente a – em 26 de Junho de 2002. consultar o Dr., médico-dentista.

De igual modo, após a autora não ter visto o seu mau estado de saúde resolvido com a intervenção de 3 médicos [Dr.;, e Dr.], o que por si só revela não se estar na presença de enfermidade de fácil diagnóstico e de tratamento não complicado/complexo, e de ter sido encaminhada para o Réu, não nos demonstra também toda a factualidade provada que o 1º Réu, por pretensa ligeireza na recolha, abordagem e estudo das causas dos “padecimentos da autora [v.g. sem a realização de pertinentes exames médicos], a tenha de imediato encaminhado para o bloco operatório.

Não se olvidando que a autora, após uma primeira intervenção cirúrgica, submeteu-se depois a várias outras , certo é que não é a factualidade assente outrossim elucidativa a ponto de se poder concluir que o número (6) de cirurgias apenas se justificou em razão de erros de procedimento ou deficientes técnicas utilizadas em intervenções cirúrgicas anteriores, tendo as mesmas (as posteriores) sido necessárias para recompor malefícios provocados por cirurgias

anteriores realizadas de forma deficiente, v.g. por omissão de atos e/ou práticas habituais e rotineiras, e de todo não desprezáveis pelas mais elementares regras da arte médica (*leges artis*).

No essencial, temos assim que, no âmbito dos cinco momentos capitais que caracterizam a actividade médica [a anamnese – reportada ao historial clínico da doente – ; o diagnóstico – direccionado para a recolha dos dados amnésicos, interpretação dos sintomas clínicos da doente, uso de meios auxiliares de diagnóstico e adequada valoração dos resultados obtidos ; o prognóstico – relacionado com a antevisão sobre o decurso e desenlace futuro da doença ; a execução do tratamento – relacionado com a aplicação concreta da terapia eleita, com perícia e cuidados necessários a alcançar o fim médico visado ; a fase pós operatória – fase eventual e específica da actividade medico cirúrgica, de controlo e vigilância do processo subsequente ao ato cirúrgico (38)] , não nos revela a factualidade provada que tenha a Autora sido vítima de um ERRO médico , que o mesmo é dizer, de uma indevida configuração da realidade subjacente à patologia/enfermidade da doente.

Neste conspecto, importa sublinhar que , não apenas não permite a factualidade assente concluir que foi a Autora vítima de um diagnóstico errado [*maxime* porque contrariamente ao veredicto precipitado do Réu/Médico , não padecia a autora de um osteoma no lado direito do maxilar inferior, antes a sua enfermidade resumia-se a um minúsculo e inespecífico foco inflamatório] como, do mesmo modo, nada justifica concluir que, não fora o referido erro de diagnóstico (imputável ao 1º Réu), todas as intervenções cirúrgicas infligidas à Autora/paciente teriam sido evitadas, porque de todo absolutamente desnecessárias.

Em suma, *prima facie*, nada permite concluir que enveredou o 1º Réu, no âmbito do tratamento médico ministrado à Autora, por um comportamento nada consentâneo com os mais elementares conhecimentos técnico-científicos que a um médico são exigíveis no exercício da respetiva profissão.

Contribuindo para contrariar/infirmar a conclusão que antecede, recorda-se, certo é que viu-se a autora sujeita a um “calvário “ de intervenções cirúrgicas, umas seguidas de outras, o que , segundo as regras/máximas da experiência técnica [da ciência médica], justifica conjecturar que algo não correu bem, ou que algum procedimento médico terá sido realizado à margem das mais elementares *leges artis* médicas ou regras técnicas aplicáveis, assim se explicando o referido número “anormal” de atos médicos consecutivos.

A referida interrogação, no nosso entendimento, é perfeitamente compreensível, mas, como adverte J.A. Esperança Pina (39), não podendo os tribunais basear-se em hipóteses, mas explicar claramente a relação ente a falta e o dano, para tanto necessário é que existam factos subjacentes provados que demonstrem qual a falta médica, e pressupondo a mesma a imperícia (v.g. utilizando a técnica incorreta dentro dos padrões científicos atuais), a imprudência, a desatenção, a negligência (cumprindo defeituosamente a sua obrigação) e a inobservância dos regulamentos.

Dito de uma outra forma, pressuposto da responsabilização do médico é sempre a existência de um erro médico, qual conduta (40) profissional inadequada resultante de utilização de uma técnica medica ou terapêutica incorretas que se revelam lesivas para a saúde ou vida do doente, e o qual abrange também o erro de diagnóstico, pois que, nesta fase, deve também o médico recorrer à técnica adequada para se abalizar a emitir tal juízo, a par, naturalmente, da observância das regras de cuidado (41).

Ora, com todo o respeito pelo entendimento em contrário da apelante, ainda que claro está com base em pressupostos de facto não provados, o referido juízo não assenta em factualidade concreta que se mostre assente/provada.

Ademais, como bem chama à atenção o STJ no douto Ac. de 15-12-2011 (acima já citado e o qual integra a nota 34 do presente Ac.) “Não pode ser esquecido que não existe procedimento médi-

co livre de riscos, e sobretudo os atos cirúrgicos comportam uma margem aleatória que pode contender com o resultado. Há sempre uma dose de imprevisibilidade em qualquer intervenção cirúrgica, por mais simples que seja, pois cada patologia tem a sua especificidade, e cada doente reage de modo diverso à enfermidade”.

É que, como salienta também Álvaro Cunha Rodrigues (42), e citando Hans Luttger “não há tratamento cirúrgico curativo no qual, por via de regra, não haja risco; esta é uma realidade que tanto a medicina como o direito devem conhecer”.

Impondo-se concluir, não apontando a matéria de facto provada, com segurança, para que subjacente ao “calvário” sofrido pela Autora apelante esteve um erro médico, ou seja, um ato ilícito e negligente da responsabilidade do 1º Réu, que ao mesmo deu origem, *maxime* a realização de intervenções cirúrgicas em absoluto não necessárias, temos assim que a decisão absolutória da primeira instância não merece censura.

Consequentemente, a apelação só pode improceder, como improcede.

5. Em conclusão (cfr. artº 663º, nº7, do CPC)

I – No recurso de apelação em que seja impugnada a decisão da matéria de facto, deve o recorrente, nas conclusões, concretizar os pontos de facto que considera incorretamente julgados, e, bem assim, especificar quais as decisões diversas a proferir pelo ad quem relativamente a cada um dos pontos de facto impugnados.

II – Em sede de responsabilidade civil médica, porque por regra a obrigação (contratual) do médico é de meios, que não de uma obrigação de resultado, incumbe ao doente o ónus de provar a falta de diligência do médico;

III – Ou seja, ao paciente incumbirá a prova de que foi vítima de erro médico, provando v.g. um cumprimento defeituoso do médico, porque vítima de imperícia (v.g. utilizando a técnica incorreta dentro dos padrões científicos atuais), de imprudência, de desaten-

ção, de negligência (cumprindo defeituosamente a sua obrigação) e/ou de inobservância dos regulamentos ;

IV – Feita a prova indicada em III, então sim, tem lugar a presunção de culpa do médico, podendo esta última ser ilidida caso demonstre o médico que agiu corretamente, *maxime* provando que a desconformidade não se deveu a culpa sua por ter utilizado as técnicas e regras de arte adequadas.

6. Decisão.

Em face de tudo o supra exposto, acordam os Juízes na 6ª Secção Cível do Tribunal da Relação de Lisboa, em

- 6.1. Não conhecer do mérito da impugnação – deduzida pela recorrente A – da decisão de facto proferida pelo tribunal a quo;
- 6.2. Não conceder provimento ao recurso de apelação apresentado por A e, consequentemente:
 - a) Manter e confirmar *in totum* a sentença recorrida.

Custas pela apelante.

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DA RELAÇÃO DE LISBOA DE 24-01-2019

Processo: 25029/13.5T2SNT.L1-2 | Relator: Maria José Mouro

Data do Acórdão: 24-01-2019

Votação: Maioria com voto de vencido

Meio Processual: Apelação

Decisão: Improcedente

Sumário:

I – Tendo o Tribunal de 1ª instância, em despacho anteriormente proferido, e na sequência de requerimento no sentido do seu desentranhamento por uma das RR., admitido o «Relatório Médico» a cuja junção a A. procedera, discordando de tal decisão deveria a apelante tê-la oportunamente impugnado – o que não fez.

II – O dito «Relatório Médico» corresponde à narrativa de um profissional a quem a A. recorreu e que naquela ocasião expôs por escrito a sua perceção do que viu – o que foi documentado por fotografias várias – e o seu entendimento sobre tal; um «parecer técnico sobre a matéria de facto exprime o testemunho de pessoa que solicitada extrajudicialmente para verificar determinados factos, narra o que viu e observou», estando sujeito à livre apreciação do juiz.

III – Haverá inversão do ónus da prova quando a parte contrária tiver culposamente tornado impossível a prova ao onerado; no caso

dos autos para além de não ter sido demonstrada a efetiva impossibilidade da prova (e não a maior dificuldade na sua produção) essencialmente não demonstrou a apelante 1ª R. uma atitude culposa da A. como causa dessa hipótese.

IV – No caso dos autos foi celebrado entre a A. e a R. Clínica um contrato de prestação de serviços médico-dentários, sendo esta responsável pelos atos praticados pelas pessoas que utiliza para o cumprimento das suas obrigações, nos termos do nº 1 do art. 800 do CC, concretamente a 2ª R..

V – Vem sendo considerado que em áreas como a da cirurgia estética de embelezamento e das intervenções médico-dentárias com finalidades predominantemente estéticas como as relativas à colocação de próteses e, mesmo, respeitantes à colocação de implantes a obrigação do médico poderá configurar uma obrigação de resultado.

VI – No caso dos autos a obrigação assumida reconduzia-se a uma obrigação de resultado referente à colocação de cinco implantes e de uma prótese híbrida acrílica.

VII – Face aos factos provados conclui-se que a colocação dos implantes e da prótese foi executada pela 2ª R. na pessoa da A. de forma deficiente ou defeituosa, correspondendo o ato ilícito ao assinalado cumprimento defeituoso, operando a presunção de culpa prevista no nº 1 do art. 799 do CC, a qual não foi ilidida.

VIII – Encontrando-se, igualmente, presentes o dano e o nexo causal entre o facto e o dano a 1ª R. está obrigada a indemnizar a A. pelos danos patrimoniais e não patrimoniais por esta sofridos, no âmbito da responsabilidade contratual.

IX – Não se verifica a nulidade da sentença invocada pela apelante 1ª R.: Por um lado, inexistente na parte decisória da sentença qualquer ambiguidade geradora de ininteligibilidade, entendendo-se sem qualquer dificuldade o sentido – que se mostra unívoco – da decisão. Por outro, inexistente qualquer contradição entre os fundamentos

e a decisão: a 1ª R. é condenada considerando o cumprimento defeituoso do contrato que celebrou com a A., tendo em conta a verificação dos pressupostos da responsabilidade contratual, considerados demonstrados; quanto à 2ª R., foi entendido que não havendo a mesma celebrado com a A. qualquer contrato, não poderia ser responsabilizada naqueles termos, mas apenas pela verificação dos pressupostos da responsabilidade civil extracontratual que não estavam preenchidos.

X – Nas situações em que o médico se apresenta como um mero auxiliar do devedor – nos termos do nº 1 do art. 800 do CC – ele responderá a título delitual, no âmbito da responsabilidade por factos ilícitos; os respetivos requisitos serão então apurados de modo autónomo em relação aos da eventual responsabilidade contratual da clínica.

XI – Dos factos provados não resulta que a actuação da 2ª R. conforme uma actuação ilícita, não se evidenciando quer a violação de uma norma de comportamento, quer a violação do direito da A. à sua integridade física em virtude do incumprimento das *leges artis*.

[Relatório]

I – M... intentou acção declarativa comum contra «Centro ..., Lda.» e A....

Alegou a A., em resumo:

Em finais de Outubro de 2010, a A. iniciou a realização de tratamento na clínica da 1ª R., tratamento esse efetuado pela 2ª R. O referido tratamento implicou duas fases, consistindo a primeira na realização de cirurgia com colocação de implantes e enxerto ósseo e a segunda na colocação de prótese aparafusada sem implantes com barras. A A. liquidou o respetivo preço, no valor global de 6.400,00 €.

Entre as duas fases de tratamento a A. sempre sentiu dores contínuas, além de que os parafusos de cicatrização caíram três vezes, mas foi-lhe dito pela 2ª R. que se tratava de uma situação normal.

Após a colocação da prótese, a A. continuou a ter dores e inflamação e embora tenha reportado, por diversas vezes, a situação à 2.^a R., esta continuou a dizer-lhe que era uma situação normal, não apresentando qualquer solução, razão pela qual a A. efetuou uma consulta da especialidade noutra clínica, na qual se veio a constatar que os implantes tinham sido colocados com uma inclinação vestibularizada ao contrário do protocolar nestes casos, que seria com inclinação lingual, a impossibilidade de se proceder a uma correta higienização protética e que os aditamentos protéticos metálicos colocados entre os implantes e a prótese não são higienizáveis quando a prótese estava aparafusada na boca, o que potenciava a situação de doença peri-implantar de que a A. padecia. Em virtude da má técnica aplicada a A. tinha a mucosa peri-implantar edemaciada, hemorrágica e inflamada, além de perdas ósseas, e esses danos são consequência direta do tratamento efetuado pela 2.^a Ré que não observou as boas práticas médicas e protocolares.

Tendo em vista controlar a inflamação peri-implantar, a A. submeteu-se a uma intervenção noutra clínica, tendo já despendido a quantia global de € 447,89 em consultas, exames, destartarização e medicamentos, mas a conclusão do tratamento em questão implica a substituição dos implantes existentes cujo custo oscilará entre € 10.200 e € 14.700, não conseguindo quantificar a extensão desse dano patrimonial, procedendo à sua liquidação posterior nos termos do art. 559.º do CC; tais despesas são resultado direto do incorreto e deficiente tratamento efetuado pelas RR..

A situação causou bastante dor, desconforto e tristeza à A. que tem vivido numa condição de incerteza quanto à sua evolução clínica., devendo as RR. indemnizar a A. pelos danos morais sofridos em quantia não inferior a € 5.000,00.

Concluiu a A.: «deve a presente ação ser considerada procedente por provada e, em consequência:

- a) Serem as RR. condenadas no pagamento dos danos patrimoniais já liquidados no valor de € 6.847,89, acrescida do valor que a A. venha a despendar com o novo tratamento e consultas daí decorrentes, de acordo com o disposto no artº 559º do CC.
- b) Serem as RR. condenadas no pagamento de danos morais em quantia não inferior a € 5.000,00».

As RR. contestaram.

A 1ª R. disse, essencialmente, que a A. realizou os tratamentos na sua clínica, tendo sido efetuados pela 2ª R. e havendo sido liquidado o respetivo preço. Referiu que a 2ª R. nunca teve qualquer vínculo laboral, nem subordinação jurídica ou técnica à 1ª R. e que esta não teve qualquer intervenção nas consultas, tratamentos ou procedimentos adotados pela 2ª R., limitando-se a 1ª R. a prestar um serviço à 2ª R.. Mencionou que a A. não alegou quaisquer factos referentes a uma conduta da 1ª R., ativa ou passiva, dolosa ou negligente, que permitisse concluir pela sua responsabilidade, uma vez que o que é colocado em crise pela Autora é o procedimento adotado pela 2ª R..

Concluiu pela sua ilegitimidade passiva e, caso assim se não entendesse, pela sua absolvição do pedido porque não preenchidos os elementos da responsabilidade civil contratual ou extracontratual.

A 2ª R., fundamentalmente, alegou ter atuado de acordo com os protocolos e as boas práticas estabelecidos para a intervenção, explicando todos os procedimentos à A. e todos os cuidados que esta deveria ter com a prótese e respetiva limpeza e higienização, bem como as possíveis complicações, referiu que nunca prometeu à A. qualquer resultado relativamente às intervenções realizadas e que foi esta quem, com a sua conduta omissiva e as suas próprias condições físicas, comprometeu o sucesso da intervenção.

Concluiu pela procedência da exceção da culpa da lesada, bem como pela improcedência da acção e pela sua absolvição do pedido.

No decurso da audiência prévia a A. Autora esclareceu: «O que a autora efectivamente pretende e peticiona é a condenação das rés

no valor liquidado na alínea a) do peticionado, bem como na diferença do valor que pela mesma venha a ser pago relativamente aos tratamentos que se encontra a efectuar, caso os mesmos se venham a revelar mais dispendiosos do que o valor já liquidado nos autos». O despacho que se seguiu homologou a redução do pedido.

O processo prosseguiu e a final foi proferida sentença que decidiu nos seguintes termos:

«...o Tribunal julga parcialmente procedente a presente ação, por parcialmente provada e, em consequência, decide:

- a) condenar a 1.^a Ré Centro ..., Lda. a pagar à Autora M... a quantia global de € 11.647,89 (onze mil seiscientos e quarenta e sete euros e oitenta e nove cêntimos), absolvendo-a do demais peticionado;
- b) absolver a 2.^a Ré A... do peticionado».

[Resumo da Fundamentação]

Considerou-se na sentença recorrida:

«... quanto à ilicitude, verifica-se que não resultou provado que existisse um protocolo definido que impusesse a colocação dos implantes com inclinação lingual. Assim, apesar de se ter apurado que os implantes em causa foram colocados com uma inclinação vestibularizada, a falta de prova da existência daquele protocolo não permite concluir pela violação, pela 2.^a Ré, das *leges artis*.

Consequentemente, falhando este pressuposto da ilicitude, conclui-se que a 2.^a Ré não pode ser responsabilizada».

Sustenta a apelante A. que a 2.^a R. não aplicou as melhores técnicas, nem prestou à A. todos os cuidados ao seu alcance, apontando para os factos provados 30 a 47.

Sucedendo que analisando esses factos não se evidencia quer a violação da acima referida norma de comportamento, quer a violação do direito da A. à sua integridade física em virtude do incumprimento das *leges artis*.

Pelo que somos de concluir, como na sentença recorrida, pela ausência deste pressuposto da ilicitude.

*

IV – 11. Considera a apelante A. que a quantia atribuída a título de indemnização (€ 1.000,00) não é compensatória dos danos não patrimoniais sofridos pela A., devendo essa quantia ser a de € 5.000,00 peticionada pela A..

Nos danos não patrimoniais o montante da indemnização é fixado equitativamente pelo tribunal, tendo em atenção, em qualquer caso, as circunstâncias referidas no art. 494 do CC (nº 4 do art. 496 do CC).

O dano não patrimonial não poderá ser avaliado em medida certa; a indemnização corresponde a uma mera compensação. O montante da indemnização correspondente aos danos não patrimoniais deverá ser calculado em qualquer caso segundo critérios de equidade, sendo proporcionada à gravidade do dano, tomando em conta na sua fixação todas as regras de boa prudência, de bom senso prático, de justa medida das coisas, de criteriosa ponderação das realidades da vida ([23]).

A 1ª R. responde nos termos acima enunciados, no âmbito da responsabilidade contratual, porque responsável pelos atos das pessoas que utilizou no cumprimento da obrigação assumida. Apurou-se, como vimos, que «toda esta situação tem causado bastante dor, desconforto e tristeza à A., vivendo a mesma, á data da propositura da ação, uma situação de incerteza relativamente à sua evolução clínica». A ação foi proposta em Outubro de 2013 e sabemos que havendo a 2ª fase do tratamento tido lugar em Março de 2011 a A. se socorrera de outros profissionais de saúde oral em Setembro de 2011, queixando-se de dores, dores essas que sofreu após a colocação da prótese, em Março de 2011, mas também anteriormente a esta data.

Face aos elementos de que dispomos, movidos pro critérios de equidade, entende-se como adequado o montante fixado pelo Tribunal de 1ª instância.

*

IV – 12. A ampliação do objeto do recurso pretendida pela 2ª R. teria lugar a título subsidiário, prevenindo a hipótese de procedência das questões suscitadas pelas recorrentes referentes à nulidade da sentença (recurso da 1ª R.) e à verificação dos pressupostos da responsabilidade de indemnizar por parte da 2ª R. (recurso da A.).

Como nenhuma destas questões procedeu, a ampliação subsidiária do objeto do recurso não tem lugar.

V – Face ao exposto, acordam os juízes desta Relação em julgar improcedentes quer a apelação da 1ª R., quer a apelação da A., confirmando a sentença recorrida.

Custas das apelações pelas apelantes.

*

Lisboa, 24 de Janeiro de 2019

Maria José Mouro | Jorge Vilaça | Vaz Gomes (voto vencido conforme declaração anexa)

Declaração de voto:

Voto vencido a decisão porque entendo que entre a médica que trabalhava na referida clínica e a Autora, em face dos factos dados como provados, sejam os factos 11 a 13 e 15 a 23 especialmente os factos dados como provados sob 15 e 16, se estabeleceu um contrato de prestação de serviços médicos sendo a responsabilidade da médica que aconselhou a autora e elevou a cabo o tratamento na Autora uma responsabilidade contratual com a inerente presunção e culpa pela violação da *leges artis* que os factos dados como provados evidenciam tal como defendi no acórdão de que fui relator sob o n.º 26917/13. João Vaz Gomes

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DA RELAÇÃO DO PORTO DE 10-07-2024

Processo: 1481/16.6T8PVZ.P1 | **Relator:** Jorge Martins Ribeiro

Data do Acórdão: 10-07-2024

Votação: Unanimidade

Meio Processual: Apelação

Decisão: Revogada Parcial

Sumário:

I – Sucedendo que um dano seja simultaneamente resultante da violação de um direito de crédito e de um direito absoluto entramos na questão de saber se existe um concurso entre a responsabilidade civil contratual e a extracontratual, questão que, salvo raras exceções, terá de ser respondida negativamente, porquanto o ressarcimento deve ser efetuado em conformidade às regras que regulam a responsabilidade civil contratual— dado que entre os dois tipos de responsabilidade civil existe um concurso aparente, legal ou de normas, pois o regime da contratual consome o da extracontratual (princípio da consunção).

II – Não consideramos o dano biológico um *tertium genus* para lá da dicotomia entre dano patrimonial e não patrimonial, pois que uma afetação da completa integridade bio-psíquica (diminuição da capacidade funcional) poderá, consoante as circunstâncias de cada caso (idade, profissão, tipo de afetação sofrida), ter uma repercus-

são com um pendor mais patrimonial ou mais não patrimonial – de todo o modo, terá de se tratar de um dano que mereça a tutela do Direito, entendendo nós que, em qualquer dos casos, os juízos de equidade, em conformidade ao disposto nos artigos 562.º a 564.º e 566.º, n.º 3, do C.C., permitirão a determinação do justo *quantum* do ressarcimento (e não já locupletamento...).

III – A fixação do montante de compensação por dano não patrimonial emergente da lesão da integridade física e da saúde, esta enquanto o completo bem-estar físico, mental e social, não pode quedar-se pela afirmação dos princípios legais mas interpretados de forma miserabilista ou simbólica; a compensação tem deter um valor que efetivamente permita à vítima adquirir o que lhe dê prazer e a satisfação, um verdadeiro lenitivo.

IV – De entre os diferentes critérios a ter em conta na fixação da compensação, o decurso do tempo entre o evento lesivo e a determinação judicial da compensação não pode ser ignorado, porque o tempo é, em si mesmo, um facto juridicamente relevante.

V – Considera-se adequado o montante compensatório de 20000 Euros num caso em que, por negligência médica (imperícia), a agulha para administrar a anestesia para o procedimento odontológico partiu e ficou alojada no trígono retromolar, ainda que o paciente por tal não tenha ficado com qualquer diminuição funcional.

(...)

[Síntese dos Factos, extraída do corpo do Acórdão]

....a matéria de facto a considerar será então a seguinte:

- “1. O Autor nasceu a 4 de fevereiro de 1961.
2. A Ré A... mantém aberto um estabelecimento hospitalar onde presta serviços clínicos, designadamente, de medicina hospitalar à data sob a denominação “Hospital...” e atualmente “Hospital 4... – ...”.

3. No ano de 2014 o Autor foi assistido na “Hospital...” em uma consulta de clínica geral, seis consultas de ortopedia e uma consulta de oftalmologia.
4. A “Hospital...” disponibilizava aos utentes dos seus serviços para a área de medicina dentária, vários dentistas, entre os quais o segundo Réu.
5. No ano de 2014 o Autor recorreu à consulta do segundo Réu, no Hospital referido em 4), tendo sido submetido a tratamentos de endodontia do dente 22 (18 de agosto, 9 de setembro), com restauração dos meios retentivos (16 de setembro), exodontia, com sutura, das raízes do dente 26 (1 de setembro), dos dentes 27 (1 de setembro) e 24 (3 de novembro), bem como extração de quisto dentário detetado neste último (3 de novembro).
6. Em 11 de maio de 2015, em consulta do segundo Réu, o Autor foi submetido a tratamento de exodontia, com sutura, do dente 16.
7. No dia 9 de dezembro de 2015 o Autor dirigiu-se à “Hospital...” para a consulta de medicina dentária por sentir dores num dente da arcada inferior, o anterior ao dente do siso direito, tendo sido atendido pelo Réu.
8. Na data referida em 7) o Autor estava ciente do mau estado da sua dentição e da consequente necessidade de extrair dentes com lesões extensas quando não era possível a sua desvitalização ou restauração, a fim de os manter.
9. As dores referidas em 7) eram compatíveis com a existência de uma cárie extensa causadora de pulpite aguda que afetava o dente 47.
10. A pulpite é uma inflamação dolorosa da polpa dentária que é a parte mais interna do dente que contém os nervos e os vasos sanguíneos responsáveis pela vitalidade do dente.

11. A pulpíte aguda é considerada uma situação de emergência pela dor intensa que provoca.
12. A cárie dentária é a causa mais comum de pulpíte.
13. A cárie dentária é uma doença infecciosa de origem bacteriana que, não sendo tratada adequadamente, nomeadamente, por exodontia, pode progredir, alastrar aos tecidos moles adjacentes da boca ou a outras estruturas da face, da cabeça, entre outras, e dar origem a complicações graves, designadamente, infeções.
14. O segundo Réu identificou a pulpíte aguda do dente 47 e a necessidade de tratamento por exodontia (extração) por se encontrar com cárie extensa, não ter dente antagonista e, por isso, sem função mastigatória.
15. Após informar o Autor e obter a sua concordância, o Réu iniciou os procedimentos tendentes ao tratamento.
16. Segundo procedimento habitual, o tratamento foi iniciado com a administração de anestesia troncular para bloqueio do nervo alveolar inferior, prévia quer à extração, quer à desvitalização.
17. O tratamento da pulpíte aguda consiste, habitualmente, em desvitalização.
18. O Réu não pediu exame radiográfico prévio para aferir da remoção da cárie e tratamento restaurador.
19. A técnica anestésica foi efetuada da seguinte forma:
 - a) o segundo Réu pediu abertura máxima da boca ao Autor;
 - b) após, colocou o dedo indicador esquerdo no bordo anterior do ramo da mandíbula, paralelo e acima, aproximadamente, 1 cm do plano oclusal;
 - c) de seguida, identificou a rafe pterigo mandibular e fez a punção a 1/3 da distância do seu dedo à parte mais profunda da rafe com a carpule em diagonal no sentido do pré-molares opostos;

- d) a punção foi feita até tocar no osso, injetando um pouco de anestésico no trajeto;
 - e) após, recuou aproximadamente 1 mm e administrou o anestésico lentamente;
 - f) o Réu pressionou excessivamente a carpule.
20. O procedimento referido em 19) a) e e) corresponde à técnica correta.
 21. O Réu executa o procedimento de anestesia troncular, por rotina, quase diariamente, ao longo de 10 anos, com sucesso.
 22. O objetivo da anestesia correspondia ao bloqueio do nervo alveolar inferior, que foi conseguido.
 23. Após administrar a anestesia, o Réu retirou a seringa carpule e constatou que a agulha (nova e descartável) tinha partido, separando-se da carpule.
 24. Perante tal, como o início da agulha ainda era visível, o Réu tentou removê-la, mas não conseguiu.
 25. Prosseguindo na tentativa de remoção, o Réu fez incisão na gengiva do Autor explorando com uma pinça hemostática a fim de a extrair por tração através do orifício de entrada, sem sucesso, tendo deixado de ficar visível o início da agulha.
 26. Quando deu por terminada a intervenção, após sutura da incisão, o segundo Réu explicou ao Autor que, ao dar a anestesia, a agulha partira, já tinha feito tudo para a tirar e não podia prosseguir.
 27. A quebra da agulha está descrita na literatura médica como um dos riscos da anestesia local odontológica, embora considerado raro.
 28. O local mais frequente da ocorrência é na injeção a nível mandibular, mais especificamente, na anestesia do nervo alveolar inferior.
 29. Segundo a literatura médica a quebra da agulha pode estar associado à qualidade do material, à técnica anestésica ou a movimentos bruscos inesperados do paciente.

30. As boas práticas recomendam que, perante a fratura da agulha, se tente extraí-la de imediato, se informe o paciente do sucedido e, na impossibilidade da sua remoção, se referencie o paciente para um Hospital para avaliação e decisão se convém ou não extraí-la.
31. O segundo Réu medicou o Autor e referenciou-o para consulta com a Dr.^a DD, médica especialista em medicina maxilo-facial com vista à remoção da agulha, que agendou para 14 de dezembro seguinte.
32. Naquela ocasião a consulta de cirurgia maxilo-facial da Dr.^a DD ocorria uma vez por mês às segundas-feiras.
33. Na data referida em 31) a especialista prescreveu uma ortopantomografia para ver onde a agulha se encontrava alojada.
34. A ortopantomografia demonstrou que a agulha estava alojada no trígono retromolar direito – região anatómica da mandíbula localizada atrás do último molar, onde habitualmente se encontram os dentes do siso – entre a gengiva e o músculo.
35. A Dr.^a DD referiu ao A. a sua localização, que não atingia nervos e que era normalmente assintomática, não havendo indicação para a sua remoção cirúrgica e medicou-o; indagou, sem sucesso, da possibilidade de solução em radiologia com técnica não invasiva.
36. O Autor receava que a agulha pudesse deslocar-se e alojar-se no cérebro ou no coração e viesse a provocar-lhe a morte.
37. Devido ao receio referido em 36) o Autor sentia-se em pânico, não conseguia dormir, limitava a abertura da boca e passou a evitar esforços físicos.
38. Por pretender a remoção da agulha, em 17 de dezembro de 2015, pelas 20h00/20h30, o Autor dirigiu-se à “Hospital...” para falar com alguém da Direção.
39. No momento referido em 38), foi atendido pela chefe de turno administrativa D. FF.

40. Naquele horário, a Diretora do Centro de Gestão responsável pelo serviço de medicina dentária, Dr.^a GG, já não se encontrava na Hospital.
41. Tendo em vista inteirar-se da situação, no dia seguinte, a Dr.^a GG reuniu com o Coordenador do serviço de medicina dentária, Dr. HH e com o Réu.
42. Na sequência da reunião, o Réu elaborou um relatório clínico com a descrição sumária dos tratamentos dentários que tinha efetuado ao Autor.
43. Subsequentemente, a Dr.^a GG reuniu com o Autor propondo nova avaliação por um reputado especialista de cirurgia maxilo-facial, Dr. CC, o que aquele aceitou.
44. Após contacto para marcação da referida avaliação, a Ré A... informou o Autor, telefonicamente, que devia apresentar-se, no dia 22 de dezembro de 2015, no Hospital 1..., para ser consultado pelo referido cirurgião maxilo-facial.
45. O Réu informou o Autor que tinha um seguro de responsabilidade civil e que já havia participado à seguradora.
46. Após observar o Autor, o Dr. CC confirmou a presença da agulha no trígono retromolar direito e informou-o que para remoção da agulha tinha de o submeter a uma cirurgia com anestesia geral, a qual ficou agendada para 19 de janeiro de 2016; fez a cirurgia por insistência do A.
47. Na data referida em 46), o Dr. CC realizou cirurgia que consistiu na dissecação do músculo da mandíbula e identificou os nervos do trigémeo, lingual, alveolar e dentário inferior.
48. A dissecação referida em 47) permitiu comprovar localmente a agulha no músculo pterigoideu direito.
49. A intervenção correu bem, sem registo de intercorrências ou complicações, mas não foi conseguida a remoção da agulha, uma vez que a manobra apresentava um risco sério de causar

lesões nos nervos referidos em 47) e deixar sequelas, designadamente, de perda de sensibilidade e parestesia no lábio inferior, dos dentes inferiores e laterais.

50. Quando soube que o médico não conseguira remover a agulha o Autor ficou em estado de choque, revoltado e angustiado.
51. Devido à cirurgia o Autor ficou com edema na boca, gengiva e mandíbula direita, tendo sentido dores durante algumas semanas.
52. O Autor teve alta do internamento para a cirurgia no dia 20 de janeiro de 2016 por se encontrar hemo-dinamicamente estável.
53. Na consulta de pós-operatório realizada em 25 de janeiro de 2016, o Dr. CC explicou detalhadamente ao Autor a localização da agulha, o procedimento operatório e os riscos de lesões nos nervos, afirmando perentoriamente que não fazia qualquer outra tentativa de remoção e que não restava senão ficar em observação radiológica periódica para controlo da posição da agulha.
54. Na consulta referida em 53) o médico avisou que, por precaução, não deveria fazer ressonâncias magnéticas.
55. Por via da cirurgia o Autor foi medicado, teve indicação para fazer dieta líquida/mole e teve baixa para o trabalho por dez dias.
56. Nas consultas de revisão pós-operatória realizadas em janeiro, fevereiro e março de 2016, o Dr. CC confirmou, por controlo radiológico, que a agulha permanecia na mesma posição e localização.
57. Nessas consultas o médico considerou que as queixas que o Autor apresentava eram as habituais e próprias da intervenção cirúrgica e não tinham a ver com a presença da agulha no trígono retromolar, encarando-as como passageiras e propondo tratamento analgésico.

58. O Autor teve alta da consulta de cirurgia em 4 de março de 2016 , data da consolidação médico legal.
59. Em 3 de fevereiro de 2016 o Autor foi colher uma segunda opinião médica, consultando o cirurgião maxilo-facial Dr. II pois era-lhe difícil aceitar que a agulha não pudesse ser extraída.
60. O médico identificado em 59) prescreveu uma Dentascan da maxila e uma TAC da face, exames que o Autor realizou no dia seguinte.
61. A Dentascan revelou que nas áreas edêntula o osso apresentava altura diminuída existindo focos de espessamento mucoso revestindo os seios maxilares de origem inflamatória.
62. A TAC revelou a existência da agulha horizontalizada, adjacente e paralela à cortical medial interna da mandíbula direita e o seu topo atingia quase a proximidade do limite posterior do ramo da mandíbula.
63. Perante a informação contida na TAC, o Dr. II foi de opinião que não devia fazer-se outra tentativa de remoção devido a risco de lesões vasculares e nervosas.
64. O cirurgião em causa referiu que o Autor não devia fazer, por precaução, ressonâncias magnéticas.
65. O aparelho de ressonância magnética funciona como um grande íman que gera um campo eletromagnético extremamente forte que pode levar ao movimento ou aquecimento de objetos metálicos, consoante a sua composição; pessoas com implantes (tudo o que não é natural no organismo, podendo ser uma prótese, implante dentário ou, no caso, uma agulha), podem ser sujeitas a uma ressonância magnética após verificação da compatibilidade, ou não, do preciso material implantado com o equipamento a usar.
66. O Dr. II também aconselhou o Autor a continuar em observação para controlo clínico e radiológico.

67. Nas consultas de 10 de fevereiro, 2, 23 e 30 de março de 2016 com o Dr. II, o Autor apresentava trismos com abertura bucal de um dedo/dedo e meio e queixas de dores, consequências da cirurgia referida em 47), levando a que aquele prescrevesse fisioterapia, assim como exercícios de abertura bucal de maneira a evitar contraturas musculares e a alcançar melhora sintomática.
68. Em 21 de março de 2016 o Autor apresentava edema da face direita, queixas de dor à palpação da região masseterica e limitação da mobilidade mandibular e da língua enquadradas no contexto pós-cirúrgico.
69. O Autor fez 19 sessões de fisioterapia da qual teve alta com ligeira melhora do edema e da mobilidade mandibular mantendo queixas álgicas.
70. Em 17 de outubro de 2016 o Autor voltou à consulta do Dr. CC com queixas álgicas.
71. Mais uma vez, o médico verificou que a agulha continuava na mesma localização e posição.
72. Na sequência da pulpíte aguda do dente 47 e da intervenção do Réu, o Autor ficou com edema facial, dores na mandíbula e dificuldade de mastigação durante alguns dias.
73. Com a intervenção cirúrgica referida em 47) os sintomas identificados em 72) regressaram.
74. O Autor manteve dieta líquida/mole durante várias semanas após as intervenções referidas em 24), 25) e 47).
75. Devido à intervenção do Réu, à recuperação da cirurgia e ao referido em 37), o Autor faltou ao serviço de 21 de dezembro de 2015 a 31 de janeiro de 2016, de 8 de março a 18 de maio e de 9 de setembro a 19 de dezembro de 2016.
76. Uma das filhas do Autor casou no dia 12 de dezembro de 2015 não tendo este disfrutado do convívio por sentir emocionalmente debilitado e com dores.

77. Nos dias subsequentes às consultas de dezembro de 2015 e à cirurgia realizada em 19 de janeiro de 2016 o Autor não pôde tomar alimentos sólidos tendo emagrecido.
78. O Autor não festejou o Natal de 2015 e Ano Novo subsequente apesar da reunião com os familiares mais próximos, isolando-se destes.
79. Durante alguns meses o Autor deixou de se reunir com os amigos e familiares.
80. Após o período de ausência de serviço, por decisão da direção da escola, que colocara outro Colega no seu posto de trabalho na recepção da escola, o Autor passou a fazer vigilância exterior.
81. Além dos referidos em 75), Autor teve períodos de baixa médica entre de 13 de fevereiro a 17 de março de 2017 e de 12 a 30 de setembro de 2017.
82. O Autor necessita de fazer, por precaução, controlo radiográfico periódico, anual (dados os anos já decorridos sem alteração), para monitorizar a agulha a fim de prevenir o risco de migração, o que implica custos com consultas, exames e deslocações para o efeito.
83. O receio referido em 36) provocou-lhe angústia, medo e insónias.
84. O equipamento de ressonância magnética tem a capacidade de gerar imagens nítidas, sem necessidade de recorrer a radiação ionizante, tendo vantagens na realização de diagnósticos em relação a outros exames.
85. A realização de ressonâncias magnéticas pelo Autor depende de teste prévio de agulha com as características referidas em 107) para verificar o efeito produzido pelo equipamento, como antes referido.
86. O Autor gostava de trabalhar, era alegre, saía com a família e os amigos, tendo perdido o interesse no convívio durante vários meses.

(...)

O Direito aplicável aos factos:

Seremos tão sucintos quanto possível e com o enfoque posto naquilo que é o objeto de recurso – sendo de observar, também na parte jurídica, o cuidado posto pelo tribunal a quo na elaboração da sentença, sem prejuízo de não concordarmos com ela em toda a linha, como veremos.

Recuperamos agora as questões jurídicas que já enunciámos.

A) Se por facto ilícito praticado pelo R. deve a sua seguradora, a 3.^a R., ser condenada solidariamente com a 1.^a R., no âmbito de concurso efetivo (não meramente aparente, por força da consunção) entre a responsabilidade civil contratual e a extracontratual.

B) Se o A. padece de diminuição funcional enquadrável no âmbito do dano biológico.

C) Se se justifica a realização de exame futuro atinente a determinar se o A. pode, ou não, ser sujeito a uma ressonância magnética, no âmbito da decisão de relegar para execução de sentença a liquidação da compensação por tal eventual dano não patrimonial.

D) Se a quantia compensatória, pelos danos não patrimoniais sofridos pelo A., fixada pelo tribunal a quo, semostra adequada.

Tal como fizemos aquando da discussão da matéria de facto, não iremos reproduzir os considerandos jurídicos tecidos na sentença em apreço; limitar-nos-emos à discussão do que se mostra controvertido.

Assim, e quanto à primeira questão,

Concordamos com o entendimento da primeira instância, pelo que a resposta será negativa.

Existe responsabilidade civil quando uma pessoa é obrigada a reparar um dano sofrido por outra.

O art.º 483.º, n.º 1, do Código Civil (C.C.) dispõe da seguinte forma: “[a]quele que, com dolo ou mera culpa, violar ilicitamente o direito de outrem ou qualquer disposição legal destinada a pro-

teger interesses alheios fica obrigado a indemnizar o lesado pelos danos resultantes da violação”.

A responsabilidade civil por facto ilícito pressupõe “a existência de um facto voluntário do agente e não de um mero facto natural causador de danos; a ilicitude desse facto; que se verifique um nexo de imputação do facto ao lesante; que da violação do direito subjetivo ou da lei derive um dano, pois sem isso não se põe qualquer problema de responsabilidade civil, e, também que haja um nexo de causalidade entre o facto praticado pelo agente e o dano sofrido pela vítima, de modo a poder concluir-se que este resulta daquele”.

De acordo com os factos provados, todos estes pressupostos estão preenchidos, pois o R. (cuja responsabilidade civil emergente da sua atividade profissional estava transferida para a 3.^a R.) praticou, voluntariamente, um facto, ilícito [por violar normas destinadas a proteger interesses alheios, no caso as atinentes à tutela do direito à integridade física, bem jurídico tutelado ao nível constitucional no art.º 25 da Constituição da República, com emanção infraconstitucional, quer no direito civil, no art.º 70.º, n.º 1, do C.C., quer no direito criminal, desde logo no art.º 143.º, n.º 1, do Código Penal, com culpa (por merecedor de um juízo de censura, nos termos do art.º 487.º, n.º 2, do C.C.), ainda que negligente (por imperícia) – enquanto violação do dever de cuidado – do qual emergiram danos para o A.

A propósito do termo que acabámos de usar, imperícia, citamos o acórdão proferido pelo Supremo Tribunal de Justiça no processo n.º 453/13.7T2AVR.P1.S1, de 31/03/2022, relatado por Ferreira Lopes, “[a] culpa em sede de responsabilidade médica, traduz-se na omissão de diligência e competências exigíveis. Há assim culpa quando o médico, na sua actuação, se desvia do modelo de comportamento – em termos de prudência, competência e atenção – que ele podia e devia ter adoptado, desvio que, como sublinhado no citado acórdão do STJ de 12.01.2022, se pode manifestar por 3 formas: – negligência, entendida como omissão dos cuidados de-

vidos; – imprudência, que se caracteriza pela adoção imponderada de condutas arriscadas e inadequadas; – imperícia, que se caracteriza pela ausência dos saberes teóricos, da capacidade técnica e da destreza prática adequada ao ofício que profissionalmente exerce.”

O juízo de valor antecedente tem o apoio factual na matéria enunciada como provada. Assim:

Facto voluntário: facto n.º 15.

Ilícito: facto n.º 34.

Culposos: factos n.º 19, al. f), e n.º 23.

Dano: factos n.º 34, 36, 37, 47, 50 a 52, 55, 58, 62, 64, 67 a 69, 73 a 83, 85, 86 e 91 a 96.

Nexo de causalidade entre o facto voluntário, ilícito, culposos e o dano ocorrido: 19, al. f), e 34.

Sobre este nexo, voltamos a citar o acórdão atrás referido:

“[p]ara a teoria da causalidade adequada, na vertente negativa, que é a seguida no nosso [direito], o

facto que actuou como condição do dano deixa de ser considerado como causa adequada, quando para a sua produção tiverem concorrido decisivamente circunstâncias anormais, excepcionais, que intercederam no caso concreto. Esta vertente negativa da causalidade adequada não pressupõe a exclusividade do facto condicionante do dano, nem exige que a causalidade tenha de ser directa e imediata, pelo que admite não só a concorrência de outros factos condicionantes, contemporâneos ou não, como ainda a causalidade indirecta, bastando que o facto condicionante desencadeie outro que directamente suscite o dano”.

Não obstante,

in casu, é inquestionável a causalidade adequada, pois os (sucessivos) danos foram consequência directa do evento causado por imperícia do R. (ter pressionado a carpule, como vimos já) – este aspeto

é de manter em linha de conta, dado que, adiante, consideraremos não estar quebrado o nexo de causalidade relativamente à posterior cirurgia a que o A. foi sujeito para tentar remover a agulha.

Segundo o art.º 562.º do C.C., “[q]uem estiver obrigado a reparar um dano deve reconstituir a situação que existiria, se não se tivesse verificado o evento que obriga à reparação”.

(...)

Resta a derradeira questão, “D) [s]e a quantia compensatória, pelos danos não patrimoniais sofridos pelo A., fixada pelo tribunal a quo se mostra adequada” – 10000 Euros. fixada pelo tribunal a quo se mostra adequada” – 10000 Euros. Reiterando o respeito devido por diferente entendimento, novamente discordamos com o tribunal a quo.

Mantendo presentes os factos pertinentes aos danos não patrimoniais sofridos pelo A. e tidos em conta pelo tribunal recorrido, bem como os considerandos sobre tal tecidos, salientamos ainda o seguinte (e no seguimento de tudo o quanto vimos dizendo).

- a) Há uma cadeia de eventos dolorosos e geradores de vários incómodos (no que se incluem, entre os demais constantes dos factos provados e no tempo em que o foram, a transitória alteração de alimentação, bem como os trismos, ainda que temporários) que não pode ser obliterada: não fosse o evento inicial de a agulha ter partido aos 09/12/2015, não teria o A. de ter sido submetido a uma cirurgia (ainda que a seu pedido, pois é um direito seu tomar as decisões atinentes à sua saúde) com anestesia geral, não teria andado a procurar outra segunda (terceira opinião, não teria feito fisioterapia) ...
- b) O evento aconteceu aos 09/12/2015, a cirurgia para tentar remover a agulha aos 19/01/2016 e a alta foi considerada como verificada aos 04/03/2016

- c) A angústia (e receio) foi persistente no tempo, tal como foi a persistência do A., pois que após a ida ao cirurgião CC, que o operou, foi ainda pedir opinião ao Dr. II.
- d) Se, e como afirmámos antes, a simulação pode coexistir com a somatização, o que é facto é que esta foi referida em diferentes relatórios, sendo que quanto a tal também já referimos que o A., após o julgamento (pelo menos), está na posse dos elementos para começar a trabalhar mentalmente a questão, a sós ou com ajuda psicológica.
- e) O decurso do tempo, pois que esta ação deu entrada em juízo aos 18/11/2016 e estamos aos 10/07/2024... Como observámos antes, diferentes fatores contribuíram para o decurso do tempo; no entanto, consabidamente, o decurso do tempo é um facto juridicamente relevante.

Não é exigível que um utente de um tribunal considere o decurso do tempo do mesmo modo que os diferentes intervenientes processuais (e partes que sejam pessoas coletivas...), até porque, como é evidente, para o utente é “o seu processo”, “o seu problema”.

Ora, tendo presente tudo quanto ao longo deste acórdão vimos referindo (inclusive no atinente aos critérios de determinação do montante de compensação, que não pode ser meramente simbólico, a situação económica de ambas as partes, em que de um lado temos um auxiliar de ação educativa e do outro um relevante grupo de hospitais em diferentes cidades e, de não esquecer, o decurso de tanto tempo...), consideramos adequada a compensação de 20000 Euros pelos danos não patrimoniais sofridos pelo A. – Tanto mais que a angústia, por assim dizer, do mesmo foi efetivamente sentida.

Assim, também nesta parte a sentença recorrida será revogada, pelo que a redação do ponto decisório A c) passará a ser a seguinte:

“A quantia de 20000 Euros a título de compensação pelos danos não patrimoniais sofridos, acrescida de juros à taxa legal de 4% desde a presente data até integral e efetivo cumprimento”.

Pelo exposto, o presente recurso será julgado parcialmente procedente.

III – Decisão

Pelos motivos expostos, e nos termos das normas invocadas, acordam os juízes destes autos no Tribunal da Relação do Porto em julgar parcialmente procedente o recurso de apelação interposto pelo A. e, consequente, revoga-se a sentença proferida no respeitante ao seguinte:

O excerto decisório A d), é substituído pelo seguinte:

“A d) Compensar o A. na quantia de 1000 Euros, a título de danos não patrimoniais, pela eventual necessidade de, caso seja necessário fazer uma ressonância magnética, ter de se sujeitar a um teste de compatibilidade de agulha igual à agulha alojada na mandíbula com o concreto exame de ressonância, zonado corpo e equipamento a utilizar (e possibilidade existente de, em concreto, o mesmo não poder ser realizado)”.

O excerto decisório A c), é substituído pelo seguinte:

“A quantia de 20000 Euros a título de compensação pelos danos não patrimoniais sofridos, acrescida de juros à taxa legal de 4% desde a presente data até integral e efetivo cumprimento”.

No mais, não alterado por este acórdão, mantém-se a decisão recorrida.

Custas na primeira instância e da apelação na proporção do decaimento nos termos do art.º 527.º, n.º 1, e n.º 2, do C.P.C.

Porto, 10/07/2024.

Este acórdão é assinado eletronicamente pelos respetivos:

Jorge Martins Ribeiro | Miguel Baldaia de Moraes | Anabela Moraes

INFORMAÇÃO, CONSENTIMENTO E REGISTO CLÍNICO

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DA RELAÇÃO DE LISBOA DE 10-11-2016

Processo: 23592/11.4t2snt.L1-2 | Relator: Jorge Leal

Data do Acórdão: 10-11-2016

Votação: Unanimidade

Meio Processual: Apelação

Decisão: Parcialmente Procedente

Sumário:

I. Através do consentimento informado o paciente aceita transferir para a sua esfera jurídica as eventuais consequências danosas emergentes do ato médico realizado com integral respeito pela *leges artis*.

II. Inexistindo consentimento informado o agente do ato médico será responsabilizado pela violação da autonomia do paciente, necessariamente modulada pela concretização prática das circunstâncias que não foram indevidamente abarcadas pelo exigível esclarecimento prévio, sendo certo que haverá que averiguar, caso a caso, quais os riscos que deveriam ter sido antecipadamente comunicados.

III. No caso destes autos, em que se está perante uma mulher saudável, militar no ativo, que na sequência do que lhe foi apresentado como um ato de medicina dentária inofensivo (extração do siso), sofreu lesão no nervo lingual direito, o que no imediato e durante pelo menos um ano lhe provocou fortes dores, grande dificuldade em comer e em falar, sensação de *encortijamento* e de formigueiro

na língua e perda de sensibilidade na língua, em virtude dessas limitações não conseguiu praticar treino físico e não conseguiu realizar as provas físicas exigidas pela sua condição militar nos anos 2009 a 2011, por inaptidão médica, sofrendo a angústia inerente ao facto de tanto a progressão na carreira militar como a manutenção no ativo dependerem de aprovação em testes de condição física e ainda hoje, decorridos oito anos após a extração do aludido dente, a A. mantém dor permanente no pavimento da cavidade oral à direita e na hemilíngua direita, com sensação de formigueiro, com parestesia, com sensação de encortiçamento, com grande dificuldade e dor na mastigação, não consegue mastigar com o lado direito, continua a acontecer-lhe morder a língua inadvertidamente, mantendo a insensibilidade na hemilíngua direita, mantém a dificuldade em articular a fala e em pronunciar corretamente algumas palavras, afigura-se adequada a atribuição, a título de indemnização por danos não patrimoniais, da quantia atualizada de € 18 000,00.

(Sumário elaborado pelo Relator)

Relatório:

Em 03.10.2011 Anabela intentou no Juízo de Grande Instância Cível, de Sintra, Comarca da Grande Lisboa – Noroeste, ação declarativa de condenação com processo ordinário contra Clínica, Lda. e Dr. Fernando pedindo a condenação solidária dos RR. a pagar-lhe a quantia de € 498,08 a título de danos patrimoniais sofridos e quantia não inferior a € 35.000,00 a título de danos não patrimoniais, montantes acrescidos de juros calculados à taxa legal desde a data da citação e até integral e efetivo pagamento e ainda o montante que se viesse a apurar no decurso da ação como correspondendo aos danos por si sofridos de natureza patrimonial ou não patrimonial, acrescido de juros calculados à taxa legal desde a condenação e até integral e efetivo pagamento.

Para o efeito a A. alegou que a 1ª R. se dedica, com escopo lucrativo, à prestação de serviços de estomatologia e o 2º R., médico esto-

matologista, presta a sua atividade profissional na clínica da 1ª R., por conta desta, além de ser seu sócio e gerente. A 1ª R. tem estabelecimento aberto ao público e foi aí que a A. se dirigiu, tendo sido assistida e consultada pelo 2.º R., na sequência do que lhe indicou que o dente do siso, que se encontrava incluso, deveria ser extraído, ficando a extração agendada para o dia 10 de Outubro de 2008. Na data agendada, o 2º R. após examinar a ortopantomografia realizada, administrou-lhe anestesia local e a cirurgia iniciou-se sem que sentisse qualquer dor, mas durante a mesma sentiu uma forte dor, gemendo, o que levou o 2.º R. a reforçar a anestesia, sem resultado pois continuou a sentir dores, o que manifestou aos presentes 2.º R. e assistente. Quando a cirurgia terminou foi suturada e medicada pelo 2.º R. com antibióticos e analgésicos. Saiu da clínica com muitas dores e dificuldade em falar. Em 16 de Outubro de 2008 a A. teve de recorrer ao Posto Médico da sua Unidade pois continuava com muitas dores, dificuldade em falar e alimentar-se, apresentando falta de sensibilidade na hemilíngua direita, aí foi medicada para alívio das dores; no dia seguinte regressou ao posto médico pois as dores mantinham-se, tendo ficado com atestado médico que a dispensou do trabalho por um período de 5 dias; pelos mesmos motivos voltou a recorrer ao posto médico no dia 24 de Outubro de 2008. Ao longo de seis meses a A. manteve contato com os RR., tendo-lhe o 2.º R. receitado por diversas vezes analgésicos, referindo que os sintomas que tinha eram resultado da anestesia e desapareceriam com o tempo; durante este tempo manteve sempre dores constantes na hemilíngua direita, com perda de sensibilidade na face direita, grande dificuldade em articular a fala e diminuição da força muscular facial. A dada altura apercebeu-se que sempre que fazia esforço físico maior, ou se enervava, a língua parecia inchar, as dores aumentavam e espalhavam-se. No início de 2009 o 2º R. fez uma placa de relaxamento flexível para o maxilar superior com vista a aliviar-lhe as dores, o que não surtiu o efeito desejado. Por conta deste quadro clínico e para seu tratamento passou a ser seguida em consultas de especialidade, com introdução de diversos

medicamentos, com vários esquemas terapêuticos devido às dificuldades em tolerar a medicação, sofrendo com efeitos secundários provocados por esta; iniciou igualmente programa de reabilitação definido por médica fisiatra do Hospital da Força Aérea. Atualmente ainda mantém dor permanente no pavimento da cavidade oral à direita e na hemilíngua direita, com grande dificuldade e dor na mastigação, sintomas que se intensificam quando faz esforço físico ou está sujeita a estados de tensão; tendo alterado alguns dos seus hábitos de modo a não intensificar tais dores. Esta situação determina-lhe uma incapacidade para o trabalho, já que não consegue realizar com aproveitamento as provas físicas obrigatórias dada a sua condição de militar no ativo, o que impedirá igualmente a sua progressão na carreira militar e poderá mesmo implicar a reforma, o que muito desgosto e angústia lhe causa. Durante a exodontia o 2.º R. ao serviço da 1.ª R. ao manusear os instrumentos cirúrgicos e anestésicos atingiu e lesionou os nervos trigémio, mandibular, oftálmico, maxilar, lingual e alveolar inferior, não tendo procedido com o zelo, diligência, perícia e cuidado que a situação requeria; deveria ter feito e não fez uma avaliação cuidada da posição do dente a extrair face ao posicionamento dos nervos envolventes de modo a não os atingir. A exodontia era possível ser feita sem lesão de qualquer nervo na zona, desde que empregue o cuidado devido, o que no caso não aconteceu e foi essa falta de cuidado que determinou o quadro clínico que apresenta. Acresce que em momento algum os RR. a informaram da existência de algum risco na cirurgia a realizar.

Os RR., citados, vieram contestar, aceitando prestar as atividades indicadas pela A., esclarecendo que a mesma desde há muitos anos era doente do 2º R.. Aceitam igualmente ter o 2.º R. proposto a extração cirúrgica do referido siso, alegando ter este prestado toda a informação sobre o diagnóstico e procedimentos adequados ao caso, bem como fornecido informações detalhadas sobre a intervenção, o pós-operatório e os potenciais riscos, tendo a A. dito que ia pensar na possibilidade da extração, dada a possível dificuldade

da mesma; posteriormente a A. decidiu efetuar a extração do dente incluso. A cirurgia correu bem, sem quaisquer intercorrências ou complicações, seguindo-se todos os procedimentos, não obstante o 2.º R. ter tido necessidade de reforçar a anestesia. O 2.º R. usou de toda a diligência, zelo, cuidado e perícia, impugnando todos os factos e considerações em sentido contrário. Apenas em 23 de outubro de 2008 a A. foi observada pelo 2.º R. que face às queixas apresentadas colocou como hipótese diagnóstica a nevralgia do trigémio. Em 28 de Outubro de 2008 a A. foi de novo observada tendo o 2.º R. prescrito um analgésico para as queixas dolorosas. Sem conceder alegam que a perda de sensibilidade na face direita é inexplicável por uma lesão dos nervos suscetíveis de serem afetados na cirurgia, nervo lingual e nervo alveolar inferior; acresce que a diminuição da força muscular não é suscetível de ser imputada à atuação do 2º R., já que os nervos passíveis de serem lesados são sensitivos e não motores; o mesmo dizendo quanto ao alegado agravamento das queixas em situação de stress físico ou psíquico. Em Janeiro de 2009, o 2º R. voltou a observar a A. tendo aplicado uma goteira de relaxamento dado o atipismo das suas queixas conjugadas com outras, anteriormente referidas, compatíveis com problemas nas articulações temporomandibulares; a partir desta data não voltaram a ter notícias da A.. Impugnam todos os factos pessoais alegados pela A., alegando não ter o 2.º R. atingido qualquer dos nervos por esta referidos; impugnam igualmente os montantes peticionados a título de danos.

Foi proferido saneador tabelar e selecionada a matéria de facto assente e fixada a base instrutória. Realizou-se prova pericial e procedeu-se à audiência final.

Em 29.12.2015 foi proferida sentença em que se julgou a ação improcedente por não provada e, consequentemente, se absolveu os RR. dos pedidos contra eles formulados.

A A. apelou da sentença, tendo apresentado alegação em que formulou as seguintes conclusões:

1. A Recorrente não concorda e impugna, por considerar incorretamente julgados, os pontos de facto u), bbb), hhh) e iii) da matéria de facto provada, bem como os pontos da matéria de facto não provada (os quais não foram objeto de numeração na sentença) enunciados nas posições 1, 28, 30, 31, 32, 36, 37, 44 e 47, pelos motivos especificadamente aduzidos supra no corpo das alegações, com referência aos concretos meios de prova convocados, incluindo indicação e transcrição das passagens da gravação dos depoimentos em foco, culminando também aí com a indicação da decisão que, no entender da Recorrente, deve ser proferida sobre cada um desses pontos de facto impugnados.
2. Relativamente ao ponto de facto u), está o mesmo relacionado com os factos não provados na posição 9 e 10, e resultam todos eles da matéria vertida nos quesitos 11º e 15º da B.I., alegada pela A.; acontece que, ouvido o depoimento da testemunha Isabel Barros Silva (passagens 02:35 a 06:44), médica que assistiu e acompanhou a A. no aludido Posto Médico da Força Aérea, pelo menos deverá ser dado como provado que também referiu dificuldade em alimentar-se. Razão pela qual, se entende que cabe alterar o ponto de facto u) da matéria dada como provada, passando do mesmo a constar: “E no dia 24/10/2008 voltou a recorrer ao atendimento do mesmo Posto Médico, referindo dor, dificuldade em alimentar-se e sensação de encurtamento da língua, do lado direito”.
3. A matéria em causa no ponto de facto provado hhh) e ponto de facto não provado 1, vinha alegada pelos RR. e pela A., corresponsivamente, constando dos quesitos 80º e 2º da B.I., assentando o Tribunal a quo o seu julgamento nas declarações de parte prestadas pela A. e na sua ficha clínica existente nos 36 serviços da 1ª R. e junta pelos RR. na contestação; acontece que, ouvidas as declarações de parte (em especial passagens 02:00 a 02:54) e analisada a aludida ficha clíni-

ca, bem como analisados os articulados, conclui-se que da prova não resulta nem a parte aceitou que o 2º R. lhe tenha sugerido destartarização, nem proposto extração cirúrgica do dente. Cabendo, salvo melhor opinião, eliminar o ponto de facto 1 da matéria não provada e alterar o ponto de facto hhh) da matéria provada passando a constar “Perante as queixas da A. o 2º R. pediu ortopantomografia e propôs como solução a extração do referido siso”.

4. O ponto de facto 44 da matéria não provada, vinha alegado pela A. na PI e foi quesitado sob 81º da B.I., entende a Recorrente que tal matéria deve ser julgada provada, com base na ponderação conjugada da ficha clínica da A., das declarações de parte da A. (passagens 02:00 a 04:19, 07:08 a 19:12 e 55:54 a 56:45), dos depoimentos das testemunhas Ana (passagens 05:45 a 06:45, 11:52 a 12:12 e 12:39 a 13:24) e Mónica (passagens 02:16 a 03:25, 05:13 a 05:55, 06:56 a 07:27 e 08:44 a 09:51), ambas camaradas e amigas da A., bem como da testemunha Isabel (passagens 00:46, 01:41 a 02:26, 05:42, 07:33 e 11:50 a 13:46), assistente pessoal do 2º R. há mais de 30 anos, à luz das regras da experiência comum. Esses meios de prova infirmam o raciocínio e decisão do Tribunal a quo, ao invés da prova só pode e deve inferir-se e dar como provado que “Os RR. nunca informaram a A. da existência de algum risco na cirurgia a realizar, fosse ao nível de lesão de algum nervo ou qualquer outra, nem sequer mencionaram à A. que fosse uma cirurgia, uma extração, especialmente complicada”, consequentemente, eliminando-se tal ponto 44 da matéria não provada.
5. Até porque, como adiante melhor se abordará, esta alteração parece ser a consequência lógica e a única solução que se coaduna com o ponto de facto 48 da 37 matéria não provada, nos termos do qual não se provou se o 2º R. informou a A. sobre potenciais riscos da extração.

6. A matéria constante do ponto de facto iii), salvo melhor opinião, dever ser suprimida da matéria de facto provada. Primeiro, porque não contém verdadeiros factos, no sentido de acontecimentos simples e concretos da vida real, mas antes conceitos conclusivos; factos seriam a descrição do que o 2º R. alegadamente poderá ter dito, mas a verdade é que os próprios RR. não alegaram quaisquer (verdadeiros) factos. O art. 607º, nº 3 e 4, do CPC, exige que o Juiz discrimine os factos provados e não provados, e pese embora não exista no NCPC norma semelhante à do art. 646º, nº 4, do anterior CPC, a consequência da falta de indicação dos factos só pode ser a mesma: considerar-se não escrito o que não seja verdadeiro facto; violou o Tribunal a citada norma, cuja correta interpretação e aplicação, ressalvado o respeito por melhor opinião, é a que se vem de expor. Segundo, porque, também aqui, afigura-se uma consequência lógica do ponto de facto 48 da matéria não provada, uma vez que da fora como estão encontram-se em contradição entre si; não se pode dar como provado que o 2º R. prestou estas e aquelas informações se não se provam o respetivo conteúdo.
7. Impugna-se igualmente o ponto de facto 47 da matéria não provada, corresponde matéria alegada pela A. e quesitada em 74º e 75º da B.I.. Da ponderação conjugada da matéria julgada provada em ccc) e da prova produzida, com o depoimento da testemunha Isabel (passagens 00:46 e 05:25) e a própria ficha clínica da A. junta pelos RR. na contestação, assim como o próprio conhecimento sobre os riscos da extração assumidos pelos RR. no artigo 46º da contestação e as respostas dadas pela Perita, resultam inferidos e provados, à luz das regras da experiência, dois pontos de facto a aditar: “Os RR. conheciam a situação referida em ccc) e rrr)” e “O 2º R. é um médico estomatologista experiente”.
8. O ponto de facto bbb) vem em resposta aos quesitos 65º e 66º da B.I., tendo-lhes o Tribunal a quo acrescentado um

conceito que é conclusivo – “complicação do próprio ato cirúrgico” – e que, pelas mesmas razões aduzidas na conclusão 6. relativamente ao ponto de facto iii), por não traduzir um verdadeiro facto, cabe expurgar da matéria de facto provado, sendo quanto resulta da correta interpretação e aplicação do art. 607º, nº 3 e 4, do CPC, norma que vem violada.; consequentemente, quedando o ponto de facto bbb) com a seguinte redação:

“Do ato terapêutico cirúrgico referido em g) resultou a lesão do nervo lingual direito”.

9. Sem prejuízo, além de não constituir um verdadeiro facto, também não se trata de um conceito corrente ou de fácil compreensão, não dispensando a devida discriminação ou pormenorização; o que quer que se entenda por essa expressão, também não resulta da matéria alegada pelas partes ou introduzida, a requerimento ou oficiosamente, no seguimento da instrução; até mesmo os RR. que poderiam nisso ter interesse defenderam até final que não existiu qualquer lesão. Não tendo sido respeitado o contraditório, em violação do art. 3º, nº 3, do CPC, surgindo tal “facto” na sentença, sempre seria nesse ponto nula a sentença por excesso de pronúncia, nos termos do art. 615., nº 1, al. d), do CPC.
10. Impugna-se o ponto de facto 28 da matéria não provada, pugnando-se pela respetiva eliminação; feita a análise conjugada dos meios de prova produzidos, em especial o depoimento da testemunha Maria (passagens 11:24), deve, s.m.o., ser aditado à matéria de facto provada um ponto com o seguinte teor: “Para além das dificuldades referidas em rr), o referido em kk) dificulta a prática exercício físico de lazer, como, por exemplo, caminhada”.
11. Igualmente se impugna e pugna pela eliminação dos pontos de facto 30 e primeira parte do 32, ambos da matéria não provada, feita a análise conjugada em especial dos depoi-

mentos das testemunhas Maria, (passagens 07:43 e 11:24), Sandra (passagens 09:48) e Isabel (passagens 21:44, 33:40 e 52:35), com os Registos Individuais de Inspeção Sanitária e declaração da Força Aérea, constantes de fls. 404 a 407, tendo presente a época a que remontam os factos, tendo a ação sido instaurada em 2011, com aditamento à matéria de facto provada de um ponto com o seguinte teor: “Em virtude da situação referida em kk) a nn) a A. não conseguia praticar treino físico e não conseguiu realizar as provas físicas referidas em tt) nos anos 2009 a 2011 por inaptidão médica”.

12. O ponto de facto não provado 36, s.m.o., também deve ser eliminado, ponderado o conteúdo do depoimento da testemunha Sandra (passagens 07:25, 11:08, 11:30, 12:28 e 13:06), sua camarada e amiga, avaliado à luz das regras da experiência comum; motivando e justificando o aditamento à matéria de facto provada de um ponto com o seguinte teor: “Derivado à situação referida em kk)a nn), a A. sente-se, física e psicologicamente, diminuída nas suas capacidades para desempenhar as suas funções, o que lhe causa grande sofrimento e angústia”.
13. O ponto facto não provado 37 deve, s.m.o., ser igualmente eliminado, uma vez que em sentido oposto vão os depoimentos das testemunhas Sandra (passagens 10:30, 12:03 e 17:33) e Isabel (passagens 35:42 e 37:20), atendendo às sequelas provadas em kk) a nn), ao facto de na perícia se ter reconhecido a existência e atualidade dessas sequelas e o rebate a fls. 315, a obrigatoriedade das provas físicas anuais referidas em tt), os receios da A. são mais que justificados e atuais, à luz da experiência; justificando-se, s.m.o., aditar à matéria de facto provada um ponto com o seguinte teor: “A A. vive angustiada, ansiosa e com medo pelo facto de poder vir a ser dada incapaz para o trabalho por Junta Médica da Força Aérea, em consequência do referido em kk) a nn)”.

14. Face à matéria de facto julgada provada e não provada, incluindo as alterações preconizadas supra em sede de impugnação de facto, tendo o Tribunal a quo reconhecido expressamente a verificação da lesão na A. como consequência da atuação do 2º R., mal andou depois ao não responsabilizar os RR., em violação a normas que, s.m.o., impõem a condenação.
15. Impendia sobre o 2º R., enquanto médico, o dever de informar a A., enquanto sua paciente, acerca do ato médico a praticar e dos riscos envolventes e resulta da matéria de facto que os RR. não o fizeram, em violação do disposto.
16. O dever de informação e o consentimento informado tem consagração legal, nomeadamente: na Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (publicada no DR 1ª Série de 3/1/2001); na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (art. 3º); arts. 25º e 26º, da CRP; art. 70º, do CC (direito geral de personalidade); no Código Deontológico da Ordem dos Médicos (arts. 5º, 10, 31º, 44º e 45º), aprovado ao abrigo do art. 13º do Estatuto da Ordem dos Médicos aprovado pelo DL 282/77 de 05/07; e Lei de Bases da Saúde (Lei 48/99 de 24/8); normativos que vêm violados pelos RR. e pelo Tribunal.
17. A violação deste dever legal de informar torna a intervenção (extração do siso) numa ofensa corporal não consentida para efeitos do art. 340º, do CC, e esta omissão gera responsabilidade para o obrigado, nos termos previstos nos art. 485º, nº 2, e 486º, do CC, ainda que a título de mera culpa; normas estas que o Tribunal a quo não aplicou e cuja decisão viola.
18. Nos termos do disposto no art. 342º, nº 2, do CC., o ónus da prova do cumprimento do dever de informação impedia sobre os RR., outra coisa seria obrigar a A. a provar factos negativos; não aplicou e violou o Tribunal a quo esta norma.

19. Sem esquecer que a culpa do 2º R. na falta de cumprimento das suas obrigações no plano contratual vem presumida por força do art. 799º, do CC, cabia-lhe aprova de que cumpriu os seus deveres contratuais sob pena de condenação nos termos do art. 798º do CC, normas que vêm assim violadas.
20. A 1ª R. deve também ser responsabilizada pelos danos causados à A., solidariamente com o 2º R., ao abrigo do disposto no art. 500º e 800º, nº 1, ambos do CC., normas que cabe aplicar e não o foram na decisão em crise.

A apelante terminou pedindo que a sentença recorrida fosse alterada, que de facto quer de direito e substituída por outra que condenasse os RR. na reparação dos danos causados à A., mandando prosseguir os autos para determinação do montante e termos da indemnização.

Os apelados contra-alegaram, tendo rematado com as seguintes conclusões:

1. Constam dos autos elementos de prova documental, pericial e testemunhal que denegam claramente os pedidos da Recorrente.
2. As questões processuais suscitadas pelo Recurso ora em apreço não têm apoio legal que possa comprometer a decisão de absolvição dos Réus.
3. Da prova produzida nos autos resulta que a atuação dos Réus, ora Recorridos, foi correta e diligente, cumprindo as regras da arte, não podendo ser censurada.
4. A lesão que a Recorrente sofreu está descrita na bibliografia médica e decorreu de uma complicação cirúrgica.
5. Ou seja, era um risco próprio da intervenção, alheio e independente da atuação do médico.
6. Os riscos cirúrgicos podem ocorrer mesmo que a atuação médica seja exemplar, não podendo ser atribuída qualquer responsabilidade ao médico.

7. A obrigação do médico, aqui 2.º Recorrido, era actuar de acordo com a boa prática médica, utilizando todos os meios disponíveis e ao seu alcance para solucionar o problema da Recorrente.
8. E foi o que foi feito.
9. O Recorrido procedeu ao diagnóstico e proposta de intervenção, tendo prescrito a medicação adequada para debelar infeções ou inflamações, bem como exames prévios para poder analisar a posição do dente e estudar a forma de o extrair.
10. Transmitiu à Recorrente toda a informação sobre a cirurgia em causa, como é seu apanágio em todas as intervenções que faz, tendo esclarecido que se tratava de uma cirurgia para retirar um dente incluso, e todas as implicações e riscos que daí poderiam advir, bem como os cuidados que a Recorrente deveria ter no pré e no pós-operatório.
11. Conforme sempre fez, durante a relação de vários anos que estabeleceu com esta paciente, motivo pelo qual esta depositava toda a confiança no 2.º Recorrido.
12. Sentindo-se mesmo à vontade para, não estando suficientemente elucidada, questionar e expor os seus medos ao 2.º Recorrido.
13. O que não aconteceu durante os dois meses que mediarão a consulta e a cirurgia.
14. A cirurgia decorreu sem intercorrências, dentro da normalidade, tendo sido presenciada pela Assistente do 2.º Recorrido, testemunha nos presentes autos.
15. Só 14 dias depois da cirurgia a Recorrente decide contactar os Recorridos dando conta das suas queixas que, no entendimento destes, se afiguravam atípicas e subjetivas.
16. Durante esse período, a sua primeira atitude terá sido recorrer mais que uma vez à médica da Força Aérea, de clínica geral e não de estomatologia ou medicina dentária.

17. No entanto, os Recorridos tudo fizeram para ajudar a Recorrente e tentar perceber o que se passava, dentro do que esta permitiu.
18. A Recorrente procurou outros médicos, inclusivamente de outras especialidades, nomeadamente clínica geral e neurologia, alguns por indicação, permitindo concluir que os próprios tinham dúvidas sobre a origem do problema.
19. Dúvidas que, no entender dos Recorridos, nunca se dissiparam.
20. Não ficou provado que a Recorrente tivesse todas as queixas que referiu quer na petição inicial quer nas declarações de parte, nem que as mesmas tenham perdurado no tempo, até aos dias de hoje.
21. Algumas das queixas referidas afiguram-se mesmo atípicas para uma lesão do nervo lingual.
22. As declarações das testemunhas afiguram-se bastante confusas e contraditórias, demonstrando que os amigos e pessoas que conviviam com a Recorrente habitualmente encararam este problema com leveza, não tendo tido sequer a preocupação de saber como o mesmo foi resolvido, ou se já está resolvido.
23. Chegaram mesmo a brincar com a situação.
24. Não se demonstrou também que estes alegados danos tenham afectado, de alguma forma, a vida profissional da Recorrente, nomeadamente impedindo-a de se submeter às provas físicas a que está sujeita no âmbito do trabalho que exerce para a Força Aérea, até porque a mesma foi promovida recentemente.
25. E, segundo a mesma, para continuar o exercício da sua profissão e poder progredir na carreira, necessitaria sempre de realizar provas físicas.
26. A própria médica que seguiu a Recorrente na Força Aérea não consegue precisar se esta chumbou em alguma prova

- física ou se foi impedida de realizar algum exercício em consequência direta deste problema com o dente.
27. Refere apenas que terá sido considerada inapta pela clínica geral, pelas inúmeras queixas que apresentava.
 28. As amigas e camaradas também desconhecem quaisquer repercussões na vida profissional.
 29. A ideia das mesmas, de acordo com as declarações prestadas, é que tal situação não teve efeitos nem se refletiu no exercício das respetivas funções.
 30. Contrariando o alegado pela Recorrente.
 31. A verdade é que é os Recorridos atuaram diligentemente e com o cuidado devido, tendo praticado um ato médico de acordo com as *leges artis* que decorreu sem intercorrências.
 32. Este ato cirúrgico poderá ter provocado uma lesão no nervo lingual da paciente, que até à data de hoje não está comprovada, não podendo ser atribuída qualquer responsabilidade aos Recorridos.
 33. Ao 1.º Recorrido porque, em sede de responsabilidade contratual, ficou provado que não foi praticado nenhum ato ilícito ou culposos, tendo a respetiva atuação respeitado os padrões exigidos pelas boas práticas, não havendo qualquer conduta censurável.
 34. Ao 2.º Recorrido porque cabia à Recorrente provar ao longo do processo a prática de um ato ilícito que lesou os seus direitos, o que não aconteceu.
 35. E não aconteceu porque não foi praticado qualquer ato ilícito, pelo que era este impossível de ser provado.
 36. Por todo o exposto, não há lugar a responsabilidade contratual ou extracontratual, relativamente a qualquer um dos Recorridos, por não estarem reunidos os seus pressupostos.
 37. Assim, no entender dos Recorridos, andou bem o Tribunal a quo, não merecendo a respetiva decisão qualquer censura.

Os apelados terminaram pugnando pela improcedência do recurso. Foram colhidos os vistos legais.

Fundamentação

(...)

Do factualismo provado resulta que entre a A. e a 1.^a R. se estabeleceu um vínculo jurídico, emergente da celebração de um contrato de prestação de serviços.

A lei define o contrato de prestação de serviço como aquele em que uma das partes se obriga a proporcionar à outra certo resultado do seu trabalho intelectual ou manual, com ou sem retribuição (art.º 1154.º do Código Civil).

Como bem refere o A., os contratos devem ser pontualmente cumpridos (art.º 406.º n.º 1).

O devedor que faltar culposamente ao cumprimento da obrigação torna-se responsável pelo prejuízo que causar ao credor (art.º 798.º).

Sendo certo que o devedor é responsável pelos atos das pessoas que utilize para o cumprimento da obrigação, como se tais atos fossem praticados pelo próprio devedor (n.º 1 do art.º 800.º).

Excecionados os casos especiais de responsabilidade pelo risco e por atos lícitos, a responsabilidade civil contratual, tal como na responsabilidade civil extracontratual, tem como pressupostos ou elementos a ocorrência do facto ilícito, o dano, o nexo de causalidade entre o facto e o dano, a culpa do agente (artigos 483.º, 798.º, 799.º n.º 2, 487.º n.º 2, 488.º, 562.º, 563.º do Código Civil).

O facto ilícito consiste, na responsabilidade contratual, no não cumprimento ou no cumprimento deficiente dos deveres emergentes do contrato. No que concerne à culpa, que consiste num juízo de censura ético-normativo que incide sobre o devedor, por

se entender que podia e devia ter agido de forma diferente, o art.º 799.º n.º 1 estipula a presunção da sua existência, fazendo recair sobre o devedor o ónus de ilidir essa presunção. Quanto ao nexo de causalidade entre o facto ilícito e o dano, o ónus da prova dos factos que o demonstram recai sobre o credor, na medida em que são factos constitutivos do direito que este se arroga (art.º 342.º n.º 1 do Código Civil).

Nas ações em que pretende obter o cumprimento de uma obrigação, o credor tem de demonstrar a titularidade do aludido direito, recaindo sobre si a prova do facto de onde ela nasceu (v.g., um contrato).

Porém, recairá sobre o devedor o ónus da prova do cumprimento da obrigação, na medida em que este é um facto extintivo do direito invocado (n.º 2 do art.º 342.º do C.C.).

Nas ações tendo por objeto a responsabilidade obrigacional, sendo o incumprimento da obrigação facto constitutivo do direito à indemnização, dir-se-ia que cabe ao credor o ónus da prova do incumprimento. Porém, a verdade é que a responsabilidade pres-supõe que a obrigação não foi cumprida, e se na ação creditória cabe ao devedor provar o cumprimento da obrigação, em princípio não se perfilarão razões suficientes para que de forma diferente funcionem as coisas, na ação de responsabilidade obrigacional (neste sentido, Inocêncio Galvão Telles, “Direito das Obrigações”, 7.ª edição, Coimbra Editora, páginas 334 e 335; Antunes Varela, J. Miguel Belezza e Sampaio e Nora, “Manual de Processo Civil”, Coimbra Editora, 1984, páginas 446 e 447).

Contudo, assim não será nos casos em que a prestação devida é uma omissão, ou está em causa o cumprimento defeituoso da obrigação. Nestas situações, caberá ao credor demonstrar que o devedor praticou o ato que lhe estava vedado (pois geralmente é de presumir, nas obrigações negativas, que o devedor cumpriu, respeitando a abstenção a que estava vinculado), ou que a execução da obrigação

ou do contrato se desviou relevantemente do que era devido (pois geralmente é de presumir que o devedor que executa a obrigação, a executa bem) – neste sentido, Galvão Telles, citado, páginas 335 e 336; Antunes Varela e outros, citado, pág. 447; Antunes Varela, “Das obrigações em geral”, vol. II, 7.^a edição, Almedina, pág. 101; Ricardo Lucas Ribeiro, “Obrigações de meios e obrigações de resultado”, Wolters Kluwer Portugal e Coimbra Editora, 2010, pág. 124, nota 247; António Henriques Gaspar, citado, páginas 344 e 345; Carlos Ferreira de Almeida, “Os contratos cíveis de prestação de serviço médico”, in “Direito da Saúde e Bioética”, AAFDL, 1996, pág. 117; Miguel Teixeira de Sousa, “O ónus da prova nas acções de responsabilidade civil médica”, in “Direito da Saúde e Bioética”, AAFDL, 1996, páginas 130 a 132; na jurisprudência, em relação a casos atinentes a responsabilidade médica contratual por atuação defeituosa, cfr., v.g., STJ, 18.9.2007, 07A2334, Internet, também in CJ STJ, XV, t. III, pág. 54 e ss; Relação de Lisboa, 23.10.2007, 6068/2007-7; STJ, 27.11.2007, 07A3426; Relação de Lisboa, 08.01.2008, 7365/2007-7; STJ, 15.10.2009, 08B1800; Relação de Évora, 15.12.2009, CJ XXXIV, t. V, pág. 234 e ss; Relação do Porto, 24.02.2011, 674/2001.P1.

No caso dos autos, não foi questionado que a 1.^a R. (através do 2.^o R.) realizou a cirurgia que fora objeto do contrato. Porém, a A. alegou que tal ato médico foi praticado defeituosamente, desrespeitando as chamadas *leges artis* que norteavam a dita cirurgia, de tal forma que a A. veio a sofrer as sequelas já supra mencionadas.

Ora, era sobre a A., conforme supra exposto, que recaía o ónus da prova de tal conduta defeituosa, a qual consiste no facto ilícito presumido pela deduzida pretensão indemnizatória. Para tal acrescem as particularidades inerentes ao objeto do contrato sub judice. É que o contrato tem por objeto a prestação de serviços médicos, ou seja, uma atividade que, incidindo sobre algo tão complexo como o corpo humano, enferma de uma certa álea, de um certo grau de risco e de imprevisibilidade, que em regra obsta a que o médico se

comprometa a mais do que a pôr todo o seu saber e empenho na sua intervenção, respeitando as boas práticas da sua profissão, de forma a atingir-se o resultado tido em vista. Ou seja, em regra o médico assume uma obrigação de meios e não uma obrigação de resultado: o médico obriga-se a desenvolver uma atividade ou conduta diligente em direção ao resultado final (que será, v.g., a cura ou um determinado avanço no estado físico do paciente), mas sem assegurar que o mesmo se produza. Assim, o facto de, realizado o ato médico, não se ter obtido a cura ou o resultado tido em vista com a atuação do médico, ou dele terem resultado sequelas não desejadas, não significa, de per si, que o contrato não foi cumprido. Caberá ao credor provar que o médico não agiu nos moldes em que normalmente se traduziria uma assistência diligente, de acordo com as normas deontológicas aplicáveis ao exercício da profissão (neste sentido, que corresponde à opinião maioritária da doutrina e da jurisprudência, cfr. a jurisprudência supra citada, na qual se encontra ampla referência doutrinária sobre esta matéria, para além da doutrina já supra identificada).

A circunstância de o credor não se encontrar em condições físicas para se poder aperceber dos factos não constitui, nos termos da lei, motivo para a inversão das regras do ónus da prova, pelo menos quando essa impossibilidade não seja culposamente imputável ao devedor, assim como não releva a circunstância, no caso de cumprimento defeituoso de obrigação, de o mesmo ocorrer ou não na presença do devedor.

As dificuldades probatórias com que o credor se defronte serão razoavelmente colmatadas com a aplicação de regras como as contidas no art.º 265.º n.º 3 (princípio do inquisitório na atividade instrutória), 266.º (princípio da cooperação), 519.º (dever de cooperação para a descoberta da verdade), 528.º a 533.º (documentos em poder da parte contrária ou de terceiros), 535.º (requisição de documentos), todos do CPC, assim como nos artigos 344.º n.º 2 (inversão do ónus da prova quando a parte contrária tiver culpo-

samente tornado impossível a prova ao onerado), 349.º e 351.º (presunções judiciais) do Código Civil.

Essas regras permitem atingir o equilíbrio na realização do interesse da obtenção de justiça reconhecido a ambas as partes, garantido no art.º 20.º nº 1 da Constituição da República Portuguesa, norteado pelo princípio da igualdade das partes enunciado no art.º 3.º-A do CPC, o qual é tributário do princípio geral consagrado no art.º 13.º da CRP.

Ora, no caso dos autos, não se provou que o 2.º R. agiu em violação da *leges artis*. Pelo contrário, tudo indica que o 2.º R. realizou os procedimentos adequados ao ato cirúrgico em causa. Ocorreu uma vicissitude, própria do ato em questão, que por vezes pode suceder, sem que deva ser ou possa ser imputada a imperícia do médico, que foi a lesão do nervo lingual direito.

Assim, na perspetiva em análise, o A. não teria praticado um facto qualificável de ilícito e culposos.

Porém, a verdade é que a A. foi atingida na sua integridade física, sofrendo sequelas que não haviam sido contratadas, para cuja ocorrência não havia consentido e de cuja possibilidade de ocorrência não havia sido informada (alínea iii) da matéria de facto).

A extração em questão era uma cirurgia que implicava riscos (alíneas ccc) e rrr)), com um grau de probabilidade apreciável (23%, vide alínea bbbb) da matéria de facto).

Ora, ao longo do século XX e atualmente alterou-se o padrão de conduta exigível do médico em relação ao doente e bem assim do doente em relação ao médico. O paciente tem o direito a ser informado do que se passa com o seu corpo, das alternativas de tratamento a serem seguidas, com as respetivas vantagens e inconvenientes, sendo chamado a participar nas decisões atinentes à terapêutica a seguir, com respeito, obviamente, pela independência e autonomia técnica do médico.

Reflexo disso é o teor da Convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina, aberta à assinatura dos Estados membros do Conselho da Europa em Oviedo, em 4 de Abril de 1997, aprovada para ratificação pela A.R. e ratificada pelo Presidente da República, conforme publicação no D.R., 1.^a série-A, de 03.01.2001, em cujo art.º 5.º, sob a epígrafe “regra geral”, se dispõe o seguinte:

“Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido.

Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos.”

O Código Penal qualifica como um crime contra a liberdade pessoal as intervenções ou tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários, isto é, os realizados sem consentimento do paciente (art.º 156.º do Código Penal).

E no art.º 157.º daquele compêndio explicita-se o que se entende por consentimento válido e relevante:

“Dever de esclarecimento

Para efeito do disposto no artigo anterior, o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam suscetíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica.”

As leis penais interferem diretamente na definição do ilícito civil, desde logo por força da norma de receção contida no art.º 483.º do Código Civil. Código este onde pontuam, com relevo para esta matéria, normas como as contidas nos artigos 70.º (tutela geral da personalidade), 485.º n.º 2 (obrigação de indemnizar decorrente

do dever jurídico de dar conselho, recomendação ou informação), 486.º (omissões).

Através do consentimento informado o paciente aceita transferir para a sua esfera jurídica as eventuais consequências danosas emergentes do ato médico realizado com integral respeito pela *leges artis*.

Inexistindo consentimento informado o agente do ato médico será responsabilizado pela violação da autonomia do paciente, necessariamente modulada pela concretização prática das circunstâncias que não foram indevidamente abarcadas pelo exigível esclarecimento prévio, sendo certo que haverá que averiguar, caso a caso, quais os riscos que deveriam ter sido antecipadamente comunicados (vide, v.g., André Gonçalo Dias Pereira, “Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica”, Coimbra Editora, 2015, páginas 481 a 485; acórdãos do STJ, de 16.6.2015, processo 308/09.0TBCBR.C1.S1 e de 02.6.2015, processo 1263/06.3TVPRT.P1.S1, ambos consultáveis in www.dgsi.pt).

No caso dos autos, atendendo à seriedade das consequências danosas inerentes à cirurgia em causa é à taxa de frequência com que podem ocorrer, entendemos que os RR. tinham o dever de esclarecer a A. sobre as mesmas, dever esse que incumpriram.

Assim, ocorreu violação de um dos deveres decorrentes do particular contrato de prestação de serviços celebrado entre a A. e a 1.^a R. (prestação de serviços médicos), o dever de prestar informação a fim de se obter do cliente-paciente um consentimento informado, dever esse que também é imposto por lei e protege os direitos absolutos da integridade físico-psíquica e da liberdade de vontade do paciente (vide André Gonçalo Dias Pereira, “O Consentimento Informado Para o Ato Médico no Ordenamento Jurídico Português”, Coimbra Editora, 2001, pág. 198).

Nos termos do art. 562.º do Código Civil, “quem estiver obrigado a reparar um dano deve reconstituir a situação que existiria, se não se tivesse verificado o evento que obriga à reparação.” Tal obriga-

ção só existe em relação aos danos que o lesado não teria sofrido se não fosse a lesão (art.º 563.º do C.C.), compreendendo não só os chamados “danos emergentes”, como os “lucros cessantes” (as duas categorias são mencionadas na lei como “prejuízo causado” e “benefícios que o lesado deixou de obter em consequência da lesão” – n.º 1 do art.º 564.º do Código Civil). Na fixação da indemnização o tribunal pode atender aos danos futuros, desde que sejam previsíveis (art.º 564.º n.º 2 do Código Civil). Em princípio a indemnização deverá visar a reconstituição natural, sendo fixada em dinheiro quando a reconstituição natural não for possível, não repare integralmente os danos ou seja excessivamente onerosa para o devedor (n.º 1 do art.º 566.º do Código Civil). A indemnização em dinheiro terá como medida a diferença entre a situação patrimonial do lesado, na data mais recente que puder ser atendida pelo tribunal, e a que teria nessa data se não existissem danos (n.º 2 do art.º 566.º). Se não puder ser averiguado o valor exato dos danos, o tribunal julgará equitativamente dentro dos limites que tiver por provados (n.º 3 do art.º 566.º).

Em relação aos danos não patrimoniais, estabelece o n.º 1 do art.º 496.º do Código Civil que serão ressarcíveis aqueles que, “pela sua gravidade, mereçam a tutela do direito”. No número 3 do mesmo artigo estipula-se que “o montante da indemnização será fixado equitativamente pelo tribunal, tendo em atenção, em qualquer caso, as circunstâncias referidas no art.º 494º”, ou seja: “grau de culpabilidade do agente, a situação económica deste e do lesado e as demais circunstâncias do caso”. Na impossibilidade de fazer desaparecer o prejuízo, com a indemnização por danos não patrimoniais procura proporcionar-se ao lesado meios económicos que de alguma forma o compensem do padecimento sofrido. Por outro lado, sanciona-se o ofensor, impondo-lhe a obrigação de facultar ao lesado um montante pecuniário, substitutivo do prejuízo inflingido.

Quanto ao grau de culpabilidade do agente, in casu será qualificável de mediano.

No que concerne à ponderação da situação económica do agente e do lesado, a não discriminação em razão da situação económica (art.º 13.º n.º 2 da CRP), impõe que essa ponderação se limite tão só ou sobretudo a situações de verdadeira desproporção, no sentido lesado rico/lesante pobre, encontrando-se aqui como fundamento o não desperdício de recursos económicos quando o lesado apresenta uma folgada situação económica e o lesante carece de meios (neste sentido, Maria Manuel Veloso, “Danos não patrimoniais”, in *Comemorações dos 35 anos do Código Civil e dos 25 anos da Reforma de 1977*”, volume III, FDU, Coimbra Editora, 2007, páginas 540 a 542). Aliás, no já distante dia 14 de Março de 1975, a Resolução (75) 7 do Comité de Ministros do Conselho da Europa, que exortava os Estados membros a levarem em consideração determinados princípios no que concerne à reparação dos danos no caso de lesões corporais e de morte em matéria de responsabilidade extracontratual, defendia que o cálculo da indemnização das lesões corporais deve efetuar-se independentemente da situação económica da vítima.

No fundo, é na análise das “demais circunstâncias do caso” que se encontrarão os reais pontos de referência do montante a arbitrar.

Análise essa em que não se pode ignorar a ponderação feita noutras decisões judiciais, tendo nomeadamente em vista o disposto no art.º 8.º n.º 3 do Código Civil (“nas decisões que proferir, o julgador terá em consideração todos os casos que mereçam tratamento análogo, a fim de obter uma interpretação e aplicação uniformes do direito”) (...).

No caso destes autos estamos perante uma mulher saudável, militar no ativo, que na sequência do que lhe foi apresentado como um ato de medicina dentária inofensivo (extração do siso), sofreu lesão no nervo lingual direito, o que no imediato e durante pelo menos um ano lhe provocou fortes dores, grande dificuldade em comer e em falar, sensação de encortiçamento e de formigueiro na língua e perda de sensibilidade na língua. Em virtude dessas limitações a A. não conseguiu praticar treino físico e não conseguiu realizar as

provas físicas exigidas pela sua condição militar nos anos 2009 a 2011, por inaptidão médica, sofrendo a angústia inerente ao facto de tanto a progressão na carreira militar como a manutenção no ativo dependerem de aprovação em testes de condição física. Ainda hoje, decorridos oito anos após a extração do aludido dente, a A. mantém dor permanente no pavimento da cavidade oral à direita e na hemilíngua direita, com sensação de formigueiro, com parestesia, com sensação de encortiçamento, com grande dificuldade e dor na mastigação, não consegue mastigar com o lado direito, continua a acontecer-lhe morder a língua inadvertidamente, mantendo a insensibilidade na hemilíngua direita, mantém a dificuldade em articular a fala e em pronunciar corretamente algumas palavras.

De notar ainda que o 2.º R., médico experiente e que tratava a A. já havia bastantes anos, consultado por ela no período a seguir à cirurgia, nunca diagnosticou corretamente as causas das suas queixas, situação que se manteve mesmo após a propositura desta ação.

Tudo ponderado, atendendo aos valores jurisprudencialmente acima referidos, que se reportam a um tempo já algo longínquo, e às circunstâncias supra expostas, afigura-se-nos adequada a atribuição à A., a título de indemnização por danos não patrimoniais, atualizada à data presente, da quantia de € 18 000,00, pela qual são solidariamente responsáveis ambos os RR. (artigos 500.º, 497.º, 800.º n.º 1 do Código Civil).

No que concerne a danos patrimoniais, os RR. deverão indemnizar a A. pela quantia de € 427,98, referente às despesas provadas nas alíneas k) e ddd) da matéria de facto, acrescida de juros de mora, à taxa legal, vencidos desde a data da citação, conforme requerido.

Decisão:

Pelo exposto, julga-se a apelação parcialmente procedente e consequentemente revoga-se a sentença recorrida e em sua substituição profere-se o seguinte dispositivo:

Julga-se a ação parcialmente procedente por provada e consequentemente condena-se os RR., solidariamente, a pagarem à A., a título de indemnização por danos não patrimoniais, a quantia de € 18 000,00 (dezoito mil euros), acrescida de juros de mora, à taxa legal, vencidos até integral pagamento, e a título de danos patrimoniais a quantia de € 427,98 (quatrocentos e vinte e sete euros e noventa e oito centimos), acrescida de juros de mora à taxa legal vencidos e vencidos desde a citação até integral pagamento.

As custas da ação e da apelação são a cargo da A. e dos RR., na proporção do respetivo decaimento.

Lisboa, 10.11.2016

Jorge Leal | Ondina Carmo Alves | Pedro Martins

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL E JUSTIÇA DE 02-11-2017

Processo: 23592/11.4T2SNT.L1.S1 | **Relator:** Maria dos Prazeres Pizarro Beleza

Data do Acórdão: 02-11-2017

Votação: Unanimidade

Meio Processual: Revista

Decisão: Negada a Revista

Sumário

I – Não cabe na competência do STJ controlar a decisão sobre a matéria de facto, enquanto fundada em provas sujeitas ao princípio da livre apreciação, ou seja, sem valor legalmente tabelado.

II – Quanto à apreciação das provas livremente apreciadas pelo julgador existe apenas um grau de recurso, tendo a Relação o poder de alterar a decisão da 1.^a instância, desde que a decisão de facto tenha sido regularmente impugnada (cfr. arts. 674.º, n.º 3, 682.º, n.º 2 e 640.º do CPC); quanto a apreciação das provas com valor legalmente pré-definido, tal como o STJ tem repetida e uniformemente observado pode haver dois graus de recurso, porquanto, na verdade, controlar a interpretação e a aplicação das normas que fixam o valor probatório ou a admissibilidade dos meios de prova é ainda uma questão de direito (n.º 3 do art. 674.º e n.º 2 do art. 682.º do CPC).

III – Quer a lei portuguesa (cfr., em especial, os arts. 70.º, 81.º e 540.º do CC, bem como o art. 157.º do CP ou o n.º 11 do art. 135.º do Estatuto da Ordem dos Médicos), quer diversos instrumentos internacionais (cfr. o art. 5.º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina – Convenção de Oviedo) exigem, como regra e como condição da licitude de uma ingerência médica na integridade física dos pacientes – por exemplo, através de uma cirurgia, como no caso presente – que estes consentam nessa ingerência; e que o consentimento seja prestado na posse das informações relevantes sobre o ato a realizar, tendo em conta as concretas circunstâncias do caso, sob pena de não poder valer como consentimento legitimador da intervenção.

IV – Estando em causa uma cirurgia de extração de um siso incluso efetuada numa clínica dentária (1.ª ré) por um médico estomatologista (2.º réu), por conta desta e seu sócio-gerente, era exigível ao 2.º réu que desse a conhecer à autora que a extração a realizar, ainda que efetuada com observância de todas as *leges artis*, podia provocar a lesão do nervo lingual – como provocou – e quais as consequências possíveis de tal lesão.

V – Em primeiro lugar, porque a obrigação de informação do ato médico a realizar, não só resulta da lei, mas também decorre especificamente do contrato celebrado, como dever acessório do dever principal, que, no caso, era o de realizar a cirurgia de extração de um siso incluso; em segundo lugar, porque as concretas circunstâncias da realização da extração (não se tratou de uma cirurgia realizada em situação de urgência, tendo sido agendada com tempo suficiente para a autora ponderar as vantagens e os riscos da extração) e da pessoa da autora (paciente do 2.º réu há bastante tempo e com uma profissão fisicamente exigente) justificam que se inclua no dever de informação o risco de lesão do nervo lingual e a ocorrência das consequências dessa lesão, sendo certo que o conteúdo concreto do dever de informação de atos médicos a realizar não é sempre o mesmo, variando com as circunstâncias do caso.

VI – Muito embora, naturalisticamente, não tenha sido a falta de informação que provocou “a lesão do nervo lingual direito” e demais danos que vêm provados, nem se tenha provado que a autora só aceitou submeter-se à intervenção porque não foi devidamente informada quanto aos respetivos riscos, porque, se tivesse sido, não a teria aceitado, a perspectiva jurídica correta para avaliar da existência do direito a uma indemnização, no caso concreto, é antes a de determinar se deve ser ressarcido o concreto dano consistente na perda da oportunidade de decidir correr o risco da lesão do nervo e das suas consequências.

VII – Tal perda de oportunidade, em si mesma, enquanto dano causado pela falta de informação devida é, em abstrato, susceptível de ser indemnizada, tendo a sua proteção como sustentação material o direito à integridade física e ao livre desenvolvimento da personalidade (arts. 25.º, n.º 1 e 26.º, n.º 1, da CRP e art. 70.º, n.º 1, do CC), incluindo-se no seu conteúdo, nomeadamente, o poder do titular de decidir em que agressões à sua integridade física consente, assim afastando a ilicitude das intervenções consentidas (cfr. n.º 2 do art. 70.º e art. 81.º do CC).

VIII – Nesta perspectiva, tendo ficado provado que: “Os RR. nunca informaram a A. da existência de algum risco na cirurgia a realizar, fosse ao nível de lesão de algum nervo ou qualquer outra, nem sequer mencionaram à A. que fosse uma cirurgia, uma extração especialmente complicada”, está ostensivamente demonstrado o concreto nexo de causalidade naturalístico, questionado pelos recorrentes, e preenchido o requisito da causalidade adequada (art. 563.º do CC).

IX – Tendo o acórdão recorrido ponderado, designadamente, que a lesão do nervo lingual provocou dores, encortiçamento da hemilíngua direita e limitações da vida habitual da autora que se mantiveram por bastante tempo e tendo em conta que o critério essencial de aferição da indemnização equitativa, segundo o disposto no n.º 1 do art. 496.º do CC, é o da gravidade do dano, é de manter o

valor de € 18 000, calculado pela Relação, a título de danos não patrimoniais.

[Síntese da fundamentação da decisão]

6. Os recorrentes alegam que não há nexo de causalidade naturalístico entre o facto ilícito consistente “na não prestação de informação sobre os riscos inerentes à cirurgia realizada, mormente os concernentes com lesões de nervos” e “os danos que a A. sofreu”, provocados por “circunstâncias anormais ou anómalas”, tendo assim sido violados os artigos 798º (responsabilidade do devedor) e 563º (nexo de causalidade), “por desrespeito da doutrina da causalidade adequada”. Daqui concluem que não se verificam os pressupostos da obrigação de indemnizar.

Entende-se, todavia, que a perspetiva em que os recorrentes se colocam não é a mais correta, como se verá depois de determinar se o segundo réu estava ou não obrigado a prestar a informação que omitiu.

Ora a resposta não pode deixar de ser positiva: o segundo réu estava obrigado a informar a autora do risco de lesão do nervo lingual e das implicações de uma eventual lesão, por força da lei e do contrato que os ligava.

Com efeito, foi celebrado um contrato de prestação de serviços médicos (cfr. acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 4 de Março de 2008, www.dgsi.pt, proc. nº 08A183) de estomatologia, com função curativa, entra a autora e os réus, a executar pelo segundo réu, “estomatologista experiente” (yyy), “por conta da 1ª” ré (ponto b)), tendo como finalidade a extração do terceiro molar incluso (ponto f)), extração que foi efetivamente realizada.

Não estão em discussão os procedimentos seguidos na cirurgia; nem tão pouco se coloca qualquer hipótese de negligência do segundo réu, ou, de forma mais geral, de desrespeito das boas práticas da medicina, de erro médico, contrariamente ao que a autora alegou como primeira causa de pedir.

Vem provado que se tratou de uma cirurgia que não foi realizada numa situação de urgência (nem se sabe se era necessária, pois apenas vem provado que o siso incluso fazia com que os outros dentes abanassem), que “envolve riscos especiais “ (ponto ccc)) e conhecidos, pois que se sabe é de 23% “a incidência do traumatismo do nervo periférico lingual em tratamentos cirúrgicos dos 3ºs molares” (ponto bbbb)); e vem provado ainda que o segundo réu “prestou à autora informação sobre diagnóstico e procedimentos adequados ao caso, bem como “informações sobre a intervenção e o pós-operatório”, mas que não a informou, nem da complexidade da intervenção (iii), nem do risco que implicava (lesão do nervo lingual), nem da frequência com que ocorria a referida lesão nem, naturalmente, das eventuais consequências dessa hipotética lesão.

Ora a lesão veio efetivamente a verificar-se, no decurso e “como complicação do próprio ato cirúrgico” bbb)) de extração do 3º molar (siso incluso), com as consequências que também se não discutem neste recurso, e que estão amplamente provadas. Os recorrentes não as põem em causa: apenas discordam (1) de que fosse exigível ao médico mais informação, salientando mesmo que a autora a deveria ter pedido, (2) de que se verifique o nexo de causalidade quanto ao ato ilícito identificado pelo Tribunal da Relação – omissão de informações suficientes para um consentimento suficientemente informado quanto à realização da cirurgia –, qualificada como cumprimento imperfeito ou defeituoso do contrato, e (3) do montante indemnizatório arbitrado pela Relação a título de danos não patrimoniais.

7. Quer a lei portuguesa (cfr., em especial, os já citados artigos 70º, 81º e 540º do Código Civil, bem como o artigo 157º do Código Penal ou o nº 11 do artigo 135º do Estatuto da Ordem dos Médicos, aprovado pelo Decreto-Lei nº 282/77, de 5 de Julho, republicado em anexo à Lei nº 117/2015, de 31 de Agosto (“O médico deve fornecer a informação adequada ao doente e dele obter o seu consentimento livre e esclarecido”), quer instrumentos internacionais

citados no acórdão recorrido (cfr. o artigo 5º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (Convenção de Oviedo), in www.gddc.pt), exigem, como regra e como condição da licitude de uma ingerência médica na integridade física dos pacientes – por exemplo, através de uma cirurgia, como é o caso – que estes consintam nessa ingerência; e que o consentimento seja prestado na posse das informações relevantes sobre o ato a realizar, tendo em conta as concretas circunstâncias do caso, sob pena de não poder valer como consentimento legitimador da intervenção.

Não se levantam dúvidas de que, no caso, era exigível ao segundo réu que desse a conhecer à autora que a extração a realizar, ainda que efetuada com observância de todas as *leges artis*, podia provocar a lesão do nervo lingual, e quais as consequências possíveis de tal lesão.

Em primeiro lugar, porque a obrigação de informação do ato médico a realizar, não só resulta da lei, mas também decorre especificamente do contrato celebrado, como dever acessório do dever principal, que, no caso, era o de realizar a cirurgia de extração do 3º molar (cfr., num caso de perfuração do intestino durante a realização de uma colonoscopia, no qual foi tratada esta ligação intrínseca entre os deveres principais e os deveres acessórios de conduta, o acórdão de 1 de Outubro de 2015, www.dgsi.pt, pro. nº 2104/05.4TBP-VZ.P1.S1.no qual se escreveu, transcrevendo Mota Pinto, Cessão da Posição Contratual, reimp, Coimbra, 1982, pág.337 e segs., que se trata “deveres de proteção, de conduta ou laterais (para referir algumas das designações que têm sido utilizadas) caracterizados “por uma função auxiliar da realização positiva do fim contratual e de proteção à pessoa ou aos bens da outra parte contra os riscos de danos concomitantes”, resultantes da sua “conexão com o contrato”. Recorde-se especialmente que vem provado que a lesão se verificou “como complicação do próprio ato cirúrgico” – bbb) e que o objeto específico do recurso de revista relativo ao acórdão de 1 de Outubro de 2015 versava sobre questões diferentes, mas também relativas a responsabilidade por atos médicos).

Em segundo lugar, porque as concretas circunstâncias da realização da extração e da pessoa da autora, paciente do segundo réu há bastante tempo, justificam que se inclua no dever de informação o risco de lesão do nervo lingual e da ocorrência das consequências dessa lesão: não se tratou de uma cirurgia realizada em situação de urgência, foi agendada com tempo suficiente para a autora ponderar as vantagens e os riscos da extração, e a autora tinha uma profissão fisicamente exigente. No sentido de que o conteúdo concreto do dever de informação de atos médicos a realizar não é sempre o mesmo, variando naturalmente com as circunstâncias do caso, cfr. o acórdão de 9 de Outubro de 2014, www.dgsi.pt, proc.nº 3925/07.9TVPRT.P1.S1, no qual se decidiu que “O conteúdo do dever de informação é elástico, não sendo, nomeadamente, igual para todos os doentes na mesma situação; Abrange, salvo ressalvas que aqui não interessam e além do mais, o diagnóstico e as consequências do tratamento; Estas são integradas pela referência às vantagens prováveis do mesmo tratamento e aos seus riscos; Não se exigindo, todavia, uma referência à situação médica em detalhe; Nem a referência aos riscos de verificação excepcional ou muito rara, mesmo que graves ou ligados especificamente àquele tratamento.”

8. É exato que não se pode afirmar que, naturalisticamente, foi a falta de informação – que, no caso, está provada (pontos ccc), iii), bbbb)) e tem como objecto a comunicação do risco que a extração do siso incluso implica para o paciente –, que provocou “a lesão do nervo lingual direito” (bbb)) e demais danos que vêm provados; desde logo, nem sequer vem demonstrado que, se conhecesse o risco que a intervenção implicava, a autora não teria consentido na sua realização; se essa prova tivesse sido feita, poder-se-ia estabelecer uma cadeia naturalística de causas, assim contrariando a alegação dos recorrentes, como é manifesto.

Não estando provado que a autora só aceitou submeter-se à intervenção porque não foi devidamente informada quanto aos respectivos riscos, porque, se tivesse sido, não a teria aceitado, a perspectiva

jurídica que se nos afigura correta é antes a de determinar se deve ser ressarcido o concreto dano consistente na perda da oportunidade de decidir correr o risco da lesão do nervo e das suas consequências; perda de oportunidade que, em si mesma, é um dano causado pela falta de informação devida, em abstrato susceptível de ser indemnizado, e cuja proteção tem como sustentação material o direito à integridade física e ao livre desenvolvimento da personalidade (artigos 25º, nº 1 e 26º, nº 1 da Constituição e artigo 70º, nº 1 do Código Civil). No seu conteúdo inclui-se, nomeadamente, o poder do titular de decidir em que agressões à sua integridade física consente, assim afastando a ilicitude das intervenções consentidas (cfr. nº 2 do artigo 70º e artigo 81º do Código Civil).

Nesta perspetiva, está ostensivamente demonstrado o concreto nexo de causalidade naturalístico, questionado pelos recorrentes; e preenchido o requisito da causalidade adequada (art. 563º do Código Civil), consagrado na lei portuguesa no âmbito da responsabilidade civil (contratual ou extracontratual): para além de fáctica ou naturalisticamente se ter de apurar se uma determinada atuação (ação ou omissão) provocou o dano (cfr. acórdão deste Supremo Tribunal de 7 de Julho de 2010, www.dgsi.pt, proc. 1399/06.OT-VPRT.P1.S1), cumpre ainda averiguar, tendo em conta as regras da experiência, se era ou não provável que da ação ou omissão resultasse o prejuízo sofrido, ou seja, se aquela não realização é causa adequada do prejuízo verificado. É necessário que, em concreto, a ação (ou omissão) tenha sido condição do dano; e que, em abstrato, dele seja causa adequada (Antunes Varela, *Das Obrigações em Geral*, I, 10ªed., Coimbra, 2000, pág. 900).

No fundo, pode entender-se que ocorre ainda a hipótese descrita por André Gonçalo Dias Pereira, *O dever de esclarecimento e a responsabilidade médica*, in “Responsabilidade Civil dos Médicos”, Coimbra, 2005, pág. 435 e segs., pág. 496: “a falta de informação impossibilitou o paciente de tomar uma decisão informada em termos de ponderação adequada de riscos e benefícios”, apta a gerar

responsabilidade civil do médico, através da sua inserção no círculo de protecção das normas que exigem o consentimento informado; embora se entenda, com Rui Cardona Ferreira A perda de chance na responsabilidade civil por ato médico, sep. da Revista de Direito Civil, II (2017), 1, pág. 131-155, que o dano da perda de oportunidade tem autonomia, para efeitos indemnizatórios. Assim se decidiu, aliás, no acórdão de 14 de Março de 2013, www.dgsi.pt, proc. nº 78/09.1TVLSB.L1.S1.

9. Finalmente, cumpre considerar o montante da indemnização por danos não patrimoniais arbitrada pelo acórdão recorrido, e que, segundo os recorrentes, a ter-se como devida, tem de ser reduzido. Nomeadamente, segundo alegam, deve ser confrontado com as indemnizações geralmente atribuídas por morte do lesado (perda do direito à vida).

Esclareça-se desde já que, quanto à ressarcibilidade destes danos, não releva situar a responsabilidade dos réus no âmbito da responsabilidade contratual ou extracontratual, pois o Supremo Tribunal de Justiça tem entendido que os danos não patrimoniais podem ser indemnizados, quando se trata de responsabilidade contratual. Como se escreveu no acórdão deste Supremo Tribunal de 24 de Setembro de 2009, www.dgsi.pt, proc. nº 09B0368, citado no acórdão de 8 de Junho de 2017, também tirado no processo nº 2104/05.4TBPVZ.P1.S1 e disponível igualmente em www.dgsi.pt, «o Código Civil português, embora trate em conjunto da obrigação de indemnizar (artigos 562º e segs.), regula separadamente a responsabilidade extracontratual (artigo 483º e segs.) e a responsabilidade contratual (artigo 798º e segs.); e inclui naquela o regime da indemnização por “danos não patrimoniais que, pela sua gravidade, mereçam a tutela do direito”. É no entanto igualmente certo que não exclui do âmbito possível da responsabilidade contratual a responsabilidade por danos desta natureza; como se observa por exemplo no acórdão deste Supremo Tribunal de 3 de Abril de 2003 (www.dgsi.pt, proc. nº 03B809), “as mencionadas normas dos artigos 798º, e segs., não o prevendo, também o não excluem”».

Tal como no acórdão de 8 de Junho de 2017, que se segue de perto quando a proximidade das situações o justifica, não se levanta nenhuma dúvida de que estão provados danos com gravidade suficiente para serem indemnizáveis, como se exige quando se trata de danos não patrimoniais (nº 2 do artigo 496º do Código Civil).

Ora, como por diversas vezes se recordou neste Supremo Tribunal (acompanha-se de perto o que se escreveu, por exemplo, no acórdão de 23 de Novembro de 2011 (www.dgsi.pt, proc. nº 90/06.2TBPTL.G1.S1), citado nomeadamente no acórdão de 31 de Maio de 2012, www.dgsi.pt, proc. nº 14143/07.6TBVNG.P1.S1, para a determinação da indemnização a atribuir por danos não patrimoniais, ressarcíveis desde “que, pela sua gravidade, mereçam a tutela do direito” (nº 1 do artigo 496º do Código Civil), o tribunal há-de decidir segundo a equidade, tomando em consideração “o grau de culpabilidade do agente, a situação económica deste e do lesado e as demais circunstâncias do caso” (nº 3 do mesmo artigo 496º e artigo 494º). Este recurso à equidade não afasta, no entanto, a necessidade de observar as exigências do princípio da igualdade, o que implica a procura de uma uniformização de critérios, naturalmente não incompatível com a devida atenção às circunstâncias do caso. Cumpre “não nos afastarmos do equilíbrio e do valor relativo das decisões jurisprudenciais mais recentes” acórdão de 25 de Junho de 2002 (www.dgsi.pt, proc. nº 02A1321); nas palavras do acórdão deste Supremo Tribunal, de 31 de Janeiro de 2012 (www.dgsi.pt, proc. nº 875/05.7TBILH.C1.S1), “os tribunais não podem nem devem contribuir de nenhuma forma para alimentar a ideia de que neste campo as coisas são mais ou menos aleatórias, vogando ao sabor do acaso ou do arbítrio judicial. Se a justiça, como cremos, tem implícita a ideia de proporção, de medida, de adequação, de relativa previsibilidade, é no âmbito do direito privado e, mais precisamente, na área da responsabilidade civil que a afirmação desses vetores se torna mais premente e necessária, já que eles conduzem em linha reta à efetiva concretização do princípio da igualdade consagrado no artº 13º da Constituição.”

Tratando-se de uma indemnização fixada segundo a equidade, e como o Supremo Tribunal da Justiça também observou em outras ocasiões (cfr., por exemplo, o acórdão de 28 de Outubro de 2010 (www.dgsi.pt, proc. nº 272/06.7TBMTR.P1.S1, em parte por remissão para o acórdão de 5 de Novembro de 2009, www.dgsi.pt, proc. nº 381-2002.S1), “a aplicação de puros juízos de equidade não traduz, em bom rigor, a resolução de uma «questão de direito»”; se o Supremo Tribunal da Justiça é chamado a pronunciar-se sobre “o cálculo da indemnização” que “haja assentado decisivamente em juízos de equidade”, não lhe “compete a determinação exata do valor pecuniário a arbitrar (...), mas tão somente a verificação acerca dos limites e pressupostos dentro dos quais se situou o referido juízo equitativo, formulado pelas instâncias face à ponderação casuística da individualidade do caso concreto «sub iudicio».

De modo mais impressivo, escreveu-se no acórdão de 7 de Junho de 2011, www.dgsi.pt, proc. nº 3042/06.9TBPNE.P1.S1: “Mais do que discutir a substância do casuístico juízo de equidade que esteve na base da fixação pela Relação do valor indemnizatório arbitrado, em articulação incindível com a especificidade irrepetível do caso concreto, importa essencialmente verificar, num recurso de revista, se os critérios seguidos e que estão na base de tais valores indemnizatórios são passíveis de ser generalizados para todos os casos análogos – muito em particular, se os valores arbitrados se harmonizam com os critérios ou padrões que, numa jurisprudência atualista, devem sendo seguidos em situações análogas ou equiparáveis (...)”.

Confronto esse que o acórdão recorrido efetuou, em termos que que não merecem qualquer reparo e que se subscrevem.

10. Não procede o confronto com os valores que vêm sendo atribuídos por perda do direito à vida (na maioria dos casos, entre € 50.000,00 e € 80.000,00) – cfr. acórdãos de 31 de Janeiro de 2012, www.dgsi.pt, proc. nº 875/05.7TBILH.C1.S1, de 29 de Outubro de 2013, www.dgsi.pt, proc. nº 62/10.TBVZL.C1.S1 ou de 8 de

Junho de 2017, www.dgsi.pt, proc. nº 2104/05.4TBPVZ.P1.S1 , que continua a seguir-se de perto.

Com efeito, o fundamento e o objetivo da indemnização pela perda do direito à vida não é o mesmo que preside à indemnização por danos não patrimoniais de que beneficia o próprio lesado; embora seja exato que o direito à vida é o mais valioso de todos os direitos pessoais (“representa o bem mais valioso da pessoa e simultaneamente o direito de que todos os outros dependem”, escreveu-se no acórdão de 31 de Janeiro de 2012), nem é limitativo o valor habitualmente atribuído por morte (cfr., por exemplo, o acórdão de 5 de Julho de 2007, www.dgsi.pt, proc. nº 07A1734), nem é frequentemente adequado e equitativo apelar a esse valor para calcular os montantes adequados a compensar os próprios ofendidos por lesões, sofrimentos ou sequelas que os afligiram ou ficam a afligir ou a limitar por um tempo maior ou menor, ou em grau mais ou menos elevado.

Não é seguramente equitativo, no caso concreto.

Como o acórdão recorrido ponderou, a lesão do nervo lingual provocou dores, encortiçamento da hemilíngua direita e limitações da vida habitual da autora que se mantiveram por bastante tempo: a autora, “mulher saudável, militar no ativo (...), não conseguiu praticar treino físico e não conseguiu realizar as provas exigidas pela sua condição de militar nos anos 2009 a 2011 (...). Ainda hoje, decorridos oito anos após a extração do (...) dente, a A. mantém dor permanente no pavimento da cavidade oral à direita e hemilíngua direita, com sensação de formigueiro, com parestesia, com sensação de encortiçamento , com grande dificuldade e dor na mastigação, não consegue mastigar com o lado direito, continua a acontecer-lhe morder a língua inadvertidamente, mantendo a insensibilidade na hemilíngua direita, mantém a dificuldade em articular a fala e em pronunciar corretamente algumas palavras” .

Mantém-se, assim, o valor de € 18.000,00, calculado pela Relação.

O enquadramento do dano e do nexo de causalidade na perda de oportunidade de decidir sobre a realização da extração não implica, nem um enquadramento jurídico relevantemente diferente do que foi seguido no acórdão recorrido, nem uma alteração no montante indemnizatório, pois cumpre ter em conta que o critério essencial de aferição da indemnização equitativa, segundo o disposto no nº 1 do artigo 496º do Código Civil, é o da gravidade do dano.

12. Nestes termos, nega-se provimento ao recurso.

13. Custas pelos recorrentes.

Lisboa, 02 de Novembro de 2017

Maria dos Prazeres Beleza Pizarro Beleza (Relatora) | Salazar Casanova | Távora Victor

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DA RELAÇÃO DE GUIMARÃES DE 10-01-2019

Processo: 3192/14.8TBBRG-G1 | **Relator:** Sandra Melo

Data do Acórdão: 10-01-2019

Votação: Unanimidade

Meio Processual: Apelação

Decisão: Improcedente

Sumário (da relatora):

1. Nem só a má prática médica ou o erro técnico é fundamento de responsabilidade médica, também o é a violação dos direitos dos pacientes, realçando-se, entre estes (mas existem muitos outros), a sua autonomia e autodeterminação, por desrespeito do dever de informar, que impede que o paciente usufrua da sua liberdade.
2. Porque sem a devida informação o paciente não pode dar um consentimento esclarecido e válido, o médico que omite tais informações, ao realizar o procedimento, age sem o consentimento (eficaz) do paciente e por isso tem que responder por todas as consequências danosas que o seu ato ilícito provocou.
3. Consistindo então o ato danoso no próprio procedimento médico, seja porque se entende que tudo se deve passar como se o consentimento não tivesse sido dado, porque este

estava inquinado por falta de informação, seja porque se entende que há que presumir que, caso a informação fosse prestada, o paciente não aceitaria o procedimento, impõe-se a indemnização dos danos que este não teria tido se não fosse a realização do procedimento, encontrando-se desta forma uma relação de causalidade adequada entre a realização do tratamento sem a devida informação e as lesões originadas por este.

4. O dano biológico traduz-se na afetação da capacidade funcional de uma pessoa, afirmada pela atribuição de um determinado grau de incapacidade físico-psíquica e pode ter consequências no património do lesado ou apenas nos seus bens pessoais imateriais.
5. O dano biológico que implica esforços acrescidos para o exercício da profissão, mas não impede o lesado de exercer a sua atividade habitual, tem consequências na diminuição da rentabilidade do lesado no trabalho que exerce e tem necessariamente efeitos patrimoniais: seja na possibilidade deste lograr obter outras fontes de rendimento, na reconversão profissional futura ou na progressão na carreira. Deve, pois, ser indemnizado no âmbito dos danos patrimoniais causados pelo evento, atendendo-se, no entanto, ao facto desta repercussão no seu património ser indireta.
6. A violação da integridade física e psíquica da pessoa pondo em causa direitos de personalidade do lesado, aliás com proteção constitucional, se attingir as demais esferas e vertentes em que se compõem a vida humana (para além da capacidade de obter rendimentos e logo sem efeitos necessariamente patrimoniais), exige uma compensação, tal como as dores sofridas pelo lesado, recorrendo-se para a fixar à equidade e a critérios jurisprudenciais.

I. Relatório

A Autora na petição inicial pediu a condenação do Réu a pagar à Autora “a quantia de € 58.500,00 (cinquenta e oito mil e quinhentos euro) a título indemnizatório por todos os danos que lhe foram provocados com a atuação ilícita por ato e/ou omissão do Réu, devidamente atualizada à data da prolação e/ou acrescida dos juros moratórios vincendos desde a data da citação, à taxa legal”. No decurso dos autos, requereu a redução do pedido para a quantia de €35.000,00, o que foi admitido por despacho de 22/03/2018.

Alega, para tanto e em síntese, que procurou os serviços do Réu, médico dentista, com o propósito de melhorar a sua aparência dental, o qual lhe garantiu que o tratamento seria simples e eficaz, capaz de garantir o resultado final pretendido e que não comportava qualquer tipo de risco. Por causa do tratamento, a Autora começou a sentir alterações ao nível da sua estrutura bucal e apresentou ao Réu várias queixas e como não sentia melhoras consultou diversos especialistas; passou a sofrer de problemas funcionais, esqueléticos, desvios mandibulares, reabsorção radicular, alteração de mordida, oclusão traumática e dificuldades na mastigação; sofreu danos patrimoniais e não patrimoniais causados pela conduta do Réu, que não fez uso de todos os conhecimentos técnico-científicos e todos os meios à sua disposição para assegurar à Autora os melhores cuidados e repor a sua saúde oral, violando, também, as regras deontológicas da Odontologia, tendo incorrido em responsabilidade tanto de âmbito contratual, como extracontratual.

O Réu contestou e deduziu incidente de intervenção principal provocada de ... – Companhia de Seguros SA (atualmente denominada ... – Companhia de Seguros SA), a qual foi admitida. Em síntese, o Réu aceitou ter prestado os seus serviços à Autora, mas negou todos os erros que lhe foram imputados, os danos e qualquer nexo de causalidade; alegou ter celebrado com a interveniente um contrato de seguro de responsabilidade profissional.

A Interveniente também contestou, invocando, em síntese, para afastar a sua obrigação de integral pagamento da indemnização quer a prescrição do direito, quer a previsão da franquia no contrato de seguro, e no mais, fazendo sua a contestação apresentada pelo Réu e impugnando a matéria factual invocada pela Autora.

Foi proferida, após julgamento, sentença com o seguinte decisório: “Assim, pelo exposto, julga-se a presente ação procedente e em consequência decide-se:

- a) Condenar o Réu e a Interveniente solidariamente a pagar à Autora a quantia de €12.500,00 (doze mil e quinhentos euros) a título de danos não patrimoniais e a quantia de €22.500,00 (vinte e dois mil e quinhentos euros) a título de dano patrimonial futuro, ambas acrescidas de juros de mora à taxa de 4% a contar da presente data e até efetivo e integral pagamento, sendo o valor respeitante à Interveniente deduzido da franquia estipulada no contrato de seguro”.

Não se conformando com esta decisão, e lutando para que a sentença seja revogada, o Réu recorreu (...)

2. Da aplicação do Direito aos factos apurados

2.1. Dos pressupostos da responsabilidade civil em geral

A questão que aqui cumpre resolver prende-se com os pressupostos da responsabilidade civil no âmbito de uma área com especiais contornos: a responsabilidade médica.

Se bem que desde a antiguidade se tenha reconhecido a necessidade de estabelecer especiais deveres éticos ao médico, face à importância da matéria que lhe é confiada e aos conhecimentos específicos que lhe são inerentes, só mais recentemente se deu o abandonar do estádio da consciência crítica relativamente à prática clínica, para o que ora se observa, que se estende desde a tomada de consciência pelos pacientes dos seus direitos, como o ser informado e a exigência da diligência atenta dos prestadores desse serviço, até à

mentalidade reivindicativa de uma cura para todos os males, o esquecimento que a própria medicina não é uma ciência exata e que o processo clínico está sujeito a factores incontrolláveis.

Relevam estas considerações para abarcar a importância social deste tipo de questões: em abstrato importa, por um lado, evitar fomentar uma prática médica que prioriza condutas e estratégias diagnósticas e terapêuticas que têm como objetivo primordial evitar demandas nos tribunais, que conduz ao solicitar de exames complementares não justificados, à fuga ao atendimento de pacientes graves, com maior potencial de complicações ou em situação de urgência, com o encaminhamento frequente de pacientes a outros especialistas, ao exagerar a prescrição e ao uso de procedimentos terapêuticos supostamente mais seguros, mas que naquele caso nem seriam os mais eficazes, burocratização da relação médico-paciente e desconfiança entre médicos e doentes. Por outro, é mister propiciar a prática da melhor medicina possível, ao exigir dos prestadores de cuidado de saúde o cumprimento das normas e o zelo que a dignidade do paciente exige, cumprindo as normas deontológicas, respeitando o doente também na sua autonomia e responsabilizando-os aquando da fuga aos seus deveres.

De qualquer forma, aplicam-se aqui, com certas especialidades, os princípios gerais que regem a responsabilidade civil, ou seja, a obrigação de alguém (lesante) reparar os danos que causou (ao lesado).

Esta pode assumir tanto a modalidade de responsabilidade contratual, quando provém da “falta de cumprimento das obrigações emergentes dos contratos, de negócios unilaterais ou da lei”, como a modalidade de responsabilidade extracontratual, também designada de delitual ou aquiliana (com origens na *Lex Aquilia*), quando resulta da “violação de direitos absolutos ou da prática de certos atos que, embora lícitos, causam prejuízo a outrem” – cf. Antunes Varela, in “Das Obrigações em Geral”, Vol. I, 10ª Edição, pág. 519.

No entanto, na base e no essencial, são os mesmos os elementos constitutivos da responsabilidade civil, provenha ela da violação de um contrato ou de um outro tipo de ilícito: o ato ilícito, a culpa, o dano, o nexo de causalidade adequada entre o facto e o dano, como decorre do artigo 483º do Código Civil.

a. o ato ilícito

O elemento básico da responsabilidade é o facto voluntário do agente, um facto dominável pela vontade, um comportamento ou uma forma de conduta humana.

Quando se alude a facto voluntário do agente, não se pretende restringir os factos humanos relevantes em matéria de responsabilidade aos atos queridos, ou seja, àqueles casos em que o agente tenha prefigurado mentalmente os seus efeitos e tenha agido em vista deles, abarcando também a negligência e mesmo a negligência inconsciente.

Por isso, facto voluntário significa, uma ação ou omissão objetivamente controlável ou determinável pela vontade.

A ilicitude, por seu turno traduz-se na violação de um direito de outrem, ou por violação da lei que protege interesses alheios, ou por meio da infração das leis que mesmo que só reflexamente atendam aos interesses particulares subjacentes, por visarem a proteção de interesses coletivos (normas, vg, que se debrucem sobre o simples perigo de dano, em abstrato, contravenção ou de uma transgressão de carácter administrativo, sempre que a norma violada vise proteger interesses dos particulares sem lhes conferir um verdadeiro direito subjetivo).

Para que o lesado, em casos do segundo tipo de ilicitude, ou seja, na violação de lei que protege interesses alheios, tenha direito à indemnização, três requisitos se mostram indispensáveis: em primeiro lugar, que à lesão dos interesses do particular corresponda a violação de uma norma legal; em segundo lugar, que a tutela dos interesses particulares figure, de facto, entre os fins da norma viola-

da: é preciso que a tutela dos interesses privados não seja um mero reflexo da proteção dos interesses coletivos que, como tais, a lei visa salvaguardar; em terceiro lugar, que o dano se tenha registado no círculo de interesses privados que a lei manda tutelar.

Para que o facto ilícito gere responsabilidade, é necessário que a ação tenha sido determinada pela vontade do agente, com dolo ou negligência, e de tal forma que mereça um juízo de reprovação ou a censura do direito: quando, pela sua capacidade e em face das circunstâncias concretas da situação, se concluir que ele podia e devia ter agido de outro modo (neste sentido cfr. Antunes Varela, in “Das Obrigações em Geral”, Vol. I, 10ª Edição, pág. 582).

b. a culpa

Para que o facto possa ser imputado ao lesante é necessário ainda que haja um certo nexó psicológico entre o facto e a vontade do lesante: o dolo e a negligência.

Fundando-se a responsabilidade no dolo, sendo mais forte o laço que prende o facto à vontade do agente, o montante da indemnização terá de corresponder sempre ao valor dos danos.

No dolo cabem os casos em que o agente quis diretamente realizar o facto ilícito, os casos em que, não querendo diretamente o facto ilícito, o quis como consequência necessária desse ato e ainda quando age sabendo que é possível que a sua ação cause aquele efeito e se conforma com esta.

A negligência, em termos muito simples, consiste na omissão da diligência exigível do agente, porquanto implica sempre a não conformação do agente com o resultado.

Para que o facto ilícito gere responsabilidade, é necessário que a ação tenha sido determinada pela vontade do agente, com dolo ou negligência, e de tal forma que mereça um juízo de reprovação ou a censura do direito: quando, pela sua capacidade e em face das circunstâncias concretas da situação, se concluir que ele podia e

devia ter agido de outro modo (neste sentido cf. Antunes Varela, ob. cit., pág. 582).

Para que o facto possa ser imputado ao lesante é necessário ainda que haja um certo nexó psicológico entre o facto e a vontade do lesante: o dolo ou a negligência.

A negligência, em termos muito simples, consiste na omissão da diligência exigível do agente, porquanto implica sempre a não conformação do agente com o resultado.

A culpa é apreciada, na falta de outro critério legal, pela diligência de um bom pai de família, em face das circunstâncias de cada caso (artigos 487º nº 2 e 799º nº 2 do Código Civil).

Na concretização deste conceito na responsabilidade médica, aqui em apreço, deve considerar-se que o médico “deve atuar de acordo com o cuidado, a perícia e os conhecimentos compatíveis com os padrões por que se regem os médicos sensatos, razoáveis e competentes do seu tempo”, exigindo-se-lhe “que atue com aquele grau de cuidado e competência que é razoável esperar de um profissional do mesmo «ofício» (especialista ou não especialista), agindo em semelhantes circunstâncias” – cfr. João Álvaro Dias “Culpa médica: algumas ideias-força”, in Revista Portuguesa do Dano Corporal, Ano IV, nº 5, págs. 21 e 23.

c. o dano

É também essencial para se apurar a obrigação de indemnizar que o facto ilícito culposo tenha causado um prejuízo a alguém. O dano é a perda in natura que o lesado sofreu, em consequência de um certo facto, nos interesses materiais, espirituais ou morais que o direito violado ou a norma jurídica infringida visam tutelar.

Determinados os danos de que o caso foi causa adequada, são todos esses, e só esses que, em princípio, ao responsável incumbe reparar.

A obrigação que impende sobre este terá como fim essencial, nos

termos do artigo 562º do Código Civil, a reconstituição da situação que existiria, se o facto não se tivesse verificado (princípio da reposição natural).

O n.º 1 do artigo 564º do Código Civil estipula que o dever de indemnizar compreende não só o prejuízo causado, como os benefícios que o lesado deixou de obter em consequência da lesão.

O dano patrimonial mede-se por uma diferença: a diferença entre a situação real atual do lesado e a situação hipotética em que ele se encontraria se não fosse o facto lesivo.

Dentro do dano patrimonial cabe, não só o dano emergente, ou perda patrimonial, como o lucro cessante ou lucro frustrado.

O primeiro compreende o prejuízo causado nos bens ou nos direitos já existentes na titularidade do lesado à data da lesão.

O segundo abrange os benefícios que o lesado deixou de obter por causa do facto ilícito, mas a que ainda não tinha direito à data da lesão.

Ao lado dos danos pecuniariamente avaliáveis, há outros prejuízos (como as dores físicas, os desgostos morais, os vexames, a perda de prestígio ou de reputação, os complexos de ordem estética) que, sendo insuscetíveis de avaliação pecuniária, porque atingem bens (como a saúde, o bem estar, a liberdade, a beleza, a perfeição física, a honra ou o bom nome) que não integram o património do lesado, apenas podem ser compensados com a obrigação pecuniária imposta ao agente, sendo esta mais uma satisfação do que uma indemnização.

São os danos morais ou não patrimoniais. A gravidade destes mede-se por um padrão objetivo (conquanto a apreciação deva ter em linha de conta as circunstâncias de cada caso), e não à luz de factores subjetivos. A sua gravidade aprecia-se em função da tutela do direito: o dano deve ser de tal modo grave que justifique a concessão de uma satisfação de ordem pecuniária ao lesado. Por último, a reparação destes danos obedecerá a juízos de equidade, tendo em

conta as circunstâncias concretas de cada caso, como se depreende, quer dos termos (equitativamente), em que a lei manda fixar para os factores discriminados no artigo 494º do Código Civil. A indemnização, tendo especialmente em conta a situação económica do agente e do lesado, é assim mais uma reparação do que uma compensação, mais uma satisfação do que uma indemnização (cfr. Antunes Varela, op. cit., pág. 628).

d. o nexu de causalidade

Nem todos os danos sobrevivendo ao facto ilícito são incluídos na responsabilidade do agente: exige-se um nexu de causalidade entre o facto e o dano, para cuja aferição foi adotada pelo legislador a teoria da causalidade adequada que determina que para impor a alguém a obrigação de reparar o dano sofrido por outrem, não basta que o facto praticado pelo agente tenha sido, no caso concreto, condição sine qua non do dano, é necessário ainda, que em abstracto o facto seja uma causa adequada do dano – conferir artigo 563º do Código Civil.

Esta disposição consagra o recurso ao prognóstico objetivo que, ao tempo da lesão, em face das circunstâncias então reconhecíveis ou conhecidas pelo lesante, seria razoável emitir quanto à verificação do dano.

A indemnização só cobrirá aqueles danos cuja verificação era lícito nessa altura prever que não ocorressem se não fosse a lesão.

Determinados os danos de que o caso foi causa adequada, são todos esses, e só esses que, em princípio, ao responsável incumbe reparar.

Na hipótese de o próprio lesado ter concorrido para a produção ou o agravamento do dano, estipula o artigo 570º do Código Civil o ajustamento da concessão e do montante da indemnização à forma como, em cada caso concreto, a culpa do agente ou do devedor e a culpa do lesado contribuíram para a verificação do dano.

2.1.1 Dos efeitos da distinção entre responsabilidade contratual e extracontratual

A distinção entre responsabilidade contratual e extracontratual tem aqui bastante relevo, nomeadamente para efeitos de apreciar a quem cabe o ónus da prova da culpa (artigos 799º, nº 1 e 487º nº 1 do Código Civil), a responsabilidade por facto de outrem (artigos 800º, nº1 e 500º do Código Civil) e a atenuação equitativa da indemnização em caso de mera culpa (artigo 494º do Código Civil). Esta distinção importa também para a fixação dos prazos de prescrição (artigos 309º e 498º do Código Civil). A diferença entre estas duas figuras de responsabilidade civil encontra-se na sua origem, visto que a primeira se traduz no incumprimento de um contrato e a extracontratual é independente de qualquer contrato.

O ónus da prova da culpa é de especial importância nesta sede, em que no âmbito dos factos é tão fluida a concretização dos deveres que incumbem aos médicos. Este onera o lesado apenas no âmbito da responsabilidade aquiliana; na responsabilidade extracontratual é o lesante que tem o ónus de provar que a falta de cumprimento ou cumprimento defeituoso da obrigação não decorre da sua culpa, como dispõe o supra citado artigo 799º nº 1 do Código Civil.

2.2. Das especialidades da responsabilidade civil médica

A responsabilidade civil médica apresenta natureza contratual quando assenta na existência de um contrato de prestação de serviço, tipificado no artigo 1154º do Código Civil, pelo qual uma das partes se obriga à prestação de um ato médico, mediante pagamento de um preço, seja por si – no caso do próprio médico, seja por intermédio de outrem, como no caso em que o paciente recorre a entidade privada prestadora deste tipo de serviços, a qual o apresenta a médico para que este lhe preste os cuidados de saúde necessários.

Quando a responsabilidade é aquiliana, a ilicitude traduz-se, não na violação da obrigação assumida por um contrato, mas na viola-

ção do direito do paciente, designadamente de direitos absolutos, como os direitos inerentes à personalidade, o que ocorre através da violação de um dever mais amplo que recai sobre o médico pelo exercício da sua profissão, no sentido de ter que agir diligentemente e proteger a saúde e vida.

Discute-se, com especial acuidade nesta sede, no caso em que coexistam os pressupostos destes dois tipos de responsabilidade, se o lesado pode escolher o regime a aplicar e se pode cumulá-los, beneficiando da proteção que uma e outra oferecem.

Apesar de não ser unívoco na jurisprudência e doutrina, entende-se, aliás na esteira do que se tem por dominante, que nesta sede são cumuláveis as regras da responsabilização fundada na violação contratual ou noutro tipo de ilícito, porquanto com o contrato as partes não pretendem renunciar à tutela geral ou furtar-se aos deveres que a lei lhes atribui, mas antes reforçar as suas obrigações e inerentes direitos (cf. Ac RP de 09/11/2012 no processo 2488/03.9TVPRT.P2, Ac RL de 04/19/2005 no processo 10341/2004-7, Ac de 09/11/2007 no processo 1360/2007-7,) mas contra Pinto Monteiro, “Cláusulas Limitativas e de Exclusão da Responsabilidade Civil”, in BFD, Sup., vol XXVIII, Coimbra, 1985, pp. 398-400, Figueiredo Dias e Sinde Monteiro, A responsabilidade médica em Portugal, BMJ nº 332, 1984, p. 40, NUNES, Manuel Rosário, Da responsabilidade civil por atos médicos – Alguns Aspectos, Universidade Lusíada, 2001, p. 54-63, VAZ SERRA, Responsabilidade contratual e responsabilidade extracontratual”, BMJ nº 85, pp. 208 ss. e 238-239).

É, pacífico, nestes autos, que foi celebrado um contrato de prestação de serviços entre o Réu médico e a Autora, assumindo este a obrigação de prestação de serviço, previsto no artigo 1157º do Código Civil, regulado em especial pelas normas que deste se estendem até ao artigo 1184º deste diploma, ao qual, em caso de violação, se aplicam as regras que regulam a responsabilidade contratual.

Enfim, há que recorrer ao regime da responsabilidade aquiliana ou contratual aqui concorrentes, iniciando-se a análise pela que mais favorece o lesado, sabendo-se, à priori, que a responsabilidade contratual, em regra, tutela com maior alcance a parte que sofreu os danos e prejuízos.

2.3. Da responsabilidade médica fundada na falta de consentimento livre e consciente do paciente

A responsabilidade médica tem-se estribado essencialmente em dois factores: o primeiro, mais clássico, traduz-se na má prática médica ou no erro técnico, o segundo, com uma importância que vem ganhando campo, na violação dos direitos dos pacientes, realçando-se, entre estes (mas existem muitos outros), a sua autonomia e autodeterminação, por desrespeito do dever de informar, que impede que o paciente usufrua da sua liberdade. O paciente só autoriza a intervenção médica efetuada na sua pessoa, de forma plena e consciente, se estiver na posse dos elementos necessários para tomar essa decisão: só então se pode concluir pela verificação do seu consentimento livre e informado.

“Esse direito ao livre e esclarecido consentimento é um postulado axiológico e normativo, vigente em vários ordenamentos jurídicos, incluindo o português, como se alcança da Declaração de Lisboa da Associação Médica Mundial de 1981, da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, do Conselho da Europa, do art.1º, 25º e 26º da CR Portuguesa, art.70 do CCivil, art. 156 e 147 do C Penal e art. 38 do Código Deontológico da Ordem dos Médicos e Lei de Bases da Saúde (Base XIV nº 1 al. e) da Lei n.º 48/90 de 24/AGO; (Ver Conselheiro Álvaro Rodrigues, in Consentimento Informado – Pedra Angular da Responsabilidade Criminal do Médico (Relatório Final do Curso de Pós – Graduação em Direito da Medicina), Coimbra Editora, 2002; Prof. Costa Andrade, in Consentimento e Acordo em Direito Penal, Coimbra Editora, 1991; André Dias Pereira in O Dever de Esclarecimento

e a Responsabilidade Médica. Revista dos Tribunais 2005 S. Paulo pág.69 a 10” como explana o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 15-10-2009, no processo 08B1800.

Nestes autos apenas está em causa esta segunda vertente da responsabilidade médica.

No âmbito dos deveres de informação necessários para se alcançar o consentimento livre e esclarecido tem importância primordial o dar a conhecer ao doente os riscos do procedimento, pois este não pode escolher, em consciência, submeter-se ou não ao procedimento médico, se não estiver ciente da existência desses riscos.

O tipo, profundidade e as próprias informações que devem ser prestadas diferem em virtude de um conjunto de circunstâncias; existem, além disso, diversos critérios para densificar a informação devida, havendo quem entenda que é de exigir que se expliquem os riscos graves, mesmo que raros, outros que apenas apontam para os previsíveis. Este dever, de qualquer forma, é mais intenso nas intervenções não terapêuticas, como a presente, por ter em vista apenas razões estéticas e logo ser maior a margem de liberdade do paciente para recusar o procedimento.

Supra não só se concluiu que o Réu não prestou informação sobre os riscos inerentes ao procedimento estético que ia proceder na boca da Autora, como se concluiu, que mesmo que assim não fosse, o ónus da sua prova cabia ao médico e este não o logrou demonstrar.

Ilícitude e culpa

Pretende o Réu que se conclua que a Autora prescindiu da necessidade de ser informada dos riscos. Invoca, para tanto, que no Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça proferido no processo 3925/07.9TVPRT.P1. S1, se escreveu “ao abdicar de colocar questões adicionais, a A. abdicou do seu direito a ser informada em termos mais detalhados”. Esta posição, levada à letra e fora do seu contexto, tal como a entende o Recorrente, abriria a porta à total ausência de

informação a prestar pelo médico, bastando que o mesmo afirmasse estar na disponibilidade para a prestar, para responsabilizar o doente por tudo o que não perguntou (e que provavelmente não poderia perguntar, por ser leigo na matéria e não ter conhecimentos que lhe permitissem ter dúvidas a colocar). O acórdão em causa reporta-se a uma situação em que o paciente havia assinado um termo de consentimento, o qual continha uma folha com informações, o que se não compara com a situação ora em apreço.

Ora, sem que o paciente tenha tido acesso ao conhecimento de pelo menos alguns riscos mais importantes e frequentes do procedimento a que se vai submeter (como se viu o núcleo da informação difere muito de caso para caso) não é possível libertar o médico do dever deontológico de prestar essa informação, na parte mais relevante.

Termos em que se mantém a relevância da falta de prestação de informações sobre os riscos do tratamento, visto que o que decorre da matéria de facto provada é que nenhuns terão sido enunciados. Não há, pois, qualquer necessidade de aprofundar a extensão desse dever: o mesmo foi violado logo na sua vertente mais básica, na indicação de alguns dos riscos mais graves e frequentes, não estando em causa um conjunto suplementar de informações, que aqui também teriam muita relevância, aliás, porquanto a intervenção apenas visava o aperfeiçoamento estético do sorriso da Autora.

A prestação da informação sobre os riscos da intervenção é uma das obrigações deontológicas dos médicos, inerentes à sua profissão (quer aja ou não no âmbito de qualquer contrato com o doente), mas, nos casos em que foi celebrado um contrato de prestação de serviços com o médico também faz parte das obrigações que assume. Sem essa informação (a não ser que se entenda que há um consentimento presumido, nas circunstâncias que o justifique), a ofensa corporal em que se traduz materialmente a intervenção efetuada no corpo do paciente mostra-se ilícita, porquanto o consentimento prestado é ineficaz, visto que inquinado pelo desconhecimento.

É visível o preenchimento do primeiro pressuposto da responsabilidade aquiliana e logo também da contratual, menos exigente nessa sede: o ato ilícito, que engloba, na perspetiva contratual, o incumprimento da obrigação obrigacional prévia à prestação do tratamento, mas que lhe é inerente (discute-se se esta é uma obrigação meramente acessória), consistente na prestação das informações relativas ao risco do procedimento e, na perspetiva aquiliana, o incumprimento deste mesmo dever deontológico, necessário para obter o consentimento esclarecido que permitam ao médico intervir no doente (sem prejuízo dos casos, excecionais, em que este se deve presumir). E por essa via chega-se à prática de atos lesivos no corpo da Autora, sem consentimento válido que o permitisse.

Não se provou que o Réu deliberadamente omitiu a informação. Mas tinha o dever de a prestar e era-lhe exigível que o fizesse, por fazer parte das tarefas de natureza deontológica que incumbem a qualquer médico e porque teve a oportunidade de o fazer (não se verificava qualquer situação que o impossibilitasse de explicar os riscos, como um perigo eminente). Assim, também se preenche o requisito da culpa, ainda que por negligência, a qual, aliás, se presume no âmbito da responsabilidade contratual.

Nexo de causalidade

O grande problema que se coloca nesta sede é o nexo de causalidade entre a falta de informação e o dano.

De entre as várias posições possíveis, tem vindo a ganhar força, quer em Portugal, quer a nível europeu, a ideia que, porque sem a devida informação o paciente não pode dar um consentimento esclarecido e válido, o médico que omite tais informações, ao realizar o procedimento, age sem o consentimento (eficaz) do paciente e por isso tem que responder por todas as consequências danosas que o seu ato ilícito provocou (cf. neste sentido André Gonçalo Dias Pereira, “Responsabilidade médica e consentimento informado. Ónus da prova e nexo de causalidade, in Coletânea de forma-

ção jurídica e judiciária. -Macau: Centro de Formação Jurídica e Judiciária (2010) disponível para consulta em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/105771/1/Responsabilidade%20m%C3%A9dica.pdf>.) Tem-se em conta que “segundo uma interpretação objetivista atualista gozamos de horizonte hermenêutico para concluir que o nosso direito é, nesta sede, aberto às inovações da doutrina e da jurisprudência, já que o sentido do artigo 563º [do Código Civil] é, em primeira linha, afirmar que não são apenas critérios naturalísticos que presidem à imputação objetiva”, como se escreve na obra agora citada.

Assim, seja porque se entende que há que presumir que, caso a informação fosse prestada, a Autora não aceitaria o procedimento, seja porque se entende que tudo se deve passar como se esta não o tivesse dado, porque este estava inquinado por falta de informação, consistindo então o ato danoso no próprio procedimento médico, havendo que indemnizar os danos que a Autora não teria tido se não fosse a realização do procedimento, encontra-se sempre aqui uma relação de causalidade adequada entre a realização do tratamento sem a devida informação e as lesões originadas por este.

Veja-se neste sentido o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 06/16/2015 no processo 308/09.0TBCEB.C1.S1 “Constituindo uma intervenção médico-cirúrgica (sobretudo e como é aqui o caso de natureza invasiva) uma violação objetiva do direito (com consagração constitucional no art. 25.º da CRP) à integridade física e moral do doente, e sendo, enquanto tal, geradora de responsabilidade civil, torna-se, no entanto e em condições normais, lícita se previamente justificada com o consentimento livre, consciente e esclarecido do lesado.”. “O consentimento do paciente é um dos requisitos da licitude da atividade médica (artigos 5.º da CEDH BioMed e 3.º, n.º 2 da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia) e tem que ser livre e esclarecido para gozar de eficácia: se o consentimento não existe ou é ineficaz, a atuação do médico será ilícita por violação do direito à autodeterminação e

correm por sua conta todos os danos derivados da intervenção não autorizada.” como se disse no Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 06/02/2015 no processo 1263/06.3TVPRT.P1.S1.

2.4. Do *quantum* indemnizatório

À firmada dicotomia danos patrimoniais/danos não patrimoniais (os primeiros atingindo diretamente a esfera patrimonial do lesado, ao contrário dos segundos), tem vindo a ter crescente importância a dicotomia lesões corporais/lesões materiais (considerando-se as lesões corporais como ofensas à integridade física e saúde do lesado).

(A esta distinção recorre, também, o DL n.º 291/2007, de 21 de agosto, que estabelece o regime do sistema de seguro obrigatório de responsabilidade civil automóvel, mencionando, no artigo 4º, os “danos patrimoniais e não patrimoniais decorrentes de lesões corporais ou materiais causados a terceiros”. Este Decreto-Lei alude à Portaria n.º 377/2008, de 26 de maio, alterado pela Portaria 679/2009, de 25 de junho, a que se refere também o Recorrente; é jurisprudência portuguesa maioritária que os critérios e valores nesta previstos se destinam tão só a servir de orientação aos lesados no âmbito dos procedimentos obrigatórios para a regularização dos sinistros rodoviários como se esclarece no seu preâmbulo, não vinculando o julgador, embora sejam de ponderar, nomeadamente face à unidade do sistema jurídico.

O dano biológico, originado numa lesão corporal, traduz-se na afetação da capacidade funcional de uma pessoa, declarada pela atribuição de um determinado grau de incapacidade físico-psíquica.

Assim, atenta a multiplicidade de vertentes em que se estende a vida humana, nomeadamente a profissional, a par de outras, entende-se premente considerar-se que a privação da inteira capacidade biológica de uma pessoa para o exercício da sua capacidade produtiva, se traduz também numa perda patrimonial, embora não imediata, e como tal deve ser indemnizada, visto que tal incapacidade implica

um esforço acrescido, consumidor de recursos do lesado (finitos por natureza), que, não sendo esse esforço necessário, poderiam ser canalizados para atividade produtiva, simultânea ou subsequente.

Têm sido discutidos os critérios a utilizar para a fixação da indemnização desta diminuição da capacidade funcional da pessoa originada nas lesões corporais que sofreu.

Uns entendem que deve fixar-se uma indemnização autónoma para este dano, sem recorrer à classificação danos patrimoniais e não patrimoniais, outros que estes devem ser considerados apenas como danos patrimoniais e outros ainda que podem ser considerados, conforme os casos, no âmbito de um destes dois critérios, outra ainda que este pode determinar consequências patrimoniais e não patrimoniais.

No que concerne à consideração deste dano na sua vertente patrimonial, se o dano na saúde do lesado atinge imediatamente o seu património, por diminuir ou impedir totalmente o rendimento proveniente do seu trabalho, é clara a ressarcibilidade deste prejuízo, de valor diretamente económico.

A questão é mais sensível quando não é tão direta essa repercussão no património.

Quanto à possibilidade de consideração das consequências do dano biológico, na vertente patrimonial, mesmo nestes casos em que não há uma repercussão direta e imediata no vencimento do lesado, é claro o Acórdão do STJ de 20-05-2010, no processo 103/2002.L1.S1, de rel. Lopes do Rego): “pelo menos para quem não está irremediavelmente afastado do ciclo laboral, a perda relevante de capacidades funcionais – embora não imediatamente refletida nos rendimentos salariais auferidos na profissão exercida – constitui uma verdadeira «capitis diminutio» do lesado num mercado laboral em permanente mutação e turbulência, condicionando-lhe, de forma relevante e substancial, as possibilidades de mudança ou reconversão de emprego e o leque de oportunidades profissionais à sua disposição, constituindo, deste modo, fonte atual de possíveis e futuros lucros cessantes, a compensar como verdadeiros danos patrimoniais.”

Acórdão que continua nos seguintes termos: “Para além disto, terão naturalmente de ser ponderados e ressarcidos os danos não patrimoniais, decorrentes da degradação do padrão de vida da lesada, quer nos aspectos **não** diretamente associados ao exercício da profissão, quer da notoriamente maior penosidade que este passou a representar para a lesada, como forma de, contornando as sequelas incapacitantes, lograr manter o mesmo nível de produtividade e de rendimento auferido.”

Não é de exigir uma efetiva perda de rendimentos decorrente da incapacidade permanente para que se reconheça ao lesado o direito à indemnização pelo dano biológico no âmbito da sua atividade profissional.

A diminuição da rentabilidade de uma pessoa no trabalho que exerce (e que é capaz de exercer) tem necessariamente consequências patrimoniais, seja na possibilidade de vir a obter outras fontes de rendimento, na progressão na carreira e na reconversão profissional futura.

Desta forma, dá-se “Igual relevância, enquanto dano patrimonial, do designado dano biológico perspetivado como perda de aptidão ou capacidade laboral (agravamento do esforço no exercício da atividade) independentemente da perda de retribuição (dano emergente) ... No dano biológico, considerado dano autónomo, está em causa a perda de aptidão ou capacidade laboral. A penosidade em si parece configurar dano moral. Mas essa penosidade implicando perda de capacidade de ganho, resulte esta de uma perda de oportunidades de trabalho e/ou de um desempenho mais difícil, justifica um cálculo de natureza patrimonial pois ocorre sempre um prejuízo quando, pela incapacidade, tem de se trabalhar mais para realizar o mesmo..” cf intervenção de Salazar Casanova a 27 de outubro de 2016 no Colóquio Sobre o Código Civil, disponível em stj.pt/ficheiros/colóquios.

(Nestes sentidos vai muita jurisprudência: cf. Acs do STJ de 03/21/2013, no processo 565/10.9TBPVL.S1, rel. Salazar Casano-

va, Ac STJ de 05/19/2009, no processo 298/06.0TBSJM.S1, rel. Fonseca Ramos e os citados no muito esclarecedor Ac do STJ de 12/11/2012 no processo 269/06.7 GARMR.E1.S1, rel. Isabel Pais Martins, indicando de forma detalhada as várias posições: os Ac. STJ de 19/5/2009 no processo 298/06.0TBSJM.S1, rel. Fonseca Ramos, Ac. STJ de 4/10/2007 no processo 07B2957, rel. Salvador da Costa, Ac. STJ de 6/5/99 no processo 99B222, rel. Ferreira de Almeida).

Enfim, quando o dano na saúde do lesado atinja imediatamente o seu património por diminuir ou impedir totalmente o rendimento proveniente do seu trabalho é clara a ressarcibilidade deste prejuízo como dano patrimonial, de valor diretamente económico.

Nos casos em que não existe um imediato ou direto reflexo do dano real biológico no valor dos rendimentos pecuniários auferidos, mas uma diminuição da capacidade laboral, entende-se que os critérios a seguir para a fixação da indemnização são os previstos para a indemnização dos danos não patrimoniais, com recurso às regras da equidade, ponderando todas as circunstâncias do caso – cf. os já citados Acórdãos do STJ de 12/11/2012 e de 4/10/2007.

Entende-se que no cálculo da indemnização pelo dano biológico na sua vertente patrimonial há que distinguir se a lesão afeta diretamente a capacidade produtiva do lesado, impedindo a realização das suas tarefas habituais ou se (“apenas”) as dificulta, através da exigência de esforços adicionais, de forma a que as suas consequências na capacidade de ganho do lesado não são mediatas, mas descorrináveis a maior distância e de forma indireta, sob pena de se violar o princípio da igualdade. No primeiro justifica-se o recurso às fórmulas matemáticas, mas apenas como elemento auxiliar, sempre sujeito aos critérios dados pela equidade e pela jurisprudência.

Por outro lado, entende-se que em todos os casos a incidência do dano biológico deve ser visto tendo em conta que o ser humano não é apenas um ser dirigido à produção e que também as pessoas que não trabalham com resultados económicos têm que ser compensados de todas as perdas que as lesões biológicas trazem à vida

de um ser humano, em qualquer uma das suas vertentes, sem haver qualquer necessidade de empolar a vertente laboral e, nesse campo privado, de recorrer ao seu vencimento, visto que todos os seres humanos, independentemente deste, tem igual direito à integridade física e psicológica, meio para gozar em pleno da sua existência), recorrendo-se aqui aos critérios que subjazem as compensações por danos não patrimoniais (artigo 496º nº 4 e 496º do Código Civil).

E assim, os esforços acrescidos e dores, devem ser indemnizados no âmbito dos danos não patrimoniais, por violarem bens pessoais imateriais, aliás com proteção constitucional.

Desta forma, a valoração das consequências dos danos provenientes da lesão do corpo da Autora deve ser analisada simultaneamente como dano patrimonial, na perda da sua capacidade de ganho, no âmbito da sua vida laboral (ainda que indireta, neste caso) e como dano não patrimonial, no âmbito da maior dificuldade sofrida pela Autora na utilização do seu corpo para a sua vida em geral.

Entendemos, como se viu, que o dano biológico não é um terceiro género, face à classificação dos danos como patrimoniais e não patrimoniais, mas uma outra categorização, fundada no facto que o origina.

Isto posto, vejamos as consequências lesivas do procedimento médico efetuado pelo Réu na pessoa da Autora. (Diga-se, a este propósito, que para tanto há que recorrer à matéria de facto provada, não a acontecimentos posteriores que o Recorrente entende decorrerem das declarações da Autora).

Ficou a padecer de dificuldades mastigatórias, diminuição de continência oral, alterações faciais designadamente a nível do lábio superior, bem como com a reabsorção radicular nos dentes 11 e 21, consequências que vieram a ser classificadas como um Défice Funcional Permanente da Integridade Físico-Psíquica de 5 pontos.

Estes problemas, apesar de compatíveis com o exercício da atividade habitual, implicam esforços suplementares.

O procedimento também lhe causou um dano Estético Permanente fixado no grau 1/7 e sofreu dores que foram classificadas, no que toca ao *quantum doloris* em 4/7.

Lida a matéria de facto decorre que a Autora passou a ter graves problemas na respiração, com incidências no cansaço diário e um sono de má qualidade, acordando não raras vezes com a sensação de tonturas e falta de ar, coisas que nunca haviam sucedido antes. Da mesma forma passou a ter dificuldades na fala e problemas posturais, uma vez que, durante o dia, tende a flexionar o pescoço para respirar melhor, com tendência para ficar de boca aberta.

Padece agora também de problemas ao nível fonético que condicionam a sua atividade profissional de professora, ao comunicar com os seus alunos e os seus colegas na escola secundária.

Nos anos de 2010-11, a respiração da Autora foi predominantemente bucal pois não conseguia ter um selamento labial passivo e quando falava tinha a sensação de “sugar” o ar, tendo padecido, nesse período, de frequentes laringites. O problema de halitose de que padeceu durante esse período de tempo causou-lhe constrangimentos, comprometeu a sua sociabilização, nomeadamente escolar, bem como as relações interpessoais, e até conjugais, como mulher casada vivendo em comunhão de lar. Tudo isso motivou uma relativa perda da sua auto-estima e da auto-confiança que antes detinha como sua característica pessoal. A Autora sofreu desgosto emocional e perdeu a qualidade de vida que gozava antes do tratamento.

Recorrendo agora à jurisprudência, citam-se acórdãos referentes a casos com similitudes com o presente pela gravidade dos danos, com lesados na mesma faixa etária, embora em sede de acidentes de viação: no Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 11/03/2016 no processo 1971/12.0TBLLE.E1.S1, em que a lesão também fora avaliada em 5 pontos e o dano estético em 1/7, não diferindo em muito a idade da lesada, atribuiu-se o montante de € 10.000,00 pelos danos não patrimoniais e € 25.000,00 pelo dano biológico;

desta Relação, em 07/03/2014, no processo 333/12.3TCGMR.G1, face a uma limitação funcional (6 pontos de IPG) o valor de 20.000,00 € de indemnização pelos danos não patrimoniais e a quantia de € 14.305,00, a título de indemnização pelos danos patrimoniais. Já com 21 anos e com o dobro dos pontos fixados à IPG, veja-se o acórdão do Tribunal da Relação de Coimbra de 07/06/2016 no processo 232/13.1TBMBR.C1, atribuindo a indemnização de € 29.000,00 pela IPG e reduzindo a indemnização pelos danos não patrimoniais para 16.000,00 €.

Tudo ponderado, considerando que a Autora tinha cerca de 36 anos quando terminou o procedimento acordado com o Réu, a gravidade das lesões e a forma profunda como a mesma a influenciou e influencia a sua vida, as limitações funcionais de que passou a padecer, que incidem em grande parte na atividade de suporte da vida que é a respiração, a qual lhe afeta o sono, a fala, a mastigação, a postura, a resistência, por lhe aumentar o cansaço, o dano estético que lhe foi atribuído e os sofrimentos de que padeceu, entende-se que em globo se mostra adequado o valor indemnizatório fixado pela 1ª instância, apesar de se seguir, como se viu, diferente critério na sua definição.

Entende-se que o dano biológico tem em sede não patrimonial neste caso a sua maior expressão, o que significa que o valor da compensação a fixar pelo apurado custo em respirar, falar, comer e descansar, com influencia até na sua relação com os outros, é independente do seu vencimento, por dizer respeito à vida de um ser humano como pessoa, nas suas várias vertentes, atribuindo-lhe a este título o valor de 20.500,00 € (tendo esta montante em vista compensar danos sem expressão patrimonial direta).

Pelas consequências que as dificuldades acrescidas na realização da sua vida profissional, o que implica que a Autora terá maior dificuldade em realizar o seu trabalho, limitando o seu desenvolvimento neste campo, o que se engloba na vertente patrimonial do dano biológico, entende-se ser de atribuir o valor de 4.000,00 €.

Pelo reduzido dano estético entende-se ser de atribuir o valor de 500,00 € e pelos sofrimentos e dores que padeceu, prolongados no tempo, o valor de 10.000,00 € (sendo esta compensação de natureza não patrimonial).

(...)

Nada há, assim, a apontar à sentença recorrida, que se mostra muito bem fundamentada e encontrou uma indemnização que se mostra ajustada ao dano, apenas não se seguindo a classificação jurídica dada na parte decisória às diferentes parcelas em que foi dividido o montante da condenação.

V. Decisão

Por todo o exposto, este coletivo delibera:

-- Julgar a apelação improcedente e em consequência manter a condenação solidária do Réu e da interveniente a pagar à Autora a quantia de 35.000,00 €, acrescida de juros de mora à taxa de 4% a contar da presente data e até efetivo e integral pagamento, sendo o valor respeitante à Interveniente deduzido da franquia estipulada no contrato de seguro.

Custas da apelação pelo Autor e 2º Réu, que ficaram vencidos.

Guimarães, 10 de janeiro de 2019

Sandra Melo | Conceição Sampaio | Elisabete Coelho de Moura Alves

ACÓRDÃO DO SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE 24-10-2019

Processo: 3192/14.8TBBRG.G1.S2 | **Relator:** Acácio das Neves

Data do Acórdão: 24-10-2019

Votação: Unanimidade

Meio Processual: Revista

Decisão: Negada a Revista

Sumário:

I – A responsabilidade civil emergente da realização de ato médico, ainda que se prove a inexistência de erro ou má prática médica, pode radicar-se na violação do dever de informação do paciente relativamente aos riscos e aos danos eventualmente decorrentes da realização do ato médico.

(...)

Apreciando:

(...)

É contra tal entendimento que se manifesta o réu recorrente, nos termos das conclusões recursórias supra transcritas, defendendo (e apenas) que, inexistindo má prática médica conforme ficou demonstrado nos autos, irrelevante se torna a existência de violação do dever de informação, pelo que deve ser absolvido – fazendo referência, para o efeito, a dois acórdãos, da Relação de Lisboa e da Relação do Porto, em que se tomou posição nesse sentido.

Conforme bem se considerou no acórdão recorrido (o que nem sequer é posto em causa na revista) estamos em presença de um contrato de prestação de serviços, que teve por objeto a realização de determinados atos médicos.

E efetivamente, conforme defende o recorrente e foi, de resto, considerado no acórdão recorrido, não se provou (bem pelo contrário) ter havido violação, por parte do réu recorrente, dos seus deveres contratuais relativos à adequada prática dos atos médicos, ou seja não se provou ter havido erro médico ou má prática médica, na medida em que se provou especificamente (nº 90 dos factos provados) que “o réu empregou todos os conhecimentos técnico-científicos e os meios necessários ao tratamento realizado pela autora”.

Assim, a responsabilização do recorrente apenas poderia assentar na violação do dever de informação do paciente, informação essa fundamental ao consentimento livre e esclarecido.

Ora o certo é que a jurisprudência, e em particular a jurisprudência do STJ, na linha do entendimento seguido no acórdão recorrido, tem vindo a tomar posição clara no sentido da dupla sede de responsabilidade médica: baseada no erro médico (contratual) ou na violação do dever de informação ou seja, do consentimento informado – entendimento que sufragamos por inteiro.

Com efeito, em sede de intervenção médica, ainda que seguindo-se todos os procedimentos que à data se julguem adequados à prática do respetivo ato, haverá sempre uma margem de insucesso, de risco, traduzido na ocorrência de efeitos nefastos, como de resto acabou por ocorrer no caso ora em apreço (vide, particularmente, a factualidade constante dos nºs 74 e sgs).

E prova disso é o facto de, conforme é do conhecimento público, e felizmente que assim é, a ciência e técnica médica terem vindo a evoluir constantemente. Ora (e particularmente em situações como a dos autos em que o ato médico visa no essencial uma correção estética) é de todo imprescindível que o paciente disponha

de adequada informação, relativamente aos riscos inerentes, em ordem à formação de um consentimento esclarecido e verdadeiramente consciente – sendo certo que, in casu, se provou especificamente (nº 96 dos factos provados) que “o réu não informou a autora de que o tratamento comportava o risco de a autora ficar a padecer dos problemas referidos em 74)”.

No sentido de tal entendimento (ou seja, o entendimento do acórdão recorrido que, conforme referido, sufragamos) vide acórdão do STJ de 02.11.2017 (proc. nº 23592/11.4T2SNT.L1.S1, in www.dgsi.pt) onde bem se considerou:

“Quer a lei portuguesa (cfr., em especial, os arts. 70.º, 81.º e 540.º do CC, bem como o art. 157.º do CP ou o n.º 11 do art. 135.º do Estatuto da Ordem dos Médicos), quer diversos instrumentos internacionais (cfr. o art. 5.º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina – Convenção de Oviedo) exigem, como regra e como condição da licitude de uma ingerência médica na integridade física dos pacientes – por exemplo, através de uma cirurgia, como no caso presente – que estes consentam nessa ingerência; e que o consentimento seja prestado na posse das informações relevantes sobre o ato a realizar, tendo em conta as concretas circunstâncias do caso, sob pena de não poder valer como consentimento legitimador da intervenção”.

No mesmo sentido, o acórdão do STJ de 05.06.2018 (proc. nº 1250/13.5TVLSB.L1.S1, in www.dgsi.pt):

I – O utente assume a qualidade de consumidor na relação com o prestador de cuidados de saúde, nos termos da Lei n.º 24/96, de 31 de julho que aprovou o regime legal aplicável à defesa do consumidor (Lei do Consumidor).

II – O utente tem o direito a ser informado atempadamente pelo prestador dos cuidados de saúde sobre os serviços e valores a pagar;

III – Se o utente – com conhecimento do prestador de cuidados de saúde – celebrou um determinado contrato de seguro que financia

a prática de atos médicos em determinado estabelecimento hospitalar, deve ser esclarecido pelo prestador sobre a possibilidade de vir a ter que suportar algum custo, relativamente aos cuidados de saúde que lhe vierem a ser ministrados.”

Também no mesmo sentido, vide acórdão do STJ de 22.03.2018 (proc. nº 7053/12.7TBVNG.P1.S1, in www.dgsi.pt):

I – Em sede de responsabilidade civil por atos médicos ocorre frequentemente uma situação de concurso de responsabilidade civil contratual e extracontratual, sendo orientação reiterada da jurisprudência do STJ a opção pelo regime da responsabilidade contratual tanto por ser mais conforme ao princípio geral da autonomia privada, como por ser, em regra, mais favorável à tutela efetiva do lesado.

II – Tanto o direito nacional, como instrumentos internacionais, impõem, como condição da licitude de uma ingerência médica na integridade física dos pacientes, que estes consentam nessa ingerência e que esse consentimento seja prestado de forma esclarecida, isto é, estando cientes dos dados relevantes em função das circunstâncias do caso, entre os quais avulta a informação acerca dos riscos próprios de cada intervenção médica.

III – O consentimento do paciente prestado de forma genérica não preenche, só por si, as condições do consentimento devidamente informado, sendo, além disso, necessário, em caso de repetição de intervenções, que tais esclarecimentos sejam atualizados, tendo em conta, designadamente, que os riscos se podem agravar com a passagem do tempo.”

No mesmo sentido, entre outros, vide ainda o acórdão do STJ de 22.05.2003 (revista nº 912/07 – 7ª secção, in Sumários dos Acórdãos do STJ), o acórdão da Relação de Coimbra de 11.11.2014 (proc. nº 308/09.0TBCBR.C1, in www.dgsi.pt) e o acórdão da

Relação de Guimarães de 10.01.2019 (proc. nº 3192/14.8TB-BRG.G1, in www.dgsi.pt).

Posto, isto, haveremos de concluir no sentido de não assistir razão ao recorrente quando, ao contrário do entendimento sufragado no acórdão recorrido, defende que, tendo empregado todos os conhecimentos técnico-científicos e os meios necessários ao tratamento realizado pela autora, não releva a questão da prestação de consentimento informado.

Assim, atenta a factualidade provada, o que o recorrente poderia questionar era a eventual inexistência de violação do dever de informação – questão esta que não foi suscitada na revista e da qual, como tal, não nos compete conhecer.

Improcedem assim as conclusões recursórias, impondo-se negar a revista e confirmar o acórdão recorrido.

Em síntese:

A responsabilidade civil emergente da realização de ato médico, ainda que se prove a inexistência de erro ou má prática médica, pode radicar-se na violação do dever de informação do paciente relativamente aos riscos e aos danos eventualmente decorrentes da realização do ato médico.

Termos em que se acorda em negar a revista e em conformar o acórdão recorrido.

Custas pelo recorrente.

Lisboa, 24 de outubro de 2019

Acácio das Neves (Relator) | Fernando Samões

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DA RELAÇÃO DO PORTO DE 08-02-2021

Processo: 18429/15.8T8PRT.P1 | **Relator:** Manuel Domingos Fernandes

Data do Acórdão: 08-02-2021

Votação: Unanimidade

Meio Processual: Apelação

Decisão: Revogada

Sumário:

I – Na reapreciação da prova a Relação goza da mesma amplitude de poderes da 1.^a instância e, tendo como desiderato garantir um segundo grau de jurisdição relativamente à matéria de facto impugnada, deve formar a sua própria convicção.

II – Não obstante no universo da odontologia não possa afirmar-se, em termos genéricos, que os médicos assumem obrigações de resultado, por existirem actividades dentárias mais complexas, dependentes de factores diversos do estrito cumprimento das *leges artis*, que, por isso, devem ser incluídas na categoria das obrigações de meios, a colocação de próteses e certas operações onde os objectivos a alcançar não dependem senão da competência técnica dos médicos, podem e devem configurar-se como obrigações de resultado.

III – A responsabilidade da clínica onde o médico praticou os actos susceptíveis de baseara sua responsabilidade radica no disposto no

art.º 800.º do Código Civil e no que tiver sido acordado no contrato que o doente tenha celebrado com aqueles.

IV – Excluindo os casos em que a irregularidade ou deficiência da prestação a afastam de tal forma da prestação exigível (em que o interesse do credor fica inteiramente por preencher), em que existirá uma situação de incumprimento ou mora, casos haverá em que o credor, por analogia com o disposto no artigo 808.º, nº 1 do CCivil, poderá exigir do devedor que corrija ou substitua a prestação defeituosa dentro do prazo razoável que para o efeito lhe fixar, sob pena de considerar a prestação como definitivamente não cumprida.

V – Não pode assacar-se ilicitude à actuação da clínica ou incumprimento contratual quando ela se prontificou a proceder a todas as correcções necessárias e o doente torna impossível essa prestação, ao recorrer ao serviço de terceiros para a efectuar.

(...)

Fundamentação de Facto:

O tribunal recorrido deu como assente a seguinte factualidade:

1. O 1.º réu é médico dentista e encontra-se inscrito na Ordem dos Médicos Dentistas sob o n.º 1037.
2. O 1.º réu exerce a sua actividade profissional na clínica médica propriedade da 2.ª ré.
3. A 2.ª ré é uma sociedade comercial que se dedica à prestação de serviços de saúde, sendo proprietária da clínica médica onde o 1.º réu exerce a sua actividade profissional.
4. No dia 10/10/2012 a autora recorreu aos serviços médicos da 2.ª ré no sentido de realizar tratamentos dentários, despendendo a quantia de 55,00 euros, aí foi-lhe prescrito Floxapen e Brufen, observado o estado geral da cavidade oral e informada, a seu pedido, dos tratamentos que se poderiam realizar ao nível do sector ântero-inferior dos dentes 4.2, 4.1, 3.1 e 3.2, os quais variariam em função dos trabalhos a exe-

cutar e do preço – colocação de implantes ou prótese removível—mas sempre com a extracção dos dentes referidos.

5. O médico que realizou a sessão de tratamentos foi o 1.º réu, o qual desempenha as funções de director clínico da área de medicina dentária na 2.ª ré.
6. Nessa data e por a autora ter solicitado uma avaliação do estado da sua dentição, o 1.º réu prescreveu à autora a realização de uma ortopantomografia, a qual a autora realizou no dia 11/10/2012, no SMIC, despendendo a quantia de 27,50 euros.
7. A autora foi novamente a uma consulta, nas instalações da 2.ª ré e realizada pelo 1.º réu no dia 19/10/2012, onde se sujeitou a novo tratamento dentário e exibiu ao 1.º réu aortopantomografia realizada, despendendo com a consulta a quantia de 50,00 euros.
8. Em 26/10, 7/11, 16/11 e 23/11/2012 a autora foi a consultas, nas instalações da 2.ª ré e realizadas pelo 1.º réu, tendo sido sujeita a tratamentos dentários com restauração dos dentes 3.4, 3.5, 1.1 e 2.1, despendendo com tais consultas as quantias de 50,00 euros, 55,00 euros, 55,00 euros, 55,00 euros.
9. O 1.º réu sabia que a autora padecia de osteoporose.
10. Em 23/11/2012, na consulta, o 1.º réu apresentou à autora 2 orçamentos para o tratamento da sua dentição. O primeiro no valor de 5.560,00 euros, o qual incluía a colocação no maxilar superior de espigão em falso com coroa metalo-mecânica no dente 1.4 (500 euros) e de implante com coroa metalo-cerâmica no dente 2.5 (1.250,00 euros) e no maxilar inferior a extracção dos dentes 3.2, 3.1, 4.1 e 4.2 (200 euros), a colocação de uma prótese provisória de 4 dentes (210,00 euros) e a colocação de 2 implantes nos dentes 4.2 e 3.2 e ponte metalo-cerâmica de 4 elementos, dentes 3.2, 3.1, 4.1 e 4.2 (3.400,00 euros). O segundo no va-

lor de 1.910,00 euros, o qual incluía a colocação no maxilar superior de espigão em falso com coroa metalo-mecânica no dente 1.4 e de prótese removível esquelética de 2 dentes e no maxilar superior a extracção dos dentes 3.2, 3.1, 4.1 e 4.2, a colocação de uma prótese provisória de 4 dentes e a colocação de prótese removível esquelética de 4 dentes (dentes 3.2, 3.1, 4.1 e 4.2).

11. A autora concordou com o tratamento proposto no primeiro orçamento apresentado.
12. Nessa sequência foram extraídos os dentes 3.2, 3.1, 4.1 e 4.2, sendo que em face da extracção a autora apresentava uma ferida cirúrgica com suturas
13. No dia 9/1/2013 a autora foi a uma consulta nas instalações da 2.^a ré, realizada pelo 1.^o réu, na qual procedeu à colocação do implante no dente 3.2, à execução da regeneração óssea no dente 4.2 e 4.1 e à colocação da ponte provisória de 4 dentes.
14. Nessa mesma data entregou à 2.^a ré a quantia de 2.780,00 euros.
15. Em Janeiro de 2013 foi detectado à autora um nódulo na tiróide, tendo os tratamentos dentários sido suspensos.
16. A autora teve alta do IPO em agosto de 2013, sendo que em Julho de 2013, com autorização dos médicos do IPO, já havia reiniciado os tratamentos dentários.
17. Pelo que, em 22/7/2013, o 1.^o réu, nas instalações da 2.^a ré, procedeu à restauração do dente 1.2 da autora, despendendo com a consulta a quantia de 55,00 euros.
18. Ulteriormente o 1.^a réu explicou que não poderia colocar o segundo implante orçamentado por, apesar do procedimento de regeneração óssea, o osso não suportava o segundo implante (o dente 4.2).
19. Após o 1.^o réu colocou à autora um implante e coroa ao

nível do maxilar superior.

20. No dia 24/2/2014 o 1.^a réu colocou à autora a ponte metalo-cerâmica no maxilar inferior definitiva, tendo nessa data a autora procedido à entrega à 2.^a ré da quantia de 2.780,00 euros.
21. Aí a autora constatou que, ao contrário do inicialmente proposto e acordado, a ponte metalo-cerâmica não era constituída por 4 elementos mas apenas por 3 elementos, tendo o 1.^o réu referido que não havia espaço para a colocação da prótese com 4 elementos.
22. Numa consulta ulterior a autora chamou a atenção do 1.^a réu que a prótese colocada é composta por dentes que apresentavam uma cor mais clara do que a dos restantes, sendo evidente o desfaseamento entre as arcadas superior e inferior, tendo o 1.^o réu referido que a situação seria corrigida com o branqueamento dos restantes dentes.
23. Após a actuação do 1.^o réu, verificou-se que o canino de apoio à prótese era maior e mais alto do que os restantes dentes.
24. A colocação da prótese provocou dores à autora, em especial na região do canino mandibular direito, as quais limitaram a sua capacidade de mastigação.
25. Os restos dos alimentos mastigados introduziam-se no interior da prótese, aproveitando o desnível verificado entre este elemento protésico e a gengiva, ficando alojados sob a prótese, na zona interior da boca.
26. Nas consultas que se sucederam a autora relatou ao 1.^o réu o descrito o qual aconselhou que recorresse a escovilhões e, mais tarde, a jacto oral.
27. O 1.^a réu, com vista a eliminar as queixas da autora, procedeu a ajuste oclusal quer ao nível inferior, quer ao nível superior da boca, mas as queixas permaneceram.

28. A autora continuou com dores, com limitação na capacidade de mastigação, sendo visível o desconforto e a indisposição que sentia, tendo o réu agendado uma consulta para proceder à desvitalização do canino (4.3).
29. Desgastada com a situação em que se encontrava, a autora, em Abril de 2014, foi ao Centro Médico Dentário E..., onde foi determinado que as queixas apresentadas eram resultado do excesso de cola utilizada na fixação da prótese, na parte interna; que o canino mandibular inferior direito (4.3) se encontrava sob pressão e daí as dores contínuas e persistentes; que no implante realizado no 3.2 não estava completada a sua fixação ao osso, tendo-lhe sido recomendado como solução terapêutica a remoção do implante e da ponte fixa existente e a colocação de coroa cerâmica no dente 4.3 e a reabilitação dos dentes 3.2 e 4.2 através da colocação de implantes.
30. Tendo pelo Centro Médico Dentário E... sido apresentado um orçamento entre os valores de 5.000,00 euros e 5.900,00 euros para executar os seguintes tratamentos: destartarização, polimento, tratamento de cáries dos dentes 1.7, 1.3, 1.2, 2.2, 2.3, 2.8, 2.6 e 3.7, remoção de cola dos dentes 4.5 e 3.5, substituição do implante do dente 3.2 e remoção da ponte fixa existente e colocação de coroa cerâmica no dente 4.3 e reabilitação dos dentes 3.2. e 4.2 com implantes (reabilitação inferior).
31. A autora voltou, com a irmã, à consulta com a avaliação do Centro Médico Dentário esolicitou, por intermédio daquela, a devolução das quantias entregues à 2.^a ré, considerando ter sido quebrada a confiança com os réus, tendo o 1.^o réu afirmado que não podia tomar tal decisão cabendo a mesma à direcção da clínica.
32. Ulteriormente a 2.^a ré informou, verbalmente, a autora que aceitaria proceder à substituição do implante em crise e à

colocação de nova ponte metalo-cerâmica com 4 elementos com a cor correta, desde que realizado nas suas instalações.

33. Como a 2.^a ré não colocava por escrito a proposta referida em 32., a autora, através do seu advogado, remeteu, em 9/6/2014, uma carta à 2.^a ré, a solicitar a redução da proposta a escrito, no prazo de 8 dias.
34. Tendo a 2.^a ré respondido em 18/6/2014, o que levou a autora a remeter à 2.^a ré acarta datada de 24/7/2014 na qual relatava o sucedido com os serviços dentários prestados e sugeria “a realização urgente de uma avaliação médico-legal em direito civil, a ter lugar no INMLCF, IP, delegação do norte, na especialidade de estomatologia e ortodontia” e comunicava que “Seguidamente, e caso a mesma venha a revelar a existência de danos e, concomitantemente, venha a indicar a prática de factos passíveis de serem objecto de responsabilidade civil profissional, a n/constituente irá promover todos os procedimentos médicos tidos por necessários para se proceder à imediata resolução das sequelas sofridas. Tal situação, a verificar-se, importará a realização de tratamentos médicos os quais não poderão, por razões óbvias, ter lugar nas instalações da sua constituente. Nessa altura, contactaremos a Exma. Colega no sentido de sabermos se será intenção da sua constituente em assumir todas as suas responsabilidades de forma extrajudicial.”
35. Nessa sequência respondeu a 2.^a ré, por intermédio de advogado, declarando que “venho por este meio dar-lhe conhecimento, que a minha Constituinte está completamente de acordo com o exame médico-legal sugerido por V. Ex.as, para o apuramento da verdade, aliás achando tal exame necessário para repor a verdade factual e acabar em definitivo com esta querela.

Nesta conformidade, de certeza que a V.^a constituente não ocultará o problema oncológico que lhe surgiu na altura do

tratamento dentário, e onde o tal tumor se localizou, tendo sido submetida, como saberá a tratamentos oncológicos que a fizeram parar os tratamentos dentários.

(...) Fico a aguardar a data da realização do exame, dispondo-se, desde já a marcá-lo caso o caro colega assim o pretenda.”

36. O exame em causa veio a ser realizado no dia 19/9/2014 e concluído em 16/10/2014, tendo a autora despendido com a sua realização da quantia de 330,00 euros.
37. A autora deu conhecimento à 2.^a ré do relatório realizado mediante carta datada de 27/11/2014, tendo informado que caso não obtivesse resposta no prazo máximo de 10 dias esse silêncio seria interpretado como “uma anuência às conclusões da avaliação médico-legal em causa e, iremos realizar os tratamentos sugeridos no Centro Médico Dentário E..., atenta a sua urgência e necessidade.”
38. A 2.^a ré respondeu através de email datado de 6/3/2015 declarando que os réus não aceitavam as conclusões do relatório.
39. A autora, na sequência do afirmado em 37 e 38 e porque perdeu a confiança nos réus, iniciou os tratamentos de reabilitação oral, descritos em 30., no Centro Médico Dentário E... no dia 28/1/2015 e terminou em Novembro de 2015, tendo despendido aquantia global 5.900,00 euros.
40. Após os tratamentos realizados pelo 1.^o réu nas instalações da 2.^a ré a autora apresentou:
 - inviabilização do implante 3.2. causada ou agravada pela sobrecarga oclusal;
 - dificuldade na função mastigatória na qual releva o impedimento desta acção para o lado direito e constrangimentos na mastigação do lado esquerdo com traumatização do lábio e da bochecha em consequência do trabalho de ajuste oclusal;
 - desvio da linha média do rosto em consequência da redução do número de dentes colocados no maxilar inferior

- dentes com uma coloração diferente da cor natural da sua dentição.
- 41. O referido em 40., causou dor constante, incómodo e constrangimento à autora, passando a evitar sorrir e a estabelecer contactos com terceiros, tornando-se mais calada e nervosa, fixando-se o seu quantum doloris no grau 3 de 7.
- 42. A autora foi admitida em Fevereiro de 2013 no IPO por apresentar um nódulo turoideu, com citologia compatível com tumor folicular, tendo sido operada em 16/4/2013, realizando uma hemitiroidectomia direita. O exame histológico definitivo mostrou tratar-se de um bócio multinodular adenomatoso, sem sinais de malignidade; tendo tido alta do IPO em agosto de 2013.
- 43. O problema oncológico não afectou as estruturas ósseas da face da autora, incluindo a arcada dentária, nem contribuiu para as dores sofridas ou para a ocorrência do referido em 40.
- 44. O 1.º réu diagnosticou à autora uma sialoadinite aguda o que causa muitas dores.
- 45. Em 27/5/2013 a autora recorreu ao serviço de urgência do Hospital F... por complicação obstrutiva de sialolitíase da glândula submandibular direita onde terá sido tentada litotomia por via endobucal, com fragmentação do cálculo.
- 46. Em Outubro de 2013 realizou uma ecografia às glândulas salivares a qual foi considerada normal com ausência de litíase.
- 47. Em Janeiro de 2015 foi encaminhada para a consulta de estomatologia por aparecimento de novo cálculo no ducto excretor da submaxilar/submandibular direita—canal de Wharton direito.
- 48. Em 29/9/2015 a autora foi admitida no serviço de cirurgia 2 dos F... onde foi submetida a uma submandibulectomia direita, litotomia e marsupialização do canal de Warthon direito; a anatomia patológica confirmou tratar-se de sialoadenite crónica.

49. O retalho da regeneração óssea abriu, pelo que o 1.º réu procedeu novamente à sua sutura, tendo depois fechado.
50. O 1.º réu não colocou à autora o implante no dente 4.2.

B. Fundamentação de Direito:

Em 23/11/2012, na consulta, o 1.º réu apresentou à autora 2 orçamentos para o tratamento da sua dentição. O primeiro no valor de 5.560,00 euros, o qual incluía a colocação no maxilar superior de espigão em falso com coroa metalo-mecânica no dente 1.4 (500 euros) e de implante com coroa metalo-cerâmica no dente 2.5 (1.250,00 euros) e no maxilar inferior a extração dos dentes 3.2, 3.1, 4.1 e 4.2 (200 euros), a colocação de uma prótese provisória de 4 dentes (210,00 euros) e a colocação de 2 implantes nos dentes 4.2 e 3.2 e ponte metalo-cerâmica de 4 elementos, dentes 3.2, 3.1, 4.1 e 4.2 (3.400,00 euros), o segundo no valor de 1.910,00 euros, o qual incluía a colocação no maxilar superior de espigão em falso com coroa metalo-mecânica no dente 1.4 e de prótese removível esquelética de 2 dentes e no maxilar superior a extração dos dentes 3.2, 3.1, 4.1 e 4.2, a colocação de uma prótese provisória de 4 dentes e a colocação de prótese removível esquelética de 4 dentes (dentes 3.2, 3.1, 4.1 e 4.2), sendo que a autora concordou com o tratamento proposto no primeiro orçamento apresentado (cfr. pontos 10.e 11. da fundamentação factual).

Daqui resulta que resulta que estamos, inequivocamente, perante um caso de responsabilidade contratual, que a obrigação assumida pelos réus se traduziu numa obrigação de resultado [ou numa obrigação fragmentária de resultado] e que a responsabilidade da 2ª ré se reconduz ao designado “contrato total”, pois que se responsabilizou também pelos danos que pudessem advir dos tratamentos que iriam ser realizados pelo 1º réu.

Importa, por isso, verificar se ocorrem, ou não, os pressupostos da responsabilidade civil contratual, que são, como na extracontratual, a ilicitude [facto ilícito], a culpa, o dano e o nexo causal entre

o facto e o dano, sendo que, diversamente do que acontece nesta última [responsabilidade delitual ou aquiliana] em que cabe ao lesado a prova de todos estes pressupostos, naquela o lesado não tem que provar a culpa do agente-tem, no entanto, que fazer prova dos outros três pressupostos, em conformidade com o prescrito no nº 1 do artigo 342.º do CCivil-, pois a mesma presume-se, nos termos do nº 1 do artigo 799.º do mesmo diploma legal.

Na decisão recorrida propendeu-se para o entendimento de que no caso se verificavam todos os pressupostos supra enunciados.

Deste entendimento dissente os réus recorrentes.

Que dizer?

Não há dúvida de que a autora configurou a acção, com base na ilicitude da actuação do médico 1º réu e da 2ª ré decorrente do cumprimento defeituoso das suas prestações.

E tal cumprimento defeituoso está, efectivamente, provado nos autos (cfr. pontos 21. a 28. e 40. da fundamentação factual, este último com a eliminação do um dos seus segmentos conforme supra decidido).

A questão que agora importa dilucidar é se o referido cumprimento defeituoso legitimava a que a autora tivesse adoptado a conduta que adoptou quando, como vem descrito no ponto 39. da fundamentação factual, iniciou os tratamentos de reabilitação oral, descrito sem 30., no Centro Médico Dentário E... no dia 28/1/2015 e terminou em Novembro de 2015, tendo despendido a quantia global 5.900,00 euros.

Vejamos o que no diz a esse respeito o quadro factual que nos autos se mostra assente.

Na sequência do quadro factos descrito em 21. a 28. da fundamentação factual a autora em Abril de 2014, foi ao Centro Médico Dentário E... onde lhe foi feito um diagnóstico das queixas que apresentava (cfr. ponto 29. da fundamentação factual) e apresen-

tado um orçamento entre os valores de 5.000,00 euros e 5.900,00 euros para executar os seguintes tratamentos: destartarização, polimento, tratamento de cáries dos dentes 1.7,1.3, 1.2, 2.2, 2.3, 2.8, 2.6 e 3.7, remoção de cola dos dentes 4.5 e 3.5, substituição do implante do dente 3.2 e remoção da ponte fixa existente e colocação de coroa cerâmica no dente 4.3 e reabilitação dos dentes 3.2. e 4.2 com implantes (reabilitação inferior) (cfr. ponto 30. da fundamentação factual).

Munida da avaliação feita pelo referido Centro Médico E..., a autora voltou, com a irmã, à consulta e solicitou, por intermédio daquela, a devolução das quantias entregues à 2.^a ré, considerando ter sido quebrada a confiança com os réus, tendo o 1.^o réu afirmado que não podia tomar tal decisão cabendo a mesma à direcção da clínica, sendo que, ulteriormente, a 2.^a ré informou, verbalmente, a autora que aceitaria proceder à substituição do implante em crise e à colocação de nova ponte metalo-cerâmica com 4 elementos com a cor correta, desde que realizado nas suas instalações (cfr. pontos 31. e 32. da fundamentação factual).

Acontece que a autora queria que a 2.^a ré colocasse por escrito essa sua proposta tendo para o efeito enviado carta através do seu advogado (cfr. ponto 33. da fundamentação factual), ao que a 2.^a ré não anuiu.

Respigando este segmento factual impõe-se concluir, num primeiro momento, que perante a proposta feita pela 2.^a ré de que aceitaria resolver a situação nos moldes supra descritos, desde que fosse feita nas suas instalações, a autora

não tinha fundamento legítimo para a recusar, pois que se destinava a correcção dos defeitos de que padecia o trabalho médico dentário anterior.

Com efeito, a 2.^a ré não estava obrigada a apresentar por escrito essa sua proposta, pois que estando nós perante um contrato cuja validade das declarações negociais não dependia de forma especial, ou

seja, perante um contrato consensual em que vigorava a liberdade de forma (cfr. artigo 219.º do CCivil), também esta proposta de correcção dos defeitos podia ser apresentada verbalmente pela 2ª ré como o foi (cfr. artigo 221.º, nº 2 do citado diploma).

Avançando.

Após troca de correspondência, as partes acordaram que se procedesse a uma avaliação médico-legal a ter lugar no INMLCF, IP, delegação do norte, na especialidade de estomatologia e ortodontia, o que veio a suceder no 19/9/2014 com conclusão em 16/10/2014 (cfr. pontos 34. a 36. da fundamentação factual).

Concluído o referido exame a autora deu conhecimento à 2ª ré do relatório realizado mediante carta datada de 27/11/2014, tendo informado que caso não obtivesse resposta no prazo máximo de 10 dias esse silêncio seria interpretado como uma anuência às conclusões da avaliação médico-legal em causa, com a consequente realização dos tratamentos sugeridos no Centro Médico Dentário E..., atenta a sua urgência e necessidade, o que veio a acontecer tendo a autora iniciado os tratamentos de reabilitação oral, descritos em 30., no Centro Médico Dentário E... no dia 28/1/2015 (cfr. pontos 37. e 39. da fundamentação factual).

Importa, desde logo assinalar, que não obstante as partes tenham acordado na realização da referida avaliação no ..., IP, não ficou acordado que aceitariam as suas conclusões e muito menos que, em momento posterior, a autora podia realizar, caso se concluísse pela existência de defeitos no trabalho realizado, os tratamentos sugeridos no Centro Médico Dentário E... recorrendo aos serviços de um terceiro, neste caso deste mesmo Centro Médico.

É que, o que está provado é que a 2ª ré aceitou a realização do exame e nada mais que isso, ou seja, não está provado que aceitou todo o conteúdo da missiva enviada pelo advogado da autora datada de 27/07/20149.

Ora, dúvidas não existem, como noutro passo já se referiu, de que face ao quadro factual que nos autos resultou provado, a prestação contratual efectuada pela 2ª ré por intermédio do 1º réu foi feita de forma defeituosa.

Acontece que, o incumprimento defeituoso gera somente, segundo cremos, a obrigação de correcção dos defeitos e já não um incumprimento definitivo da obrigação.

Como refere Galvão Telles[16] “aquele que executa mal é obrigado, em princípio, a corrigir do defeito ou, se a correcção não se torna possível, a substituir a prestação imperfeita por outra perfeita”.

Também Antunes Varela[17], excluindo os casos em que a irregularidade ou deficiência da prestação a afastam de tal forma da prestação exigível (em que o interesse do credor fica inteiramente por preencher) em que existirá uma situação de incumprimento ou mora, existirão casos “

em que o credor, por analogia com o disposto no art. 808º nº 1, poderá exigir do devedor que corrija ou substitua a prestação defeituosa dentro do prazo razoável que para o efeito lhe fixar, sob pena de considerar a como definitivamente não cumprida.”.

Daqui resulta que, perante as conclusões do relatório pericial, a autora apenas podia exigir da 2ª ré a correcção dos defeitos do trabalho médico dentário primeiramente realizado, podendo para o efeito fixar-lhe um prazo razoável, sob pena de considerar o contrato não cumprido.

Todavia, a carta enviada a 2º ré com data de 27/11/2014 não configura qualquer interpelação admonitória, já que aí não se pede a correcção de qualquer defeito e não se assinala qualquer prazo esse fim, o que aí refere é que a autora irá realizar os tratamentos sugeridos no Centro Médico Dentário E....

Evidentemente que o estado de necessidade (artigo 339.º do CCivil) pode justificar o afastamento do citado procedimento, sendo legíti-

mo à parte que realize a prestação que estava defeituosa por sua conta, com a possibilidade de ser reembolsado das despesas efectuadas.

Repare-se, porém, que nos autos não está provada um quadro factual donde se conclua a necessidade urgente dos tratamentos, pois que apenas no ponto 37. da fundamentação factual se faz alusão a um excerto da missiva de 27/11/2014 enviada à 2ª ré onde, deforma conclusiva, se faz referência a essa urgência e necessidade.

Aliás, diga-se, que é a própria conduta da autora que leva precisamente à demonstração dessa não urgência, pois que só passados dois meses, após o envio da referida missiva, é que dá início aos tratamentos (cfr. ponto 39. da fundamentação factual).

E, fá-lo, não porque fosse urgente o referido tratamento, mas porque havia perdido a confiança nos réus (cfr. ponto 39. da fundamentação factual), que nada mais que é um conceito conclusivo e, por isso, sem qualquer relevância em termos de diferente solução jurídica.

Diante do exposto, a autora ao ter recorrido aos serviços de um terceiro para proceder correção dos defeitos do trabalho médico dentário, impossibilitou que a 2ª ré procedesse essa mesma correcção e, portanto, ao cumprimento integral do acordado, tanto mais que, como resultou provado, a 2ª ré se dispôs a proceder à substituição do implante em crise e à colocação de nova ponte metalo-cerâmica com 4 elementos com a cor correta (cfr. ponto 32. da fundamentação factual).

Ou seja, com esta atitude, foi a autora que se colocou numa situação de incumprimento contratual, tornando impossível à ré a que procedesse aos acertos e rectificações que no caso se impusessem.

Destarte, do quadro factual que nos autos se mostra assente, não resulta que a actuação da ré tenha sido ilícita, nem que ela tenha incumprido definitivamente o contrato.

Como assim, não tendo a autora feito prova da ilicitude da conduta dos Réus, prejudicada fica a análise dos demais pressupostos da

responsabilidade civil contratual, supra enunciados, não havendo lugar à correspondente obrigação de indemnizar.

*

Procedem, assim, as conclusões

X) a FF)

formuladas pelos recorrentes e, com elas, o respectivo recurso.

*

IV. Decisão

Pelo exposto, acordam os juízes do Tribunal da Relação em julgar a apelação procedente por provada e, consequentemente, revogando a decisão recorrida absolvem os Réus dos pedidos contra si formuladas pela Autora.

*

Custas da apelação a cargo da Autora (artigo 527.º do CPCivil).

*

Porto, 8 de Fevereiro de 2021.

Manuel Domingos Fernandes | Miguel Baldaia de Morais | Jorge Seabra

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE 21-04-2022

Processo: 1045/20.0T8GMR.G1.S1 | **Relator:** Maria da Graça Trigo

Data do Acórdão: 21-04-2022

Votação: Unanimidade

Meio processual: Revista

Decisão: Negado Provimento. Confirmada a Decisão.

Sumário:

I. O registo clínico elaborado e subscrito pela médica dentista constitui um documento particular, do qual consta informação sobre as observações clínicas relevantes do paciente, evolução do seu estado de saúde e procedimentos médicos adoptados.

II. Nenhuma das normas legais relativas ao registo clínico determina que este constitui documento com força probatória plena quanto à observância ou inobservância das *leges artis* por parte do médico, conducente à impossibilidade de recorrer a outros meios de prova para apurar tal factualidade, de acordo com o previsto nos arts. 364.º, n.º 1 e 393.º, n.º 1, do CC.

III. O valor probatório do registo clínico é aquele que resulta das normas legais aplicáveis aos documentos particulares, i.e., a força probatória atribuída pelo art. 376.º, n.º 1 do CC reporta-se à materialidade das declarações documentadas, mas não à sua veracidade ou exactidão; saber se o que está documentado ocorreu, de facto, é matéria que não se encontra abrangida pela força probató-

ria do documento em causa, que, nessa parte, pode ser livremente apreciado pelo juiz (art. 396.º do CC).

[Decisão. Texto Parcial]

Acordam no Supremo Tribunal de Justiça

1. AA intentou a presente acção declarativa, sob a forma de processo comum, contra A..., Unipessoal, Lda. e BB, médica-dentista, pedindo, com fundamento em responsabilidade civil por acto médico, a condenação das RR. a indemnizar solidariamente o A. na quantia de € 9.050,00, a título de danos patrimoniais e de € 21.000,00, a título de danos não patrimoniais, quantias a que acrescem de juros de mora legais, a contar da citação.

As RR. contestaram e requereram a Intervenção Principal provocada da Seguradora Ageas Portugal – Companhia de Seguros, S.A., a qual foi admitida, tendo a interveniente apresentado contestação.

Em 12 de Maio de 2021 foi proferida sentença que julgou a acção improcedente, absolvendo as RR. do pedido.

Inconformado, o A. interpôs recurso para o Tribunal da Relação ..., pedindo a modificação da decisão de facto e a reapreciação da decisão de direito.

Por acórdão de 21 de Outubro de 2021, o recurso foi julgado improcedente, confirmando-se, por unanimidade, a decisão recorrida.

2. Veio o A. interpor recurso para o Supremo Tribunal de Justiça, por via normal e, subsidiariamente, por via excepcional.

Relativamente à admissibilidade da revista por via normal, invoca o Recorrente a existência de fundamentação essencialmente diferente, na medida em que, alega, «a 1ª instância julga com base na culpa do A., aqui recorrente. A 2ª instância julga por ausência de culpa quer do A., quer das RR., ora recorridas».

Pugna a Interveniente Ageas, S.A. pela inadmissibilidade do recurso, não se pronunciando a R. Recorrida sobre tal questão.

Vejamos.

A sentença fundamentou a decisão de improcedência nos seguintes termos:

«Cumpre nos presentes autos apurar da existência de uma obrigação de indemnização pelas Rés, em virtude de colocação deficiente de prótese dentária.

O Autor dirigiu-se ao estabelecimento da 1.^a Ré para realização deste tratamento, tendo celebrado com esta um contrato de prestação de serviço médico, que se enquadra na noção geral do contrato de prestação de serviço, previsto no artigo 1154.º do Código Civil.

No contrato de prestação de serviço médico existe como obrigação contratual principal a obrigação de tratamento, de prestação de cuidados de saúde, que se desdobra em diversas prestações e outros deveres laterais, como deveres de cuidado e proteção do doente.

A proteção dos ‘danos concomitantes’ é incorporada no vínculo contratual, existindo, ao lado da obrigação principal, uma obrigação de não causar danos noutros bens pessoais ou patrimoniais do doente, diferentes daquele que constitui o objeto do negócio jurídico (Rute Teixeira Pedro, *A responsabilidade civil do médico – Reflexões sobre a noção da perda de chance e a tutela do doente lesado*, 2008, pág. 80).

O não cumprimento destes pode ser causa de responsabilidade contratual, na medida em que viola deveres laterais a que contratualmente está obrigado, mas também de responsabilidade extracontratual, desde que violado o direito à integridade física, direito absoluto tutelado pelo princípio geral de responsabilidade civil nos termos do artigo 483.º, n.º 1, do Código Civil (Ac. STJ de 19-06-2001. Revista n.º 1008/01, disponível em www.stj.pt).

O Autor queixa-se de quebra da prótese na colocação, mas também omissão de tratamento que implicaria a ofensa na saúde dentária, com repercussões na sua saúde geral. Verificar-se-ia, assim, uma

situação de concurso de responsabilidade civil contratual e extra-contratual, como ocorre frequentemente nas hipóteses de responsabilidade civil por atos médicos. A orientação da jurisprudência é no sentido da opção pelo regime da responsabilidade contratual por ser mais favorável ao lesado, havendo ainda prevalência da tese segundo a qual, assistindo ao lesado uma dupla tutela (tutela contratual e tutela delitual), ele pode optar por uma ou por outra (cf. Ac. STJ citado de 19/06/2001).

Desde logo, a responsabilidade da 1.^a Ré pela conduta dos auxiliares (médicos, enfermeiros, e outros) regula-se pelo regime do artigo 800.º, n.º 1, do Código Civil, que dispõe que “O devedor é responsável perante o credor pelos atos (...) das pessoas que utilize para o cumprimento da obrigação, como se tais atos fossem praticados pelo próprio devedor” (Ac. STJ de 28/01/2016, p. 136/12.5TVLSB, www.dgsi.pt).

Na área do exercício da medicina, exige-se ao médico que atue com aquele grau de cuidado e competência que é razoável esperar de um profissional da mesma especialidade, agindo em circunstâncias semelhantes. Desta forma e no âmbito da responsabilidade profissional, o critério do bom pai de família é substituído pelo critério do bom profissional da categoria e especialidade do devedor à data da prática do facto (Luís Filipe Pires de Sousa, O ónus de prova na responsabilidade civil médica, *DataVenía*, Ano 6, N.º 08, junho 2018, disponível em www.datavenia.pt).

Assim, cabia à Ré demonstrar os procedimentos que empregou e a sua adequação, bem como a atuação que levou a cabo para evitar estas ocorrências (artigos 344.º, n.º 1 e 799.º, n.º 2 do Código Civil).

Dos factos provados resultou que a 2.^a Ré efetuou os estudos e trâmites adequados, tendo colocado a prótese definitiva sem qualquer ocorrência. Resultou que foram respeitados os procedimentos médicos e técnicos exigíveis, e que não foi a sua falta de zelo e cuidado que provocou as lesões.

Cerca de dois anos depois, os exames clínicos evidenciaram uma fratura por palato no dente 1.2, com cárie e focos infecciosos associados aos dentes 1.3 e 1.5, dentes pilares da prótese fixa, que não foram desvitalizados neste procedimento.

Da prova produzida resultou que tal não se deveu a culpa das Rés, mas sim do próprio Autor, que exigiu a quebra da prótese e não tratou de proceder à higiene dentária aconselhada, nem aos tratamentos sugeridos.

Não se divisa, por conseguinte, qualquer ato voluntário e culposo da 2.^a Ré, pelo que fica afastada a obrigação de indemnização, bem como da seguradora interveniente, para quem fora transferida, por força do contrato de seguro, a responsabilidade civil pelo exercício da atividade médica.

Nestes termos, terá a ação de improceder.» [negritos nossos]

(...)

O “cumprimento é defeituoso sempre que haja desconformidade entre as prestações devidas e aquelas que foram efectivamente realizadas pelo prestador de serviços médicos” – Carlos Ferreira de Almeida, obra citada, pags. 116/117.

Para além da jurisprudência que já foi sendo mencionada, acrescentamos a abordagem feita nos Acs. da Rel. de Lisboa de 26/3/2015, de 29/6/2017, e da Rel. do Porto de 17/6/2014 (www.dgsi.pt).

Em suma, para além de não se ter provado um qualquer dano direta e causalmente (ou até reflexamente) decorrente da intervenção da R. (que da sua atuação tenha decorrido uma violação da integridade física do recorrente da qual resultem danos pessoais e patrimoniais), esta intervenção foi realizada com cumprimento das “leges artis”, falecendo a ilicitude, e estando também afastada a culpa presumida que sobre a 2.^a R. recairia.

Portanto, por um lado o recorrente não fez prova do que lhe competia, e por outro lado, aos R.R. fizeram prova do cumprimento

cabal da sua obrigação no caso concreto: colocação da prótese definitiva atuando dentro dos parâmetros da diligência exigível.

Nada mais se nos afigura acrescentar, concluindo-se pela improcedência do recurso e manutenção do sentido da decisão proferida.».
[negritos nossos]

Temos, pois, que a 1.^a instância absolveu as RR. por entender não ter sido feita prova de actuação ilícita e culposa das RR. e por considerar que os danos são imputáveis à conduta culposa do lesado. Enquanto o Tribunal da Relação entendeu não existir culpa do lesado, mantendo a decisão de absolvição (apenas) por considerar que a intervenção médico-dentária, tendo respeitado as legis artis, não foi ilícita nem culposa. Uma e outra decisão ajuizaram assim de forma diferente a questão da existência de culpa do lesado e inerentes consequências.

Podendo suscitar-se dúvidas se esta diferença terá, sempre e em todos os casos submetidos a julgamento, carácter essencial, para efeitos de descaracterizar a dupla conforme enquanto obstáculo à admissibilidade da revista por via normal (cfr. art. 671.º, n.º 3, do CPC), afigura-se que a apreciação da questão não pode ser feita em abstracto, mas antes, atendendo a que, no domínio da responsabilidade médica em que nos encontramos, a prova ou não de culpa do lesado se pode repercutir de forma decisiva na decisão final. Assim sendo, entende-se que o diferente juízo formulado, a esse respeito, pela 1.^a instância e pela Relação, configura fundamentação essencialmente diferente.

Conclui-se, assim, pela admissibilidade do presente recurso.

Vem provado o seguinte (mantêm-se a numeração e a redacção das instâncias):

1. A 1.^a Ré é uma sociedade unipessoal que desenvolve a atividade de medicina dentária, sendo a 2.^a Ré a única sócia, desempenhando a atividade de médica dentista, na clínica

“ ... ”.

2. O Autor, a 24 de novembro de 2015, dirigiu-se à referida clínica com vista à prestação de serviços de cuidados de saúde médico-dentários, manifestando a intenção de realizar uma reabilitação oral na arcada superior.
3. A 2.^a Ré diligenciou no sentido de conhecer a estória de vida e clínica do Autor, por forma a apurar se tal reabilitação era viável e qual a melhor forma de a fazer, apurando que o Autor era ex-toxicodependente, que se encontrava a tomar metadona e medicação para a ansiedade e depressão e que não tinha alergias.
4. O Autor já tinha os dentes desvitalizados e tinha colocadas coroas metalocerâmias nos dentes incisivos (1.1, 1.2 e 2.2), mas com o decorrer dos anos, as mesmas haviam sofrido um afastamento generalizado.
5. A 2.^a Ré realizou um estudo fotográfico aos dentes do Autor e realizou radiografias periapicais, por forma a avaliar a anatomia dos dentes e a poder avaliar de forma detalhada o estado das coroas, da raiz e do osso alveolar.
6. Efetuado o modelo de estudo, de modo a que o Autor não voltasse a sofrer do afastamento evidenciado e que pudesse preservar os dentes naturais, a 2.^a Ré sugeriu ao Autor a colocação de uma prótese fixa ferulizada, em zircónio/cerâmica sobre 8 dentes, com pilares nos dentes 1.5, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 e 2.3 e com um pôntico na zona do 1.4, com vários conectores entre os dentes dos pilares, por ser o material mais biocompatível com o organismo.
7. Informou logo o Autor que tinha que se comprometer em efetuar uma boa higienização oral, bem como visitas regulares ao seu dentista, mais premente ainda devido à toma de metadona.
8. O Autor, foi juntando as suas poupanças e procedeu ao pagamento do preço acordado a prestações, num total de € 2.800, 00 (dois mil e oitocentos euros).

9. A 30/09/2016, a 2.^a Ré efetuou os moldes para a colocação das oito coroas e a 20 de outubro de 2016 procedeu à colocação de 08 coroas provisórias, anestesiando os locais, colocado isolamento e efetuado a prova de passividade, bem como efetuado um molde de ambas arcadas.
10. Entretanto, o Autor desloca-se à clínica de medicina dentária CC, onde, a 02 de janeiro de 2017 efetuou uma exodontia do dente 3.6 e endodontia do dente 2.6, bem como uma destartarização bimaxilar, a 18/02/2017.
11. No dia 17/03/2017, o Autor deslocou-se às instalações da 1.^a Ré para efetuar o registo da oclusão e prova de passividade.
12. A 16 de maio de 2017, a 2.^a Ré procedeu à colocação das coroas definitivas, tendo, para o efeito, anestesiado os locais onde iam ser colocadas as coroas, removeu as coroas provisórias, efetuou um polimento dentário, secou todas as estruturas dos dentes, procedeu à limpeza da estrutura dentária e usou cimento autoadesivo, e papel articular para as prematuridades.
13. Atendendo à condição de saúde do Autor, foi aconselhado a efetuar trimestralmente uma limpeza dentária, além da manutenção diária, uma vez que a higienização insuficiente podia levar à retenção de restos alimentares e bactérias na zona do pântico, comprometendo a estrutura que suportava a prótese fixa.
14. A 21 de julho de 2017 e 17 de fevereiro de 2018 o Autor faltou a duas consultas agendadas na clínica de medicina dentária CC para restauração do dente 2.6.
15. A 1 de agosto de 2018 realizou destartarização bimaxilar nesta clínica, tendo faltado à consulta agendada para 19 de setembro.
16. No dia 22 de outubro de 2018 recorreu aos serviços das Rés, queixando-se que tinha a gengiva inflamada entre os dentes da ponte no 1.º quadrante, o que, depois de efetuado raio X, se veio a verificar, na zona do pântico entre o pilar 1.3 e o pilar 1.5.

17. A Ré informou que a inflamação advinha do facto da higienização oral não ser boa e que tinha origem no coto de um dente desvitalizado, e informou-o que deveria fazer um retratamento endodôntico não cirúrgico aos dentes 1.3 e 1.5 e uma apicectomia.
18. O Autor, alegando que não se sentia bem com o implante, queixando-se do mau cheiro, solicitou que a 2.^a Ré cortasse a estrutura que suportava as coroas.
19. A 2.^a Ré, contra a sua vontade, mas receosa do comportamento do Autor, acabou por o cortar, na zona do conector, entre o dente 1.3 e o dente 1.2, alertando-o que, sem as coroas, os cotos podiam fraturar e que cortando a estrutura, a mesma nunca mais poderia ser recolocada com a harmonia inicial e que a recolocação tinha que ser rápida.
20. A 2.^a Ré prescreveu antibiótico por forma a debelar tal inflamação/infeção e retirou a estrutura das coroas correspondente aos dentes 1.3, 1.4 e 1.5.
21. Após um telefonema efetuado pela 2.^a Ré, para recolocar a ponte, o Autor compareceu nas instalações da 1.^a Ré, e, ao mesmo tempo que injuriava e ameaçava a 2.^a Ré, informou-a que não queria recolocar a ponte, porque não queria uma estrutura partida e que não queria ser tratado pela 2.^a Ré, exigindo que lhe fosse devolvida a quantia que havia sido paga, no montante de € 2.800.00.
22. A 2.^a Ré, com o intuito de resolver as coisas e acalmar o Autor, convenceu-o a cimentar a ponte com cimento autoadesivo e de polimerização dual, com o objetivo deste não fraturar os cotos, ao que o Autor acedeu.
23. No dia 13/11/2018, o Autor deslocou-se às instalações da 1.^a Ré, queixando-se que a estrutura colocada estava a abanar, o que não se verificou, tendo o Autor colocado em causa o seu trabalho e dirigindo-se à 2.^a Ré e assistente, em tom ameaçador.

24. No dia 12/02/2019, o Autor deslocou-se às instalações da 1ª Ré e informou a 2.ª Ré que não se sentia bem, tendo esta aconselhado uma limpeza dentária, o que este aceitou, uma vez que apresentava mau hálito e muita placa bacteriana, cobrando-lhe, por esse serviço a quantia de € 35,00.
25. Entre os meses de novembro de 2018 e fevereiro de 2019 o Autor descolocou-se à clínica de medicina dentária CC, onde efetuou 4 restaurações dos dentes 2.7, 3.7, 1.7 e 4.4.
26. A 18 de fevereiro de 2019, o Autor voltou a aparecer nas instalações da 1ª Ré, de forma muito exaltada, a reclamar do facto de lhe ter sido cobrada a referida quantia e referindo que não se sentia bem na zona da ponte (dentes 1.5, 1.4 e 1.3), exigindo o novamente a devolução do valor pago.
27. O Autor foi alertado que deveria realizar o tratamento do dente 1.3 e que deveria ter um especial cuidado na limpeza da zona da ponte e que devia efetuar uma limpeza dentária de 3 em 3 meses, este, referiu que ia partir as coroas e dirigiu-se à 2ª Ré e a sua funcionária, que solicitaram a presença da GNR, apresentando queixas por injúrias e ameaças.
28. No dia 20/02/2019, o Autor voltou a comparecer nas instalações da 1ª Ré, alegando que não se sentia bem com a ponte, tendo a Ré oferecido para fazer uma nova ponte prótese fixa, sem qualquer custo, tendo o Autor concordado em fazer uma prótese fixa com os dentes 1.5, 1.4 e 1.3.
29. Para o efeito, a 2.ª Ré efetuou um novo molde e aconselhou o Autor a consultar outro médico dentista para elaborar um parecer sobre o trabalho por si realizado.
30. E, uma vez que não confiava no seu trabalho, para ir a outro colega, especialista naquela área, tratar a infeção que apresentava, designadamente para tratar o dente 1.3 que lhe estava a causar o mau estar.
31. No dia 12 de março, após telefonema da 2.ª Ré, foi à clínica mas recusou ser tratado e colocar novas coroas, uma vez

que apenas queria a restituição do dinheiro pago, tendo sido chamada mais uma vez a GNR ao local e apresentadas novas queixas pela 2.^a Ré e assistente por injúrias e ameaças.

32. O Autor recorreu aos serviços de outra médica dentista, a qual relatou «25.03.2019. “Paciente quis opinião de trabalho do 1º Q 15-12. Coroa 1.2 fraturou um pouco por P e infiltrou cárie. Raiz do dente 1.5 com infeção – dor no fundo do vestíbulo e ligeiro edema. Aconselhei a agendar com colega (de outra clínica) que fez o trabalho para avaliar”».
33. No dia 26.03.2019, foi à referida clínica, com queixas de dor forte associadas ao 1.º quadrante, agravadas aquando da mastigação, tendo sido efetuado tratamento: “Fístula em V da zona 15 e a drenar pus pelo sulco da coroa 13 e em D do 15. R\amox. 1g + brufen 400mg + paracetamol 1g. Aconselhei consulta com médica responsável pelo trabalho para avaliação.”.
34. No dia 2 de abril o Autor faltou à consulta agendada na clínica CC, e no dia 3 de abril de 2019 vai à consulta, com o abscesso a diminuir mas continua a drenar pus pelo sulco do 1.3.
35. O A. apresentava um diagnóstico de presença de uma tumefação no fundo do vestíbulo com drenagem de pus pelo sulco gengival do 1.3 e de uma fistula na gengiva adjacente ao dente 1.5; presença de focos infecciosos associados aos dentes 1.3 e 1.5 do referido quadrante, designadamente canino superior direito e segundo pré-molar superior direito, dentes pilares de uma prótese fixa.
36. Na clínica CC o Autor solicitou uma previsão de despesas para o tratamento, tendo sido apresentado plano, no montante de 2.014 €, com retratamento endodôntico do dente 1.3, exodontia do dente 1.5, nova prótese em resina acrílica com 3 dentes (1.4, 1.5 e 1.6) e nova coroa cerâmica do dente 1.3.

37. As dores sentidas pelo Autor são consequência da tumefação no fundo do vestibulo com drenagem de pus pelo sulco gengival do 13 e de uma fistula na gengiva adjacente ao dente 15 (...) presença de focos infecciosos associados aos dentes 1.3 e 1.5, dentes pilares de uma prótese fixa.”
38. Ainda na clínica CC o Autor realizou, a 31 de maio de 2019, restauração de duas faces do dente 4.5, destartarização a 24 de setembro e a 15 de outubro compareceu sem dores nem edema na zona do dente 1.5, não tendo sido feita extração do dente para não ficar edêntulo na área.
- (...)
41. O Autor iniciou os tratamentos a 17 de junho de 2020, tendo sido realizada exodontia dos dentes 1.1, 1.2, 1.3, 1.5, 1.7, 2.1, 2.2, 2.3, 2.6, 2.7 e colocação de quatro implantes em 1.6, 1.2, 2.2 e 2.6.
42. A irmã do Autor ajudou-o a suportar os custos deste tratamento e que ascenderão a 7.900,00 (sete mil e novecentos euros).
43. O Autor realizou exame pericial a 7 de agosto de 2020, apresentando a seguinte conclusão: “Apesar de terem ocorrido complicações, não existe qualquer evidência que o tratamento tenha sido mal executado”. As complicações decorrentes da fratura na coroa do 1.2 têm como causas possíveis a falta de adesão às medidas terapêuticas instituídas e/ou secção da ponte, sendo improvável a ligação à colocação do implante pelas Rés; as do dente 1.5 decorrem de infeção do pilar, por eventuais defeitos da endodontia previamente realizada.
44. A Ordem dos Médicos Dentistas celebrou com a Seguradora Interveniente um contrato de seguro de responsabilidade civil exploração e profissional titulado pela apólice.....39, beneficiando a 2.^a Ré na sua qualidade de médica dentista, nos termos das condições particulares e especiais juntas, com cobertura de € 20.000, por sinistro.

Factos dados como não provados:

- que a provisória tinha dois blocos de quatro coroas, cada;
- que a ponte definitiva colocada era demasiado extensa e inadequada à cavidade bucal do A., e a 2.^a Ré exerceu pressão exagerada no “encaixe” da ponte definitiva na cavidade bucal, vindo a fraturar a ponte entre o dente 1.3 e 1.2; depois tenha efetuado restauro da fratura da coroa, sem a retirar da cavidade bucal do Autor, usando para tal uma massa;
- decorridos cerca de 02 meses sobre a colocação das coroas definitivas, o Autor começou a sentir fortes dores associadas ao primeiro quadrante (lado superior direito da cavidade oral), sempre que mastigava e até quando falava tinha a sensação de que as coroas abanavam e estavam prestes a cair, causando-lhe dor, desconforto e inibia-o de comer alimentos sólidos;
- além da perda de massa, no local restaurado, a coroa fraturada, correspondente ao dente 1.2, começou a apresentar uma cor escura e o A. a sentir, também aí, dor e sensibilidade dentária;
- logo o Autor procurou ajuda junto das RR, tendo a 2.^a Ré desvalorizado as queixas que o A. apresentava, afirmando estar tudo bem e que ele A. não era mais que um bebé chorão;
- que se repetiram nos meses seguintes episódios de dor intensa, as coroas abanavam e a sensação ao mastigar os alimentos era de que as mesmas caíam, o que inibia o Autor de comer e mesmo de falar, nem tocar na boca e cara, pelo que iniciou um período de isolamento, ficando em casa, enfiando-se na cama, completamente só, sem vontade de conviver com amigos e familiares;
- que a coroa abanava e por isso a Ré retirou em outubro de 2018;
- Os episódios constantes de dor intensa e as coroas a abanar mantiveram-se entre o mês de novembro de 2018 a março de 2019;

- O Autor fez a higiene oral conforme as indicações da 2.^a Ré;
- A terapêutica medicamentosa instituída pela 2.^a Ré não melhorou o estado de saúde do Autor, que apresentava dor constante e, sempre que o A. mastigava os alimentos, por mais moles que fossem, a massa caía, sendo constante a sensação das coroas a abanar e a roçarem as gengivas; tornou impossível a mastigação dos alimentos pela dor e desconforto que tal lhe trazia, sendo que, não raras vezes, acordava durante a noite com a boca completamente ensanguentada;
- que apresentava gengivas inflamadas e sangramento e permanente mau gosto na boca, devido ao tratamento das Rés;
- que a fratura que a ponte apresentava e apresenta em 1.2 reveste a natureza de uma fratura severa, o que impunha a remoção da ponte e confecção de nova prótese;

(...)

4. Tendo em conta o disposto no n.º 4 do art. 635.º do Código de Processo Civil, o objecto do recurso delimita-se pelas respectivas conclusões, sem prejuízo da apreciação das questões de conhecimento oficioso.

Assim, o presente recurso tem como objecto as seguintes questões:

- Se, ao dar como provados os factos indicados nos pontos 3., 5., 6., 7., 9., 12., 13., 17. e 43., o tribunal recorrido violou regras legais de direito probatório;
 - Subsidiariamente, responsabilidade das RR. por violação das legis artis.
5. O Recorrente assenta o seu recurso na força probatória atribuída ao registo clínico, sendo essa a questão controversa essencial que pretende ver clarificada por este Tribunal.

Entende o Recorrente que a matéria factual (pontos 3., 5., 6., 7., 9., 12., 13., 17. e 43. dos factos provados), fixada pela 1.^a instância e confirmada pela Relação, foi apurada em violação das normas de direito probatório, em especial, das normas dos arts. 364.º e 376.º, n.º 1 do Código Civil, bem como do artigo 30.º, n.º 5 do Cód-

go Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas, aprovado pelo Regulamento n.º 515/2019, de 18 de Junho.

Invoca, para tanto, erro na apreciação da prova e na fixação dos factos materiais da causa por violação de regras de direito probatório material, designadamente quanto ao valor probatório pleno do registo clínico, assim como por violação das regras legais que regulam a prova testemunhal como meio de prova.

Entende o Recorrente que «o registo clínico constitui um documento particular, nos termos e para os fins do artigo 374.º do Código Civil, com força probatória plena, nos termos do artigo 376.º, n.º 1 do mesmo diploma legal, o que o Tribunal a quo, mal, não considerou e, assim, errou na apreciação da matéria de facto, incorrendo em erro de julgamento.».

Consequentemente, pugna o Recorrente pela alteração dos referidos pontos da decisão de facto, entendendo que tais factos, uma vez que não constam do registo clínico junto aos autos, não poderiam, de acordo com o disposto nos arts. 364.º, n.º 1, e 393.º, n.º 1, do Código Civil, ser considerados como provados por outro qualquer meio de prova, designadamente por prova testemunhal e por declarações de parte.

Em sede de contra-alegações, pugnam as Recorridas pela improcedência do recurso, alegando que não existe qualquer errónea apreciação da matéria de facto, nem erro de julgamento, nem violação de regras de direito probatório.

Vejamos.

5.1. Estão em causa os seguintes pontos da matéria de facto dada como provada:

(...)

3. A 2.^a Ré diligenciou no sentido de conhecer a estória de vida e clínica do Autor, por forma a apurar se tal reabilitação era viável e qual a melhor forma de a fazer, apurando que o

Autor era ex-toxicodependente, que se encontrava a tomar metadona e medicação para a ansiedade e depressão e que não tinha alergias.

5. A 2.^a Ré realizou um estudo fotográfico aos dentes do Autor e realizou radiografias peri-apicais, por forma a avaliar a anatomia dos dentes e a poder avaliar de forma detalhada o estado das coroas, da raiz e do osso alveolar.
6. Efetuado o modelo de estudo, de modo a que o Autor não voltasse a sofrer do afastamento evidenciado e que pudesse preservar os dentes naturais, a 2.^a Ré sugeriu ao Autor a colocação de uma prótese fixa ferulizada, em zircónio/cerâmica sobre 8 dentes, com pilares nos dentes 1.5, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 e 2.3 e com um pêntico na zona do 1.4, com vários conectores entre os dentes dos pilares, por ser o material mais biocompatível com o organismo.
7. Informou logo o Autor que tinha que se comprometer em efetuar uma boa higienização oral, bem como visitas regulares ao seu dentista, mais premente ainda devido à toma de metadona.
9. A 30/09/2016, a 2.^a Ré efetuou os moldes para a colocação das oito coroas e a 20 de outubro de 2016 procedeu à colocação de 08 coroas provisórias, anestesiando os locais, colocado isolamento e efetuado a prova de passividade, bem como efetuado um molde de ambas arcadas.
12. A 16 de maio de 2017, a 2.^a Ré procedeu à colocação das coroas definitivas, tendo, para o efeito, anestesiado os locais onde iam ser colocadas as coroas, removeu as coroas provisórias, efetuou um polimento dentário, secou todas as estruturas dos dentes, procedeu à limpeza da estrutura dentária e usou cimento autoadesivo, e papel articular para as prematuridades.
13. Atendendo à condição de saúde do Autor, foi aconselhado a efetuar trimestralmente uma limpeza dentária, além da manutenção diária, uma vez que a higienização insuficiente podia levar à retenção de restos alimentares e bactérias na

zona do pântico, comprometendo a estrutura que suportava a prótese fixa.

17. A Ré informou que a inflamação advinha do facto da higienização oral não ser boa e que tinha origem no coto de um dente desvitalizado, e informou-o que deveria fazer um retratamento endodôntico não cirúrgico aos dentes 1.3 e 1.5 e uma apicectomia.
43. O Autor realizou exame pericial a 7 de agosto de 2020, apresentando a seguinte conclusão: “Apesar de terem ocorrido complicações, não existe qualquer evidência que o tratamento tenha sido mal executado”. As complicações decorrentes da fratura na coroa do 1.2 têm como causas possíveis a falta de adesão às medidas terapêuticas instituídas e/ou secção da ponte, sendo improvável a ligação à colocação do implante pelas Rés; as do dente 1.5 decorrem de infeção do pilar, por eventuais defeitos da endodontia previamente realizada.

Consideremos, então, o problema de saber se, para a prova destes factos, se encontrava o tribunal a quo impedido de valorar outros elementos de prova que não o registo clínico, por ser este, na perspectiva do Recorrente, um documento com força probatória plena e o único meio de prova admissível à sustentação daquela facticidade.

5.2. No nosso sistema jurídico, o princípio da livre apreciação da prova cede perante as situações em que se exista prova legal – a confissão (art. 358.º, 1 do CC), a prova por documentos autênticos ou autenticados (arts. 371.º e 377.º do CC), a prova, em certas condições, por documentos particulares (art. 376.º, n.ºs 1 e 2 do CC) e o funcionamento de presunções legais.

Nos casos em que a lei associa a determinado documento uma determinada força probatória, deve o julgador respeitar essa força. A valoração do meio de prova é, em tais casos, fixada pela própria lei, devendo ser rigorosamente aplicada pelo julgador. A apreciação da questão da alegada violação do valor probatório de um documento

constitui matéria de direito sindicável pelo Supremo Tribunal de Justiça nos termos da parte final do art. 674., n.º 3, do Código de Processo Civil.

No caso concreto, não subsistem dúvidas de que o “registo clínico” do paciente (correspondente ao doc. 1 junto com a contestação), elaborado e subscrito pela médica, a aqui 2.ª R. – e uma vez que não foi posta em causa a autoria do documento – constitui um documento particular cuja falsidade não foi invocada.

Confirmada a natureza do referido documento, há, pois, que determinar qual o valor das declarações aí inseridas e atribuídas à respectiva autora (valor probatório material), para efeitos de concluir pelo alcance do respectivo valor probatório final.

Dispõe o art. 376.º do Código Civil:

«1. O documento particular cuja autoria seja reconhecida nos termos dos artigos antecedentes faz prova plena quanto às declarações atribuídas ao seu autor, sem prejuízo da arguição e prova da falsidade do documento.

2. Os factos compreendidos na declaração consideram-se provados na medida em que forem contrários aos interesses do declarante; mas a declaração é indivisível, nos termos prescritos para a prova por confissão.

(...)».

Temos, pois, que, de acordo com a regra do n.º 1 do art. 376.º do CC, o documento particular prova plenamente que a pessoa a quem é atribuído fez as declarações dele constantes, isto é, prova a materialidade da declaração (cfr. artigo 376.º, n.º 1 do CC). Porém, tal força probatória plena não significa que os factos documentados sejam tidos como verdadeiros. Como afirma Luís Filipe Pires de Sousa (Direito Probatório Material, 2.ª ed., Almedina, Coimbra, 2021, págs. 171-172):

«Provada a materialidade das declarações, há que aquilatar em que medida é que as declarações vinculam o seu autor. Ou seja, há que distinguir entre as regras que regem a eficácia da prova documental e as regras que dispõem sobre a eficácia da prova documental ‘em razão da declaração documentada’. Conforme refere Vaz Serra [Provas (Direito Probatório Material), 1962, p. 425], «A eficácia probatória diz respeito somente à materialidade das declarações neles feitas ou dos factos neles referidos, não aos efeitos jurídicos que essas declarações ou factos possam produzir. (...)».

E, mais à frente, afirma o mesmo autor (cit., pág.172):

«Em suma, a força probatória atribuída pelo artigo 376.º, n.º 1, reporta-se à materialidade das declarações documentadas e não à sua exatidão.

Saber se as declarações documentadas vinculam o seu autor é questão que não respeita à força probatória do documento mas sim à eficácia da declaração. As declarações só vinculam o seu autor se forem verdadeiras». [negrito nosso]

No mesmo sentido, ver, por exemplo, o acórdão deste Supremo Tribunal de 22.03.2018 (proc. n.º 120112/15.9YIPRT.P1.S1)[1], consultável em www.dgsi.pt, em cujo sumário se pode ler, no que ora importa, o seguinte:

«III – Da demonstração da autoria de um documento particular não resulta necessariamente que os factos compreendidos nas declarações dele constantes se hajam de considerar provadas, posto que a força ou eficácia probatória plena atribuída às declarações documentadas se limita à sua existência, não abrangendo a sua exatidão (art. 376.º, n.º 1, do CC).».

Isto significa que, no que respeita à realidade dos factos afirmados, ou, para utilizar as palavras da lei, dos «factos compreendidos na declaração», vale a regra do n.º 2 do referido art. 376.º do CC, considerando-se tais factos provados na medida em que forem contrários aos interesses do declarante.

Restringindo, por sua vez, a admissibilidade da prova testemunhal, dispõe o art. 393.º, n.º 2 do CC:

«não é admitida prova por testemunhas, quando o facto estiver plenamente provado por documento ou por outro meio com força probatória plena.».

O que se encontra em consonância com o regime do art. 364.º, n.º 1, do CC:

«Quando a lei exigir, como forma da declaração negocial, documento autêntico, autenticado ou particular, não pode este ser substituído por outro meio de prova ou por outro documento que não seja de força probatória superior.».

Tendo presente este enquadramento de ordem geral, passemos a apreciar o caso concreto.

5.3. O registo clínico (cfr. doc. 1 junto com a contestação) elaborado e subscrito pela médica dentista, ora Recorrida, constitui, como se afirmou supra, um documento particular, do qual consta informação sobre as observações clínicas relevantes do paciente, ora Recorrente, evolução do seu estado de saúde e procedimentos médicos adoptados.

É certo que se trata de um documento sujeito a regras próprias e cuja exigência se encontra prevista:

- Quer no Regulamento de Deontologia Médica, publicado em anexo ao Regulamento n.º 707/2016, de 21 de Julho, que estabelece, no seu art. 40.º, n.º 1, a obrigação de o médico proceder ao registo detalhado e claro das observações clínicas relevantes dos doentes a seu cargo:

«O médico, seja qual for o enquadramento da sua ação profissional, deve registar, de forma clara e detalhada, os resultados que considere relevantes das observações clínicas dos doentes a seu cargo, conservando-os ao abrigo de qualquer indiscrição, de acordo com as normas do segredo médico.».

- Quer no Código Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas, aprovado pelo Regulamento n.º 515/2019 de 18 de Junho, cujo artigo 30.º, n.º 5 estabelece o seguinte:

«O médico dentista deve criar e manter atualizada uma ficha clínica individual do doente, da qual conste, de forma detalhada, para além da identificação do médico dentista que realizou o tratamento, os dados pessoais, o histórico de saúde, as observações clínicas, o diagnóstico, o plano de tratamento e os tratamentos realizados, expressos sempre que possível tendo como referência a Tabela de Nomenclatura da OMD.».

Sucede, porém, que nenhuma das referidas normas determina que a ficha clínica ou o registo clínico do paciente constitui documento com força probatória plena quanto à observância ou inobservância das *leges artis* por parte do médico, conducente à impossibilidade de recorrer a outros meios de prova para apurar tal factualidade (cfr. arts. 364.º, n.º 1 e 393.º, n.º 1, do CC). Na verdade, aquelas normas deontológicas destinam-se, antes de mais, a assegurar que os médicos adotem um método uniforme no que respeita ao registo dos seus procedimentos clínicos.

Assim, o respectivo valor probatório será apenas aquele que resulta das normas legais indicadas no ponto anterior do presente acórdão, aplicáveis aos documentos particulares, i.e., a força probatória atribuída a tal documento pelo art. 376.º, n.º 1 do CC reporta-se à materialidade das declarações documentadas, mas não à sua veracidade ou exactidão. Saber se o que está documentado ocorreu, de facto, é matéria que não se encontra abrangida pela força probatória do documento em causa, que, nessa parte, pode ser livremente apreciado pelo juiz.

Tanto quanto foi possível apurar, a jurisprudência do Supremo Tribunal de Justiça ainda não se pronunciou sobre a questão em causa. Em sede de alegações recursórias, invoca o Recorrente, a favor da sua posição, o acórdão da Relação de Lisboa de 28.04.2020 (proferido no processo n.º 1765/12.2TVLSB.L1-1, consultável em www.dgsi.pt). Compulsada, porém, a fundamentação deste acórdão, ve-

rifica-se que aí não se afirma que o registo clínico goza de força probatória plena quanto à observância das *leges artis* nos procedimentos descritos e adoptados pelo médico, mas tão somente que aquela documentação constitui um elemento de “prova essencial”, no sentido de ser muito relevante para a demonstração do ocorrido em determinada ocorrência hospitalar. E bem se compreende que assim seja, dado que, no contexto de acções de responsabilidade civil por alegada má prática médica, é sobretudo a partir do processo clínico do paciente que o tribunal poderá compreender os actos executados pelo médico, de modo a averiguar da existência, ou não, de conduta negligente.

No plano doutrinal, são escassas as referências concretas e expressas acerca do valor probatório a atribuir a esta específica documentação. A título exemplificativo, refira-se o trabalho de Bruna Maia Prinzo (*A Prova da Responsabilidade Médica*, [2] 2017, págs. 81-86), no qual, quanto ao valor probatório da ficha clínica em processo civil, se defende a aplicação das regras gerais relativas à valoração de documentos particulares simples, previstas no art. 376.º do CC, concluindo-se que:

« À ficha clínica assinada pelo médico e à qual o médico reconheça a sua autoria, nos termos do artigo 374.º, n.º 1 do C.C., é atribuída a força probatória plena relativamente às declarações emitidas por este, conforme disposto no n.º 1 do artigo 376.º, do C.C.; sendo que nos restantes casos, ou seja, declarações não assinadas, que não sejam do seu autor, o médico, ou que este não reconheça a autoria, são livremente apreciadas pelo juiz.». (cit., pág. 86)

Do que fica exposto, pode concluir-se que as normas invocadas pelo Recorrente, designadamente as normas constantes do Código Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas, não permitem excluir do regime de prova livre a valoração dos registos clínicos, apesar de o julgador dever atribuir a tal elemento documental um valor reforçado, na medida em que, necessariamente, constitui o ponto de partida da prova do facto, mas sem que, por isso, lhe seja vedado

conjugar esses elementos com outros meios de prova, na medida em que aquelas normas legais nada determinam que permita concluir pela exclusão da atendibilidade de outros elementos de prova.

Entendemos, assim, que o tribunal recorrido não se encontrava impedido de recorrer a outros elementos de prova como forma de apurar a veracidade das declarações inseridas nos registos clínicos juntos aos autos, sendo certo que, no caso, não se aplica o comando estatuído no n.º 2 do artigo 376.º do CC, uma vez que o declarado em tal documento (cfr. doc. 1 junto com a contestação) não contém qualquer confissão escrita de factos desfavoráveis.

Conclui-se, assim, não se verificar a invocada violação de regras de direito probatório na fixação da factualidade dada como provada.

6. Consequentemente, inscrevendo-se a actividade de valoração dos depoimentos das testemunhas e dos documentos particulares, desprovidos de força probatória plena, no âmbito da livre apreciação da prova pelo tribunal a quo, tal como resulta do disposto no art. 396.º do Código Civil, e do art. 607.º, n.º 5, do Código de Processo, fica afastada a possibilidade de sindicância, por este Supremo Tribunal, de quaisquer juízos de valor acerca da livre convicção formada pelo Tribunal da Relação. Cfr., neste sentido, e a título exemplificativo, o acórdão do STJ de 23.04.2020 (proc. n.º 6640/12.8TBMAI.P2.S1)[3], disponível em www.dgsi.pt.

Encontrando-se a questão da (re)apreciação da decisão de direito dependente da pretendida alteração da decisão de facto, fica aquela questão prejudicada pela improcedência desta última pretensão.

7. Pelo exposto, julga-se o recurso improcedente, confirmando-se a decisão do acórdão recorrido.

Custas no recurso pelo Recorrente, sem prejuízo do apoio judiciário de que beneficia.

Lisboa, 21 de Abril de 2022

Maria da Graça Trigo (relatora) | Maria Rosa Tching | Catarina Serra

ACÓRDÃO DO SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE 02-07-2024

Processo: 2615/18.1T8VFR.P1.S1 | Relator: António Magalhães

Data do Acórdão: 02-07-2024

Votação: Unanimidade

Meio Processual: Revista

Decisão: Parcialmente Procedente

Sumário:

Num contexto de inflamação e de infecção do dente do siso, não se mostra abrangido pelo dever de informação do médico a comunicação ao doente, antes da extracção desse dente, do risco de lesão do nervo lingual, que é, nesse tipo de intervenções, de incidência rara (taxa de 1,1%). Num contexto de inflamação e de infecção do dente do siso, não se mostra abrangido pelo dever de informação do médico a comunicação ao doente, antes da extracção desse dente, do risco de lesão do nervo lingual, que é, nesse tipo de intervenções, de incidência rara (taxa de 1,1%).

Acordam os Juízes da 1ª Secção Cível do Supremo Tribunal de Justiça: AA instaurou acção judicial contra BB pedindo a condenação da ré a pagar-lhe a quantia de € 52.500,00, acrescida de juros de mora desde a citação até integral pagamento.

Para fundamentar o seu pedido alegou, em síntese, que contratou com a ré, dentista, a extracção de um dente, acto que a ré executou

mas em resultado de cuja execução a autora deixou de sentir o sabor e a textura com a metade direita da língua, situação que decorre da circunstância de, ao ministrar a anestesia à autora e extrair o dente, a ré ter atingido o nervo lingual, provocando-lhe hipostesia (diminuição da sensibilidade) da hemilíngua direita, principalmente no bordo lateral, a nível posterior. A ré, antes de iniciar a extracção do dente, devia ter mandado efectuar exames para determinar a sua localização e informado a autora do risco de ocorrência daquela situação, obtendo desta o consentimento para a realização da intervenção, o que não fez. Em consequência, causou danos à autora dos quais esta pretende ser ressarcida.

A ré apresentou contestação, defendendo a improcedência da acção e alegando para o efeito que a cirurgia correu dentro da normalidade, sem intercorrências ou complicações, tendo a ré seguido todos os procedimentos e regras de arte, não obstante a necessidade de reforço de anestesia dentro dos limites, tendo a extracção do dente sido feita de acordo com as boas práticas, respeitando as *leges artis* da sua profissão, com uso pela ré de toda a sua diligência, zelo, cuidado e perícia.

Mais alega que transmitiu à autora toda a informação sobre a cirurgia em causa, esclarecendo-a de que se tratava de uma cirurgia para retirar um dente incluso, das implicações e riscos que daí poderiam advir, bem como, dos cuidados a ter no pré e no pós operatório; as complicações que podem surgir durante e após a remoção do siso, e concretamente as lesões do nervo lingual são extremamente raras, com uma taxa de cerca de 0,4% para lesões temporárias e para lesões permanentes com uma taxa ainda mais baixa, pelo que o risco das mesmas não tinha de ser transmitido à autora.

Foi requerida e admitida a intervenção principal da AGEAS Portugal – Companhia de Seguros, S.A., em virtude de a ré ter celebrado com a interveniente seguro de responsabilidade civil profissional.

A interveniente apresentou contestação, acompanhando a alegação da ré.

Foi realizado julgamento e proferida sentença, tendo a acção sido julgada parcialmente procedente e a ré e a intervenientes condenadas a pagar à autora as quantias de € 348,00, acrescida de juros desde a citação, e € 14.000,00, acrescida de juros desde a data da sentença, em ambos os casos até integral pagamento.

Do assim decidido, a interveniente AGEAS interpôs recurso de apelação, pedindo que se revogasse a decisão recorrida e se substituisse a mesma por uma outra que julgasse a acção improcedente por não provada e consequentemente, absolvesse a ré e interveniente do pedido formulado.

Também a autora apresentou recurso de apelação, pedindo a revogação da sentença e a sua substituição por outra que, mantendo o demais aí decidido, fixasse em € 20.000,00 o montante dos danos não patrimoniais e em € 1.348,00 o montante dos danos patrimoniais sofridos pela autora, aqui recorrente, quantias estas a ser pagas, € 20.000,00 solidariamente pelas ré e interveniente e € 1.348,00 a pagar pela ré, tudo acrescido dos juros de mora calculados nos termos decididos na sentença recorrida.

Porém, a Relação julgou o recurso da autora improcedente e o da ré procedente, revogou a decisão recorrida e absolveu as rés do pedido.

Não se conformou, desta feita, a autora que interpôs recurso de revista, que rematou com as seguintes conclusões:

(...)

E) Na sequência do procedimento que envolveu a extração do seu dente 4.8, a A. ficou com hipostesia da hemilíngua direita, por força do atingimento do seu nervo lingual (nº 35 dos Factos Provados), sendo que esta ocorrência constitui um risco inerente ao procedimento cirúrgico, ainda mais porque a posição do nervo lingual varia de pessoa para pessoa (nº 37 dos Factos Provados); a Ré não informou a A. deste risco antes de lhe retirar o dente (nº 38 dos Factos Provados), risco esse que bem conhecia (nº 39 dos Factos Provados), sendo que no âmbito da prática clínica entende-se ser

exigível a realização de um estudo radiográfico antecedente a uma exodontia (nº 40 dos Factos Provados) e o nervo lingual apenas é visível através de uma Tomografia Computorizada (TAC) (nº 41 dos Factos Provados), que a Ré não levou a cabo.

F) Assim, em face de tal matéria de facto, entende a recorrente que a Ré médica dentista não actuou de acordo com as *leges artis*, negligenciou a efetivação de um exame (TAC) que se mostrava essencial para prevenir a ocorrência da lesão que acabou por provocar na A., ora recorrente e, para além disso, não obteve da sua paciente o necessário e legalmente exigível prévio consentimento informado para a cirurgia que nela realizou, o que é gerador de responsabilidade civil. Na verdade,

G) É obrigação do médico dentista comunicar ao paciente os riscos “significativos”, isto é, aqueles que o médico sabe ou devia saber que são importantes e pertinentes, para uma pessoa normal colocada nas mesmas circunstâncias do paciente, chamado a consentir com conhecimento de causa no tratamento proposto, pois, tal como se diz na douda Sentença proferida pela Primeira Instância, a ocorrência de lesão no nervo lingual do paciente (...) “ainda que rara, constitui um risco inerente ao procedimento cirúrgico, não sendo de todo possível garantir a sua não ocorrência. Isto porque a posição do nervo lingual varia e apesar dos esforços para evitar lesão do nervo lingual durante a extração de um terceiro molar, esta pode, por vezes, ser inevitável” (...). A nosso ver, este risco insere-se, assim, naquilo que se vem designando de risco significativo. Afinal trata-se de um risco inerente àquela específica intervenção e é, sem dúvida, pertinente para o paciente. Isto tendo em conta uma pessoa normal colocada nas mesmas circunstâncias do paciente, e chamada a consentir com conhecimento de causa no tratamento proposto. Noutras palavras, a lesão no nervo lingual é um risco especializado: um evento não muito frequente mas que, quando se verifica, a vida do paciente resulta gravemente prejudicada, e apesar de raro, é específico daquela concreta intervenção”. Como se viu,

um médico deve transmitir informação leal, clara e apropriada sobre os riscos graves relativos a intervenções e aos tratamentos propostos e ele não está dispensado pelo simples facto de estes riscos só se realizarem exceccionalmente. Afinal, o paciente tem o direito de ser informado do risco mais grave relativo à intervenção a que se vai submeter” (...). “Como ensinava Orlando de Carvalho, no presente caso verificou-se, quanto a esta cirurgia, um dos riscos típicos que lhe andam ligados, pelo que o paciente tem direito a conhecê-lo para que possa formular um consentimento esclarecido” (...)

A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina dispõe no seu artº 5º que qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido, isto é, deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. Também o Código Penal qualifica como um crime contra a liberdade pessoal as intervenções ou tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários, isto é, os realizados sem consentimento do paciente (artº 156º do Código Penal, explicitando-se no artº 157º do mesmo diploma o que se entende por consentimento válido e relevante (...)) “o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em risco a sua vida ou seriam gravemente suscetíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica” (...) – o que seguramente não é o caso que nos ocupa pois tal não se demonstrou nos autos, nem, aliás, sequer se alegou.

Inexistindo consentimento informado o agente do ato médico será responsabilizado pela violação da autonomia do paciente. Atendendo à seriedade das consequências danosas inerentes à cirurgia em causa, à taxa de frequência com que podem ocorrer, a Ré médica tinha o dever de esclarecer a A. sobre as mesmas, dever esse que in-

cumpriu, violando assim um dos deveres decorrentes do particular contrato de prestação de serviços que celebraram, concretamente o dever de prestar informação a fim de se obter do cliente-paciente um consentimento informado, dever esse que também é imposto por lei e protege os direitos absolutos da integridade físico-psíquica e da liberdade de vontade do paciente.

H) Em face da factualidade provada nos autos, maxime nos pontos 35 e 37 a 41, é inequívoco que in casu estava a Ré obrigada ao dever, que não respeitou, de informar a sua paciente desse risco grave, significativo, especializado, específico daquela concreta intervenção, de lesão do nervo lingual da A., sendo assim ilícita a sua intervenção e, consequentemente, inequívoca a sua responsabilidade na produção do sinistro que aqui nos ocupa e, como tal geradora da obrigação de indemnizar, como se decidiu – e bem – na douta Sentença proferida pela Primeira Instância e que nesta parte nenhuma censura merece.

I) Que o risco é grave e significativo evidencia-o as sequelas que dele resultaram para a A. e que vão descritas nos autos.

J) Nos doutos Acórdãos da RL e deste Supremo Tribunal, proferidos respetivamente em 10-11-2016 e em 02-11-2017 no âmbito do processo nº 23592/11.4..., concluiu-se, num caso em tudo coincidente com o aqui em apreço, que o risco de lesão do nervo lingual em extrações do dente 4.8 é de 23%, sendo que nos presentes autos considerou-se provado (ponto 36 dos factos provados) que na literatura médica estima-se que a lesão do nervo lingual ocorre em 1,1% neste tipo de procedimentos.

Porém,

Tal facto considerado provado nos autos terá de ser interpretado com recurso à sua fonte, isto é, ao relatório pericial que lhe serviu de fundamento e aí o que se refere é que (...) “a lesão do nervo lingual é rara (1,1%), sendo que a extração do terceiro molar é a sua causa mais frequente” (...), isto é, referem-se aqueles 1,1% ao risco

de lesão do nervo lingual por ocasião da extração de um qualquer dente, sendo que tratando-se do terceiro molar, tal risco aumenta substancialmente; daí que aquela percentagem de 1,1% não se possa aplicar sem mais às situações, como a que nos ocupa, de extração do terceiro molar, isto é, do dente 4.8.

Aliás, nem se poderia conceber ou perceber que no caso dos citados Acórdãos da RL e do STJ se concluísse que as lesões do nervo lingual ocorrem em 23% das extrações dos terceiros molares e no caso dos autos que elas ocorrem em apenas 1,1% dos casos, sendo que é abundante a literatura médica que refere que tal percentagem é de 23% de incidência de parestesia do nervo lingual (como se nos referidos doutos Acórdãos da RL e do STJ) e a coincidência entre o que aí foi julgado e o objeto dos presentes autos é praticamente total: o dente do siso que foi extraído é também o dente 4.8 (terceiro molar), as respetivas pacientes têm idênticas características (idade, sexo, etc.), tudo aconteceu no mesmo país e na mesma época histórico-temporal, sendo ainda coincidentes as respetivas lesões e sequelas: lesão do nervo lingual e hipostesia da hemilíngua direita.

Mas ainda que se entendesse que tal risco de lesão, mesmo no caso de extração de um terceiro molar, é bastante reduzido ou raro (como se defende no Acórdão recorrido), sempre se teria de concluir que, não obstante, trata-se de um risco que é grave (atentas as sequelas que dela resultam) e específico do procedimento cirúrgico em questão pelo que, nos termos supra apontados, sempre se impunha que previamente à cirurgia o paciente dele fosse informado, o que a Ré dentista não fez.

(...)

Violação das *leges artis*.

Tendo ficado provado que na sequência do procedimento que envolveu a extração do seu dente 4.8, a autora ficou com hipostesia da hemilíngua direita, por força do atingimento do seu nervo lin-

gual (nº 35 dos Factos Provados), sendo que esta ocorrência constitui um risco inerente ao procedimento cirúrgico, ainda mais porque a posição do nervo lingual varia de pessoa para pessoa (nº 37 dos Factos Provados), que a R. conhecia bem esse risco (nº 39 dos Factos Provados), sendo que no âmbito da prática clínica entende-se ser exigível a realização de um estudo radiográfico antecedente a uma exodontia (nº 40 dos Factos Provados) e o nervo lingual apenas é visível através de uma Tomografia Computorizada (TAC) (nº 41 dos Factos Provados), entende a recorrente que a ré médica dentista não actuou de acordo com as *leges artis*, negligenciando a efectivação de um exame (TAC) que se mostrava essencial para prevenir a ocorrência da lesão que acabou por provocar na autora, ora recorrente.

Verifica-se, porém, que a sentença, apreciando a causa de pedir relacionada com o erro médico por violação das *leges artis*, não reconheceu razão a esse fundamento da acção, considerando que a ré actuou de acordo com as *leges artis* em sentido estrito. Ora, a autora, que recorreu apenas das indemnizações, não requereu na apelação, como devia, a ampliação do recurso relativamente a esse fundamento em que decaiu, nos termos do art. 636º, nº 1 do CPC e, por isso, o acórdão da Relação não se pronunciou sobre a matéria. Assim sendo, não pode a recorrente suscitar esta questão na revista por se tratar de questão nova, não submetida à apreciação da Relação (cfr. Ac. STJ de 7.7.2016, proc. 156/12.0TTCSC.L1.S1, www.dgsi.pt).

Violação do consentimento informado.

Na sentença recorrida, os réus foram condenados a indemnizar a autora por se ter entendido que aquela não informou a autora do risco de a cirurgia de extracção do dente provocar a lesão que veio a ocorrer e, consequentemente, não obteve da autora o consentimento livre e informado que era condição da licitude da intervenção que realizou.

Entendeu, de maneira diferente, a Relação no acórdão recorrido.

Assim, depois de abundante citação doutrinária e jurisprudencial, em que acolheu a tese de André Dias Pereira (“Responsabilidade médica e consentimento informado...”), no sentido de que o médico tem a obrigação de comunicar os riscos significativos, isto é, “aqueles que o médico sabe ou devia saber que são importantes ou pertinentes, para uma pessoa normal colocada nas mesmas circunstâncias do paciente, chamado a consentir com conhecimento de causa no tratamento proposto” e que “(...) o risco será significativo, em razão dos seguintes critérios: (1) a necessidade terapêutica da intervenção (2) em razão da sua frequência (estatística), (3) em razão da sua gravidade, e (4) em razão do comportamento do Paciente”, a Relação considerou que o risco não era grave nem frequente.

Insurge-se contra este entendimento a recorrente, que acompanha a sentença na parte em que considera grave o risco da ocorrência de lesão no nervo lingual do paciente: “ (...) ainda que rara, constitui um risco inerente ao procedimento cirúrgico, não sendo de todo possível garantir a sua não ocorrência. Isto porque a posição do nervo lingual varia e apesar dos esforços para evitar lesão do nervo lingual durante a extração de um terceiro molar, esta pode, por vezes, ser inevitável” (...). A nosso ver, este risco insere-se, assim, naquilo que se vem designando de risco significativo. Afinal trata-se de um risco inerente àquela específica intervenção e é, sem dúvida, pertinente para o paciente. Isto tendo em conta uma pessoa normal colocada nas mesmas circunstâncias do paciente, e chamada a consentir com conhecimento de causa no tratamento proposto. Noutras palavras, a lesão no nervo lingual é um risco especializado: um evento não muito frequente mas que, quando se verifica, a vida do paciente resulta gravemente prejudicada, e apesar de raro, é específico daquela concreta intervenção”. Como se viu, um médico deve transmitir informação leal, clara e apropriada sobre os riscos graves relativos a intervenções e aos tratamentos propostos

e ele não está dispensado pelo simples facto de estes riscos só se realizarem excecionalmente. Afinal, o paciente tem o direito de ser informado do risco mais grave relativo à intervenção a que se vai submeter” (...). Como ensinava Orlando de Carvalho, no presente caso verificou-se, quanto a esta cirurgia, um dos riscos típicos que lhe andam ligados, pelo que o paciente tem direito a conhecê-lo para que possa formular um consentimento esclarecido (...)”

Considera, assim, a recorrente que em face da factualidade provada nos autos, maxime nos pontos 35 e 37 a 41, é inequívoco que estava a ré obrigada ao dever, que não respeitou, de informar a sua paciente desse risco grave, significativo, especializado, específico daquela concreta intervenção, de lesão do nervo lingual da A., sendo assim ilícita a sua intervenção e, consequentemente, inequívoca a sua responsabilidade na produção do sinistro que aqui nos ocupa e, como tal geradora da obrigação de indemnizar, como se decidiu na sentença proferida pela primeira instância.

Antes, porém, sublinha que, tal como resulta do Ac. STJ de 2.11.2017 no proc. 23592/11.4T2SNT.L1, o risco de lesão do nervo lingual em extrações do dente 4.8 é de 23%. Assim, tendo ficado provado nestes autos que “na literatura médica estima-se que a lesão do nervo lingual ocorre em 1,1% neste tipo de procedimentos “ (facto 37) conclui que, a partir do relatório pericial, que refere” a lesão do nervo lingual é rara (1.15), sendo que a extracção do terceiro molar é a sua causa mais frequente”, que aqueles 1,1% se referem ao risco de lesão do nervo lingual, sendo que, tratando-se do terceiro molar, tal risco aumenta substancialmente.

Porém, não é possível tal interpretação.

Em primeiro lugar, não se pode importar para a argumentação destes autos, um facto dado como provado noutro processo, nem alterar o facto 37 em função de uma qualquer dissertação científica sobre o assunto. Carece o Supremo Tribunal de competência para alterar a matéria de facto.

Em segundo lugar, e como refere o acórdão recorrido, o que o perito afirma, no relatório pericial, é que “ na realização de actos médicos da especialidade de dentista a lesão do nervo lingual tem uma taxa de incidência de 1,1% e que nos casos em que essa lesão ocorre o acto médico que mais frequentemente lhe está na origem é a extracção dos terceiros molares. Portanto, a taxa de incidência da lesão na extracção de dentes é uma só; se olharmos para os casos em que a lesão ocorreu e procurarmos a taxa de incidência de cada uma das suas causas apuradas é que vamos encontrar taxas de incidência (da causa) em que a extracção do terceiro molar terá uma manifestação mais relevante.”

Como assim, não se pode deixar de concordar com o acórdão no sentido de que um risco que tem uma taxa de incidência de apenas 1,11% é um risco que, em termos de frequência, não é nada significativo e que não é, por isso, que deve ser abrangido pelo dever de informação do médico.

Já não comungamos, porém, com o entendimento da Relação de que o risco da lesão lingual não é grave.

Sobre este assunto a Relação escreveu:

“Resulta dos pontos 10 a 14 da matéria de facto que o atingimento do nervo lingual causou diminuição da sensibilidade da metade direita da língua e principalmente no seu bordo lateral e na parte de cima da língua. Portanto, a autora não perdeu totalmente a sensibilidade táctil e dolorosa da língua, apenas viu essa sensibilidade diminuída.

Quanto à afectação do sentido do paladar a situação é igual; a autora apenas viu esse sentido ser afectado na parte direita da língua, o que significa que na parte esquerda conserva esse esse sentido, donde resulta que a autora não se viu privada totalmente desse sentido, apenas terá um sentido menos apurado, menos notório, menos amplo do que sucedia antes da lesão.

É certo que estamos perante uma sequela permanente, irreversível e que da mesma advém claramente um dano biológico. Todavia, estamos perante um dano que segundo as tabelas de danos corporais em direito civil corresponde a uma incapacidade de somente 2 pontos, numa escala de 0 a 100, ou seja, é uma incapacidade diminuta, com expressão residual, sendo certo que quase todos nós experienciamos ao longo da vida incapacidades de bem maior dimensão que nos condicionam, seguramente, mas que não são graves (v.g. quando necessitamos de óculos para ler).”

É verdade que a autora não perdeu totalmente a sensibilidade tátil e dolorosa da língua, apenas viu essa sensibilidade diminuída “ na hemilíngua direita (diminuição da sensibilidade, principalmente no bordo lateral a nível posterior (facto 11).

O risco era, no entanto, o de hipoestesia da língua inteira: pese embora a autora tenha ficado afectada do sentido do paladar e da textura (tacto) na parte direita da língua (facto 10), corria, também, o risco de ficar totalmente privada desses sentidos em toda a língua.

Mas mesmo que consideremos apenas as sequelas verificadas, pensamos que, ainda assim, as lesões se devem considerar graves, dado o órgão atingido e a natureza das sequelas, que à data do julgamento (Junho de 2021) ainda persistiam (decorridos quase 5 anos).

E não se diga que o dano foi valorizado apenas em 2 numa escala de 2 a 10.

O facto de a tabela valorizar esse dano de forma tão ligeira não pode impedir o julgador de exprimir uma opinião não necessariamente coincidente. O paralelo com a incapacidade visual, de maior dimensão, nem sempre colherá, quando esta se apresenta como corrigível e a hipoestesia não é revertida (v. sobre a recuperação desta última, https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/9044/1/PPG_30820.pdf.)

Porém, e apesar de o risco ser grave, a sua rara verificação (ou concretização) não justificará, no caso em apreciação, a informação do médico.

Sufraga-se, a este propósito, o que se escreveu no Ac. STJ de 9.10.2014, proc. 3925/07.9TVPRT.P1.S1: “O conteúdo do dever de informação é elástico, não sendo, nomeadamente, igual para todos os doentes na mesma situação; Abrange, salvo ressalvas que aqui não interessam e além do mais, o diagnóstico e as consequências do tratamento; Estas são integradas pela referência às vantagens prováveis do mesmo tratamento e aos seus riscos; Não se exigindo, todavia, uma referência à situação médica em detalhe; Nem a referência aos riscos de verificação excepcional ou muito rara, mesmo que graves ou ligados especificamente àquele tratamento.” (destaque nosso).

Este acórdão apoia-se, fundamentalmente, no Estudo de Álvaro Rodrigues, em *A Responsabilidade Médica em Direito Penal*, a pág. 346, que defende que: “Quanto aos efeitos secundários, sequelas e riscos do tratamento a doutrina recomenda o esclarecimento daqueles que se verificam com frequência, não havendo necessidade de focar os riscos de carácter excepcional na sua verificação. Mais uma vez, aqui, como em tudo na vida, o melhor critério será o da ponderação dos interesses em jogo, mediante uma atitude ética e conscienciosa, que procurando devolver a saúde ao doente, tenha sempre no horizonte o direito deste à sua liberdade de decisão convenientemente esclarecida” ; e também no de André Dias Pereira, intitulado “O Dever de Esclarecimento e a Responsabilidade Médica, in *Responsabilidade Civil dos Médicos*, Centro Biomédico da Universidade de Coimbra, n.º 11”, em que se escreve, a pág. 478: “Assim, partindo da constatação de que a medicina é uma actividade que gera riscos, na tarefa da imputação objectiva dos danos, devemos destrinçar quais os riscos que a ordem jurídica pretende que sejam suportados pelo doente e quais devem ser suportados pelo médico. Os últimos devem ser comunicados ao paciente, para que este, em liberdade e em consciência decida sobre se autoriza a intervenção, autocolocando-se em perigo; não sendo esclarecidos, o médico deverá compensar do doente pelos danos causados. Os primeiros (os que deve ser suportados pelo paciente) por motivos

vários como a extrema raridade, a sua imprevisibilidade, o conhecimento comum, entre outros motivos, não carecem de ser transmitidos; se se verificarem deverá ser o paciente a suportá-los: *casum sentit dominus*.” (destaques nossos)

Argumenta a recorrente que, sendo o risco da lesão do nervo lingual específico daquela concreta intervenção cirúrgica de extracção de molar, deve tal risco ser comunicado.

Porém, e como se retira do exposto, deve esse risco ter alguma frequência. E aqui a frequência rara de 1,1% não parece justificar a informação, num contexto, aliás, de inflamação e infecção do dente e, por consequência, de dor, em que a solução de extracção do siso se apresenta, como é do conhecimento comum, como a solução óbvia para a resolução do problema.

Sumário (art. 663º, nº 7 do CPC):

“Num contexto de inflamação e de infecção do dente do siso, não se mostra abrangido pelo dever de informação do médico a comunicação ao doente, antes da extracção desse dente, do risco de lesão do nervo lingual, que é, nesse tipo de intervenções, de incidência rara (taxa de 1,1%).”

Pelo exposto, acordam os Juízes desta Secção Cível em negar a revista e confirmar o acórdão recorrido.

Custas pela recorrente.

*

Lisboa, 2 de Julho de 2024

António Magalhães (Relator)

Jorge Arcanjo

Manuel Aguiar Pereira

**REGULAÇÃO, RELAÇÕES INTERPARES
E COM A ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS**

HABILITAÇÃO LEGAL PARA A PROFISSÃO PROCESSO PENAL

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DA RELAÇÃO
DO PORTO DE 05-05-1993

Processo: 9310042 | Relator: Correia de Paiva

Data do Acórdão: 05-05-1993

Votação: Unanimidade

Tribunal Recorrido: T I CR PORTO 1J

Meio Processual: Recurso Penal.

Decisão: Negado Provimento. Confirmada a Decisão.

Sumário:

I – Tendo sido imputadas a arguido (odontologista) duas intervenções cirúrgicas na pessoa de assistente para extração de dentes, sem que aquele se encontrasse legalmente habilitado para tal, donde teria resultado, para a assistente, ter ficado a sofrer de reabsorção óssea irreversível do rebordo do maxilar superior, sem condições para implantação duma prótese adequada, e ainda desfiguração física acentuada, com grande prejuízo para as capacidades mastigadora e fonadora, necessário seria, para que o arguido fosse pronunciado pelos denunciados crimes de ofensas corporais graves, do artigo 143 do Código Penal de 1982, e de exercício ilegal de profissão, do seu artigo 400, n.º 2, que de tal existissem nos autos indícios suficientes.

II – Ora, após aturado e exaustivo exame dos autos (quer no aspecto factual, quer no seu enquadramento jurídico), chega-se à conclusão de que são insuficientes os indícios relativamente à prática pelo arguido de qualquer das imputadas infrações (nomeadamente quanto ao nexo de causalidade adequada e quanto à existência de dolo, em qualquer das suas modalidades) ou mesmo das previstas nos artigos 145, nº 2, ou 148, nº 1 daquele diploma.

III – De qualquer modo, considerada a data em que teriam ocorrido os factos, o procedimento criminal relativamente às infrações dos artigos 145, nº 2, e 400, nº 2, ou à que teria sido cometida por negligência, está já prescrito.

DESVINCULAÇÃO PROFISSIONAL PROCESSO ADMINISTRATIVO

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL CENTRAL ADMINISTRATIVO SUL

Processo: 06733/02 | **Relator:** Rui Pereira

Secção: Contencioso Administrativo – 1º Juízo Liquidatário

Data do Acórdão: 11/29/2007

Sumário:

I – Estando em causa a conduta de um médico dentista vinculado à Função Pública, não tem aplicação o disposto no artigo 20º do Código Deontológico da OMD, que considera o arquivo propriedade do médico dentista e o acesso à ficha clínica e à divulgação dos seus elementos abrangidos pelo sigilo profissional [cfr. artigo 20º, nºs 2 e 4 do Código Deontológico da OMD], já que quer o arquivo, quer as fichas clínicas existentes nos centros de saúde integrados no SNS, pertencem à Administração, devendo por isso ser considerados documentos administrativos para os termos e efeitos consignados na Lei nº 65/93, de 26/8, na redação que lhe foi dada pela Lei nº 94/99, de 16/7, mais concretamente documentos nominativos, por conterem dados pessoais [cfr. artigo 4º, nº 1, alínea b) da Lei nº 65/93, de 26/8, na redação que lhe foi dada pela Lei nº 94/99].

II – Se no decurso do processo disciplinar o respetivo instrutor se apercebeu que o conteúdo das fichas clínicas das utentes suposta-

mente agredidas pelo recorrente se revelava indispensável para o apuramento da responsabilidade disciplinar daquele, a única forma de aceder a tais documentos passava pelo procedimento prévio de autorização à entidade com competência na matéria, “in casu”, a CADA, nos termos prescritos nos artigos 15º, nº 2 e 20º, nº 1, alínea d) da Lei nº 65/93, de 26/8, na redação que lhe foi dada pela Lei nº 94/99, o que foi cumprido pela entidade sob cuja égide decorria o processo disciplinar.

III – Autorizado pela CADA o acesso às fichas clínicas em causa, com as anotações inseridas pelo recorrente, mas com a omissão dos diagnósticos [cfr. fls. 84/87 do II volume do processo instrutor apenso], a respetiva junção aos autos do processo disciplinar e a sua valoração enquanto meio de prova [não exclusivo] das infrações imputadas ao recorrente, não acarreta a nulidade da decisão recorrida.

IV – O conteúdo funcional da profissão de médico dentista não pode exorbitar do âmbito do artigo 3º do Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas, anexo à Lei nº 44/2003, de 22/8, ou seja, a actuação do médico dentista é idêntica à de qualquer médico, mas restringe-se à saúde e à higiene orais: as suas principais atribuições consistem no estudo, prevenção, diagnóstico e tratamento das anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas, gozando, no exercício do seu “munus”, do direito de passar receitas e atestados médicos nos termos das disposições legais e regulamentares em vigor [cfr. artigo 13º, alínea p) do Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas, anexo à Lei nº 44/2003, de 22/8].

V – A competência exclusiva para a passagem do chamado atestado de robustez física e psíquica, exigidos para o exercício de funções públicas ou para o exercício de quaisquer atividades, foi cometida por lei ao médico no exercício da sua profissão [cfr. artigos 1º e 2º do DL nº 319/99, de 11/8].

VI – Embora o médico dentista goze do direito de passar receitas e atestados médicos, esse direito restringe-se ao campo da saúde

e higiene orais, visto que as suas principais atribuições consistem no estudo, prevenção, diagnóstico e tratamento das anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas, dado não ser lícito a um médico dentista a emissão de atestados de robustez física e psíquica, a decisão recorrida ajuizou bem a verificação de infração disciplinar por parte do recorrente.

VII – Um médico dentista tem competência para requisitar meios complementares de diagnóstico, sem quaisquer restrições, já que aqueles também se destinam a complementar e a auxiliar o médico dentista no diagnóstico das doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas, pelo que a decisão punitiva recorrida, ao entender o contrário, considerando que a conduta do recorrente era violadora do dever geral de zelo previsto na alínea b) do nº 4 e nº 6 do artigo 3º do Estatuto Disciplinar, fazendo-o incorrer na infração disciplinar prevista na alínea e) do nº 2 do artigo 23º do ED, e punível com a pena prevista na alínea b) do nº 1 do artigo 11º do mesmo Estatuto, incorreu em erro sobre os pressupostos de facto e de direito.

VIII – Em sede disciplinar, o princípio da proporcionalidade impõe a adequação da pena à gravidade dos factos apurados, ou seja, a medida punitiva deverá ser, de entre as idóneas ao fim visado, a que se afigurar menos gravosa para o arguido.

IX – Sendo inquestionável que os factos determinantes da aplicação da pena disciplinar ao recorrente afetaram realmente a dignidade e o prestígio da classe dos médicos dentistas, não parece todavia terem tais factos atingido o grau de desvalor capaz de tornar inviável a manutenção da relação funcional, por quebra irreversível da confiança que deve existir entre o serviço e o funcionário, tanto mais que aquele médico era o único dentista em exercício de funções no Centro de Saúde de São Roque do Pico.

X – No caso dos autos, a factualidade apurada, mais do que demonstrativa da inviabilização da manutenção da relação funcional, apontava no sentido da incapacidade do recorrente para lidar com crianças, sem que contudo daí se possa concluir que o mesmo não

pudesse continuar a prestar funções no Centro de Saúde de São Roque do Pico, nomeadamente na área da prevenção e do tratamento das doenças da boca da população adulta servida por aquele centre de saúde.

[Fundamentação da decisão]

Nas conclusões IX) a XIII) das suas alegações, sustenta o recorrente que em todos os casos descritos na nota de culpa em que terá dado palmadas na face das crianças, as respetivas mães encontravam-se presentes junto das mesmas e, em todos eles, terem aquelas sido advertidas da necessidade dos tratamentos médicos a efetuar e da impossibilidade de os realizar uma vez que as crianças não os permitiam, após o que todas elas autorizaram o uso da força para o bem das menores, força essa comedida, como a que foi empregue pelo recorrente, pelo que mesmo que tais autorizações não afastassem a ilicitude da conduta do recorrente o que é certo é que a diminuíram, diminuição essa que não foi tida em conta na determinação da medida da pena aplicada. Acresce que, em todo o caso, trataram-se de situações pontuais, perfeitamente circunscritas temporalmente, que não são demonstrativas da personalidade e competência do recorrente que, aliás, ficou sobejamente demonstrada pelos vários depoimentos das testemunhas arroladas pelo mesmo no referido processo, bem como pelos documentos juntos atestando a elevação e qualidade dos bons serviços prestados, e pelas suas classificações de serviço e cursos frequentados.

Por outro lado, nas conclusões XIV) a XVIII), defende o recorrente que ocorreu manifesta desproporção na pena aplicada [demissão], além de não estar devidamente fundamentada a inviabilização da manutenção da relação funcional. No fundo, o que o recorrente questiona é se poderá ter-se por acertada uma decisão da Administração que, considerando a acumulação de infrações e a ausência de especiais atenuantes, salienta a inviabilização da manutenção da relação funcional e, nessa conformidade, lhe aplica a pena de demissão.

Creemos, porém, que a resposta terá de ser negativa.

Desde logo, porque nenhum dos comportamentos imputados ao recorrente se mostra objetivamente tipificado nos nºs 2 a 4 do artigo 26º do ED [de facto, embora tal haja ocorrido “no local de serviço”, não parece que uma bofetada desferida em menor, visando a submissão deste a tratamento médico, se possa razoavelmente catalogar como agressão “grave”; cfr. artigo 26º, nº 2, alínea a) do ED]. E as demais condutas do então arguido igualmente se não mostram ali tipificadas.

Na situação vertente, por outro lado, as circunstâncias levam a crer não haverem sido devidamente considerados pela Administração, à luz de critérios de proporcionalidade, os factores eventualmente determinantes da inviabilização da relação funcional.

Como é sabido, em sede disciplinar, o princípio da proporcionalidade impõe a adequação da pena à gravidade dos factos apurados, ou seja, a medida punitiva deverá ser, de entre as idóneas ao fim visado, a que se afigurar menos gravosa para o arguido. A tal respeito, salienta-se no acórdão do STA, de 25-3-98, proferido no âmbito do recurso nº 41.316, que o preenchimento do conceito indeterminado correspondente à “inviabilidade da relação funcional” constitui tarefa da Administração, a concretizar mediante juízos de prognose efetuados com grande margem de liberdade administrativa. Acrescenta-se ali, ainda que “esta tarefa não é porém arbitrária, pois deve reger-se pelos princípios de vinculação ao fim, da imparcialidade e da proporcionalidade que são orientadores da actividade decisória, cabendo aos tribunais administrativos a função de verificar se a Administração se moveu dentro dos aludidos parâmetros ao decidir. A proporcionalidade exige uma relação de adequação entre o meio e o fim; a gravidade da pena não deve exceder manifestamente a gravidade da falta cometida, hipótese em que se verificaria a ofensa de valores que à Administração cabe garantir nos termos do nº 2 do artigo 266º da CRP”. Ora, sendo inquestionável que os factos determinantes da aplicação da pena disciplinar

ao recorrente afetaram realmente a dignidade e o prestígio da classe dos médicos dentistas, não parece todavia terem tais factos atingido o grau de desvalor capaz de tornar inviável a manutenção da relação funcional, por quebra irreversível da confiança que deve existir entre o serviço e o funcionário, tanto mais que aquele médico era o único dentista em exercício de funções no Centro de Saúde de São Roque do Pico.

Efectivamente, como refere o acórdão do STA, de 1-4-2003, proferido no âmbito do recurso nº 1228/02, “A valoração das infrações disciplinares como inviabilizantes da manutenção da relação funcional, tem de assentar não só na gravidade objetiva dos factos cometidos, mas ainda no reflexo dos seus efeitos no desenvolvimento da função exercida e no reconhecimento, através da natureza do ato e das circunstâncias em que foi cometido, de que o seu autor revela uma personalidade inadequada ao exercício dessas funções.” [No mesmo sentido, pode ver-se o acórdão do STA, de 9-5-2002, proferido no âmbito do recurso nº 48.209, citado no douto parecer do Digno Magistrado do Ministério Público]. No caso dos autos, a factualidade apurada, mais do que demonstrativa da inviabilização da manutenção da relação funcional, aponta no sentido da incapacidade do recorrente para lidar com crianças, sem que contudo daí se possa concluir que o mesmo não pudesse continuar a prestar funções no Centro de Saúde de São Roque do Pico, nomeadamente na área da prevenção e do tratamento das doenças da boca da população adulta servida por aquele centre de saúde. Por isso, há que concluir que as infrações cometidas pelo recorrente – excluídas, como vimos supra, as condutas que em nosso entender nem sequer constituíam infração disciplinar [caso da requisição de meios complementares de diagnóstico] –, mesmo atendendo ao concurso de infrações, não eram enquadráveis no artigo 26º do ED, pelo que o despacho recorrido, ao aplicar ao recorrente a pena de demissão, violou o princípio da justiça e da proporcionalidade, enfermado por isso do vício de violação de lei, por erro nos respetivos pressupostos, não podendo, como tal, manter-se.

IV. Decisão

Nestes termos, e pelos fundamentos expostos, acordam em conferência os juízes do 1º Juízo Liquidatário do TCA Sul em conceder provimento ao recurso contencioso interposto e, em consequência, anular o despacho recorrido, que aplicou ao recorrente a pena disciplinar de demissão.

*

Sem custas, atenta a isenção de que goza a entidade recorrida.

Lisboa, 29 de Novembro de 2007

[Rui Belfo Pereira – Relator]

[Magda Geraldès]

[Mário Gonçalves Pereira]

SANÇÃO DISCIPLINAR PROCESSO ADMINISTRATIVO

**ACÓRDÃO DO TRIBUNAL CENTRAL
ADMINISTRATIVO SUL DE 21-11-2013**

Processo: 10477/13 | Relator Rui Pereira

Secção: CA – 2.º JUÍZO

Data do Acórdão: 21-11-2013

Sumário:

I – Atualmente existe a possibilidade de decretar uma providência cautelar dando apenas como verificado o requisito do “fumus boni iuris”, desde que seja evidente a procedência da pretensão formulada ou a formular no processo principal, nos termos previstos na alínea a) do artigo 120º, supra transcrita.

II – E, como reverso da medalha, será também possível ao juiz cautelar indeferir o pedido cautelar quando seja manifesta a improcedência da pretensão formulada ou a formular no processo principal. São os casos a que a doutrina comumente designa como “fumus malus”.

III – Contudo, essa evidência da improcedência da pretensão a formular no processo principal deve, naturalmente, poder ser facilmente constatada pela simples leitura da petição, ou resultar, de forma inequívoca e, portanto, sem qualquer esforço exegético, de

qualquer elemento documental junto ao processo, sugerindo os próprios exemplos que o legislador indicou no preceito que esta faculdade deve ser objeto duma aplicação restritiva.

IV – A evidência do mal fundado da pretensão do requerente, traduzida na factualidade constante dos autos levantados pelas autoridades administrativas de fiscalização, que deram origem ao processo disciplinar que culminou com a aplicação da pena de expulsão do requerente e que, por serem documentos autênticos e, como tal, fazerem prova plena dos factos deles constantes, seriam suficientes para justificar a validade e legalidade do ato administrativo suspendendo, não é de modo algum manifesta.

V – Admiti-lo seria, no fundo, o equivalente a negar ao requerente a tutela cautelar que o nº 4 do artigo 268º da CRP garante a todos os administrados, enquanto corolário do direito à tutela jurisdicional efetiva, para mais como meio de reacção a uma pena aplicada num processo de natureza sancionatória como é o processo disciplinar.

VI – Embora parca em factos concretos, a deliberação punitiva apenas apontou irregularidades diretamente relacionadas com a gestão [ou má gestão] das clínicas inspecionadas em que figurava como diretor clínico o requerente da providência, sem que lhe fosse apontada a falta de habilitação para o exercício da actividade de médico dentista ou a prática de condutas individuais suscetíveis de violar as “*legis artis*” da profissão.

VII – Em tal situação, a adoção da providência só poderá ser recusada quando, devidamente ponderados os interesses públicos e privados em presença, se concluir que os danos que resultam da sua concessão se mostram superiores àqueles que podem resultar da sua recusa, sem que possam ser evitados ou atenuados pela adoção de outras providências [cfr. nº 2 do artigo 120º do CPTA].

VIII – No caso presente, a execução da deliberação punitiva, implicando a imediata impossibilidade do requerente poder continuar a exercer a actividade de médico dentista que, como se provou, constitui a sua única fonte de rendimento e também do seu agregado

familiar, é desproporcionada, por lhe coarctar a possibilidade de angariar para si e para a sua família os meios necessários a assegurar a respectiva subsistência.

I. Relatório

... , com os sinais dos autos, intentou no TAC de Lisboa uma providência cautelar de suspensão de eficácia, com pedido de decretamento provisório, contra a Ordem dos Médicos Dentistas, visando a suspensão de eficácia do acórdão proferido pelo Conselho Deontológico e de Disciplina da Ordem dos Médicos Dentistas, datado de 25-2-2012, que lhe aplicou a pena disciplinar de expulsão.

O TAC de Lisboa, por sentença datada de 7-10-2012, julgou procedente a pretensão deduzida e concedeu a providência cautelar requerida [cfr. fls. 457/472 dos autos].

Inconformada, a Ordem dos Médicos Dentistas recorre para este TCA Sul, formulando para o efeito as seguintes conclusões:

“I – Os autos de fiscalização emitidos pela ERS e nos quais a aqui apelante se baseou para acusar e punir o autor são documentos autênticos e nos termos do preceituado no artigo 363º, nº 2 do Cód. Civil, os mesmos são escritos exarados com as formalidades legais pelas autoridades públicas nos limites da sua competência ou dentro do círculo de actividade que lhes é atribuído pelo notário ou por outro oficial público provido de fé pública.

II – Os documentos autênticos no que ao direito civil e ao direito administrativo diz respeito, fazem prova plena dos factos que neles são atestados com base na percepção da entidade documentadora.

III – E a força probatória dos mesmos só pode ser ilidida com base em falsidade, designadamente por nele se ter atestado qualquer facto ou realidade que não se verificou ou, como tendo sido praticado pela entidade responsável qualquer ato que na realidade não o foi, o que não foi alegado pelo aqui apelado no requerimento inicial, nem mesmo depois.

IV – Tendo o Tribunal “a quo” entendido que não deveria inquirir a prova arrolada pelo aqui apelado, este não logrou infirmar ainda que ao de leve e com aspetos que não passem de meras alegações escritas, a veracidade dos factos presenciados pelas autoridades públicas de fiscalização.

V – Não podia o Tribunal, por isso, concluir legitimamente – como concluiu – quando afirma que “ao contrário do que a entidade requerida parece crer, as entidades que procederam à fiscalização que terminou na decisão suspendenda, por mais credíveis que sejam, não são infalíveis e se o requerente põe em causa a versão que apresentam dos factos, considerando-a genérica, vaga e sem fundamento só a prova produzida em tribunal, nomeadamente a prova testemunhal, poderia contribuir para esclarecer as dúvidas assim geradas...”.

VI – Como se referiu, sendo aqueles autos documentos autênticos, como o são, e sem que tenham sido os factos presenciados pelos seus autores abalada por meios instrutórios produzidos por quem quer que fosse, sobretudo pelo aqui apelado, o Tribunal “a quo” deveria ter considerado essa prova como suficiente para justificar a validade do ato administrativo, pelo menos do ponto de vista do seu fundamento.

VII – Errou assim o tribunal ao considerar preenchido o pressupostos do “fumus boni iuris” de que fez depender a providência cautelar concedida.

VIII – Basta estar provado que o apelado exercia as funções de diretor clínico – como está – [exercia esse cargo, aliás, senão em todas pelo menos na maioria da clínicas encerradas ou suspensas] para logo se perceber que, continuando este a ser dentista inscrito na OMD – por decisão judicial que suspende a expulsão decidida pela ordem profissional em causa aqui apelante – este está habilitado a exercer o cargo de diretor clínico em qualquer clínica que seja ou a exercer as funções inerentes mesmo a título isolado, o que só por si implica que com esta decisão se permitiu que alguém por causa de

quem vários estabelecimentos de saúde foram suspensos e encerrados continue a poder exercer a sua actividade.

IX – A ponderação de interesses efetuada assentou em pressupostos errados e esqueceu totalmente que o apelado, por ser dentista, pode reincidir nas funções de diretor clínico de outro qualquer estabelecimento criado para o efeito, por si ou por outros, tudo indicando pelo seu comportamento reiterado e gravoso constatado pela fiscalização, que continue a exercer esse cargo sem o mínimo de respeito pelas competências legais que são inerentes ao mesmo, o que quer significar que em total menosprezo pelos interesses públicos que aquelas competências de fiscalização do director clínico têm por obrigação assegurar.

X – Na sequência do que supra se referiu, também não colhe o argumento utilizado pelo Tribunal “a quo” e segundo o qual, não estando provado nem sequer alegado que o requerente exerce a profissão sem título ou que o faça segundo as “legis artis” não é possível concluir que a continuação do exercício por parte do apelado da profissão de que fora expulso possa por em causa a saúde pública.

XI – Um médico dentista que, tendo aceite aquela incumbência, não pratique os atos necessários para assegurar o cumprimento daquelas obrigações e, deste modo, garantir a proteção de terceiros, designadamente ao nível da saúde, não segue a “legis artis” da sua profissão. E isso – perdoe o Tribunal “a quo” – está alegado sobejamente na oposição e, aliás, decorre dos autos de fiscalização que instruem o processo e o procedimento disciplinar.

XII – É certo que o aqui arguido apelado não veio acusado de praticar nos doentes que por si são atendidos erros médicos causadores de danos. Só que não são apenas estes – ao contrário do que o tribunal parece crer – os únicos atos que são suscetíveis de colocar em causa ou em perigo a saúde pública.

XIII – As omissões e ações praticadas ou permitidas enquanto diretor clínico – que podia deixar de ser a qualquer momento, se assim

o tivesse querido [até porque o contrato de trabalho que exhibe é apenas para médico dentista] – é que são de molde a pôr em causa a saúde dos cidadãos.

XIV – Afigura-se linear à aqui apelante que a continuação do exercício da profissão de dentista por parte do aqui apelado vai colocar em causa – como já está a colocar – a saúde pública como interesse público fundamental que a lei pretende proteger quando exige que as clínicas dentárias cumpram certos requisitos e que os diretores clínicos zelem pelo cumprimento dos mesmos e denunciem quando assim não é, pois este vai continuar a pautar o exercício da profissão – designadamente vai continuar a assumir a direção clínica de estabelecimento do género sem ter a menor vocação ou vontade de zelar pelo cumprimento das competências que a lei impõe a essas funções as quais por sua vez só têm como fito a proteção da saúde pública.

XV – Assim, no entendimento da aqui apelante, o Tribunal “a quo” ao decidir como decidiu optando por decretar a providência solicitada, dando prevalência aos interesses privados do recorrente em detrimento do interesse da saúde pública que continua em perigo, errou no seu julgamento, violando a ponderação que lhe é exigida pelo artigo 120º, nº 2 do CPTA e que no entender da mesma consistem dano consideravelmente maior àquele que poderia ter resultado da recusa judicial da concessão da providência.” [cfr. fls. 482/508 dos autos].

O requerente da providência contra-alegou, pugnando pela manutenção do decidido [cfr. fls. 608/615 dos autos].

Por requerimento junto aos autos no dia 13-11-2012, a Ordem dos Médicos Dentistas requereu, ao abrigo do disposto no artigo 124º do CPTA, a revogação da decisão cautelar decretada, mantendo a suspensão do exercício de funções do requerente [cfr. fls. 557/564 dos autos], o que foi indeferido por decisão datada de 29-3-2013 [cfr. fls. 717/733 dos autos].

O Digno Magistrado do Ministério Público junto deste TCA Sul emitiu douto parecer, no qual sustenta que o recurso não merece provimento [cfr. fls. 758/759 dos autos].

Sem vistos, vêm os autos à conferência para julgamento.

II. Fundamentação de Facto

A sentença recorrida considerou provada, com base nos documentos juntos aos autos, a seguinte factualidade:

- i. No dia 11 de Janeiro de 2012 o requerente foi notificado do despacho de acusação no âmbito do processo disciplinar nº 36/2011. alegação não impugnada; “despacho de acusação” junto com o requerimento inicial como doc. 1 e cujo teor se dá por reproduzido;
- ii. Em que é arguido – cfr. doc. 1 cit.;
- iii. E no qual é acusado de violar os artigos 8º, 9º, nº 1, 16º, nº 1, 22º, nº 1, 27º, nº 1, 28º, nºs 1 e 2, do Código Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas bem como o artigo 12º, nº 1, alínea b), do Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas – doc. 1 cit.;
- iv. Por lhe serem imputados os seguintes factos:
 - “1. O arguido ... , é médico dentista e responsável pelas clínicas dentárias pertencentes ao prestador de serviços “... “.
 2. No dia 27 de Julho de 2011, pelos técnicos superiores de regulação da Entidade Reguladora da Saúde, foram realizadas ações de fiscalização nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no âmbito da medicina dentária, todos pertencentes à Clínica ... , Dr. ... – ... , Ld^a.
 3. Nas clínicas inspecionadas melhor identificadas a fls. 5-6 dos autos foram encontradas as seguintes irregularidades:
 - “– Apenas no estabelecimento sito na Av. Almirante Reis, nº 219, tinha presente fisicamente o respetivo Diretor Clínico, Dr. ... , médico dentista;

- Em todos os restantes estabelecimentos figurava como Diretor Clínico o mesmo médico dentista [Dr. ...];
 - Falta de habilitações para o exercício da profissão de médico dentista;
 - Detecção de medicamentos e produtos fora de prazo;
 - Deficiências graves na cadeia de esterilização;
 - Reutilização de material cirúrgico de uso único;
 - Detecção de instrumentos dentários em mau estado de conservação;
 - Deficiências quanto à proteção radiológica;
 - Não utilização única de artigos descartáveis;
 - Acondicionamento de instrumentos e produtos em péssimas condições de higiene;
 - Detecção de matérias com validade expirada;
 - Não possui caixas e carros fechados para manipulação, recolha e transporte de dispositivos potencialmente contaminados;
 - Acabamentos que não permitem a manutenção de um grau de higienização compatível com a actividade desenvolvida;
 - Não existe sala de descontaminação para lavagem e desinfeção do material de uso clínico;
 - Detecção de material dentário fora de prazo de validade ou sem inscrição da data de validade;
 - Detecção de material descartável, reutilizáveis;
 - Detecção de seringas de anestesia não embaladas nem esterilizadas.
4. Como resultado, as autoridades competentes decretaram a suspensão do funcionamento das clínicas do grupo “... ” – cfr. doc. 1 cit.;
- v. Do despacho de acusação consta ainda que “foi também denunciado [a fls. 94] à OMD a utilização de implantes falsificados nas clínicas “... ” supostamente fabricados numa unidade gráfica propriedade do médico dentista aqui visa-

- do, Dr. ... ” – cfr. ponto 10 do doc. 1 cit.; cfr. também o acervo de documentos juntos com a contestação da entidade requerida como doc. 1 e 2 e cujos teores se dão por reproduzidos;
- vi. Que “por conseguinte no dia 16-9-2011 foi publicado na pág. 18 da edição do jornal “Sol” [fls. 100 dos autos] que “as Clínicas ... [...] usavam nos doentes implantes ilegais. Os dentes e raízes artificiais eram fabricados numa gráfica em Sintra, sem as mínimas condições de higiene e ao arrepio da lei” – cfr. ponto 11 do doc. 1 cit.;
 - vii. Que “ainda de acordo com a referida notícia, o INFARMED e a ASAE fizeram uma rusga à dita gráfica e apreenderam o material e fecharam as instalações” – cfr. ponto 12 do doc. 1 cit.;
 - viii. Que “o arguido, médico dentista e responsável pelas clínicas dentárias “... “, para divulgação das mesmas recorreu à realização e distribuição de folhetos publicitários [cfr. fls. 96 a 99 dos autos] no qual consta a menção “orçamentos gratuitos” e “consulta gratuita”” – cfr. ponto 26 do doc. 1 cit.;
 - ix. Que alguns doentes reclamaram da falta de continuidade da assistência que lhes foi prestada em clínicas da “... “ – cfr. pontos 16, 17 e 18 do doc. 1 cit.;
 - x. Por Acórdão do Conselho Deontológico e de Disciplina da Ordem dos Médicos Dentistas, de 25 de Fevereiro de 2012, foi aplicada ao requerente, com base no Relatório Final e Parecer do Relator, a pena disciplinar de expulsão – cfr. Relatório Final e Acórdão juntos com o requerimento inicial como doc. 2 junto e cujos teores se dão por reproduzidos;
 - xi. Em 19 de Março de 2012 foi comunicado ao Ilustre Mandatário, Dr. Jorge Mendes, que poderia levantar as fotocópias solicitadas, referentes ao Processo Disciplinar nº 36/2011, na Delegação Regional da Ordem dos Médicos Dentistas de Lisboa, sita no Campo Grande, 28 – 7º B, Lisboa – cfr. doc. 6 junto com a contestação da entidade requerida;

- xii. Em 28 de Outubro de 2010 foi averbada ao registo comercial, pela Ap. 29, a cessação de funções de gerência na “Clínicas ... , Dr. ... , ... , Ld^a», por parte do ora requerente – cfr. doc. 3 junto com o requerimento inicial;
- xiii. Em 28 de Outubro de 2010 foi averbada ao registo comercial, pelo Dep. 19663, a transmissão da quota na “Clínicas ... , Dr. ... , ... , Ld^a» por parte do ora requerente – cfr. doc. 3 junto com o requerimento inicial;
- xiv. O requerente não tem outra profissão que não seja a de médico dentista – alegação não impugnada;
- xv. Nem outra fonte de rendimentos – alegação não impugnada;
- xvi. A “Clínicas ... “ declarou como rendimento do requerente sujeito a IRS e a contribuições obrigatórias no ano de 2011 a quantia de € 11.079,25 – cfr. declaração a fls. 388;
- xvii. O requerente tem uma filha nascida em 29 de Junho de 2011. cfr. assento de nascimento a fls. 386 do processo físico, cujo teor se dá por reproduzido;
- xviii. Vive maritalmente com a mãe de sua filha – alegação não impugnada;
- xix. A qual recebe subsídio de desemprego, desde 13 de Dezembro de 2011, no valor diário de € 18,53 – cfr. declaração da Segurança Social a fls. 387 do processo físico.

III. Fundamentação de Direito

Como se viu, a decisão recorrida afastou o decretamento da providência cautelar requerida ao abrigo da alínea a) do nº 1 do artigo 120º do CPTA, com o fundamento de que as ilegalidades assacadas ao ato punitivo de expulsão do requerente da OMD não eram evidentes, palmares.

Por outro lado, considerou também que não era evidente a falta de fundamentação dessa pretensão, necessariamente a formular no processo principal, nem ocorriam circunstâncias suscetíveis de obs-

tar ao conhecimento do mérito da pretensão deduzida ou a deduzir na ação principal, dando assim por assente o requisito do “*fumus boni iuris*” previsto na parte final da alínea b) do nº 1 do artigo 120º do CPTA.

Além do mais, considerando que a actividade exercida pelo requerente – médico dentista – constituía a sua única fonte de rendimento, com a qual tem de prover ao sustento do seu o agregado familiar, constituído por companheira desempregada e uma filha de tenra idade, dentro do difícil quadro económico em que vive o país, concluiu a decisão recorrida que a imediata execução da deliberação suspendenda – expulsão do requerente da OMD, privando-o do título habilitante necessário ao exercício da sua profissão – consubstanciava um facto consumado, além de ser susceptível de provocar danos de difícil reparação, dando assim por verificado o requisito do “*periculum in mora*”, previsto na primeira parte da alínea b) do nº 1 do artigo 120º do CPTA.

Finalmente, na ponderação de interesses que efetuou, a decisão recorrida concluiu que os prejuízos invocados pelo requerente suplantavam aqueles que a entidade requerida pretendia ver evitados – riscos para a vida e/ou saúde dos doentes que buscam assistência nas clínicas da “...” –, nomeadamente por entender que estes estavam garantidos pela ordem administrativa de encerramento daquelas e por não estar invocado ou sequer demonstrado que o requerente vinha exercendo a profissão de médico dentista sem título ou contra a “*legis artis*”. Em face desse juízo de ponderação, com claro pendor para os interesses do requerente, a decisão recorrida concedeu a providência e suspendeu a deliberação do Conselho Deontológico e de Disciplina da Ordem dos Médicos Dentistas que aplicou ao requerente a pena disciplinar de expulsão.

São duas as críticas que a recorrente OMD dirige à decisão recorrida:

- a) Erro de julgamento quanto à verificação e prova do “*fumus boni iuris*”, na medida em que os autos levantados pelas au-

toridades administrativas de fiscalização, que deram origem ao processo disciplinar que culminou com a aplicação da pena de expulsão do requerente – acto suspendendo –, sendo documentos autênticos e, como tal, fazendo prova plena dos factos deles constantes, seriam suficientes para justificar a validade e legalidade do acto administrativo suspendendo [conclusões I. a VIII.]; e,

- b) Erro de julgamento no juízo de ponderação de interesses efectuado [conclusões IX. a XV.].

São estas, pois, as duas questões a decidir no presente recurso jurisdicional.

Como é sabido, a suspensão de eficácia de atos administrativos, tenham eles já sido executados ou não, depende, em qualquer caso, do preenchimento dos pressupostos previstos no artigo 120º do CPTA e, portanto, também da ponderação dos interesses públicos e privados em presença a que se refere o seu nº 2 [cfr. Mário Aroso de Almeida, *O Novo Regime do Processo nos Tribunais Administrativos*, 2ª edição, pág. 304].

Dispõe este preceito legal, na parte agora relevante:

- “1. Sem prejuízo do disposto nos números seguintes, as providências cautelares são adoptada:
 - a) Quando seja evidente a procedência da pretensão formulada ou a formular no processo principal, designadamente por estar em causa a impugnação de ato manifestamente ilegal, de ato de aplicação de norma já anteriormente anulada ou de ato idêntico a outro já anteriormente anulado ou declarado nulo ou existente;
 - b) Quando, estando em causa a adoção de uma providência conservatória, haja fundado receio de constituição de uma situação de facto consumado ou da produção de prejuízos de difícil reparação para os interesses que o requerente visa assegurar no processo principal, e não seja manifesta a falta

de fundamento da pretensão formulada ou a formular nesse processo ou a existência de circunstâncias que obstem ao seu conhecimento de mérito;

c)....

2. Nas situações previstas nas alíneas b) e c) do número anterior, a adoção da providência ou das providências será recusada quando, devidamente ponderados os interesses públicos e privados em presença, os danos que resultariam da sua concessão se mostrem superiores àqueles que podem resultar da sua recusa, sem que possam ser evitados, ou atenuados pela adoção de outras providências.

[...]”.

Do exposto, decorre que atualmente existe a possibilidade de decretar uma providência cautelar dando apenas como verificado o requisito do “*fumus boni iuris*”, desde que seja evidente a procedência da pretensão formulada ou a formular no processo principal, nos termos previstos na alínea a) do artigo 120º, supra transcrita. E, como reverso da medalha, será também possível ao juiz cautelar indeferir o pedido cautelar quando seja manifesta a improcedência da pretensão formulada ou a formular no processo principal. São os casos a que a doutrina comumente designa como “*fumus malus*”.

Nesses casos, não haveria necessidade de verificar a existência do segundo requisito, previsto nas restantes alíneas do citado preceito legal, ou seja, o “*periculum in mora*”.

Contudo, essa evidência da improcedência da pretensão a formular no processo principal deve, naturalmente, poder ser facilmente constatada pela simples leitura da petição, ou resultar, de forma inequívoca e, portanto, sem qualquer esforço exegético, de qualquer elemento documental junto ao processo, sugerindo os próprios exemplos que o legislador indicou no preceito que esta faculdade deve ser objecto duma aplicação restritiva [cfr., neste sentido, Mário Aroso de Almeida e Carlos Alberto Cadilha, na anotação 1.

ao artigo 120º do CPTA, in Comentário ao Código de Processo nos Tribunais Administrativos, 1ª edição, Almedina, 2005, a págs. 601/603, e Ana Gouveia Martins, in Tutela Cautelar no Contencioso Administrativo, Coimbra Editora, 2005, a págs. 507/508].

Ora, no caso presente, a evidência do mal fundado da pretensão do requerente, traduzida na factualidade constante dos autos levantados pelas autoridades administrativas de fiscalização, que deram origem ao processo disciplinar que culminou com a aplicação da pena de expulsão do requerente e que, por serem documentos autênticos e, como tal, fazerem prova plena dos factos deles constantes, seriam suficientes para justificar a validade e legalidade do ato administrativo suspendendo, não é de modo algum manifesta.

Admiti-lo seria, no fundo, o equivalente a negar ao requerente a tutela cautelar que o nº 4 do artigo 268º da CRP garante a todos os administrados, enquanto corolário do direito à tutela jurisdicional efetiva, para mais como meio de reacção a uma pena aplicada num processo de natureza sancionatória como é o processo disciplinar.

Improcedem, por conseguinte, as conclusões I. a VIII. da alegação da recorrente.

E o mesmo se diga em relação ao erro de julgamento apontado à sentença no tocante ao juízo de ponderação de interesses efetuado.

Com efeito, embora parca em factos concretos, o certo é que a deliberação punitiva apenas apontou irregularidades diretamente relacionadas com a gestão [ou má gestão] das clínicas inspecionadas em que figurava como diretor clínico o requerente da providência [detecção de medicamentos e produtos fora de prazo; deficiências graves na cadeia de esterilização [?]; reutilização de material cirúrgico de uso único; detecção de instrumentos dentários em mau estado de conservação; deficiências quanto à proteção radiológica; não utilização única de artigos descartáveis; acondicionamento de instrumentos e produtos em péssimas condições de higiene; detecção de matérias com validade expirada; inexistência de caixas e car-

ros fechados para manipulação, recolha e transporte de dispositivos potencialmente contaminados; acabamentos que não permitem a manutenção de um grau de higienização compatível com a actividade desenvolvida [?]; inexistência de sala de descontaminação para lavagem e desinfeção do material de uso clínico [Em todas? Ou só nalgumas?]; deteção de material dentário fora de prazo de validade ou sem inscrição da data de validade; deteção de material descartável, reutilizáveis; deteção de seringas de anestesia não embaladas nem esterilizadas], facto que aliás levou a ERS e a ASAE a decretarem a suspensão do funcionamento das clínicas do grupo “... “.

Como salientou a decisão recorrida, não foi apontada ao requerente da providência a falta de habilitação para o exercício da actividade de médico dentista ou a prática de condutas individuais suscetíveis de violar as “*legis artis*” da profissão. Ora, em tal situação, a adoção da providência só poderia ser recusada quando, devidamente ponderados os interesses públicos e privados em presença, se concluísse que os danos que resultariam da sua concessão se mostrassem superiores àqueles que poderiam resultar da sua recusa, sem que pudessem ser evitados ou atenuados pela adoção de outras providências [cfr. nº 2 do artigo 120º do CPTA].

No caso presente, a execução da deliberação punitiva implica a imediata impossibilidade do requerente poder continuar a exercer a actividade de médico dentista que, como se provou, constitui a sua única fonte de rendimento e também do seu agregado familiar, sendo pois desproporcionado impedi-lo de exercer a sua profissão e, desse modo, coartar-lhe a possibilidade de angariar para si e para a sua família os meios necessários a assegurar a respetiva subsistência.

Por conseguinte, improcedem também as conclusões IX. a XV. da alegação da recorrente e, com elas, o presente recurso jurisdicional.

III. Decisão

Nestes termos e pelo exposto, acordam em conferência os juízes da secção de contencioso administrativo do TCA Sul em negar provimento ao presente recurso jurisdicional e confirmar a decisão recorrida.

Custas a cargo da recorrente.

Lisboa, 21 de Novembro de 2013

[Rui Belfo Pereira – Relator]

[Sofia David]

[Carlos Araújo]

ACREDITAÇÃO PROFISSIONAL PROCESSO ADMINISTRATIVO

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL CENTRAL
ADMINISTRATIVO DE 25-01-2005

Processo: 0177/03 | **Relator:** António Madureira

Data do Acórdão: 01/25/2005

Votação: Unanimidade

Meio Processual: Recurso jurisdicional

Decisão: Nega Provimento

Sumário:

I – No âmbito do procedimento administrativo, inexistindo norma habilitante que a legitime, é ilegal, por violação do n.º 1 do art.º 87.º do CPA, qualquer restrição dos meios de prova admitidos em direito.

II – A Lei n.º 4/99, de 27/1, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 16/02, de 22 de Fevereiro, que regula e disciplina a actividade profissional de odontologia, não previu quais os meios de prova de que se podiam servir os candidatos à acreditação para o exercício dessa actividade nem conferiu ao Conselho Ético e Profissional de Odontologia, que criou (artigo 4.º), qualquer habilitação para editar normas “regulamentares executivas ou complementares”, de molde a que esse Conselho ficasse legitimado a, por forma

abstracta, estatuir ao nível dos meios probatórios a admitir, pelo que não habilitou esse Conselho a operar qualquer limitação dos meios de prova, que, assim, se mostra ilegal.

(...)

2. Fundamentação

2. 1. Os Factos:

O acórdão recorrido deu como provados os seguintes factos, que este Tribunal Pleno, por ser de revista, tem de acatar (cfr. artigo 722.º, n.º 2, do CPC, ex vi artigo 102.º da LPTA):

- a) O Recorrente exerce a profissão de odontologista;
- b) Por aviso publicado no Diário da República, II Série, de 9-8-2000, foi aberto o processo de acreditação profissional dos profissionais abrangidos pela Lei n.º 4/99, de 27 de Janeiro, com a redacção da Lei n.º 16/2002 de 22 de Fevereiro;
- c) O Recorrente apresentou a sua candidatura à acreditação como odontologista, instruindo-a com os documentos cujas cópias constam de fls. 100 a 108, cujo teor se dá como reproduzido, entre os quais se incluem os seguintes:
 - um atestado, datado de 29-3-2001, emitido pelo presidente da junta de freguesia de Caldas da Rainha Nossa Senhora do Pópulo, em que se afirma que o ora Recorrente «exerce a actividade de dentista não médico» naquela freguesia, na rua ...;
 - uma declaração, emitida por um médico, datada de 27-3-2001, em que se afirma que o Recorrente «tem exercido a actividade de Odontologista há cerca de 19 anos, tendo sempre demonstrado competência»;
 - três declarações, todas datadas de 27-3-2001, em que três pessoas afirmam, além do mais, que o ora Recorrente lhes vem tratando os dentes há mais de 20 anos;

- d) Em reunião realizada em 24-11-2000 (a que se reporta a acta que consta de fls. 36, cujo teor se dá como reproduzido) o Conselho Ético e Profissional de Odontologia aprovou a metodologia da apreciação dos processos de candidatura ao processo de acreditação e regularização dos odontologistas, definindo a seguinte grelha (que consta de fls. 37 e 38):

Metodologia da apreciação dos processos de acreditação dos odontologistas ao abrigo da Lei n.º 4/99, de 27 de Janeiro:

1. Verificar se os requerentes reúnem os requisitos previstos na Lei n.º 4/99, de 27 de Janeiro:

(...)

- g) Em data não determinada, anterior a 15-4-2002, o Conselho Ético e Profissional de Odontologia elaborou o projeto de decisão que consta de fls. 109, cujo teor se dá como reproduzido, em que refere, além do mais, que «entende que os documentos apresentados não fazem prova suficiente do exercício da actividade de odontologia há pelo menos 18 (dezoito) anos»;
- h) Notificado para se pronunciar sobre este projeto de decisão, o Recorrente não apresentou qualquer documento ou informação adicional;
- i) No dia 23-7-2002, o Conselho Ético e Profissional de Odontologia decidiu manter a proposta de decisão no sentido do indeferimento da acreditação do Recorrente, nos termos que constam de fls. 117, cujo teor se dá como reproduzido.
- j) No dia 3-9-2002, o Conselho Ético e Profissional de Odontologia deu por concluído o processo de avaliação dos candidatos à referida acreditação, elaborando as listas anexas à acta n.º 24, cuja cópia consta de fls. 32 e seguintes do processo instrutor, cujo teor se dá como reproduzido;

(...)

2. O Direito

A questão que constitui objecto do presente recurso jurisdicional deu origem a inúmeros recursos contenciosos, que correram termos pelas Subsecções desta Secção, tendo merecido decisões uniformes no sentido em que decidiu o acórdão recorrido.

E interpostos recursos dessas decisões para o Pleno desta Secção, o mesmo já proferiu acórdão, em 04/11/09, no recurso n.º 248/03, tirado por unanimidade, em que reiterou posição conforme com a das Subsecções, que, conforme foi salientado, era uniforme.

Assim, por com ele se concordar, passa-se a transcrevê-lo, na parte útil:

“(…). “Como se infere das conclusões das alegações do recurso, e são aquelas que delimitam o objeto deste, a questão a decidir traduz-se na legalidade ou ilegalidade da restrição dos meios probatórios relativamente ao período de 18 anos de actividade profissional para poder ser considerado odontologista e, consequentemente, constar da respetiva lista de acreditação.

Para tal efeito, o Conselho Ético Profissional de Odontologia restringiu os meios probatórios aos constantes da grelha que aprovou em acta, já depois dos candidatos terem apresentado os seus currículos e de apresentadas as provas, levando à lista dos não acreditados todos aqueles cujos documentos não fossem conformes aos constantes da referida grelha, sem sequer apreciar o valor probatório dos documentos juntos pelos candidatos.

O acórdão recorrido considerou ilegal essa restrição e anulou o ato de homologação, pelo ora Recorrente, da lista dos não credenciados da qual constava o agora Recorrido, contra o que se insurgiu aquele através do presente recurso. (...)

Ora, o princípio geral nesta matéria é o da admissibilidade de todos os meios probatórios legais, salvo se a lei os restringir. O diploma legal que disciplina a acreditação dos odontologistas – Lei nº 4/99, de 27 de

Janeiro, alterada pela Lei nº 16/2002, de 22 de Fevereiro – não contém qualquer restrição aos respetivos meios de prova, pelo que a mesma imposta em acta (s) por uma mera Comissão, e já depois dos candidatos terem apresentado as suas provas, não pode deixar de ser ilegal, tanto mais que não foi apreciado o valor intrínseco destas (atestado de Junta de Freguesia e declaração do Centro de Saúde de Seia) apresentadas pelo ora Recorrido pelo que este foi excluído da acreditação apenas por os documentos que apresentou para fazer prova do exercício de odontologista não constarem do elenco da grelha dos documentos que a referida Comissão entendeu criar.

(...)

3. Decisão

Nesta conformidade, acorda-se, neste Tribunal Pleno, em negar provimento ao recurso.

Sem custas, por o recorrente delas estar isento, em virtude do processo ter sido instaurado antes de 1/1/2004 (artigo 2.º da Tabela das Custas).

Lisboa, 25 de Janeiro de 2005. – António Madureira (relator) – António Samagaio – Azevedo Moreira – Santos Botelho – Pais Borges – Rosendo José – Angelina Domingues – Costa Reis – Adérito Santos.

SUSPENSÃO DE INSCRIÇÃO E EXERCÍCIO DA PROFISSÃO PROCESSO LABORAL

**ACÓRDÃO DO SUPREMO TRIBUNAL
DE JUSTIÇA DE 26-10-2017**

Processo: 1155/15.5T8TVD.L1.S1 | **Relator:** Ribeiro Cardoso

Data do Acórdão: 10/26/2017

Votação: Unanimidade

Meio processual: Revista

Decisão: Negada

Sumário:

I – Nos termos do art. 10º do Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas e do art. 1º, nº 1 do Regulamento de Inscrição na Ordem dos Médicos Dentistas (RIOMD), apenas podem exercer a atividade profissional de medicina dentária quem estiver inscrito na respetiva Ordem, estando o respetivo profissional, nos termos do art. 14º, nº 1 do RIOMD, obrigado ao pagamento de quotas, conduzindo a persistência no inadimplemento à suspensão da inscrição.

II – A impossibilidade do trabalhador prestar o seu trabalho como causa da caducidade do contrato só ocorre quando aquela, para além de superveniente e absoluta, seja definitiva.

III – Sendo o motivo da suspensão da inscrição na OMD o não pagamento das quotas e estabelecendo o art. 17º, al. c) do RIOMD, que aquela será levantada “quando o interessado pagar as quotas que forem devidas”, a suspensão não é definitiva não conduzindo à pretendida caducidade do contrato de trabalho.

1. Relatório

AA propôs contra BB, a presente ação de processo comum peticionando o reconhecimento da “existência de contrato de trabalho individual (sem termo) entre a Autora e a Ré, e ser esta condenada a

1. A indemnizar a Autora pelos danos não patrimoniais sofridos, num valor não inferior a € 7. 500,00 (sete mil e quinhentos euros);
2. No pagamento das retribuições que a Autora deixou de auferir desde Fevereiro de 2014 até à data de despedimento, Agosto de 2014, no valor de € 2.870,00 (dois mil, oitocentos e setenta euros);
3. No pagamento das retribuições desde a data do despedimento até ao trânsito em julgado da decisão do Tribunal que declare a ilicitude do despedimento, que serão definidos em sede de execução de sentença;
4. A Ré seja condenada a liquidar os valores referentes à retribuição de Férias e Subsídio de Férias vencidas e não gozadas, no valor de € 820,00 (oitocentos e vinte euros).
5. A Ré seja condenada a liquidar (artigo 263.º do CT) os proporcionais referentes ao subsídio de Natal e de Férias no valor de total de € 557,32 (quinhentos e cinquenta e sete euros e trinta e dois cêntimos).
6. A liquidar à Autora subsídio de férias e de Natal desde 1999 até 2014, no valor de € 12.300,00 (doze mil e trezentos);
7. Assim como o crédito relativo à formação profissional não recebida no valor de € 16.553,25;

8. Pagar-lhe a título de indemnização, o correspondente a um mínimo de trinta dias de trabalho, por cada ano de trabalho prestado, no montante de € 42.565,50 (artigo 391.º, n.º 1 do Código do Trabalho).
9. A liquidar à Autora custas judiciais e procuradoria condigna. A estes valores acrescem os juros vencidos e vincendos à taxa legal em vigor, desde a data do despedimento e até efetivo e integral pagamento.”

Como fundamento alegou ter sido admitida em Junho de 1999 ao serviço da R., para sob a sua organização, autoridade e direção exercer e desempenhar as funções inerentes à profissão de médica dentista, mediante retribuição, tendo a R. procedido unilateralmente a reduções no respetivo vencimento e horário de trabalho, a última das quais em Fevereiro de 2014, o que a levou a manifestar--lhe a sua discordância. Em 14.08.2014, por meio de telefone, a R. comunicou-lhe que estaria proibida de prestar cuidados médicos a utentes particulares, cingindo-se as consultas apenas a sócios, mas a partir dessa data deixaram de lhe ser marcados e distribuídos. Conclui ter sido tacitamente despedida e pretender impugnar a regularidade e licitude do despedimento.

A R. contestou por exceção (incompetência em razão da matéria e prescrição) e por impugnação, concluindo que o contrato estabelecido entre as partes desde 2000 (não 1999) era de prestação de serviços e que foi a A. que, após 4.07.2014, abandonou as consultas, deixando incompletos e/ou defeituosos alguns tratamentos de colocação de próteses e implantes, que geraram queixas dos utentes, dos quais a A. havia recebido o preço com estes acordado (20% do qual era devido à contestante), vendo-se a contestante forçada a assumir os prejuízos causados, no valor de € 9.457,00, a que acresce € 1.901,40 da aludida percentagem, perfazendo o total de € 11.348.40, que, em reconvenção, pede seja a A. condenada a pagar-lhe. A A. e reconvinida respondeu às exceções e à reconvenção e pediu a condenação da R. por Litigância de má-fé.

(...)

A R. invoca que o contrato caducou em 14.12.2013 pelo facto de, nesta data, ter sido suspensa a inscrição da A. na Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), sendo certo que tal inscrição é condição do exercício da medicina dentária para o qual a A. fora contratada.

É certo que o art. 10º do Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas (EOMD) ([5]), estabelece que “Para o exercício da atividade profissional de medicina dentária, sem prejuízo do disposto no artigo 12.º, é obrigatória a inscrição na OMD.”

E nos termos do art. 15º “O médico dentista com a inscrição suspensa ou anulada está impedido de exercer a medicina dentária”. Também o art. 1º, nº 1 do Regulamento de Inscrição na Ordem dos Médicos Dentistas (RIOMD) determina que “Para o exercício da medicina dentária é obrigatória a inscrição na Ordem dos Médicos Dentistas (OMD).”

Como se vê do art. 13º, nº 1, al. b) do EOMD e do art. 16º, nº 1, al. c) do RIOMD, a suspensão da inscrição pode ocorrer pela persistência no não pagamento das quotas, obrigatórias nos termos do nº 1 do art. 14º do RIOMD.

Caso o motivo da suspensão seja o não pagamento das quotas, aquela será levantada “quando o interessado pagar as quotas que forem devidas” (art. 17º, al. c) do RIOMD.

Temos assim que, conduzindo o pagamento das quotas em dívida ao levantamento da suspensão da inscrição, o impedimento do exercício da profissão de médico dentista será sempre temporário e não definitivo. Desta forma a invocada suspensão da inscrição na OMD não consubstancia, por si só, uma impossibilidade definitiva do exercício da profissão de médica dentista, sendo certo que, só com esta característica a impossibilidade é suscetível de conduzir à caducidade do contrato de trabalho nos termos do transcrito art. 343º, al. b) do CT.

Mas importa atentar que, apesar de ter a sua inscrição na OMD suspensa desde 14.12.2013, a A. continuou a exercer as funções de

médica dentista e a cumprir o contrato que celebrara com a Ré até, pelo menos, julho de 2014.

Em suma e respondendo à questão proposta, diremos que o contrato não caducou em 14.12.2013 por força da suspensão da inscrição da A. na Ordem dos Médicos Dentistas.

2. Se, tendo ocorrido a caducidade na referida data, estão prescritos os direitos que a A. pretende fazer valer na ação. Estabelece o art. 337º, nº 1 do CT que “O crédito... de trabalhador emergente de contrato de trabalho, da sua violação ou cessação prescreve decorrido um ano a partir do dia seguinte àquele em que cessou o contrato de trabalho.”

A R. invoca a prescrição dos eventuais créditos da A. com o fundamento de que o contrato caducou em 13.12.2013, tendo a ação sido intentada em 9.07.2015.

Ora, não tendo o contrato caducado, como se viu, em 13.12.2013, o prazo de prescrição não se iniciou no dia 14.12.2013, como pretende a R.

Por conseguinte, não ocorreu a prescrição dos créditos tendo como fundamento a caducidade do contrato em 13.12.2013.

5. Decisão

Pelo exposto delibera-se:

1. Negar a revista e confirmar o acórdão recorrido.
2. Condenar a recorrente nas custas da revista.
(Anexa-se o sumário do acórdão).

Lisboa, 26.10.2017

Ribeiro Cardoso (Relator) | Ferreira Pinto | Chambel Mourisco

PRESUNÇÃO DE LABORALIDADE E CONTRATO DE TRABALHO PROCESSO LABORAL

**ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DA RELAÇÃO
DE ÉVORA DE 11-06-2015**

Processo: 559/13.2TTPTM.E1 | **Relator:** Paula do Paço

Data do Acórdão: 06/11/2015

Votação: Unanimidade

Meio Processual: Apelação

Decisão: Improcedente

Sumário:

I – Sempre que o recorrente impugne a decisão sobre a matéria de facto, deve observar o ónus de

impugnação previsto no artigo 640º do Código de Processo Civil.

II – A indicação dos específicos pontos de facto que o recorrente considera incorretamente julgados, dos concretos meios probatórios que deveriam ter conduzido a decisão diferente e a menção de qual a decisão correta, na perspetiva do recorrente, devem ser cumulativamente apontadas na conclusão da alegação.

III – O artigo 12º do Código do Trabalho de 2009 estabelece uma presunção de laboralidade. A verificação de, pelo menos, duas das características discriminadas nas alíneas a) a e), do n.º 1 deste preceito legal é condição suficiente para operar o funcionamento

da presunção. Trata-se de uma presunção *juris tantum* (artigo 350º do Código Civil), cabendo à parte contrária demonstrar que, não obstante a verificação das circunstâncias apuradas, existem factos e contraíndícios indicadores de autonomia, que sejam quantitativa e qualitativamente significativos para permitirem a descaracterização.

IV – Tendo a autora demonstrado que exercia as funções de médica dentista e a direção clínica em duas clínicas dentárias pertencentes e exploradas pela ré, há que concluir pelo preenchimento das alíneas a) e e) do nº1 do aludido artigo 12º. Não tendo a demandada logrado demonstrar que tais funções eram exercidas com autonomia, importa qualificar a relação jurídica que vigorou entre as partes processuais como contrato de trabalho.

(Sumário elaborado pela relatora)

I. Relatório

BB, veio intentar ação declarativa emergente de contrato individual de trabalho, com processo comum, contra CC, S.A., ambas com os demais sinais identificadores nos autos, pedindo que:

- a) A relação contratual existente entre as partes processuais seja qualificada como contrato de trabalho subordinado.
- b) O despedimento da A. seja considerado ilícito, por improcedentes os motivos justificativos invocados para o despedimento e por o mesmo não ter sido precedido do respetivo procedimento disciplinar.
- c) Seja a R. condenada a pagar as retribuições vencidas e vencendas que a A. deixou de auferir desde a data do despedimento até ao trânsito em julgado da decisão judicial que vier a declarar a ilicitude do mesmo, nos termos do artigo 390º, nº1 do Código de Trabalho.
- d) Seja a R. condenada a pagar à A. uma indemnização correspondente a 45 dias de retribuição base por cada ano completo ou fração de antiguidade, decorrido desde a data do

início do contrato até ao trânsito em julgado da decisão judicial, nos termos do disposto no artigo 391º do Código de Trabalho, caso não opte pela reintegração na empresa nos termos do disposto na alínea b) do nº 1 do artigo 389º do Código de Trabalho, com todos os direitos que já detinha nomeadamente a antiguidade.

- e) Seja a R. condenada a pagar à A. a quantia global de 11.089,61€ (onze mil oitenta e nove euros e sessenta e um cêntimos) a título de remunerações, subsídio de férias, férias não gozadas e subsídio de Natal.
- f) Seja a R. condenada nos juros vencidos e vincendos. Para tal alegou, em resumo e no essencial, que apesar de ter celebrado um denominado contrato de prestação de serviços com a ré, desempenhou os serviços profissionais de médica dentista e direção clínica sob autoridade, direção e fiscalização da demandada.

Sucedendo que no dia 20 de dezembro de 2012, a R. procedeu à cessação da relação contratual, por escrito, invocando como justificação factos não verdadeiros. Tal comunicação consubstancia um despedimento ilícito, com as legais consequências.

Realizada a audiência de partes, na mesma não foi possível obter a conciliação.

A R. contestou, invocando as exceções da incompetência material do Tribunal de Trabalho e da ineptidão da petição inicial. Afirmou que entre as partes sempre existiu uma prestação de serviços e nessa qualidade sempre a A. desenvolveu a sua atividade, com total liberdade e sempre sem subordinação jurídica. Invocou ainda a caducidade/prescrição do direito da autora.

Terminou pedindo a condenação da autora como litigante de má-fé em multa não inferior a 50 UC e em indemnização não inferior a € 2.350,00.

(...)

V. Qualificação da relação jurídica em apreço nos autos

Não se conforma a R./apelante com a circunstância do tribunal a quo ter considerado que entre os intervenientes processuais vigorou um contrato de trabalho subordinado, pois, de acordo com a sua tese, no caso concreto não se pode presumir a existência de um contrato de trabalho, ao abrigo do artigo 12º do Código do Trabalho.

Apreciemos a questão suscitada.

Na sentença recorrida, o Meritíssimo Juiz a quo procedeu a uma completa e exaustiva apreciação da legislação aplicável em termos de definição do contrato de trabalho versus contrato de prestação de serviço, dos critérios utilizados pela doutrina e pela jurisprudência para distinguir os dois tipos contratuais, assim como mencionou os requisitos necessários para que possa operar a presunção de laboralidade prevista no artigo 12º do Código de Trabalho de 2009.

Pela plenitude da fundamentação exposta que, aliás, não foi posta em causa em sede de recurso, remetendo-se para a mesma, partir-se-á das considerações explanadas para a apreciação do concreto caso sub judice.

Vejamos, resulta do acervo de factos dado como assente que em 26 de abril de 2012, as partes processuais celebraram, entre si, um acordo escrito denominado de “contrato de prestação de serviços”, com o teor dado por reproduzido no ponto 1 da factualidade provada.

Mais resultou demonstrado, com relevo, que a A./apelada exercia a sua atividade de médica dentista em duas clínicas dentárias pertencentes à R./apelante, praticando, ainda, todos os atos inerentes à direção clínica desses estabelecimentos.

Até 20 de dezembro de 2013, a A./apelada não questionou o tipo de relação (leia-se, a qualificação do contrato) que tinha com a R./apelante.

Enquanto médica dentista, competia à demandante, entre o mais, observar os dentes, gengivas e as arcadas dentárias dos seus pacientes para diagnóstico, desenvolver tratamentos como extração, restauração ou desvitalização de dentes, tratar cáries, remover o tártaro,

colocar aparelhos de correção, colocar próteses dentárias e, inclusive, fazer intervenções cirúrgicas que se mostrassem necessárias.

A R./apelante é proprietária e exploradora das clínicas dentárias identificadas, sendo uma sociedade que se dedica à prestação de serviços médicos, paramédicos e de enfermagem de estomatologia e/ou medicina dentária.

A R./apelante tinha coordenadores que dirigiam as questões administrativas das clínicas da região Sul e Ilhas.

Na sentença sob censura, considerou-se que entre as partes vigorou um contrato de trabalho subordinado, por força do preenchimento dos indícios de laboralidade previstos no nº1 do artigo 12º do Código do Trabalho, fazendo-se operar a presunção consagrada no preceito.

Para considerar preenchidos os referidos indícios, o tribunal atendeu ao acordado entre as partes no denominado “contrato de prestação de serviços”, à atividade desenvolvida pela A./apelada, recorrendo à definição legalmente consagrada de “Direção Clínica” de clínicas ou consultórios dentários (Portaria nº 268/2010, de 12 de maio), à demonstração de que atividade em causa era exercida em locais pertencentes à R./apelante e à circunstância de não terem sido demonstrados contraindícios que permitissem afastar a presunção da existência de um contrato de trabalho.

(...)

VI. Inexistência de despedimento ilícito

No arrazoado das alegações e conclusões de recurso, a R./apelante afirma que “não existindo qualquer relação laboral entre as partes é manifesto que a Autora não foi alvo de qualquer despedimento ilícito, devendo, por isso, a resolução do contrato de prestação de serviços comunicadas pela Ré à Autora ser considerada válida e, em consequência, deve a ação improceder na sua totalidade.»

A pretensão da R./apelante baseava-se no pressuposto que se lhe daria razão no que respeita à temática da qualificação da relação contratual.

Já apreciámos a improcedência dessa sua pretensão.

Deste modo, tendo vigorado entre as intervenientes processuais um contrato de trabalho subordinado, bem andou o tribunal a quo ao decidir que a resolução do contrato comunicada pela R. à A., em 20 de dezembro de 2012, consubstancia um despedimento ilícito, por não ter sido precedido de procedimento disciplinar, de harmonia com o disposto no artigo 381º, alínea c) do Código do Trabalho. Concluindo, nenhuma censura nos merece a decisão posta em crise, pelo que o recurso se mostra improcedente.

*

VII. Decisão

Nestes termos, acordam os juízes da Secção Social do Tribunal da Relação de Évora em julgar o recurso improcedente e, em consequência, confirmam a decisão recorrida.

Custas pela recorrente.

Notifique.

Évora, 11 de junho de 2015

(Paula Maria Videira do Paço)

(Alexandre Baptista Coelho)

(Acácio André Proença)

NOTAS CONCLUSIVAS DA AUTORA

«Porquê» e «para quê» não são perguntas necessárias para qualquer livro. No trabalho académico, a pura utilidade é até, muitas vezes, má conselheira.

Apesar disto, sinto que devo ao leitor – curioso, interessado, paciente, inquieto? – uma palavra sobre as *minhas* razões.

Há cerca de quinze anos que me dedico ao Direito da Saúde e à Bioética. Neste contexto, a Medicina Dentária é um tema de estudo especialmente interessante, porque convoca respostas normativas mais amplas do que aquelas que, tradicionalmente, aplicamos aos cuidados de saúde de cariz estritamente terapêutico.

Por outro lado, não sou civilista nem penalista – sou da Teoria e da Filosofia do Direito. O que significa que, *por defeito*, as minhas considerações estão condicionadas por uma certa ideia de validade material e axiológica do direito, e pela idealização imaginada de como as coisas – na saúde, como em qualquer outro âmbito da vida – poderiam ser diferentes.

Para que se compreenda o que quis eu deste livro – isto é, o que eu pretendo que ele seja capaz de oferecer – convocarei somente dois elementos marcantes do percurso de compilação que aqui empreendi: uma imagem e uma experiência profissional.

Ao alto da capa da presente edição figura a pintura de Edward Hughes, “A First Visit To The Dentist”, de 1866. Foi uma escolha pacífica: poucas imagens ilustrarão melhor como o tempo, a ciência e a ética puderam fortalecer a Medicina Dentária. Hoje, quando pensamos numa intervenção de dentista, já não é o homem

de alicate na mão – turquês escondido sub-repticiamente atrás das costas, ludibriando a criança amedrontada – que nos assoma ao pensamento. Felizmente.

Neste quadro, onde um dentista se aproxima de uma criança expectante, enquanto esconde atrás de si o instrumento do seu ofício, não vemos apenas uma cena clínica. Vemos um teatro filosófico sobre a verdade, a autoridade e o medo; uma metáfora profunda do confronto entre o poder do saber técnico e a vulnerabilidade do paciente. O alicate escondido na mão do dentista simboliza, não só, a dor esperada, mas também o mistério que envolve o poder do médico. Ao ocultá-lo, o homem revela mais do que esconde: mostra-nos que sabe que o medo existe, mas que opta por não falar sobre ele.

O gesto desperta uma das mais propaladas e complexas questões da Bioética e do Direito Médico: até que ponto é legítimo proteger um paciente da verdade? Será o paternalismo justificável sempre, por vezes, ou em nenhuma circunstância? Esconder a verdade – as dores, os riscos, as sequelas – ainda que com boas intenções, romperá inevitavelmente o vínculo de confiança essencial ao cuidado ou, pelo contrário, fará parte integrante de um dever de respeito pelo paciente vulnerável?

A pergunta pela liberdade do doente para consentir numa intervenção foi a questão primordial da ética médica. Foi através da densificação desta pergunta fundamental que foi possível definir um espaço normativo para a autonomia, para a beneficência, para a não maleficência e para a justiça, no âmbito da prestação de cuidados de saúde. Contudo, a relação entre o profissional de saúde e o paciente deve continuar a inquietar-nos hoje, e a imagem que a capa nos oferece é um convite expresso a essa reflexão: a posição corporal do dentista – inclinado, próximo, sorridente – contrasta com o gesto simbólico de esconder o turquês. Encobrir um instrumento de dor simboliza, assim, o lado sombrio da autoridade clínica – a dissimulação, o controlo da informação, o domínio da cena e da relação.

O quadro de Hughes recorda-nos, assim, que o ato médico é um ato assimétrico: um sabe, o outro teme. Um domina o gesto, o outro submete-se. Esta assimetria só não se transforma em violência se for mediada por um código: o da ética profissional. Se esta coletânea puder ter algum mérito, espero que seja o da afirmação inequívoca da deontologia profissional como dimensão estruturante da medicina dentária contemporânea; elemento indispensável à segurança, legitimidade e excelência da atuação clínica, e modo insubstituível de exercer virtudes éticas.

Apesar de, em vários trabalhos anteriores, ter já abordado questões concernentes à legislação e à jurisprudência sobre Medicina Dentária, entre 2022 e 2024 tive a oportunidade de uma incursão profissional num projeto de intervenção que me permitiu um olhar muito mais abrangente sobre a relevância social desta área de prática médica: enquanto Vereadora responsável pelos Pelouros da Educação, da Saúde e da Ação Social do Município de Ferreira do Zêzere, promovi um protocolo de colaboração entre o Município e o Departamento de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC)⁹, com o objetivo de oferecer acompanhamento de saúde oral a grávidas, crianças e jovens, de modo próximo e efetivo.

Este Programa Municipal de Saúde Oral, denominado “Sorrisos (Con)Sentidos”¹⁰ foi direcionado, desde o seu início, para grávidas

⁹ A implementação deste programa foi coordenada pela Senhora Professora Doutora Ana Luísa Costa, Professora da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, a quem presto a minha sentida homenagem. A ação no terreno foi preparada e executada por Ana Luísa Costa, Ana Margarida Ferreira Esteves, Inês Alexandra Figueiredo Nunes, Maria Inês Bolhaqueiro, Dulce Verdelho e Ana Elisabete Ferreira.

¹⁰ Bolhaqueiro, Maria Inês Farinha. 2024. “SORRISOS (Con)SENTIDOS”: implementation of a community intervention program in child oral health in the municipality of Ferreira do Zêzere”, Universidade de Coimbra, Trabalho

e crianças dos 3 aos 6 anos de idade, nestas incluindo também observação oral por examinadores calibrados e critérios de diagnóstico estabelecidos, e envolveu dinamicamente toda a comunidade pré-escolar, funcionários autárquicos, médicos dentistas, alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, e profissionais de terapia da fala, do aconselhamento de amamentação e da nutrição.

Os resultados foram avassaladores, em vários sentidos: por um lado, a falta de literacia das grávidas e dos jovens em relação à importância do autocuidado de saúde oral resultou manifesta; por outro lado, foi possível constatar que 70,9% das crianças observadas nas escolas do concelho apresentava uma ou mais patologias orais. 43,3% das crianças foram alvo de encaminhamento para os serviços públicos da FMUC e 91,7% dos pais afirmaram constatar alterações no comportamento das crianças, em prol da sua saúde oral, após o início da implementação do nosso Programa.

Perceber como os médicos dentistas voluntários neste Programa – o seu cuidado, a sua abnegação – fizeram a diferença na vida das crianças e das famílias trouxe-me uma consciência muito aguda do papel social da Medicina Dentária. Este livro é, em grande parte, fruto da consciência dessa importância; da constatação do poder (positivo ou negativo) presente na resposta médica; e da confirmação da fragilidade (subjugadora ou emancipatória) dos sistemas dessa resposta.

As coisas transformam-se aceleradamente na saúde. Na saúde, como no direito, já não basta procurar soluções para os problemas – é preciso antecipá-los. Aprender com o passado é necessário, mas insuficiente. É preciso ser capaz de manter o otimismo sobre a

importância do que estamos a fazer hoje. Face a um cenário tecnocientífico em constante e profunda mudança, conciliar a excelência técnica com a responsabilidade ética individual é o único caminho para uma resposta de saúde centrada no primado do ser humano.

Ana Elisabete Ferreira

POSFÁCIO

MEDICINA DENTÁRIA – DEONTOLOGIA e RESPONSABILIDADE. SELEÇÃO DE LEGISLAÇÃO E DE JURISPRUDÊNCIA, da Autoria da Professora Doutora Ana Elisabete Ferreira, é uma obra que ocupa um espaço importante e necessário na literatura nacional do Direito da Medicina.

Medicina Dentária e Direito Médico são contemporâneos. Já bem entrados na idade madura, chegando aos 50 anos, estabelecem nesta obra um encontro feliz, prático e oportuno.

A Medicina Dentária nasceu como especialidade em Portugal através da criação da Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa em 6 de junho de 1975. Essa instituição foi a primeira de nível universitário dedicada à área e, posteriormente, foi integrada na Universidade de Lisboa. A Escola Superior de Medicina Dentária do Porto também foi criada, com atividades iniciadas em 22 de novembro de 1976. A Licenciatura em Medicina Dentária na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) nasceu na década de 1970, com o curso a entrar em funcionamento no ano letivo de 1985/86.

Naturalmente, a Medicina Dentária beneficiou de uma longa tradição, com já mais de um século, da especialidade médica em Estomatologia. Esta foi criada por Decreto-lei em maio de 1911. A Estomatologia foi a primeira especialidade médica a organizar-se em Sociedade Científica em Portugal, a Sociedade Portuguesa de Estomatologia, em 1919.

Muito se caminhou desde o tempo – não tão longínquo assim. Dos “barbeiros e arrancadores de dentes”.⁹

Por seu turno, o Direito Médico terá também pouco mais de seis décadas, a nível mundial. Assim, destacamos como documento pioneiro a *Declaração de Helsínquia*, um enunciado de princípios éticos para a investigação clínica envolvendo seres humanos, cuja primeira versão é de junho 1964. Por seu turno, a Associação Mundial de Direito Médico (*World Association for Medical Law*) foi criada em 1967 na Universidade de Gent, na Bélgica.

O Direito da Medicina contará com cerca de 40 anos em Portugal. Se quisermos arriscar uma data, proporia maio de 1988, data em que o Centro de Direito Biomédico foi criado por deliberação do Conselho Científico da Faculdade de Direito, por proposta do Prof. Doutor Guilherme de Oliveira.

Não é mera coincidência esta similitude temporal e histórica entre o Direito da Medicina e a Medicina Dentária. Com o progresso da sociedade e das ciências e tecnologias aplicadas à saúde, as populações exigem mais e melhores cuidados, com mais especialização, com mais rigor e precisão e tutelados por um sistema jurídico e social, no qual se garanta a qualidade e o respeito pelos direitos dos pacientes.

Esta Obra representa, para o Centro de Direito Biomédico, um passo importante de densificação e autonomização deste importante espaço de atividade em saúde.

⁹ Cf. Ivo Álvares Furtado, HISTÓRIA DO EXERCÍCIO DA ODONTOLOGIA EM PORTUGAL, in site da Ordem dos Médicos – www.ordemdosmedicos.pt e Silva AN. Da Evolução da “Arte Dentária” e seu Ensino em Portugal até aos nossos dias. *Rev. Port. de Est. e Cir. Maxilofac.* 1996; Vol. 37 (4): págs. 215-222

Contando já com mais de 30 publicações, seja na coleção editada pela *Coimbra Editora*, seja pela *Petrony*, seja ainda pelos vários E-Books que se encontram alojados na página <https://www.centrodedireitobiomedico.org/publicacoes?categoria=2> cobrindo o Direito da Medicina, Direito Biomédico, Direito da Farmácia e do Medicamento, Gestão da Saúde e Bioética, apresentamos agora uma obra de qualidade e de grande importância prática, para Médicos Dentistas e Juristas, nesta área do Direito da Medicina Dentária.

Nesta obra são selecionadas, para além dos documentos normativos fundamentais nesta área, as decisões jurisprudenciais que vêm marcando a responsabilidade civil na área da Medicina Dentária. Um sistema complexo de conceitos jurídicos vem sendo elaborado – envolvendo os temas de obrigações de meios e obrigações de resultado, o regime do processo clínico, um dever agravado de esclarecimento, designadamente por muita da atividade da Medicina Dentária ter um cunho estético ou, pelo menos, “voluntário” – o que implica que todo o Médico Dentista faça uma adequada “*gestão do risco jurídico*” – como bem ensinava o meu saudoso amigo, o pioneiro da Advocacia de Direito Médico no Sul do Brasil, designadamente no Paraná – o Dr. Gilberto Baumann de Lima, a quem aqui presto a minha homenagem e reconhecimento.

Como filho de Médico Estomatologista, Dr. Eurico da Conceição Pereira, gostaria de deixar aqui uma palavra de afeto muito pessoal pelo privilégio de poder ver o nascimento desta obra.

O meu Pai, Dr. Eurico da Conceição Pereira, dedicou toda uma vida de trabalho à Estomatologia, atendendo sobretudo populações carentes e pobres, da cidade de Coimbra e da região em volta de Cantanhede, e pude constatar a importância do antigo posto de saúde com Estomatologia, no Centro de Saúde de Celas, que funcionou – pelo menos – até 2003.

Lamentavelmente, o país andou para trás no acesso aos cuidados de saúde oral. E nem as propostas recentemente apresentadas por

um grande Partido às eleições legislativas de 2025, no sentido de levar a Medicina Dentária aos Centros de Saúde, pareceram merecer interesse por parte da opinião pública e publicada. Oxalá, em tempo breve, se reforce o acesso de todos os cidadãos a esta faceta fundamental da saúde e se cumpra a Constituição, e o seu artigo 64.º.

Cumpramos o nosso dever. Na Academia, devemos estudar com rigor e aprofundamento os temas. A Medicina Dentária é a base, não apenas da saúde física e psíquica, mas também do bem-estar social. No fundo, a Medicina Dentária – devidamente regulada pelo Direito e pela Ética – configura um instrumento fundamental para cumprir a utopia inscrita na Carta da Organização Mundial de Saúde, desde 1946: «um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade».

Esta obra afigura-se um pilar essencial para o estudo deste ramo do Direito.

Prof. Doutor André Gonçalo Dias Pereira

Professor Associado da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

Vice-Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

Presidente da Direção do Centro de Direito Biomédico

Chair do Educational Committee da World Association for Medical Law

ISBN 978-989-36320-0-0



9 789893 632000 >