



**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

**Comissão de Ética para a Saúde**  
**Administração Regional de Saúde do Norte, IP**

Parecer n.º 82/2013

Foi rececionado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (doravante CES) o pedido de parecer cuja questão essencial se centra no potencial confronto entre o *"dever [dos profissionais, designadamente médicos e enfermeiros] de se manter no seu local de trabalho ou socorrer um cidadão que se encontre na via pública"*, no que se poderia potenciar também *"dúvidas entre o dever do médico versus o funcionário do Estado e da ARS"*.

1. Tal como vem suscitada, a questão parece revestir um cariz primordialmente jurídico. No entanto, como é certo que neste, como em outros aspetos, o Direito se inspira na Ética em busca das melhores soluções, julgamos existir fundamento para que esta CES se pronuncie.
2. Várias perspetivas se podem entrecruzar na questão suscitada. No entanto, parece-nos que as mais relevantes serão as perspetivas de responsabilidade disciplinar e responsabilidade penal, atendendo à forma como a questão foi configurada, nas suas vertentes éticas.
3. Em termos éticos e de potencial conflito entre o *"dever do médico versus o funcionário do Estado e da ARS"* – o que se poderia identificar como potencial conflito entre responsabilidade disciplinar deontológica e responsabilidade disciplinar administrativa - deverá começar por dizer-se não nos parecer existir nas circunstâncias que passamos a descrever e atentos os fundamentos que referiremos.
4. Se não, vejamos: em situações como as que vêm relatadas pela exponente, qual o dever do trabalhador médico em funções públicas que poderá encontrar-se violado pela necessidade de deixar um doente que se encontrava em consulta (e os demais que aguardam a sua vez, conforme marcações efetuadas) para averiguar da situação de saúde de alguém que caiu na via pública ou se encontra num edifício vizinho?
5. Nos termos da Base XXXI da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), *"os profissionais de saúde que trabalham no SNS estão submetidos às regras próprias da*



*Administração Pública*”, sendo que as regras próprias sobre o seu estatuto deve ser “*delimitado pela ética e deontologia profissionais*”.

6. Neste enquadramento é reconhecida à Ordem dos Médicos a função de definição da deontologia médica (Base XXXII), sendo esta associação dotada de competência normativa neste domínio.

7. Convém referir, neste ponto e desde já que, caso o entenda, a requerente poderá solicitar o parecer da Ordem dos Médicos – ou outra Ordem profissional - sobre a questão, e que certamente lhe responderá do ponto de vista dessas regras deontológicas relativamente às quais exerce as suas competências.

8. O cumprimento dos deveres dos médicos – começando por estes profissionais de saúde – é então essencialmente acompanhado pela Ordem dos Médicos, a quem o n.º1 do artigo 4.º do Código Deontológico da Ordem (doravante CDOM)<sup>1</sup>, atribuiu competência disciplinar exclusiva em matéria de reconhecimento da responsabilidade dos médicos emergente de infrações à Deontologia Médica.

9. O n.º1 do artigo 1.º do Estatuto Disciplinar dos Médicos (doravante EDM)<sup>2</sup> prevê a sujeição à jurisdição disciplinar da Ordem dos Médicos de todos os médicos nela inscritos no momento da prática da infração (sendo que a inscrição na Ordem dos médicos é requisito indispensável para o exercício da atividade médica).

10. A infração disciplinar para este efeito é entendida como qualquer ação ou omissão que viole dolosa ou negligentemente algum dos deveres decorrentes, entre outros, do Estatuto da Ordem dos Médicos e do Código Deontológico (artigo 2.º EDM)<sup>3</sup> – que para o parecer solicitado mais importam.

11. Ora, da alínea b) do artigo 13.º do Estatuto da Ordem dos Médicos (doravante EOM) consta, de entre vários deveres dos médicos, o de cumprir as normas deontológicas que regem o exercício da profissão médica.

12. Do CDOM resulta que o médico deve exercer a sua profissão com maior respeito pelo direito à proteção da saúde das pessoas e da comunidade (n.º1 do artigo 5.º).

---

<sup>1</sup> Aprovado pelo Plenário dos Conselhos Regionais da Ordem dos Médicos em 26.9.2008 e publicado em *Diário da República* como Regulamento n.º14/2009, 2.ª série, n.º8, de 13.1.2009).

<sup>2</sup> Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 217/94, de 20 de agosto).

<sup>3</sup> Aprovado pelo Decreto-Lei n.º282/77, de 5 de julho).

13. Deste princípio geral decorre que *“o médico deve, em qualquer lugar ou circunstância, prestar **tratamento de urgência** a pessoas que se encontrem em **perigo imediato**, independentemente da sua função específica ou da sua formação especializada”* (artigo 7.º CDOM) (destaque nosso).

14. Pelo que em situações de *“perigo imediato”* é obrigação deontológica do médico *“prestar tratamento de urgência”*.

15. Utilizando um conceito análogo - se bem distinto do de *“perigo imediato”* – o n.º1 do artigo 41.º do mesmo CDOM, interpretado *a contrario sensu* também configura a proibição de o médico se recusar a prestar assistência a um doente quando se encontre em *“perigo iminente de vida”*, não justificando a própria incapacidade para controlar a doença o abandono do doente, exceto quando possa recusar-se a continuar a prestar assistência por já não haver prejuízo para o doente e tendo fornecido os esclarecimentos necessários para a regular continuidade do tratamento, bem assim como feito advertência ao doente ou à família com a antecedência necessária a assegurar a substituição (n.ºs 3 e 2 do mesmo artigo 41.º CDOM).

16. Utilizando um outro conceito análogo, o n.º5 do artigo 36.º do CDOM proíbe o médico de praticar atos médicos para os quais reconheça não ser capaz ou não possuir a competência técnica e capacidade física e mentais exigíveis, **exceto em “situações de emergência em que não possa recorrer em tempo útil a colega competente”**.

17. Estes conceitos – **“perigo imediato”, “perigo iminente de vida” e “situações de emergência”**, bem assim como o de **“tratamento de urgência”** – devem ser configurados em cada situação concreta; na verdade, porém, a deontologia médica representou-as como constituindo casos em que se impõe ao médico o dever de agir e de acordo com os seus conhecimentos profissionais.

18. **Então, estando perante circunstâncias que integram estes conceitos, não se afigura que estejamos perante a violação ética de qualquer dever deontológico.**

19. Mas caso alguma potencial infração preencha igualmente os pressupostos de uma infração disciplinar incluída na competência legal de uma entidade pública à qual o médico se encontre vinculado, as respetivas competências devem ser exercidas separadamente (n.º3 do artigo 4.º CDOM).

20. Será que perante circunstâncias como as que integram estes conceitos poderemos, não obstante, estar perante violações dos deveres disciplinares administrativos no caso de médicos que trabalhem em funções públicas?

21. Os deveres que poderiam encontrar-se em conflito virtual seriam os de isenção, imparcialidade, zelo, obediência, legalidade e / ou assiduidade, conforme previstos no artigo 3.º do Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores em Funções Públicas (aprovado pela Lei n.º 58/2008, de 9 de setembro)<sup>4</sup>. Se analisados individualmente, vejamos, porém, de um ponto de vista ético:

- a. Quanto ao dever de isenção – implica que o profissional de saúde não retire vantagens cumulativas dessa assistência;
- b. Quanto ao dever de imparcialidade – implica que o profissional de saúde trate igualmente os cidadãos doentes, não procedendo a discriminação injustificada entre eles;
- c. Quanto ao dever de zelo – implica que não exista violação de normas legais e regulamentares e ordens e instruções de superiores hierárquicos, havendo utilização das competências consideradas adequadas;
- d. Quanto ao dever de obediência – implica que as ordens dos legítimos superiores hierárquicos sejam legítimas no sentido de permanecer no seu posto de trabalho;
- e. Quanto ao dever de legalidade – implica que as funções subordinadas aos objetivos dos serviços não devam ser ultrapassadas por outros objetivos de maior valor;
- f. Quanto ao dever de assiduidade – implica que a não comparência ou a ausência temporária ao serviço regular não se deva a um caso de força maior ou à imposição de um princípio primordial, como o da proteção da vida humana.

22. O que queremos traduzir com estas referências sintéticas é **que existe eticamente um valor superior ao cumprimento abstrato destes deveres**, eles próprios abstratamente considerados, **sendo esse valor o da preservação da vida humana que, em n/ entendimento, se sobrepõe a estes.**

23. Daí **que sejamos de parecer ser eticamente correto que quando relatada uma situação de perigo agudo de vida que, segundo os relatos recebidos, o médico / profissional de saúde julgue justificado o adiamento dos cuidados de saúde que se encontra a prestar – por o doente que tem nesse momento perante si não se encontrar em igual grau de perigo ao do constante do relato – e possa ir verificar a situação de saúde de outro doente.**

---

<sup>4</sup> Este Estatuto é aplicável a todos os trabalhadores que exercem funções públicas nos serviços da administração direta e indireta do Estado, como é o caso dos profissionais de saúde que trabalham nos centros de saúde (n.º1 do artigo 1.º e no 1 do artigo 2.º do EDTFP).

24. Precisamente porque a vida tem esse valor primordial é que o Código Penal (CP) tipifica e penaliza a prática de dois crimes, que envolvem a desconsideração, num caso, da necessidade de prestação de auxílio, genericamente, e o outro a da necessidade de prestação de assistência médica, i.e., uma assistência especializada.

25. A análise breve destas normas penais justifica-se porquanto, de acordo com o n.º5 do EDTFP, cessa o dever de obediência sempre que o cumprimento das ordens ou instruções implique a prática de um crime, i.e., como se referiu supra, existe um valor superior que atenta a sua natureza é protegido por uma norma de cariz penal.

26. Quanto à exclusão da responsabilidade disciplinar nestes casos, funciona em termos similares à seguinte: verificando-se que a não ausência do médico das tarefas que cumpria em obediência às ordens e instruções que lhe haviam sido transmitidas (sejam estas relativamente ao tempo de permanência na unidade de saúde ou ao número de consultas que tem de realizar, por exemplo) poderia provocar como resultado situações tipificadas como crimes, fica o destinatário dessas ordens ou instruções escusado do seu cumprimento.

27. Passaremos à sua análise mas detalhada.

28. O artigo 200.ºCP sob a epígrafe "*omissão de auxílio*" pune com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 120 dias quem, em caso de **grave necessidade**, nomeadamente por situação de perigo comum entre outras, que ponha em **perigo a vida e a integridade física** designadamente, de outra pessoa, **deixar de lhe prestar o auxílio necessário ao afastamento do perigo**, seja por ação pessoal, seja promovendo o socorro.

29. Este dever de prestar auxílio nestas circunstâncias é um dever genérico, aplicável a todo e qualquer cidadão **em situação de afastar aquele perigo**, e de acordo com o n.º3 do artigo 200.º CP só não é punível criminalmente quando se verificar grave risco para a vida ou a integridade física do omitente ou quando, por outro motivo relevante, o auxílio não lhe for exigível.

20. Este é um dever de solidariedade social, que se encontra reforçado no caso de profissionais de saúde, já que as respetivas regras e princípios deontológicos que regem estas profissões preveem esta premência da vida humana e da ética profissional que remete para a necessidade prestação de auxílio quando necessário<sup>5</sup>.

21. Prossequindo na análise das normas de cariz penal constatamos que o artigo 284.ºCP, sob a epígrafe, "*recusa de médico*" pune com pena de prisão até 5 anos o médico que recusar o auxílio

<sup>5</sup> Reportando-nos ao caso dos enfermeiros - por ser esta outra carreira que vem referida no pedido de parecer - será de destacar, a título exemplificativo, a alínea a) do artigo 83.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (aprovado pelo Decreto-Lei n.º104/98, de 21 de abril, com as alterações introduzidas pela Lei n.º111/2009, de 16 de setembro) onde se prevê que o enfermeiro tem o dever de "*co-responsabilizar -se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento*".

da sua profissão em caso de **perigo para a vida** ou de **perigo grave para a integridade física** de outra pessoa, **que não possa ser removido de outra maneira**. Trata-se de um crime em que o único agente passível de o cometer é o médico – atentos os seus conhecimentos especializados – e já não qualquer outro profissional, de saúde ou não.

**22. Pelo que, à luz deste normativo, e verificando-se, por exemplo, que é relatado ao médico qualquer evento que tenha ocorrido na via pública ou em local ao qual possa acorrer em condições de maior celeridade do que qualquer outro médico, que alegadamente possa provocar perigo para a vida ou perigo grave para a integridade de outra pessoa e se esse perigo não puder ser removido de outra maneira, entende-se que deverá prevalecer o dever de socorro sobre o dever de se manter no seu local de trabalho<sup>6</sup> – atento o valor eticamente conferido à vida humana, como já referido.**

23. A este respeito, no entanto, deverá fazer-se notar que a urgência (em sentido lato) que deverá estar presente corresponde a uma **urgência médica, clínica** e não uma urgência subjetiva, que varia de doente para doente; naquela integra-se, efetiva e designadamente o perigo de vida (tratando-se de uma urgência absoluta) ou o perigo de perda de um órgão ou de uma função importante e que implicam uma ação médica imediata imprescindível, enquanto nesta (subjetiva) poderá o médico já não estar perante uma urgência clínica.

24. Claro que, quer num quer no outro tipo criminal, a verificação e preenchimento dos seus pressupostos pelo agente (médico / profissional de saúde) poderá estar dependente da saída do profissional do seu local de trabalho<sup>7</sup>.

**25. Ora, entende-se que esta saída deve igualmente ter-se por enquadrada no contexto de procurar afastar o perigo para a vida, pelo que também aqui não deverá entender-se que exista eticamente violação do dever de o profissional de saúde se manter no seu local de trabalho. Logicamente, também, a constatação, por exemplo, de não gravidade clínica da situação, deverá justificar igualmente o regresso célere ao seu local de trabalho.**

26. Neste ponto de vista, não nos parece, então, e em contrapartida, que seja qualquer “evento de saúde” que implique a necessidade de permanência do médico; um Joelho com uma equimose, isolado de outros elementos clínicos que possam fazer perigar gravemente o estado de saúde, não nos parece enquadrar em nenhum dos conceitos que vimos de referir.

---

<sup>6</sup> O tipo penal preenche-se, em termos de dolo quando o médico representa o perigo para a vida ou o perigo de grave lesão da integridade física, a consciência sobre a indispensabilidade e adequação do auxílio médico que deveria prestar, segundo resulta do Acórdão do Tribunal da Relação de Coimbra de 22.5.2013 (proferido nos autos do Proc.º n.º573/10.0T3AVR.C1).

<sup>7</sup> Também poderá suceder não haver essa necessidade por, por exemplo, o doente em causa se encontrar na sala de espera da unidade de saúde.

Assim, e em conclusão:

- A. A questão sobre a qual foi solicitado parecer afigura revestir-se de uma vertente mais puramente jurídica e não apenas ética; no entanto, sendo notória a influência da Ética no Direito, a CES entendeu pronunciar-se, sem prejuízo de situações concretas ou de outro poder ser o parecer analisado naquela perspetiva estritamente jurídica;
- B. A CES entende não existir conflito ético, na situação descrita, entre a responsabilidade disciplinar deontológica e a responsabilidade disciplinar administrativa pelas razões supra expostas, designadamente quando sejam cumpridas as obrigações deontológicas, que radicam num primado dirigido à conservação da vida e da vida humana em integridade e dignidade;
- C. A CES mais entende não existir conflito ético porquanto em situações concretas em que se justifica a ação médica ou de outros profissionais de saúde, como é o caso dos enfermeiros, há normas de natureza penal que, mais uma vez influenciadas pelo primado da vida humana, afastam o dever de obediência;
- D. Parece-nos, em consequência, que o afastamento do local de trabalho para verificar e confirmar situações que, na proximidade, possam preencher aqueles conceitos utilizados nas normas de cariz deontológico e penal não é injustificado, nem a permanência nesses locais vizinhos em detrimento dos utentes da unidade de saúde quando os critérios daquelas normas referidas apontem nesse sentido e durante o tempo estritamente necessário;
- E. Em consequência, igualmente, se não se verificarem, no local, esse conceitos, o profissional de saúde deve regressar ao seu local de trabalho com celeridade, procurando garantir, sempre que possível, que outrem fique encarregado de desenvolver as diligências para que outros cuidados de saúde, se necessários, venham a ser desenvolvidos ou continuados.

Aprovado em reunião da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, I.P., em 1 de outubro de 2013, por unanimidade.

Deliberado autorizar pelo Conselho Diretivo da ARS Norte, I.P. em reunião de 14 de outubro de 2013.

