

## PREFÁCIO

Responsabilidade Disciplinar Médica é uma obra que ocupa um espaço importante na literatura do Direito da Saúde em Portugal.

A Ordem dos Médicos tem a nobre e importante atribuição de, dentro dos parâmetros da Lei, estabelecer e fiscalizar a deontologia médica. A deontologia visa proteger os direitos e interesses dos doentes e dos médicos, mas também garantir o prestígio da profissão dos discípulos de Hipócrates.

Nas últimas décadas, a deontologia converteu-se numa ordem normativa “juridificada”, ou seja, em que a sanção passou a ser uma dimensão relevante da sua vigência, através dos instrumentos processuais e materiais da responsabilidade disciplinar. Por isso, nos processos que correm nos órgãos próprios da Ordem dos Médicos, todos beneficiam de um rigoroso e competente acompanhamento por profissionais do Direito, *maxime* de Advogados.

A responsabilidade disciplinar convive a par com a responsabilidade civil e a responsabilidade penal. Cada um destes ramos deve saber ocupar a sua posição e articular-se de forma harmoniosa, com vista a promover um fim comum “criar confiança” (Guilherme de Oliveira) na relação médico-paciente, nas instituições de saúde e nas intervenções sanitárias, com respeito pelos direitos humanos.

Se a responsabilidade civil tem, sobretudo, uma função indemnizatória ou ressarcitória e visa, provados os pressupostos legais, oferecer uma indemnização justa ao lesado, que foi afetado por um ato ilícito e culposo causado pela atividade sanitária; se a responsabilidade penal visa a proteção dos bens jurídicos fundamentais, com vista à “reafirmação contrafática da validade da norma violada” (Figueiredo Dias e Günther Jakobs), ou seja, para que a sociedade, os cidadãos e os profissionais de saúde reafirmem a vigência dos valores da vida, da vida intrauterina, da integridade física, da liberdade, da privacidade e outros bens jurídicos intimamente relacionados com a atividade médica, já a responsa-

bilidade disciplinar visa ocupar um espaço complexo de maior detalhe e aperfeiçoamento dos deveres e com uma dimensão corporativa e de afirmação do prestígio e dignidade da profissão médica.

Por isso, a deontologia médica, nos seus pressupostos materiais e na sua regulação processual, tem tido a marca forte da Ordem dos Médicos e oferece normas detalhadas quer da relação com os pacientes, quer entre médicos, quer com a sociedade em geral e funda-se em tipos abertos ou mesmo em conceitos indeterminados. Ora, daqui mesmo resulta a necessidade de a doutrina jurídica estudar sistematicamente a teoria e a prática da responsabilidade disciplinar, quer nos órgãos da Ordem dos Médicos, quer nas subsequentes decisões dos tribunais administrativos, para ir aprimorando os pressupostos do ilícito disciplinar.

Sandra Passinhas é a colega que, no Centro de Direito Biomédico, tem vindo há já mais de 15 anos a dedicar a sua investigação e a dar formação avançada sobre estas matérias, beneficiando do contato próximo com o Dr. Paulo Sancho, ilustre consultor jurídico da Ordem dos Médicos e Advogado, pelo que a obra que a Almedina agora disponibiliza contém o estado da arte, os fundamentos teóricos e a experiência prática atual, desta área do Direito.

Sandra Passinhas, Doutora em Direito pelo prestigiado Instituto Universitário Europeu de Florença e depois ainda Doutora em Direito Civil pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, é uma das mais prestigiadas e plurifacetadas docentes da nossa Faculdade e em muito tem contribuído para o desenvolvimento do Direito da Saúde, em especial na vertente que agora se apresenta ao público.

É, pois, para mim uma honra subscrever um Prefácio a esta obra que vem engrandecer o património doutrinário e o lastro de pensamento jurídico nascido em torno do Centro de Direito Biomédico, nascido pioneiramente em 1988, pela mão do nosso Professor, Doutor Guilherme de Oliveira.

Coimbra, 31 de dezembro de 2021

ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA

*Presidente da Direção do Centro de Direito Biomédico*

*Professor da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra*

*Vice-Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida*

# I. Deontologia Profissional: noções introdutórias

## 1. Deontologia profissional

Segundo o artigo 1º do Código Deontológico, a deontologia médica é o conjunto de regras de natureza ética que, com caráter de permanência e a necessária adequação histórica, o médico deve observar no exercício da sua atividade profissional.

As regras deontológicas não são imutáveis, mas antes plasmam os valores da ética médica em cada momento histórico. Em grande medida, elas dependem dos conhecimentos da ciência médica num determinado período temporal, assim como das opções fundamentais de uma dada sociedade. O Código Deontológico dos médicos parte da legislação em vigor, das normas aprovadas de acordo com as regras da legitimidade democrática, mas acrescenta-lhe uma dimensão ética, que deve permear o desenvolvimento de toda a sua atividade. A título de exemplo, veja-se o Título II, do Código Deontológico, dedicado à vida, onde são tratados temas que tocam na concatenação do respeito pela dignidade humana e da intervenção da ciência. O capítulo I é dedicado ao início da vida. Determina-se aí o dever de o médico “*guardar respeito pela vida humana desde o início*”, no artigo 63º. Este dever não impede a adoção de terapêutica que ponha em perigo ou anule a vida do feto mas que constitua o único meio capaz de preservar a vida da grávida, e também não impede que o médico proponha, segundo a sua consciência e de acordo com os seus valores profissionais, a interrupção da gravidez nos termos da lei (em especial, o artigo 142º do Código Penal).

O capítulo II, por sua vez, é dedicado ao *fim da vida*, e estabelece desde logo o dever de respeito pela dignidade do doente no momento

do fim de vida. Reitera-se que ao médico está vedada a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia (vide artigos 134º e 135º do Código Penal). O artigo 64º do Código Deontológico determina que nas situações de doenças avançadas e progressivas cujos tratamentos não permitam reverter a sua evolução natural, o médico deve dirigir a sua ação para o bem-estar dos doentes, evitando a futilidade terapêutica, designadamente a utilização de meios de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício. O padrão de tratamento será o dos cuidados paliativos, com o objetivo de minimizar o sofrimento e melhorar, tanto quanto possível, a qualidade de vida dos doentes. Já o artigo 65º fornece indicações ao médico relativamente à morte. O uso de meios de suporte artificial de funções vitais deve ser interrompido após o diagnóstico de morte do tronco cerebral (relembre-se que nos termos do artigo 2º da Lei 141/99, de 28 de agosto, a morte corresponde à cessação irreversível das funções do tronco cerebral), com exceção das situações em que se proceda à colheita de órgãos para transplante. Este diagnóstico e correspondente declaração devem ser verificados, processados e assumidos de acordo com os critérios e as regras de semiologia definidos pela Ordem dos Médicos na Declaração de 11 de outubro de 1994 (publicada na Série I-B do Diário da República). O uso de meios extraordinários de manutenção da vida (dos quais se exclui a hidratação e a alimentação ou a administração por meios simples de pequenos débitos de oxigénio suplementar) não deve ser iniciado ou continuado contra a vontade do doente e deve ser interrompido nos casos irrecuperáveis de prognóstico seguramente fatal e próximo, quando da continuação de tais terapêuticas não resulte benefício para o doente.

Prosseguindo a análise do Título II, refira-se que o Capítulo III se dedica *ao transplante de órgãos e tecidos humanos*. É a Lei 12/93, de 22 de abril, que regula a colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana, os actos que tenham por objecto a dádiva ou colheita de órgãos, tecidos e células de origem humana, para fins terapêuticos ou de transplante, bem como as próprias intervenções de transplante. Em especial, regula esta questão o Capítulo II do diploma, com preceitos dedicados à admissibilidade (incluindo a Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante), informação, consentimento e o direito a assistência e indemnização. O artigo 68º, sobre colheita de órgãos ou

tecidos humanos em pessoa viva, estabelece que a remoção de órgão ou tecidos a transplantar colhidos do corpo de pessoa viva não é admitida quando, com elevado grau de probabilidade, envolva a diminuição grave e permanente da integridade física ou da saúde do dador. Já a remoção de órgãos ou tecidos insubstituíveis e importantes na economia do organismo, mas não indispensáveis à sua sobrevivência, apenas será permitida após esclarecimentos detalhados ao dador e ao recetor dos riscos envolvidos e consequências a curto, médio e longo prazo. Salvo em situação de urgência, o esclarecimento ao dador e ao recetor, desde que sejam cognitivamente competentes e juridicamente capazes, deve ser facultado ao longo de todo o período das diversas consultas preparatórias, valorizando o risco do procedimento e as suas consequências imediatas e futuras; o Código considera ainda aconselhável que o dador seja também esclarecido por médicos que não intervenham no tratamento do recetor. Não é surpreendente a interdição ao médico de participar na colheita ou transplantação de órgãos ou tecidos humanos objeto de comercialização, de acordo aliás com a proibição de comercialização estabelecida no artigo 5º da Lei nº 12/93. Tal não prejudica o direito a uma remuneração pelo serviço prestado, não podendo o cálculo desta remuneração atribuir qualquer valor aos órgãos, tecidos ou células colhidos ou transplantados.

Em especial, relativamente à colheita de órgãos ou tecidos em cadáveres humanos, esta encontra-se especialmente regulada nos artigos 10º e ss da Lei nº 12/93 e só deve verificar-se após o preenchimento de todas as regras científicas e normas legais estabelecidas (à já referida Declaração da OM de 11 de outubro de 1994, acrescente-se o Despacho nº 14341/2013, de 6 de novembro, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, sobre os requisitos necessários para a colheita de órgãos em dadores falecidos em paragem cardiocirculatória). Todavia, o Código considera que a verificação da morte não deve ser feita por médicos que integrem a equipa de transplante. Relembre-se que, em exceção ao artigo 67º, nº 1, nos casos em que se preveja a colheita de órgãos para transplante é permitida a manutenção de meios artificiais de suporte de vida mesmo após o diagnóstico de morte do tronco cerebral.

Ainda no Título II, cabe o tratamento das técnicas de procriação medicamente assistida, no capítulo IV. É sabido que a sua admissibilidade é regulada pela Lei nº 32/2006, de 26 de julho. Em termos éticos, o artigo 71º determina que a execução das técnicas de

procriação medicamente assistida deve ter sempre como referência ética que a fecundação de ovócitos não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários, caso em que deve estar disponível a possibilidade de criopreservação para ulterior transferência. A execução de técnicas de procriação medicamente assistida deve, ainda, procurar reduzir a incidência de gravidez múltipla.

O código deontológico dedica o capítulo V do livro II à *esterilização*. Nos termos do artigo 74º, os métodos de esterilização irreversível, laqueação tubária e vasectomia só podem ser realizados a pedido do próprio e com o seu expresso e explícito consentimento pleno, após esclarecimentos sobre os riscos e sobre a irreversibilidade destes métodos. Exceto em situações urgentes com risco de vida, o Código considera desejável a existência de um período de reflexão entre a prestação de esclarecimentos e a tomada final da decisão. É expressamente vedada aos médicos a prática de métodos de esterilização irreversíveis por solicitação de terceiros sem consentimento plenamente livre e informado do doente. Os métodos de esterilização irreversíveis só devem ser executados em menores ou incapazes após pedido devidamente fundamentado no sentido de evitar graves riscos para a sua vida ou saúde dos seus filhos hipotéticos e, sempre, mediante prévio parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia da Ordem dos Médicos.

O capítulo VI do Título II incide sobre as intervenções no *genoma humano*. É a Lei nº 12/2005, de 26 de janeiro, regulamentada pelo DL nº 131/2014, de 29 de agosto, que 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. No quadro da regulamentação exaustiva destes diplomas, cabe realçar que o artigo 75º do Código Deontológico determina que a realização de testes genotípicos de diagnóstico pré-sintomático de doenças genéticas e de testes de suscetibilidade deve apenas ter lugar para fins médicos ou de investigação médica, visando o bem do indivíduo em que forem realizados, e o artigo 76º estabelece que qualquer intervenção sobre o genoma humano visando a sua modificação apenas pode ter lugar para fins médicos e, designadamente, terapêutica génica, estando excluída qualquer alteração em células germinais de que resulte modificação genética da descendência.

O Título II trata da disforia de género no capítulo VII. A Lei nº 38/2018, de 7 de agosto, regula o direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa, que não requer a cirurgia genital. Nenhuma pessoa pode ser obrigada a fazer prova de que foi submetida a procedimentos médicos, incluindo cirurgia de reatribuição do sexo, esterilização ou terapia hormonal, assim como a tratamentos psicológicos e ou psiquiátricos, como requisito que sirva de base à decisão da mudança da menção do sexo no registo civil. O Código salvaguarda, no artigo 77º, que é proibida a cirurgia para transição de género em pessoas morfológicamente normais, salvo nos casos clínicos adequadamente diagnosticados como disforia do género. Estabelece ainda no artigo 79º que o diagnóstico de disforia de género e seu acompanhamento devem seguir as *leges artis* e ter carácter multidisciplinar, sendo realizados por um médico com a competência em Sexologia Clínica, um especialista em Psiquiatra e um especialista em Endocrinologia, com reconhecida experiência na matéria. Devem ser obtidos dois diagnósticos de disforia de género elaborados por equipas distintas, de modo a obter-se uma avaliação independente. O médico deve: a) acompanhar o doente em todas as fases do processo de reatribuição sexual, desde o estabelecimento do diagnóstico à fase pós-cirúrgica (com a indicação de que período antes da intervenção cirúrgica não deve ser inferior a dois anos); b) assegurar que o doente tem apoio psicológico/psicoterapêutico ao longo de todo o processo de reatribuição sexual; e c) assegurar que o doente está isento de distúrbio mental permanente.

O Código Deontológico reforça ainda que o esclarecimento médico deve especificar que a cirurgia não garante a satisfação sexual, antes visa contribuir para o equilíbrio psicológico do doente, e o consentimento deste deve ser prestado por escrito, na presença de pelo menos uma testemunha.

O artigo 78º, que determina que o doente sujeito a terapêutica cirúrgica deve ser maior de idade, deve considerar-se revogado pela Lei nº 38/2008. A única restrição apontada por este diploma é a do artigo 5º: *“Salvo em situações de comprovado risco para a sua saúde, os tratamentos e as intervenções cirúrgicas, farmacológicas ou de outra natureza que impliquem modificações ao nível do corpo e das características sexuais da pessoa menor intersexo não devem ser realizados até ao momento em que se manifeste a sua identidade de género”*.

O capítulo VIII estabelece uma série de deveres positivos nas relações entre o médico e o indivíduo privado de liberdade. Assim, nos termos do

artigo 81º, o médico 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. Mas cabe-lhe ainda o dever deontológico de impedir e denunciar à Ordem qualquer ato lesivo da saúde física ou psíquica dos presos ou detidos, nomeadamente daqueles por cuja saúde é responsável. Já segundo o artigo 82º, o médico não deve em circunstância alguma praticar, colaborar, consentir ou estar presente em atos de violência, tortura, ou quaisquer outras atuações cruéis, desumanas ou degradantes, seja qual for o crime cometido ou imputado ao preso ou detido e nomeadamente em estado de sítio, de guerra ou de conflito civil, assim como deve recusar ceder instalações, instrumentos ou fármacos, bem como recusar fornecer os seus conhecimentos científicos para permitir a prática da tortura. Em termos positivos, o médico deve denunciar junto da Ordem aqueles atos. Por último, o artigo 83º proíbe ao médico impor coercivamente aos presos ou detidos, capazes de exercer a sua autonomia, exames médicos, tratamentos ou alimentação. Em caso de perigo para a vida ou grave perigo para a saúde de presos ou detidos, a recusa pelo doente deve ser confirmada por médico estranho à instituição.

O último capítulo do Título II trata da *experimentação humana*. A Lei 21/2014, de 16 de abril, regula a investigação clínica, considerada como todo o estudo sistemático destinado a descobrir ou a verificar a distribuição ou o efeito de fatores de saúde, de estados ou resultados em saúde, de processos de saúde ou de doença, do desempenho e, ou, segurança de intervenções ou da prestação de cuidados de saúde. Os estudos clínicos são realizados no estrito respeito pelo princípio da dignidade da pessoa humana e dos seus direitos fundamentais; os direitos dos participantes nos estudos clínicos prevalecem sempre sobre os interesses da ciência e da sociedade. Na realização dos estudos clínicos, devem ser tomadas todas as precauções no sentido do respeito da privacidade do indivíduo e da minimização de eventuais danos para os seus direitos de personalidade e para a sua integridade física e mental. Nos termos do artigo 4º deste diploma, 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. Acresce que o artigo 84º, alínea e), do Código Deontológico determina que “O médico que participe em qualquer experi-

*mentação tem o dever de comunicar, nos termos da lei, todos os conflitos de interesse que possam ser invocados, nomeadamente relacionamento atual ou passado com empresas produtoras de produtos farmacêuticos ou dispositivos médicos*". Já o artigo 91º estabelece que o médico responsável pela experimentação ou ensaio deve ter total independência relativamente a qualquer entidade com interesse comercial na promoção de tratamentos ou técnicas, deve assegurar-se do rigor científico do ensaio e obter a garantia da publicação do universo dos resultados. No que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido na experimentação humana, o artigo 89º, nº 3, determina que o consentimento deve ser prestado nos termos gerais, observando-se especificamente o seguinte: a) deve ser feito por escrito, datado e assinado, ficando o doente com uma cópia do consentimento dado; b) excecionalmente, se o declarante não estiver em condições de dar o seu consentimento por escrito, pode ser dado oralmente, na presença de duas testemunhas da sua confiança e não relacionadas com a investigação, ficando o ato de autorização devidamente documentado com a identificação das testemunhas. O consentimento deve, ainda, salvaguardar a interrupção da experimentação a qualquer momento, sem qualquer contrapartida por parte do sujeito daquela e sem perda do direito do doente a ser tratado da melhor forma.

A análise que fizemos do Título II permite-nos compreender o diálogo do Código Deontológico com outras normas no ordenamento jurídico português, salientando, desse modo, aquelas que são as suas características gerais: a sua diversidade fundamentante e a sua especificidade valorativa.

## **2. Deveres deontológicos vs. outros deveres profissionais**

Os deveres deontológicos são deveres dos médicos no exercício da sua profissão, mas não se confundem com os deveres funcionais decorrentes da relação laboral que funda esse exercício. Se o médico tem uma relação laboral jurídico-privada, está sujeito aos deveres decorrentes do Código do Trabalho (aprovado pela Lei nº 7/2009, de 12 de fevereiro, com atualizações posteriores) ou estipulados no contrato de prestação de serviços; se estiver numa instituição pública, os deveres constam da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (Lei nº 35/2014, de 20 de junho, com atualizações posteriores).

Embora possa haver um núcleo de coincidência entre os deveres decorrentes de ambas as fontes, a coincidência não é absoluta. Por

exemplo, a violação pelo médico do dever profissional de pontualidade ou de assiduidade pode não ter qualquer ressonância deontológica. Mas a violação do dever funcional de zelo pode consubstanciar, igualmente, uma violação dos deveres deontológicos do médico. Em contrapartida, se o médico não comunicar à Ordem atitudes de incompetência no exercício da medicina, de que tenha conhecimento, estamos perante uma violação deontológica (por desrespeito ao artigo 116º do Código Deontológico) que não constituirá, à partida, qualquer violação dos seus deveres laborais.

### **3. Entidades competentes**

A Ordem dos Médicos tem competência regulamentar, cabendo-lhe nos termos do artigo 144º do seu Estatuto (aprovado pelo Decreto-Lei nº 282/77, de 5 de julho, com as alterações introduzidas pela Lei nº 177/2015, de 31 de agosto) a elaboração de um Código Deontológico, a aprovar pela assembleia de representantes, de acordo com o artigo 49º, alínea b), também do Estatuto da Ordem dos Médicos (EOM). Esta competência tem de ser compreendida no quadro global das funções da Ordem dos Médicos, em particular, a sua atribuição de contribuir para a defesa da saúde dos cidadãos e dos direitos dos doentes (alínea b) e de representar e defender os interesses gerais da profissão (alínea c).

Nos termos do artigo 3º do Código Deontológico, a Ordem dos Médicos é a única entidade com competência para apreciar o cumprimento das regras deontológicas. Consequentemente, quando as violações à Deontologia Médica se verificarem em relação a médicos que exerçam a sua profissão vinculados a entidades públicas, cooperativas, sociais ou privadas, devem estas entidades limitar-se a comunicar à Ordem as presumíveis infrações.

São órgãos com competência disciplinar os conselhos disciplinares regionais e o conselho superior. O *conselho disciplinar regional* é eleito pela respetiva assembleia eleitoral regional e é constituído por um membro por cada 1.500 médicos inscritos na respetiva região, sendo que, no caso de o número de membros ser par, é eleito mais um membro, num número mínimo de sete membros. No início de cada mandato, o conselho disciplinar regional nomeia o presidente e um vice-presidente, para substituir o primeiro no caso de ausência ou impedimento. O conselho disciplinar regional pode recorrer a serviços de assessoria jurídica

próprios. Determina o artigo 38º do Regulamento disciplinar que os conselhos disciplinares são assistidos nas suas funções por um ou mais assessores jurídicos, a quem cabe prestar todo o apoio necessário ao presidente e aos relatores, quer no que respeita à análise e instrução dos processos, quer no tocante à redação dos despachos, pareceres e decisões finais. Nos termos do artigo 67º do EOM, são atribuições do conselho disciplinar regional julgar as infrações à deontologia e ao exercício da profissão médica. Compete-lhes exercer a competência disciplinar relativamente a todos aqueles que exerçam legalmente medicina e que tenham praticado factos que constituam infrações deontológicas na área da respetiva região. As infrações cometidas por qualquer membro de um dos conselhos disciplinares regionais são instruídas e julgadas por um dos outros conselhos disciplinares regionais, mediante sorteio.

O *conselho superior* é o órgão jurisdicional da Ordem, com funções de supervisão e disciplina. O conselho superior, eleito por listas em círculos eleitorais regionais, é composto por 15 membros, aos quais cabe designar o presidente, o vice-presidente e o secretário, e deve possuir uma assessoria jurídica independente dos demais órgãos. Compete ao conselho superior, em matéria disciplinar, decidir os recursos interpostos das decisões proferidas pelos conselhos disciplinares regionais; decidir os processos disciplinares em que sejam arguidos o bastonário e os membros do conselho superior ou do conselho nacional; uniformizar a atuação dos conselhos disciplinares regionais. Os recursos a interpor para o conselho superior são restritos às questões de legalidade das decisões recorridas, são obrigatórios e têm efeito suspensivo, devendo ser decididos no prazo de 45 dias, sob pena de se considerarem indeferidos.

Desde a reforma de 2015, e nos termos do artigo 17º, o exercício das funções executivas, disciplinares e de fiscalização em órgãos da Ordem é incompatível entre si.

Em matéria disciplinar, cabe ainda referir os *órgãos consultivos*, distinguindo os colégios da especialidade, e o conselho nacional de ética e deontologia médica, de competência específica.

Os *colégios da especialidade e de competência* são órgãos técnicos e consultivos da Ordem e integram os médicos qualificados nas diferentes especialidades. Através dos colégios, a Ordem participa na atividade científico-profissional das sociedades médicas portuguesas existentes ou que venham a criar-se e formula normas técnicas, de orientação clí-

nica e outras relativas ao exercício profissional. Existem tantos colégios, quantas as especialidades e competências, e cada colégio é dirigido por um mínimo de três e um máximo de 15 membros que, de entre si, escolhem o presidente. Compete às direções dos colégios de especialidades (alínea f) emitir pareceres em questões apresentadas pelos conselhos disciplinares regionais e pelo conselho superior, emitir pareceres técnicos em questões apresentadas pelos médicos ao conselho nacional e aos conselhos regionais, bem como pelas instâncias judiciais ou administrativas (alínea g)).

Já ao *conselho nacional de ética e deontologia médica* compete zelar pela observância das normas deontológicas, no que se refere aos deveres para com os doentes, a comunidade e os médicos entre si, emitindo parecer sempre que lhe for solicitado.

## ÍNDICE

I.	DEONTOLOGIA PROFISSIONAL: NOÇÕES INTRODUTÓRIAS	5
1.	Deontologia profissional	5
2.	Deveres deontológicos vs. outros deveres profissionais	11
3.	Entidades competentes	12
II.	DEVERES DEONTOLÓGICOS	15
1.	Positivação	15
2.	Princípios gerais	18
3.	Código Deontológico – O médico ao serviço do doente	19
a)	O médico ao serviço do doente	19
b)	Consentimento do doente	24
c)	Segredo médico	25
d)	Atestado médico	28
e)	Publicidade	29
f)	Consultório médico	30
4.	Código Deontológico – O médico ao serviço da comunidade	30
5.	Código Deontológico – Relação entre médicos	33
6.	Código Deontológico – Relações dos médicos com terceiros	35
a)	Relações com estabelecimentos de cuidados médicos	35
b)	Relações com outros profissionais de saúde	35
c)	Relações com a indústria farmacêutica e outras	36
III.	RESPONSABILIDADE DISCIPLINAR	39
1.	Infração disciplinar e responsabilidade	39
2.	Quem está sujeito a responsabilidade disciplinar médica	40

3. A ação disciplinar	41
4. Processo disciplinar	42
a) Participação	42
b) Instauração do processo disciplinar	43
i) Suspensão preventiva	45
ii) Regras processuais	45
c) Instrução	46
d) Defesa	49
e) Decisão	50
f) Outros Processos	51
5. Sanção disciplinar	51
a) Sanções disciplinares – tipologia	51
b) A determinação da sanção	53
c) O cumprimento da sanção	54
d) Reação contra a aplicação de uma sanção disciplinar	55
i) O recurso para o Conselho Superior	55
ii) O recurso para os tribunais	56
6. Conclusão	56
LEGISLAÇÃO RELEVANTE	57
ESTATUTO DA ORDEM DOS MÉDICOS	59
REGRAS DISCIPLINARES	121
REGULAMENTO DE DEONTOLOGIA MÉDICA	135
CÓDIGO DEONTOLÓGICO	137
REGULAMENTO DISCIPLINAR DA ORDEM DOS MÉDICOS	183
ÍNDICE	209