



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

RESPONSABILIDADE PENAL DAS EQUIPAS MÉDICAS

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre na área de Direito Forense,
apresentada à Universidade Católica Portuguesa,

por

CRISTINA ISABEL MOREIRA MOGO MARTINS

Sob Orientação do

Professor Doutor **GERMANO MARQUES DA SILVA**

Faculdade de Direito – Escola de Lisboa

Março 2017

Lisboa

RESPONSABILIDADE PENAL DAS EQUIPAS MÉDICAS

Dedicatória:

À minha família:

Ao Alberto e ao Francisco,

*por fazerem parte do meu sonho, pela motivação
que representam e por valorizarem tudo quanto sou
no mínimo que faço.*

À Genoveva,

*por ser a melhor amiga, a minha mãe e avó de
coração, pelo carinho, dedicação, amor e
paciência. Por transformar os meus objetivos
pessoais e profissionais em prioridades da sua
própria vida, por ser uma realizadora de sonhos.*

Agradecimentos:

*“Cada um que passa na nossa vida passa sozinho, mas não vai só, nem nos deixa só.
Leva um pouco de nós mesmos, deixa um pouco de si mesmo”.*

Saint-Exupéry

A realização desta tese de mestrado coincidiu com uma fase delicada e de grande transformação na minha vida e só se tornou possível com apoios e incentivos aos quais estarei grata eternamente.

Ao **Professor Doutor Germano Marques da Silva**, orientador desta tese, pela sua imediata disponibilidade para a orientação, pelos conselhos, pela imensa compreensão e confiança transmitida, pelo privilégio de me ter permitido, além de sua aluna, ter sido sua orientanda.

Agradeço a todos os professores que lecionaram a parte curricular deste mestrado, por todo o saber transmitido e pelo enriquecimento académico que me proporcionaram.

E não esquecendo onde tudo começou quero também agradecer a todos os meus professores de licenciatura, em especial, à Professora Doutora Stela Barbas, cujos ensinamentos me conduziram à realização deste trabalho.

A todos, **OBRIGADO!**

Índice

1. Introdução	Pág. 6
---------------	--------

Capítulo I

A prática da Medicina e o Direito

2. O exercício da medicina para o ordenamento jurídico português: evolução	Pág. 8
--	--------

3. As Leges Artis	Pág.10
-------------------	--------

Capítulo II

Responsabilidade por negligência no exercício da Medicina

4. O erro em Medicina	Pág.12
-----------------------	--------

4.1. O erro da perspetiva do indivíduo	Pág.13
--	--------

4.2. O erro da perspetiva do sistema	Pág.15
--------------------------------------	--------

5. O dever de cuidado: violação por parte do Médico	Pág.16
---	--------

Capítulo III

O exercício da Medicina em equipa

6. Caraterização do exercício da Medicina em equipa	Pág.19
---	--------

7. Princípios basilares do exercício da Medicina em equipa	Pág.20
--	--------

7.1. Princípio da divisão do trabalho	Pág.20
---------------------------------------	--------

7.2. Princípio da confiança	Pág.21
-----------------------------	--------

7.2.1. Relevância e fundamento do Princípio da confiança	Pág.22
--	--------

7.2.2. Princípio da confiança e princípio do risco permitido	Pág.24
--	--------

7.2.3. Princípio da confiança e princípio da auto-responsabilidade	Pág.25
8. O problema da comparticipação nos factos negligentes	Pág.28
8.1. Co-autoria negligente	Pág.28

Capítulo IV

Exercício da Medicina em equipa: determinação da responsabilidade

9. Relações não hierárquicas	Pág.32
9.1. Relações entre médicos da mesma especialidade	Pág.32
9.2. Relações entre médicos de especialidades distintas	Pág.34
9.2.1. Tipos de intervenção médica: intervenção sucessiva e intervenção simultânea	Pág.35
9.2.1.1. O caso do médico de família e do médico de especialidade: Intervenção sucessiva	Pág.36
9.2.1.2. O caso do médico-cirurgião e do anestesiológista: Intervenção simultânea	Pág.38
10. Conclusão	Pág.40
11. Bibliografia	Pág.42
12. Webgrafia	Pág.45

1. Introdução

A presente dissertação encontra-se inserida no âmbito do Mestrado em Forense da Faculdade de Direito – Escola de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa.

Pretendemos com esta exposição contribuir para a clarificação do problema da determinação da Responsabilidade Penal das Equipas Médicas.

Embora consideremos ser um tema abordado no quotidiano da nossa sociedade, através da imprensa, nem sempre foi assim e alturas houve, no passado, em que eram poucos ou nenhuns os casos de negligência médica apreciados pelos tribunais portugueses.

A Medicina sofreu uma evolução notável. Tanto a nível do surgimento de novas tecnologias, quer na relação entre médico e paciente, quer ainda na atuação dos próprios profissionais de saúde, estes passaram a exercer em estruturas hospitalares com uma organização mais complexa e no âmbito de equipas multidisciplinares.

Para apurar a responsabilidade de um determinado agente na prática de um facto o Direito estabelece entre eles uma relação e verifica a existência da violação de um dever de cuidado.

Havendo, por parte dos profissionais de saúde, uma atuação em violação do seu dever de cuidado, criando ou potenciando um risco não permitido que venha a concretizar-se numa ofensa ao corpo ou à saúde ou mesmo na morte do paciente, o Direito não pode deixar de intervir¹.

Um profissional de saúde pode ser responsabilizado por três vias: através da responsabilidade disciplinar, da responsabilidade civil e da responsabilidade penal.

O Direito Penal dispõe de normas específicas para a atuação médica no artigo 150º do Código Penal.

¹ FIDALGO, Sónia, in: “*Responsabilidade penal por negligência no exercício da medicina em equipa*”, Coimbra: Coimbra Editora, 2008, p.11.

A presente tese pretende descortinar qual o grau de responsabilidade no âmbito do Direito Penal de cada profissional de saúde quando estes atuam em equipa e dessa atuação advém um risco para a saúde ou para a vida do paciente.

De forma a delimitar a responsabilidade de quem exerce a sua atividade em equipa a doutrina recorre aos princípios da divisão do trabalho e o princípio da confiança.

Como refere GOMES RODRIGUES “Das questões que mais atormentam os juristas, na esfera da atividade coletiva, uma consiste em saber que funções desempenha cada um dos intervenientes, outra traduz-se na determinação de qual a contribuição de cada elemento para o desenvolvimento e cumprimento do trabalho de equipa e ainda uma terceira que se refere ao apuramento da forma de tratamento jurídico das relações pessoais organizadas em regime de trabalho de equipa.

A dogmática jurídico-criminal concebe o princípio de divisão de trabalho articulado com o princípio de confiança, como critério delimitador dos deveres de diligência na atividade desenvolvida pelas equipas médicas, designadamente médico-cirúrgicas, integrando-se tal princípio no chamado “cuidado externo”².

Será este o ponto de partida do presente estudo, propondo-nos analisar se nestes casos a responsabilidade existente deve ser encarada como individual ou coletiva, quem é efetivamente o responsável havendo falta de cuidado e daí resultar um dano e a que título será imputada tal responsabilidade, para tal debruçar-nos-emos nas resoluções aludidas pela doutrina e jurisprudência.

² RODRIGUES, Álvaro da Cunha Gomes, in: “*Responsabilidade médica em direito penal (estudo dos pressupostos sistemáticos)*”, Coimbra: Almedina, 2007, p.304.

Capítulo I

A prática da Medicina e o Direito

2. O exercício da medicina para o ordenamento jurídico português: evolução

O exercício da medicina nem sempre se moldou nos termos que conhecemos atualmente. Não será necessário recuarmos muitos anos para nos depararmos com uma medicina envolta em mistério e magia onde o desempenho do médico não era visto como uma tarefa vulgar, mas antes como algo imaculado.

“O médico era uma espécie de sacerdote, que fazia um juramento religioso para entrar num grupo fechado de homens sagrados, as doenças tinham origem divina e o médico era alguém que tinha o poder de atuar sobre a vida e a morte”³.

A medicina era, pois, tida como uma arte sagrada e assim a responsabilidade que eventualmente decorreria dos atos médicos cingia-se a uma responsabilidade religiosa e moral, não jurídica. O médico retratava o homem que era por muitos respeitado, prezado, estimado e por tantas vezes e em diversas situações receado.

Mas ao longo do tempo a Medicina sofreu grandes alterações e avanços técnicos e científicos que conduziram a mais e melhores conhecimentos médicos e que permitiram que se tornar-se numa verdadeira ciência.

O conceito de médico também não estagnou, foi evoluindo e hoje em dia as pessoas já não procuram um só médico capaz de responder a todas as suas aflições sabendo da existência de médicos especializados em determinadas áreas e que lhes transmitem maior segurança no diagnóstico e tratamento do problema de que padecem no momento.

A própria atividade médica organizou-se dessa forma, transformando-se em algo mais complexo, observando-se uma espécie de ramificação com a mesma base, mas que

³ OLIVEIRA, Guilherme de, *in*: “O fim da “arte silenciosa” (o dever de informação dos médicos)”, *Temas de direito da medicina*, 2ª ed., Coimbra: Coimbra Editora, 2005, p.105.

se sub-divide em inúmeras especialidades onde cada “médico especialista” detém conhecimentos mais concisos e precisos sobre determinada área de atuação médica.

Nas palavras de SÓNIA FIDALGO “A tendência é no sentido de uma divisão de competências. Os médicos reduzem cada vez mais o seu campo de atuação, aprofundando os seus conhecimentos num âmbito científico específico.

Verifica-se uma especialização direta (em que os médicos procuram dominar certas áreas específicas do conhecimento científico) e indireta (que decorre do aumento da delegação de tarefas de rotina)”⁴.

A tarefas inerentes à prática da medicina deixaram de se desencadear de forma singular passando a ser fruto da interação dos diversos profissionais de saúde que colaboram e estabelecem uma equipa pluridisciplinar e pluriprofissional.

O ato médico deixou de ser uno e encontra-se agora integrado num conjunto de intervenções complementares realizadas por profissionais de saúde capazes de verificarem e avaliarem o estado e as necessidades do paciente, desenvolvendo-se a atividade médica no âmbito de uma equipa, a equipa de saúde.

Se antes a relação médico-paciente se restringia a dois indivíduos, o médico e o paciente, hoje em dia tal não se pode afirmar. Essa relação converteu-se agora num trabalho coletivo de prestação de cuidados de saúde.

Ao existirem técnicos de diferentes especialidades a atuar sobre o mesmo doente aliado à invisibilidade dos procedimentos e à utilização de aparelhos técnicos inovadores leva à exigência de uma elevada capacidade de coordenação e comunicação entre todos os intervenientes o que por vezes ultrapassa a capacidade de resposta das organizações em causa e aumenta a probabilidade de erro.

De uma perspetiva jurídica este encadeamento de evoluções trás consigo desafios para o legislador a quem compete elaborar e clarificar o mais possível as normas

⁴ FIDALGO, Sónia, in: “*Responsabilidade penal por negligência no exercício da medicina em equipa*”, Coimbra: Coimbra Editora, 2008, p.15.

respeitantes à regulamentação da matéria de responsabilidade no exercício da medicina em equipa.

3. As *Leges Artis*

Ao exercerem a sua profissão os médicos e os restantes profissionais de saúde deparam-se com situações em que estão em causa alguns dos bens jurídicos fundamentais no nosso ordenamento legal, tais como, a vida, a integridade física e a liberdade do paciente.

O médico que no decorrer da sua atividade profissional ofenda o corpo ou a saúde do paciente, provocando-lhe uma lesão ou causando-lhe a morte, através de uma atuação negligente, arrisca-se a ser punido por ofensa à integridade física, nos termos do artigo 148º do Código Penal, ou por homicídio por negligência, nos termos do artigo 137º do Código Penal.

No artigo 150º do Código Penal encontramos um regime específico inteiramente dedicado à questão das intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos.

No artigo *supra citado* mencionam-se pressupostos que quando verificados no momento da intervenção médica a excluem de ser considerada como ofensa à integridade física. São quatro os pressupostos exigidos para que tal aconteça, dois de índole objetiva e dois subjetiva.

No plano subjetivo encontramos a qualificação do agente (tem de ser um médico ou pessoa legalmente autorizada a realizar a intervenção ou o tratamento) e a intenção terapêutica (a intervenção ou o tratamento têm de ocorrer com “intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento (...)”⁵) enquanto que no plano objetivo temos a indicação médica⁶ e a realização de acordo com as *leges artis* (que o

⁵ Conforme nº1, *in fine*, do artigo 150º do Código Penal.

⁶ A este respeito refere ENGISCH, “a valoração da intervenção médica terá de fazer-se *ex ante*, não podendo ficar dependente da álea dos resultados”, *apud*, BRITO, Teresa Quintela de “Responsabilidade *penal dos médicos*” in Revista Portuguesa de Ciência Criminal, Ano 12, nº3, Coimbra: Coimbra Editora, 2002, p.372.

médico tenha atuado cumprindo as regras generalizadamente reconhecidas da ciência médica).

Qualquer intervenção na área da saúde deve ser efetuada na observância das normas e obrigações profissionais, bem como das regras de conduta aplicáveis ao caso concreto, leia-se, segundo as *leges artis*⁷. O médico deve exercer a sua profissão de acordo com as *leges artis*, com o maior respeito pelo direito à saúde das pessoas e da comunidade⁸.

Apesar de não haver um conceito único de *leges artis* estas podem ser interpretadas como correspondendo a um conjunto de regras gerais de foro técnico aprovadas pela comunidade científica que o médico tem a obrigação de conhecer e utilizar no caso concreto. Nas palavras de GOMES RODRIGUES as *leges artis*⁹ são “um complexo de regras e princípios profissionais, acatados genericamente pela ciência médica, num determinado momento histórico, para casos semelhantes, ajustáveis, todavia, às concretas situações individuais.

Trata-se das regras do *know-how* sobre o tratamento médico que devem estar ao alcance de qualquer clínico no âmbito da sua atividade profissional.

Regras de índole não exclusivamente técnico-científica, mas também deontológicas ou de ética profissional”¹⁰.

Assim, parece entender-se, que não pode ser responsabilizado criminalmente o médico que quando no âmbito de uma intervenção médico-cirúrgica atue segundo as *leges artis* e sem criar perigo para a saúde, corpo, ou vida do paciente, concluindo-se ou não a intervenção ou tratamento com sucesso.

⁷ Conforme artigo 4º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina.

⁸ Ideia reforçada pelo nº1 do artigo 4º do Regulamento de Deontologia Médica (Regulamento nº 707/2016, de 21 de julho).

⁹ A propósito deste conceito leia-se: FARIA, Maria Paula Leite de, in: “*O erro em medicina e o direito penal*”, Lex Medicinæ, ano 7, nº14, Coimbra: Coimbra Editora, 2010, p.18 e FIDALGO, Sónia, in: “*Responsabilidade penal por negligência no exercício da medicina em equipa*”, Coimbra Editora, 2008, p.48 (anotação 110).

¹⁰ RODRIGUES, Álvaro da Cunha Gomes, in: “*Responsabilidade médica em direito penal (estudo dos pressupostos sistemáticos)*”, Coimbra: Almedina, 2007, p.54.

Capítulo II

Responsabilidade por negligência no exercício da Medicina

4. O erro em Medicina

“O direito penal só pode intervir para assegurar a proteção, necessária e eficaz, dos bens jurídicos fundamentais, indispensáveis ao livre desenvolvimento ético da pessoa e à subsistência e funcionamento da sociedade democraticamente organizada”¹¹.

A hipótese de ocorrência de um erro no desempenho de uma ocupação profissional é vista por todos como algo comum e natural. *Errare humanum est!*

No âmbito do Direito Penal Médico afirmar que errar é humano ganha uma relevância superior uma vez que parece estar a desvalorizar-se o cometimento do erro. Mas não é bem assim, a expressão faz sentido para que se possa assumir a existência do erro e identificar o mesmo para que futuramente se possa evitar e retificar em situações semelhantes o que originou o erro.

Nem todos os erros médicos são relevantes de um ponto de vista jurídico-penal, por vezes no dia-a-dia no exercício da atividade médica ocorrem erros que não chegam sequer a acarretar consequências para o paciente ou para os seus familiares e quanto a esses erros, que não preenchem nenhum tipo de ilícito criminal, seria erróneo atribuir-lhes importância penal ou responsabilizar penalmente alguém.

Pode definir-se o erro médico como a conduta profissional inadequada resultante da utilização de uma técnica terapêutica ou médica incorretas que se revelam lesivas para a saúde ou vida de um determinado doente¹².

¹¹ ANDRADE, Manuel da Costa, in: “*A dignidade penal e a carência de tutela penal*”, Revista Portuguesa de Ciência Criminal, ano 2, 2º, Lisboa: Aequitas e Editorial Notícias, 1992, p.178.

¹² Definição de erro médico nas palavras de GERMANO DE SOUSA, *apud*, RODRIGUES, Álvaro da Cunha Gomes, in: “*Responsabilidade médica em direito penal (estudos dos pressupostos sistemáticos)*”, Coimbra: Almedina, 2007, p.291.

Se um erro ocorre, torna-se necessário descortinar o que levou a que esse erro acontecesse ou o que levou a que determinado agente o cometesse.

Na medicina moderna sempre que um erro é cometido devem ser tomadas em conta duas vertentes fundamentais para a compreensão do processo de errar: a perspetiva do indivíduo e a perspetiva do sistema ou da organização em que este atua¹³.

4.1. O erro da perspetiva do indivíduo

O indivíduo, profissional de saúde, quando erra, na maioria das vezes, não o faz de forma deliberada, o erro que comete naquele momento em concreto não tinha como evitar que acontecesse. JOSÉ FRAGATA denomina estes erros como “erros honestos”¹⁴.

Se nos depararmos com um cenário em que o profissional de saúde conhece o modo como deve proceder, mas ao agir de forma correta o resultado da sua ação se consubstancia num resultado que não era o esperado, considera-se que houve um erro involuntário sob a forma de um lapso.

Os lapsos são, por norma, fruto de falhas de atenção, por parte de pessoas com menos experiência e em que havia um plano, mas ocorreu uma falha na sua execução.

Dir-se-á que é um lapso, por exemplo, “o erro do cirurgião que, numa sequência automática de atuações, conecta a cânula venosa à linha artéria do circuito de circulação extra-corporal”¹⁵.

No caso de o profissional de saúde tomar uma decisão errada atuando conforme a sua intenção e essa decisão originar um resultado errado tal corresponde a um engano.

Os enganos podem advir de conhecimentos insuficientes, falhas de memória momentâneas, pouca prática, entre outros fatores.

¹³ FRAGATA, José; MARTINS, Luís, in: *“O erro em medicina (perspetivas do indivíduo, da organização e da sociedade)*, Coimbra: Almedina, 4ª reimpressão, 2014, p.41.

¹⁴ *Idem*, p.43.

¹⁵ *Idem*, p.50.

“Um exemplo típico é o do cirurgião júnior que, operando sozinho, se depara com uma situação que não reconhece, por falta de informação ou pouca experiência, e para a qual toma, depois de muito pensar e ponderar, a decisão cirúrgica intraoperatória que lhe parece mais certa, mas que é a errada”¹⁶.

Os enganos podem derivar de erros na aplicação de regras ou na aplicação de conhecimentos.

Os que sucedem da aplicação errada de regras desenrolam-se muitas vezes em situações onde os profissionais de saúde estão perante uma situação concreta e que sem terem analisado da melhor forma todas as soluções possíveis para resolver a mesma decidem aplicar uma solução que já usaram anteriormente num caso semelhante e que sabem ter resultado, porém dessa atuação, em virtude da má perceção feita e da regra escolhida, resulta um erro¹⁷.

Na aplicação errada de conhecimentos que culmina num engano há constatação de um problema por parte do médico ou profissional de saúde que repara não existir solução pré-concebida para o resolver e se apressa a solucioná-lo de forma inovadora e momentânea, com os recursos ao seu alcance, mas que se não tem um desfecho adequado¹⁸.

¹⁶ *Idem*, p.48.

¹⁷ Como exemplo: “o caso do cirurgião experiente que é chamado a ver um doente que tem febre após uma cirurgia cardíaca aparentemente não complicada. De entre as múltiplas causas para a febre, o médico fixa-se na causa mais imediatamente visível – rubor da ferida operatória – sugerindo uma infeção da sutura. (...). Aceita, por probabilidade, o diagnóstico de infeção da sutura, que trata inicialmente com antibiótico (...). Falha, assim, o diagnóstico de infeção urinária grave, de que o doente realmente sofre e, com isto, atrasa perigosamente o início de uma terapêutica eficaz.” (*Idem*, p. 52.).

¹⁸ Aqui releva a experiência do médico, o tempo que este dispõe para poder pensar, agir e solucionar o imprevisto e os conhecimentos profissionais que possui.

Quanto maior for a experiência do médico mais destreza terá para estas práticas automáticas e para reagir em situações-surpresa, se a experiência for menor o contacto com ocorrências repentinas também será e a predisposição para o engano por aplicação errada de conhecimentos também.

4.2. O erro da perspetiva do sistema

Como já tivemos oportunidade de referir a atividade médica impende numa complexa organização, da qual fazem parte os inúmeros profissionais de saúde e que é regida por normas gerais, mas também próprias de atuação em determinadas situações.

Não vale a pena debruçarmo-nos exclusivamente na questão de saber quem cometeu o erro com o objetivo de responsabilizar e punir quem errou porque o que trará mais vantagens é descobrir o que errou, qual foi o caminho percorrido, as circunstâncias que conduziram ao exato momento em que ocorreu o erro em causa.

JOSÉ FRAGATA sublinha que “os acidentes resultam quase sempre, não de um ato isolado, mas de uma sucessão de ocorrências que se alinham para provocar o acidente final”¹⁹.

Para se aferir da responsabilidade num episódio de erro médico a tendência começa a ser de procurar causas sistémicas na instituição prestadora de cuidados e sua organização²⁰.

É fundamental que se analise o erro de todas as perspetivas possíveis uma vez que podem ser diversos os fatores que levam à sua ocorrência e não nos parece correto que o médico seja inteiramente responsabilizado, de forma individual, quando existe a probabilidade desse erro ter tido origem numa falha própria dos mecanismos sistemáticos ou num outro elemento da equipa da qual faz parte ou devido a uma falha latente do sistema, como é o caso das falhas de comunicações, das informações transmitidas de forma insuficiente e a falta de existência de defesa dos próprio sistema. Todas as hipóteses têm de ser estudadas no caso em concreto.

¹⁹ *Idem*, p.67.

²⁰ Para isso tem-se vindo a apostar no reporte de erros por parte dos profissionais, em termos voluntários. RUEFF, Maria do Céu, in: “*Do erro (em medicina) ao acidente (em saúde): estado da arte e mudança cultural em Portugal*”, Anatomia do Crime, Revista de Ciências Jurídico-Criminal, nº0, Coimbra: Almedina, 2014, p.130.

5. O dever de cuidado: violação por parte do Médico

As condutas médicas são intrinsecamente caracterizadas como potencialmente perigosas para a vida e integridade física do paciente.

Verificando-se uma lesão da integridade física ou da vida do paciente esta pode ter resultado de uma conduta dolosa ou de uma conduta negligente do profissional de saúde, considerando-se que a maioria se repercute de condutas negligentes.

O dolo e a negligência têm de ser considerados como entidades que em si e por si mesmas exprimem ou revelam diferentes conteúdos materiais de culpa, cada um com o seu significado e os seus critérios próprios, como expõe FIGUEIREDO DIAS²¹.

Quando o agente com a sua conduta pratica um facto ilícito, violando o seu dever objetivo de cuidado, sabendo que poderia evitar e prever o resultado da sua ação estamos perante um crime negligente.

“A imputação a título negligente fundamenta-se na violação voluntária de regras de cautela impostas pela experiência ou por normas legais ou regulamentares destinadas precisamente a prevenir a violação de bens jurídicos”²².

Será, pois, esta atitude de desvalor do resultado, “(...) atitude de espírito, de agir mal por distração, de falta de diligência (...)”²³ que determinará a finalidade objetiva da norma e estabelecerá a medida de cuidado devido.

Assim, especifica HELENA MONIZ que “o crime negligente caracteriza-se por uma discrepância entre o facto ocorrido e o facto devido. Esta discrepância entre o facto devido e o facto ocorrido deve-se a uma conduta realizada com violação do dever objetivo

²¹ DIAS, Jorge de Figueiredo, in: “*Sobre o estado atual da doutrina do crime*”, Revista Portuguesa de Ciência Criminal, ano I, 1, Lisboa: Aequitas e Editorial Notícias, 1991, p.51.

²² SILVA., Germano Marques da, in: “*Direito penal português (Teoria do Crime)*”, Lisboa: Universidade Católica Editora, 2012, p.126.

²³ *Idem*, p.127.

de cuidado. Da conduta realizada com violação do dever objetivo de cuidado decorre um resultado previsível ou evitável.

O desvalor de ação inerente à conduta negligente reside na violação do dever objetivo de cuidado, e o desvalor de resultado na lesão ou colocação em perigo de um bem jurídico protegido pelo direito penal”²⁴.

Para FARIA COSTA a razão de ser e o fundamento do Direito Penal centra-se “na dimensão onto-antropológica de uma relação de cuidado-de-perigo”, na linha de pensamento do autor a ilicitude penal material manifesta-se “na perversão ou rutura” de tal relação de cuidado-de-perigo. E assim, só se apresentará necessário intervir penalmente quando a “repercussão socialmente relevante do rompimento da relação de cuidado-de-perigo é tida como insustentável”. O que releva é verificar se esse desvalor se consubstanciou num desvalor de resultado²⁵. No mesmo sentido ROXIN dizia que na realização de um tipo negligente tudo radicaria na imputação objetiva de um resultado a uma conduta²⁶.

Mas considerar-se, apenas, se na conduta do agente houve violação de um dever objetivo de cuidado ou houve criação ou potenciação pelo agente de um perigo não permitido pode conduzir a falhas e imprecisões essenciais, daí salientar-se que “trata-se sim de valorar de forma global a conduta praticada pelo agente”²⁷.

A culpa negligente cinge-se à atitude demonstrada através do facto praticado, pelo comportamento desmazelado, imprudente e descuidado do agente face à norma penal.

²⁴ MONIZ, Helena, in: “*Risco e negligência clínica*”, Revista do Ministério Público, I30, Ano 33, 2012, p.83.

²⁵ COSTA, José de Faria, in: “*Ilícito-típico, resultado e hermenêutica*”, Revista Portuguesa de Ciência Criminal, ano 12, nº1, Coimbra: Coimbra Editora, 2002, p.13.

²⁶ ROXIN, Claus, in: “*Problemas fundamentais de direito penal*”, 3ª ed., Lisboa: Vega, 2004, p.257.

²⁷ FARIA, Maria Bonifácio Ribeiro de, in: “*A adequação social da conduta no direito penal – ou o valor dos sentidos sociais na interpretação da lei penal*”, Lisboa: Universidade Católica Editora, 2005, p.872 e p.873.

O agente age com culpa negligente nas situações em que viola o dever objetivo de cuidado que lhe é imposto, não afastando o perigo ou evitando um resultado prejudicial que era por si reconhecível e que poderia ter evitado.

Para a apreciação da culpa negligente recorre-se, portanto, ao homem-concreto na situação específica, mas, no que concerne ao critério definidor do tipo ilícito negligente não é pacífico se a posição a adotar se estabelece através de um critério padrão, como o do homem-médio, ou se por outro lado as capacidades do agente em concreto devem também ser consideradas. No âmbito do exercício da medicina em equipa esta é uma questão merecedora de especial importância.

A este respeito importa compreender se o profissional de saúde deve atuar atendendo à observância das imposições mínimas de índole geral, ou se, dispondo de capacidades superiores à média deverá sempre valer-se das mesmas no sentido de se vir a excluir a sua responsabilização penal pela prática de factos negligentes.

A doutrina maioritária assume o critério objetivo, guiando-se pelos padrões do homem médio e prudente, ou seja, adaptando ao caso da medicina, a referência será o médico-médio. Não obstante, a avaliação difere conforme o agente possua conhecimentos a um nível médio, inferior ou superior à média.

As capacidades inferiores à média não relevarão ao nível do tipo de ilícito negligente, mas poderão relevar ao nível da culpa. “As capacidades inferiores não diminuem o carácter ilícito (o desvalor de ação e de resultado) da conduta.

O relevo das capacidades inferiores à média ao nível do tipo de culpa evita que a culpa na negligência seja vista apenas como um “puro juízo de valor”²⁸”.

Caso o médico detenha qualidades especiais e conhecimentos que se mostrem superiores à média deve este proceder com um dever de cuidado equitativamente superior do exigido ao médico-médio, reivindicando-se-lhe que aja conforme as faculdades distintas que possui, se não se servir delas integrará o tipo de ilícito negligente.

²⁸ MONIZ, Helena, in: “Risco e negligência clínica”, Revista do Ministério Público, 130, Ano 33, 2012, p.85.

Capítulo III

O exercício da Medicina em equipa

6. Caraterização do exercício da Medicina em equipa

Especialização, interdisciplinaridade e cooperação são as expressões que melhor caracterizam a medicina atual.

No exercício da medicina institui-se, cada vez mais, o trabalho em equipa, tal deve-se à complexidade característica da eficácia da medicina contemporânea.

A existência de múltiplas especialidades médicas e o aparecimento de técnicas e aparelhos cada vez mais elaborados requerem a envolvimento de diversos colaboradores nas diferentes fases do processo terapêutico.

SÓNIA FIDALGO distingue dois tipos de situações em que é possível estar-se perante a intervenção de uma equipa médica.

Para se definir “equipa médica” é indispensável que se diferencie as situações em que se verifica uma atuação coletiva e simultânea de variados profissionais de saúde no processo terapêutico do mesmo paciente (“equipa médica em sentido estrito”) das situações em que vários médicos intervêm de forma sucessiva no processo terapêutico de determinado paciente (“equipa médica em sentido amplo”)²⁹.

Porém, não é consensual a complementaridade destes dois conceitos havendo quem considere que só se está verdadeiramente na presença de uma equipa médica nos casos de intervenção simultânea por só aqui existir um trabalho forçosamente conjunto e

²⁹ Haverá intervenção de uma equipa médica, por um lado, quando exista uma execução coletiva e simultânea de um ato médico (como acontece nas intervenções cirúrgicas ou na assistência a um trabalho de parto) e por outro lado quando vários profissionais de saúde intervenham no processo terapêutico de forma sucessiva (como ocorre quando um médico de medicina geral e familiar remete o paciente para um médico de determinada especialidade). (FIDALGO, Sónia, *in*: “*Responsabilidade penal por negligência no exercício da medicina em equipa*”, Coimbra: Coimbra Editora, 2008, p.98 e p.99.).

coordenado em que alguém é responsável pela direção do ato médico, atendendo à divisão do trabalho.

Somos de opinião que não se pode falar de equipa médica apenas nos casos de intervenção simultânea porquanto no caso de intervenção sucessiva haver igualmente vários profissionais de saúde envolvidos no processo terapêutico de um paciente, embora não de forma cumulativa, e isso ser determinante para apurar a responsabilidade de cada um deles.

7. Princípios basilares do exercício da Medicina em equipa

De forma a delimitar a responsabilidade de quem exerce a sua atividade em equipa e apurar dos deveres de cuidado de cada membro a doutrina recorre aos princípios da divisão do trabalho e o princípio da confiança.

Será através do princípio da divisão do trabalho e do princípio da confiança que se averiguará a responsabilidade dos vários profissionais de saúde que, em conjunto, intervêm no processo terapêutico de um paciente, de forma simultânea ou sucessiva.

7.1. Princípio da divisão do trabalho

O princípio da divisão do trabalho permite que cada um dos elementos que compõem a equipa de trabalho assumam uma tarefa pré-determinada e se responsabilize pela execução da mesma.

A distribuição de tarefas, pelos diferentes profissionais que atuam em equipa com um propósito comum, possibilita que se apure a contribuição de cada membro no progresso e desempenho do trabalho efetuado em conjunto.

A divisão do trabalho, como reconhece a doutrina da especialidade, propicia a restrição da responsabilidade correspondente a cada profissional de saúde que participou na intervenção médica no âmbito de uma equipa médica, e combinado com o princípio da confiança é visto como parte influente na determinação do dever de cuidado de cada membro.

Contudo, deverá sempre recorrer-se à situação concreta e às suas particularidades para se aferir quais os deveres concretos de cuidado que impendem sobre cada membro da equipa médica.

De modo a garantir o êxito da divisão de trabalho e, sobretudo, a proteção do paciente cada membro da equipa médica terá que cumprir com sucesso a tarefa que lhe fora incumbida aquando da divisão de tarefas.

Relativamente à divisão do trabalho, é habitual a distinção de dois planos, a divisão de trabalho horizontal e a divisão de trabalho vertical.

A divisão de trabalho horizontal desenrola-se entre os colegas de profissão que devido à sua formação, competência e independência se encontram numa situação de igualdade. Um caso típico de divisão de trabalho horizontal em medicina é o exemplo emblemático do cirurgião e do anestesista que agem conjuntamente na mesma intervenção médica, desempenhando funções complementares no âmbito dos conhecimentos individuais das suas especialidades.

A divisão do trabalho vertical acontece quando se verifica um vínculo hierárquico onde alguns dos membros da equipa médica se mantêm subordinados a outros, recebendo deles instruções. O exemplo mais comum é o da relação que surge durante uma operação entre o médico cirurgião e os enfermeiros que o auxiliam.

Independentemente das vantagens que o princípio da divisão do trabalho traz para o desenvolvimento do exercício da medicina em equipa, tão importante na atualidade marcada pela pluridisciplinaridade, também conduz a alguns perigos, tais como, a qualificação deficiente dos colaboradores da equipa médica, falhas de comunicação entre os diferentes intervenientes, coordenação defeituosa, falhas de organização e avaliações deficientes das capacidades ou conhecimentos médicos dos membros da equipa médica.

De forma a suprimir estes riscos convoca-se o princípio da confiança.

7.2. Princípio da confiança

Conforme, convenientemente, já referimos as equipas médicas são, regra geral, pluridisciplinares atuando sob a divisão de trabalho pelos diversos membros que a formam, pelo que, o vínculo que infirma entre estes tem de se alicerçar em laços de confiança.

No entendimento de BAPTISTA MACHADO o princípio da confiança é um princípio ético-fundamental para a convivência em sociedade, uma vez que, “poder confiar é uma condição básica de toda a convivência pacífica e da cooperação entre os homens (...) é a condição básica da própria possibilidade de comunicação dirigida ao entendimento, ao consenso e à cooperação (logo, da paz jurídica)”³⁰.

O princípio da confiança é encarado como um princípio delimitador do tipo de ilícito negligente e, conseqüentemente, do dever objetivo de cuidado.

7.2.1. Relevância e fundamento do princípio da confiança

De acordo com o princípio da confiança, no convívio com os outros, cada indivíduo pode confiar que os restantes se comportam se acordo com o seu dever de cuidado, “salvo se tiver razão concretamente fundada para pensar ou dever pensar de outro modo”³¹.

O princípio da confiança é oriundo do direito penal da circulação rodoviária sendo hoje constantemente aplicado no direito penal e, nomeadamente, no que concerne ao exercício da medicina em equipa.

Assim, em harmonia com este princípio, os profissionais de saúde que integrem uma equipa médica devem poder confiar que os restantes membros da equipa com quem estão a líder executarão as funções que lhes incumbem com o cuidado que lhes é exigido, não tendo que se preocupar com a atuação dos outros.

³⁰ MACHADO, João Baptista, in: “*Tutela da confiança e “venire contra factum proprium”*”, obra dispersa, Vol. I, Braga: Scientia Iuridica, 1991, p.232.

³¹ FIDALGO, Sónia, in: “*Responsabilidade penal na equipa hospitalar – a responsabilidade do farmacêutico*”, Lex Medicinæ, Ano 7, nº14, Coimbra: Coimbra Editora, 2010, p.99.

“Com efeito, segundo refere Roxin tal princípio serve para a negação de um incremento de perigo inadmissível. De acordo com este autor, numa operação cirúrgica “os médicos especialistas que nela intervêm podem confiar na colaboração correta do colega de outra especialidade”³²”.

Todavia, o princípio da confiança não se utiliza sem limites, podem ocorrer casos que impedem que o princípio da confiança funcione de forma plena.

Se, existirem fundamentos que indiquem que um dos profissionais que integra a equipa médica não está nas suas plenas faculdades para levar a cabo as suas funções de forma diligente, como lhe seria exigível, ou se um dos membros da equipa não está a proceder conforme o dever de cuidado que lhe cabe, e tal é cognoscível para um dos outros membros da equipa que com ele contacta no momento este último não poderá valer-se do princípio da confiança.

Em bom rigor, o princípio da confiança não deve ser considerado uma causa de justificação supralegal, mas antes uma causa de exclusão ou de delimitação da própria tipicidade, pois a confiança permitida é excludente da própria negligência, nos delitos imputáveis a tal título³³.

Sempre que um dos membros da equipa identifica uma violação do dever de cuidado por parte de outro membro deve agir de imediato para retificar, emendar ou minorar as consequências que dessa violação poderão advir.

Se a especialidade dos membros for distinta e não houver obrigação de saber quais são os deveres de cuidado que competem em específico ao outro profissional pode dar-se uma situação mais complexa, uma vez que, devido ao desconhecimento de um dos membros em conseguir decifrar se o outro está ou não a violar o seu dever de cuidado pode levar à não deteção atempada da violação e tal só se notar quando o resultado danoso se evidenciar no paciente.

³² RODRIGUES, Álvaro da Cunha Gomes, in: “*Responsabilidade médica em direito penal (estudos dos pressupostos sistemáticos)*”, Coimbra: Almedina, 2007, p.308.

³³ Para melhores desenvolvimentos, vide RODRIGUES, Álvaro da Cunha Gomes, in: “*Responsabilidade médica em direito penal (estudos dos pressupostos sistemáticos)*”, Coimbra: Almedina, 2007, p.308.

Nestes casos o princípio da confiança é essencial para delimitar o âmbito da responsabilidade de cada membro da equipa médica.

7.2.2. Princípio da confiança e princípio do risco permitido

O princípio do risco permitido compreende as práticas que acarretando em si mesmo perigos para os bens jurídicos tutelados pelo direito penal são, apesar disso, aceites pela ordem jurídica, porquanto, a elas estar inerente uma utilidade social relevante.

A prática da medicina, como já foi mencionado, pode ocasionar riscos consideráveis para a vida, para a integridade física e para a liberdade do paciente, contudo, o exercício da medicina é autorizado pela ordem jurídica, devido ao interesse geral que representa e que radica numa mais valia social.

Posto isto, o médico que no exercício da sua profissão aja cumprindo os deveres de cuidado que lhe são exigidos, mas que apesar disso da sua atuação venha a verificar-se uma lesão para a vida ou para a integridade física do paciente, tal resultado não será imputado à conduta do profissional que atuou ao abrigo do princípio do risco permitido.

Um médico que exerce a sua profissão regendo-se pelos deveres de cuidado a que está obrigado e, ainda assim, ocorrer um dano para o doente fruto da atuação em violação das “*leges artis*” por parte de outro médico, o primeiro não pode ser responsabilizado pelas consequências da conduta de um terceiro que agiu desrespeitando o dever de cuidado que lhe era imposto.

Nestes casos é preponderante a convocação do princípio da confiança. Segundo este princípio aquele que atue conforme o dever objetivo de cuidado, pode, geralmente, confiar que os demais também irão agir em concordância com as regras de cuidado que lhes são exigidas.

Assim como o princípio do risco permitido, também o princípio da confiança se estabelecerá numa reflexão ponderada entre as livres condutas humanas e as utilidades sociais a elas associadas, por um lado, e as ameaças que lhes são inerentes, por outro.

Um dos limites referenciados ao princípio da confiança prende-se com a própria conformação de uma situação de risco permitido.

Sempre que, num caso concreto, o médico consiga perceber que os restantes intervenientes que participam consigo na intervenção ou tratamento médico irão incumprir as regras de cuidado que lhe são impostas, tornar-se-á perceptível para ele, que advirá um resultado lesivo para o paciente. Quando isto acontece, o médico deverá adequar a sua conduta à ação negligente dos demais, para evitar que se venha a observar o resultado danoso.

Posto isto, e como é defendido pela doutrina majoritária, o médico só agirá ao abrigo do princípio do risco permitido se atuar cumprindo os deveres de cuidado a que a ordem jurídica o obriga, bem como, empregando os conhecimentos especiais que detenha no caso concreto, de forma a impedir a criação de um resultado que se afigure potencialmente prejudicial para o paciente.

7.2.3. Princípio da confiança e princípio da auto-responsabilidade

Embora a doutrina dominante, como já vimos, assuma como fundamento para o princípio da confiança a representação do princípio do risco permitido, outra parte da doutrina, acredita que o princípio da confiança é uma manifestação do princípio da auto-responsabilidade.

Segundo este princípio, e reportamo-nos ao exercício da medicina em equipa, o médico deverá empenhar-se na sua própria conduta sem ser necessário estar, de forma exhaustiva, atento à forma diligente ou não, como os demais agem. “Só libertando o médico do dever de contar com (e evitar) qualquer falta de cuidado do pessoal que com ele está a cooperar (médicos, enfermeiros e pessoal auxiliar) poderá esperar-se que as tarefas especificamente médicas sejam realizadas com uma dedicação pessoal, “sem a qual o doente pode, na verdade ser tratado, mas não curado”.

Um médico que se preocupe com tudo e com todos não estará certamente exposto à reprovação penal por falta de cuidado, mas dificilmente será um bom médico”³⁴.

A prática da medicina, nomeadamente, quando se desenrola em equipa, faz-se com recurso à divisão do trabalho.

Ao haver distribuição de tarefas pelos diferentes profissionais de saúde que juntos estabelecem uma equipa, cada um dos membros integrantes da equipa fica com a expectativa de que o outro irá agir conforme os deveres de cuidado que lhe cabe, atuando diligentemente, confiando que está a lidar com profissionais responsáveis. Assim, “é a auto-responsabilidade de cada um dos sujeitos que fundamenta a confiança que os outros têm no seu comportamento de acordo com as exigências que lhe são dirigidas”³⁵.

Os deveres de cuidado, no que diz respeito a crimes negligentes, podem ser categorizados e, deveres de cuidado primários ou deveres de cuidado secundários³⁶. Pertencendo aos primários os deveres que recaem sobre o agente que domina o facto e os secundários aqueles que surgem para o sujeito que for substituído no domínio do facto quando existirem suspeitas para este que o seu substituto não cumprirá os deveres de cuidado que lhe são exigíveis.

Nestes casos, em que se manifestem deveres de cuidado secundários, o princípio da auto-responsabilidade não poderá intervir.

Assim, pode concluir-se que, efetivamente, o princípio da auto-responsabilidade fundamenta o princípio da confiança. O agente é, unicamente, responsável pela sua conduta e os comportamentos de terceiros só acarretarão responsabilidades para si em casos muito peculiares.

³⁴ FIDALGO, Sónia, in: “*Responsabilidade penal por negligência no exercício da medicina em equipa*”, Coimbra: Coimbra Editora, 2008, p.126.

³⁵ *Idem*, p.127.

³⁶ *Vide* quanto ao desenvolvimento desta questão: FIDALGO, Sónia, in: “*Responsabilidade penal por negligência no exercício da medicina em equipa*”, Coimbra: Coimbra Editora, 2008, p.126.

Porém, convém notar, que o princípio da confiança não libera o médico de manter uma postura zelosa durante todo o procedimento para que no caso de se aperceber de algum perigo poder agir antecipadamente, evitando-o.

No exercício da medicina em equipa observa-se uma atuação conjunta dos vários intervenientes. Cada interveniente assume uma posição na equipa e desenvolve uma tarefa e em concreto que lhe foi atribuída aquando da divisão do trabalho e abarca a respetiva responsabilidade fruto da sua própria atuação.

Deste modo, se da atuação exclusiva de um dos intervenientes advir um dano pelo qual só esse membro da equipa é responsável, por resultar de uma ação que era da sua inteira responsabilidade, os restantes intervenientes que com ele tenham colaborado no processo terapêutico não podem ser responsabilizados, por força do princípio da confiança. Pelo contrário, se o referido dano derivar de modo imediato da atuação de um dos intervenientes, mas na verdade seja inerente a uma conduta desenvolvida exclusivamente por outro interveniente, por lhe pertencer e ser da sua responsabilidade, quem agiu em último lugar não pode ser responsabilizado por tal resultado.

A este propósito, SCHUMANN construi uma teoria que considera “resolver os problemas colocados no âmbito de uma atividade desenvolvida segundo o esquema da divisão do trabalho com recurso à figura da autoria mediata”³⁷.

Na ótica deste autor o “homem de trás” será aquele que atua na primeira intervenção e a partir da qual se irão desencadear as sucessivas tarefas dos restantes membros da equipa. O “homem da frente” será o sujeito que desenvolve a sua atuação aproveitando-se da tarefa que já foi prestada por outro.

Nas suas palavras “o “homem da frente” só poderá convocar o princípio da confiança quando a função do “homem de trás” consistir precisamente em desonerar o “homem da frente” de deveres de cuidado que integram a esfera de competência deste e

³⁷ SHUMANN, Heribert, *apud*: FIDALGO, Sónia, *in*: “Responsabilidade penal por negligência no exercício da medicina em equipa”, Coimbra: Coimbra Editora, 2008, p.130.

que, com isso, o âmbito de responsabilidade se estenda, penetrando o âmbito de responsabilidade do “homem da frente”³⁸.

Para se delimitar, adequadamente, os âmbitos de responsabilidade de cada membro da equipa médica deverá ainda atender-se à sua função profissional³⁹.

Constituem uma exceção a este princípio as situações em que surgem deveres secundários, uma vez que nesses casos, não há eliminação da responsabilidade do agente que interveio em primeiro lugar, existindo antes um concurso de responsabilidade entre o primeiro interveniente e aquele sobre quem recaem os deveres secundários.

8. O problema da participação nos factos negligentes

O princípio da confiança aliado ao princípio da divisão do trabalho mostra-se indispensável na delimitação do dever objetivo de cuidado e na definição dos âmbitos das responsabilidades na prática médica conduzida em equipa.

Contudo, a aplicação do princípio da confiança não é possível em todas as situações.

O caso em que dois ou mais membros da equipa médica atuem incumprindo, sucessiva ou simultaneamente, os deveres de cuidado a que estão obrigados é um exemplo disso.

Nestas situações, são vários os agentes que ao agirem violando o dever objetivo de cuidado levam à ocorrência do mesmo resultado prejudicial.

³⁸ *Idem*, p.131.

³⁹ Assim, “a função do médico incluirá uma certa obrigação de controlo dos medicamentos por ele prescritos – a confiança nos dados constantes do folheto que acompanha o medicamento não isentará o médico do dever de se informar na literatura científica acerca das experiências com o medicamento. Mas já estará em contradição com a “função profissional” do médico a obrigação de mandar analisar a verdadeira composição dos medicamentos por ele usados – a função do médico consiste apenas nos corretos diagnósticos, escolha e utilização do medicamento”. A este respeito e para mais exemplos *vide*: FIDALGO, Sónia, *in*: “Responsabilidade Penal por negligência no exercício da medicina em equipa”, Coimbra: Coimbra Editora, 2008, p.132.

Para se averiguar quem e em que termos é o responsável por tal resultado torna-se crucial determinar-se como e de que modo foi violado o dever de cuidado em causa.

Posto isto, surge a dúvida de se saber se é possível falar-se e co-autoria negligente.

8.1. Co-autoria negligente

Para solucionar o problema da comparticipação delineiam-se dois caminhos viáveis: por um lado, o da teoria unitária de autoria e por outro, a distinção das diferentes formas de comparticipação.

Na primeira solução não se considera o contributo individual de cada interveniente para a observância do resultado, conjeturando-se unitariamente as condutas de todos os intervenientes no mesmo facto ilícito-típico, apontando-se todos como autores do crime. A segunda possibilidade converge na diferenciação das várias formas de comparticipação, relevando a importância da conduta de cada interveniente para o resultado em concreto.

No direito penal português, similarmente ao que acontece no ordenamento jurídico alemão, no que trata aos crimes dolosos, não se aceita a teoria unitária, pois, faz-se a diferenciação entre autor e participante.

Importa agora analisar a distinção entre autor e participante⁴⁰.

Desta forma, é autor o agente que executa a conduta que realiza o facto (conceito restritivo de autor).

Parte da doutrina não acolhe este conceito restritivo de autor por o achar impreciso no que toca ao significado de “executar o facto” e acolhe, por isso, um conceito extensivo de autor. Para EDUARDO CORREIA “será autor de um delito aquela pessoa ou pessoas que tiverem levado a cabo qualquer comportamento que esteja num nexos de causalidade com o preenchimento do respetivo tipo legal” e o mesmo autor diz ter “por correto o

⁴⁰ “A distinção inicial entre autoria e participação radicou numa consideração formal-objetiva”. FIDALGO, Sónia, *in*:” Responsabilidade penal por negligência no exercício da medicina em equipa”, Coimbra: Coimbra Editora, 2008, p.160.

conceito extensivo de autoria, e por exato que a causalidade deve continuar a considerar-se o verdadeiro fulcro à volta do qual gira a teoria da participação”⁴¹.

O ponto de vista do autor é destronado, prevalecendo o conceito restritivo, porquanto, o nosso Código Penal, nos eu artigo 27º dispor que cúmplice será aquele que presta auxílio à prática por outrem de um facto doloso ao invés considerar que é quem o executa (conceito de autoria, artigo 26º do Código Penal)⁴².

Em relação aos crimes negligentes, como já oportunamente referenciamos, podem intervir várias pessoas, sendo por isso possível falar-se em comparticipação e daí a razão de se mostrar pertinente distinguir autoria de cumplicidade.

O artigo 27º do Código Penal é claro e exige que a conduta seja dolosa para ser imputada ao agente a título de cumplicidade, logo não se pode aplicar no âmbito dos crimes negligentes.

É autor, no crime negligente, aquele que viola o cuidado objetivamente imposto, que cria um risco não permitido, que realiza o tipo objetivo⁴³.

No âmbito do exercício da medicina em equipa, existindo violação do dever de cuidado por mais que um sujeito, é imperativo saber qual deles deve ser responsabilizado.

O princípio da auto-responsabilidade não nos responde a essa questão, servindo apenas para delimitar o âmbito da responsabilidade, uma vez que, nos crimes negligentes não se vislumbra uma distinção entre autoria e cumplicidade negligente.

A co-autoria não se admite nos crimes negligentes, porém, há situações em que é impossível apurar o alcance da responsabilidade de cada indivíduo e afigura-se necessário

⁴¹ CORREIA, Eduardo, *apud*: FIDALGO, Sónia, *in*: “Responsabilidade penal por negligência no exercício da medicina em equipa”, Coimbra: Coimbra Editora, 2008, p.161 e p.162.

⁴² “É punível como autor quem executar o facto (...)”, como se pode ler no nº1 do artigo 26º do Código Penal e “é punível como cúmplice quem, dolosamente e por qualquer forma prestar auxílio material ou moral à prática por outrem de um facto doloso”, conforme, nº1 do artigo 27º do Código Penal.

⁴³ DIAS, Jorge de Figueiredo, *apud*: FIDALGO, Sónia, *in*: “Responsabilidade penal por negligência no exercício da medicina em equipa”, Coimbra: Coimbra Editora, 2008, p.163.

responsabilizá-los em conjunto. “No caso de co-atuação por negligência poderá falar-se apenas em autoria paralela.

Nas situações de autoria paralela cada um dos intervenientes é responsável apenas pela sua própria contribuição para o facto. No âmbito das ações negligentes, cada um dos intervenientes será considerado autor (em autoria paralela) na medida em que possa dizer-se que com a sua conduta, por violação do dever de cuidado, criou ou aumentou um risco não permitido que se concretizou no resultado”⁴⁴.

Para FIGUEIREDO DIAS no âmbito dos crimes negligentes deverá falar-se em “comportamento negligente conjunto” que se explana na “criação ou potenciação conjunta de um risco não permitido que se exprime na realização típica”⁴⁵.

No que respeita à atuação médica por meio de uma equipa o acolhimento de um comportamento negligente conjunto pode deslindar os difíceis casos em que, em virtude de uma ação em equipa, venha a ocorrer um resultado danoso para o doente sem que se possa identificar qual dos membros, de facto, o gerou.

⁴⁴ FIDALGO, Sónia, in: “*Responsabilidade penal por negligência no exercício da medicina em equipa*”, Coimbra: Coimbra Editora, 2008, p.172.

⁴⁵ DIAS, Jorge de Figueiredo, *apud*: FIDALGO, Sónia, in: “*Responsabilidade penal por negligência no exercício da medicina em equipa*”, Coimbra: Coimbra Editora, 2008, p.177.

Capítulo IV

Exercício da Medicina em equipa: determinação da responsabilidade

Concluídas as observações teóricas respeitantes aos temas abordados, manifesta-se oportuno proceder a uma realização prática dos mesmos.

Focar-nos-emos, então, em descortinar de que forma os princípios da divisão do trabalho e da confiança poderão interferir nos casos em que do desempenho da atividade médica em equipa resulte um dano para o paciente.

No exercício da medicina em equipa é possível efetivarem-se relações hierárquicas e relações não hierárquicas⁴⁶. Restringir-nos-emos ao estudo das relações horizontais.

Afigurando-se, naturalmente, inconcebível debruçarmo-nos sobre todos os casos que podem acontecer incluindo diferentes profissionais de saúde em relação horizontal procuraremos tentar perceber as situações que se evidenciam como mais recorrentes.

9. Relações não hierárquicas

9.1. Relações entre médicos da mesma especialidade

Presentemente a atividade médica desenvolve-se em organizações complexas de cuidados de saúde.

Em virtude dessa organização sucedem-se numerosas situações em que no tratamento ou intervenção médica de determinado doente opera mais que um médico da mesma especialidade.

⁴⁶ As relações não hierárquicas, denominadas também relações horizontais, são as que se firmam entre profissionais de saúde que se encontram numa situação de igualdade e as relações hierárquicas, ou relações verticais, são as que se concretizam entre profissionais vinculados hierarquicamente, numa relação entre superior e subordinado.

Nos serviços hospitalares, a título de exemplo, os médicos atuam cada um cumprindo o seu turno de trabalho, que tem uma duração pré-determinada e ao fim da qual são substituídos por outro colega.

Por força do princípio da confiança, cada médico, no desempenho da sua atividade, pode esperar que os demais colegas cumpram os seus deveres quando exercem as suas respetivas funções.

Contudo, o médico, só poderá valer-se deste princípio no que toca aos atos médicos realizados pelo colega que o precedeu se as condições se mantiverem idênticas às determinadas pelo colega precedente.

Ou seja, se a situação clínica do paciente sofrer alterações no decurso do turno do médico sucessor, este não poderá invocar o princípio da confiança porque tais circunstâncias não existiam aquando da intervenção do médico que agiu antes de si.

O processo clínico que contém as informações de saúde sobre o doente deve ser devidamente documentado e os seus dados serem transmitidos entre os diferentes médicos para que se possa dar continuidade aos cuidados médicos necessários⁴⁷.

Ainda que os vários médicos atuem se sucedendo no procedimento médico e seja importante determinar-se qual o momento específico em que cada um deles interveio e qual era a situação concreta do paciente nessa altura não devermos procurar fragmentar em demasia o ato médico.

O médico não deve exercer a sua atividade isolando-se no que se passa no seu turno, mas antes, preocupar-se em contribuir para melhorar a coordenação de tarefas indispensáveis para o tratamento do doente. Para tal é importante que se prime pela boa comunicação entre os profissionais de saúde, especialmente, no momento em que trocam de turno.

⁴⁷ Conforme dispõem o nº1, do artigo 40º e o artigo 41º do Regulamento de deontologia médica (Regulamento 707/2016, de 21 de julho).

Quando o turno de um médico chega ao fim este deve encarregar-se de informar o médico sucessor acerca do estado geral dos doentes internados no serviço devendo, até, priorizar algum caso que considere relevante devido ao estado grande de determinado doente. Por seu lado, o médico sucessor deve prestar atenção às informações que lhe são transmitidas quando inicia o turno.

Após receber a informação do médico que findou o seu turno o médico sucessor pode, por norma, confiar nas informações que lhe foram fornecidas pelo colega, exceto se existirem fundamentos concretos para delas duvidar. A partir daí, se agir conforme as restantes “*leges artis*” a que está obrigado não poderá ser responsabilizado por danos que o doente venha a padecer.

No exercício da medicina, ainda que haja trabalho em equipa, os profissionais de saúde não devem deixar de fazer nenhuma tarefa no seu turno, que se mostre conveniente para o bem-estar do paciente, fiando-se que outra pessoa a realizará no início do novo turno de trabalho.

Por vezes o adiamento de determinada tarefa pode desencadear um dano para o doente e o médico que se tenha absterido de a realizar por estar no fim do seu turno pode vir a ser responsabilizado.

Nos casos em que tanto o médico precedente como o sucessor tenham agido em violação das regras de cuidado e dessa violação das “*leges artis*” se apure um dano para o paciente urge provar que a conduta individual de ambos contribuiu para a criação de um risco não permitido que se veio a concretizar no resultado típico.

Observa-se nesta situação, como já vimos, uma conjuntura de responsabilidade pelo “comportamento negligente conjunto”.

9.2. Relações entre médicos de especialidades distintas

Dentro da mesma instituição hospital pode ser necessário ter que se transferir o doente de um serviço de certa especialidade para outra e assim diligenciar-se uma participação de vários médicos de especialidades diferentes no tratamento ou intervenção médica do mesmo paciente.

Acontece que os médicos quando pertencem a especialidades distintas não têm a imposição de dominar quais as regras de cuidado que, em especial, impendem sobre os médicos que não pertencem à sua especialidade e isso pode dificultar a perceção da violação de deveres de cuidado que são próprios de cada especialidade.

Mais uma vez o princípio da confiança, nestes casos, demonstra-se crucial para delimitar o âmbito da responsabilidade de cada médico.

A atuação de diversos médicos com especialidades variadas pode processar-se de forma sucessiva ou de forma simultânea.

9.2.1. Tipos de intervenção médica: intervenção sucessiva e intervenção simultânea

Se sobre o mesmo doente intervirem no âmbito da atuação sucessiva dois ou mais médicos de especialidades diferentes em consequência da mudança do doente de um serviço para outro, por exemplo, deparamo-nos com um cenário similar ao que já constatámos, acima, a propósito da troca de turnos.

A equipa do novo serviço que acolherá o doente poderá, em princípio, confiar na atuação dos colegas do serviço de onde o doente é proveniente.

Os critérios utilizados para se dirimir a responsabilidade dos diversos profissionais passam, igualmente, pela averiguação da situação concreta em que se encontrava o paciente no momento da transferência e pela comunicação entre profissionais e equipas que é um elemento-chave para o sucesso da continuidade dos tratamentos médicos.

No caso de a comunicação cedida ser insuficiente ou não existir de todo e o doente vier a sofrer um dano terá de se responsabilizar quem incumpriu ou não cumpriu de forma correta o dever de informação, tal como estatui o princípio da auto-responsabilidade.

Os profissionais que pertencem ao serviço que recebe o doente se agirem observando os restantes deveres de cuidado que lhes são impostos ficarão isentos de ser responsabilizados.

Pode suceder que haja violação das “*leges artis*” em ambos os serviços, por médicos de especialidades diferente, e aí terá de se analisar a conduta de cada médico que interveio e no caso de se verificar uma cooperação errada de ambos os médicos da qual resultou um dano para o paciente a responsabilidade será imputada aos vários médicos, por se presenciar um comportamento negligente conjunto.

9.2.1.1. O caso do médico de família e do médico de especialidade: Intervenção sucessiva

O médico de medicina geral e familiar, vulgarmente conhecido como médico de família, é o médico responsável pelo acompanhamento contínuo do estado de saúde de uma pessoa.

Este tipo de médico encontra-se disponível para qualquer problema de saúde que surja em qualquer pessoa sem se restringir a uma questão de saúde definida.

Em regra, o contacto entre o utente e o médico de família dá-se antes de surgir algum problema de saúde.

O médico de família⁴⁸ é considerado, por muitos, como sendo um gestor de recursos.

⁴⁸ “Os Especialistas de Medicina Geral e Familiar são médicos especialistas formados nos princípios da disciplina. São médicos pessoais, responsáveis em primeiro lugar pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que procuram cuidados médicos, independentemente da sua idade, sexo ou afeição. Prestam cuidados a indivíduos no contexto das respetivas famílias, comunidades e culturas, respeitando sempre a autonomia dos seus pacientes. Reconhecem ter também uma responsabilidade profissional para com a sua comunidade. Quando negociam os planos de ação com os seus pacientes, integram fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, utilizando os conhecimentos e a confiança gerados pelos contactos médico-paciente repetidos” in European Academy of Teachers in General Practice, “*A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral/medicina familiar)*”, EURACT, 2005. Disponível: <http://www.apmgf.pt/ficheiros/Definicao_MGF-EURACT_2005.pdf>.

É com este médico que se cria um primeiro contacto e é ele quem solicita exames, de rotina ou específicos, e que remete o paciente para outros médicos de especialidades terapêuticas⁴⁹ quando considere necessário.

É esta relação que se cria quando o médico de família envia o seu paciente para outro médico que seja especialista numa área específica que será alvo de estudo.

O médico de família, por norma, pode confiar no médico de especialidade para o qual remete o paciente e conforme o princípio da auto-responsabilidade ficará livre de ser responsabilizado pela conduta do médico que recebe o seu paciente.

Por sua vez, o médico especialista que acolhe o doente poderá, igualmente, acreditar nas informações constantes no relatório clínico feito pelo médico de família.

Porém, o teor do relatório escrito pelo médico de família não deve servir de único fundamento para a intervenção realizada pelo médico especialista, tendo este que observar devidamente o doente antes de optar por lhe prescrever ou indicar um tratamento em particular.

Posteriormente à submissão do doente a um tratamento ou intervenção necessária à reposição do seu estado de saúde este volta a ser acompanhado pelo seu médico de família.

O médico de família passa a ser o responsável por avaliar a conseqüente evolução da condição médica do doente.

Mais uma vez, neste caso, perante a relação entre médicos de especialidades diversas, impera o princípio da confiança e como tal o médico de família deverá poder confiar nas indicações médicas cedidas pelo especialista, mas se, eventualmente, através dos conhecimentos que possui, observar que alguma das medidas se mostra desajustada ou ineficaz deve agir e remeter de novo o paciente para o médico de especialidade para

⁴⁹ Considera-se médico de especialidade terapêutica um médico que tenha feito especialidade numa das áreas médicas constantes da lista disponibilizada pela Ordem dos Médicos. “*Especialidades*” Disponível: <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=02522a2b2726fb0a03bb19f2d8d9524d>.

que este ajuste de forma conveniente as medidas a adotar. Se não o fizer, resignando-se a tais medidas e da adoção das mesmas advier um dano para a saúde do doente, arrisca-se a ser responsabilizado em conjunto com o médico especialista.

Este caso assentará, pois, num comportamento negligente conjunto.

Pode ainda suceder uma situação extrema de falta de zelo e violação clara das “*leges artis*” do médico de família que ignora voluntariamente as medidas adequadas indicadas pelo médico de especialidade terapêutica e com tal conduta criar um perigo e ocorrer uma lesão para o paciente. O único responsável será o médico de família uma vez que o médico especialista, aqui, se encontra protegido pelo princípio da confiança.

9.2.1.2. O caso do médico-cirurgião e do anestesiológista: Intervenção simultânea

Após o esclarecimento prático de uma situação em que vários médicos atuavam sucessivamente cabe agora explorar um caso em que atuação é simultânea.

Optei pelo exemplo da relação do médico-cirurgião e o anestesiológista por considerar ser o mais paradigmático e o que mais se destaca na doutrina e jurisprudência nacionais.

O cirurgião e o anestesiológista pertencem a especialidades médicas díspares e por isso cada um deles desenvolve a sua função de forma independente, contudo, no decorrer de uma cirurgia acabam por se complementar com vista a conduzir a mesma ao sucesso.

Ao médico cirurgião, no âmbito de uma intervenção cirúrgica, compete-lhe direção a mesma e ao anestesiológista cabe-lhe controlar o estado do doente, em particular, os seus sinais vitais, durante e após a cirurgia.

Entre estes dois médicos observa-se uma relação de trabalho horizontal na qual se verifica uma situação de igualdade fruto da sua formação, competência e independência. O médico-cirurgião e o anestesiológista atuam juntos no âmbito dos conhecimentos individuais das suas especialidades.

Aplica-se o princípio da confiança e por isso cada médico pode confiar na ação do outro não sendo responsável, em princípio, pela atuação alheia.

Afastar-se-á a possibilidade de recorrer ao princípio da confiança quando um dos médicos tenha percecionado o erro do outro colega e tendo forma de o evitar não o fez nem avisou o colega do mesmo.

Não esquecendo que estes dois profissionais exercem as suas funções autonomamente, não se encontrando numa relação de supra/infra ordenação, desenvolvem tarefas específicas e são responsáveis pela execução das mesmas e por isso quando falharem são responsabilizados individualmente.

O anestesiológista será responsabilizado, por exemplo, quando em virtude do não cumprimento do seu dever de proceder a uma avaliação minuciosa do estado do paciente lhe administrar uma anestesia indevida ou quando fruto da passagem de informação insuficiente ao cirurgião relacionada com o uso da anesia para o paciente advier um dano.

No que concerne ao cirurgião este atua negligentemente quando na sua conduta cometa, por exemplo, um erro de diagnóstico ou um erro material.

No campo de atuação simultânea destes profissionais de saúde o dever maior do anestesiológista será o de advertir o cirurgião para os perigos da anestesia no caso concreto. É a partir desta advertência que o cirurgião optará, tendo em conta a urgência da cirurgia, por aplica-la ou não.

Se a cirurgia não for considerada indispensável para salvar a vida do doente e mesmo assim, após a advertência do anestesiológista para o perigo de vida que pode resultar da toma da anestesia, o cirurgião insistir para que o paciente a tome e o anestesiológista se conforme com o resultado danoso da aplicação da anestesia, verificaremos um comportamento negligente conjunto, pelo qual ambos serão responsabilizados.

10. Conclusão

A dissertação apresentada destinou-se a aprofundar o tema da “*Responsabilidade penal das equipas médicas*” e as problemáticas que dele advém.

Depreendemos que a medicina, nos dias que correm, se mostra complexa, observando-se uma espécie de ramificações com a mesma base, mas que se sub-divide em inúmeras especialidades.

Os tratamentos médicos são cada vez mais inovadores e substancias o que pode acarretar novos perigos.

Atendendo à relevância social da atividade médica esta merece especial atenção pelo Direito e o Direito Penal, em concreto, dispõe no artigo 150º do Código Penal normas específicas para a atuação médica.

O profissional de saúde pode ser responsabilizado através da responsabilidade disciplinar, da responsabilidade civil e da responsabilidade penal.

A relação entre médico e paciente deixou de estar restringida a dois indivíduos verificando-se, hoje, uma pluridisciplinaridade que obriga à coordenação de esforços entre os vários profissionais de saúde. Esta exigência de elevada capacidade de coordenação e comunicação entre todos os que atuam no tratamento ou intervenção de um paciente pode aumentar a probabilidade de ocorrer um erro.

Se um dos profissionais de saúde violar o dever objetivo de cuidado a que se encontra distrito e daí resultar uma lesão para a vida ou saúde do doente o direito penal intervirá para o responsabilizar.

Para aferir dessa violação recorre-se às “*leges artis*”, que representam o conjunto de regras gerais de foro técnico aprovadas pela comunidade científica que o médico tem a obrigação de conhecer e utilizar no caso concreto.

A atividade médica desenrola-se, cada vez mais, em trabalho de equipa e se da atuação em equipa acontecer um dano para o doente afigura-se a necessidade de delimitar

a responsabilidade de cada membro e para isso, no âmbito do exercício da medicina em equipa, a doutrina recorre aos princípios da divisão do trabalho e da confiança.

O princípio da divisão do trabalho possibilita que se apure a contribuição de cada membro no progresso e desempenho do trabalho efetuado em conjunto e quando aliado ao princípio da confiança permite que cada membro da equipa médica, em convívio com os outros, possa confiar que os colegas desenvolverão a sua conduta diligentemente cumprindo os deveres de cuidado que sobre eles impendem.

No que toca aos crimes negligentes vimos que na doutrina nacional predomina o conceito restritivo de autor.

A co-autoria não admite nos crimes negligentes, porém, há situações em que é impossível apurar o alcance da responsabilidade de cada indivíduo e nota-se necessário responsabilizá-los por um comportamento negligente conjunto.

Quando a equipa médica atua pode ser no âmbito de relações de trabalho horizontais ou relações verticais e no quadro das relações horizontais pode existir intervenção sucessiva ou simultânea.

Nas relações horizontais aplica-se o princípio da confiança em pleno podendo apenas ser afastado nos casos em que um dos membros da equipa tenha confiado injustificadamente na conduta alheia fruto da qual resultou uma falha que era notoriamente perceptível. No caso de se tratar de médicos de especialidades diferentes é preciso considerar que cada um detém regras de cuidado específicas da sua área de conhecimento e que não é exigível ao outro dominar esses deveres concretos.

Findo, o estudo, concluímos que a matéria é de extrema relevância e que ainda há um caminho a ser percorrido e muitas questões por responder no que respeita à responsabilidade penal das equipas médicas.

11. Bibliografia

ANDRADE, Manuel da Costa. *“A dignidade penal e a carência de tutela penal como referências de uma doutrina teleológico-racional do crime”* in Revista Portuguesa de Ciência Criminal, Ano 2, Fascículo 2, Coimbra: Coimbra Editora, 1992.

BRITO, Teresa Quintela de. *“Responsabilidade penal dos médicos”* in Revista Portuguesa de Ciência Criminal, Ano 12, nº3, Coimbra: Coimbra Editora, 2002.

CANOTILHO, Gomes; MOREIRA, Vital. *“Constituição da república portuguesa anotada”*, Volume I, 4ª Edição, Coimbra: Coimbra Editora, 2007.

COSTA, José de Faria. *“Ilícito-típico, resultado e hermenêutica”* in Revista Portuguesa de Ciência Criminal, Ano 12, nº1, Coimbra: Coimbra Editora, 2002.

CORDEIRO, Jorge da Silva. *“Responsabilidade médica disciplinar no serviço nacional de saúde”* in Direito da Medicina – I, 6, Coimbra: Coimbra Editora, 2002.

DIAS, Augusto Silva. *“Responsabilidade penal negligente em organizações complexas de cuidados de saúde”* in Revista Ordem dos Médicos, Ano 28, nº52, 2012.

DIAS, Jorge de Figueiredo. *“Direito penal – parte geral – tomo I”*, 2ª Edição, 2ª Reimpressão, Coimbra: Coimbra Editora, 2012.

DIAS, Jorge de Figueiredo. *“Sobre o estado atual da doutrina do crime”* in Revista Portuguesa de Ciência Criminal, Ano 1, Fascículo 1, Coimbra: Coimbra Editora, 1991.

ESTORNINHO, Maria João; MACIEIRINHA, Tiago. *“Direito da saúde”*, Lisboa: Universidade Católica Editora, 2014.

FARIA, Maria Paula Leite Ribeiro de Faria. *“O erro em medicina e o direito penal”* in Lex Medicinæ, Ano 7, nº14, Coimbra: Coimbra Editora, 2010.

FIDALGO, Sónia. *“Responsabilidade penal na equipa hospitalar”* in Lex Medicinæ, Ano 7, nº14, Coimbra: Coimbra Editora, 2010.

FIDALGO, Sónia. ***“Responsabilidade penal por negligência no exercício da medicina em equipa”***, Coimbra: Coimbra Editora, 2008.

FRAGATA, José; MARTINS, Luís. ***“O erro em medicina (perspetiva do indivíduo, da organização e da sociedade)”***, 4ª Reimpressão, Coimbra: Almedina, 2014.

LOUREIRO, João; PEREIRA, André Dias; BARBOSA, Carla. ***“Direito da saúde: estudos em homenagem ao Professor Doutor Guilherme de Oliveira”***, Volume II, Profissionais de Saúde e Pacientes; Responsabilidades, Coimbra: Almedina, 2016.

MACHADO, João Baptista. ***“Tutela da confiança e “venire contra factum proprium””***, obra dispersa, Volume I, Braga: Scientia Iuridica, 1991.

MENDES, Paulo de Sousa. ***“Ética, medicina e direito penal”*** in Anatomia do Crime, nº0, Coimbra: Almedina, 2014.

MONIZ, Helena. ***“Legislação de direito da medicina”***, 1ª Edição, Coimbra: Coimbra Editora, 2008.

MONIZ, Helena. ***“Risco e negligência na prática clínica”*** in Revista do Ministério Público, I30, Ano 33, 2012.

OLIVEIRA, Guilherme de. ***“Temas de direito da medicina”***, 2ª Edição Aumentada, Coimbra: Coimbra Editora, 2005.

PINA, J.A. Esperança. ***“A responsabilidade dos médicos”***, 3ª Edição, Lisboa: Lidel, 2003.

RAPOSO, Vera Lúcia. ***“Do ato médico ao problema jurídico”***, 2ª Reimpressão, Coimbra: Almedina, 2015.

RODRIGUES, Álvaro da Cunha Gomes Rodrigues. ***“Responsabilidade em direito penal (estudo dos pressupostos sistemáticos)”***, Coimbra: Almedina, 2007.

ROXIN, Claus. ***“Problemas fundamentais de direito penal”***, 3ª Edição, Lisboa: Vega, 2004.

RUEFF, Maria do Céu. *“Do erro (em medicina) ao acidente (em saúde)”* in Anatomia do Crime, nº0, Coimbra: Almedina, 2014.

SILVA, Germano Marques da. *“Direito penal português (a teoria do crime)”*, Lisboa: Universidade Católica Editora, 2012.

12. Webgrafia

European Academy of Teachers in General Practice. “*A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral/medicina familiar)*”, EURACT, 2005. Disponível:

«http://www.apmgf.pt/ficheiros/Definicao_MGF-EURACT_2005.pdf».

Lei nº 117/2015 de 31 de agosto – “*Estatuto da ordem dos médicos*”. Disponível:

«<https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=26e359e83860db1d11b6acca57d8ea88&id=7a6a6127ff85640ec69691fb0f7cb1a2>».

NUNES, J. Martins. “*Da responsabilidade dos médicos anestesiólogos – dos diversos tipos de responsabilidade, formas de apuramento e instâncias decisórias*”. Disponível:

«<http://rihuc.huc.minsaude.pt/bitstream/10400.4/1352/1/ResponsabilidadeMedAnestesDrJMNunes.pdf>»

Ordem dos Médicos. “*Especialidades*” Disponível:

«<https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=02522a2b2726fb0a03bb19f2d8d9524d>».

Regulamento nº 707/2016, de 21 de julho – “*Regulamento de deontologia médica*”.

Disponível:

«<https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=df263d996281d984952c07998dc54358&id=d19544ae709580379cd2523b0e72c86d>»

Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 – “*Convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina*”. Disponível:

«http://www.dgpj.mj.pt/sections/relacoes-internacionais/copy_of_anexos/convencao-para-a4805/».

