

# A PARTICIPAÇÃO DO MÉDICO EM REDES SOCIAIS: QUESTÕES JURÍDICO-PENAIIS

## PHYSICIAN'S PARTICIPATION IN SOCIAL NETWORKS: LEGAL-CRIMINAL ISSUES

*Por* Fernanda G. Galhego Martins(\*)

### *SUMÁRIO:*

**Resumo.** 1. A medicina e as redes sociais<sup>(1)</sup>. 2. O médico e as suas redes sociais. 2.1. As informações sobre o próprio médico. 2.2. O paciente e a informação partilhada pelo médico. 3. Considerações finais. **Bibliografia**

### **Resumo:**

O olhar sobre a participação do médico em redes sociais através da criação e gestão de perfis com conteúdo profissional e, em especial, a partilha de informações sobre a sua prática diária, sobre si próprio e sobre as suas realizações profissionais, ajuda a traçar um cenário positivo e benéfico para a relação médico-paciente, mas também permite denotar situações potencialmente capazes de conflituarem com o desempenho de qualidade dessa profissão ou com a privacidade do paciente, que se vê personagem ou figurante das postagens médicas compartilhadas com terceiros, e, assim, suscitar algumas questões jurídico-penais. Estas dizem respeito, nomeadamente, à possibilidade de determinadas interações que podem emergir nesse contexto — em que informações e imagens são divulgadas a um público geral — consubstanciarem comportamentos passíveis de se subsumirem a uma moldura penalmente típica e, por conseguinte, atrair um novo foco de atenção.

---

(\*) Doutora em Ciências Jurídico-Criminais pela Faculdade de Direito de Coimbra, com pós-graduação em Direito da Farmácia e do Medicamento pelo Instituto de Direito Biomédico da Universidade de Coimbra e em Direito Público pela Faculdade de Direito da Universidade Gama Filho. Licenciada em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Advogada.

**Palavras-chave:**

Redes sociais, *internet*, *instagram*, direito penal médico, usurpação de funções, segredo médico, violação de segredo.

**Abstract:**

*Physician participation in social networks through the creation and management of professional content profiles, and in particular sharing information about their daily practice, about themselves and their professional accomplishments, helps to create a positive and beneficial scenario for the doctor-patient relationship, but also allows denoting situations potentially capable of conflicting with the quality performance of this profession or the patient's privacy, and thus raising some legal-criminal issues. These questions draw the attention of the present study, which intends to analyze the criminal relevance of physician behavior.*

**Keywords:**

*Social networks, internet, instagram, medical criminal law, misuse of duties, medical secrecy, breach of secrecy.*

## 1. A medicina e as redes sociais<sup>(1)</sup>

A ativa participação médica em redes sociais ajuda a desmistificar o papel desempenhado pelo profissional de medicina e a estreitar a relação entre este e o seu paciente. O uso dessas ferramentas virtuais permite aproximar também o indivíduo comum, e leigo em medicina, de práticas dantes distantes e de um cenário perspectívado, outrora, como improvavelmente ou nada atraente para ser virtualmente acompanhado a título de mero entretenimento.

O levantar das cortinas mostra um cenário singular e, muitas vezes, instigante. A veiculação aberta, em redes sociais, de medidas e de procedimentos, que até então se encontravam afastados e salvaguardados do olhar de terceiros pelas paredes de salas e consultórios, apresenta ao público geral novas ou nem sempre conhecidas e, nalgumas situações, sedutoras possibilidades para quem busca e para quem precisa de determinados cuidados.

---

<sup>(1)</sup> As questões jurídico-penais emergentes da criação e gestão de perfis médicos com conteúdo profissional em redes sociais foram também analisadas sob o regime jurídico-penal brasileiro, num estudo da presente autora que se encontra publicado com o título “As Redes Sociais e a Atividade Médica”, na *Revista Juscontemporânea do Tribunal Regional Federal da 2.ª Região*, [S.l.], V. 1, n.º 1, set. 2019, pp. 80-101, 2019 e na *Revista Seleções jurídicas*, Rio de Janeiro, Setembro de 2019, pp. 28-43, 2019.

Essa nova fase parece marcada, por assim dizer, pela abertura da prática da medicina — com a maior difusão das imagens de procedimentos e tratamentos e com o aumento da informação disponibilizada pelos próprios profissionais da área — e também por uma visão mais humana e realista da figura do médico. Ambos os fatores se veem propulsados pela facilidade do acesso e troca de informações entre profissionais de medicina e o público geral, pela possibilidade de estreitamento da relação médico-paciente e pela diluída ou, de certa forma, decifrada difusão do conhecimento científico, traduzido ou enunciado numa linguagem, em geral, mais próxima do leitor comum, leigo em medicina.

Esse contexto ajuda, intencionalmente ou não, a superar o distanciamento ou um suposto endeusamento da atividade médica. A ampliação dos métodos de transmissão da informação beneficia, num primeiro plano, a relação médico-paciente e uma tomada de decisão conscienciosa deste último na medida em que favorece, por exemplo, a troca de informações e a oferta de esclarecimentos, apoiando a atividade terapêutica e um esclarecimento presencial e individualizado.

Os efeitos gerados pelo uso das redes sociais não se limitam, todavia, somente a essa relação bilateral. Eles, como se pode, desde já, notar, alcançam outros indivíduos e inauguram uma relação nova e estranha àquela usualmente desenvolvida entre o médico e o seu paciente, e que se verifica, sobretudo, no âmbito das postagens realizadas em redes sociais de conteúdo público.

As novas formas de contato ampliam o feixe de ouvintes e, com isso, criam dinâmicas com diversos interlocutores. O profissional de saúde interage com o público geral, e essas multilaterais relações geram, sem dúvida, efeitos positivos. A nova dinâmica de interação tem potencial para ajudar, conforme já mencionado, a desmistificar a atividade médica<sup>(2)</sup>, a apresentar novas possibilidades e/ou esperanças para quem busca soluções para os seus problemas de saúde<sup>(3/4)</sup>, a elucidar dúvidas de leigos e dos próprios pacientes, e ainda a encurtar o distanciamento entre estes últimos e os seus

---

(2) Isto se verifica, principalmente, nas páginas pessoais de médicos que não têm um conteúdo puramente profissional ou apenas postagens de cunho estritamente científicos.

(3) O uso de *hashtags* para se referir ao nome de certas técnicas e intervenções acaba por ser uma ferramenta útil para conectar o material compartilhado a quem busca informações sobre um determinado procedimento. Aquelas também acabam por ser um modo prático de tecer referências a determinados assuntos, e interligá-los, de forma mais leve e informal.

(4) A simples menção de técnicas ou intervenções ou a informação sobre um aparelho ou procedimento novo não reflete, por si só, necessariamente o ideal de publicitar esta ou aquela medida — o intuito pode ser tão somente informativo.

médicos<sup>(5)</sup>, facilitando-lhes a comunicação<sup>(6)</sup> — que se estende para além do atendimento presencial<sup>(7/8)</sup>.

Os mesmos remédios que propiciam a aproximação entre a prática da medicina e o público geral apresentam também seus próprios efeitos colaterais menos positivos. Uma comunicação genérica ou generalizável, publicada em redes sociais ou plataformas similares, nem sempre se aplica à situação particular do leitor não examinado; o sujeito que lê uma postagem com conteúdo médico — muitas vezes — não detém os conhecimentos técnicos ou científicos necessários para interpretá-la adequadamente; e determinadas informações e, sobretudo, algumas imagens compartilhadas fomentam expectativas exageradas ou irreais, dificilmente alcançáveis ou realizáveis em terceiros.

Nenhuma postagem parece ser de todo inofensiva. A impossibilidade de afirmar verdades universais aplicáveis invariavelmente e por simples subsunção ao indivíduo comum, dotado de particularidades e vicissitudes, aumenta o perigo que uma informação genérica e nem sempre corretamente compreendida pode representar para a saúde de um sujeito não examinado — que, por exemplo, adota certas restrições alimentares ou suplementações por ter lido ou visto um determinado *post* médico que esclarece sobre as maravilhas de uma determinada substância ou tratamento —; e ainda contraindica que se assuma o risco dos esclarecimentos porventura prestados se assemelharem ou efetivamente se traduzirem numa consulta à distância a um paciente desconhecido e nunca examinado — que, por exemplo, adota certo tratamento farmacológico ou suplementação vitamínica a partir do aconselhamento médico recebido *on line* ou devido a uma experiência vivida por outrem e compartilhada pelo profissional de medicina.

A opção por participar em redes sociais gera alguns desafios para o profissional de medicina. Se, por um lado, cada janela aberta parece apre-

---

(5) A veiculação de imagens cotidianas em páginas pessoais — como, por exemplo, fotos de acontecimentos diários (como a caminho do consultório) ou em congressos — acaba por aumentar essa sensação de proximidade.

(6) Vale observar que o discurso empregue nessas plataformas sociais é, normalmente, bem mais informal do que o usualmente adotado no meio médico. E, sobretudo em páginas de cunho pessoal, a referência de forma coloquial, por exemplo, a um determinado procedimento que reflete tão somente a exposição do dia-a-dia do profissional torna a comunicação mais acessível a um maior número de pessoas.

(7) Essa comunicação de nenhum modo se presta a substituir uma consulta presencial, ela visa, de um modo geral, apenas esclarecer, afastar dúvidas ou confusões.

(8) Em caso de perguntas, por exemplo, as respostas mais generalizadas parecem mais recomendadas para que tais interações não se assemelhem a uma consulta à distância de um sujeito não examinado ou de um paciente superficialmente acompanhado.

sentar uma resposta para uma necessidade existente, por outro, cada dado compartilhado também tem o potencial de criar uma — nem sempre benéfica ou anódina — necessidade ou uma solução para um problema que, de outra forma, nunca antes teria sido aventado, o que pode levantar algumas dúvidas quanto às vantagens aportadas para os leigos que tomam conhecimento dessas informações e que, por fim, nem sempre têm as ferramentas necessárias para compreender o conteúdo postado e tirar algum proveito do material disponibilizado.

Os problemas que podem resultar dessa interação social certamente não se limitam ao elenco de preocupações supramencionado. A multiplicidade de agentes e de informações susceptíveis de serem virtualmente compartilhadas acarreta a impossibilidade fática de prever todas as circunstâncias, situações e repercussões passíveis de advir desse contexto e, assim sendo, contraindica um *check-up* completo da matéria.

O exame do presente cenário permite detetar, no entanto, algumas constantes, comumente encontradas nesse modelo de contato virtual. O eixo central se constitui, por assim dizer, (i) pelas informações postadas pelo médico sobre si mesmo — como a sua formação e especialidades — e (ii) pelos dados por ele disponibilizados que se encontram diretamente ligados à sua atividade laboral, ao seu conhecimento científico e à sua prática diária — como a divulgação de imagens dos procedimentos e práticas médicas desempenhados que, não raro, incluem a partilha dos resultados por si alcançados —, elementos esses que parecem inafastáveis quando se fala na criação e gestão de um perfil médico em redes sociais, e que, por essa razão, ora se sujeitam a um exame mais apurado.

## 2. O médico e as suas redes sociais

As palavras inicialmente traçadas evidenciam, desde já, as repercussões trazidas pelo uso das redes sociais para a costumeira relação médico-paciente e para terceiros que desta não participam. De um modo geral, é possível afirmar que o plano virtual viabiliza novas e multilaterais comunicações, faculta ao médico a possibilidade de interagir com um público mais amplo e de apresentar e divulgar, num contexto aberto, informações de cunho pessoal e profissional que passam a ser extensivamente compartilhadas.

A criação e gestão de perfis sociais por profissionais de medicina consolida, assim, novas formas de contato e de disseminação da informação. E, como não poderia deixar de ser, nessa atual relação desenvolvida

com público geral, os participantes têm, via de regra, liberdade para interagir e, com isto, estão sujeitos às consequências de seus atos, aos ônus e aos bônus advindos de suas condutas para com os demais, da mesma forma que sucede fora das plataformas e redes sociais.

A faculdade de postar traz consequências para os participantes dessa relação multilateral. As normas jurídico-penais e as regulamentações profissionais têm também aplicação no cenário virtual, abrangendo o material exposto através das redes sociais, designadamente o conteúdo veiculado e divulgado pelo profissional de medicina e dirigido, já não mais para apenas um paciente, mas sim, para um público maior e nem sempre determinável, que acede aos dados por aquele postados sobre si próprio e a sua ciência — impondo aos agentes, portanto, uma maior cautela com o material compartilhado.

## 2.1. As informações sobre o próprio médico

A opção pessoal pela criação e manutenção de um perfil individual com a divulgação da atividade laboral implica para o médico a observância das normas e diretrizes de conduta previstas pelo seu setor. Estas se dirigem inclusive ao comportamento público do médico e se aplicam, portanto, também às redes sociais de compartilhamento de dados e às ferramentas de comunicação similares, alcançando as novas formas de interação multilateral virtualmente proporcionadas<sup>(9)</sup>.

Neste contexto, a transparência e veracidade no que diz respeito às informações divulgadas sobre si próprio, sobre suas especialidades e competências, parece, como não poderia deixar de ser, uma necessidade óbvia. E, mesmo que assim não fosse, o *Código Deontológico* enuncia expressamente o dever médico de “respeitar a veracidade dos títulos profissionais e acadêmicos que utilize”<sup>(10/11)</sup>.

---

<sup>(9)</sup> O *Código Deontológico — Regulamento n.º 707/2016*, de 21 de Julho (publicado no Diário da República, n.º 139/2016, Série II de 2016-07-21) — estabelece dentre os *Princípios Gerais de Conduta* que o “médico deve ter comportamento público e profissional adequado à dignidade da sua profissão, sem prejuízo dos seus direitos de cidadania e liberdade individual” (art. 4.º, n.º 9) e, no mesmo sentido, também dispõe o art. 135.º, n.º 9 do *Estatuto da Ordem dos Médicos / Anexo I*, da Lei n.º 117/2015, de 31 de Agosto.

<sup>(10)</sup> Art. 57.º, n.º 1 do *Código Deontológico / Regulamento n.º 707/2016*, de 21 de Julho.

<sup>(11)</sup> Isto se conjuga ainda à vedação ao médico de “utilizar na prática clínica quaisquer títulos ou designações derivados de provas, concursos ou formação nacional ou internacional que não correspondam à área específica de especialização clínica e que não tenham obtido a prévia concordância da Ordem” (art. 57.º, n.º 2 do *Código Deontológico / Regulamento n.º 707/2016*, de 21 de Julho).

A especialização comunicada ao público geral há de corresponder, portanto, a uma que se encontre especificamente reconhecida pela Ordem dos Médicos, pelo respectivo Colégio de especialidades e competências<sup>(12)</sup>. Isto quer dizer que, por exemplo, um curso ou aprimoramento técnico que não seja assim reconhecido não se confunde, e, desde logo, não deve ser divulgado sob o título de especialidade.

Caso o profissional opte pela comunicação de formações e cursos técnicos que tenha realizado, esta veiculação há de ser feita com cautela para não induzir, mesmo que não intencionalmente, terceiros em erro. Isto porque não se pode deixar de ter em conta a fronteira ténue muitas vezes presente entre a designação de uma determinada habilidade ou formação e a nomenclatura empregue por uma especialização reconhecida; o que, inquestionavelmente, possibilita que a comunicação das primeiras fomente alguma confusão para o leitor/ouvinte leigo, que desconhece as especificidades da profissão.

De forma a evitar uma indesejada confusão, a comunicação da especialidade reconhecida e efetivamente detida pelo profissional deve ser clara e objetiva. Logo, as demais formações porventura existentes, se enunciadas, podem exigir um maior esclarecimento, capaz de determinar a menção conjunta da especialidade médica reconhecida detida pelo profissional ou, em caso de ausência desta, da designação geral atribuída ao profissional de medicina não especializado, indiferenciado.

Um exemplo ajuda a ilustrar a relevância da questão. Imagine um médico sem formação especializada, isto é, que não realizou ou não concluiu uma especialização, e que tenha cursado e concluído, por exemplo, uma pós-graduação em Medicina Estética. Essa nomenclatura não reflete a designação de uma especialidade médica, não há um Colégio dessa suposta categoria. Noutras palavras, não existe a qualificação «especialista em medicina estética», e, obviamente, tampouco o curso de pós-graduação poderia ser considerado conferente desse título<sup>(13/14)</sup>.

---

(12) Nos termos do art. 3.º, alínea a) do *Regulamento Geral dos Colégios de Especialidades e de Competências e das Secções de Subespecialidades* / Regulamento n.º 628/2016, de 6 de Julho, da Ordem dos Médicos (Diário da República, n.º 128/2016, Série II de 2016-07-06), considera-se médico especialista “o profissional habilitado com uma diferenciação a que corresponde um conjunto de saberes específicos, obtidos após a frequência, com aproveitamento, de uma formação especializada numa área do conhecimento médico e inscrito no respetivo colégio da especialidade nos termos dos arts. 123.º, ss. do Estatuto da Ordem dos Médicos”.

(13) Cf. *Regulamento Geral dos Colégios de Especialidades e de Competências e das Secções de Subespecialidades* / Regulamento n.º 628/2016, de 6 de Julho, da Ordem dos Médicos, e arts. 123.º, ss. do Estatuto da Ordem dos Médicos / Anexo I, da Lei n.º 117/2015, de 31 de Agosto.

(14) As especialidades médicas reconhecidas estão previstas no art. 97.º, n.º 6 do *Estatuto da Ordem dos Médicos* / Anexo I, da Lei n.º 117/2015, de 31 de Agosto.

Agora, suponha ainda que esse médico hipotético realiza, como as suas informações deixam antever, uma série de procedimentos de cunho satisfativo, como a aplicação de toxina botulínica para fins estéticos ou a colocação de fios de sustentação facial<sup>(15)</sup>. Diante desse conjunto de dados, a mera comunicação de que se trata de um «especialista em medicina estética» pode induzir, intencionalmente ou não, o leigo — leitor da informação — a crer que se trata de um profissional com especialização em cirurgia plástica, reconstrutiva e estética ou em dermato-venereologia — estas sim especialidades médicas subordinadas ao regime de seus respectivos Colégios e cuja existência detém o reconhecimento geral.

O problema não se restringe apenas ao âmbito de uma eventual confusão causada ao leitor. O *Código Deontológico* da Ordem dos Médicos veda ainda a utilização na prática clínica de “quaisquer títulos ou designações derivados de provas, concursos ou formação nacional ou internacional que não correspondam à área específica de especialização clínica e que não tenham obtido a prévia concordância da Ordem”<sup>(16)</sup>, o que, com efeito, impõe ao médico um maior cuidado com a informação divulgada.

As diretrizes profissionais são suficientemente claras no que respeita ao elenco das especialidades médicas reconhecidas. E, como se não bastasse o elenco taxativo normativamente enunciado, elas ainda assinalam a necessidade de o médico respeitar os limites das suas qualificações e competências<sup>(17)</sup>.

O cenário hipotético anteriormente apresentado permite suscitar ainda uma outra questão. Esta é: se esse médico se está a arrogar, expressa ou tacitamente, deter qualificações que efetivamente não possui (?).

Note-se que não se trata de verificar aqui se o médico está a apto ao exercício profissional ou preparado para uma determinada espécie de intervenção. O outrora positivado exercício ilegal da medicina tampouco está em causa, pois o art. 12.º do Decreto-Lei n.º 32. 171, de 29 de Julho de 1942<sup>(18)</sup> não resistiu à reforma legal operada pelo Código Penal de 1982 e foi expressamente revogado pelo art. 6.º deste último.

A dúvida se apresenta no que se refere à eventual possibilidade de subsunção da conduta desse profissional à figura típica prevista no

---

(15) O exemplo dos cuidados estéticos deve-se, sobretudo, à curiosidade que esse âmbito e esse tipo de postagem suscita.

(16) Art. 57.º, n.º 2 do *Código Deontológico* / Regulamento n.º 707/2016, de 21 de Julho, da Ordem dos Médicos.

(17) Art. 11.º, n.º 1 do *Código Deontológico* / Regulamento n.º 707/2016, de 21 de Julho, da Ordem dos Médicos.

(18) O Decreto-Lei n.º 32. 171, de 29 de Julho de 1942 consagrava “normas de natureza penal e processual penal” relativas “ao sigilo médico e exercício ilegal da medicina” (RUEFF, 2010, p. 142).



art. 358.º do Código Penal. Isto é, se o profissional do exemplo está a alardear ou a sugerir preencher as condições necessárias à prática profissional quando comunica uma qualificação que não corresponde a um título de especialista; e, também, se está a praticar um ato próprio de uma determinada profissão sem possuir as condições legais necessárias.

A resposta não se avança com brevidade. Há algumas condicionantes que devem ser previamente determinadas:

- a) se o título de especialista constitui um limite à prática da profissão;
- b) se, assim sendo, é possível considerar que o médico esteja a praticar atos próprios de uma profissão sem preencher as condições necessárias; e
- c) se a informação partilhada pelo médico sobre a sua formação pode ser considerada uma falsa alegação sobre a sua titulação.

As condicionantes elencadas importam para a apreciação da relevância penal da conduta do profissional. Isto porque, o art. 358.º, alínea *b*) do Código Penal tipifica a conduta de quem “Exercer profissão ou praticar acto próprio de uma profissão para a qual a lei exige título ou preenchimento de certas condições, arrogando-se expressa ou tacitamente, possuí-lo ou preenchê-las, quando não o possui ou as não preenche”.

O tipo penal deixa transparecer, desde já, alguns elementos que precisam ser esclarecidos. Ele suscita a busca por outras fontes capazes de transmitir quais os títulos e quais as condições legais exigidas para o exercício profissional, no presente contexto, da medicina.

O caminho lógico para o intérprete na determinação dos limites da atuação médica parece envolver o recurso à norma extrapenal, nomeadamente, à legislação aplicável à profissão. O reenvio da matéria parece incontornável.

A solução seria simples se o agente fosse um leigo ou um indivíduo que não terminou o curso de medicina e que leva a cabo atos próprios da profissão de médico. A exigência (legal) e a falta (efetiva) do título profissional para a prática da medicina evidenciariam a subsunção do comportamento ao tipo em espécie — mas esse não é o caso.

O mesmo se poderia dizer sobre o licenciado não habilitado ou profissionais formados noutros países e que não se encontrem devidamente registados na Ordem dos Médicos. Nessas situações, a falta da condição legal necessária à prática profissional conjugada com o desempenho da atividade permite concluir pela subsunção da conduta à figura típica ora tratada.

Muito embora a denominação «médico» seja utilizada, frequentemente, também em referência ao licenciado em medicina, a conclusão da formação básica profissional — isto é, do curso de medicina propriamente dito — não basta para permitir o exercício legal dessa atividade<sup>(19)</sup>. A autorização para tanto fica a depender de outra condição: o registo profissional — ou, mais especificamente, a inscrição na Ordem dos Médicos<sup>(20)</sup> —, uma exigência legal que o médico do primeiro exemplo satisfaz<sup>(21)</sup>.

O retorno ao exemplo inicial deixa claro que o médico possui a habilitação e traz também mais algumas certezas. A pós-graduação cursada pelo médico hipotético apresentado não corresponde a uma especialidade reconhecida e tampouco pode ser anunciada como tal — muito embora não se negue que, efetivamente, possa ser capaz de preparar o médico para a realização das intervenções que enuncia.

A questão que se coloca é se a especialização médica pode ser considerada um requisito, a mais, necessário para a prática dos atos desenvolvidos e, nesse cenário, postados pelo profissional de medicina. Noutras palavras, importa analisar se a exigência prevista no art. 11.º, n.º 1, do *Código Deontológico* / Regulamento n.º 707/2016, de 21 de Julho — pode ser considerada uma limitação legal, isto é, mais uma condição para exercício de certos atos próprios da profissão de médico.

Ainda sobre a norma regulamentar, vale observar que, o art. 11.º, n.º 1 do *Código Deontológico* — Regulamento n.º 707/2016, de 21 de Julho — deixa claro que “[O] médico não pode ultrapassar os limites das suas qualificações e competências”. E, por sua vez, o n.º 2 do mesmo artigo dispõe que “[A]s especialidades, subespecialidades, competências e formações reconhecidas pela Ordem devem ser tidas em conta”. A restrição estabelecida no n.º 1 (supramencionado) demarca uma área de atuação privativa dos médicos detentores de determinadas *qualificações e competências*<sup>(22)</sup>. Já os requisitos sinalizados remetem, por sua vez, a um uni-

---

<sup>(19)</sup> O art. 2.º do Regulamento n.º 698/2019, de 12 de Julho, da Ordem dos Médicos (publicado no Diário da República, n.º 170/2019, Série II de 2019-09-05), prescreve que “Os médicos possuidores de inscrição em vigor na Ordem dos Médicos são os únicos profissionais que podem praticar os atos próprios dos médicos, nos termos do Estatuto da Ordem dos Médicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 282/77, de 5 de Julho, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 117/2015, de 31 de Agosto e do presente regulamento”.

<sup>(20)</sup> RODRIGUES, 2013, p. 289.

<sup>(21)</sup> Cf. art. 9.º do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 04 de Agosto e art. 3.º do regulamento que define os atos profissionais próprios dos médicos, a sua responsabilidade, autonomia e limites, Regulamento n.º 698/2019, de 12 de Julho, da Ordem dos Médicos.

<sup>(22)</sup> Não se diz exclusiva. Há casos em que a urgência e a falta de outra alternativa podem excepcionar a regra geral e permitir a atuação médica nessa área legalmente demarcada. Nesse sentido,

verso próprio: o das qualificações, que podem ser compreendidas como as especialidades médicas<sup>(23)</sup>, e das competências, que consubstanciam mais um núcleo de habilitação técnico-profissional<sup>(24)</sup>.

Diante do exposto, não parece leviano considerar que, se o título de especialista estabelece um âmbito de atuação e a superação deste está, via de regra, vedada, o profissional que não possui tal qualificação e extravasa os limites previstos para o exercício de sua atividade parece atuar sem atender às condições legais estabelecidas. No caso do exemplo, ainda que o médico possa estar efetivamente preparado — através da sua pós-graduação — para os atos que pratica, esta circunstância seria irrelevante para a apreciação da questão.

O resultado da intervenção não se coloca aqui em causa. Se o agente não detém o título ou não reúne as condições legais para o exercício profissional, o sucesso da sua intervenção e até o restauro da saúde do paciente são indiferentes para a resolução do presente problema<sup>(25)</sup>.

Há de se ter em conta, no entanto, que a conduta típica requer também que o agente “arrogue-se, expressa ou tacitamente”, possuir o título legalmente exigido ou preencher as condições legais. Isto seria o caso do profissional que alegasse possuir uma especialização ou desse a entender possuí-la — através, por exemplo, da aposição em cartão de visita ou em batas de símbolos que identificam determinadas especialidades médicas ou com a postagem de material (imagem e informações) capaz(es) de induzir terceiros em erro —, mas não parece que se possa afirmar, sem mais, que esta seja a situação retratada no exemplo.

Em princípio, se o profissional apenas assinala a realização de uma pós-graduação, essa informação em nada falseia a verdade e nem parece suficiente para, de pronto, afirmar que o médico se arroga possuir algo que não detém e faz o que não deveria fazer. A apreciação do conjunto de dados disponibilizados pelo médico importa à apreciação da questão e, sendo assim, a análise do conjunto dos elementos postados e das demais informações disponibilizadas pelo profissional ajudam a elucidar a situação.

---

cf. art. 11, n.º 5 do *Código Deontológico* / Regulamento n.º 707/2016, de 21 de Julho, da Ordem dos Médicos.

<sup>(23)</sup> Essa conclusão se deve à interpretação conjunta dos artigos 1.º, n.º 1 e 17.º do *Regulamento Geral dos Colégios de Especialidades e de Competências e das Secções de Subespecialidades* / Regulamento n.º 628/2016, de 6 de Julho, da Ordem dos Médicos, os quais se referem às qualificações quando mencionam ou fazem alusão às especialidades médicas.

<sup>(24)</sup> Cf. art. 3.º, c do *Regulamento Geral dos Colégios de Especialidades e de Competências e das Secções de Subespecialidades* / Regulamento n.º 628/2016, de 6 de Julho, da Ordem dos Médicos.

<sup>(25)</sup> Assim também, cf. MONTEIRO, 2001, p. 446.

Não há aqui respostas prontas. Os terceiros sempre podem enganar-se por sua própria falta de informação ou de conhecimento<sup>(26)</sup> e há ainda uma zona cinzenta onde os limites de atuação são pouco claros ou, ao menos, altamente discutíveis. Na prática, pode ser complicado inclusive diferenciar, em alguns casos, se uma determinada medida está fora dos limites de atuação do médico. Isto é, se a intervenção levada a cabo pode ser considerada privativa de uma determinada especialidade ou se pode ser realizada por diversos profissionais com especialidades distintas.

A compreensão do significado e alcance do tipo penal em tela não pode prescindir das diretrizes encontradas na legislação profissional. Elas fornecem as devidas orientações, mas, obviamente, não esclarecem todas as dúvidas e nem sempre permitem indicar claramente as medidas ou os procedimentos privativos de certa especialidade — e tampouco precisam fazê-lo, o desenvolvimento da medicina, a constante necessidade de atualização profissional e a busca do melhor interesse da saúde do paciente parecem razões suficientes para também contraindicar o rígido apelo a um elenco predefinido de medidas.

O cerne da questão não parece estar em escrutinar o leque de atividades restritas a esta ou àquela especialidade, mas sim em determinar se o profissional se arroga deter uma qualificação que não possui e se desempenha um ato próprio de quem a detém. E, este não aparenta ser, como se mostra claro, o caso do exemplo tratado.

Para complicar o exemplo, suponha-se agora que o médico afirma possuir uma especialidade — no correto uso da palavra, isto é, o título de especialista — que efetivamente não detém. Nesse caso, sempre se poderá alegar, por um lado, que ele exerce a profissão — de médico — e, para esta, ele possui, efetivamente, o título e as condições legais exigíveis; mas, por outro lado, se ele se arroga possuir uma titulação que não detém, e pratica os atos a esta correlatos, não se pode dizer que ele preenche as condições para o exercício daquela profissão especializada, que se arroga deter<sup>(27)</sup>.

---

<sup>(26)</sup> Vale observar que, por falta de previsão legal, não há espaço para a punição da negligência. Como sinaliza CRISTINA LIBANO MONTEIRO, “O agente há-de representar e querer — dolo, em qualquer das suas formas — todos e cada um dos elementos da factualidade típica” (MONTEIRO, 2001, p. 448).

<sup>(27)</sup> Com efeito, sem estabelecer diagnósticos genéricos prévios, não se nega que o profissional habilitado para o exercício da medicina possa estar efetivamente apto para a prática dos atos que enuncia. Muito embora a especialidade médica indique um conhecimento a mais, uma presunção de que o indivíduo seja capacitado para o desempenho de determinados atos, nada impede que, na prática, o médico que não detenha a primeira possa estar efetivamente preparado para executar procedimentos correlatos àquela — como no caso do exemplo, através de uma pós-graduação que o qualifique para tanto.

Aqui não se trata de perquirir os limites traçados pelas especialidades ou de sindicar os seus supostos atos privativos. Não é esse o caso. Para os efeitos da discussão travada, importa antes determinar se o médico preenche as exigências legalmente previstas para aquele específico exercício profissional, o que far-se-á com o apelo a normas extrapenais.

No caso do segundo exemplo, resta claro que o profissional em questão possui o título indispensável para o exercício da medicina. Esse médico não detém, no entanto, o título de especialista que alega ter e que se afigura, nos termos do art. 11.º, n.º 1 do *Código Deontológico / Regulamento n.º 707/2016*, de 21 de Julho, necessário para as atividades que desempenha<sup>(28)</sup>.

A combinação do art. 11.º, n.º 1 do *Código Deontológico da Ordem dos Médicos / Regulamento n.º 707/2016*, de 21 de Julho<sup>(29)</sup> com o art. 3.º, 1, a)<sup>(30)</sup> e art. 49.º, f) *Estatuto da Ordem dos Médicos / Anexo I*, da Lei n.º 117/2015<sup>(31)</sup>, de 31 de Agosto e os arts. 2.º e 28.º, n.º 1, da Lei n.º 2/2013<sup>(32)</sup>, de 10 de Janeiro, ajudam esclarecer esta matéria. E, por sua vez, o art. 75.º, n.º 1, do *Estatuto da Ordem dos Médicos / Anexo I*, da Lei n.º 117/2015, de 31 de Agosto, clarifica ser “da única e exclusiva competência da Ordem o reconhecimento da individualização das especialidades, subespecialidades e competências médicas e cirúrgicas, da correspondente qualificação profissional médica, da atribuição do respetivo título de especialista e da autorização para o correspondente exercício”; ao passo que o n.º 2 do mesmo artigo evidencia que apenas os médicos inscritos no quadro de especialistas podem usar o respetivo título<sup>(33)</sup>.

---

(28) A exceção à regra seria a assistência nos casos de urgência “a pessoas que se encontrem em perigo imediato”, cf. art. 135.º, n.º 6, do *Estatuto da Ordem dos Médicos / Anexo I*, da Lei n.º 117/2015, de 31 de Agosto.

(29) Anteriormente mencionado e transcrito.

(30) De acordo com o preceito legal mencionado, é atribuída à Ordem dos Médicos a tarefa de regular “o acesso e o exercício da profissão de médico”.

(31) Esse dispositivo dispõe sobre a competência para a decisão sobre as propostas de criação ou extinção de especialidades, e a criação de subespecialidades ou competências.

(32) Essa lei estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais — consideradas, nos termos do art. 2.º, como “as entidades públicas de estrutura associativa representativas de profissões que devam ser sujeitas, cumulativamente, ao controlo do respetivo acesso e exercício, à elaboração de normas técnicas e de princípios e regras deontológicas específicos e a um regime disciplinar autónomo, por imperativo de tutela do interesse público prosseguido”.

(33) Vale ainda observar que o art. 5.º, n.º 1, do Regulamento n.º 698/2019, de 12 de Julho, da Ordem dos Médicos, reforça que “[O] médico deve respeitar as qualificações e aptidões que forem reconhecidas pela Ordem dos Médicos”.

A especialização médica pode ser considerada, nesse enquadramento normativo, uma diferenciação técnico-funcional<sup>(34)</sup> ou uma qualificação<sup>(35)</sup> que, nos termos do n.º 1 anteriormente transcrito, confere ao médico a autorização para o exercício de uma determinada especialidade. Ela revela, então, uma condição legal necessária à prática profissional — e que o médico do exemplo, efetivamente, não possui.

A fundamentação legal apresentada parece, então, suficiente para afirmar que o médico não cumpre as condições para o exercício profissional. Se, seguindo a lição de CRISTINA LÍBANO MONTEIRO, só pode ser considerado um ato próprio de uma profissão aquele que “mais ninguém, a não ser quem tenha esse título profissional, está legalmente autorizado a praticar”<sup>(36)</sup>, se a Ordem “representa uma longa *manus* do Estado para a regulação de interesses públicos, se este fixa regras para o exercício de determinadas funções ou profissões, com vista a garantir um desempenho de qualidade em áreas que reputa essenciais para a vida comunitária” e “o engano que se pune é um engano funcional, que versa sobre uma qualidade que apenas interessa na exata medida em que possui-la equivalha a um desempenho competente”<sup>(37)</sup>; a solução apresentada não parece, de pronto, desarrazoada.

Antes de se chegar a uma conclusão definitiva há de se considerar, todavia, ainda mais um aspecto. A norma penal refere-se a “exercer profissão ou praticar ato próprio de profissão para a qual a lei exige título ou preenchimento de certas condições” e, de fato, a profissão é de médico, e, para esta, o profissional reúne as condições legais (está registado na Ordem), o que ele efetivamente não possui são as condições que a lei exige para a prática de uma determinada especialidade.

Há mais de uma interpretação possível. Considera-se:

- a) como profissão a especialidade (ou, noutras palavras, a profissão especializada), o que, de fato, privilegia e, assim, viabiliza, a proteção da integridade ou intangibilidade do sistema oficial de provimento em profissões de especial interesse público;
- b) que o médico possui as condições necessárias ao exercício da medicina e, portanto, não perfaz a conduta típica, sendo a especialidade irrelevante para o problema;

---

<sup>(34)</sup> Art. 3.º do *Regulamento Geral dos Colégios de Especialidades e de Competências e das Secções de Subespecialidades* / Regulamento n.º 628/2016, de 6 de Julho, da Ordem dos Médicos.

<sup>(35)</sup> Art. 5.º, n.º 1 do Regulamento n.º 698/2019, de 12 de Julho, da Ordem dos Médicos e art. 4.º, n.º 1, a do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 04 de Agosto.

<sup>(36)</sup> MONTEIRO, 2001, p. 447.

<sup>(37)</sup> MONTEIRO, 2001, p. 441.

- c) que a falta da condição para o exercício da profissão de médico, verificada no caso do exemplo, decorre da falta da especialização e, nessa linha de entendimento, o ato (ou um certo conjunto de procedimentos especializados) está vedado para quem não detém a especialização.

A questão apresentada no exemplo dá, portanto, margem a díspares soluções e todas elas têm seus respectivos custos. A segurança buscada, e certamente maximizada, na primeira solução contrapõe-se ao cenário flexibilizado e, de certo modo, particularmente perigoso apresentado na segunda — imagine o caso de um médico que se apresenta como cirurgião cardíaco e leva a cabo intervenções correlatas sem deter a mencionada especialização — e o, aparente, equilíbrio da terceira parece chocar com a árdua tarefa de escrutinar os atos correlato às especialidades, isto é, de determinar as fronteiras que separam os atos comuns aos diversos médicos daqueles atos privativos de determinados especialistas e de afastar uma área cinzenta, constituída por práticas comuns a ambos e por intervenções cuja natureza se mostre altamente discutível.

Nenhuma das opções apresentadas está imune a críticas. Face à alternativa *a*), poder-se-ia argumentar que a interpretação vai além do sentido possível da palavra<sup>(38)</sup>, o que abre caminho a uma viva discussão sobre o alargamento do tipo penal, bem como sobre a necessidade de interpretar restritivamente a norma penal<sup>(39)</sup>. O caso da letra *b*), que, por sua vez, considera apenas a lei formal (a Lei da AR ou mesmo o Decreto-lei do Governo, sem abranger outras previsões normativas, como o regulamento), permite que se questione o fundamento dessa (atribuída) irrelevância da inobservância das normas extrapenais que, nos moldes previstos pela figura típica, fixam as condições legais para o exercício profissional, o que, de certo modo, fragilizaria ou desatenderia a proteção do bem jurídico; e, por fim, diante da interpretação encontrada na letra *c*), que considera a lei em sentido amplo, poderia se objetar que a solução encontrada alarga o espectro de condutas puníveis, dificulta a pronta identificação — de forma clara, precisa e imediata<sup>(40)</sup> — da conduta proibida e, nessa medida, compromete a necessária determinabilidade da norma penal<sup>(41)</sup>.

---

<sup>(38)</sup> Cf. BRITO, 2008, p. 67, ss.

<sup>(39)</sup> Cf. COSTA, 2002, p. 361.

<sup>(40)</sup> Noutro contexto, BRITO, 2016, p. 125.

<sup>(41)</sup> Cf. DIAS, 2007, p. 186.

As respostas dependerão, assim, dos limites apostos à interpretação, cuja última fronteira se encontra na sua compatibilização com o princípio da legalidade. E, ao fim, no caso da letra *a*) e, sobretudo, no caso da letra *c*), onde nem tudo é preto ou branco, numa área cinzenta em que a atuação médica com e sem especialização se encontram e o grau de especialização requerido para a intervenção parece questionável, restaria ainda como último recurso a aplicação do princípio do “*in dubio pro reo*”<sup>(42)</sup>.

## 2.2. O paciente e a informação partilhada pelo médico

As redes sociais e as ferramentas de comunicação similares proporcionam uma maior aproximação entre o médico, que retrata a sua vivência profissional e, nalgumas situações, também, pessoal, e o público geral. Os próprios pacientes e, por vezes, um número nem sempre claramente determinável de pessoas passam a ter acesso a uma série de informações e imagens abertamente partilhadas sobre práticas, intervenções e tratamentos anteriormente protegidos pelas estruturas hospitalares e consultórios.

Esse cenário apresenta relevantes desafios aos médicos que pretendam partilhar informações sobre procedimentos, tratamentos, intervenções e técnicas médicas efetivamente realizadas. Isto porque, conforme se vê nas dinâmicas relatadas, estas envolvem ainda a veiculação (no todo ou em parte) de imagens ou de informações de um outro sujeito: o paciente, a quem são reconhecidos direitos e cuja intimidade e privacidade encontram guarita no segredo profissional.

A atenção às normas deontológicas e, em especial, ao segredo médico suscita um maior cuidado com o conteúdo da informação a ser partilhada<sup>(43)</sup>. O dever de guardar sigilo constitui, como o próprio nome deixa transparecer, uma obrigação do profissional de medicina<sup>(44)</sup>, que “impõe-se em todas as circunstâncias dado que resulta de um direito inalienável de todos os doentes” e “abrange todos os factos que tenham chegado ao conhecimento do médico no exercício da sua profissão ou por causa

---

<sup>(42)</sup> Sobre a aplicação desse princípio em matéria probatória, cf. ROXIN, 1997, p. 127.

<sup>(43)</sup> Cf. art. 29.º, ss., do *Código Deontológico* / Regulamento n.º 707/2016, de 21 de Julho, da Ordem dos Médicos.

<sup>(44)</sup> Cf. art. 30.º, n.º 3 e art. 31.º, n.º 1, do *Código Deontológico* / Regulamento n.º 707/2016, de 21 de Julho, da Ordem dos Médicos.



dela”<sup>(45/46)</sup> — cuja exclusão só é considerada aceitável em situações específicas, “designadamente quando o doente tenha autorizado a revelação dos dados sujeitos a sigilo ou quando for absolutamente necessário à defesa da dignidade, da honra e dos legítimos interesses do doente, do médico ou de terceiros”<sup>(47/48)</sup>.

O segredo médico constitui, nas palavras de CLAUDIA MONGE, “um símbolo do respeito que o médico deve ter pelo seu paciente”<sup>(49/50)</sup>. Ele se apresenta, nas palavras da autora, como “um dever do profissional correlativo do direito do paciente à reserva da intimidade da vida privada e do direito à proteção dos dados pessoais” — “uma garantia destes direitos fundamentais na relação em concreto estabelecida entre profissional de saúde e paciente”<sup>(51)</sup>.

A proteção ao paciente e, em especial, à sua privacidade, não se restringe apenas ao âmbito das obrigações deontológicas do profissional de medicina. A relevância da inviolabilidade do segredo profissional atrai também a atenção do Direito Penal, cuja figura tipificada no art. 195.º do CP<sup>(52/53)</sup> vem a

---

(45) Art. 30.º, n.ºs 1 e 2, respectivamente, do *Código Deontológico* / Regulamento n.º 707/2016, de 21 de Julho, da Ordem dos Médicos, e também, o art. 139.º, n.º 2, do Estatuto da Ordem dos Médicos / Anexo I, da Lei n.º 117/2015, de 31 de Agosto.

(46) Nos termos do art. 139.º, n.º 1, do *Estatuto da Ordem dos Médicos* / Anexo I, da Lei n.º 117/2015, de 31 de Agosto, “[O] segredo médico profissional pressupõe e permite uma base de verdade e de mútua confiança e é condição essencial ao relacionamento médico-doente, assentando no interesse moral, social, profissional e ético, tendo em vista a reserva da intimidade da vida privada”.

(47) Art. 32.º do *Código Deontológico* / Regulamento n.º 707/2016, de 21 de Julho, da Ordem dos Médicos e *Preâmbulo do Regulamento de Dispensa de Segredo Profissional* / Regulamento n.º 228/2019, de 06 de Fevereiro, da Ordem dos Médicos (Diário da República n.º 53/2019, Série II, de 2019-03-15).

(48) Nos termos do art. 139.º, n.º 6, do *Estatuto da Ordem dos Médicos* / Anexo I, da Lei n.º 117/2015, de 31 de Agosto, “[E]xclui-se do dever de segredo profissional: a) [O] consentimento do doente ou, em caso de impedimento, do seu representante legal, quando a revelação não prejudique terceiros pessoas com interesse na manutenção do segredo profissional; b) [O] que for absolutamente necessário à defesa da dignidade, da honra e dos legítimos interesses do médico, do doente ou de terceiros, não podendo em qualquer destes casos o médico revelar mais do que o necessário, nem o podendo fazer sem prévia autorização do bastonário; c) [O] que revele um nascimento ou um óbito; d) [A]s doenças de declaração obrigatória”. No mesmo sentido, cf. art. 32.º do *Código Deontológico* / Regulamento n.º 707/2016, de 21 de Julho, da Ordem dos Médicos.

(49) MONGE, 2019, p. 178.

(50) Na perspectiva de CLAUDIA MONGE, “o segredo médico extravasa a proteção da reserva da intimidade da vida privada para abranger também a qualidade das prestações de saúde, o bom funcionamento dos serviços de saúde e própria saúde pública” (MONGE, 2019, p. 180).

(51) MONGE, 2019, pp. 176-177.

(52) COSTA ANDRADE sinaliza que “a incriminação da violação do segredo médico irradia um halo de proteção que se estende a interesses diversificados e heterogêneos” — ela “resulta em proteção de valores ou interesses *supra-individuais*, institucionais ou comunitários” mas também protege “valores ou interesses *individuais-pessoais*, pertinentes à esfera de reserva, privacidade/intimidade e,

punir a revelação arbitrária de segredo alheio, cujo conhecimento se deu em razão da profissão<sup>(54)</sup>.

A privacidade constitui o bem jurídico protegido pelo tipo penal<sup>(55/56)</sup>. Todavia, ela somente é protegida “se e na medida em que é mediatizada por um segredo” conhecido em razão do estado, ofício, emprego, profissão ou arte<sup>(57)</sup> — essa condição legalmente prevista limita a esfera da proteção da norma<sup>(58)</sup>.

O segredo compreende, nas palavras de COSTA ANDRADE, aqueles “*factos de que o médico tenha tomado conhecimento em razão da sua actividade profissional, conhecidos de um número limitado e restrito de pessoas e em cuja reserva o titular tenha um interesse razoável e justificado*”<sup>(59)</sup>. Logo, a revelação pelo médico de que determinado paciente realizou uma consulta ou um tratamento e também dos fatos conhecidos através dessa relação profissional afigura-se, em princípio, subsumível ao citado tipo penal.

mesmo à autodeterminação informacional do indivíduo”, e “não faltam vozes a assinalar o relevo de valores ou interesses de grau intermédio, encabeçados pelos próprios médicos como grupo profissional”, sendo estes de “ordem ‘coorporativas’ como o prestígio da própria ‘classe’ médica” (ANDRADE, 2004, p. 179). Sobre o assunto, cf. ANDRADE, 2012, p. 1119, ss.

<sup>(53)</sup> Nas palavras de HELENA MONIZ, “a manutenção do sigilo médico constitui não só a proteção de um interesse privado, como igualmente de um interesse coletivo” (MONIZ, 2005, p. 224). Assim também, já se pronunciava FIGUEIREDO DIAS sobre a redação, à época vigente, do art. 184.º do Código Penal que tipificava a violação do segredo profissional (DIAS, 1984, p. 66). Sobre a evolução da proteção jurídico-penal, cf. RUEFF, 2009, p. 408, ss.

<sup>(54)</sup> HELENA MONIZ sinaliza que “[A] privacidade e o segredo médico são o campo por excelência da actualidade onde a tensão entre as exigências sociais e as individuais assume particular importância” (MONIZ, 2005, pp. 214-215).

<sup>(55)</sup> MONIZ, 2004, p. 217, e assim também, MONGE, 2019, p. 206. Na perspectiva de MARIA DO CÉU RUEFF, há dois bens que em simultâneo encontram proteção no tipo em questão: “a reserva da vida privada, por um lado; a inviolabilidade da pessoa humana ou proteção da sua dignidade, através da confiança necessariamente depositada em certos profissionais, por outro” (RUEFF, 2011, p. 32).

<sup>(56)</sup> No presente enquadramento legal, como salienta COSTA ANDRADE, “tudo se conjuga no sentido da prevalência ou do primado da dimensão pessoal-individual” do bem jurídico, “da elevação da privacidade à categoria de bem jurídico típico do crime do art. 195.º” (ANDRADE, 2012, p. 1123) — conclusão essa que “não postula o silenciamento dos valores ou interesses comunitários e institucionais, e, por vias disso, **supra-individuais**” (ANDRADE, 2012, p. 1125, grifo do autor).

<sup>(57)</sup> ANDRADE, 2012, p. 1124. Vale observar que, num tempo em que qualquer tipo de informação parece capaz de, mais cedo ou mais tarde, tornar-se do conhecimento público (ABREU, 2019, p. 213), os problemas ora tratados podem surgir também no contexto de outras atividades e profissões que sejam igualmente obrigadas a guardar sigilo. A título de exemplo, é possível citar o caso dos advogados — sobre o assunto, cf. ABREU, 2019 —, dos psicólogos, dos peritos judiciais, dos ministros de religiões e dos contabilistas.

<sup>(58)</sup> Como bem assevera MARIA DO CÉU RUEFF, “o nexu causal entre o segredo e a profissão” revela-se “essencial ao delito de violação de segredo constante do art. 195.º do Cód. Penal”. RUEFF, 2009, p. 475.

A revelação não consentida do segredo do paciente há de ser, para os efeitos ora tratados, ainda dolosa. A negligência não se afigura punível, mas tampouco parece pouco provável (não é certamente impossível) de ocorrer nesse cenário — este caso poderia ser representado, a título de exemplo, por uma publicação errônea, em que a imagem ou a informação foi postada equivocadamente por imperícia no manejo das ferramentas de comunicação.

Além disso, o segredo revelado deve pertencer, no contexto apresentado, ao paciente, cujas informações foram arbitrariamente publicadas. Assim, não se poderá falar em violação de segredo se a informação divulgada não permite identificar o paciente, ou se o médico repostou uma informação notoriamente pública — noticiada pela comunicação social e de conhecimento geral — ou que o próprio paciente divulgou e postou para uma audiência irrestrita e, portanto, não limitada<sup>(60)</sup>. Essas condutas são, desde logo, atípicas — e, no que diz respeito ao último exemplo, se a própria pessoa não quer manter determinado fato em segredo, não há razão para se impor a reserva das informações.

A situação muda de figura, e não se pode afirmar, desde já, a atipicidade da conduta, se o paciente apenas divulgou as suas informações para determinadas pessoas — para um número reduzido/controlado ou controlável de indivíduos<sup>(61)</sup> — e a postagem médica tornou a informação pública. Essa comunicação limitada do paciente não determina a extinção do segredo<sup>(62)</sup>, que se encontra, nos moldes da vontade do seu titular, conhecido apenas por determinadas pessoas<sup>(63)</sup>.

No presente contexto, é o paciente quem decide “se, como, durante quanto tempo e perante quem sobrevive, se e quando morre” o segredo<sup>(64)</sup>. Ele mesmo pode divulgar as suas informações ou, como uma manifestação de sua autonomia, consentir com a revelação do segredo — acordo<sup>(65)</sup> esse

---

<sup>(59)</sup> ANDRADE, 2004, p. 184, *itálico do autor*.

<sup>(60)</sup> Não se pode considerar segredo o fato que “atinge o *limiar da publicidade*”, que “se torna conhecido (ou facilmente acessível a) de um número indeterminado e incontrolável de pessoas” (ANDRADE, 2012, p. 1128).

<sup>(61)</sup> ANDRADE, 2012, p. 1127.

<sup>(62)</sup> Cf. ANDRADE, 2012, p. 1127.

<sup>(63)</sup> Na lição de COSTA ANDRADE, o segredo envolve “*um facto (ou conjunto de factos) apenas conhecido de um círculo determinado (e, em princípio restrito) de pessoas e em relação ao qual aquele a cuja esfera pertence tem a vontade, assente num interesse razoável de que ele continue apenas conhecido daquele círculo ou (para além do círculo) de quem ele decidir*” (ANDRADE, 2012, p. 1126, *itálico do autor*).

<sup>(64)</sup> ANDRADE, 2004, p. 181.

<sup>(65)</sup> Fala-se em acordo, na medida em que, como assevera COSTA ANDRADE, em caso de comunicação livremente consentida do segredo não faz sentido falar de lesão do bem jurídico — e referen-

que, para ser válido e eficaz, requer uma representação correta do seu sentido e alcance, daquilo que consente e a quem consente<sup>(66)</sup>.

Diante destes limites, a revelação pode ser considerada típica mesmo quando feita a pessoas do círculo profissional médico. É o que sucede, por exemplo, no caso de um médico compartilhar, por mero entretenimento, num grupo de *whatsapp* ou numa rede social com os seus pares (que não participaram e nem colaboraram com o atendimento)<sup>(67)</sup>, informações, de que teve conhecimento em razão do seu exercício profissional, sobre um paciente que não consentiu com essa revelação<sup>(68)</sup>.

O cenário apresentado já seria, por si só, bastante para justificar que a criação de uma página de uso pessoal pelo profissional de medicina, que tenha por fim veicular informações relativas à sua atividade, deva observar alguns cuidados. No entanto, as postagens de imagens e vídeos do paciente merecem uma atenção acrescida.

Imagine o seguinte caso, (a) um paciente, com a conta de *instagram* no modo privado, publica para alguns dos seus seguidores, incluindo o seu médico, em seu *stories*, um relato sobre o procedimento realizado e o profissional resolve repostar sem o consentimento do paciente. Nessa hipótese, o médico extravasa o círculo delimitado pelo paciente, de conhecedores do segredo, e reposta tais dados para terceiros, perfazendo a conduta tipificada no art. 195.º do CP.

Agora, a partir da mesma situação acima, considere que (b) a conta do paciente é pública e o médico se limita a repostar as imagens e vídeos do seu paciente, sem lhe solicitar permissão para tanto. E, por último, suponha que (c) o médico filme conversas, ou parte das mesmas, numa consulta, ou até mesmo esta última ou um tratamento ou intervenção, com o consentimento do paciente, e poste para terceiros sem o consentimento do indivíduo submetido aos cuidados.

Na situação da letra (b) não se pode falar em segredo porquanto o próprio paciente divulgou suas informações para um número irrestrito de

---

ciar um ofendido —, esse fato “pode mesmo representar a forma positiva e mais autêntica de afirmação e realização do bem jurídico” (ANDRADE, 2004, p. 202).

<sup>(66)</sup> Cf. ANDRADE, 2004, p. 202.

<sup>(67)</sup> A partilha de informações pode ocorrer no âmbito da assistência, quando outros profissionais de saúde estão envolvidos no cuidado prestado ao paciente. Esta situação é, como sinaliza MARIA DO CÉU RUEFF, “cada vez mais frequente dadas as situações de coletivização dos meios técnicos e criação de sistemas nacionais de saúde, que proporcionam o trabalho em equipe dos médicos” (RUEFF, 2009, p. 494).

<sup>(68)</sup> Cf. ANDRADE, 2012, p. 1134. Em postagens em redes sociais, não parece haver alguma razão para não se consultar o paciente sobre o seu acordo com a divulgação da informação ou das imagens. Logo, no espectro de situações que o presente estudo sugere, não se vislumbra o caso de acordo presumido (cf. ANDRADE, 2004, p. 207, ss., e ANDRADE, 2012, p. 1152, ss.).

pessoas e, livremente, decidiu revelar, sem margens ou condições, as suas informações pessoais. No entanto, o mesmo não se pode dizer das demais situações (a) e (c), pois em ambas a arbitrária revelação do segredo parece patente.

Imagine então o mesmo caso com a condicionante apresentada na letra (b), mas o paciente somente se filma sentado, falando coisas corriqueiras e nada sobre onde está ou o que vai fazer. O lugar está inidentificável e apenas se vê uma cadeira comum e o rosto do paciente que fala, por exemplo, sobre o tempo; mas o seu médico reposta a visita do paciente à sua clínica, por exemplo, agradecendo a confiança.

Nessa conjuntura, o *repost* ofereceu novas informações a terceiros<sup>(69)</sup>. A publicação deu a conhecer onde o indivíduo estava e que ele esteve sob atendimento de um determinado médico, dados que não foram divulgados pelo próprio paciente e que, até então, se mantinham sob segredo. A anterior publicação do paciente não torna o fato público e, como a revelação se dá apenas com o *repost* do profissional de medicina, não parece possível afastar, desde já, a violação do segredo.

Os elementos presentes no último exemplo tampouco permitem afirmar a existência de um acordo, mesmo que tácito, do paciente. A revelação realizada pelo médico alarga arbitrariamente o conjunto de pessoas que passam a ter conhecimento do fato coberto pelo segredo profissional, e, assim sendo, os destinatários da sua comunicação passam a conhecer fatos que antes não conheciam<sup>(70)</sup>.

A violação do segredo pode se dar também através de publicações — do tipo — de “antes e depois”, comuns, principalmente, no campo dos procedimentos e intervenções estéticas. Suponha, por exemplo, que as fotografias tiradas durante as consultas sejam postadas sem o consentimento do paciente e/ou que sejam arbitrariamente divulgados os resultados alcançados num paciente identificável<sup>(71)</sup> — situações essas que ajudam também a reforçar as contraindicações dessa prática<sup>(72)</sup>.

---

<sup>(69)</sup> O segredo médico, como sinaliza COSTA ANDRADE, “abrange não só o tipo de tratamento sofrido pelo paciente mas também que ele foi tratado ou apenas que visitou o médico, o psicólogo, o serviço de prevenção e tratamento de toxicod dependência, o psiquiatra, o ginecologista, etc.” (ANDRADE, 2012, p. 1127).

<sup>(70)</sup> ANDRADE, 2012, p. 1134.

<sup>(71)</sup> Isto inclusive se o paciente com a conta de *instagram* no modo *privado* publica para alguns dos seus seguidores, incluindo o médico, em seu *stories*, as imagens de como era antes e como ficou depois de um determinado procedimento estético e o profissional reposta as imagens sem o consentimento daquele.

<sup>(72)</sup> Essa espécie de publicação apresenta ainda outras contraindicações. Para além da possibilidade das imagens serem, intencionalmente ou não, alteradas e melhoradas, de certos detalhes serem

### 3. Considerações finais

O olhar sobre as plataformas virtuais para a interação social permite que se observe uma série de situações potencialmente capazes de se subsumirem a uma moldura penalmente típica. Algumas destas suscitam, por sua vez, questões quanto à relevância penal das condutas perpetradas pelo profissional de medicina que atua ativamente em redes e plataformas sociais.

A impossibilidade, óbvia, de se prever todos os modelos comportamentais capazes de atentar contra bens jurídicos particularmente caros ao direito penal contraindica, de pronto, um *check-up* completo da matéria. E, assim, compromete qualquer pretensão de se realizar uma análise taxativa e exaustiva desse cenário.

O vasto teor de informações e as inúmeras espécies de imagens passíveis de serem compartilhadas incitam a restrição do enfoque a questões mais prementes e que parecem evidenciadas pela criação e gestão de perfis, em plataformas virtuais, com conteúdo profissional. A participação do médico em redes sociais através da partilha de informações sobre a sua prática diária parece ter como ponto comum — geralmente presente e inquestionavelmente evidente — a divulgação de dados sobre si próprio e sobre as suas realizações profissionais, as quais, em geral, envolvem mais um indivíduo, designadamente, o paciente que se coloca sob seus cuidados.

A multiplicidade de interações possíveis não impede que se note alguns elementos que se afiguram comuns a essa espécie de partilha de informações e imagens de natureza médica. E, nesse contexto, a preocupação com a veracidade e o teor das informações partilhadas pelos médicos, que se faz sentir presente nas diretrizes profissionais, e, em último termo, na tutela jurídico-penal aplicável e perfeitamente ajustável a esse cenário, ajuda a cingir a análise a algumas situações pontuais evidenciadas por esse particular contexto.

A possibilidade de a postagem médica ilustrar atentados ao desempenho de qualidade dessa profissão, essencial para a vida comunitária, e mesmo à privacidade do paciente, que se vê personagem ou figurante da

---

realçados ou alterados por *softwares* de imagem ou por recursos de luz, mesmo num melhor cenário, quando não permitem identificar o paciente e se cercam dos melhores cuidados, elas podem ser tidas como capazes de criar falsas necessidades de consumo, como estratégias de autopromoção do profissional ou, ainda, suscetíveis de serem consideradas como garantia de resultados ou como publicidade enganosa — práticas essas vedadas pela Ordem dos Médicos (art. 56.º do *Código Deontológico* / Regulamento n.º 707/2016, de 21 de Julho, da Ordem dos Médicos).

história médica compartilhada com terceiros, não parece de todo desarrazoada. Ela atrai, portanto, o enfoque e permite sinalizar as possíveis questões jurídico-penais que podem advir desse contexto.

Logicamente que, diante de tantas particularidades e do panorama normativo aplicável, não se pretende avançar respostas definitivas, nem realizar diagnósticos genéricos sobre o uso das redes sociais pelos profissionais de medicina. A proposta teve mais modesta pretensão. Ela teve por objeto, tão somente, sinalizar e analisar alguns comportamentos centrais, passíveis de ocorrer nas plataformas para a partilha social de dados, que se revelam potencialmente capazes de se subsumir a uma moldura penalmente típica.

As normas legais se aplicam, obviamente, dentro e fora do cenário virtual, e, em último termo, há de se ter em conta que a faculdade de postar nem sempre atrai somente *likes* e *seguidores* para o profissional de medicina que decide interagir com terceiros. Ela pode trazer consequências que extravasam o cenário virtual dessas plataformas e que se revelam no campo jurídico-penal, mas cuja afirmação, ao fim, sempre depende de um exame do caso concreto, das peculiaridades de cada situação particularmente individualizada.

## Bibliografia

- ABREU, LUÍS VASCONCELOS, *O segredo do advogado no direito profissional: alguns aspetos*, in GOMES, CARLA AMADO/NEVES, ANA F./LOMBA, PEDRO (coord.). *Os Segredos no Direito*, Lisboa: AAFDL Editora, 2019.
- ANDRADE, MANUEL DA COSTA. *Direito Penal Médico. Sida: Testes Arbitrários, Confidencialidade e Segredo*, Coimbra: Coimbra Editora, 2004.
- ANDRADE, MANUEL DA COSTA, Art. 195.º, in Dias, Jorge de Figueiredo (dir.). *Comentário Conimbricense do Código Penal*, Parte Especial, Tomo II, Artigos 131.º a 201.º, 2.ª ed., Coimbra: Coimbra Editora, 2012.
- BRITO, TERESA QUINTELA DE, *O princípio da legalidade como parâmetro de interpretação das normas penais na doutrina portuguesa*, «Anatomia do Crime», Coimbra, n.º 8, pp. 39-85, 2008.
- , *Crimes contra animais: os novos Projetos-Lei de Alteração do Código Penal*, «Anatomia do Crime», Coimbra, n.º 4, pp. 95-131, 2016.
- COSTA, JOSÉ DE FARIA, *Construção e interpretação do tipo legal de crime à luz do princípio da legalidade: duas questões ou um só problema?*, «Revista de Legislação e de Jurisprudência», Coimbra, Ano 134, n.º 3933 (Abril 2002), pp. 354-366, 2002.
- DIAS, JORGE DE FIGUEIREDO, *Responsabilidade médica em Portugal*, «Boletim do Ministério da Justiça», Lisboa, n.º 332, Janeiro, pp. 21-79, 1984.
- , *Direito Penal — Parte Geral — Tomo I, Questões Fundamentais a Doutrina Geral do Crime*, 2.ª ed., Coimbra: Coimbra Editora, 2007.
- MONGE, CLÁUDIA, *O segredo médico*, in GOMES, CARLA AMADO/NEVES, ANA F./LOMBA, PEDRO (coord.), «Os Segredos no Direito», Lisboa: AAFDL Editora, 2019.
- MONIZ, HELENA, *Privacidade e comunicação intrafamiliar de informação genética*, «Revista Portuguesa de Ciência Criminal», Coimbra, Ano 14, n.ºs 1-2, Jan.-Jun. 2004, pp. 213-237, 2004.
- MONTEIRO, CRISTINA LÍBANO, Art. 358.º, in DIAS, JORGE DE FIGUEIREDO (dir.). «Comentário Conimbricense do Código Penal», Parte Especial, Tomo III, Artigos 308.º a 386.º, Coimbra: Coimbra Editora, 2001.
- RODRIGUES, ÁLVARO DA CUNHA GOMES, *A Negligência Médica Hospitalar na Perspectiva Jurídico-Penal*. Coimbra: Almedina, 2013.
- ROXIN, CLAUS, *Derecho Penal Parte General. Tomo I Fundamentos. La Estructura De La Teoría del Delito* (traducción a la 2.ª edición alemana y notas por Diego-Manuel Luzón Peña, Míguel Días y García Conlledo y Javier de Vicente Remesal), Madrid: Thomson Civitas, 1997.
- RUEFF, MARIA DO CÉU, *Violação de segredo em medicina*, «Acta Médica Portuguesa», Lisboa, II Série, Vol. 23, n.º 1, Jan.-Fev. 2010, pp. 141-147, 2010.
- , *O direito ao sigilo e a infeção VIH/SIDA no ambiente hospitalar*, «Lex Medicinæ», Coimbra, Ano 8, n.º 16, 2011, pp. 25-36, 2011.
- , *O Segredo Médico como Garantia de Não-Discriminação. Estudo de caso: HIV/SIDA*, Coimbra: Coimbra Editora, 2009.