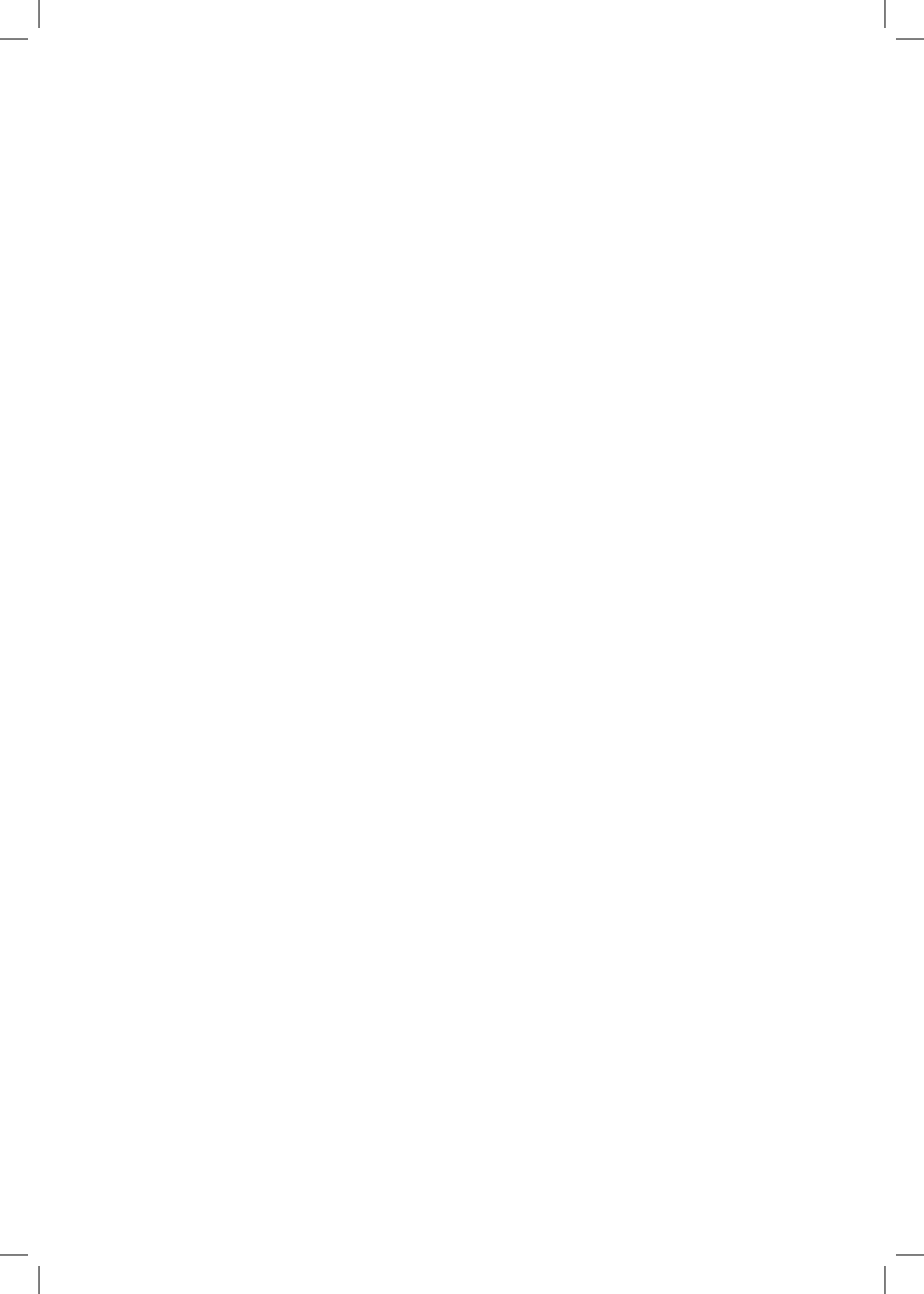


Responsabilidade Profissional em Saúde



Responsabilidade Profissional em Saúde Análise da Situação no Concelho de Coimbra

Gonçalo Nuno Coimbra Castanheira

2013

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra no âmbito do Curso de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses



RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL EM SAÚDE
ANÁLISE DA SITUAÇÃO NO CONCELHO DE COIMBRA

AUTOR

Gonçalo Nuno Coimbra Castanheira

EDITOR

EDIÇÕES ALMEDINA, S.A.

Rua Fernandes Tomás, nºs 76, 78 e 79

3000-167 Coimbra

Tel.: 239 851 904 · Fax: 239 851 901

www.almedina.net · editora@almedina.net

DESIGN DE CAPA

FBA.

PRÉ-IMPRESSÃO

EDIÇÕES ALMEDINA, S.A.

IMPRESSÃO E ACABAMENTO

DPS - DIGITAL PRINTING SERVICES, LDA

Setembro, 2013

DEPÓSITO LEGAL

....

Apesar do cuidado e rigor colocados na elaboração da presente obra, devem os diplomas legais dela constantes ser sempre objecto de confirmação com as publicações oficiais.

Toda a reprodução desta obra, por fotocópia ou outro qualquer processo, sem prévia autorização escrita do Editor, é ilícita e passível de procedimento judicial contra o infractor.



ALMEDINA

GRUPOALMEDINA

*À minha família, em especial aos meus pais, sem eles nada seria possível
Ao Zaug e ao meu irmão Sérgio, por tudo
Aos meus orientadores, a paixão pela Medicina Legal
À Joana, por juntos superarmos mais uma etapa*



NOTA PRÉVIA

O trabalho que agora se publica corresponde à dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, apresentada em Setembro de 2012 e defendida em Dezembro de 2012, perante um júri constituído pelo Professor Doutor Duarte Nuno Vieira, pelo Professor Doutor Francisco Corte Real, pela Professora Doutora Teresa Magalhães e pela Mestre Cristina Cordeiro, tendo obtido a classificação de excelente por unanimidade.

Nesta importante etapa da vida académica e profissional agradeço profundamente aos meus orientadores, Professor Doutor Duarte Nuno Vieira e Mestre Cristina Cordeiro, que, ao proporem a elaboração do presente trabalho, prestaram um incentivo decisivo. Um agradecimento especial é-lhes devido pela soberba orientação dos trabalhos e pelas importantes pistas científicas sugeridas, sempre com a delicadeza e simplicidade dos grandes mestres.

Um sentido obrigado também a todos os superiores, colegas e amigos, com quem foram trocadas ideias e que de alguma forma contribuíram para a execução deste trabalho, e às diversas autoridades judiciais que, atempadamente, procederam ao envio e disponibilidade das decisões solicitadas.

Este Trabalho foi realizado no Conselho Médico-Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP, sito em Coimbra, e escrito ao abrigo do anterior acordo ortográfico.

Através da publicação do Decreto-Lei nº 166/2012, de 31 de Julho, o Instituto Nacional de Medicina Legal, IP (INML, IP) passou a designar-se Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP (INMLCF, IP), designação que foi adoptada durante a dissertação.



ÍNDICE

Índice de Tabelas.....	13
Índice de Figuras.....	15
Prefácio	19

1ª PARTE – INTRODUÇÃO

1. APRESENTAÇÃO, RELEVÂNCIA E ACTUALIDADE DO TEMA.....	25
2. OBJECTIVOS	29

2ª PARTE – REVISÃO DA LITERATURA

1. HISTÓRIA DA MEDICINA E DA RESPONSABILIDADE DO MÉDICO	33
2. RESPONSABILIDADE MÉDICA ENQUADRAMENTO JURÍDICO-LEGAL.....	41
2.1 Responsabilidade Penal Médica.....	43
2.2 Responsabilidade Civil Médica.....	47
2.3 Responsabilidade Disciplinar Médica	49
3. <i>LEGES ARTIS MEDICINAE</i>	51
4. CONSELHO MÉDICO-LEGAL	55
4.1 Situação actual.....	55
4.2 História.....	57

3ª PARTE – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

1. MATERIAL E MÉTODOS.....	65
1.1 Material.....	65
1.1.1 Amostra.....	65
1.1.2 Constituição da amostra	65
1.2 Métodos.....	66
1.2.1 Caracterização da amostra.....	66
1.2.2 Análise estatística	67
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS - AMOSTRA	69
2.1 CONSELHO MÉDICO-LEGAL.....	69
2.1.1 Processos - Evolução	69

2.1.2 Entidade requisitante	71
2.1.3 Número de pareceres	72
2.1.4 Período de análise.....	73
2.1.5 Conclusões dos pareceres	74
2.1.6 Relatores.....	75
2.2 ENTIDADE DE PROVENIÊNCIA.....	75
2.2.1 Proveniência/Tipo de responsabilidade.....	75
2.2.2 Direito Penal - Tipo de ilícito criminal	77
2.2.3 Decisão.....	78
2.2.4 Período de decisão	80
2.3 QUEIXA/DENÚNCIA/ACÇÃO	81
2.3.1 Autor	81
2.3.2 Motivo	83
2.4 VÍTIMA.....	83
2.4.1 Género.....	83
2.4.2 Idade.....	84
2.5 CUIDADOS DE SAÚDE.....	85
2.5.1 Motivo de prestação	85
2.5.2 Unidade(s) Hospitalar(es).....	85
2.5.3 Profissional(is) de saúde.....	86
2.5.4 Especialidade(s) médica(s).....	87
3. A PROPÓSITO DE ALGUNS CASOS	91
3.1 Casos em que os autos foram arquivados pelos Serviços do Ministério Público e o parecer do Conselho Médico-Legal foi de “actuação conforme as <i>leges artis</i> ”	91
3.2 Caso em que os autos foram arquivados pelos Serviços do Ministério Público e o parecer do Conselho Médico-Legal foi de “actuação não conforme as <i>leges artis</i> ”	94
3.3 Caso em que se verificou acusação pelos Serviços do Ministério Público e pronúncia ⁸¹ pelo Tribunal de Instrução Criminal e as conclusões do parecer do Conselho Médico-Legal foram “várias”	95
3.4 Caso em que se verificou acusação pelos Serviços do Ministério Público, pronúncia pelo Tribunal de Instrução Criminal e absolvição por tribunal de 1ª instância, e o parecer do Conselho Médico-Legal foi de “actuação não conforme as <i>leges artis</i> ”	97
3.5 Caso em que se verificou acusação pelos Serviços do Ministério Público e o parecer do Conselho Médico-Legal foi de “actuação conforme as <i>leges artis</i> ”	99
3.6 Caso em que se verificou acusação por tribunal de 1ª instância e o parecer do Conselho Médico-Legal foi de “actuação não conforme as <i>leges artis</i> ”	100

3.7 Caso em que os autos terminaram com transacção em tribunal civil e o parecer do Conselho Médico-Legal foi de “actuação conforme as <i>leges artis</i> ”	102
3.8 Caso em que se verificou arquivamento por entidade disciplinar e o parecer do Conselho Médico-Legal foi de “actuação não conforme as <i>leges artis</i> ”	102
4. DISCUSSÃO	105
5. CONCLUSÕES	113
6. BIBLIOGRAFIA	117
7. APÊNDICE ÚNICO	123



ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Processos analisados pelo Conselho Médico-Legal, entre 2001 e 2010 (inclusive). Comparação entre o número total de processos analisados (N=1181) e o número de processos referentes a casos de responsabilidade profissional em saúde por serviços prestados em unidades de saúde do concelho de Coimbra (N=66)..	69
Tabela 2 – Distribuição dos processos de acordo com o número de pareceres emitidos (N=66).....	72
Tabela 3 – Período de análise do Conselho Médico-Legal: diferença de dias entre a data de entrada do pedido da consulta técnico-científica (primeira ou única) e a data de emissão do respectivo parecer (N=66)	73
Tabela 4 – Proveniência dos processos de acordo com o tipo de responsabilidade médica (N=66).....	76
Tabela 5 – Relação entre as decisões proferidas (de acordo com o tipo de responsabilidade médica) e as conclusões do respectivo processo do Conselho Médico-Legal (N=66)	79
Tabela 6 – Autor da queixa/denúncia/acção que motivou o início do processo (N=66).....	82
Tabela 7 – Distribuição das vítimas por idade (N=66).....	84
Tabela 8 – Distribuição dos processos segundo o tipo de prestação dos cuidados de saúde (N=66)	85
Tabela 9 – Distribuição dos processos segundo as unidades de saúde onde foram prestados os cuidados de saúde (N=66)	86
Tabela 10 – Distribuição das especialidades médicas (n=27) de acordo com as unidades hospitalares (n=10).....	88



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Processos analisados pelo Conselho Médico-Legal, entre 2001 e 2010 (inclusive). Comparação entre o número total de processos analisados (N=1181) e o número de processos referentes a casos de responsabilidade profissional em saúde por serviços prestados em unidades de saúde do concelho de Coimbra (N=66)..	70
Figura 2 – Evolução percentual dos processos referentes a casos de responsabilidade profissional em saúde por serviços prestados em unidades de saúde do concelho de Coimbra (N=66) comparativamente com o número total de processos analisados pelo Conselho Médico-Legal (N=1181)	71
Figura 3 – Distribuição dos processos segundo a entidade requisitante (N=66) .	71
Figura 4 – Distribuição dos processos de acordo com o número de pareceres emitidos (N=66).....	72
Figura 5 – Período de análise do Conselho Médico-Legal: diferença de dias entre a data de entrada do pedido da consulta técnico-científica (primeira ou única) e a data de emissão do respectivo parecer (N=66)	73
Figura 6 – Conclusões dos processos de acordo com a sugestão de existência de violação das <i>leges artis</i> (N=66)	74
Figura 7 – Distribuição dos processos segundo o tipo de responsabilidade (N=66)..	76
Figura 8 – Distribuição dos processos analisados no âmbito do Direito Penal de acordo com o tipo de ilícito criminal (n=61)	77
Figura 9 – Distribuição dos processos por intervalo de tempo entre a data de emissão do parecer (único/final) do Conselho Médico-Legal e a data da decisão (n=38).....	81
Figura 10 – Distribuição do autor da queixa/denúncia/acção que motivou a instauração dos processos de acordo com o tipo de responsabilidade médica (N=66)	82
Figura 11 – Causas que motivaram a instauração dos processos (N=66).....	83
Figura 12 – Distribuição das vítimas por género (N=66)	83

Figura 13 – Distribuição das vítimas por idade (N=66)..... 84

Figura 14 – Distribuição dos processos segundo o tipo de prestação dos cuidados de saúde (N=66) 85

Figura 15 – Distribuição dos processos segundo o(s) profissional(is) de saúde envolvido(s) (N=66)..... 87

Figura 16 – Distribuição dos processos de acordo com as especialidades médicas envolvidas (N=66)..... 89

«O pintor diz a pintar o que dizem aqueles que pinta. Neste quadro pinto a técnica, técnica que mata a poesia, o que é a vida sem poesia? Que será a vida dominada pela técnica? Vivo entre a ignorância e o conhecimento. A ignorância é portadora de uma intenção que ultrapassa o conhecimento, o conhecimento é algo que é sempre tardio, que serve para orientar a vida mas não para viver. A ignorância própria da juventude é vida, conhecimento é morte. Sabemos não o que nos ensinaram mas o que aprendemos por nós, à custa da nossa ingenuidade. Nascemos ingênuos e morremos envenenados. O perigo: querer ser esperto!»

Zaug





PREFÁCIO

Dois ilustres docentes da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, os Doutores Figueiredo Dias e Sinde Monteiro, publicaram em 1984 aquele que foi na época um estudo pioneiro sobre a problemática da responsabilidade médica em Portugal. Nele assinalavam que o número de demandas contra profissionais de saúde até então apreciadas nos tribunais portugueses era muito reduzido, contando-se praticamente pelos dedos das mãos, mas que o decorrer dos anos iria trazer certamente uma substancial alteração de tal realidade.

Quase trinta anos passaram e o tempo veio dar-lhes inteira razão. Hoje, apesar de estarmos ainda em Portugal longe da situação crítica vivenciada noutros países, são muitos os processos disciplinares e judiciais envolvendo a atuação de médicos e de outros profissionais de saúde, continuando a aumentar em cada ano o número de casos. E tudo indica que esta tendência se irá certamente manter, pelo menos enquanto não conseguirmos alterar a realidade nacional em termos do tratamento médico e jurídico destas situações. E uma nova abordagem seria efetivamente importante para evitarmos cair na situação dramática de prémios de seguro excessivos e até de indisponibilidade de seguros de responsabilidade médica nalgumas áreas, face ao número crescente de ações judiciais e às indemnizações exorbitantes que, por vezes, delas resultam. Uma nova abordagem que permitisse também pôr termo às situações a que vamos assistindo, moral e socialmente inaceitáveis, em que cidadãos têm por vezes de suportar por si sós o custo resultante da aleatoriedade da atividade médica, e em que profissionais de saúde são por vezes responsabilizados por situações nas quais não cometeram qualquer falta. O que tende aliás a ocorrer muito particularmente

com especialidades que trazem consigo o apelo por um resultado positivo que, ao não ocorrer, leva a que a Justiça seja imediatamente acionada.

Deve-se, obviamente, exigir que o profissional de saúde atue com o grau de cuidado e a competência que é razoável esperar de um outro do mesmo “ofício” e com o mesmo grau de qualificação, agindo em circunstâncias similares. E sempre que um destes profissionais cometer uma negligência intencional ou grosseira, da qual resultem danos para um paciente confiado ao seu cuidado, deve, como qualquer outra pessoa, ser responsabilizado pelo dano que causou. Não sou dos que partilham a abolição da sua responsabilização, sem que se adotem mecanismos alternativos de sancionamento para intervenções negligentes. Mas é também necessário que se compreenda que um resultado negativo em saúde não é por si só suficiente para indicar negligência. É necessário que se compreendam as especificidades desta área e que sempre que tem lugar um atuação no âmbito da saúde, mesmo que apropriada e concretizada de forma absolutamente adequada, se na maioria das vezes não dela resultar melhorias para o doente, pode todavia suceder que nalguns casos ele permaneça na mesma ou até que, eventualmente, possa piorar. Tal como é fundamental compreender que os cuidados de saúde têm lugar em ambientes que envolvem interações complexas de muitas variáveis, entre as quais se situam o próprio processo de doença, os diversos profissionais de saúde, os equipamentos e infraestruturas disponíveis ou as políticas e procedimentos organizacionais. Contrariamente ao que sucede em muitas outras áreas, o sector dos cuidados de saúde não usufrui da vantagem de processos absolutamente bem definidos.

Pessoalmente, estou cada vez mais convicto que a mudança desta situação passará por regras jurídicas mais adequadas à realidade da medicina científica contemporânea e, desde logo, por uma mudança e melhoria substancial na deteção e comunicação dos erros e dos eventos adversos ocorridos. Porque só tais mecanismos permitirão melhorar a segurança em saúde.

Ora entre nós continua a verificar-se uma substancial inexistência e/ou falta de transparência na comunicação de tais erros e eventos adversos. O receio do litígio, de represálias, da afetação da imagem e reputação profissional entre colegas e doentes, continua a fazer com que muitas (a maioria?) das situações não sejam divulgadas e a favorecer um certo código de silêncio, dificultando-se ou impedindo-se assim a correção dos fatores que para elas possam ter contribuído. A comunicação voluntária de erros que tenham produzido danos mínimos ou até nenhum, bem como a comu-

nicação obrigatória de eventuais erros que tenham levado a danos sérios ou à morte, deveria ser assegurada. Sendo certo que para ser exequível e efetiva, deveria envolver mecanismos que garantissem o anonimato, que evitassem represálias e atribuição de culpas e que proporcionassem um sistema de comunicação simples e rápido.

O sistema atual que temos no âmbito da responsabilidade em saúde não está bem. Tem conduzido a um aumento dos prémios de seguro, a processos que se arrastam durante anos em disputas judiciais que levam, com alguma frequência, a compensações não equitativas. E não deixará de ter consequências preocupantes nos próprios custos da qualidade e do acesso à saúde. Como escreviam Meadow, Bell & Lantos *“Malpractice today appears to function more like a lottery than like a mechanism for either quality assurance or just retribution. Patients and their families are likely to win at random, but those who win can win big. The costs of this lottery are enormous – doctors are increasingly demoralized, patients are increasingly suspicious, and the lottery payouts are, inevitably, passed on to consumers or taxpayers”* (Pediatrics, 1997: 99).

Não temos em Portugal, tal como em muitos outros países, um conhecimento da verdadeira dimensão desta realidade. Até porque muitos casos de responsabilidade em saúde não são objeto de queixa e muitas das queixas apresentadas não envolvem verdadeiramente situações de responsabilidade.... Mas é fundamental conhecer melhor o que se passa no país. A atividade do Conselho Médico-Legal, “órgão chave” do nosso sistema pericial e que é internacionalmente considerado como uma das referências mais positivas da nossa organização médico-legal, pode contribuir para um mais adequado conhecimento desta problemática.

Neste estudo concretizado pelo Mestre Gonçalo Castanheira, um jovem especialista em Medicina Legal que tem dado um permanente exemplo de dedicação, de empenho e entusiasmo, poderá obter o leitor informação de grande relevância para esse melhor conhecimento. Por isso lhe é devido um agradecimento pelo trabalho que concretizou e pela informação que se propôs proporcionar a todos quantos, direta ou indiretamente, se interessam por esta realidade. Pessoas para quem este estudo constitui uma leitura que vivamente aconselho e recomendo.

Duarte Nuno Vieira
Presidente do Conselho Médico-Legal,
do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses
e do Conselho Europeu de Medicina Legal



1.ª Parte

Introdução



1. APRESENTAÇÃO, RELEVÂNCIA E ACTUALIDADE DO TEMA

O médico é por vezes obrigado a tomar decisões num espaço de instantes, fazer um diagnóstico, escolher uma terapêutica. Tal decisão e escolha poderão vir a tornar-se, a posteriori, objecto de numerosos inquéritos, de discussões de peritos, de audiências consecutivas e de longas reflexões judiciais.¹

A responsabilidade profissional em saúde/responsabilidade médica consiste na obrigação de reparar e satisfazer as consequências prejudiciais dos actos, omissões e erros voluntários, e também involuntários, cometidos no exercício profissional da Medicina, dentro de determinados limites.²

Os deveres do médico são vastos, visto que este desempenha uma função transcendente e que nenhuma outra profissão tem nas suas mãos a vida dos seres humanos.

Ao médico não é exigível que seja infalível, mas que proceda em conformidade com os conhecimentos da Medicina e com o indispensável zelo e respeito pela pessoa do doente.

“O médico deve actuar de acordo com o cuidado, a perícia e os conhecimentos compatíveis com os padrões por que se regem os médicos sensatos, razoáveis e competentes. Mas se porventura ele tem, ou se arroga ter, conhecimentos superiores à média, em qualquer tipo de tratamento,

¹ João Álvaro Dias (1994); página 9.

² Esperança Pina (2007); preâmbulo XIII.

intervenção cirúrgica e riscos inerentes, poderá ser obrigado a redobrados cuidados. (...) Por outro lado, deve manter-se razoavelmente actualizado, através de um esforço permanente, não podendo obstinadamente e de modo estulto prosseguir com a utilização de métodos antiquados, se estiver demonstrado que tais métodos não são aceites pela generalidade da opinião médica informada.”³

O médico é ainda responsável pelos actos das pessoas que utilizou no cumprimento das suas obrigações como se fossem praticados por si próprio.⁴

Nas últimas décadas temos assistido a importantes descobertas e avanços na Medicina, que provocaram alterações demográficas, na Economia, na Ética e no Direito, e que a sociedade nem sempre se mostrou preparada para assimilar.

Assistimos, também, a um aumento da complexidade da actividade médica da qual emergiu um novo *tipo* de médico. Faz parte das memórias do passado a figura do “médico de cabeceira” que detinha todo o conhecimento da arte de curar na sua cabeça e na sua maleta. A “relação hipocrática pessoal”, baseada na relação dual médico-doente, foi substituída por um trabalho colectivo de prestação de cuidados de saúde, que opera em estruturas hospitalares cada vez mais complexas, tanto na tecnologia como na organização.⁵

Por outro lado, a sociedade de comunicação em que hoje vivemos publicita de modo célere os magníficos avanços e êxitos da Medicina, criando naturais expectativas nos doentes e nas suas famílias, reduzindo, concomitantemente, as margens de aceitação do insucesso. Com uma melhor formação cultural, os doentes estão a tomar consciência dos seus direitos e a deixarem de se resignar com o erro médico.

Deste modo, nos últimos anos, em Portugal, as demandas contra os profissionais de saúde tornaram-se uma realidade no exercício da Medicina, tendo aumentado as reclamações, os processos disciplinares e judiciais⁶, sendo de esperar que um volume de processos muito superior ao actual comece a dar entrada nos tribunais⁷.

“A decisão mais segura sob o ponto de vista da responsabilidade nem sempre é a melhor para o doente. (...) Se o médico opta por proceder à realização

³ João Álvaro Dias (1995); página 22.

⁴ Conforme nº 1 do artigo 800º do Código Civil.

⁵ Sónia Fidalgo (2008); páginas 15 e 16.

⁶ Sónia Fidalgo (2008); página 18.

⁷ Guilherme de Oliveira (2005); páginas 162 e 163.

de exames preliminares em vez de proceder de imediato a certa intervenção, dir-se-á que, na trágica corrida contra o tempo, a morte saiu vitoriosa sobre a perícia e competência médicas. Mas se, ao contrário, o médico assume o risco de proceder à intervenção que lhe parece mais adequada, sem ter realizado os exames que em condições normais se impunham, na esperança de ganhar tal corrida, e o ferido vem a morrer na mesa de operações, pode bem acontecer que venha a ser censurado por ter privado o doente de uma esperança de vida que o exame preliminar, porventura, poderia ter preservado.”⁸

As diferenças de opinião são compatíveis com o exercício de um razoável cuidado e competência, ou mesmo com um elevadíssimo grau de cuidado, não sendo o médico considerado culpado por erro de diagnóstico ou de apreciação enquanto não se conseguir provar que este actuou de forma contrária às *leges artis* reconhecidas pela profissão.

O juiz de hoje, como o juiz do futuro, é seguramente um decisor a quem escasseiam o tempo e as capacidades para tudo saber, tudo estudar e tudo investigar, devendo por isso socorrer-se – como a mais natural e a mais inteligente das soluções – do auxílio daqueles a quem, por força da sua especial preparação técnica e prática, é reconhecida uma competência profissional acrescida e à qual se convencionou chamar perícia.⁹

Não constitui novidade que aqueles que no dia-a-dia praticam actos da mesma especialidade, não estarão particularmente predispostos a “atirar pedras” com a prudência, senão mesmo o receio natural, de quem avisadamente sabe que “há pedras que se atiram e que fazem ricochete em sentidos que não é possível prever ou controlar”.¹⁰

Assim, o Conselho Médico-Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP, composto por médicos de lugares cimeiros de instituições e organismos de referência e dirigentes máximos de instituições com funções coadjuvantes ou auxiliares de justiça, superiormente qualificados sob o ponto de vista académico e de probidade indiscutível sob o ponto de vista humano, reúne as condições de competência, imparcialidade, isenção e rigor que a tarefa de despistagem e prova da responsabilidade de um médico necessariamente pressupõe e exige.

⁸ João Álvaro Dias (1994); páginas 9 e 10.

⁹ João Álvaro Dias (1998); páginas 36 e 37.

¹⁰ João Álvaro Dias (1998); página 50.



2. OBJECTIVOS

O presente estudo tem como objectivo principal a caracterização da situação do concelho de Coimbra no que respeita à responsabilidade profissional em saúde/responsabilidade médica, através da análise dos processos remetidos ao Conselho Médico Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP, entre os anos de 2001 e 2010 (inclusive).

OBJECTIVOS GERAIS

1. Abordar a problemática da responsabilidade do médico no contexto da evolução histórica da Medicina.
2. Abordar a temática da responsabilidade médica, através do seu enquadramento jurídico-legal.
3. Definir as *leges artis* e a sua implicação na prática médica e judicial.
4. Analisar as competências do Conselho Médico-Legal e a sua evolução histórica.

Estes objectivos serão abordados na “revisão da literatura”.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

No âmbito da análise atrás referida, atribui-se uma maior importância aos seguintes aspectos:

1. Variação do número de processos analisados pelo Conselho Médico-Legal referentes a responsabilidade profissional em saúde por serviços prestados em unidades de saúde do concelho de Coimbra.
2. Caracterização da entidade de proveniência – proveniência do pedido das consultas técnico-científicas de acordo com o tipo de responsabilidade médica, decisão proferida, respectiva pena/condenação e tempo de resposta da decisão.
3. Caracterização do Processo do Conselho Médico-Legal – tempo de resposta na emissão do(s) parecer(es), conclusões e respectivo relator(es).
4. Existência, ou não, de concordância entre as conclusões dos pareceres emitidos pelo Conselho Médico-Legal e as respectivas decisões.
5. Caracterização do autor da queixa, denúncia ou acção.
6. Caracterização do perfil da vítima.
7. Caracterização dos cuidados de saúde prestados e do dano sofrido.
8. Determinação do perfil do prestador dos cuidados de saúde, incluindo a especialidade médica.

Estes objectivos serão analisados mediante o estudo da investigação efectuada (“contribuição pessoal”).

Pretende-se, através da análise da responsabilidade profissional em saúde no concelho de Coimbra, contribuir para o desenvolvimento de estratégias de correcção dos desacertos verificados e para a efectivação de uma política pró-activa de prevenção e segurança em saúde.

2ª Parte
Revisão da Literatura



1. HISTÓRIA DA MEDICINA E DA RESPONSABILIDADE DO MÉDICO

Durante muitos anos a Medicina desenvolveu-se num contexto misterioso e mágico – as doenças tinham origem divina e o médico era uma espécie de sacerdote, alguém que tinha o poder de actuar sobre a vida e a morte. A Medicina tinha um carácter sagrado; os seus resultados estavam dependentes da intuição do médico e do próprio destino¹¹.

Segundo Guilherme de Oliveira, “quase toda a história da Medicina mostra uma responsabilização religiosa e moral dos médicos, decorrente do carácter sagrado do seu múnus; nunca uma responsabilidade jurídica no sentido que hoje lhe é atribuída. A relação médico-doente emergente, era pois paternal e autoritária. O médico assumia um dever de tratamento do doente sem que se sentisse vinculado a quaisquer explicações, devendo este limitar-se à obediência”¹².

¹¹ Sónia Fidalgo (2008); página 13.

¹² Guilherme de Oliveira (1999).

CÓDIGO DE HAMURABI¹³

Por volta de 1000 a.C., o rei Hamurabi da Babilónia, através do Código de Hamurabi, tornou-se o responsável pelo primeiro capítulo da História do Direito que abordou a negligência médica.

Os artigos 215 a 223 referiam-se a direitos e a obrigações dos médicos: regulavam as intervenções cirúrgicas e respectivos honorários, que variavam de acordo com os três tipos de classes sociais, e determinavam o procedimento a ter com o médico caso este não tivesse sucesso com a intervenção cirúrgica que realizara, sendo a aplicação da pena dependente da classe a que pertencia o doente.

Se um médico fez uma operação difícil com um escalpelo de bronze e causou a morte do doente ou destruiu o seu olho, ser-lhe-á cortada a sua mão.¹⁴

CONSELHOS DE ESCULÁPIO

No final do século VI a.C., ter-se-á iniciado o culto de Esculápio, sendo a época greco-romana a era da sua maior expansão. O deus Esculápio aparecia durante a noite, enquanto o doente dormia, curando-o ou revelando-lhe um tratamento, pelo que lhe foram atribuídos os famosos conselhos.

Queres ser médico hoje? Aspiração esta de uma alma generosa, de um espírito ávido de ciência. Desejas que os homens te tenham como um deus, que alivia os seus males e afugenta deles o medo? Já pensaste bem no que há-de ser a tua vida?

Terás de renunciar à tua vida privada. Enquanto que todos os cidadãos quando terminam o seu dia de trabalho não são mais importunados, a tua porta ficará aberta a todos, a toda a hora do dia e da noite virão perturbar o teu descanso, teus prazeres, ou a tua meditação. Já não terás horas para te dedicar à tua família, à amizade ou ao estudo. Já não pertencerás a ti mesmo!

¹³ O Código de Hamurabi encontra-se gravado numa estela cónica de dura pedra negra no Museu do Louvre (Paris) e apresenta 282 artigos redigidos em acadiano - leis que o rei da Babilónia terá recebido do deus Sol; foi aplicado na Babilónia e em Ninive, mil anos após a sua redacção.

¹⁴ Conforme artigo 218 do Código de Hamurabi.

Os pobres, habituados a padecer, não te chamarão a não ser em casos de urgência. Mas os ricos te tratarão como um escravo, seja por terem uma indigestão ou uma constipação, fazendo-te por isso despertar a toda a pressa.

Não contes com o agradecimento; quando o doente se cura, a cura é devida à robustez; se morre, foste tu que o mataste. Enquanto está em perigo, trata-te como um deus, suplica-te, promete-te; se está em convalescença, já o estorvas.

JURAMENTO DE HIPÓCRATES

Hipócrates¹⁵, através do seu juramento, marcou uma etapa na história da Medicina e contribuiu para fazer da Medicina a mais nobre de todas as profissões. “A relação médico-doente era uma relação autoritária e vertical – o médico encontrava-se numa posição de superioridade perante o doente. O doente, em sofrimento, confiava no médico, dependia dele e esperava dele a cura”¹⁶.

Juro ... cumprir segundo as minhas possibilidades e razão ...

Aplicarei os medicamentos para bem dos doentes segundo o meu saber e nunca para seu mal. Não darei um remédio mortal ou um conselho que o leva à sua morte.

Conservarei pura a minha vida e a minha arte.

Em qualquer casa onde entre o farei para bem dos doentes, evitando todo o mal voluntário e toda a corrupção.

Tudo o que vir e ouvir no exercício da minha profissão e no comércio da vida comum e que não deva ser divulgado conservar-se-á como segredo.

Se cumprir integralmente este juramento, que possa gozar a minha vida e a minha arte e desfrutar da glória entre os homens. Se quebrar este juramento, que me suceda o contrário.

JURAMENTO DE ASSAPH

Assaph¹⁷ defendeu que a aprendizagem da Medicina se destinava aos estudantes com melhores qualidades, que passavam por provas difíceis e eram

¹⁵ Hipócrates (460 a.C. – 377 a.C.) elaborou o seu Juramento formulando as regras de moralidade adoptadas na Escola de Cós.

¹⁶ Sónia Fidalgo (2008); página 19.

¹⁷ Médico judeu que viveu no século VI, em plena Idade Média, e estudou em Alexandria.

aceites numa academia composta por homens de elevado carácter e de intelecto superior.

O médico só poderia iniciar o exercício da Medicina após dominar todo o conhecimento disponível e possuir as habilitações necessárias; caso contrário só causaria o mal e a destruição.

Não aceiteis o suborno para fazer mal ou para matar.

Não chamareis ao bem mal e ao mal bem.

Não ajudareis o malvado nem derramareis sangue inocente.

Não causareis doenças a ninguém.

ORAÇÃO DE MAIMÓNIDES

Maimónides¹⁸ estabeleceu um Código com 613 pontos.

Oh Deus!, enche a minha alma de amor para a arte e para todas as criaturas.

Sustém a força do meu coração para que ele possa sempre todos servir, o amigo e o inimigo, o bom e o mau.

Faz com que seja moderado em tudo, mas insaciável no meu amor pela ciência.

Afasta de mim a ideia de que tudo posso.

No século XVIII, com a entrada dos conceitos do racionalismo do progresso técnico e da realização de intervenções mais agressivas, que levaram ao descrédito das divindades, os médicos passaram a ser mais profissionais e menos deuses e o doente deixou de ser submisso.

“Até meados do século XX eram raras as acções judiciais intentadas pelos pacientes por danos resultantes da prestação de cuidados de saúde. A relação entre o médico e o doente era de tal modo estreita que não admitia dúvidas sobre a capacidade de intervenção, a competência e a dedicação do profissional de saúde. Os casos de sucesso eram atribuídos às boas capacidades do médico e os casos de insucesso eram remetidos para os segredos ou para a “escuridão” da ciência, jamais se fazendo qualquer juízo sobre o erro ou a negligência médica.”¹⁹

¹⁸ Filósofo judeu que deixou Córdoba aos 17 anos de idade e percorreu África e a Palestina; em 1167 fixou-se no Cairo e em 1170 tornou-se o chefe espiritual da comunidade judaica e médico do Vizir.

¹⁹ Sónia Fidalgo (2008); página 18.

ORDEM DOS MÉDICOS²⁰

A organização do exercício da Medicina iniciou-se em Portugal, no ano de 1898, com a criação da Associação dos Médicos Portugueses.

Em 1938 foi criada a Ordem dos Médicos, através da publicação dos seus estatutos, actualmente com competências para actuar como entidade disciplinadora do exercício da profissão médica.

O seu Código Deontológico consagra “as regras de natureza ética que, com carácter de permanência e a necessária adequação histórica na sua formulação, o médico deve observar e em que se deve inspirar no exercício da sua actividade profissional”²¹, assim como alguns dos deveres dos médicos:

Cumprir os estatutos e respectivos regulamentos.

Cumprir as normas deontológicas que regem o exercício da profissão médica.

Guardar o segredo profissional.

Agir solidariamente em todas as circunstâncias na defesa dos interesses colectivos.

Exercer a sua profissão com o maior respeito pelo direito à saúde dos doentes e da comunidade.

Não considerar o exercício da Medicina como uma actividade orientada para fins lucrativos.

São designadamente vedadas todas as práticas não justificadas pelo interesse do doente ou que pressuponham ou criem falsas necessidades de consumo médico.

Os médicos são responsáveis pelas infracções cometidas ao referido diploma, pelo que a violação dos diversos deveres implica as sanções nele previstas.²²

DECLARAÇÃO DE GENEBRA²³

²⁰ Estatuto aprovado pelo Decreto-Lei nº 29.171, de 24 de Novembro de 1938; revogado e substituído pelo Decreto-Lei nº 40.651, de 21 de Junho de 1956; alterado pelos Decretos-Lei nº 48.587, de 23 de Setembro de 1968, nº 48.879, de 22 de Fevereiro de 1969, nº 333/70, de 14 de Julho, e nº 282/77, de 5 de Julho.

²¹ Definição de Deontologia Médica (Código Deontológico da Ordem dos Médicos; 2009).

²² Conforme artigo 14º do Estatuto da Ordem dos Médicos.

²³ Adoptada pela 2ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, em Setembro de 1948, em Genebra (Suíça); revista pela 35ª Assembleia Médica Mundial, em Outubro de 1983, em Veneza (Itália) e pela 46ª Assembleia Médica Mundial, em Setembro de 1994, em Estocolmo (Suécia).

Em 1948 foi adoptada a Declaração de Genebra, através de uma adaptação do Juramento de Hipócrates, que actualmente é lida pelos médicos no momento da sua formatura.

Tomo o compromisso solene de consagrar a minha vida ao serviço da Humanidade.

Exercerei a minha arte com consciência e dignidade.

Considerarei a saúde do meu doente como a minha primeira preocupação.

Não permitirei que considerações de idade, doença ou incapacidade, credo, origem étnica, género, nacionalidade, filiação política, raça, orientação sexual, ou posição social, venham interpor-se entre o meu dever e o meu doente.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL²⁴

Em 1949 foi adoptado o Código Internacional de Ética Médica da Associação Médica Mundial, que estipulava, entre outros, deveres e obrigações dos médicos:

O médico deverá sempre manter os mais elevados níveis de conduta profissional.

O médico tem obrigação de não permitir a interferência de interesses económicos sobre o livre exercício da sua actividade profissional ou sobre a avaliação dos seus doentes.

O médico deverá, em todas as circunstâncias e tipos de praxis, dedicar-se à prestação de cuidados médicos competentes, com total independência técnica e moral, e com compaixão e respeito pela dignidade humana.

O médico deverá certificar apenas os factos que tenha verificado pessoalmente.

O médico deverá sempre ter em mente a obrigação de preservar a vida humana.

O médico tem, para com os seus doentes, a dívida de total lealdade e da utilização de todos os recursos da sua ciência.

Sempre que um diagnóstico ou terapêutica exceda as capacidades do médico, este deverá encaminhar o seu doente para um médico com a necessária habilitação.

O médico deverá preservar absoluta confidencialidade sobre todos os factos relativos ao seu doente, mesmo após a morte deste.

²⁴ Adoptado pela 3^a Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, em Outubro de 1949, em Londres (Inglaterra); revisto pela 22^a Assembleia Médica Mundial, em Agosto de 1968, em Sydney (Austrália) e pela 35^a Assembleia Médica Mundial, em Outubro de 1983, em Veneza (Itália).

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE²⁵

Em 1979, em Portugal, foi institucionalizado o projecto governamental “Bases do Serviço Nacional de Saúde”, que levou à criação do Serviço Nacional de Saúde. O Estado assegurava o direito à protecção da saúde, universal, geral e gratuito.

LEI DE BASES DA SAÚDE

A Lei nº 48/90, de 24 de Agosto²⁶, aprovou a Lei de Bases da Saúde, sendo a sua principal linha orientadora a repartição, entre o Estado e a iniciativa privada, da responsabilidade pela prestação dos cuidados de saúde.

É repartir com os cidadãos a responsabilidade pela sua própria saúde, tanto individual como colectiva, e o dever de a defender e promover.²⁷

INSPECÇÃO-GERAL DAS ACTIVIDADES EM SAÚDE

Actualmente disciplinada pelo Decreto-Lei nº 33/2012, de 13 de Fevereiro, a Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS) é o serviço central do Ministério da Saúde, dotado de autonomia técnica e administrativa tendo como atribuições assegurar o cumprimento das leis e regulamentos no sistema de saúde, tendo em vista o bom funcionamento e a qualidade dos serviços, a defesa dos legítimos interesses e bem-estar dos utentes, a salvaguarda do interesse público e a reintegração da legalidade violada.

Compete-lhe exercer acção e auditoria de natureza disciplinar, instruindo processos de averiguações, de inquérito e disciplinares.

É neste domínio jurídico-disciplinar que sobressaem as queixas, as denúncias e as reclamações provenientes do Gabinete do Utente, direc-

²⁵ Institucionalizado pela Lei nº 56/79, de 15 de Setembro; O Decreto Governamental nº 254/82, de 29 de Junho, revogou diversos artigos, o que veio a ser considerado inconstitucional, mas não impediu que se mantivesse a situação anterior, traduzindo profundas divergências na orientação política de saúde por parte dos sucessivos governos.

²⁶ Alterada pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro.

²⁷ Esperança Pina (2003); página 18.

tamente entregues pelos particulares, de vários serviços ou do próprio Ministério da Saúde.²⁸

A massificação e a democratização dos cuidados de saúde, actualmente prestados por equipas multidisciplinares de saúde com elevado grau de interdisciplinaridade, onde são possíveis falhas de comunicação e de coordenação, constituem uma fonte de riscos acrescidos aquando de uma intervenção médica.

O aumento da procura de serviços de saúde constituiu um factor relevante para o aumento da conflitualidade entre doentes e profissionais de saúde – se se praticam mais actos médicos, mais erros médicos ocorrerão.

Contudo, o factor decisivo para o aumento da conflitualidade terá sido “uma profunda mutação da realidade” – hoje a relação médico-doente é uma relação democrática e horizontal, vivendo-se a emergência do paradigma da autonomia do doente em superação do paradigma paternalista.

“A despersonalização da actividade médica e a desumanização do doente, a que conduziram a evolução da técnica e a especialização da Medicina, traduzindo-se numa diminuição da confiança no médico por parte do doente, contribuiram também para esta mudança de mentalidade.”²⁹

Após esta evolução, mais do que uma boa prática, a relação médico-doente passou a incorporar, também, segundo Guilherme de Oliveira, “o cumprimento do dever de respeitar um direito autónomo do doente à livre determinação em matéria de saúde”³⁰, assistindo-se à ascensão da autonomia do doente e, a par, à descensão do paternalismo clínico que outrora a dominou.

²⁸ Paulo Cordeiro (2002); página 194.

²⁹ Sónia Fidalgo (2008); página 20.

³⁰ Guilherme de Oliveira (1999).

2. RESPONSABILIDADE MÉDICA ENQUADRAMENTO JURÍDICO-LEGAL

*Trata-se de um problema recente, porque em muitos países, até ao início do século XX, era admitida a irresponsabilidade médica, aliás, ainda hoje aceite, com muita frequência, pelo senso comum.*³¹

O termo responsabilidade tem o significado comum e facilmente identificável em dicionários correntes de designar a “qualidade de quem é responsável”, sendo este também o “que responde por certos actos”³².

A profissão médica admite a prática de determinados actos e liberdades que poderão constituir crimes se praticados no âmbito de outras actividades profissionais, o que justifica que a responsabilidade médica seja equacionada em moldes diferentes das demais.

De um modo geral, o médico tem uma obrigação de cuidados e não de resultados. A este propósito Martins Nunes refere que “no estrito rigor técnico e jurídico, o médico não poderá assumir uma obrigação pelo resultado uma vez que a variabilidade, a imprevisibilidade, a particularidade, as variantes da morfologia e da fisiologia, assim como as múltiplas reacções adversas que podem ocorrer durante um acto médico, são factores que o

³¹ Esperança Pina (2003); preâmbulo XXIII.

³² C. Francisco (1994).

profissional não conhece em toda a sua dimensão, e que por isso não controla através do conhecimento médico”³³.

“O ponto de partida para qualquer acção de responsabilidade médica é por conseguinte a desconformidade da concreta actuação do agente no confronto com aquele padrão de conduta profissional que um médico medianamente competente, prudente e sensato, com os mesmos graus académicos e profissionais, teria tido em circunstâncias semelhantes, naquela data.”³⁴

No entanto, quando um dano surge como consequência de um acto médico, a sua reparação pode ser pedida, podendo haver lugar a responsabilidade civil. Por outro lado, a sociedade não pode manter-se insensível a um determinado tipo de dano, pelo que poderá haver lugar, também, a responsabilidade penal.

Quando se verifique o incumprimento de regras que devem pautar a actuação do médico, este incorre, também, em responsabilidade disciplinar.

Assim, a responsabilidade pela prática de actos médicos tem, à luz do sistema jurídico nacional, natureza distinta – **penal, civil e disciplinar** – que, todavia, pode ser cumulável:

- A **responsabilidade penal** resulta da violação de normas de Direito Penal, devendo o médico ser punido por uma infracção de que é culpado.
- A **responsabilidade civil** resulta da violação de normas de Direito Civil³⁵, traduzindo-se na obrigação de indemnizar o lesado ou os seus legítimos herdeiros.
- A **responsabilidade disciplinar** advém da violação de deveres deontológicos e/ou profissionais, perante a Ordem dos Médicos³⁶, e das regras de disciplina, perante a Administração Pública³⁷ ou a entidade patronal³⁸.

³³ Martins Nunes (2009).

³⁴ João Álvaro Dias (1995); página 29.

³⁵ Conforme artigo 483.º do Código Civil.

³⁶ Os médicos encontram-se sujeitos ao Estatuto Disciplinar e ao Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

³⁷ Os médicos submetidos ao Estatuto Disciplinar dos Funcionários e Agentes da Administração Central Regional e Local, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 24/84, de 16 de Janeiro, estão sujeitos às regras de disciplina nele contidas.

³⁸ Os médicos que exercem funções em entidades sem vínculo à Administração Pública estão sujeitos à legislação laboral do Código do Trabalho, aprovado pela Lei 7/2009, de 12

“Nos nossos Tribunais é muito reduzido o número de acções por responsabilidade (civil ou penal) médica: não pode falar-se ainda de uma “jurisprudência portuguesa” de responsabilidade médica. O sofrimento de um dano resultante de um tratamento médico tem sido ainda visto por muitos como uma fatalidade.”³⁹

Em 1983, Figueiredo Dias e Sinde Monteiro referiam não terem conhecimento de “mais do que meia dúzia de acções nos últimos cinco anos; o sentimento dominante perante o sofrimento de um dano seria o de resignação e não o de pedir contas ao responsável”⁴⁰.

No entanto, nos últimos anos tem-se verificado uma “mudança de mentalidade”. Segundo Guilherme de Oliveira, “há notícia de que se vêm multiplicando as queixas em todas as instâncias – Ordem dos Médicos, Inspeção-Geral de Saúde e Ministério Público – sendo de esperar que um volume de processos muito superior ao actual comece a dar entrada nos tribunais”⁴¹.

*Antigamente, quando acontecia um desastre ou um insucesso na nossa família ou naqueles que estavam próximos, considerava-se uma fatalidade. Hoje não. (...) Procuramos no Direito, na regulamentação, a resolução daquele problema. A justiça entrou no nosso quotidiano. Isso é próprio do estado democrático.*⁴²

2.1 RESPONSABILIDADE PENAL MÉDICA⁴³

A actividade médica desenvolve-se num contexto de risco e, atendendo à natureza dos bens jurídicos que podem ser afectados no decurso de uma intervenção médica – a vida, a integridade física e a liberdade pessoal do doente – o Direito Penal deve ser chamado a intervir.

Se o médico, na sua actuação, cometer uma violação e, conseqüentemente, prejudicar a saúde do doente ou descuidar o seu consentimento para a intervenção em causa, pode lesar (por acção ou omissão) bens jurídicos penalmente protegidos, e como tal, poderá vir a ser penalmente

de Fevereiro de 2009.

³⁹ Sónia Fidalgo (2008); páginas 23 e 24.

⁴⁰ Figueiredo Dias e Sinde Monteiro (1984); páginas 22 e 23.

⁴¹ Guilherme de Oliveira (2005).

⁴² Arménia Coimbra (2003).

⁴³ Considerada sob o ponto de vista do Direito Penal, através do Código Penal Português de 1982, revisto em 1995, pelo Decreto-Lei nº 48/95, de 15 de Março, em 1998, pela Lei nº 65/98, de 2 de Setembro, e em 2007, pela Lei nº 59/2007, de 4 de Setembro.

responsabilizado por ofensa à integridade física por negligência⁴⁴, por homicídio por negligência⁴⁵ ou por intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos⁴⁶.

O Código Penal tipifica, ainda, outros crimes relacionados com a actividade médica, tais como violação do segredo médico, atestado falso, aborto, homicídio a pedido da vítima, propagação de doença, alteração de análise ou de receituário ou recusa do médico.

Não obstante, não basta a verificação de um prejuízo para a saúde do doente para se poder concluir pela responsabilidade penal do médico. Para que haja lugar a responsabilidade penal é necessário que com a sua conduta o médico preencha um tipo legal de crime.

Ao médico que praticou um facto que a lei qualifica como crime – “que se poderá definir como sendo uma acção típica, ilícita e culposa”⁴⁷ – poderá aplicar-se o artigo 11º do Código Penal (carácter pessoal da responsabilidade criminal):

Salvo disposição em contrário, só as pessoas singulares são susceptíveis de responsabilidade criminal.

A maioria das possíveis condenações dos profissionais de saúde resulta de comportamentos negligentes, já que em raras excepções estará em causa o dolo – “conhecimento e vontade de praticar certo facto típico”.

Segundo o artigo 15º do Código Penal:

Age com negligência quem, por não proceder com o cuidado a que, segundo as circunstâncias, está obrigado e de que é capaz:

- a) *Representar como possível a realização de um facto que preenche um tipo de crime, mas actuar sem se conformar com essa realização; ou*
- b) *Não chegar sequer a representar a possibilidade de realização do facto”.*

⁴⁴ Conforme artigo 148º do Código Penal.

⁴⁵ Conforme artigo 137º do Código Penal.

⁴⁶ Conforme artigo 150º do Código Penal.

⁴⁷ Paula Bruno (2010); página 75.

“O dever objectivo de cuidado é o dever de actuar com a diligência adequada a evitar a produção do evento danoso, se ele puder ser evitável, porque é previsível.”⁴⁸

Pela sua relevância transcrevem-se os seguintes preceitos legais:

Artigo 137º do Código Penal – Homicídio por negligência

1. *Quem matar outra pessoa por negligência é punido com pena de prisão até três anos ou com pena de multa.*
2. *Em caso de negligência grosseira, o agente é punido com pena de prisão até cinco anos.*

Artigo 148º do Código Penal – Ofensa à integridade física por negligência

1. *Quem por negligência, ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa, é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 120 dias.*
2. *No caso previsto no número anterior, o Tribunal pode dispensar de pena quando: o agente for médico no exercício da sua profissão e do acto médico não resultar doença ou incapacidade para o trabalho por mais de oito dias; ou da ofensa não resultar doença ou incapacidade para o trabalho por mais de três dias.*
3. *Se do facto resultar ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão até dois anos ou com pena de multa até 240 dias.*
4. *O procedimento criminal depende de queixa.*

Segundo Paula Bruno, “estamos perante um crime de resultado e dano, já que para a respectiva consumação se exige, respectivamente, que ocorra uma alteração no mundo exterior distinta da própria conduta, e por outro lado, exige-se a verificação de uma lesão efectiva. Este crime reveste-se de natureza semi-pública, ou seja, o Ministério Público só terá legitimidade para promover o competente processo judicial (...) mediante a formalização de uma queixa no prazo legal de 6 meses”⁴⁹, a contar da data em que

⁴⁸ Paula Bruno (2010); página 77.

⁴⁹ Paula Bruno (2010); páginas 78 e 79.

o titular tiver tido conhecimento do facto e dos seus autores, ou a partir da morte do ofendido ou da data em que ele se tiver tornado incapaz⁵⁰.

Artigo 150º do Código Penal – Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos

1. *As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da Medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as *leges artis*, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.*
2. *As pessoas indicadas no número anterior que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos violando as *leges artis* e criarem, desse modo, um perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou para a saúde, são punidas com pena de prisão até dois anos ou com pena de multa até 240 dias, se pena mais grave não lhes couber por força de outra disposição legal.*

“O legislador entendeu que a intervenção realizada por um médico, com finalidade terapêutica e segundo as *leges artis*, não preenche o tipo de crime de ofensa à integridade física, independentemente do resultado para o doente.”⁵¹

Segundo Costa Andrade, “a produção de resultados indesejáveis, como a morte, o agravamento de doença ou das lesões, só relevará como ofensa corporal típica quando apresentar a consequência adequada da violação das *leges artis*”⁵².

Neste domínio, tem ainda aplicação um dos princípios basilares do nosso Direito Processual Penal, corolário do princípio da presunção de inocência do arguido – “*in dubio pro reo*”: para que o profissional seja merecedor de uma condenação, a prova a produzir pela acusação terá de ser cabal, deixando o julgador plenamente convencido da ocorrência dos factos em causa e da imputabilidade dos mesmos ao seu autor. Se ao invés, persistir qualquer dúvida que inquene essa convicção, o profissional arguido não poderá ser penalizado.⁵³

⁵⁰ Conforme artigo 115º do Código Penal.

⁵¹ Paula Bruno (2010); página 79.

⁵² Costa Andrade (1999).

⁵³ Paula Bruno (2010); páginas 77 e 78.

No que concerne à medida da pena, e conforme o artigo 71º do Código Penal, aquela é apurada em função da culpa do agente, tendo em conta as exigências de prevenção criminal. Segundo o Ministério da Justiça, em 2010 não existiam nas prisões portuguesas condenados por “ofensa à integridade física por negligência”.⁵⁴

Não há pena sem culpa e a culpa determina a medida da pena – a culpa é o seu pressuposto de validade e o seu limite máximo.

2.2 RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA

Face ao nosso ordenamento jurídico, diz-se que “alguém incorre em responsabilidade civil quando se constitui na obrigação de indemnizar outrem por danos que lhe cause, quer esses danos decorram da inexecução de uma obrigação (responsabilidade contratual), quer da violação de um direito subjectivo não creditício ou de uma norma legal destinada a proteger interesses alheios (responsabilidade extracontratual ou delitual)”⁵⁵.

A definição de responsabilidade extracontratual alcança-se do artigo 483º do Código Civil:

Aquele que, com dolo ou mera culpa, violar ilicitamente o direito de outrem ou qualquer disposição legal destinada a proteger interesses alheios fica obrigado a indemnizar o lesado pelos danos resultantes da violação.

São elementos constitutivos de responsabilidade civil: o facto voluntário do agente⁵⁶ (por acção ou omissão), a ilicitude⁵⁷ (do facto), a culpa⁵⁸

⁵⁴ Filipa Ambrósio de Sousa (2010).

⁵⁵ Ana Prata (1995); página 527.

⁵⁶ “É necessário, desde logo, que haja um facto voluntário do agente (não um mero facto natural causador de danos), pois só o homem como destinatário dos comandos emanados da lei, é capaz de violar direitos alheios ou de agir contra disposições”. Conforme Antunes Varela (2000); páginas 525 e 526.

⁵⁷ “A ilicitude contratual pressupõe a violação dos deveres contratuais; a ilicitude extracontratual consiste na violação de direitos absolutos ou de normas legais de protecção ou ainda no abuso de direito”. Conforme André Dias Pereira (2007); página 15.

⁵⁸ “A culpabilidade afirma-se quando o sujeito, no caso concreto, tendo a possibilidade de agir de acordo com o direito, não o faz, o que equivale a dizer que não observou a diligência possível para evitar o resultado danoso”. Conforme Simas Santos e Leal Henriques (2002); página 180.

(imputação do facto ao lesante), o dano⁵⁹ e o nexó de causalidade entre o facto e o dano⁶⁰.

Relativamente à responsabilidade contratual, o artigo 798º do Código Civil dispõe que:

O devedor que falte culposamente ao cumprimento da obrigação torna-se responsável pelo prejuízo que cause ao credor.

Pelo exposto, os profissionais de saúde respondem pelos danos causados pelas suas condutas, se tiverem actuado com culpa, a qual deverá ser apreciada tendo como referência a diligência de um “*bom pai de família*” e em face das circunstâncias do caso concreto⁶¹. “Este critério traduz-se num médico normalmente prudente, diligente, sagaz e cuidadoso, com conhecimentos, capacidade física, intelectual e emocional para desempenhar as funções que se propõe.”⁶²

Para o tribunal chegar a uma situação de responsabilização jurídica do agente, terá, à semelhança do que acontece em Direito Penal, de retirar a convicção de que determinado comportamento do médico visado consubstancie conduta violadora dos princípios e regras fundamentais da ciência médica – violação das *leges artis*.⁶³

Relativamente aos prazos de prescrição, no âmbito da responsabilidade civil extracontratual, o direito de indemnização prescreve no prazo de 3 anos a contar desde a data em que o lesado teve conhecimento do direito que lhe compete⁶⁴, enquanto no domínio da responsabilidade contratual, a prescrição ocorre no prazo de 20 anos a partir da mesma data⁶⁵.

⁵⁹ “Sem dano não chega a pôr-se qualquer problema de responsabilidade civil”. Conforme Antunes Varela (2000); página 526.

⁶⁰ Demonstração do encadeamento de alterações anátomo e fisiopatológicas desde a lesão directamente resultante da conduta alegadamente faltosa até à lesão que configura o dano, “de modo a poder afirmar-se, à luz do Direito, que o dano é resultante da violação”. Antunes Varela (2000); página 526.

⁶¹ Conforme artigo 487º do Código Civil.

⁶² André Dias Pereira (2007); página 16.

⁶³ Paula Bruno (2010); páginas 71 e 72.

⁶⁴ Conforme nº 1 do artigo 498º do Código Civil.

⁶⁵ Conforme artigo 309º do Código Civil.

2.3 RESPONSABILIDADE DISCIPLINAR MÉDICA

“Comete uma infracção disciplinar o médico que, por acção ou omissão, viole dolosa ou negligentemente os deveres que para si decorrem do Estatuto da Ordem dos Médicos, do Código Deontológico da Ordem dos Médicos ou de outros Regulamentos Internos da Ordem dos Médicos.”⁶⁶

Sendo o médico, no exercício da sua profissão, técnica e deontologicamente independente e responsável pelos seus actos, tem o dever de cumprir um conjunto de normas de comportamento para sua orientação: princípios de respeito pela vida, dever de segredo médico, dever de solidariedade, dever de não discriminar, dever de entreaajuda e respeito profissional, de contribuir para o progresso da Medicina.

Deve, ainda, manter-se actualizado cientificamente, e exercer a sua profissão de forma diligente e tecnicamente adequada às boas regras da arte médica – *leges artis*.⁶⁷

O artigo 31º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos – Qualidade dos cuidados médicos – consagra como princípio geral que o médico está obrigado a prestar os melhores cuidados ao seu alcance, no exclusivo intuito de promover ou restituir a saúde, conservar a vida e a sua qualidade e suavizar o sofrimento, abstendo-se de quaisquer actos que não estejam de acordo com as *leges artis* (artigo 35º do mesmo código).⁶⁸

É competência do Conselho Nacional de Disciplina e do Conselho Disciplinar Regional da Ordem dos Médicos a responsabilização das infracções cometidas pelos médicos, podendo as mesmas ficar suspensas até decisão das instâncias judiciais, com as quais são cumulativas.⁶⁹

As penas disciplinares poderão ser de advertência, censura, suspensão e expulsão⁷⁰.

Os profissionais de saúde que exerçam funções em entidade(s) hospitalar(es) do Serviço Nacional de Saúde poderão ainda ser sujeitos a processos disciplinares nos termos do Estatuto Disciplinar dos Trabalha-

⁶⁶ Paula Bruno (2010); página 81.

⁶⁷ Conforme artigo 9º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

⁶⁸ Paula Bruno (2010); página 82.

⁶⁹ Conforme artigos 4º e 5º do Estatuto Disciplinar dos Médicos – Ordem dos Médicos.

⁷⁰ Conforme artigo 74º do Estatuto da Ordem dos Médicos.

dores que exercem Funções Públicas⁷¹, independentemente do vínculo jurídico.

Estas sanções poderão ser de repreensão escrita, multa, suspensão, demissão ou despedimento por facto imputável ao trabalhador⁷².

Esta lei prevê, ainda, que se os factos forem passíveis de infracção penal, têm que ser obrigatoriamente comunicados aos Serviços do Ministério Público.

Por outro lado, se a entidade hospitalar do Serviço Nacional de Saúde não apresentar vínculo à Administração Pública, a responsabilidade disciplinar será apreciada pela respectiva entidade patronal.

Esta concluirá pela aplicação, ou não, de uma sanção ao trabalhador, proporcional à gravidade e consequências do acto, salvaguardando sempre os direitos de defesa dos trabalhadores.

A legislação laboral⁷³ prevê as sanções de repreensão, multa pecuniária, perda de dias de férias, suspensão e o despedimento com justa causa.

Em suma, a conduta do profissional de saúde poderá originar três tipos de responsabilidade distintos e, conseqüentemente, poderá ser condenado penalmente (numa pena de multa ou prisão, ou medida de segurança), civilmente (numa indemnização a liquidar ao lesado) e disciplinarmente perante a Ordem e/ou perante a entidade patronal (numa pena disciplinar).⁷⁴

⁷¹ Conforme Lei 58/2008, de 9 de Setembro, que entrou em vigor em Janeiro de 2009.

⁷² Conforme artigo 9º do Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que exercem Funções Públicas.

⁷³ Código do Trabalho; aprovado pela Lei 7/2009, de 12 de Fevereiro de 2009.

⁷⁴ Paula Bruno (2010); página 84.

3. LEGES ARTIS MEDICINAE

Conjunto de regras gerais de carácter técnico, máximas da experiência e conhecimentos adquiridos, adoptados e aprovados pela comunidade científica, vigentes no exercício da Medicina.⁷⁵

No exercício da Medicina o médico tem de atender a um conjunto de regras recomendadas pela ciência, pela técnica e pelos cuidados gerais aplicáveis à classe profissional respectiva, resultantes da experiência – regulamentadas ou não – e indicadoras do modo tecnicamente mais adequado e diligente para a prestação dos cuidados devidos no desenvolvimento da assistência médica⁷⁶ – as *leges artis medicinae*.

Como o seu conteúdo não se esgota nos regulamentos e estatutos, estas podem ser procuradas em publicações, nas bases de dados médicas e demais veículos utilizados pela categoria profissional para divulgar informações e esclarecer os seus pares, compreendendo as “regras e deveres que respeitam tanto ao diagnóstico e escolha da terapia (indicação médica), quanto à execução do tratamento ou intervenção médico-cirúrgica”⁷⁷.

⁷⁵ Hava Garcia (2001).

⁷⁶ Fernanda Martins (2011); página 81.

⁷⁷ Teresa Brito (2002); página 376.

As *leges artis* compreendem “os métodos e procedimentos já suficientemente comprovados pela ciência médica que não se deixam todavia identificar com uma determinada escola médica, uma vez que isso contrariaria o princípio de liberdade do método, nem se determinam por referência a um *standard* de conhecimentos já alcançados, sob pena de se bloquear toda e qualquer evolução”⁷⁸.

Neste domínio, em que existe uma permanente evolução e constante renovação das exigências de cuidado, o dever objectivo é determinado por estas regras, fixadas pelo próprio círculo profissional, que conformam a actividade em causa, pretendendo mantê-la dentro de determinados padrões de qualidade e evitar a concretização de perigos para bens jurídicos.

Figueiredo Dias esclarece que “nem sempre que há violação das *leges artis* a intervenção constituirá uma ofensa à integridade física, logo, a conduta do médico não será criminalmente punível; a conduta do médico só constituirá uma ofensa à integridade física se a intervenção se traduzir numa ofensa ao corpo ou à saúde de outra pessoa”⁷⁹.

No entanto, com a constante evolução da ciência médica, a liberdade de método que enforma o exercício da Medicina e as características de cada doente, torna-se difícil determinar qual a actuação adequada no caso concreto.

“O que antes era prática generalizada e comumente aceite pela comunidade científica e médica, pode, a breve trecho, tornar-se obsoleto e perfeitamente inadequado em função dos constantes progressos da ciência e técnica médicas.”⁸⁰

Sendo função do Juiz formar um juízo acerca da violação do dever objectivo de cuidado por parte do médico, aferindo se o mesmo violou ou não o dever de cuidado que sobre ele impendia, e não tendo o mesmo (em princípio) formação médica, ser-lhe-á certamente difícil aceder ao conhecimento das regras técnicas da Medicina.

Assim, quando a percepção ou apreciação dos factos exigirem especiais conhecimentos técnicos, científicos ou artísticos, que os julgadores não possuem, poderão ser solicitadas consultas técnico-científicas ao Conselho Médico Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências

⁷⁸ Paula Faria (1999).

⁷⁹ Figueiredo Dias (1984).

⁸⁰ João Álvaro Dias (1995); página 29.

Forenses, IP, assim como pareceres de peritos designados pelos respectivos Colégios de Especialidades ou mesmo de peritos-médicos particulares.

Nos últimos anos tem-se assistido a um crescimento da procura de pareceres médicos que, por serem organizados, detalhados e fundamentados, têm vindo a ser procurados para situações de divergência de opinião ou de conflito, seja por parte dos cidadãos em geral, seja por parte de advogados. Os peritos chamados a pronunciarem-se devem analisar os documentos constantes do processo clínico (história clínica, exames complementares, folha terapêutica, evolução clínica, etc) e elaborar um juízo crítico no sentido de esclarecer sobre se as acções ou omissões cometidas pelo(s) profissional(is) de saúde correspondem ou não às que habitualmente seriam de esperar de um médico com experiência mediana – o padrão de comparação é a conduta que um médico comum, em situação equiparável, teria assumido.⁸¹

“Na ausência de regras de conduta escritas (...) a determinação do que se entende por comportamento correcto e, conseqüentemente, a avaliação da (in)adequação da conduta do médico, radicar-se-á apenas no estabelecido nos pareceres.”⁸²

⁸¹ Segundo Lesseps Lourenço dos Reys.

⁸² Sónia Fidalgo (2008); página 89.



4. CONSELHO MÉDICO-LEGAL

*Estes pareceres representam (...) a palavra final sobre o assunto em termos de opinião pericial e neles assenta, geralmente, o sentido da decisão do Tribunal.*⁸³

4.1 SITUAÇÃO ACTUAL

O Conselho Médico-Legal é um dos quatro órgãos do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP (INMLCF, IP)⁸⁴ – juntamente com o Conselho Directivo, a Comissão de Ética e o Fiscal Único – e “órgão-chave” da organização médico-legal portuguesa, como a ele se referiu Oliveira e Sá⁸⁵.

Trata-se de um órgão multidisciplinar, que exerce funções de consultadoria técnico-científica e ética através da emissão de pareceres sobre questões concretamente colocadas.

Actualmente tem a seguinte composição:

- a) O presidente do Conselho Directivo do INMLCF, IP, que preside, o vice-presidente e os vogais.
- b) Um representante dos conselhos regionais disciplinares de cada uma das secções regionais da Ordem dos Médicos.

⁸³ Duarte Nuno Vieira (2012); página 6.

⁸⁴ Conforme artigo 4º do Decreto-Lei nº 166/2012, de 31 de Julho.

⁸⁵ Cristina Cordeiro (2009).

- c) Dois docentes do ensino superior de cada uma das áreas científicas de Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia e Direito.
- d) Um docente do ensino superior de cada uma das seguintes áreas científicas: Anatomia Patológica, Ética e/ou Direito Médico, Ortopedia e Traumatologia, Neurologia ou Neurocirurgia e Psiquiatria.

O Conselho Médico-Legal é ainda secretariado por um elemento designado pelo mesmo Conselho, preferencialmente docente universitário no âmbito da Medicina Legal e de outras Ciências Forenses.

As competências do Conselho Médico-Legal estão definidas no Decreto-Lei nº 166/2012, de 31 de Julho, competindo-lhe⁸⁶:

- a) Exercer funções de consultadoria técnico-científica.
- b) Emitir pareceres sobre questões técnicas e científicas no âmbito da Medicina Legal e de outras ciências forenses.
- c) Acompanhar e avaliar a actividade pericial desenvolvida pelo INMLCF, IP, propondo as medidas que considere mais adequadas ao devido cumprimento das suas tarefas e emitindo facultativamente parecer sobre as reformas a empreender no sistema pericial forense nacional ou que tenham implicações no seu funcionamento.
- d) Emitir parecer sobre os modelos de cooperação dos serviços periciais forenses com outros serviços ou instituições.
- e) Pronunciar-se, por iniciativa própria ou a pedido do presidente do Conselho Directivo do INMLCF, IP, sobre assuntos relacionados com as atribuições do INMLCF, IP.
- f) Elaborar recomendações no âmbito da actividade médico-legal e forense.
- g) Designar duas personalidades de reconhecido mérito para a Comissão de Ética do INMLCF, IP.

A consultadoria técnico-científica, através da emissão de pareceres, constitui a função principal do Conselho Médico-Legal, sendo concretizada, essencialmente, sempre que um tribunal se confronta com proces-

⁸⁶ Competências definidas no artigo 7º do Decreto-Lei nº 166/2012, de 31 de Julho.

sos envolvendo aspectos médicos cuja interpretação lhe suscita dúvidas, designadamente por existirem opiniões contraditórias.⁸⁷

Esta consulta técnico-científica e ética pode ser solicitada pelo membro do Governo responsável pela área da justiça, pelo Conselho Superior da Magistratura, pela Procuradoria-Geral da República ou pelo presidente do Conselho Directivo do INMLCF, IP.

Os pareceres técnico-científicos emitidos pelo Conselho Médico-Legal são insusceptíveis de revisão e constituem o entendimento definitivo do Conselho sobre a questão concretamente colocada, salvo a apresentação de novos elementos que fundamentem a sua alteração.

4.2 HISTÓRIA⁸⁸

Ao longo da história da orgânica médico-legal portuguesa, quer a composição do Conselho, quer as suas competências, foram variando.

Em 1899, pela Carta de Lei de 17 de Agosto, foram criados os Conselhos Médico-Legais, que funcionavam na sede de cada uma das circunscrições médico-legais (Lisboa, Porto e Coimbra).

Eram constituídos por membros efectivos – professores de Medicina Legal e de Anatomia Patológica, um médico alienista e um químico-analista – e adjuntos, que só tinham lugar no Conselho com voto quando se tratasse de matéria da sua competência especial – professores de Patologia Geral, Obstetrícia, Toxicologia, Química Orgânica e Química Inorgânica – e tinham as seguintes atribuições⁸⁹:

- a) Realizar exames periciais cadavéricos e de alienação mental e ainda quaisquer outros requeridos pelo Ministério Público.
- b) Emitir pareceres sobre os recursos que lhes eram interpostos.
Responder a consultas que lhes fossem dirigidas, nos termos do Regulamento de 16 de Novembro de 1899.
- c) Formular propostas de revisão anual de um questionário e instruções pelo qual se deveriam orientar os peritos nos exames que não fossem efectuados pelos Conselhos.

⁸⁷ Duarte Nuno Vieira (2012); página 6.

⁸⁸ Segundo Duarte Nuno Vieira (1989) e Cristina Cordeiro (2009).

⁸⁹ Duarte Nuno Vieira (1989); página 488.

- d) Cooperar com o director da morgue na elaboração de propostas sobre quaisquer medidas consideradas convenientes para a melhoria dos serviços médico-legais.

Os resultados destes exames, assim como os pareceres deles emanados, não podiam ser invalidados por quaisquer outros exames ou pareceres periciais.

Em 1918, o Decreto-Lei nº 5023, de 29 de Novembro, pedra angular que vigorou até ao final de 1987, reorganizou os serviços médico-legais e remodelou também os Conselhos Médico-Legais, que passaram a ter por funções:

- a) Rever todos os relatórios de exames microscópicos, químicos, bacteriológicos e mentais, e ainda de todos os outros relativos a processos a que pudesse corresponder condenação a pena maior, efectuados nas comarcas da respectiva circunscrição.
- b) Emitir parecer sobre todos os recursos e consultas que lhes eram apresentados sobre objecto concreto pelos Juizes de Direito e pelos magistrados do Ministério Público ou por quaisquer outros interessados nos processos.
- c) Elaborar instruções pelas quais se deveriam guiar os médicos legistas nos seus exames.
- d) Organizar e dirigir o Curso Superior de Medicina Legal – Curso de Pós-graduação destinado a médicos e juristas – e promover a realização de cursos de tirocínio e de aperfeiçoamento para médicos legistas e magistrados do Ministério Público.
- e) Corresponder-se com todas as autoridades judiciais e médicos-legistas da circunscrição, prestando-lhes os esclarecimentos solicitados.

Os Conselhos Médico-Legais passaram, então, a corpos de revisão e consulta, deixando de ser “examinantes”, e os seus pareceres continuavam a não poder ser invalidados por quaisquer outros.

“Longos 70 anos se passaram até à publicação do Decreto-Lei 387-C/87, de 29 de Dezembro, o qual viria a introduzir, nas palavras do legislador, uma “*inovação de tomo*” ao eliminar a competência relativa à revisão dos relatórios periciais por parte dos Conselhos. Tal decorreu do regime ins-

tituído pelo novo Código do Processo Penal que afastava decisivamente a possibilidade de revisão dos relatórios periciais, passando sim, apenas, a haver lugar a nova perícia, nas situações previstas no artigo 158º do Código do Processo Penal.”⁹⁰

Esta redução de competências dos Conselhos, ainda que não significasse perda de importância, implicava uma considerável diminuição da actividade e eficácia tradicionais.

Segundo Duarte Nuno Vieira, em 1989, mais de um ano após o início destas novas funções, resumiam-se a três o número de consultas técnico-científicas dirigidas ao Conselho Médico-Legal de Coimbra.⁹¹

Apesar de muitos condicionalismos, “a revisão dos relatórios pelos Conselhos Médico-Legais evitou muitos erros, assegurando igualmente a aplicação de critério médico-legal aos elementos descritivos apresentados nos relatórios e, factor fundamental, dando uniformidade de apreciação o que tem inestimável valor prático”⁹².

Em 1998, a publicação do Decreto-Lei 11/98 de 24 de Janeiro, que estabelecia o regime jurídico da organização médico-legal e o âmbito material e territorial de actuação dos serviços médico-legais, restringiu a função de consultadoria dos conselhos médico-legais às situações de clara natureza técnico-científica, prevendo-se a atribuição a um novo órgão dos institutos – o Conselho Técnico – com competência para se pronunciar sobre as questões técnicas de natureza pericial suscitadas pelas entidades judiciais ou judiciárias, reforçando-se, desta forma, a função de assessoria técnica à decisão judicial.

Em 2001, com a extinção dos Institutos de Medicina Legal (de Lisboa, Porto e Coimbra) e a sua unificação no Instituto Nacional de Medicina Legal, cujos estatutos foram publicados em 26 de Março de 2001 pelo Decreto-Lei nº 96/2001, passou a existir o Conselho Médico-Legal, sendo um dos órgãos executivos do Instituto Nacional de Medicina Legal, a par do Conselho Directivo, do Conselho Nacional do Internato Complementar de Medicina Legal e da Comissão de Fiscalização.

Mantinha as mesmas funções de consultadoria técnico-científica, acrescidas das seguintes:

⁹⁰ Cristina Cordeiro (2009); página 4.

⁹¹ Duarte Nuno Vieira (1989); página 490.

⁹² Duarte Nuno Vieira (1989); página 495.

- a) Pronunciar-se sobre as questões técnicas de natureza pericial suscitadas pelas delegações do Instituto Nacional de Medicina Legal.
- b) Acompanhar e avaliar a actividade pericial desenvolvida pelo Instituto Nacional de Medicina Legal, propondo as medidas que considere mais adequadas ao devido cumprimento das suas tarefas.

E apresentava a seguinte composição:

- a) O presidente do Conselho Directivo do Instituto Nacional de Medicina Legal, que presidia.
- b) Os directores das delegações do Norte, Centro e Sul do Instituto Nacional de Medicina Legal.
- c) Um representante dos conselhos disciplinares regionais de cada uma das secções regionais da Ordem dos Médicos.
- d) Dois professores de universidades públicas de cada uma das áreas científicas de Clínica Cirúrgica e de Clínica Médica.
- e) Um professor de universidades públicas de cada uma das seguintes áreas científicas: Anatomia Patológica, Direito, Ética e Direito Médico, Medicina Legal, Ortopedia e Traumatologia, Neurologia ou Neurocirurgia, Obstetrícia e Ginecologia e Psiquiatria.

Passou ainda a poder solicitar, sempre que tal se mostrasse necessário, a colaboração de professores de outras disciplinas ou de outros estabelecimentos de ensino superior, bem como de especialistas de reconhecido mérito.

Em 2007, com a publicação do Decreto-Lei nº 131/2007, de 27 de Abril, o Conselho Médico-Legal passou a ser um dos três órgãos do Instituto Nacional de Medicina Legal, IP (INML, IP), a par com o Conselho Directivo e o Fiscal Único.

Era composto por 20 membros, estando as suas competências definidas no Decreto-Lei nº 131/2007, de 27 de Abril, competindo-lhe exercer as seguintes funções de consultadoria técnico-científica:

- a) Emitir pareceres sobre questões técnicas e científicas de natureza pericial.
- b) Pronunciar-se sobre questões de índole ética no âmbito da actividade pericial nacional e da actividade de investigação desenvolvida pelos serviços médico-legais.

- c) Acompanhar e avaliar a actividade pericial desenvolvida pelo INML, IP, propondo as medidas que considere mais adequadas ao devido cumprimento das suas tarefas e emitindo parecer sobre as reformas a empreender no sistema médico-legal ou que tenham implicações no seu funcionamento.
- d) Emitir parecer sobre os modelos de cooperação dos serviços médico-legais com outros serviços e instituições.
- e) Pronunciar-se, por iniciativa própria ou a pedido do presidente do Conselho Directivo do INML, IP, sobre assuntos relacionados com as atribuições do mesmo Instituto.
- f) Elaborar recomendações no âmbito da actividade médico-legal.

“Embora os relatórios não vinculem os tribunais, sendo apenas um dos elementos de prova, ninguém acredita que quando pela demonstração (...) se dá certo crime como materialmente impossível de se ter praticado, o réu possa vir a ser condenado; (...) é também lícito considerar que será muito mais facilmente condenado o inocente no caso em que a perícia (...) prova a possibilidade de se ter praticado o crime, do que se na realidade o exame fosse bem conduzido e houvesse que excluir tal possibilidade.”⁹³

“A Medicina Legal toca com a liberdade e honra dos indivíduos e das famílias sendo por demais evidentes as delicadas e melindrosas implicações sócio-jurídicas da peritagem médico-legal.”⁹⁴

Desde 2001, ano em que passou a existir, a nível nacional, um único Conselho Médico-Legal, este tem realizado uma média de 5 reuniões anuais, motivadas pelo número de pedidos de consultas técnico-científicas.⁹⁵

⁹³ Duarte Nuno Vieira (1989); página 493.

⁹⁴ Duarte Nuno Vieira (1989); página 495.

⁹⁵ Cristina Cordeiro (2009); página 5.



3ª Parte
Contribuição Pessoal



1. MATERIAL E MÉTODOS

1.1 MATERIAL

1.1.1 AMOSTRA

O objectivo particular desta investigação consistiu na análise dos processos de “responsabilidade profissional em saúde/responsabilidade médica por serviços prestados em unidades de saúde do concelho de Coimbra”, submetidos ao Conselho Médico-Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP, no período compreendido entre os anos de 2001 e 2010 (inclusive).

Para tal, procedeu-se à revisão e estudo destes processos, perfazendo um total de 10 anos, assim como dos respectivos pareceres emitidos e posteriores decisões proferidas pelas entidades competentes.

Esta análise foi efectuada após formulação de um pedido de autorização para consulta dos mesmos processos ao presidente do Conselho Directivo do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP, o qual foi aceite.

Posteriormente foram requisitadas às respectivas entidades cópias das decisões proferidas nos processos em estudo.

1.1.2 CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

Do total de 1181 processos analisados pelo Conselho Médico-Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP, no período compreendido entre 2001 e 2010 (inclusive), foram seleccionados 66 processos referentes aos casos de responsabilidade profissional em saúde por serviços prestados em unidades de saúde do concelho de Coimbra, que representam a amostra em estudo.

1.2 MÉTODOS

1.2.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A avaliação da amostra foi efectuada através da elaboração de uma grelha (Apêndice único), onde foram registados os dados da amostra em estudo, de acordo com as seguintes variáveis agrupadas segundo diversas categorias (sequência de eventos que culminaram no acontecimento em causa):

1) Conselho Médico-Legal

- Ano e número do processo.
- Entidade requisitante: membro do Governo responsável pela área da justiça, Conselho Superior da Magistratura, Procuradoria-Geral da República e presidente do Conselho Directivo do INMLCF, IP.
- Data(s) de entrada do(s) pedido(s) de consulta técnico-científica.
- Data(s) de emissão do(s) parecer(es).
- Conclusões do(s) parecer(es): conforme as *leges artis*, não conforme as *leges artis* e outros.
- Relator(es) do(s) parecer(es).

2) Entidade de proveniência

- Proveniência.
- Número do processo/inquérito.
- Tipo de responsabilidade: penal, civil e disciplinar.
- Investigação da prática criminal em Direito Penal: ofensa à integridade física por negligência e homicídio por negligência.
- Decisão: data, resultado e pena/condenação (se aplicável).

3) Queixa/denúncia/acção

- Autor: próprio, cônjuge/ex/análogos, pai/mãe/filhos, autoridade policial e entidade hospitalar.

4) Vítima

- Género: masculino, feminino e desconhecido.
- Idade.

5) Dano

- Data.
- Tipo: lesões/sequelas e morte.

6) Prestação dos cuidados de saúde

- Data.
- Motivo: diagnóstico, terapêutico e parto.
- Unidade(s) hospitalar(es) onde foram prestados os cuidados.
- Profissional de saúde que prestou os cuidados: profissão – médico(s), médico(s) e enfermeiro(s) e enfermeiro(s) e técnico(s) – e respectivo género: masculino, feminino, masculino e feminino e desconhecido.
- Especialidade(s) médica(s) envolvida(s).

7) Resumo

1.2.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados recolhidos foram inseridos numa base pessoal informatizada e tratados estatisticamente em *Microsoft Excel 2007*, onde também foram realizadas todas as tabelas e figuras.

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis para cada grupo.

A análise descritiva das variáveis qualitativas reporta a frequência das variáveis em estudo.

A análise descritiva das variáveis numéricas consistiu no cálculo da sua média aritmética, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo.



2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS - AMOSTRA

2.1 CONSELHO MÉDICO-LEGAL

2.1.1 PROCESSOS - EVOLUÇÃO

Entre 2001 e 2010 (inclusive) foram analisados pelo Conselho Médico-Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP um total de **1181** processos, dos quais **66 (5,59%)** foram referentes a casos de responsabilidade profissional em saúde por serviços prestados em unidades de saúde do concelho de Coimbra (Tabela 1).

Tabela 1 – Processos analisados pelo Conselho Médico-Legal, entre 2001 e 2010 (inclusive). Comparação entre o número total de processos analisados (N=1181) e o número de processos referentes a casos de responsabilidade profissional em saúde por serviços prestados em unidades de saúde do concelho de Coimbra (N=66)

ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
TOTAL	33	93	98	112	103	106	150	202	143	141	1181
RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL EM SAÚDE (COIMBRA)	2 (6,06%)	5 (5,38%)	1 (1,02%)	4 (3,57%)	10 (9,71%)	6 (5,66%)	4 (2,67%)	13 (6,44%)	11 (7,69%)	10 (7,09%)	66 (5,59%)

A evolução do número total de novos processos analisados por este Conselho Médico-Legal, na primeira década do século XXI, iniciou-se por uma tendência crescente até ao ano 2008, altura em que atingiu o valor máximo ($n=202$). Posteriormente registaram-se 143 e 141 processos, nos anos de 2009 e 2010, respectivamente (Tabela 1 e Figura 1).

Relativamente à evolução dos 66 processos referentes a casos de responsabilidade profissional em saúde por serviços prestados em unidades de saúde do concelho de Coimbra, verificou-se um irregular aumento no mesmo período de tempo, de 2 (em 2001) para 10 (em 2010), atingindo o valor máximo também no ano de 2008 ($n=13$) (Tabela 1 e Figura 1).

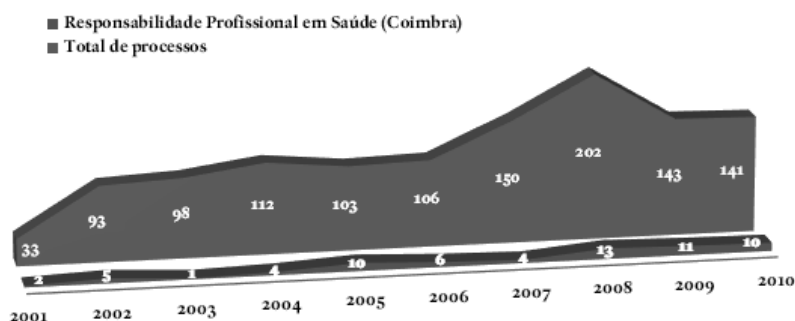


Figura 1 – Processos analisados pelo Conselho Médico-Legal, entre 2001 e 2010 (inclusive). Comparação entre o número total de processos analisados ($N=1181$) e o número de processos referentes a casos de responsabilidade profissional em saúde por serviços prestados em unidades de saúde do concelho de Coimbra ($N=66$)

Analisando esta mesma evolução em termos percentuais, comparativamente com o número total de processos analisados pelo Conselho Médico-Legal, verificou-se, também, um crescimento, de 6,06% em 2001 para 7,09% em 2010, com um valor mínimo de 1,02% em 2003 e um valor máximo de 9,71% em 2005 (Tabela 1 e Figura 2).

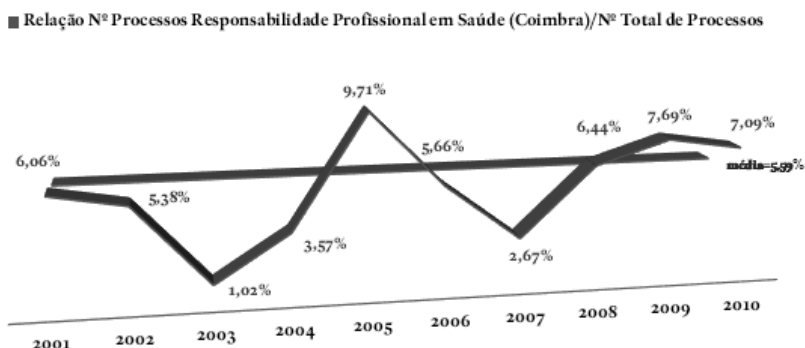


Figura 2 – Evolução percentual dos processos referentes a casos de responsabilidade profissional em saúde por serviços prestados em unidades de saúde do concelho de Coimbra (N=66) comparativamente com o número total de processos analisados pelo Conselho Médico-Legal (N=1181)

2.1.2 ENTIDADE REQUISITANTE

Nos 66 processos em estudo, as consultas técnico-científicas foram solicitadas pela Procuradoria-Geral da República em 59,09% (n=39) dos casos e pelo presidente do Conselho Directivo do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP nos restantes 40,91% (n=27), funcionando como intermediários entre as entidades de proveniência e o Conselho Médico-Legal (Figura 3).

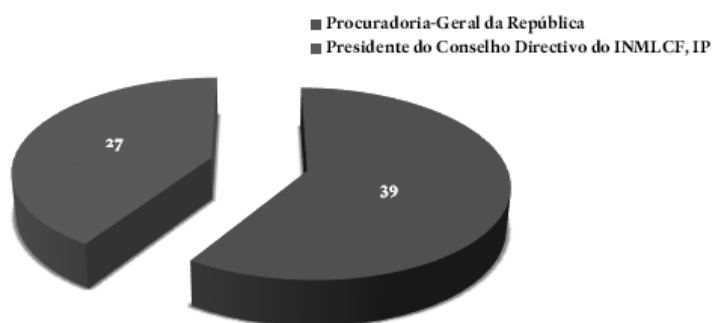


Figura 3 – Distribuição dos processos segundo a entidade requisitante (N=66)

Não se registou qualquer solicitação por parte do membro do Governo responsável pela área da justiça ou pelo Conselho Superior da Magistratura.

2.1.3 NÚMERO DE PARECERES

No total dos 66 processos em estudo, foram emitidos 81 pareceres referentes ao mesmo número de análises técnico-científicas: em 52 (78,79%) processos foi requisitada apenas uma consulta técnico-científica e em 14 (21,21%) processos mais do que uma – duas análises em 10 (15,15%) processos, três análises em 3 (4,55%) processos e quatro análises em apenas 1 (1,52%) processo – porquanto durante as fases de inquérito, instrução ou julgamento surgiram novos factos, provas e/ou esclarecimentos que necessitaram de nova(s) análise(s) (Tabela 2 e Figura 4).

Tabela 2 – Distribuição dos processos de acordo com o número de pareceres emitidos (N=66)

Nº DE PARECERES EMITIDOS	Nº PROCESSOS	%
1 Parecer	52	78,79%
2 Pareceres	10	15,15%
3 Pareceres	3	4,55%
4 Pareceres	1	1,52%
Total	66	100,00%

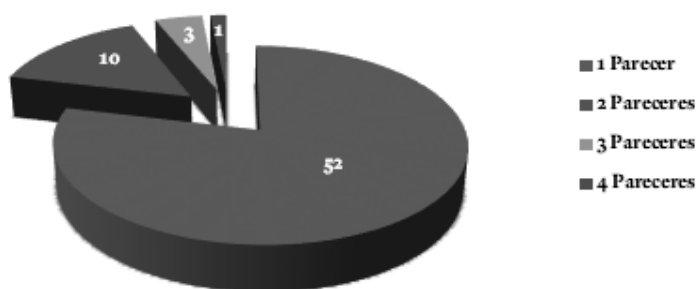


Figura 4 – Distribuição dos processos de acordo com o número de pareceres emitidos (N=66)

2.1.4 PERÍODO DE ANÁLISE

Relativamente ao período de análise do Conselho Médico Legal na emissão dos pareceres referentes aos 66 processos de responsabilidade profissional em saúde por serviços prestados em unidades de saúde do concelho de Coimbra, isto é, o tempo que decorreu entre a data de entrada do pedido da consulta técnico-científica (primeira ou única) e a data de emissão do respectivo parecer, verificou-se uma variação entre o valor mínimo de 25 dias (num processo referente ao ano de 2007) e um valor máximo de 421 dias (num processo referente ao ano de 2004) (Tabela 3).

A média foi de 129 dias, a mediana de 118 dias e o desvio padrão de 74 dias.

Tabela 3 – Período de análise do Conselho Médico-Legal: diferença de dias entre a data de entrada do pedido da consulta técnico-científica (primeira ou única) e a data de emissão do respectivo parecer (N=66)

PERÍODO DE ANÁLISE DO CONSELHO MÉDICO-LEGAL (DIAS)	Nº PROCESSOS	%
< 31	1	1,52%
31-90	25	37,88%
91-180	29	43,94%
181-365	10	15,15%
≥ 365	1	1,52%
Total	66	100,00%

Foi ainda possível constatar que 39,39% (n=26) dos processos foram analisados pelo Conselho Médico-Legal em tempo inferior a 90 dias e que 83,33% (n=55) em tempo inferior a 180 dias (Tabela 3 e Figura 5).

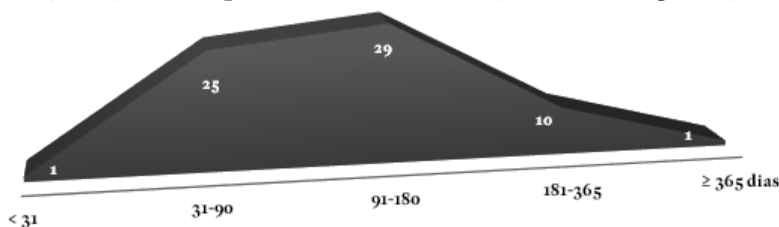


Figura 5 – Período de análise do Conselho Médico-Legal: diferença de dias entre a data de entrada do pedido da consulta técnico-científica (primeira ou única) e a data de emissão do respectivo parecer (N=66)

Muitas vezes, este tempo é prejudicado pela necessidade de o Conselho Médico-Legal solicitar às respectivas unidades de saúde elementos clínicos e outros documentos fundamentais para a apreciação do processo.

2.1.5 CONCLUSÕES DOS PARECERES

Não compete ao Conselho Médico-Legal afirmar, de forma directa, a existência ou não de responsabilidade do(s) profissional(is) de saúde interveniente(s) no desfecho de determinado acto, mas sim responder de forma objectiva às questões que lhe são colocadas. No entanto, a maioria das vezes, as questões pretendem averiguar esta responsabilidade.

Nos 66 processos revistos de responsabilidade profissional por serviços prestados em unidades de saúde do concelho de Coimbra, constatou-se que em 43 (65,15%) casos as conclusões apontavam para que a actuação do(s) profissional(is) de saúde em causa tinha sido adequada (conforme as *leges artis*), em 12 casos (18,18%) apontavam para que a actuação não tinha sido adequada à situação (não conforme as *leges artis*) e nos restantes 11 (16,67%) casos foram formuladas conclusões diversas em resposta a quesitos que não questionavam directamente a conduta do(s) respectivo(s) profissional(is) de saúde (Figura 6).

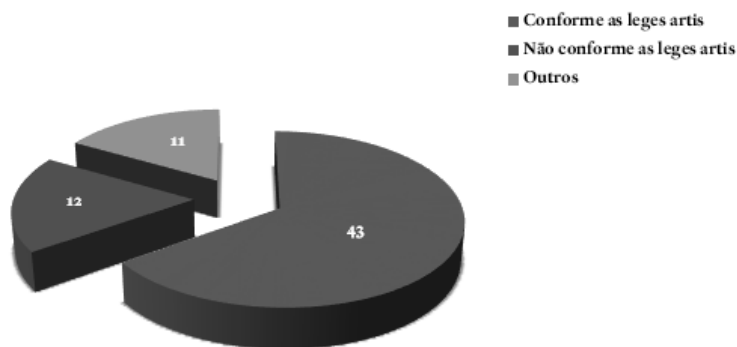


Figura 6 – Conclusões dos processos de acordo com a sugestão de existência de violação das *leges artis* (N=66)

2.1.6 RELATORES

O total dos 81 pareceres referentes aos 66 processos em estudo foram realizados por 34 relatores diferentes, tendo o relator que realizou mais pareceres registado um total de 7 pareceres.

2.2 ENTIDADE DE PROVENIÊNCIA

2.2.1 PROVENIÊNCIA/TIPO DE RESPONSABILIDADE

Sabendo-se que apenas podem solicitar consultas técnico-científicas ao Conselho Médico-Legal⁹⁶ o membro do Governo responsável pela área da justiça, o Conselho Superior da Magistratura, a Procuradoria-Geral da República e o presidente do Conselho Directivo do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP, estas são, a maioria das vezes, provenientes das entidades onde correm os respectivos processos.

Neste seguimento, do total dos 66 processos, 28 (42,42%) foram provenientes do Departamento de Investigação e Acção Penal de Coimbra, 18 (27,27%) de diversos Serviços do Ministério Público (Arganil, Baixo Vouga, Cantanhede, Figueira da Foz, Penacova, Santarém, Seia e Sertã), 5 (7,58%) do Tribunal de Instrução Criminal de Coimbra, 7 (10,61%) das Varas de Competência Mista e Juízos Criminais de Coimbra, 3 (4,55%) de diversos Tribunais Judiciais (Arganil, Castelo Branco e Seia), 3 (4,55%) do Tribunal Administrativo e Fiscal de Coimbra, 1 (1,52%) dos Juízos Cíveis de Coimbra e 1 (1,52%) da Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (Tabela 4).

⁹⁶ Conforme artigo 7º do Decreto-Lei nº 166/2012, de 31 de Julho.

Tabela 4 – Proveniência dos processos de acordo com o tipo de responsabilidade (N=66)

PROVENIÊNCIA	TOTAL	%	TIPO DE RESPONSABILIDADE
DIAP de Coimbra	28	42,42%	PENAL
Outros Serviços do Ministério Público	18	27,27%	
Tribunal de Instrução Criminal de Coimbra	5	7,58%	
Varas de Competência Mista e Juízos Criminais de Coimbra	7	10,61%	
Tribunais Judiciais (vários)	3	4,55%	
Sub-total	61	92,42%	
Tribunal Administrativo e Fiscal de Coimbra	3	4,55%	CIVIL
Juízos Cíveis de Coimbra	1	1,52%	
Sub-total	4	6,06%	
Inspeção-Geral das Actividades em Saúde	1	1,52%	DISCIPLINAR
Sub-total	1	1,52%	
TOTAL	66		

Analisando o tipo de responsabilidade relativamente aos 66 processos em estudo, verifica-se que a maioria (92,42%; n=61) reportou à responsabilidade penal. Apenas 4 (6,06%) foram referentes a responsabilidade civil e 1 (1,52%) a responsabilidade disciplinar (Tabela 4 e Figura 7).

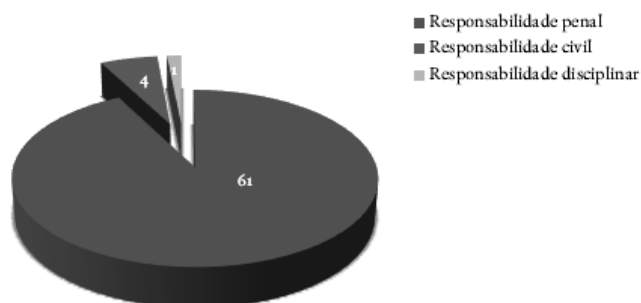


Figura 7 – Distribuição dos processos segundo o tipo de responsabilidade (N=66)

Relativamente aos 61 processos analisados no âmbito do Direito Penal, 46 (69,69% do total de processos e 75,41% do total de processos de Direito Penal) foram provenientes dos Serviços do Ministério Público (Tabela 4 e Figura 7).

2.2.2 DIREITO PENAL – TIPO DE ILÍCITO CRIMINAL

Conforme tema atrás abordado, “o médico que violar o dever objectivo de cuidado e que, como consequência dessa violação, ofender o corpo ou a saúde do paciente ou provocar a sua morte, poderá realizar o tipo de ilícito do crime de ofensa à integridade física por negligência ou do homicídio por negligência”⁹⁷.

Neste seguimento, do total de 61 (93,94% do total) processos analisados pelo Conselho Médico-Legal no âmbito do Direito Penal, 42 (68,85%) reportaram ao tipo penal de “homicídio por negligência”⁹⁸ e 19 (31,15%) de “ofensa à integridade física por negligência”⁹⁹ (Figura 8).



Figura 8 – Distribuição dos processos analisados no âmbito do Direito Penal de acordo com o tipo de ilícito criminal (n=61)

⁹⁷ Sónia Fidalgo (2008); página 57.

⁹⁸ Conforme artigo 137º do Código Penal.

⁹⁹ Conforme artigo 148º do Código Penal.

2.2.3 DECISÃO

No total dos 66 processos analisados, não foi possível o conhecimento da decisão em 12 (18,18%) casos – pela impossibilidade de localização pela respectiva entidade ou por não se ter obtido resposta ao pedido, mesmo após insistência. Registaram-se ainda 3 (4,55%) casos que, na presente data, se encontravam em fase de inquérito/de julgamento, ainda sem decisão proferida (Tabela 5).

Relativamente aos restantes 51 (77,27%) processos, em que foi possível o conhecimento dos despachos/sentenças proferidos, e agrupando os mesmos de acordo com o tipo de responsabilidade médica, foram apurados os seguintes resultados (Tabela 5):

1) **Responsabilidade penal** - em 34 (66,67%) processos a actividade desenvolvida não permitiu obter matéria indiciária suficiente à responsabilização criminal do(s) arguido(s), pelo que foi determinado o arquivamento dos autos do inquérito; em 6 (11,74%) processos concluiu-se, ainda que indiciariamente, que o(s) arguido(s) incorreu(ram) em autoria material e na forma consumada na prática de um crime, pelo que houve lugar a acusação; em 2 (3,92%) casos inexistiram elementos probatórios suficientes que permitiram pronunciar, em fase de instrução o(s) arguido(s); após julgamento em tribunal de 1ª instância, ocorreu absolvição do(s) arguido(s) em 1 (1,96%) caso e condenação do(s) arguido(s) em 5 (9,80%) casos.

2) **Responsabilidade civil** - em 2 (3,92%) casos verificou-se transacção (acordo) entre o(s) demandante(s) e os demandado(s).

3) **Responsabilidade disciplinar** - em 1 (1,96%) caso ocorreu arquivamento do processo.

Tabela 5 – Relação entre as decisões proferidas (de acordo com o tipo de responsabilidade médica) e as conclusões do respectivo processo do Conselho Médico-Legal (N=66)

TIPO DE RESPONSABILIDADE FASE JUDICIAL/DECISÃO	TOTAL	CONSELHO MÉDICO-LEGAL CONCLUSÕES DO PROCESSO		
		CONFORME AS <i>LEGES ATIS</i>	Não conforme as <i>LEGES ARTIS</i>	OUTRAS
RESPONSABILIDADE PENAL				
Fase de inquérito				
Arquivamento	34	29	2	3
Acusação	6	1	3	2
Desconhecida	3	2	1	
Fase de instrução				
Não pronúncia	2	2		
Fase de inquérito	1	1		
1ª Instância				
Absolvição	1	1		
Condenação	5		3	2
Fase de inquérito	1			1
Desconhecida				
Desconhecida	8	4	2	2
Sub-total	61	40	11	10
RESPONSABILIDADE CIVIL				
1ª Instância				
Transacção	2	2		
Ainda sem decisão	1	1		
Desconhecida	1			1
Sub-total	4	3		1
RESPONSABILIDADE DISCIPLINAR				
Arquivamento	1		1	
Sub-total	1		1	
TOTAL	66	43	12	11

Comparando o resultado das decisões/sentenças disponíveis (n=51) com as conclusões do respectivo parecer do Conselho Médico-Legal, verifica-se que não existe concordância entre os mesmos em 4 (7,84%) casos (Tabela 5).

No âmbito do Direito Penal, registam-se dois pareceres do Conselho Médico-Legal cujas conclusões foram de “actuação não conforme as *leges artis*” e as decisões judiciais foram de arquivamento e um parecer em que as conclusões apontaram para “actuação conforme as *leges artis*” e a decisão judicial foi de acusação (Tabela 5).

Relativamente ao processo de responsabilidade disciplinar, o parecer do Conselho Médico-Legal concluiu que o profissional de saúde não procedeu conforme as *leges artis*, no entanto a decisão foi de arquivamento (Tabela 5).

Refira-se ainda que em dois casos de responsabilidade civil o parecer do Conselho Médico-Legal foi de “actuação conforme as *leges artis*” e o processo terminou com transacção entre ambas as partes, com o(s) demandado(s) a assumir(em) a obrigação de pagar ao(s) demandante(s) uma indemnização civil (Tabela 5).

2.2.4 PERÍODO DE DECISÃO

Nos 51 processos (77,27% do total dos 66 processos em estudo) em que existiu conhecimento da decisão proferida, foi possível obter a data da mesma decisão em 38 (74,51%) processos – 35 foram referentes a processos de responsabilidade penal, 2 de responsabilidade civil e 1 de responsabilidade disciplinar.

Após análise do intervalo de tempo compreendido entre a data de emissão do parecer (único ou último) do Conselho Médico-Legal e a data da decisão proferida pela respectiva entidade, de acordo com o tipo de responsabilidade, verificou-se:

- 1) **Responsabilidade penal:** variação entre um mínimo de 8 dias e um máximo de 983 dias, com média de 185 dias, mediana de 76 dias e desvio padrão de 235 dias.

- 2) **Responsabilidade civil:** variação entre um mínimo de 187 dias e um máximo de 355 dias, com média de 271 dias.

3) **Responsabilidade disciplinar:** decisão do único processo proferida 84 dias após a data de emissão do parecer do Conselho Médico-Legal.

Agrupando estes mesmos valores por intervalos de tempo, registou-se uma maior incidência no período entre 31 e 90 dias nos processos referentes a responsabilidade penal e no período entre 181 e 365 dias nos processos referentes a responsabilidade civil (Figura 9).

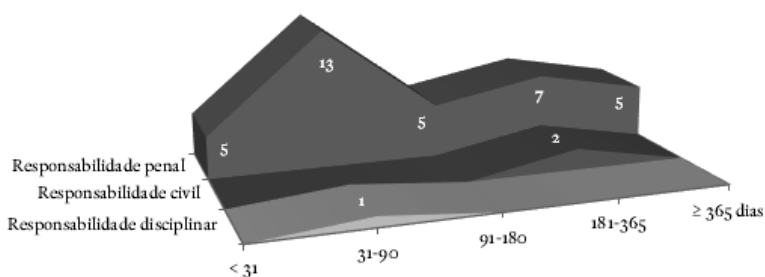


Figura 9 – Distribuição dos processos por intervalo de tempo entre a data de emissão do parecer (único/final) do Conselho Médico-Legal e a data da decisão (n=38)

2.3 QUEIXA/DENÚNCIA/ACÇÃO

2.3.1 AUTOR

Analisando o indivíduo/entidade responsável pela queixa/denúncia/acção que originou o início do processo apurou-se que a maioria 74,24% (n=49) foi realizada por uma pessoa singular, sendo que em apenas 25,76% (n=17) foi realizada por uma pessoa colectiva (entidade hospitalar ou policial) (Tabela 6 e Figura 10).

Tabela 6 – Autor da queixa/denúncia/acção que motivou o início do processo (N=66)

AUTOR	TOTAL	%
Próprio	22	33,33%
Cônjuge/ex/análogos	9	13,64%
Pai/mãe/filhos	18	27,27%
Unidade hospitalar	15	22,73%
Entidade policial	2	3,03%
Total	66	100%

Em 22 (33,33%) processos foi o próprio doente (19 queixas/denúncias perante os Serviços do Ministério Público, 2 acções em tribunais civis e 1 denúncia perante a Inspeção-Geral das Actividades em Saúde), em 18 (27,27%) foi o pai/mãe/filho(s) (16 queixas/denúncias perante os Serviços do Ministério Público e 2 acções em tribunais civis), em 15 (22,73%) foi a unidade hospitalar onde a vítima faleceu (casos referentes a vítimas mortais cujas declarações/certificados de óbitos foram enviados aos Serviços do Ministério Público), em 9 (16,64%) foi o cônjuge/ex/análogos (queixas/denúncias perante os Serviços do Ministério Público) e em apenas 2 (3,03%) processos os autos tiveram início em informações prestadas por entidades policiais (denúncias perante os Serviços do Ministério Público) (Tabela 6 e Figura 10).

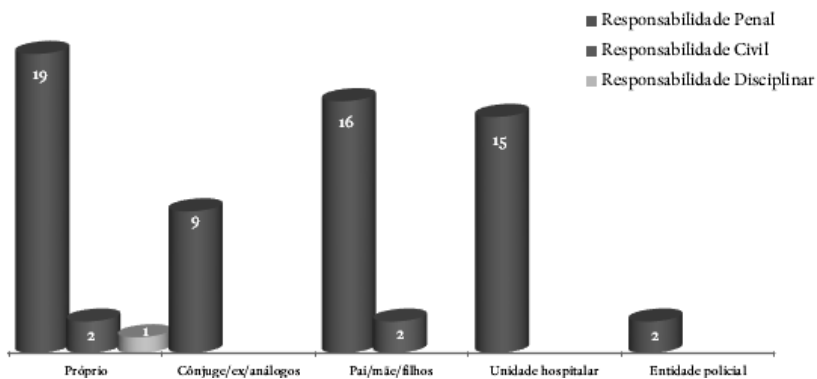


Figura 10 – Distribuição do autor da queixa/denúncia/acção que motivou a instauração dos processos de acordo com o tipo de responsabilidade médica (N=66)

2.3.2 MOTIVO

Nos 66 processos analisados verificou-se que o motivo que levou à instauração dos processos foi a morte em 42 (63,64%) casos e lesões/sequelas em 24 (36,36%) (Figura 11).



Figura 11 – Causas que motivaram a instauração dos processos (N=66)

2.4 VÍTIMA

2.4.1 GÉNERO

Relativamente ao total dos 66 doentes/vítimas, 32 (48,48%) pertenciam ao género feminino e 31 (46,97%) ao género masculino, sendo que em 3 (4,55%) casos desconhecia-se o género (referentes a 3 fetos cujo género ainda não teria sido estabelecido) (Figura 12).

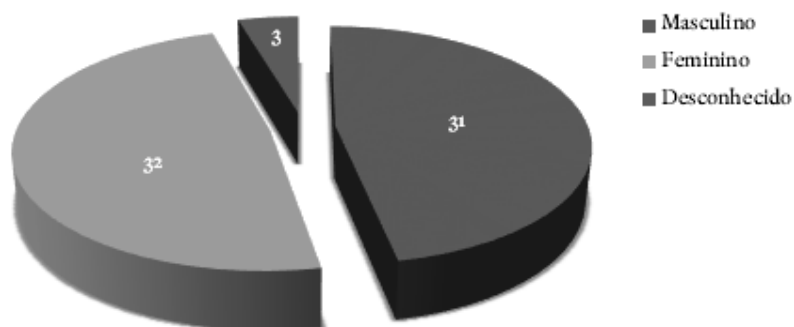


Figura 12 – Distribuição das vítimas por género (N=66)

2.4.2 IDADE

A média de idades das vítimas foi de 44 anos, com mediana de 49,50 e desvio padrão de 25 anos; as idades variaram entre 0 (no caso de 6 fetos) e 82 anos (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição das vítimas por idade (N=66)

IDADE (ANOS)	TOTAL	%
0 (feto)	6	9,09%
< 18	6	9,09%
19-40	17	25,76%
41-60	18	27,27%
61-80	15	22,73%
> 80	4	6,06%
Total	66	100%

Construíram-se grupos de idades alargados para uma melhor distinção da faixa etária das vítimas, verificando-se que a maioria (75,76%) dos indivíduos apresentava idade compreendida entre os 19 e os 80 anos, com maior frequência (27,27%) no grupo de idades entre os 41 e os 60 anos (Tabela 7 e Figura 13).

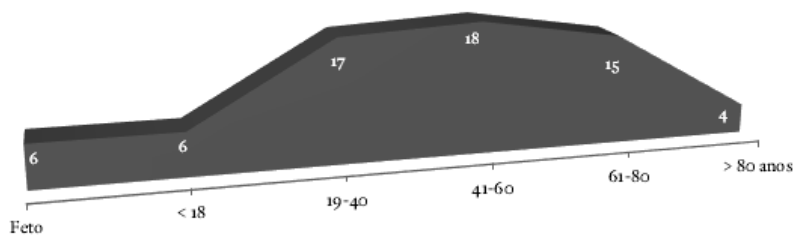


Figura 13 – Distribuição das vítimas por idade (N=66)

2.5 CUIDADOS DE SAÚDE

2.5.1 MOTIVO DE PRESTAÇÃO

A maioria (n=59; 89,39%) das vítimas recorreu a assistência médica/hospitalar por motivos terapêuticos; 6 (9,09%) grávidas para a realização de parto e apenas 1 (1,52%) indivíduo para a realização de exames complementares de diagnóstico (Tabela 8 e Figura 14).

Tabela 8 – Distribuição dos processos segundo o tipo de prestação dos cuidados de saúde (N=66)

TIPO DE PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS	TOTAL	%
Diagnóstico	1	1,52%
Terapêutico	59	89,39%
Parto	6	9,09%
Total	66	100,00%

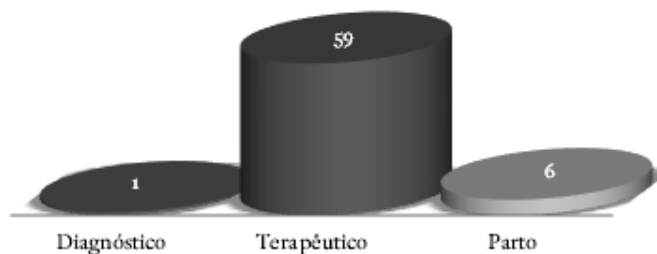


Figura 14 – Distribuição dos processos segundo o tipo de prestação dos cuidados de saúde (N=66)

2.5.2 UNIDADE(S) HOSPITALAR(ES)

Nos 66 processos em estudo as consultas técnico-científicas pretendiam a análise da prestação de 68 actos médicos, porquanto em 2 casos os mesmos foram prestados em duas unidades de saúde diferentes do concelho de Coimbra (Centro de Saúde de Celas + Hospitais da Universidade de

Coimbra e Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra + Hospitais da Universidade de Coimbra) (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição dos processos segundo as unidades de saúde onde foram prestados os cuidados de saúde (N=66)

UNIDADE HOSPITALAR	TOTAL	%
Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC)	42	61,76%
Centro Hospitalar de Coimbra (Hospital Geral)	7	10,29%
Hospital Pediátrico	4	5,88%
Maternidade Daniel de Matos	5	7,35%
Maternidade Bissaya Barreto	5	7,35%
Centro de Saúde de Celas	1	1,47%
CODU - Coimbra	1	1,47%
Casa de Saúde de Santa Filomena (SANFIL)	1	1,47%
Centro Cirúrgico de Coimbra	1	1,47%
Clínica Matrix	1	1,47%
Total	68	100%

A maioria (n=42; 61,76%) dos cuidados de saúde foi prestada nos Hospitais da Universidade de Coimbra, tendo o Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra participado na prestação de 7 (10,29%) actos. Ambas as Maternidades (Daniel de Matos e Bissaya Barreto) interessaram em 5 (7,35%) cuidados médicos cada, o Hospital Pediátrico de Coimbra em 4 (5,88%) e o Centro de Saúde de Celas, o Centro de Centro de Orientação de Doentes Urgentes de Coimbra (CODU), a Casa de Saúde de Santa Filomena (SANFIL), o Centro Cirúrgico de Coimbra e a Clínica Matrix em 1 (1,47%) cada (Tabela 9).

2.5.3 PROFISSIONAL(IS) DE SAÚDE

Relativamente ao(s) profissional(is) de saúde envolvido(s) nos processos, em 58 (87,88%) casos interessaram apenas médicos; em 7 (10,61%) casos os cuidados de saúde foram prestados conjuntamente entre médico(s) e

enfermeiro(s) e em apenas 1 (1,51%) caso os cuidados de saúde foram prestados por enfermeiro(s) e técnico(s) (Figura 15).

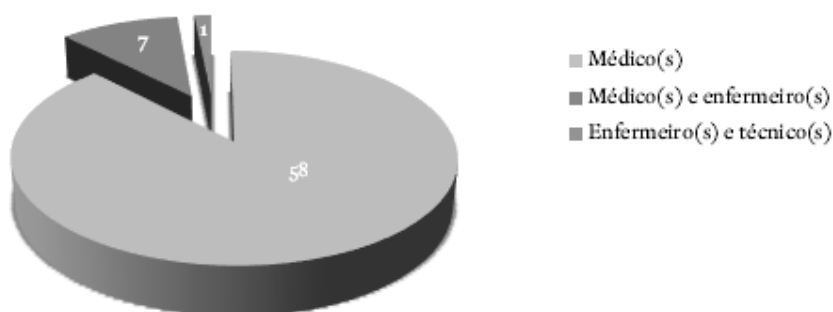


Figura 15 – Distribuição dos processos segundo o(s) profissional(is) de saúde envolvido(s) (N=66)

Foi ainda possível determinar o género do(s) profissional(is) de saúde em 31 processos (46,97% do total dos 66 processos em estudo): 8 (25,81%) envolveram profissionais apenas do género feminino, 7 (22,58%) apenas do género masculino e 16 (51,61%) envolveram profissionais de ambos os sexos.

2.5.4 ESPECIALIDADE(S) MÉDICA(S)

Os 66 processos em estudo envolveram profissionais de saúde pertencentes a 27 especialidades médicas de 10 unidades de saúde diferentes do concelho de Coimbra (Tabela 10).

As especialidades médicas de Cirurgia Geral e de Ginecologia e Obstetrícia foram as que estiveram presentes no maior número de processos, interessando 12 (18,18%) processos cada, seguidas da especialidade de Ortopedia, interessando 9 (13,64%) processos (Tabela 10 e Figura 16).

Tabela 10 – Distribuição das especialidades médicas (n=27) de acordo com as unidades hospitalares (n=10)

ESPECIALIDADE MÉDICA	UNIDADE HOSPITALAR										TOTAL
	HUC	HOSP. GERAL	PEDIÁTRICO	DANIEL MATOS	BISSAYA BARRETO	C.S. CELAS	CODU	SANFIL	CENTRO CIRÚRGICO	MATRIX	
Anestesiologia	2		1					1			4
Cardiologia	4	1									5
Cirurgia Geral	9	1	2								12
Cirurgia Córdio-torácica	3										3
Cirurgia Maxilo-facial	1										1
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	1										1
Cirurgia Vascular	3										3
Dermatologia										1	1
Emergência médica							1				1
Endocrinologia	1										1
Gastroenterologia	2										2
Ginecologia e Obstetrícia	2			5	5						12
Hematologia	2										2
Imuno-hemoterapia	1										1
Infecçiology		1									1
Medicina Intensiva	1							1			2
Medicina Interna	4										4
Medicina Geral e Familiar						1					1
Nefrologia	1										1
Neurocirurgia	4	1									5
Neurologia	3										3
Oftalmologia	1								1		2
Oncologia	1										1
Ortopedia	6	2	1								9
Otorrinolaringologia	1										1
Pediatria			2								2
Pneumologia	2	1									3

As especialidades de Cardiologia e de Neurocirurgia interessaram em 5 processos (7,58%), Anestesiologia e Medicina Interna em 4 (6,06%), Cirurgia Córdio-torácica, Neurologia e Pneumologia em 3 (4,55%), Cirurgia Vascular, Gastroenterologia, Hematologia, Medicina Intensiva, Oftalmologia e Pediatria em 2 (3,03%) e Cirurgia Maxilo-facial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Dermatologia, Endocrinologia, Imuno-hemoterapia, Infecciologia, Medicina Geral e Familiar, Nefrologia, Oncologia e Otorrinolaringologia em apenas 1 (1,52%) (Tabela 10 e Figura 16).

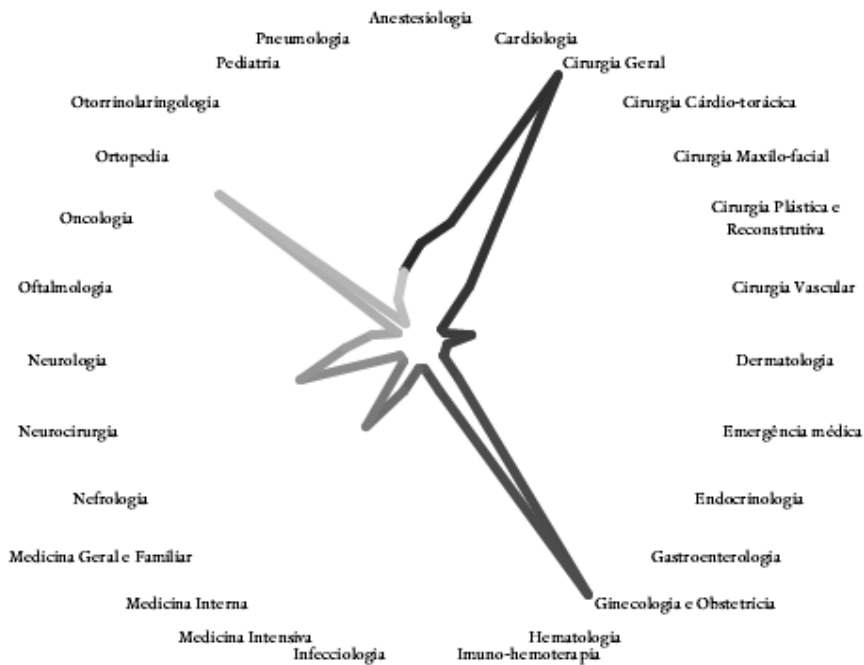


Figura 16 – Distribuição dos processos de acordo com as especialidades médicas envolvidas (N=66)

Em suma, 1 em cada 2 (50,00%) processos envolveu profissional(is) de saúde da especialidade médica de Cirurgia Geral ou de Ginecologia e Obstetrícia ou de Ortopedia.



3. A PROPÓSITO DE ALGUNS CASOS

Apresentação de alguns casos referentes aos processos de responsabilidade profissional em saúde por serviços prestados em unidades de saúde do concelho de Coimbra, em que a decisão proferida foi de acordo com o parecer do Conselho Médico-Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP, e outros em que as decisões foram contraditórias, fundamentando-se, em todos os casos, o motivo de tais decisões.

3.1. Casos em que os autos foram arquivados pelos Serviços do Ministério Público e o parecer do Conselho Médico-Legal foi de “actuação conforme as *leges artis*”

Amputação de quatro dedos após vários atendimentos hospitalares

Os autos do Ministério Público tiveram início mediante queixa apresentada por um indivíduo do género feminino, com 32 anos de idade, vítima de acidente doméstico do qual resultaram lesões de queimadura no braço e mão direitos, cujos factos se resumem no seguinte:

- Após assistência no Serviço de Urgência de um hospital da cidade de Coimbra, teve alta para o domicílio com indicação para comparecer na Unidade de Queimados do mesmo hospital, dois dias depois, para reavaliação clínica.
- Por agravamento das dores recorreu, no dia seguinte, à referida unidade de saúde, tendo tido indicação de que necessitaria de intervenção cirúrgica urgente. Foi, ainda, observada por outros dois médicos-cirurgiões que entenderam que a doente teria condições para aguardar quatro dias antes de ser submetida à referida intervenção cirúrgica, pelo que teve alta para o domicílio, medicada.
- Porém, ainda no mesmo dia e por novo agravamento das dores, deslocou-se a um Serviço de Apoio Permanente da sua área de residência, de onde foi novamente transferida para o mesmo hospital da cidade de Coimbra, com o diagnóstico de “síndrome compartimental/necrose dos dedos”.
- Após observação no mesmo Serviço de Urgência foi decidida intervenção cirúrgica de urgência, tendo vindo a sofrer amputação das falanges distais de quatro dedos da mão direita.

De entre a realização de várias diligências de inquérito pelos Serviços do Ministério Público, foi pedida consulta técnico-científica ao Conselho Médico-Legal com o objectivo de apurar eventuais responsabilidades na produção das lesões ou no agravar das mesmas.

Porém, este Conselho afastou de forma clara esta eventualidade, salientando, por um lado, que os médicos que intervieram na abordagem clínica e terapêutica da doente agiram correctamente face aos sintomas que esta apresentava, indiciando-se um agravamento súbito e não esperado da sua situação, e, por outro, que a amputação poderia não ser evitável, pois resultando da queimadura, seria irreversível, apontando para a actuação “conforme as *leges artis*”.

Saliente-se, portanto, o facto de que mesmo que a doente tivesse ficado logo internada poderia não ter havido outro desfecho, dado que é preciso esperar a evolução das lesões de queimadura para decidir a terapêutica a adoptar.

Perante as conclusões alcançadas, impôs-se, pois, o arquivamento dos autos.

A preocupação do médico tem de ser proteger a mãe e só secundariamente o feto

Os autos tiveram origem numa denúncia efectuada no Ministério Público, pela própria doente, dando conta de situações que poderiam revelar falta de zelo e diligência nos seguintes cuidados de saúde que lhe foram prestados:

- Primigesta de 39 anos, acompanhada em consulta pré-natal, sem anormalias relevantes.
- Às 26 semanas de idade gestacional é detectado “quisto com 3cm de diâmetro no pequeno lábio esquerdo”, e às 29 semanas “mantém quisto da glândula de Bartholin no grande lábio esquerdo”.
- Às 30 semanas é observada no Serviço de Urgência de uma maternidade da cidade de Coimbra, tendo sido efectuada a hipótese diagnóstica de “quisto da glândula de Bartholin infectado”. Foi realizada drenagem, que só drenou sangue, pelo que foi enviada para o bloco operatório com o diagnóstico de “abscesso da glândula de Bartholin à esquerda”.
- O relato da intervenção referiu “formação tumoral vulvar aparentemente de conteúdo líquido na metade posterior do grande lábio esquerdo, com 5cm de diâmetro, sugerindo tratar-se de abscesso da glândula de Bartholin”. Após ligeiro toque com a ponta do bisturi na mucosa que recobria a lesão resultou abundante hemorragia que motivou estado de choque hemorrágico, com necessidade de administração de várias unidades de sangue durante a intervenção e nos dias que se seguiram.
- No dia seguinte a hemorragia estava controlada, mas constatou-se a morte fetal, tendo sido efectuada “extracção fetal por cesariana”.
- O relatório do exame necrópsico concluiu por “sinais de morte fetal *in útero* por hipoxia de provável causa placentar” e o estudo anátomo-patológico da placenta revelou “lesões de isquémia útero-placentar aguda”.

Foi pedida consulta técnico-científica ao Conselho Médico-Legal que, ao quesito se seria exigível a “retirada prévia do feto do ventre materno”, respondeu que “nas circunstâncias descritas a prioridade absoluta era o controlo cirúrgico da hemorragia e não havia indicação para extracção fetal prévia”.

Durante a fase de inquérito foram inquiridos outros médicos, que confirmaram que “numa situação tão grave, a preocupação do médico tem de ser proteger a mãe e só secundariamente o feto” e que “só quando estivessem controlados os sinais vitais da mãe é que se poderia pensar no feto”.

Não tendo sido demonstrada qualquer inobservância das regras de comportamento exigíveis à actividade médica (*leges artis*), só restou, pois, concluir pela insuficiência de indícios quanto à verificação de qualquer infracção criminal, razão pela qual foi determinado o arquivamento dos respectivos autos.

Posteriormente foi requerida instrução, que não prosseguiu por ter sido indeferido o requerimento de abertura de instrução (RAI), por não terem sido identificados os arguidos.

3.2 Caso em que os autos foram arquivados pelos Serviços do Ministério Público e o parecer do Conselho Médico-Legal foi de “actuação não conforme as *leges artis*”

Insuficiente atendimento no serviço de urgência causa a morte do doente

Os autos de inquérito nos Serviços do Ministério Público tiveram início em participação elaborada por um hospital da cidade de Coimbra, dando conta do falecimento de um indivíduo do género masculino, com 52 anos de idade, no Serviço de Urgência do mesmo hospital.

- Doente que recorreu ao Serviço de Urgência de um hospital da cidade de Coimbra por náuseas, vómitos, cefaleias e antecedentes de hipertensão arterial e diabetes tipo 2 insulino-tratado.
- Realizou diversos exames serológicos, que revelaram alterações significativas. Teve alta para o domicílio, “melhorado”, com o diagnóstico de “náuseas com vómitos”.
- Dois dias depois deu novamente entrada no mesmo Serviço de Urgência, já cadáver.

A vítima foi submetida a autópsia médico-legal, tendo a mesma permitido concluir que a morte foi devida a enfarte agudo do miocárdio, num quadro de doença isquémica do miocárdio e coronariopatia aterosclerótica estenosante, associado a broncopneumonia.

Considerou-se ser indispensável a realização de consulta técnico-científica ao Conselho Médico-Legal, com o objectivo de apurar se o atendimento prestado naquele Serviço de Urgência tinha sido o mais adequado,

nomeadamente os exames realizados, as análises solicitadas, o diagnóstico efectuado e a decisão de alta médica para o domicílio.

Perante os elementos disponíveis, o Conselho Médico-Legal entendeu que o atendimento foi insuficiente, pelo que o doente deveria ter permanecido em vigilância até recuperar o estado de consciência e os valores analíticos para o seu estado habitual. Deveria, ainda, ter sido realizado um diagnóstico de saída, porquanto “náuseas com vômitos” é apenas um quadro sintomático.

Embora os cuidados prestados ao doente tenham sido insuficientes não foi possível concluir pela existência de umnexo de causalidade entre a insuficiência de cuidados e a morte, não se mostrando suficientemente indiciada a verificação do crime relativamente ao óbito. Pelo exposto, foi determinado o arquivamento dos autos.

3.3 Caso em que se verificou acusação pelos Serviços do Ministério Público e pronúncia pelo Tribunal de Instrução Criminal e as conclusões do parecer do Conselho Médico-Legal foram “várias”

A obtenção de um diagnóstico evitaria a morte da menina

O Ministério Público acusou dois médicos – um pediatra e um cirurgião-pediatra – de um hospital da cidade de Coimbra, pelos seguintes factos:

- Menina de 10 anos de idade que deu entrada num hospital da cidade de Coimbra, transferida do Centro de Saúde da sua área de residência, com o diagnóstico de “1. Gastroenterite aguda? 2. Apendicite aguda? Diagnóstico diferencial (...)”.
- Referia queixas de vômitos e diarreia, anorexia e quadro doloroso abdominal, mais acentuado à direita. Foi observada pelo cirurgião-pediatra atrás referido que, ao exame objectivo, referiu temperatura febril e sinal de Blumberg inconclusivo.
- O mesmo médico entendeu não proceder a qualquer exame complementar de diagnóstico, designadamente uma ecografia abdominal, a fim de estabelecer o diagnóstico diferencial entre gastroenterite e apendicite aguda, baseando-se apenas nos exames efectuados no Centro de Saúde do qual era proveniente.

- Ao invés, e por lhe parecer não se tratar de uma situação cirúrgica, não estabelecendo o diagnóstico diferencial, decidiu enviar a doente a uma consulta com o outro médico pediatra atrás referido, que a observou ainda no mesmo dia. Nesta nova observação, após palpação abdominal, o médico pediatra afirmou não se tratar de um caso de apendicite aguda, pelo que a medicou para as dores e lhe deu alta clínica.
- No dia seguinte, já no domicílio, por não apresentar sinais de melhoria, recorreu, a título particular, a outro médico pediatra, que confirmou os sinais característicos de apendicite aguda.
- Foi de imediato transportada para o Serviço de Urgência do hospital da cidade de Coimbra, de onde tinha tido alta no dia anterior.
- Durante a viagem a doente viria a falecer.

Foi submetida a autópsia médico-legal, que confirmou que a morte foi devida a apendicite aguda.

Foi solicitada consulta técnico-científica ao Conselho Médico-Legal, acerca da concreta actuação clínica dos dois médicos arguidos, que concluiu que “se justificaria uma maior atenção e rigor da exploração, com exames complementares e não, apenas, clínica”, e que “o internamento permitiria um mais apertado e melhor controlo e avaliação clínica do caso, permitindo o diagnóstico da gravidade da evolução e a intervenção cirúrgica atempada, que, eventualmente, poderia ter evitado a morte”.

A não subscrição de qualquer diagnóstico, por parte dos dois médicos, relativamente à concreta patologia da doente, conforme lhes era exigido face aos seus conhecimentos, viola as *leges artis* e é concausa da morte da doente.

Foi deduzida acusação pelo Ministério Público na qual se concluiu: ao actuarem deste modo, os arguidos violaram de forma grave o dever de cuidado a que se encontravam obrigados e de que eram capazes, pelo que incorreram na prática de um crime de homicídio por negligência.

Posteriormente foi requerida instrução pelos dois arguidos, e após indiciados de forma suficiente os factos apontados na acusação pública, foram pronunciados, tendo os autos sido remetidos para julgamento.

Na presente data ainda não tinha sido proferida a sentença pelo tribunal de 1ª instância.

3.4 Caso em que se verificou acusação pelos Serviços do Ministério Público, pronúncia pelo Tribunal de Instrução Criminal e absolvição por tribunal de 1ª instância, e o parecer do Conselho Médico-Legal foi de “actuação não conforme as *leges artis*”

O toque vaginal permitiria o internamento evitando a morte do feto?

O Ministério Público deduziu acusação contra um médico obstetra de uma maternidade da cidade de Coimbra, pelos seguintes factos:

- Grávida de 29 semanas de gestação, com 36 anos de idade, que se dirigiu ao Serviço de Urgência de uma maternidade da cidade de Coimbra com queixas de “dores abdominais, disúria e corrimento vaginal ensanguentado”.
- Foi assistida pelo médico obstetra atrás referido, que se encontrava de serviço, que realizou diversos exames serológicos. Foram ainda ouvidos os batimentos cardíacos do feto, não tendo sido realizado qualquer outro exame obstétrico. Teve alta para o domicílio, medicada, com o diagnóstico de “infecção urinária”.
- Cerca de 3 horas após a alta, a doente verificou “agravamento das dores e perdas sanguíneas”, apercebendo-se que “o bebé começava a deslizar pelo canal vaginal, em direcção ao exterior”, pelo que recorreu ao hospital distrital mais próximo da sua residência.
- Face à eminência do parto e à falta de equipamentos deste hospital, a doente foi imediatamente transferida para a maternidade da cidade de Coimbra de onde havia tido alta horas antes.
- À entrada desta maternidade, a doente já se encontrava em trabalho de parto, em pleno período expulsivo do feto com apresentação pélvica. Este viria a sofrer hipoxia aguda, por privação de oxigenação fetal provocada pelas contracções uterinas, que lhe causou a morte.
- O feto não tinha qualquer malformação, apresentava parâmetros de crescimento e maturação concordantes com a idade gestacional, pelo que seria viável.

Foi solicitada consulta técnico-científica ao Conselho Médico-Legal, que concluiu que “a sintomatologia clínica imporia um exame por toque vaginal com o objectivo de determinar se as queixas de dores abdominais e de perdas sanguíneas vaginais configurariam, ou não, uma situação de trabalho de parto pré-termo em início. Se o toque vaginal tivesse sido efectuado, a grávida poderia ter sido internada para observação e tratamento”.

Foi deduzida acusação pelo Ministério Público na qual se concluiu: ao omitir esse exame e ao não manter a grávida sob observação, remetendo-a para o domicílio, o médico arguido violou as *leges artis* profissionais, sendo responsável pela ocorrência do parto sem assistência médica.

Ao não actuar de acordo com as normas e procedimentos profissionais que conhecia e que, como obstetra, era capaz de cumprir, o arguido deu causa à morte do bebé, constituindo-se, assim, como autor material de um crime de homicídio por negligência.

Posteriormente, o referido médico arguido, não se conformando com o referido despacho de acusação requereu abertura de instrução. No entanto, a prova trazida aos autos em sede de instrução não infirmou a prova recolhida no inquérito, aliás, ainda a corroborou com os esclarecimentos do relator do Conselho Médico-Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciência Forenses, IP.

Em consequência, o Tribunal de Instrução Criminal não pôde deixar de formular um juízo de probabilidade de aplicação ao arguido de uma reacção criminal pelo crime de homicídio negligente de que era acusado, tendo proferido despacho de pronúncia.

Os pretensos pais deduziram ainda um pedido de indemnização civil contra o médico obstetra, a título de danos não patrimoniais, no valor de 90.000€.

Realizada a audiência de discussão e julgamento em tribunal de 1ª instância, foi solicitado parecer ao Colégio da Especialidade de Obstetrícia, que concluiu que “a atitude médica pode ser considerada boa prática médica”. Foram ainda ouvidos outros médicos obstetras, como testemunhas, que emitiram opiniões no mesmo sentido: “o diagnóstico feito pelo arguido foi o correcto e, no lugar dele, não teria feito o toque vaginal”, “é desadequado e desaconselhável fazer o toque vaginal perante um quadro de infecção urinária, na ausência de contracções” e “perante o diagnóstico de infecção urinária, o tratamento e o procedimento foram os correctos e não havia razão nem para fazer toque vaginal nem para o internamento”.

Conjugando todos estes elementos, deu-se como não provado que o arguido tenha violado, com a sua conduta, as regras da boa prática médica, concluindo-se que o arguido não praticou o crime de que era acusado, nem outro pelo qual devesse ser condenado. Relativamente ao pedido de indemnização civil, concluiu-se que o arguido não praticou qualquer facto ilícito, pelo que o pedido foi considerado improcedente.

Posto isto, o Ministério Público, inconformado com a sentença, interpôs recurso para tribunal de 2ª instância, cuja audiência se encontrava (na presente data) dependente do depoimento do relator do Conselho Médico-Legal, o qual teria que ser novamente ouvido em tribunal.

Tal situação deveu-se à não inclusão da transcrição do depoimento prestado por este relator em tribunal de 1ª instância, por imperceptibilidade da gravação, o que afectou de modo grave e inequívoco a sua posição no recurso, na medida em que ficaram privados daquele que era o elemento primordial que deveria ter conduzido à decisão. Tal privação, para além de afectar, de forma grave, direitos legal e constitucionalmente consagrados, constituiu um obstáculo à descoberta da verdade material.

3.5 Caso em que se verificou acusação pelos Serviços do Ministério Público e o parecer do Conselho Médico-Legal foi de “actuação conforme as *leges artis*”

Corpo estranho retido no abdómen de uma doente após cirurgia

Os autos de inquérito iniciaram-se nos Serviços do Ministério Público com uma denúncia apresentada por um indivíduo do género feminino de 59 anos de idade, relacionada com as circunstâncias que rodearam uma cirurgia à qual foi submetida num hospital da cidade de Coimbra.

- Após uma cirurgia digestiva programada – hepatectomia *major* – foi esquelada dentro do abdómen da doente uma pinça hemostática de *Crawford* com 18cm de comprimento.
- Saliente-se a realização de um estudo ecográfico solicitado e observado pelo mesmo cirurgião, cerca de seis meses após a cirurgia, que não detectou a mesma pinça.
- Cerca de um ano após a data da cirurgia, realizou-se tomografia axial computadorizada que revelou uma imagem de corpo estranho localizado na região abdominal anterior.
- A pinça causou algum desconforto e incómodo à doente e a imprescindibilidade de realização de nova intervenção cirúrgica para remoção do referido corpo estranho.

Foi pedida análise técnico-científica ao Conselho Médico-Legal, cuja apreciação permitisse um perfeito enquadramento do caso e uma melhor e mais adequada análise crítica à situação.

O parecer deste Conselho referiu que “as boas práticas de actuação em salas de operações determinam a contagem de compressas e instrumentos cirúrgicos e sempre que não haja concordância dos números o cirurgião deverá proceder a uma exploração cirúrgica e radiológica antes de encerrar a cavidade abdominal”, sendo, no presente caso, “de óbvia conclusão que a referida contagem, se tivesse sido efectuada, não poderia estar correcta”.

A apreciação final foi de que a presença de um instrumento retido após uma intervenção cirúrgica não evidencia, claramente, a violação das *leges artis*, sendo um caso de acidente operatório inerente a erro, próprio da condição humana, dos elementos que integram a equipa cirúrgica.

No entanto, o Ministério Público deduziu acusação contra o médico-cirurgião responsável pela cirurgia e contra duas enfermeiras presentes na mesma cirurgia, seguindo o processo para julgamento.

Posteriormente, conforme “termo de transacção” de tribunal de 1ª instância, a assistente desistiu do procedimento criminal contra os três arguidos, que aceitaram tal desistência, tendo-se chegado a acordo sobre o litígio respeitante ao pedido de indemnização civil – 14.400€ ao médico-cirurgião demandado e 10.600€ às enfermeiras demandadas.

3.6 Caso em que se verificou acusação por tribunal de 1ª instância e o parecer do Conselho Médico-Legal foi de “actuação não conforme as *leges artis*”

Transferência causa a morte do doente

A fim de ser julgada em processo comum e por tribunal singular, o Ministério Público acusou uma médica especialista de Cardiologia pela prática de um crime de homicídio por negligência.

- Quando se encontrava de urgência num hospital central na cidade de Coimbra a referida médica atendeu um doente do género masculino de 72 anos de idade, transferido de um hospital distrital, com o diagnóstico de “suspeita de enfarte agudo do miocárdio”.
- Após a realização de novos exames laboratoriais, anotou no Diário Clínico do doente “padrão enzimático compatível com enfarte em evolução”, e medicou o doente. Foi, ainda, pedida observação pela Medicina Interna, que atestou “que o doente estaria a fazer um enfarte agudo do miocárdio”, atendendo sobretudo aos dados analíticos e à clínica.

- No mesmo dia, a referida médica cardiologista que tinha o doente a seu cargo, decidiu dar alta ao doente e ordenar o seu regresso ao mesmo hospital distrital – hospital este que não dispunha de cuidados intensivos gerais e muito menos especializados, nomeadamente de Cardiologia, e que se situava a cerca de 100km da cidade de Coimbra – com informação médica de saída de “alterações analíticas compatíveis com enfarte e pneumonia”.
- No dia seguinte, após ter dado entrada no referido hospital distrital, o estado do doente degradou-se significativamente, com as funções renal, hepática e cardio-respiratória em falência. Não tendo, este hospital, médicos da especialidade de Cardiologia, foi novamente transferido para outro hospital distrital mais próximo, onde realizou novos exames e nova avaliação. Por este hospital distrital também não apresentar cuidados intensivos com ventilação assistida, nem a possibilidade de realizar os exames necessários, o doente foi transferido para o mesmo hospital central da cidade de Coimbra.
- À entrada, no Serviço de Urgência deste hospital, continuava numa situação muito grave, com falência multiorgânica, vindo a falecer algumas horas depois.

Foi submetido a autópsia médico-legal, que permitiu concluir que a morte foi devida a enfarte agudo do miocárdio por coronariopatia estenosante, com evolução de cerca de 18-24 horas – ocorrida, por isso, no hospital distrital após a alta do hospital central da cidade de Coimbra.

Foi pedida consulta técnico-científica ao Conselho Médico-Legal, que entendeu que “a decisão de reenviar o doente para o hospital distrital de origem não foi a correcta”.

Refira-se ainda que a Inspeção-Geral das Actividades em Saúde instaurou um processo disciplinar contra a médica arguida, onde também se concluiu que “não actuou com a necessária prudência e cautela”.

Os factos foram dados como provados, pelo que a médica cardiologista não actuou com a diligência necessária que o caso impunha e decidiu erradamente transferir o doente para o hospital de origem, cometendo o crime de “homicídio por negligência”.

A arguida foi condenada pela prática de um crime de homicídio por negligência, na pena de 280 dias de multa, à taxa diária de 30€, o que perfaz a quantia de 8.400€.

3.7 Caso em que os autos terminaram em transacção em tribunal civil e o parecer do Conselho Médico-Legal foi de “actuação conforme as *leges artis*”

Doente sem critérios para implantação de um dedo

Acção contra um médico da especialidade de Ortopedia, sob a forma de processo ordinário em tribunal de 1ª instância, emergente da responsabilidade civil extra contratual, peticionando a condenação no pagamento de uma indemnização monetária.

- Menina de 14 anos de idade vítima de traumatismo grave do 4º dedo da mão direita, com “deslucamento com anel e amputação traumática das falanges média e distal”.
- Foi assistida num hospital da cidade de Coimbra tendo sido transferida de imediato para o Serviço de Urgência de um outro hospital da mesma cidade, numa perspectiva de reimplantação do dedo.
- Após observação voltou para o hospital de origem, por não poder ser efectuada a reimplantação do dedo – “não existiam critérios nem condições para o reimplante”.
- Fez regularização do coto e posterior reoperação para enxerto cutâneo.

Foi pedida consulta técnico-científica ao Conselho Médico-Legal, que entendeu que a doente não tinha critérios para reimplantação das duas falanges referidas.

Pese, embora, esta informação, os autos terminaram por transacção.

3.8 Caso em que se verificou arquivamento por entidade disciplinar e o parecer do Conselho Médico-Legal foi de “actuação não conforme as *leges artis*”

A realização de arteriografia evitaria a amputação da perna?

A Inspeção-Geral de Saúde deduziu acusação contra um médico de Cirurgia Vasculard de um hospital da cidade de Coimbra, após a instauração de um Processo Disciplinar no âmbito da seguinte assistência médica:

- Indivíduo do género masculino de 58 anos de idade vítima de acidente de viação, do qual resultou fractura exposta dos ossos da perna esquerda, com choque hipovolémico e compromisso da circulação distal.
- O referido médico encontrava-se de serviço num hospital central da cidade de Coimbra, tendo o doente sido transferido de um outro hospital da mesma cidade, por ausência de médicos da especialidade de Cirurgia Vasculuar.
- Foi observado pela especialidade de Ortopedia, que prestou todos os cuidados ortopédicos necessários (estabilização da fractura), tendo sido pedida observação pela Cirurgia Vasculuar, que confirmou condições médicas para a transferência do doente para o hospital de origem.
- À entrada deste hospital o doente apresentava o “pé isquémico”, tendo realizado arteriografia que confirmou a ausência de circulação. Posteriormente foi submetido a amputação a nível do terço proximal da perna esquerda.

Em fase de instrução foi solicitada consulta técnico-científica ao Conselho Médico-Legal, que defendeu que “teria sido desejável e correcto a realização de uma arteriografia por punção femoral (...) dependendo a decisão de revascularização destes resultados” e que “a transferência do doente para o hospital de origem foi demasiado precoce e que deveria ter sido mantido na instituição onde foi tratado durante o período crítico de pelo menos cinco dias, em que seriam previsíveis complicações secundárias”.

No entanto, outros depoimentos assumiram posição diferente, defendendo que a arteriografia “apenas está indicada em alguns casos de lesões traumáticas na presença de isquémia, que não era o caso, uma vez que o doente não apresentava sinais visíveis de isquémia”.

Considerou-se assim que as atitudes clínicas empreendidas pelo arguido não violaram as *leges artis*, pelo que foi arquivado o respectivo Processo Disciplinar.

Foi, no entanto, recomendado ao Conselho de Administração do mesmo hospital que solicitasse aos médicos uma maior ponderação nas transferências dos doentes oriundos de outros estabelecimentos.



4. DISCUSSÃO

Segundo a Direcção Geral da Política da Justiça do Ministério da Justiça não existem dados estatísticos referentes a responsabilidade médica, o que significa que em Portugal não são quantificadas as acções judiciais por estes actos.¹⁰⁰

“Durante séculos a actividade médica esteve centrada e encerrada em si mesma, criando uma lógica própria de solidariedade entre os seus pares. O médico era detentor do conhecimento, agia com intenção de curar segundo as regras da sua arte e mesmo que alguma coisa corresse mal nem ele dava explicações, nem os doentes nem os familiares as pediam.”¹⁰¹

Actualmente a relação médico-doente tornou-se mais impessoal. Embora nem sempre seja possível a cura do doente, este pode exigir ao médico que faça tudo o que estiver ao seu alcance para melhorar o seu estado de saúde.

A consciencialização pelos “consumidores” de serviços médicos dos seus direitos, conseqüente ao processo de democratização da nossa sociedade, originando um fenómeno de tentativa de responsabilização a todo o custo dos médicos e das entidades prestadoras dos cuidados de saúde, culminou num aumento do número de acções judiciais de responsabilidade médica, porventura até ao exagero.

¹⁰⁰ Paula Bruno (2010).

¹⁰¹ Paula Ribeiro Faria (2011).

Sendo difícil quantificar os casos de negligência médica apreciados na justiça, o número de processos do Conselho Médico-Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP poderá dar uma dimensão da situação.

Após o estudo do total de processos analisados por este Conselho Médico-Legal entre 2001 e 2010 (inclusive), verificou-se um aumento de processos superior a 300% nesta primeira década do século XXI – de apenas 33 em 2001 para 141 em 2010, com um valor máximo de 202 processos no ano de 2008.

Número, este, que pode mesmo ser a “ponta do *iceberg*”, a parte visível de uma *responsabilidade desconhecida*.

De um período em que o doente e/ou os seus familiares aceitavam com resignação o insucesso – e porventura até a morte – de um tratamento efectuado pelo médico, passou-se para o outro extremo, em que se procura imputar, muitas vezes injustamente, esse insucesso a um pretenso erro médico.

O sucesso de alguns pedidos de indemnização em tribunal pode ter levado à participação de situações de assistência potencialmente desadequada, mesmo quando não existe culpa dos médicos ou quando poderia até haver outras soluções.

Relativamente aos processos de responsabilidade profissional em saúde por serviços prestados em unidades de saúde do concelho de Coimbra remetidos ao Conselho Médico-Legal, em igual período de tempo (N=66), registou-se um aumento de 400% – de 2 em 2001 para 10 em 2010 – com um valor máximo de 13 processos, também no ano de 2008.

Na maioria (78,79%) destes processos foi emitido apenas um parecer referente à consulta técnico-científica solicitada, com um tempo médio de resposta de 129 dias, o que contribui para que a prolacção das decisões seja feita de forma atempada, evitando o arrastamento em tribunal das acções por responsabilidade médica.

Estes pareceres foram emitidos por 34 relatores diferentes, porquanto no período compreendido entre os anos de 2001 e 2010 verificaram-se periódicas renovações nos membros do Conselho Médico-Legal. Estas foram devidas a alterações por indicações dadas pelos conselhos científicos das respectivas faculdades, a aposentações e a substituição por pedido do próprio membro do Conselho Médico-Legal.

Relativamente ao período de tempo que a entidade requisitante da consulta técnico-científica levou a proferir a decisão do respectivo processo,

este variou entre 84 dias no caso único de responsabilidade disciplinar, 185 dias em média nos processos do âmbito do Direito Penal e 271 dias em média nos processos do âmbito do Direito Civil.

Sendo um facto incontornável que a resposta dada pelo Direito a estes casos de responsabilidade médica é particularmente lenta¹⁰², levando em média oito anos até proferir uma sentença¹⁰³, facilmente se conclui que a análise técnico-científica pedida ao Conselho Médico-Legal não contribui para esta demora judicial.

Tendo em conta que 92,42% destes pareceres foram requisitados no âmbito do Direito Penal, e que grande parte (69,69%) destes pedidos foi proveniente dos Serviços do Ministério Público, o período de tempo durante o qual o Conselho Médico-Legal analisou o caso e emitiu o respectivo parecer pôde, até, ter sido usado pelo magistrado para a recolha de outros elementos probatórios, nomeadamente a interrogação de testemunhas, justificando assim o recurso a esta análise e confirmando que o tempo de resposta deste Conselho pouco, ou nada, contribui para o atraso da decisão.

De salientar, ainda, que estas consultas foram solicitadas ao Conselho Médico-Legal pela Procuradoria-Geral da República em 59,09% dos casos e pelo presidente do Conselho Directivo do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP nos restantes 40,91%.

Perante estes resultados, pode-se afirmar que a maioria das consultas técnico-científicas foi solicitada ao Conselho Médico-Legal durante a fase judicial de inquérito, submetida através da Procuradoria-Geral da República e do presidente do Conselho Directivo do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP.

Neste seguimento, e atendendo a que actualmente apenas o membro do Governo responsável pela área da justiça, o Conselho Superior da Magistratura, a Procuradoria-Geral da República ou o presidente do Conselho Directivo do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP podem solicitar consultas técnico-científicas e éticas ao Conselho Médico-

¹⁰² João Medeiros (2012).

¹⁰³ Segundo Lígia Ernesto (2012), que estudou a incidência de erros dos profissionais de saúde publicados na comunicação social desde 1974, oito anos é o tempo médio que um tribunal demora a decidir um caso de negligência médica.

-Legal¹⁰⁴, poderia ser benéfico, *de jure constituendo*, que as partes processuais também pudessem aceder, directamente, a este meio de prova.

A possibilidade de as próprias partes poderem requerer a intervenção do Conselho Médico-Legal reforça o princípio constitucional do acesso do Direito, assumindo a sua plenitude no âmbito de um processo de partes, como é, por exemplo, o Processo Civil.

Após a análise do responsável pelo início do processo percebeu-se que em 74,24% o mesmo foi devido a pessoas singulares, sendo o próprio doente o autor mais frequente (33,33% dos processos).

A causa que motivou a maioria (63,64%) destes processos foi a morte do doente, seguida da ocorrência de lesões e/ou sequelas após a prestação dos cuidados de saúde (31,82%). Em conformidade, do total dos 61 processos referentes a responsabilidade penal médica, a maioria (68,85%) reportava ao tipo penal de “homicídio por negligência”.

Não obstante a consciência de que não é fácil aceitar-se a morte dos entes queridos e que se tenta sempre encontrar alguma explicação para tal acontecimento, à boa maneira da filosofia judaico-cristã, o que é certo é que muitas vezes a morte não é determinada pela actuação de qualquer terceira pessoa.

O motivo da prestação dos cuidados de saúde dos indivíduos, com referência aos processos em estudo, foi maioritariamente terapêutico (89,39%) e realizado nos Hospitais da Universidade de Coimbra (61,76%) por pessoal médico (98,48%).

A maior representatividade destes Hospitais certamente advirá do facto de esta ser a unidade de saúde do concelho de Coimbra com maior actividade assistencial.

As vítimas distribuíram-se de forma quase idêntica relativamente ao género – 48,48% pertencia ao género feminino e 46,97% ao masculino – e apresentaram média de idade de 44 anos, com maior incidência na faixa etária situada entre os 41 e os 60 anos.

O doente deve saber no que consente, em que consiste o tratamento e os riscos de a ele se submeter, bem como o que comporta a negação, o que pressupõe uma informação, pelo menos, clara e suficiente. Deve ainda

¹⁰⁴ Conforme artigo 7º do Decreto-Lei nº 166/2012, de 31 de Julho.

aceitar que a legitimação decorrente do consentimento esclarecido envolve uma aceitação dos riscos próprios (normais ou conhecidos num certo estágio da evolução da ciência) da intervenção.

No domínio do acto médico, onde é particularmente patente a existência de procedimentos de risco, é exigida a especial preparação técnica dos profissionais de saúde, cuja actuação adequada deverá ser orientada em conformidade com as regras resultantes das *leges artis*.

No âmbito médico nem sempre é possível distinguir entre erro e falta médica, pois o exercício desta actividade é inseparável de riscos que podem por vezes induzir o próprio médico em erro. Assim, condenar sistematicamente o erro conduz a condenar a própria Medicina, cuja evolução se verifica por uma sucessão de audácias, fracassos e renovações.

Esta responsabilidade é do juiz, que através de um juízo de prognose decide sobre a violação do dever objectivo de cuidado por parte do profissional de saúde. Como este não possui, em princípio, conhecimentos médicos, poderá solicitar consultas técnico-científicas ao Conselho Médico-Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP, com o objectivo de assessoria técnica à decisão judicial.

Estas perícias são abrangentes, coerentes e esclarecedoras e, uma vez que o juízo técnico e científico inerente à prova pericial se presume subtraído à livre apreciação do julgador¹⁰⁵, perante a composição deste Conselho, com os elevados conhecimentos técnicos dos membros que o compõem, impõe-se um valor probatório inabalável e dificilmente colocado em causa por outros meios de prova.

Relativamente às conclusões dos pareceres emitidos pelo Conselho Médico-Legal nos 66 processos em estudo, apenas 18,18% (n=12) apontaram para que a actuação do(s) profissional(is) de saúde em causa não tenha sido a mais adequada. Em 65,15% dos casos a actuação do(s) profissional(is) de saúde terá sido a mais adequada e nos restantes 16,67% os quesitos não questionaram directamente a conduta do(s) profissional(is) de saúde.

Após comparação destas conclusões com as respectivas decisões disponíveis (na presente data), verificou-se que em 7,84% (n=4) dos casos não houve concordância.

¹⁰⁵ Conforme nº 1 do artigo 163º do Código de Processo Penal.

A Medicina não é uma ciência exacta, e, por isso, não podem afirmar-se com certeza os resultados derivados de um tratamento ou intervenção cirúrgica na sua totalidade.

Muitas vezes surgem opiniões técnicas contraditórias que dificultam a tarefa de quem é chamado a decidir. Por outro lado, nem sempre é fácil provar que foi a falta de cuidado do médico que causou a lesão ou a morte do doente, assim como definir a violação do cuidado no apuramento do que era de esperar – saber se lhe era exigível mais ou se fez tudo o que era possível dadas as circunstâncias.

Não se trata da conduta esperada de um médico altamente qualificado e experimentado, mas sim da conduta diligente que a generalidade dos médicos, com idêntica qualificação e meios, teria tomado nas mesmas condições.¹⁰⁶

Relativamente às 48 decisões conhecidas referentes aos processos de responsabilidade penal médica, existiu acusação do(s) médico(s) arguido(s) pelos Serviços do Ministério Público em 6 (12,50%) processos e condenação em tribunal de 1ª instância em 5 (10,42%) processos; nos restantes (n=37; 77,08%) processos verificaram-se 34 decisões de arquivamento pelos Serviços do Ministério Público, 2 de não pronúncia pelo Tribunal de Instrução Criminal e de 1 absolvição por tribunal de 1ª instância.

Nos 2 processos de responsabilidade civil médica verificou-se transacção entre as partes e no processo de responsabilidade disciplinar médica ocorreu arquivamento.

As maiores frequências nos 66 processos de responsabilidade profissional em saúde por serviços prestados em unidades de saúde do concelho de Coimbra recaíram sobre médicos das especialidades de Cirurgia Geral e Ginecologia e Obstetrícia, estando envolvidas, cada uma, em 18,18% (n=12) do total dos processos.

Apontar o dedo ao médico sempre que existe um erro ou uma falha pode ser socialmente contraproducente, pois os médicos, sobretudo em algumas especialidades, poderão passar a recusar os casos mais complexos e com mais riscos. Nalguns países já se verifica que algumas especia-

¹⁰⁶ Segundo Lesseps Lourenço dos Reys.

lidades têm falta de médicos por medo dos processos judiciais que podem ser movidos contra eles – é o problema da chamada *Medicina defensiva*.¹⁰⁷

Segundo Ana Domingues, “especialistas de Ginecologia e Obstetrícia admitem praticar uma Medicina defensiva positiva, devido aos receios de processos de Responsabilidade Médica, principalmente no bloco de partos e serviço de urgência, atitude que a maioria dos profissionais considera negativa”¹⁰⁸.

*Que médico não se sentirá responsável por um acidente mortal após uma intervenção, mesmo quando não se lhe pode apontar alguma falha?*¹⁰⁹

É neste domínio moral que o médico deve sentir-se responsável.

Quando se opta por se ser médico, assume-se o compromisso de, acima de tudo, servir os doentes, facultando-lhes com a experiência e com os meios disponíveis, o melhor que a ciência médica recomenda.¹¹⁰

Em Portugal, a discussão sobre o sistema mais conveniente de responsabilidade médica ainda mal começou. No entanto, ninguém pode estar satisfeito com o regime actual. Os médicos temem as acusações de negligência que os expõe nos meios de comunicação e os ameaçam com o pagamento de indemnizações. Os hospitais sentem-se desconfortáveis com a má publicidade que os “casos” lhes trazem e recebem os custos da *Medicina defensiva* que facilmente se pode esperar.¹¹¹

Tornar o sistema menos vulnerável, com um melhor registo dos actos clínicos, mas também promover resoluções extrajudiciais e prever indemnizações para procedimentos que correm mal sem ser por negligência do médico, poderão ser algumas das soluções para aliviar o sistema, sendo que todas as medidas que venham reduzir a conflitualidade doente-médico são bem-vindas.

Um sistema de monitorização dos erros, que recolha e centralize a informação de forma não punitiva e confidencial, tornando possível o seu estudo por peritos, poderá permitir uma aprendizagem com os erros e emitir propostas de prevenção.

¹⁰⁷ Paula Ribeiro Faria (2011).

¹⁰⁸ Ana Domingues (2007); página 113.

¹⁰⁹ Dérobert (1980).

¹¹⁰ Segundo Lesseps Lourenço dos Reys.

¹¹¹ Guilherme de Oliveira (2005).

Por outro lado, a aplicação da responsabilidade objectiva da entidade colectiva, ainda que apoiada em seguros profissionais, diminuindo o recurso aos tribunais e acelerando as decisões, poderá ser a forma de o doente ser compensado sem ter que demonstrar a culpa dos profissionais de saúde, privilegiando a relação médico-doente e evitando um sofrimento emocional e psicológico.

No fundo, uma ideia pela socialização do risco em lugar da culpabilização do médico.

5. CONCLUSÕES

*O meu respeito pela Medicina leva-me a acreditar que os nossos defeitos actuais, por muito profundos que possam ser, são totalmente corrigíveis e que a moderna Medicina pode emergir das sombras com êxito!*¹¹²

Com o presente estudo pretendeu-se caracterizar a situação do concelho de Coimbra no que respeita à responsabilidade profissional em saúde/responsabilidade médica, através da análise dos processos remetidos ao Conselho Médico-Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP (INMLCF, IP), entre os anos de 2001 e 2010 (inclusive).

Esta análise poderá contribuir para que as autoridades portuguesas competentes promovam o desenvolvimento de estratégias de correcção de desacertos e a efectivação de uma política pró-activa de prevenção e segurança na saúde.

Em síntese, foram possíveis as seguintes conclusões:

- 1) Crescimento do número de processos analisados pelo Conselho Médico-Legal, entre 2001 e 2010, referentes a casos de responsabilidade profissional em saúde por serviços prestados em unidades de saúde do concelho de Coimbra, com valor máximo no ano de 2008.

¹¹² David Newman (2010); página 17.

- 2) A maioria das consultas técnico-científicas foi solicitada, ao Conselho Médico-Legal, pela Procuradoria-Geral da República, no âmbito do Direito Penal.
- 3) O tempo médio de resposta do Conselho Médico-Legal na emissão do respectivo parecer foi de 129 dias.
- 4) Em 79% dos processos foi requisitada apenas uma consulta técnico-científica.
- 5) A entidade requisitante do parecer demorou, em média, 187 dias a proferir a respectiva decisão, após a data de envio do parecer do Conselho Médico-Legal.
- 6) 63,64% dos processos envolveram a investigação da prática criminal de “homicídio por negligência”.
- 7) As conclusões dos pareceres emitidos apontaram para que a actuação do(s) profissional(is) de saúde não tenha sido a mais adequada (não conforme as *leges artis*) em 18,18% dos casos.
- 8) Em 21,57% das decisões conhecidas existiu acusação ou condenação do(s) profissional(is) de saúde.
- 9) Em 92,16% das decisões proferidas existiu conformidade com o resultado do parecer do Conselho Médico-Legal.
- 10) O próprio doente foi o responsável pelo início de 33,33% dos processos.
- 11) A morte ocorreu em 63,64% dos casos.
- 12) A média de idade das vítimas foi de 44 anos.
- 13) As vítimas distribuíram-se de forma quase idêntica segundo os géneros feminino e masculino (1,03♀:1♂).

- 14) A maioria (89,39%) das vítimas recorreu a assistência médica por motivos terapêuticos.
- 15) 61,76% dos cuidados de saúde que estiveram na origem dos 66 processos foram prestados nos Hospitais da Universidade de Coimbra.
- 16) 98,49% dos mesmos cuidados de saúde foram prestados por médicos.
- 17) 1 em cada 2 processos envolveu um médico especialista de Cirurgia Geral ou de Ginecologia e Obstetrícia ou de Ortopedia.



6. BIBLIOGRAFIA

LIVROS, ARTIGOS E PUBLICAÇÕES

- ANDRADE, Manuel Costa – Consentimento e acordo em Direito Penal. Coimbra Editora, 1991.
- ANDRADE, Manuel Costa – Comentário conimbricense do Código Penal – I. Parte Especial de Jorge Figueiredo Dias. Coimbra Editora, 1999.
- ANTUNES, Nuno Lobo – Sinto muito. Verso da kapa, 10ª Edição. Lisboa, Dezembro de 2008. ISBN: 978-972-8974-68-8.
- BRITO, Teresa Quintela de – Responsabilidade penal dos médicos: análise dos principais tipos incriminadores. Revista Portuguesa de Ciência Criminal, Ano 12, nº 3, Julho-Setembro. Coimbra Editora, 2002.
- BRUNO, Paula – Registo de incidentes e eventos adversos: implicações jurídicas da implementação em Portugal – erro em Medicina. Centro de Direito Biomédico – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Wolters Kluwer Portugal – Coimbra Editora, 2010. ISBN: 978-972-32-1181-7.
- COIMBRA, Arménia – Porque confiamos na justiça. Lisboa, Agosto 2003.
- CORDEIRO, Cristina – História do Conselho Médico-legal do Instituto Nacional de Medicina Legal, IP. Coimbra, 2009.
- CORDEIRO, Pedro Jorge da Silva – Responsabilidade médica disciplinar no Serviço Nacional de Saúde. In Direito da Medicina – I; Centro de Direito Biomédico – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Coimbra Editora, 2002. ISBN: 972-32-1122-X. Páginas 165-158.
- CORTEZ, Margarida – Responsabilidade civil das instituições públicas de saúde. In Responsabilidade civil dos médicos; Centro de Direito Biomédico – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Coimbra Editora, 2005. ISBN: 972-32-1369-9. Páginas 257-273.
- COSTA, Mário Júlio Almeida e – Direito das Obrigações. Coimbra Editora, 1984 (4ª Edição).

- CRUZ, Pedro Meira – Pareceres médicos. In www.advocatus.pt. Dezembro de 2010.
- DIAS, João Álvaro – Responsabilidade, informação, consentimento e confidencialidade. In *Revista Portuguesa do Dano Corporal* Nº 4 – Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal (APADAC). Maio de 1994. Páginas 9 a 32.
- DIAS, João Álvaro – Culpa médica: algumas ideias-força. In *Revista Portuguesa do Dano Corporal* Nº 5 – Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal (APADAC). Novembro de 1995. Páginas 15 a 46.
- DIAS, João Álvaro – Responsabilidade profissional do perito médico. In *Revista Portuguesa do Dano Corporal* Nº 8 – Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal (APADAC). Novembro de 1998. Páginas 35 a 51.
- DIAS, João Álvaro – O problema da avaliação dos danos corporais resultantes de intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos. In *Responsabilidade civil dos médicos; Centro de Direito Biomédico – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra*. Coimbra Editora, 2005. ISBN: 972-32-1369-9. Páginas 387-433.
- DIAS, Jorge Figueiredo e MONTEIRO, Jorge Sinde – Responsabilidade médica em Portugal. Lisboa, 1984.
- DOMINGUES, Ana Patrícia Rodrigues – Responsabilidade profissional no âmbito da prestação de cuidados de saúde em Obstetrícia/Ginecologia – Análise da situação actual e da perspectiva dos profissionais de saúde. Coimbra, 2007.
- ERNESTO, Lúcia – Oito anos para resolver erros médicos. Conclusão de tese de mestrado. Entrevista TVI24, Agosto de 2012.
- ETCHOGOYEN, A. In *A era dos responsáveis*. Difel, Viseu, 1995.
- FARIA, Paula Ribeiro – in: *Comentário conimbricense do Código Penal, Parte Especial*, dirigido por Jorge Figueiredo Dias, t.I. Coimbra Editora, 1999.
- FARIA, Paula Ribeiro – Erros médicos. Entrevista in *Notícias Magazine/Jornal de Notícias/Diário de Notícias*. Junho de 2011.
- FIDALGO, Sónia – Responsabilidade penal por negligência no exercício da Medicina em equipa. *Centro de Direito Biomédico – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra*. Coimbra Editora, 2008. ISBN: 978-972-32-1634-9.
- FRANCISCO, C. – *Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto Editora, 1994 (7ª Edição).
- GARCIA, Esther Hava – *La imprudencia médica*. Valencia, Tirant lo Blanch, 2001.
- GONÇALVES, Carla – A responsabilidade médica objetiva. In *Responsabilidade civil dos médicos; Centro de Direito Biomédico – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra*. Coimbra Editora, 2005. ISBN: 972-32-1369-9. Páginas 333-357.
- GROOPMAN, Jerome – *Como pensam os médicos*. Lisboa, Casa das Letras, 2008 (2ª edição). ISBN: 978-972-46-1789-3.
- REIS, Marta – Queixas por negligência médica estão a aumentar. “Médicos já fazem exames à cautela”. In *Jornal i*. Março de 2011.
- LOPES, Diamantino Marques – Responsabilidade civil médica – casos práticos. In *Responsabilidade civil dos médicos; Centro de Direito Biomédico – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra*. Coimbra Editora, 2005. ISBN: 972-32-1369-9. Páginas 274-287.
- MARTINS, Fernanda Gonçalves Galhego – A responsabilidade penal do cirurgião plástico e a conduta do paciente. Cen-

- tro de Direito Biomédico – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Coimbra Editora, 2011. ISBN: 978-972-32-1856-5.
- MEDEIROS, João – Negligência Médica: a morosidade dos Tribunais. In www.advocatus.pt. Agosto de 2012.
 - MONIZ, Ana Raquel Gonçalves – Responsabilidade civil extracontratual por danos resultantes da prestação de cuidados de saúde em estabelecimentos públicos: o acesso à justiça administrativa. Centro de Direito Biomédico – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Coimbra Editora, 2003. ISBN: 972-32-1183-1.
 - MONIZ, Ana Raquel Gonçalves – Aspectos processuais da responsabilidade médica: as questões colocadas pelos hospitais S.A. quanto ao âmbito da justiça administrativa. In Responsabilidade civil dos médicos; Centro de Direito Biomédico – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Coimbra Editora, 2005. ISBN: 972-32-1369-9. Páginas 317-331.
 - NEWMAN, David H. – Onde falham os médicos. Lisboa, Casa das Letras, 2010 (1ª edição). ISBN: 978-972-46-1942-2.
 - NUNES, José Martins – Da responsabilidade dos médicos anestesiológicos: dos diversos tipos de responsabilidade, formas de apuramento e instâncias decisórias: consentimento informado. Coimbra, 2009.
 - OLIVEIRA, Guilherme de – Estrutura jurídica do acto médico, consentimento informado e responsabilidade médica. In Temas de Direito da Medicina – Centro de Direito Biomédico. Coimbra Editora, 2005.
 - OLIVEIRA, Guilherme de – O fim da “arte silenciosa”. In Temas de Direito da Medicina – Centro de Direito Biomédico. Coimbra Editora, 1999.
 - OLIVEIRA, Guilherme de – Recensão de José Fragata e Luís Martins – O erro em Medicina. Perspectiva do indivíduo, da organização e da sociedade. Coimbra, Almedina, 2005.
 - OLIVEIRA, Nuno Manuel Pinto – Responsabilidade civil em instituições privadas de saúde: problemas de ilicitude e de culpa. In Responsabilidade civil dos médicos; Centro de Direito Biomédico – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Coimbra Editora, 2005. ISBN: 972-32-1369-9. Páginas 127-255.
 - PEREIRA, André Gonçalo Dias – O dever do esclarecimento e a responsabilidade médica. In Responsabilidade civil dos médicos; Centro de Direito Biomédico – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Coimbra Editora, 2005. ISBN: 972-32-1369-9. Páginas 435-497.
 - PEREIRA, André Gonçalo Dias – Breves notas sobre a responsabilidade médica em Portugal. In Revista Portuguesa do Dano Corporal Nº 17 – Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal (APADAC). Novembro de 2007. ISSN: 1645-0760.
 - PINA, J.A. Esperança – A responsabilidade dos médicos. Lidel, 2003 (3ª Edição). ISBN: 978-972-757-195-6.
 - PRATA, Ana – Dicionário jurídico. 3ª Edição revista e actualizada. Coimbra, Almedina, 1995.
 - REIS, Rafael Vale – Responsabilidade civil dos médicos nos estabelecimentos públicos de saúde – origens históricas. In Responsabilidade civil dos médicos; Centro de Direito Biomédico – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Coimbra Editora, 2005. ISBN: 972-32-1369-9. Páginas 289-316.
 - REYS, Lesseps Lourenço dos – Ética médica. Responsabilidade civil dos médicos. RFML – Série III, Vol. 5, Nº 5. Setembro/Outubro.

- RODRIGUES, Álvaro da Cunha Gomes – Consentimento informado – Pedra angular da responsabilidade criminal do médico. In *Direito da Medicina – I*; Centro de Direito Biomédico – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Coimbra Editora, 2002. ISBN: 972-32-1122-X. Páginas 5-51.
- SANTOS, Simas e HENRIQUES, Leal – Código Penal Anotado; Vol.II. Rei dos Livros, 2002.
- SILVEIRA, Diana Filipa Montenegro – Responsabilidade civil por reacções adversas medicamentosas. In *Responsabilidade civil dos médicos*; Centro de Direito Biomédico – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Coimbra Editora, 2005. ISBN: 972-32-1369-9. Páginas 333-357.
- SOUSA, Filipa Ambrósio de – Negligência médica não especificado como crime. In *Diário de Notícias*. Março de 2010.
- VARELA, João de Matos Antunes – Das obrigações em geral. Vol. I – 10ª edição revista e actualizada. Coimbra, Almedina, 2000.
- VIEIRA, Duarte Nuno e SÁ, Fernando Oliveira – Conselhos Médico-Legais – In memoriam. In *Confluências – temas médico-legais*; Homenagem ao Prof. Doutor L. A. Duarte-Santos. Instituto de Medicina Legal de Coimbra, Dezembro de 1989. Páginas 487-497.
- VIEIRA, Duarte Nuno – O atual sistema médico-legal e forense português. Janeiro de 2012.

LEGISLAÇÃO, CÓDIGOS E ESTATUTOS

- Código Civil Português. Biblioteca Nacional de Portugal, 2008. ISBN: 978-972-40-3672-4.
- Código Penal Português (3ª Edição). Biblioteca Nacional de Portugal, 2008. ISBN: 978-972-40-3657-1.
- Ordem dos Médicos – Código Deontológico. Regulamento nº 14/2009 da Ordem dos Médicos, publicado no Diário da República, 2ª Série, de 13 de Janeiro de 2009.
- Ordem dos Médicos – Estatuto. Aprovado pelo Decreto-Lei nº 217/94, de 20 de Agosto.
- Ordem dos Médicos – Estatuto Disciplinar dos Médicos. Aprovado pelo Decreto-Lei nº 217/94, de 20 de Agosto.

PROCESSOS DO CONSELHO MÉDICO-LEGAL DO INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL E CIÊNCIAS FORENSES, IP (INMLCF, IP)

- Ano de 2001: Processos nº 28 e 43.
- Ano de 2002: Processos nº 57, 61, 73, 91 e 93.
- Ano de 2003: Processo nº 51.
- Ano de 2004: Processos nº 6, 16, 19 e 27.
- Ano de 2005: Processos nº 5, 9, 12, 28, 36, 63, 64, 70, 75 e 90.
- Ano de 2006: Processos nº 4, 15, 21, 58, 69 e 78.
- Ano de 2007: Processos nº 6, 57, 110 e 136.
- Ano de 2008: Processos nº 14, 17, 44, 63, 85, 90, 99, 105, 121, 124, 134, 148 e 152.
- Ano de 2009: Processos nº 4, 7, 15, 31, 47, 57, 101, 108, 119, 142 e 143.
- Ano de 2010: Processos nº 9, 10, 17, 18, 20, 25, 39, 117, 123 e 139.

PROCESSOS JUDICIAIS/ ADMINISTRATIVOS/DISCIPLINARES

- Departamento de Investigação e Acção Penal de Coimbra (DIAP): NUIPC 17/08.7TACBR-302; NUIPC 718/01.0TACBR-303; NUIPC 102/04.4TACTB.302; NUIPC 417/04.1TACBR-304; NUIPC 421/04.0TACBR-303; NUIPC 549/04.6TACBR-301; NUIPC 1188/04.7TACBR-304; NUIPC 116/06.0TACNT-304; NUIPC 1518/06.77TACBR-303; NUIPC 1415/07.9TACBR-301; NUIPC 17/07.4GAOHP; NUIPC 52/08.5TACBR-201; NUIPC 316/07.5GASRE-301; NUIPC 1221/09.6TACBR-301; NUIPC 1417/09.0TACBR-301; NUIPC 529/10.2TACBR; NUIPC 1545/00.8TACBR-1B; NUIPC 604/06.8TACBR; NUIPC 1522/04.0TACBR-303; NUIPC 1643/04.9TACBR-303; NUIPC 1742/04.7TACBR-301; NUIPC 46/05.2TAPPS-(303); NUIPC 1054/06.1TACBR-303; NUIPC 504/06.1TACBR-300; NUIPC 864/07.7TACBR; NUIPC 3808/09.7TACBR-302; NUIPC 2679/.9TACBR-302; NUIPC 1997/09.0TACBR-303; NUIPC 933/07.3TACBR-301; NUIPC 454/07.4TACBR-301; NUIPC 3194/09.6TACBR-303.
- Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS): Processo nº 73/06-D.
- Juízo de Instrução Criminal da Comarca do Baixo Vouga: Processo nº 2317/07.4TAAVR.
- Juízos Cíveis de Coimbra: Processo nº 330/2001.
- Serviços do Ministério Público da Comarca do Baixo Vouga: Processo

- nº 2183/05.4TAAVR; Processo nº 492/05.IPBAVR.
- Serviços do Ministério Público de Figueira da Foz: Processo nº 965/08.4TAFIG.
- Serviços do Ministério Público de Cantanhede: Processo nº 145/04.8TACNT.
- Serviços do Ministério Público de Oliveira do Hospital: Processo nº 181/02.9TACBR; Processo nº 5/02.7TACBR.
- Serviços do Ministério Público de Penela: Processo nº 67/01.4GAPNL.
- Serviços do Ministério Público de Pombal: Processo nº 435/03.7TALRA.
- Serviços do Ministério Público de Seia: Processo nº 56/04.7GASEI.
- Tribunal Administrativo e Fiscal de Coimbra: Processo nº 269/05.4BECBR.
- Tribunal da Relação de Coimbra: Processo nº 107/06.0TAAGN.Cl; Processo nº 864/07.7TACBR.
- Tribunal de Instrução Criminal (TIC) de Coimbra: Processo nº 135/2001; Processo nº 864/07.7TACBR.
- Tribunal Judicial de Castelo Branco: Processo nº 155/02.0TACVL.
- Tribunal Judicial de Arganil: Processo nº 107/06.0TAAGN.
- Tribunal Judicial de Penacova: Processo nº 33/07.8TAPV.
- Tribunal Judicial de Seia: Processo nº 112/03.9TACBR; Processo nº 185/07.5TASEI.
- Vara Mista e Juízos Criminais de Coimbra: Processo nº 864/07.7TACBR; Processo nº 347/2001.

7. APÊNDICE ÚNICO

- Grelha utilizada para a recolha de dados

CONSELHO MÉDICO-LEGAL	
Ano	
Nº do Processo	
Entidade requisitante	
Data(s) de entrada do(s) pedido(s)	
Data(s) de emissão do(s) parecer(es)	
Conclusões do(s) parecer(es)	
Relator(es) do(s) parecer(es)	
ENTIDADE DE PROVENIÊNCIA	
Proveniência	
Nº do Processo/Nº do Inquérito	
Tipo de Responsabilidade	
Investigação/prática criminal	
Decisão	
Data	
Pena/condenação (se aplicável)	

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL EM SAÚDE

QUEIXA/DENÚNCIA/ACÇÃO	
Autor	
Motivo	
VÍTIMA	
Género	
Idade	
DANO	
Data	
Tipo	
PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE	
Data	
Motivo	
Unidade(s) hospitalar(es)	
Profissão(ões)	
Especialidade(s) médica(s)	
Género(s)	
RESUMO	

Há no médico o desejo de ser santo, de ser maior. Mas na sua memória transporta, como um fardo, olhares, sons, cheiros e tudo o que o lembra de ser menor e imperfeito.

O médico e o seu doente são um só, face dupla da mesma moeda.

O médico provoca o Criador, não lhe vai na finta, evita o engodo.

Mas no cais despede-se, e pede perdão por não ter sido parceiro para tal desafio.¹¹³

¹¹³ Nuno Lobo Antunes (2008).

