Petição de indemnização por culpa do serviço – interrupção de monotorização da doente por indisponibilidade do aparelho (TCAS de 05-05-2016 Proc. 08411/12)

Tribunal Administrativo e Fiscal de \*\*\*

Meritíssimo Juiz de Direito

Rute, nif \*\*\*, residente em \*\*\*

Instaura Acção administrativa contra

Hospital X, nif \*\*\*, com sede em \*\*\*, o que faz nos termos e com os seguintes fundamentos:

Os factos

01 A Autora engravidou em meados de Dezembro de 2\*\*\*.

02 A Autora manteve uma gravidez normal, sem que qualquer anomalia se tenha verificado, quer no desenvolvimento do feto, quer no da sua saúde.

03 Durante a gravidez, a Autora foi acompanhada e vigiada pela médica ginecologista­obstetra, a Dr.ª Tília Bessa, que determinou a realização periódica de ecografias e análises ao sangue e urina da Autora.

04 E cujos resultados revelaram sempre ser compatíveis com a normal gestação do feto, sendo que a Autora também apresentava boa saúde, consentânea com uma gravidez normal.

05 Durante a gravidez da Autora, a tensão arterial desta não registou alterações significativas, mantendo-se sempre regular.

06 No dia \*\*/\*\*/\*\*\*\* (data), a Autora realizou uma ultrassonografia obstétrica no Hospital X, que que está integrado no Serviço Nacional de Saúde, constando do relatório dela, além do mais: “Observam-se rins hiperecogénicos, cálices discretamente dilatadas (?) Imagens quísticas de pequena dimensão” (doc. \*\*\*);

07 No dia \*\*/\*\*/\*\*\*\* (data), pelas 04h15m de madrugada, a Autora deu entrada, grávida, no serviço de Urgência do referido Hospital, acusando dores fortíssimas na zona abdominal (doc. \*\*\*;

08 O diário de enfermagem relata os procedimentos clínicos efectuados na Autora a partir das 4h15m desse dia, apesar de na cópia fornecida à A. não se ver hora, mas seguramente em momento anterior às 4h58m, altura em que a mesma foi monitorizada, de acordo com esse diário (doc. 12);

09 O mesmo diário de enfermagem relata: “grávida que (...) e contracção em gravidez de 37 semanas (...). Feita a observação pela Sra. Dra. Manuela ................ que deu medicação que se realizasse C.T.G. TA = 226/77”;

10 A Autora foi monitorizada durante cerca de trinta minutos, entre as 4h58m e as 5h3om, por indicação da Dra. Manuela ................, e que os batimentos cardíacos do feto durante esse período eram de 130 por minuto, valor já muito perto dos 120 b/m indispensáveis à sobrevivência e que por volta das 5h teve um vómito alimentar em grande quantidade (doc.13);

11 Foi efectuado um CTG à Autora pelas 5h2om, exame que revelou taquissistolia uterina, ou seja, excessivo número de contracções, pelo que foi ordenado o seu internamento (doc.12);

12 A Autora foi desmonitorizada pelas 5h3om e, tendo entrado na sala de partos pelas 5h55m, só volta a ser monitorizada às 6h3om;

13 Do citado diário de enfermagem consta que a razão que justificou a ausência de monitorização da Autora durante aquele período foi “por não haver cardiotocógrafo disponível”;

14 Quando este aparelho ficou disponível, às 6h3om, foi detectado, por monitorização fetal, que o feto estava em sofrimento, mais precisamente, que os seus batimentos cardíacos estavam já muito fracos (100 b/m), configurando-se um diagnóstico de bradicárdia fetal;

15 Se um cardiotocógrafo estivesse disponível para monitorizar a Autora entre as 5h3om e as 6h3om, teria sido possível detectar a redução dos batimentos cardíacos do feto e consequentemente uma intervenção mais atempada.

16 O diagnóstico da bradicárdia fetal por volta das 06h3om e a intervenção cirúrgica necessária (a cesariana urgente) com extracção do feto ocorreram, segundo o diário de enfermagem, pelas 07h3om (doc. \*\*\*).

17 A Autora foi encaminhada para a sala de partos por volta das 05h3om, e às 07h3om foi extraído o feto morto no âmbito da cesariana efectuada, segundo o relatório do serviço de anestesiologia do Hospital X (doc. \*\*\*) tendo todas as tentativas de reanimação do mesmo sido infrutíferas;

18 Hospital ora Réu, por ofício de \*\*/\*\*/\*\*\*\* (data), registou que no “relatório médico da ora A. Sr.º D.ª Rute o seguinte diagnóstico anátomo­patológico (docs. \*\*\*): “cadáver de criança do sexo feminino com 3230 gramas, sem malformações exteriores, nem alterações da forma ou posições dos órgãos. / Palidez generalizada da pele e órgãos. / Congestão leptomeníngea. / Petéquias pleurais. / Parede do cólon muito fina, possivelmente com alterações isquémicas, a confirmar histologicamente”, rins poliquísticos, seguido de esquema de parte do corpo humano, onde se diz “localização das lesões mais relevantes” (fls. 156);

19 Pelas 6,30hrs a Dr.ª Manuela ................ já se encontrava a fazer outro parto

20 O. A bradicárdia fetal e o descolamento da placenta foram a causa de morte do feto;

21 As 6h55m, o feto ainda apresentava batimentos cardíacos de 90 p/m. Se então tivesse iniciado a intervenção cirúrgica poderia ter-se salvado a criança.

22 Significa tal informação, que embora os batimentos cardíacos do feto se encontrassem já abaixo dos 120 b/m, indispensáveis para a sobrevivência, ainda teria sido possível, no limite, por manobras de reanimação, fazer nascer o feto com vida.

23 Perante o quadro detectado pela equipa de enfermagem, pelas 6h35m foi chamado o médico para analisar e confirmar a situação clínica da Autora.

24 Depois de tal análise feita pelos médicos, os mesmos decidiram pela 6h e 55m fazer uma cesariana com carácter de urgência.

25 O Dr. Fradique, cirurgião responsável pela realização da cesariana da Autora, no protocolo operatório que assina (doc. 17, que se dá como integralmente reproduzido), justifica a decisão da cesariana na sequência de um exame efectuado à doente em que se verificou contracção uterina mantida e C.T.G. compatível com foco bradicárdico (impossível de distinguir dos batimentos maternos, dado não existir ecógrafo em tempo útil);

26 Os relatórios apresentados sobre o recém-nascido, indicam que o índice Apgar do mesmo se situava em 0, no 1.º, 5.º e 10.º minutos;

27 Após a decisão de efectuar a cesariana às 06h55m, de imediato se iniciaram os procedimentos para o efeito, devidamente descritos nos relatórios a que se refere a Autora.

28 Após a realização de tais procedimentos no período de tempo mínimo para o efeito necessário – algaliação, transporte para a sala de partos, monitorização dos sinais vitais e anestesia geral – iniciou-se o parto.

29 Entre o momento em que foi diagnosticada a situação e chamados os médicos – às 6h e 35 m – e o momento do parto – às 7h e 30 m – decorreu apenas uma hora.

30 Entre a decisão de proceder a uma cesariana urgente e a hora do parto decorreram apenas 35 minutos.

31 A decisão médica foi tomada às 6h55m e às 7h iniciaram-se os preparativos, tendo a Autora sido algaliada e ligada ao soro, conforme resulta do diário de enfermagem.

32 Perante o descrito quadro clínico, determinam as legis artis, que entre o diagnóstico da situação a o início da cesariana, mesmo com o tempo despendido para os preparativos do bloco operatório, não devem decorrer mais de 20/30 minutos.

33 O batimento cardíaco de 120 b/m é indispensável para a sobrevivência do feto.

34 O partograma, de acordo com as legis artis, deve conter a informação de todo o acompanhamento feito à grávida enquanto esta se encontrar na sala de partos, nomeadamente os registos da monitorização.

35 Os factos constantes do partograma e dois CTG seguem nos docs. \*\*\*.

36 A intervenção cirúrgica teve início, pelo menos, 5 a 10 minutos antes das 7h3om.

37 Foi porque a Dra. Manuela ................ estava a fazer outro parto que não pôde responder à situação da Autora

38 O Dr. Martins foi indicado pela Dra. Manuela para solucionar a situação e este resolveu chamar o Dr. Fradique que demorou algum tempo, não apurado mas até 20 minutos, a chegar, tendo ocorrido a análise da situação e a decisão de cesariana urgente pelas 06h55m como resposta anterior, sendo normal o pedido de intervenção de outro médico para ajudar a avaliar a situação.

39 Não obstante estar a realizar outro parto, a Dr.ª Manuela ................ providenciou, como era devido, que a Autora fosse assistida por outro médico, o Dr. Martins.

40 Atenta a gravidade e delicadeza da situação, o Dr. Martins requereu a intervenção de um colega para, conjuntamente, tomarem uma decisão sobre o que fazer.

41 A Autora chegou à sala operatória pelas 7h10m, tendo sido monitorizados os sinais vitais e preparada para anestesia geral, a qual se iniciou, normalmente e após os necessários e adequados preparativos cerca de 15 minutos depois, ou seja, por volta das 7h25m.

42 A cesariana é uma intervenção cirúrgica que apresenta riscos para a saúde da mãe e cuja recuperação é lenta e dolorosa.

43 Qualquer médico, perante um diagnóstico de bradicárdia fetal, situação clinicamente muito urgente, intervém imediatamente, nomeadamente efectuando uma cesariana de urgência, para salvar a mãe e o feto, sem prejuízo da necessidade de confirmação da situação, ou seja se a braquicárdia persiste ou se deve a deficiente da mãe e do feto postura, que provoque, por exemplo, o estrangulamento temporário do cordão umbilical, e de que a intervenção imediata implica os preparativos do bloco operatório.

44 Se a Autora tivesse estado permanentemente monitorizada poder-se-ia ter descoberto mais cedo que o feto estava em redução das pulsações cardíacas, podendo existir uma intervenção mais precoce.

45 A Autora sofreu prejuízos na sequência do internamento no Hospital Réu e intervenção cirúrgica.

46 Com as consultas à médica ginecologista, durante a gravidez, mencionadas no ponto 3, a Autora despendeu 313,68 Euros (do total de 455,00 cobrados e abatidos os 141.32 € suportados pela ADSE – docs. \*\*\*).

47 Gastou a Autora em ecografias e análises até \*\*/\*\*/\*\*\*\* (data), o montante de € 14,36, depois de abatida a comparticipação da ADSE – docs \*\*\*.

48 E gastou a Autora com despesas de farmácia € 136,53 – docs. \*\*\*.

49 Pagou a Autora, da sua parte, em despesas relativas ao funeral da filha, o montante de € 251,07 (abatido o reembolso de 180,92 € – docs. \*\*\*

50 Após a intervenção cirúrgica da cesariana, a Autora continuou a ser acompanhada pela sua médica ginecologista, tendo pago em consultas 260 euros, dos quais lhe foram reembolsados 80,76 euros, tendo, portanto, despendido 179,24 euros (docs. \*\*\*).

51 A Autora, à data do internamento, já tinha comprado o berço, a roupa e os acessórios para o bebé – conjuntos, babygrows, resguardos, barretinhos, luvas, babetes, biberões, móbil, etc., no valor de € \*\*\*, que não vieram a ter qualquer utilidade (docs. \*\*\*).

52 Quando soube que estava grávida, a Autora decidiu concentrar todas as atenções e energias na criança que ia nascer.

53 Apostada em assegurar um adequado ambiente familiar à sua filha, decidiu abandonar Celorico da Beira, para cuja Câmara trabalhava há já três anos e meio e onde era estimada pelos munícipes e pelas pessoas com quem trabalhava, tendo, inclusivamente, sido nomeada Chefe de Divisão de Obras Municipais.

54 Assim, em prol do bem-estar da sua filha Sara e do seu desenvolvimento harmonioso, a Autora deixou a sua carreira sólida em Celorico da Beira e os amigos que lá tinha, bem como toda a rede de relações que tinha construído, para vir viver para Lisboa.

55 Com o seu namorado, pai da sua filha, Homero, a quem seria bastante mais difícil mudar-se para Celorico da Beira, em virtude dos compromissos profissionais que tinha assumido.

56 A Autora adoptou imediatamente as providências necessárias para adquirir uma casa onde a família pudesse viver com a filha, a quem já chamavam Sara, pudesse crescer com segurança e harmonia.

57 A Autora chegou a celebrar um contrato-promessa, ao abrigo do qual pagou o sinal da fracção, bem como os registos provisórios da mesma.

58 Contudo, com a morte da Sara, a Autora e o pai da criança terminaram o seu relacionamento, não tendo sido possível a compra da casa com que sonharam.

59 A ruptura do casal é decorrência da morte da Sara, que mergulhou a Autora numa profunda tristeza e revolta, o que conduziu ao isolamento emocional desta, que acabou por se afastar do namorado e da família, culpando-os também por tudo o que acontecera

60 A perda da criança com quem a Autora tanto sonhou e que acarinhou ainda antes do nascimento, constituiu um forte abalo emocional que determinou na Autora um estado de profunda infelicidade, sofrimento e raiva, reflexo do vazio afectivo que representa a morte de um ser humano que viveu dentro dela e cujo desenvolvimento a Autora não só acompanhou como sentiu passo a passo.

61 Todas estas emoções são, aliás, mais intensas na medida em que a Sara seria o primeiro filho da Autora que devido a esse sofrimento se recusa a engravidar e a tentar ter outro filho, com um enorme sentimento de perda, frustração e falta da filha, que sempre desejou.

62 Também a recuperação da intervenção cirúrgica a que foi submetida no dia \*\*-\*\*-\*\*\*\* deixou sequelas psicológicas na Autora, que teve de suportar urna recuperação lenta e dolorosa, sentindo-se profundamente fragilizada física e emocionalmente.

63 A Autora, ao entrar em recuperação da cesariana, esteve internada, com sofrimento e dores, de \*\*/\*\*/\*\*\*\* (data) a \*\*/\*\*/\*\*\*\* (data), e o seu estado era: «(...) uma puérpera queixosa e ansiosa, perguntando constantemente sobre o bebé (...) foi conformada (...) tendo reclamado com a presença do marido e do pai (...) chorosa e queixosa (...) dor a nível do lemtorax direito (...) apresentar mamas ligeiramente turgidas (...) pedida a observado da psicóloga (...) contactada a pedopsiquiatria (...) Triste (...) senhora triste. Dorme por períodos (...) encontra-se deprimida (...) mantém-se deprimida (...) recusou falar com pedopsiquiatra, sendo agressiva (...) quis consultar o seu processo clínico, o qual foi recusado (...)»

64 A Autora ao sair do hospital e durante algum tempo, uns seis meses, cada vez que via uma mulher com uma criança ao colo, o seu corpo produzia leite, pronto para a amamentação, o que era uma dor e sofrimento constante»

65 Assim, a Autora rejeitava o afecto da sua família, do seu companheiro, recusando todas as pessoas.

66 Recusando todo o espírito de família.

67 Pelo que nunca mais até hoje aceitou viver uma relação afectiva e sexual com o namorado, nem procurou reconstruir a sua vida afectiva e familiar.

68 Sentindo, desde essa altura até hoje, uma grande dor e vítima de uma grande injustiça e revoltada com o Réu e os médicos que a assistiram.

69 Além do sofrimento da Autora decorrente da morte de um filho, é igualmente causa de dor a incerteza da ocorrência dessa morte e das causas da mesma.

70 Dos elementos fornecidos à Autora resulta claramente que a causa da morte do seu bebé, que foi consequência directa do descolamento da placenta com um grande coágulo associado

71 A “Braquicárdia fetal” consiste numa arritmia que determina um ritmo muito lento do coraçãozinho do feto e pode causar um quadro grave de insuficiência cardíaca congestiva

72 Os mecanismos responsáveis pela braquicárdia fetal são diversos, estando entre eles o descolamento da placenta

73 No “descolamento da placenta”, esta separa-se da parede do útero, impedindo que o bebé continue a alimentar-se e a receber oxigénio

74 Os sintomas são: útero endurecido, dores abdominais fortes e intenso sangramento genital

75 O risco da perda da gravidez na sequência de descolamento da placenta é grande e isso pode acontecer em questão de minutos, sendo que foi o que muito provavelmente sucedeu no caso da Autora

76 Uma das causas do descolamento da placenta é a hipertensão materna

77 No caso concreto, o descolamento da placenta apenas foi diagnosticado durante o parto, momento em que se constatou, mais especificamente, uma situação de “descolamento prematuro da placenta com deficiência de coagulação” ou “abruptio placentae”.

78 Tal situação consiste num descolamento prematuro da placenta com hemorragia (excessiva) associada com: afibrinogenernia / coagulação intravascular disseminada (CIVD) / hiperfibrinolise / hipabrinogenernia

79 Ocorre uma hemorragia no útero através do ponto de inserção da placenta. O sangue pode passar através do colo do útero e sair pela vagina (hemorragia externa) ou pode ficar retido atrás da placenta (hemorragia oculta), o que foi o caso da Autora

80 Os sintomas e a possibilidade de diagnóstico dependem do grau de descolamento da placenta e da quantidade de sangue perdido

81 Da análise da placenta resultou a confirmação do diagnóstico feito pelo médico durante o parto, ou seja, a existência de elementos que permitem concluir, por urna situação de descolamento da placenta com coagulação

82 Perante estes dados não existem dúvidas de que a morte fetal se deu como consequência directa do descolamento abrupto da placenta com um grande coágulo associado

83 A autópsia que a Autora reclamava como sendo elemento indispensável para ficar a conhecer a verdadeira causa da morte, nada permitiu acrescentar ao que se sabia e estava relatado nos respectivos documentos médicos, com o esclarecimento de que se dá como provado apenas no que consta dos relatórios de autópsia juntos ao processo apenso de produção antecipada de prova

O Direito

Da ilicitude

Não se afigurando que possam suscitar-se dúvidas quanto à existência do pressuposto facto – o nado morto importa averiguar se este é ilícito.

«A ilicitude, que para ALMEIDA COSTA consiste na violação de um dever jurídico, para PIRES DE LIMA e ANTUNES VARELA pode traduzir-se na violação do direito de outrem, ou seja, na infracção de um direito subjectivo ou consistir também na violação de uma disposição legal destinada a proteger interesses alheios.

No domínio da actividade médica, a ilicitude, na maioria dos casos, é mediata, isto é, caracteriza-se por envolver a violação de uma ordem normativa extrajurídica mas recebida pelo direito, ou seja, a «das regras reconhecidas pela ciência médica em geral como as apropriadas à abordagem de um determinado caso clínico, na concreta situação em que tal abordagem ocorre.

Dito de outro modo, a ilicitude no acto médico implica a violação das legis artis e ou, concomitantemente, de qualquer norma regulamentar ou estatutária que regule as relações entre o médico e o doente.

A noção de ilicitude do acto médico nos casos de responsabilidade civil extra-contratual do Estado tem de ser construída, desde logo, a partir do Artigo 9.º da Lei n.º 67/2007, de 31 de Dezembro (RESPONSABILIDADE CIVIL EXTRACONTRATUAL DO ESTADO E PESSOAS COLECTIVAS DE DIREITO PÚBLICO) ao dispor que são ilícitos, para os efeitos do diploma, as acções ou omissões dos titulares de órgãos, funcionários e agentes que violem disposições ou princípios constitucionais, legais ou regulamentares ou infrinjam regras de ordem técnica ou deveres objectivos de cuidado e de que resulte a ofensa de direitos ou interesses legalmente protegidos, sendo que também existe ilicitude quando a ofensa de direitos ou interesses legalmente protegidos resulte do funcionamento anormal do serviço.

Ou seja, o acto médico ilícito, pressupondo a violação dos direitos de outrem ou a violação de uma disposição legal destinada a proteger interesses alheios (art.º 483.º do CC), constitui a violação de um dever, entendida como a omissão de um comportamento devido.

Tal comportamento devido pode ser de dois tipos: excepcionalmente pode ser uma obrigação de resultado e, por norma, é sempre uma obrigação de meios.

Assim, por um lado, aos médicos e aos estabelecimentos hospitalares é devido um comportamento que tenha como resultado a execução de diagnósticos, tratamentos e intervenções cirúrgicas correctos, que contribuam para a cura ou para as melhoras dos doentes.

No entanto, a execução daqueles diagnósticos, tratamentos e intervenções cirúrgicas (correctos) pode não lograr curar ou não melhorar a situação do doente, apesar dos médicos se proporem a esse resultado.

Ora, para alcançar aquele fim – o tratamento, cura ou as melhoras do doente – devem os médicos e os estabelecimentos hospitalares sujeitar-se à observância de uma série de regras de carácter preventivo, que têm obrigatoriamente de ser seguidas para que se possa evitar a lesão de direitos subjectivos alheios, isto é, de direitos dos doentes.

Ou seja, os médicos e os estabelecimentos hospitalares estão sempre sujeitos a uma obrigação de meios, dado que têm o dever de utilizar todos os meios correctos e possíveis para conseguir a cura ou as melhoras do doente, segundo a lei da sua arte e o conhecimento disponível na época.

No caso em apreço, a indagação sobre a violação das legis artis prende-se com, a indisponibilidade do cardiotocógrafo e ecógrafo como causa da desmonitarização da A. entre as 5h30 min e as 5h30 min, altura me que o aparelho voltou a estar disponível.

Na verdade, a ausência e/ou disponibilidade dos equipamentos mencionados é, incontestavelmente, uma falta no funcionamento do serviço.

Falta essa que podia ter sido inconsequente, mas que, no caso em apreço, foi também causa necessária da morte da filha da A., na medida em que se um diagnóstico antecipado tivesse sido possível, ter-se-ia descoberto muito mais cedo que o feto estava em bradicardia e logo a intervenção teria sido mais precoce, evitando-se, por isso, a morte do feto.

Deste modo, a actuação dos médicos do R. foi ilícita (quanto ao resultado), envolvendo a lesão de direitos fundamentais – à vida, à integridade pessoal e à saúde (artigos 24.º, n.º 1, 25° e 64º da C.R.P.) – direitos subjectivos de protecção reforçada da parturiente e do feto e para além disso, os médicos do R. estavam igualmente adstritos a uma obrigação de meios: deveriam actuar com uma especial diligência, a fim de evitar uma qualquer lesão dos direitos subjectivos, havendo, nas circunstâncias concretas, a possibilidade de se prever essa lesão, era obrigação dos médicos agir com especiais deveres de cuidado de forma a evitar a sua consumação.

Em resumo, a conduta dos médicos do Hospital Réu é violadora das legis artis, caindo, por conseguinte, no âmbito da previsão do art.º 483.º do Código Civil e art.º 9.º daLei n.º 67/2007, de 31 de Dezembro supra citada.

Da culpa

Constatada que está a ilicitude, importa avançar para o apuramento da culpa.

Na verdade, excluído por natureza qualquer animus nocendi, não só porque raros serão os casos em que o ilícito médico será praticada intencionalmente, atenta a formação ética e cultural de tais profissionais, mas também porque a factualidade apurada permite afastar com toda a segurança essa hipótese, resta verificar se existe a chamada mera culpa ou negligência, dominada no caso sub judice por um critério mais exigente que o do bonus pater familiae; é que, no caso do médico de um estabelecimento hospitalar público, a jurisprudência e a doutrina são unânimes em imputar ao comportamento devido uma diligência acrescida, para além daquela que normalmente é imputada através do referido modelo.

Considerando as qualidades do agente e da própria prestação, da sua natureza e valor, exige-se ao médico que tenha um padrão de conduta profissional não semelhante ao cidadão médio, mas sim, o exigível a qualquer «médico medianamente competente, prudente e sensato, com os mesmos graus académicos e profissionais», face a circunstâncias semelhantes.

Exige-se que cumpra com diligência todos os deveres decorrentes das leis da arte e utilize todos os conhecimentos e meios da ciência médica.

Por conseguinte, o fulcro de qualquer acção de responsabilidade civil médica situa-se no confronto entre a desconformidade da conduta médica com o padrão de conduta profissional de um médico medianamente competente, prudente e sensato, de idênticos graus académicos e profissionais, em circunstâncias semelhantes.

A culpa em sentido lato significa não só a imputação de um acto ilícito ao respectivo autor mas sobretudo o juízo de censura que sobre este recai, por não se ter abstido de o praticar.

PIRES DE LIMA e ANTUNES VARELA, ensinam que agir com culpa significa actuar em termos de a conduta do agente merecer a reprovação ou censura do direito: o lesante, pela capacidade e em face das circunstâncias concretas da situação, podia e devia ter agido de outro modo.

Partindo deste conceito pode afirmar-se que na responsabilidade médica a mera culpa mais não é do que inobservância das legis artis por falta de capacidade e de discernimento, por imprudência ou imperícia revelados no tratamento ou intervenção médica, quando se impunha ao agente que em concreto actuasse segundo processos e regras de oportunidade e conveniência cientificamente estabelecidas e comummente aceites como idóneas pela comunidade médica.

A jurisprudência e a doutrina defendem que tendo em vista a natureza da relação em que se integra o médico, a culpa deve ser entendida não como uma deficiência da vontade, mas como uma conduta deficiente ou um um juízo de valor sobre o carácter anti-social (ou socialmente nocivo) do acto ou do seu resultado.

Em matéria de acto médico a culpa assenta predominantemente no chamado erro médico, que engloba o erro de diagnóstico e o erro de tratamento.

Resulta dos factos alegados que a falta, no Hospital X, dos meios técnicos necessários e indispensáveis à garantia efectiva de prestação dos cuidados médicos de que a A. veio a precisar, o que desencadeou uma sucessão de actos e de decisões de emergência que, se a A. tivesse estado devidamente monitorizada, poderiam ter sido evitados.

Daí decorrendo uma execução tardia do parto, face ao tempo decorrido entre a entrada no Serviço de Urgência – 4H15min – e a efectivação da intervenção por cesariana – 7h30min.

Do mesmo modo, há erro de tratamento, pressupondo este uma divergência entre a técnica cientificamente adequada e aquela que foi efectivamente utilizada, o que, podendo não desencadear o resultado final do caso em apreço, é certo que potenciou que o mesmo se verificasse, por falta de vigilância e controlo dos batimentos cardíacos do feto.

Conclui-se assim que a indisponibilidade de cardiotagrafo e ecógrafo desencadeou a execução deficiente e tardia do parto, tendo em conta o tempo decorrido entre a entrada da A. no Serviço de Urgência do Hospital e a efectiva intervenção por cesariana.

Trata-se de uma conduta pautada pela inobservância de deveres de cuidado, diligência e perícia que no caso eram exigíveis.

Há, pois, no caso sub judice um défice de prudência e diligência da parte dos médicos e dos serviços do Hospital R., susceptível de merecer um juízo de censura jurídica, na medida em que tinham capacidade para prever os perigos inerentes à impossibilidade monitorização da A. e consequente retardamento da cesariana e para actuar de acordo com essa previsão, podendo e devendo ter procedido de modo diferente.

O que equivale a afirmar que se está perante uma conduta positiva e omissiva, ilicitamente culposa, que de resto se presumiria face à já referida inobservância de normas.

A tudo acresce que, conforme decisão do STA de 22.05.0225, a prova da inexistência de culpa incumbe aos médicos, nos termos do artigo 799.º, nº 1, do Código Civil. Não cabe ao lesado provar que a prestação profissional do médico foi deficiente, mas sim ao médico provar que «não houve erro técnico profissional (...) Trata-se de observar um ónus para cuja demonstração está melhor colocado, sendo justo que o encargo lhe pertença, sob pena de, não o observando, se presumir culpado; ou seja (...) que teve uma conduta profissional deficiente».

O desvalor jurídico dessa conduta precipita-se sobre o Hospital R., que estava legalmente vinculado a prestar à parturiente a melhor assistência médica possível, através da disponibilidade de meios adequados e cientificamente correctos.

Conforme se escreveu no acórdão proferido pelo STA a 16.10.01, «O standard de actuação exigido é a boa prática e não as práticas pouco atentas, descuidadas, injustificadamente optimistas quanto à evolução das lesões dos doentes, ou mesmo injustificadamente descrentes na capacidade de interromper ou desagravar as causalidades já iniciadas»

Do nexo de causalidade

No caso *sub judice*, a questão mais problemática nos casos de responsabilidade civil por acto médico é o estabelecimento do nexo de causalidade entre o facto ilícito e culposo do médico e o dano sofrido pelo doente, simplifica-se pela prova que foi feita em sede de audiência de discussão e julgamento.

Na nossa ordem jurídica acolhe-se a teoria da causalidade adequada, segundo a qual a causa de um dano é a condição que, abstractamente, se mostre apta a produzi-lo. Essa adequação obtém-se a partir de um juízo de prognose a posteriori, baseado no conhecimento médio e na experiência comum, e tomando em conta as circunstâncias do caso.

Segundo esta teoria, dominante na jurisprudência e na doutrina, «O dano considerar-se-á efeito do facto lesivo se, à luz das regras práticas da experiência e a partir das circunstâncias do caso, era provável que o primeiro decorresse do segundo, de harmonia com a evolução normal (e, portanto, previsível) dos acontecimentos».

Na formulação negativa da teoria da causalidade adequada, de harmonia com a doutrina de Ennecerus-Lehmann, a condição deixará de ser causa do dano sempre que seja de todo indiferente para a produção do dano e só se tenha tornado condição dele, em virtude de outras circunstâncias extraordinárias. Sendo, deste modo, afastados os danos que não são consequência normal do facto, mas antes o resultado de uma evolução extraordinária, imprevisível e portanto improvável (os chamados desvios fortuitos).

Contudo, o nexo de causalidade adequada subsiste ainda que o facto ilícito não seja produtor do dano, desde que seja a causa adequada de outro facto que o produz, tendo o segundo origem na oclusão do primeiro, ou como consequência provável dele segundo o curso normal dos acontecimentos.

Neste pressuposto, o nexo de causalidade que tem de interceder entre o facto ilícito e o dano para que este possa ser imputado objectivamente àquele não exige uma certeza naturalística.

A actuação dos médicos entre a data de entrada da A. nas urgências e a decisão de efectuar a cesariana e, bem assim, a falta de dispositivos de monitorização disponíveis no Hospital R. foi a causa da morte da filha da A.

No caso em apreço, a situação que existiria, se a A. tivesse sido contínua e devidamente monitorizada e a cesariana tivesse sido efectuada a tempo, seria de vida para o feto

Há, portanto, um nexo de causalidade entre o uso do fármaco e o dano morte.

Dano esse que por sua vez é causa directa e adequada dos danos sofridos pela A.»

Lembre-se que, como clarifica o Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo de 13/03/2012, Proc. 0477/11, disponível in, www.dgsi.pt/jsta as leges artis “...são regras a seguir pelo corpo médico no exercício da medicina. Umas são normas escritas, contidas em lei do Estado (Vide, por ex.º, o art. 13º do DL nº 282/77, de 5/07 (Estatuto do Médico)) e/ou em instrumentos de auto-regulação (vejam-se as prescrições do Código Deontológico da Ordem dos Médicos e as que estão vertidas em guias de boas práticas ou protocolos de actuação). Outras, na sua maioria, são regras não escritas, são métodos e procedimentos, comprovados pela ciência médica, que dão corpo a standards contextualizados de actuação, aplicáveis aos diferentes casos clínicos, por serem considerados pela comunidade científica, como os mais adequados e eficazes. (Cfr., a propósito, Sónia Fidalgo, “Responsabilidade Penal Por Negligência No Exercício da Medicina Em Equipa”, p. 74 e segs.)”.

Na situação dos autos não foi invocada, ou referida, a existência de normas escritas que tenham sido inobservadas pelos serviços do réu Hospital. O que estará em causa será a não utilização de técnicas de diagnóstico, entendidas como adequadas, por falta de disponibilidade do aparelho técnico necessário, o cardiotocógrafo, por conseguinte leges artis não escritas.

Ora as leges artis, quando não escritas, “são métodos e procedimentos, comprovados pela ciência médica, que dão corpo a standards contextualizados de atuação, aplicáveis aos diferentes casos clínicos, por serem considerados pela comunidade científica, como os mais adequados e eficazes” (cfr. Acórdão do STA de 09/10/2014, Proc. 0279/14).

É certo que não pode fazer-se individualmente, no caso, um juízo de censura a qualquer um dos identificados médicos, não se demonstrando ser-lhes imputável, a qualquer deles, a não monitorização da autora no período compreendido entre as 05h30 e as 06h30. Sendo que o motivo que justificou a sua falta foi não haver cardiotocógrafo disponível.

Cmo se diz no Acórdão do STA de 04-04-2006, no Proc. nº 01116/05 o “paradigma da conduta diligente implica, no âmbito da responsabilidade extracontratual dos entes públicos, a comparação do concreto comportamento apurado, com o que seria de exigir a um funcionário ou agente zeloso e cumpridor e, quando transposto para a falta do serviço, sem imputação do comportamento censurável a um certo e determinado funcionário ou agente, a comparação com os standards de atuação que se devem esperar daquele serviço a funcionar normalmente, isto é, com o nível médio de funcionamento que, com razoabilidade, se pode reclamar dele”, operando, assim, a chamada culpa do serviço, figura acolhida quer pela Doutrina quer pela Jurisprudência, e que influenciada por referências objetivas relacionadas com a função dos órgãos administrativos, amplia na prática as possibilidades de imputação de culpa à Administração quando os danos verificados não são suscetíveis de serem imputados a este ou àquele comportamento em concreto de um qualquer agente ou titular de órgão administrativo, sendo todavia consequência do mau funcionamento generalizado do serviço administrativo em causa (vide, para mais desenvolvimentos, a respeito do que deve entender-se para este efeito por «funcionamento anormal do serviço», entre outros, Carlos Alberto Fernandes Cadilha, in, “Regime da Responsabilidade Civil Extracontratual do Estado e Demais Entidades Públicas – anotado”, Coimbra Editora, 2008, pág. 133, e Margarida Cortez, in, “Responsabilidade Civil da Administração Pública”, Seminário Permanente de Direito Constitucional e Administrativo, Vol. I, Associação Jurídica de Braga – Departamento Autónomo de Direito da Universidade do Minho, 1999, pág. 69 ss.).

O desvalor jurídico dessa conduta, omissiva, se precipita sobre o réu Hospital, sendo que o pressuposto da culpa, entendida esta como “culpa do serviço”, se encontra verificado.

Não há dúvida que pressuposto da obrigação de indemnizar (e simultaneamente sua medida) é também o nexo de causalidade, estatuindo a tal respeito o artigo 563º do Código Civil, precisamente sob a epígrafe “nexo de causalidade”, que “a obrigação de indemnização só existe em relação aos danos que o lesado provavelmente não teria sofrido se não fosse a lesão”.

É reiterado o entendimento segundo o qual o artigo 563º do Código Civil consagrava a teoria da causalidade adequada na formulação negativa de Ennecerus/Lehmann no sentido de que “a obrigação de indemnização só existe em relação aos danos que o lesado provavelmente não teria sofrido se não fosse a lesão”. De modo que para que se verifique nexo causal seja necessário que os danos, apreciados segundo um juízo de prognose póstuma, sustentado em critérios de normalidade e razoabilidade e na experiência comum, possam ser considerados consequência normal da lesão, ou seja, que a ação ou omissão (facto) se mostre adequada à produção do dano, gerando fortes probabilidades de o originar.

E a tal respeito tem-se entendido que para que um facto seja causa de um dano é necessário, antes de mais, que no plano naturalístico, ele seja condição sem a qual o dano não se teria verificado. E que depois há ainda que ver se aquele facto era, em abstrato, ou em geral, segundo as regras da vida, causa adequada ou apropriada, para a produção do dano.

Pelo que a esta luz não serão ressarcíveis todos e quaisquer danos que sobrevenham ao facto (ilícito), mas tão só os que ele tenha realmente ocasionado, isto é, aqueles cuja ocorrência esteja com ele numa relação de adequação causal. O juízo de adequação causal tem assim que assentar numa relação entre o facto e o dano, de modo que este corresponda a uma decorrência adequada daquele. A este respeito, entre outros, M. Almeida e Costa, in, Direito das Obrigações, 11.ª edição, pág. 605, diz que “(...) não há que ressarcir todos e quaisquer danos que sobrevenham ao facto ilícito, mas tão-só os que ele tenha na realidade ocasionado, os que possam considerar-se pelo mesmo produzidos (art. 563.º).”.

Tal não implica, porém, que se exija a exclusividade da condição, no sentido de que tenha o facto (ilícito) que ter, só por si, determinado o dano, admitindo-se puderem ter colaborado na sua produção outros factos, concomitantes ou posteriores, por a causalidade não ter que ser necessariamente direta e imediata, podendo ser meramente indireta, desde que o facto (ilícito) condicionante desencadeie outro que diretamente suscite o dano.

E esse tem sido o sentido em que a jurisprudência se vem pronunciando, acompanhando também a doutrina, considerando existir nexo de causalidade adequada entre a conduta (ilícita) e o dano quando este, pelas regras de experiência comum, possa ser consequência daquela, bastando uma causalidade indireta, que se dá “quando o facto não produz ele mesmo o dano mas desencadeia ou proporciona um outro que leva à verificação deste.” – vide, entre outros, os Acórdãos do STJ de 28/03/2007, Proc. 3956/06; de 31/03/2009, Proc. 08B2421 e de 20/01/2010, Procº. nº. 670/04.0TCGMR.S, in. www.dgsi.pt/jstj.

Ou, noutra dimensão, que o facto só deixará de ser causa adequada do dano, desde que se mostre, por sua natureza, ser de todo inadequado e o dano se haja produzido apenas em consequência de circunstâncias anómalas ou excecionais, importando citar, pela sua clareza, o que a este respeito se diz no Acórdão do STJ de 07/04/2005, Proc. 03B4474, in, www.dgsi.pt/jstj: “na conceção mais criteriosa da doutrina da causalidade adequada, para os casos em que a obrigação de indemnização procede de facto ilícito culposo, quer se trate de responsabilidade extracontratual, quer contratual – a «formulação negativa», acolhida no artigo 563.º do Código Civil segundo a jurisprudência dominante do Supremo Tribunal de Justiça – o facto que atuou como condição do dano só deixará de ser considerado como causa adequada se, dada a sua natureza geral, se mostrar de todo indiferente para a verificação do mesmo, tendo-o provocado só por virtude das circunstâncias excecionais, anormais, extraordinárias ou anómalas que intercederam no caso concreto”.

E como diz Carlos Alberto Fernandes Cadilha, in, “Regime da Responsabilidade Civil Extracontratual do Estado e Demais Entidades Públicas – anotado”, Coimbra Editora, 2008, pág. 81-82 (nota 9 ao artigo 3º daquele regime), a problemática do nexo causal envolve “uma «vertente naturalística», que se contém no âmbito restrito da matéria factual, e consiste em saber se o facto, em termos de fenomenologia real e concreta, deu origem ao dano; e uma «vertente jurídica», que constitui matéria de direito (...) que consiste em apurar se esse facto concreto pode ser havido, em abstrato, como causa idónea do dano”. E que, continua, “partindo de uma formulação negativa («danos que o lesado provavelmente não teria sofrido se não fosse a lesão»), que, por isso mesmo, consente uma aceção mais ampla da causalidade adequada, o artigo 563º não exige a exclusividade do facto condicionante do dano (no sentido que só esse facto tenha determinado o dano), admitindo que outros factos, contemporâneos ou posteriores, possam ter também concorrido para a sua produção. Do mesmo passo que se não exclui uma causalidade indireta ou mediata, o que sucede «quando o facto não produz ele mesmo o dano, mas desencadeia ou proporciona um outro que leva à verificação deste».

E esta aceção, mais ampla, de causalidade adequada para efeitos do estabelecimento do nexo causal entre o facto (ilícito) e o dano, tem cabimento em sede de responsabilidade civil extracontratual por facto ilícitos do Estado e demais entidades públicas não só em face do disposto no artigo 563º do Código Civil (acompanhando-se a jurisprudência e doutrina civilista), mas também à luz do artigo 22º da CRP, como o evidencia a expressão “de que resulte” ali contida.

Termos em que, e nos mais de Direito que Vossa Excelência doutamente suprirá, deve a presente acção ser julgada procedente por provada e, em decorrência, ser o Ré condenando a pagar à autora Rute, os seguintes montantes:

a) \*\*\* € a título de indemnização por danos patrimoniais;

b) \*\*\* € a título de indemnização pelo dano não patrimonial resultante da morte da sua filha;

c) \*\*\* € a título de indemnização por danos não patrimoniais produzidos em consequência do desgosto que a sua morte causou à autora.

Valor da acção: € \*\*\*

Junta: procuração forense, e \*\*\* documentos.

Rol de testemunhas: nome, profissão e morada.

O Advogado