

REVISTA PORTUGUESA DO DANO CORPORAL

DEZEMBRO 2013, Ano XXII, N.º 24

DIRECTOR:

Duarte Nuno Vieira

DIRECTORES ADJUNTOS:

Francisco Corte-Real Gonçalves, Jorge Costa Santos, Teresa Magalhães

EDIÇÃO:

Imprensa da Universidade de Coimbra (IUC) – www.uc.pt/imprensa_uc

APADAC – Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal – www.apadac.net

Sede: *Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*

REDACTORA PRINCIPAL:

Ascensão Rebelo

CORPO REDACTORIAL:

Carla Carreira, Carina Oliveira, Cristina Cordeiro, Cristina Ribeiro, Rosário Lemos Silva, Susana Tavares

CONSELHO CIENTÍFICO:

JURISTAS

André Pereira, António Joaquim Piçarra, Braga Temido, Carlos Dias, Costa Andrade, Diogo Pinto da Costa, Faria Costa, Guilherme de Oliveira, Jerónimo Coelho dos Santos, João Rato, Jorge Leite, Maria João Antunes, Maria Manuel Veloso, Pinto Monteiro, Sínde Monteiro, Sousa Dinis

MÉDICOS

Ana Clara Grams, Ana Paula Sousa, Anabela Neves, Andrea Costanzo, António Mestre, Aurélio Luna Maldonado, Carlos Saúca, César Borobia, Claudio Hernández Cueto, Eduardo Murcia, Eugenio Laborda Calvo, Fernanda Rodrigues, Fernando Vieira, Francisco Lucas, Frederico Pedrosa, Genival Veloso de França, Giovanni Cannavò, Graça Santos Costa, Hélène Huges, Hinojal Fonseca, Ignacio Muñoz Barús, Isabel Antunes, J. Ferreira dos Santos, Javier Alonso, Joan Carol, José Bernardes, Juan Ugalde Lobo, Luis Kvitko, Mamede de Albuquerque, Maria Teresa Criado del Rio, Máximo Colón, Paolo Arbarello, Pietrantonio Ricci, Pierre Lucas, Rita Duarte

Depósito Legal N.º 59744/92 • ISSN 1645-0760 • Tiragem deste número: 700 ex.

Preço PVP: 7€ (IVA incluído à taxa de 5%)

Vendas on-line: <http://www.livrariadaimprensa.com>

Execução Gráfica

Gráfica de Coimbra

Dezembro, 2013

Correspondência:

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Rua Larga – 3004-504 Coimbra – Portugal

Tel.: 239 854242

INFORMAÇÃO AOS AUTORES

A *Revista Portuguesa do Dano Corporal* publica artigos dedicados à avaliação e reparação do dano corporal em Português, Espanhol, Italiano, Francês e Inglês. Também publica notícias e informações relativas a reuniões, cursos de pós-graduação, congressos, colóquios e outras actividades no âmbito da avaliação do dano corporal. Em intercâmbio com a *Revue Française du Dommage Corporel*, publica os resumos dos artigos contidos nessa Revista.

As opiniões emitidas são da inteira responsabilidade do(s) autor(es), assim como o rigor dos textos e respectivos resumos.

TIPO DE ARTIGOS – A *Revista Portuguesa do Dano Corporal* oferece as seguintes hipóteses de publicação:

- A – Artigos de opinião médico-legal e/ou jurídica
- B – Artigos de revisão e investigação
- C – Pareceres no âmbito da avaliação e/ou indemnização
- D – Apresentação de casos periciais

CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO – Os artigos não podem ter sido publicados anteriormente, a não ser que sejam considerados de interesse especial pelo Conselho Redactorial e a sua aceitação depende do parecer dos elementos do Conselho Científico consultados para esse efeito. Devem sempre ser acompanhados de título, resumo e palavras-chave em Português, Inglês e Francês.

PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS – Os autores devem enviar os artigos em documento word não protegido por e-mail para arebelo@inml.mj.pt

BIBLIOGRAFIA – As referências bibliográficas serão colocadas por ordem alfabética dos autores (ou para o mesmo autor respeitando a ordem cronológica da publicação). Devem ser seguidos os *National Library of Medicine Recommended Formats for Bibliographic Reference*, de que se apresentam alguns exemplos.

1. Referência a artigos de revista (no caso de mais do que 3 autores, estes devem ser seguidos de et al.)

Lee KY, Bedford CD, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; 79: 311-4.

2. Referência a um livro

Ohlsen MM, Horne AM, Loew CF et al. *Group counseling*. 2nd ed. New York: Rinehart; 1998. 416 p. (Analysis and intervention series; 2).

3. Referência a capítulo de um livro

Anderson C, Robert J. Acute renal failure. In: Braunswald E, Isselbacher K, Petersdorf R, et al., editors. *Harrison's principles of internal medicine*. 11th ed. New York: McGraw-Hill; 1987. p. 1149-55.

4. Referência a trabalhos em Actas de Congressos

Vivian V. Child abuse and neglect: a medical community response. 1st AMA National Conference on Child Abuse and Neglect; 1984 Mar 30-31; Chicago. Chicago: American Medical Association; 1985. p. 22-25.

5. Referência a artigo de revista online

Friedman SA. Preeclampsia: a review of the role of prostaglandins. *Obstet Gynecol* [documento online] 1988 Jan [actualizado 1990 Nov 26]; 71(2):22-37. Disponível em: <http://www.icmje.org/>

6. Referência a outros documentos online

Brown SA. The role of prostaglandins. [documento online] 1988 Jan [actualizado 1990 Nov 26]. Disponível em: <http://www.icmje.org/>

SEPARATAS – A *Revista Portuguesa do Dano Corporal* enviará ao primeiro autor o respectivo artigo em formato PDF.

SUMÁRIO

Editorial.	7
<i>Jorge Costa Santos</i>	
O dano de morte	13
<i>João Bernardo</i>	
Dano não patrimonial – quantificação.	25
<i>João Pires da Rosa</i>	
Biomecânica de lesiones: utilidad en la valoración del daño corporal	41
<i>Antonio E. Hernando Lorenzo, Ferreol García-Nieto Gómez-Guillamón, Arántzazu Menchaca Anduaga</i>	
Traumatismo ocular grave por airbag	57
<i>Antonio E. Hernando Lorenzo, Arántzazu Menchaca Anduaga, Ferreol García-Nieto Gómez Guillamón, Pilar Moreno Anaya</i>	
Rotura traumática de vena cava inferior	71
<i>Antonio E. Hernando Lorenzo, Ferreol García-Nieto Gómez-Guillamón, Arántzazu Menchaca Anduaga, Pilar Moreno Anaya</i>	
No dia em que a morte chegar (decifrando o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade)	79
<i>Vera Lúcia Raposo</i>	

Assessment of dentistry sequelae in civil expertise.	111
<i>Carolina Burni Verçosa, Ana Teresa Corte-Real, Duarte Nuno Vieira, Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani</i>	
Ethical issues regarding chemical castration – A European perspective	127
<i>Joana Cerqueira</i>	
Tutela coletiva específica ou resultado prático equivalente: a indenização moral coletiva revertida para a própria comunidade lesada.	139
<i>Rinaldo Guedes Rapassi</i>	
Intercâmbio	151
Noticiário.	173
Lista dos Auditores com aproveitamento no Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Norte do INMLCF, IP, 2012-2013	179
Lista dos Auditores com aproveitamento no XVIII Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Centro do INMLCF, IP, 2013.	181
Lista dos Auditores com aproveitamento no Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Centro do INMLCF, IP - Belo Horizonte, Brasil, 2013 .	183
Lista dos Auditores com aproveitamento no Curso de Pós- Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Centro do INMLCF, IP - São Paulo, Brasil.	185

Tendo-me sido proposto escrever o editorial deste número da revista da APADAC, ocorreu-me recuperar parte de uma intervenção que tive oportunidade de proferir, a convite da Senhora Procuradora-Geral Adjunta Maria José Morgado, no âmbito das comemorações dos 25 anos do Departamento de Investigação e Ação Penal (DIAP) de Lisboa, que se realizaram no dia 15 de novembro de 2013, na Assembleia da República. Alguns dos leitores interrogar-se-ão, naturalmente, sobre o interesse e oportunidade de tal opção. Porque não debruçar-me sobre os textos que integram este número e tecer algumas considerações sobre a importância dos mesmos? A resposta, porventura insatisfatória, é esta: os textos falam por si, a sua pertinência e qualidade é inquestionável. Ei-los, nas páginas que se seguem, ao alcance de todos. Basta lê-los. Asseguro-vos que o farão com proveito, tal a variedade e profundidade dos temas tratados. A revista continua ao nível do seu melhor.

Permitam-me, agora, explicar a razão da minha opção, que tem a ver com o tempo e a alma. O tempo e a alma de uma medicina legal tal como a conhecemos e ajudámos a construir. Avizinham-se tempos nebulosos e a nebulosidade, como é sabido, limita-nos o alcance da visão, a claridade esfuma-se, a realidade, tal como a percebemos, tende a esbater-se, a imagem das pessoas e objetos torna-se imprecisa e difusa. Resta-nos a memória. Que importa preservar. E é em nome da memória que ousou roubar-vos algum tempo, se para isso tiverem paciência.

Intitulei essa minha intervenção “Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P., e DIAP de Lisboa: uma aliança ao serviço das pessoas e do interesse público”¹. E disse mais ou menos o que se segue (a intervenção foi gravada pela organização).

¹ Intervenção pessoal, a convite da Comissão Organizadora, no âmbito da Mesa Redonda “Perspetivas sobre o M.P. e a investigação criminal”, integrada na Conferência Comemorativa dos 25 anos do DIAP, que teve lugar na Assembleia da República em 15 de novembro de 2013.

É este o mote do evento e é, porventura, também o elo que mais estreitamente nos liga. E quando digo nós, refiro-me ao Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. (INMLCF), cuja Delegação do Sul aqui represento. DIAP de Lisboa e INMLCF, que doravante passarei a designar apenas por Instituto, estão, naturalmente, enquanto instituições da Administração Pública, ao serviço das pessoas e do interesse público. Instituições que – passe a imodéstia no que ao Instituto que aqui represento diz respeito – constituem, há muito, referências de valor na e para a sociedade.

A razão da nossa presença neste evento terá a ver – digo eu –, não apenas com as competências que a lei atribui a cada uma das instituições – e essas são claras –, mas também com a forma como estas têm vindo a ser desenvolvidas, com o relacionamento interinstitucional e pessoal, com a partilha de saberes e experiências, com o aprofundamento da comunicação, com a preocupação comum de fazer mais e melhor.

O Instituto é, como a sua lei orgânica – o Decreto-Lei nº 166/2012, de 31 de julho – estabelece, um instituto público de regime especial, dotado de autonomia administrativa e financeira, sob superintendência e tutela do membro do governo responsável pela área da justiça. No âmbito da sua missão e atribuições, o Instituto tem a natureza de laboratório do Estado e é considerado instituição nacional de referência. É um organismo central, com jurisdição sobre todo o território nacional, tem sede em Coimbra, dispendo de serviços desconcentrados, denominados delegações, no Porto, Coimbra e Lisboa, na dependência dos quais funcionam os gabinetes médico-legais.

O Instituto tem por missão assegurar a prestação de serviços periciais médico-legais e forenses, a coordenação científica da atividade no âmbito da medicina legal e de outras ciências forenses, bem como a promoção da formação e da investigação científica neste domínio.

De entre as diversas atribuições que lhe estão cometidas pela lei orgânica, destaco três, porventura as mais emblemáticas:

- a) Apoiar a definição da política nacional na área da medicina legal e de outras ciências forenses;
- b) Cooperar com os tribunais e demais serviços e entidades que intervêm no sistema da justiça, realizando os exames e as perícias médico-legais e forenses que lhe forem solicitados, nos termos da lei, bem como prestar-lhes apoio técnico e laboratorial especializado, no âmbito das suas atribuições;
- c) Desenvolver atividades de investigação e divulgação científicas, de formação e de ensino, no âmbito da medicina legal e de outras ciências forenses.

Em 2012, o Instituto realizou, a nível nacional, 173.153 perícias, representando os casos pendentes 1,62% do volume total das perícias. A morosidade

do sistema da justiça não pode, pois, como alguns têm vindo a clamar, ser atribuída a atrasos nas perícias cometidas ao Instituto.

A realização de exames médico-legais representa a interface privilegiada, se bem que não seja a única, entre os Serviços do Ministério Público e o Instituto. O Instituto tem um papel especialmente relevante na produção da prova pericial, ou seja, na realização de exames em vítimas e autores de crimes, vivos e mortos, bem assim como na recolha, análise e interpretação de vestígios biológicos – uns e outros, elementos de natureza probatória suscetíveis de contribuir para o apuramento da verdade material e para a realização da justiça. Daí a relação, diria quase simbiótica, entre os Serviços do Ministério Público e o Instituto, e, no caso vertente, entre o DIAP de Lisboa e a Delegação do Sul do Instituto. Uma relação institucional caracterizada pela lealdade, a solidariedade, a autenticidade, a sobriedade e o respeito pelo Outro, que é, também, respeito por nós próprios.

O DIAP de Lisboa é, na área criminal, o principal *stakeholder* da Delegação do Sul do Instituto, tendo sido, nos últimos cinco anos, o destinatário de 50 a 60% dos exames médico-legais realizados em sede de direito penal.

Há que dizer, em abono da verdade, que o tempo médio de resposta dos exames clínicos, efetuados no âmbito dos crimes contra a integridade física (os mais frequentes), ou seja, o tempo que medeia entre a requisição da perícia e o envio do relatório para a entidade requisitante tem vindo a diminuir de forma consistente nos últimos anos, tendo atingido, em 2012, uma média de 12 dias, com uma moda de zero dias (cerca de 47% dos relatórios periciais foram concluídos no próprio dia da realização do exame). Assinale-se que todos os exames requeridos ao abrigo do protocolo celebrado entre a Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa e o Instituto, visando processos sumários, obtêm resposta pericial num máximo de 48 horas.

Infelizmente, os ganhos de produtividade no domínio das autópsias são bem mais modestos, dada a carência de recursos humanos numa área particularmente sensível, como é a da anatomia patológica, indispensável em cerca de metade dos casos. O número destes especialistas é escasso no nosso país e a área da saúde oferece-lhes condições de trabalho e remuneratórias bem mais atrativas que a medicina legal.

É possível fazer mais com o pouco que temos? Não nos iludamos. A gestão tem regras, de que não fazem parte os milagres. Não basta repetir à saciedade que é preciso fazer mais com menos para transformar a realidade. O discurso e o exemplo perderam muito da sua força mobilizadora. A crise tem vindo a corroer a força anímica dos portugueses, com inevitável impacto nas instituições. O Instituto não foge a este drama.

Alguns jovens médicos que formámos, com o propósito de assegurar uma cobertura médico-legal especializada em todo o território nacional, têm vindo

a deixar a instituição e o país em busca de melhores condições de vida e de realização pessoal. Trata-se não apenas da perda de um investimento de 4 a 5 anos, com os pesados encargos que lhe estão associados, mas também do que isso representa para os que ficam: mais trabalho, maior insatisfação, menor rendimento.

A realidade com que lido diariamente – seja-me perdoada a hipérbole – é uma atualização do mito de Sísifo, a personagem da mitologia grega condenada a repetir sempre a mesma tarefa de empurrar uma pedra até ao topo de uma montanha e, quase aí chegado, ver a pedra rolar novamente montanha abaixo, movida por uma força irresistível. É o retorno a Camus e à sua filosofia do absurdo.

Feito este desabafo, que poderá ajudar a perceber algumas das insuficiências institucionais com repercussões no sistema da justiça, cabe perguntar: o modelo pericial na área das ciências forenses é o mais adequado à realidade nacional? Tenho para mim que não. E esta opinião só a mim me responsabiliza.

Num país com a área territorial do nosso e com tão poucos recursos humanos e financeiros, não se justifica, a meu ver, a coexistência de laboratórios de tecnologia sofisticada e dispendiosa com competências parcialmente sobreponíveis. A concentração dos meios humanos e equipamentos traria, seguramente, ganhos de produtividade e redução de custos. Por outro lado – e sem que isto envolva qualquer crítica velada a pessoas ou instituições –, sempre entendi que a investigação criminal e a intervenção pericial deveriam ser organicamente independentes. Sem prejuízo do dever de cooperação e da indispensável articulação setorial, tem de existir uma fronteira muito clara entre quem investiga e recolhe a matéria indiciária e quem a analisa e interpreta numa perspetiva técnico-científica. A produção da prova e o que esta representa devem estar acima de qualquer suspeita. Neste domínio tão sensível, exige-se o mesmo que à mulher de César: não basta ser sério, é preciso parecer sério. Em alguns países, as instituições de índole pericial não são sequer tuteladas pelo Ministério da Justiça, mas por outros ministérios, ligados ao ensino superior e à investigação científica.

Mas é tempo de regressar à realidade nacional e aos tempos que correm. E neste viver fazendo, o que oferece o Instituto à comunidade, em geral, e ao sistema da justiça, em particular?

- Idoneidade profissional de médicos e técnicos especializados;
- Laboratórios com padrões de qualidade acreditados pelo IPAQ, obedecendo aos mais exigentes requisitos de funcionamento e ao nível do que de melhor se faz no mundo;
- Autonomia técnico-científica dos seus peritos;

- Investigação científica reconhecida, aquém e além-fronteiras, que contribui não apenas para melhorar a qualidade da atividade pericial, mas também, em diversas áreas de alcance social, para prevenir eventos traumáticos e mortes evitáveis;
- Ensino da medicina legal e outras ciências forenses em estabelecimentos de ensino superior, nas Faculdades de Direito, no Centro de Estudos Judiciários, no âmbito de ações de formação organizadas pelo Sindicato dos Magistrados do Ministério Público, da Associação Sindical dos Juizes Portugueses e da Ordem dos Advogados, para citar apenas as iniciativas pedagógicas orientadas para juristas;
- Colaboração em diversas ações de sensibilização e divulgação.

E temos projetos para um futuro próximo. Mal fora se os não tivéssemos! Adiantarei apenas alguns: a maior prontidão da comunicação – p. ex. graças à colaboração empenhada do Comando Metropolitano de Lisboa da Polícia de Segurança Pública, foi possível acabar com a correspondência em suporte de papel, substituindo-a pelo correio eletrónico, com uma maior celeridade na marcação dos exames de vítimas de ofensas corporais –, a assessoria pericial regular por teleconferência, a criação de uma consulta médico-legal orientada para vítimas de violência doméstica e de maus tratos, um espaço e um tempo próprios para recolha de depoimentos para memória futura, e a desmaterialização dos relatórios periciais.

É com isto que o DIAP de Lisboa poderá contar. Mas também com a nossa lealdade e solidariedade institucional e pessoal. Ao serviço das pessoas e do interesse público.

A concluir, não poderia deixar de expressar a minha muita admiração e afeto pela Senhora Procuradora-Geral Adjunta Maria José Morgado e dar público testemunho do muito que a Delegação do Sul do Instituto lhe deve e ao DIAP de Lisboa – não apenas na interface pericial, mas também na investigação científica e na formação.

Muito obrigado. Parabéns pelos 25 anos do DIAP e votos de que possa prosseguir o seu excelente trabalho em prol dos cidadãos e da Justiça.

Aqueles que tiveram paciência para ler estas linhas, terão percebido que falei na dupla qualidade de diretor da Delegação do Sul e de vogal do Conselho Diretivo do INMLCF. Porque, para mim, importa preservar a unidade no respeito pela diversidade. Sem esquecer valores que tenho por indeclináveis, como a lealdade, a amizade e a solidariedade pessoal e institucional. Também em nome das pessoas e do interesse público.

O dano de morte

João Bernardo¹

I

No caso de morte de alguém, com responsabilização de outrem, têm lugar, por regra:

Indemnização por danos patrimoniais;
Compensação por danos não patrimoniais.

II

No que respeita à indemnização por danos patrimoniais, há que atender fulcralmente ao artigo 495.º do Código Civil (Diploma a que pertencem os demais artigos que se vão referir).

Os n.ºs 1 e 2 não levantam grandes dúvidas, mas já o n.º3 demanda algumas considerações. Dispõe que:

Têm igualmente direito a indemnização os que podiam exigir alimentos ao lesado ou aqueles a quem o lesado os prestava no cumprimento duma obrigação natural.

Face a este texto:

1. Têm direito a indemnização, não só os que podiam, ao tempo da morte, exigir alimentos ao lesado, como aqueles que previsivelmente os podiam vir a exigir e, bem assim, neste ponto por maioria de razão, aqueles a quem a vítima os prestava em obediência a uma obrigação jurídica.

A previsibilidade vai encontrar razão de ser no artigo 564.º, n.º2. Sendo de admitir, como admitimos, que a fixação factual abranja factos futuros

¹ Juiz Conselheiro do Supremo Tribunal de Justiça

e incertos cabe, a meu ver, pelo menos em grande medida, ao juiz que a leva a cabo fixar os elementos donde se possa concluir ou não pela sua verificação.

2. O montante indemnizatório está limitado pelos contornos próprios do dano de perda de alimentos.

Têm-se considerado, quanto ao cônjuge sobrevivente o tempo normal da vida humana, quanto aos filhos o tempo normal até à emancipação económica, tudo em dependência com a previsibilidade do período de tempo em que a vítima auferiria proventos (esta parte sem prejuízo do que se vai referir abaixo).

Recorre-se, com base em tais dados, à equidade, tendo como referencial um capital que, de rendimento, normalmente juros, proporcione o que, efetiva ou previsivelmente, deixou de se receber e se extinga no fim presumível do período a considerar.

3. O direito à indemnização nasce logo na esfera jurídica dos respectivos titulares; daí resultando que, sendo um deles a provocar a morte – dolosa ou culposamente – os princípios gerais da responsabilidade civil impeçam que seja indemnizado.

4. Aquele ou aquela que vivia em união de facto com a vítima é titular deste direito se esta lhe prestava alimentos, vulgarmente com contribuição para a vivência em comum. Considerando que falece a obrigação jurídica de lhes prestar, fica sempre o cumprimento duma obrigação natural.

Se não lhes prestava, surge a dúvida, face à alusão à exigência de “alimentos ao lesado” do n.º3 do artigo 495.º, contraposta à omissão do artigo 2009.º e à referência a alimentos “da herança do falecido” do n.º1 do artigo 2020.º.

Por mim, inclino-me para a resposta afirmativa.

Primeiro, porque a lei vem acentuando o que chama “medidas de proteção das uniões de facto”, justificando-se uma interpretação abrangentemente protetora dos ditos preceitos.

Segundo, porque mal se compreenderia o “direito a alimentos da herança do falecido” despidido de indemnização pelos danos patrimoniais futuros em caso de morte;

Terceiro, porque a própria tutela legal dos danos não patrimoniais sofridos pelo que vivia em união de facto com a vítima, agora expressamente consignada no n.º3 do artigo 496.º, ficaria também mal compreendida se não fosse acompanhada da indemnização relativa aos danos patrimoniais futuros. É mesmo legítimo pensar que não se foi para a alteração, em conformidade, do n.º3 do artigo 495.º, por se considerar que já incluía o caso do que vivia em união de facto, mas não recebia alimentos do falecido.

5. É suscetível de grande discussão a questão relativa à perda do produto do trabalho do cônjuge falecido, estando eles casados em regime de comunhão de adquiridos ou de comunhão geral.

Se considerarmos valer o n.º3 do artigo 495.º, temos a limitação indemnizatória reportada aos contornos do direito a alimentos.

Mas dispõe o artigo 1724.º que fazem parte da comunhão “o produto do trabalho dos cônjuges”, o que pode encaminhar o intérprete para a recusa da aplicação daquele n.º3 do artigo 495.º, em favor dos princípios gerais de que, com a morte se atingiu património coletivo, sendo o cônjuge sobrevivente diretamente lesado e corolariamente indemnizado sem aqueles limites. Assim decidiu o Supremo Tribunal de Justiça no Acórdão de 27.1.2005, processo n.º 04B4277, que se pode ver na BD do ITIJ.

Pode-se, no entanto, contrargumentar, atentando na alínea d) do artigo 1733.º - inserta na subsecção relativa ao regime de comunhão de geral, mas aplicável também ao regime de comunhão de adquiridos - onde se dispõe que:

São exceptuadas da comunhão...as indemnizações devidas por factos verificados contra a pessoa de cada um dos cônjuges”.

Entendida esta norma como especial, derrogará, no que aqui nos importa, a regra geral, relativa à comunhão dos proventos do trabalho, havendo que considerar a situação inserida naquele n.º3 do artigo 495.º.

Inclino-me para esta posição, mas com dúvidas que deixo à vossa ponderação.

III

A compensação por danos não patrimoniais encerra, habitualmente, três vertentes:

Uma reportada ao sofrimento próprio das pessoas a que se reportam os n.ºs 2 e 3 do artigo 496.º, n.º2;

Outra referente ao sofrimento da vítima entre o facto danoso e morte;

Uma terceira pela perda do direito à vida em sentido estrito.

1. Quanto à primeira, poder-se-á ter como referencial o montante de 30.000€ para cada pessoa, pensando eu que este valor deve ser encarado como extremamente variável, quer em função do vínculo jurídico que a ligava à vítima, quer em função do conteúdo afetivo deste, que – diz-nos a realidade da vida – varia imenso.

Será de majorar exponencialmente nos casos em que a morte determinou nestas pessoas uma alteração profunda da vida, em ordem a poder dizer-se,

em linguagem vulgar, que “a pessoa nunca mais foi a mesma” e de minorar nos casos de quase ausência de relação afetiva ou de grande distância na relação de parentesco.

Não será de conceder, por ausência de merecimento da tutela do direito, nos casos – mesmo em relações muito próximas – em que não existia qualquer relação afetiva, não tendo a morte encerrado qualquer sofrimento.

Na graduação dos montantes há ainda, em qualquer caso, que considerar a remissão da primeira parte do n.º4 do artigo 496.º, para o artigo 494.º. No entanto, entre outros, no Acórdão do STJ de 22.10.2009, processo n.º 3138/06.7BMTS.P1.S1, que se pode ver na referida Base de Dados, ficou explícito o entendimento de que, no caso dos danos não patrimoniais em geral, a referência deste artigo à situação económica do lesado era inconstitucional, por violação do princípio da igualdade consignado no artigo 13.º da Constituição da República Portuguesa. Noutros arestos do STJ aceitou-se tal remissão sem discutir esta possível ressalva. Aquele entendimento foi objeto de atenção por Maria Veloso em Comemorações dos 35 Anos do Código Civil e dos 25 Anos da Reforma de 1977, III 542, em palavras que interpreto como concordantes, pelo menos parcialmente.

De qualquer modo e sem me alongar em pormenores, por o tema não se reportar aos danos não patrimoniais em geral, não creio que se deva também ignorar a afirmação constantemente reiterada nos textos internacionais no sentido de que, tendencialmente, a danos idênticos devem corresponder indemnizações idênticas.

2. O sofrimento da própria vítima entre o facto danoso e a morte pode ter ou não ter lugar. Se não tiver – nos casos de morte imediata ou naqueles em que entrou logo em coma de que não saiu, ainda que aqui haja alguma controversidade em ordem a saber se o estado comatoso é incompatível com o sofrimento – não haverá lugar a compensação por aqui.

Havendo sofrimento, devido, nomeadamente, a dores ou consciência da morte iminente, poder-se-á ter como referencia o montante de € 2.000, que entra na esfera jurídica do lesado e, conseqüentemente, se transmite por via hereditária.

Nos casos de grande sofrimento, prolongado no tempo, será de majorar tal montante.

3. A terceira parcela compensatória – que designamos por perda do direito à vida em sentido estrito – merece particular atenção.

A partir do Acórdão deste Tribunal de 17.3.1971, proferido em revista alargada, mas com cinco votos de vencido (que se pode ver no BMJ n.º 205, 150), a jurisprudência nacional, confortada com a quase unanimidade da doutrina, tem sido unânime na atribuição da indemnização especificamente pela perda do direito à vida.

Daí o meu receio de que venha aqui apenas lançar confusão, levantando uma questão que estaria ou estará sepultada há longos anos, deparando-se aos Magistrados ou futuros Magistrados um caminho fácil de natureza seguidista.

No entanto, ao longo do tempo e à medida que a ia fixando a compensação pela perda do direito à vida, foi-me surgindo a ponderação sobre três pontos que a poderiam pôr em causa.

A primeira reporta-se ao montante compensatório. Girando à volta dos 60.000€, está claramente abaixo de montantes fixados, por danos não patrimoniais, relativamente a lesados vivos muito severamente afetados (de 400.000€, 150.000€, 250.000€, 180.000€, 350.000€ e 200.000€, em decisões recentes do Supremo Tribunal de Justiça), o que contradiz a afirmação da vida como o bem supremo que é. É certo que a compensação não é recebida por quem perdeu a vida e daí certamente a minoração, mas isso diz respeito à titularidade do direito e não ao seu montante.

A segunda diz respeito à discussão que se instalou entre os que entendem que as pessoas referidas no n.º2 do artigo 496.º adquirem o seu direito por via hereditária e os que entendem que se trata dum direito já nascido na sua esfera jurídica. Nem uns, nem outros terão razão a meu ver.

No momento da morte, findou a personalidade jurídica e com ela surgiu o fim da esfera jurídica, não podendo aí caber um direito que possa vir a ser transmitido a outrem. Além disso, a solução da via hereditária tem agora contra ela a introdução do n.º3 do artigo 496.º, relativa aos que viviam em união de facto com a vítima, os quais não têm a qualidade de herdeiros.

Mas, morrendo outrem, também não vejo como o direito possa nascer logo em pessoa diferente.

Esta discussão tem chegado poucas vezes aos tribunais por habitualmente coincidirem os herdeiros com tais pessoas, mas pode agudizar-se precisamente com a consagração legal da titularidade do direito aos que viviam em união de facto.

A terceira gira em torno da razão de ser da compensação pelos danos não patrimoniais em geral. Destinando-se ela – em entendimento constante – a proporcionar prazeres que se contraponham ao sofrimento havido, temos que alguém vai obter prazeres pelo facto concreto de outrem morrer. Não se trata de recebimento de herança em que alguém pode, até de pobre virar rico. No caso das heranças, a morte é o veículo transmissor da titularidade de bens, não é esta que cria o próprio bem. Nem se trata aqui do direito à compensação dos chegados à vítima pelo sofrimento próprio deles, derivado da morte. Mas antes dum direito que emerge da própria morte, revertendo, esta em prazer para outrem. Faz-se a viagem que se sonhava, compra-se o

carro ou a joia que se desejava, passa-se a viver numa casa melhor, tudo pelo facto concreto de alguém morrer. Não está aqui algo de profundamente errado sob o ponto de vista ético?

Estas ponderações podem ser enriquecidas com uma investigação, ainda que muito circunscrita, do que se passa na ordem internacional que mais nos toca, relativamente à perda do direito à vida.

Na maior parte dos casos, esta compensação não é sequer equacionada – acentuando-se sempre que não nos estamos a referir à compensação pelo dano afetivo dos chegados à vítima ou pelo sofrimento da própria vítima entre o facto danoso e a morte.

E quando o é, é alvo de total repúdio.

Muito exemplificativamente, vejamos:

A Resolução n.º75-7 do Conselho da Europa, de 14.3.1975, relativa à reparação dos prejuízos em caso de lesões corporais e de morte omite, no seu número 3, todo dedicado à “Reparação em caso de morte”, qualquer referência sequer a perda do direito à vida.

Esta Resolução não teve, entre nós, a importância que teve e tem em outros países comunitários e que se reflete, nomeadamente, no número de vezes que é citada mesmo em sentenças recentes. Pode ser consultada em Armando Braga, *A Reparação do Dano Corporal na Responsabilidade Civil Extracontratual*, 295 e seguintes.

Os Princípios de Direito Europeu da Responsabilidade Civil – um embrião do que poderá vir a ser a uniformização legislativa europeia na matéria – acessíveis introduzindo no motor de busca da internet a sua designação, referem-se no artigo 10:301 aos “Danos não patrimoniais” e neles aos casos de morte em que “pode...ser atribuída uma compensação não patrimonial às pessoas que tenham uma relação de grande proximidade com o lesado” vendo-se do demais texto, claramente, que se estava apenas a pensar no dano afetivo próprio dessas pessoas.

O próprio Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, por exemplo, nos casos decididos em 8.6.2002, de Öneriyilds contra a Turquia, em 17.1.2013 de Slyusar contra a Ucrânia e em 12.3.2013 de Aydan contra a Turquia, julgou violado o art.º 2.º da Convenção Europeia dos Direitos do Homem e fixou indemnizações com total ignorância de parcela por “perda do direito à vida”.

Não chega a equacionar esta parcela indemnizatória, vendo-se bem que as indemnizações por danos não patrimoniais se reportam ao dano afetivo dos demandantes.

Isto perante a redação daquele art.º 2.º que começa por estatuir que “O direito de qualquer pessoa à vida é protegido por lei...”

Em Espanha, o sistema ressarcitório assenta em grande medida na ley n.º 30/95 de 8.11 que acolheu um “baremo” relativo às indemnizações emergentes de acidentes de viação com veículos a motor, mas que tem servido como referência também para indemnizações com outras causas.

A regra 4ª do “Anexo” respectivo define quem tem a condição de lesado em caso de morte e não inclui a vítima. Depois, na Tabela respectiva fixam-se os montantes a favor dos “perjudicados/ beneficiarios”, enumerando-os sucessivamente e excluindo de qualquer direito indemnizatório quem ali não estiver referido.

Temos, então, com evidência, que não há qualquer indemnização pela perda do direito à vida, o que é circunstanciadamente confirmado por Laura Serrano, *La Indemnization por Causa de Muerte*, 48 e seguintes.

Em Itália, temos o Acórdão da Cassazione (O Supremo Tribunal) Sez. III Civile n.º887 de 25.01.2002: “Não é ressarcível o dano biológico da morte imediata ou da lesão mortal seguida da morte imediata, não podendo o defunto transmitir aos herdeiros, pela perda da capacidade jurídica, o direito de crédito consequente à perda da vida”.

Neste país, contudo, o repúdio desta parcela indemnizatória não é tão claro como nos outros. Aparece, pelo menos, a indemnização relativa a tal conceptualizada e discutida, como na obra de Marco Rossetti, *Il Danno da Lesione della Salute*, 822, onde afirma, em qualquer caso, que, face à jurisprudência, está “excluído que exista um direito à vida cuja lesão dê lugar a um dano ressarcível...”

Em França também se desconhece qualquer indemnização pela perda do direito à vida (cfr-se os vários acórdãos referidos de págs. 3 a 9 em “*Indemnisation du Dommage Corporel*” de Jean Gaston Moore).

No seguimento da posição da jurisprudência francesa, o grupo de trabalho presidido por Madame Lambert-Faivre, Juíza da Cour de Cassation, que apresentou ao Ministério da Justiça, em 22.7.2003, um relatório visando a sistematização e reforma do regime indemnizatório francês, também ignora qualquer parcela pela perda do direito à vida, ignorância, aliás, que já é patente no livro desta autora «*Droit Du Dommage Corporel*» 4.ª edição, página 295 e seguintes.

Todavia, o Acórdão da Cour de Cassation de 13.3.2007 reconheceu, num caso de erro médico, a indemnização pelo facto de a doente “ter perdido a chance de ter vivido mais tempo”. Lançou mão da figura, tão querida dos franceses, da “perda de chance” e deu aso a que os defensores da compensação pela perda do direito à vida vissem aqui um ponto de partida para acolhimento jurisprudencial da sua posição.

Na Alemanha – o país que tanto influenciou a nossa legislação em matéria de responsabilidade civil - a indemnização pela perda do direito

à vida é praticamente desconhecida, tendo sido ignorada na reforma do sistema indemnizatório de 2002. Aparece raramente em discussão, com outras designações – como o “encurtamento da vida” - e é frontalmente repudiada.

Tem-se, com frequência, atribuído indemnização aos herdeiros pelo sofrimento da vítima entre o facto danoso e a morte.

Com alguma dificuldade e discussão, também se vem atribuindo indemnização aos muito afetivamente ligados à vítima, mas só nos casos em que, em virtude da morte, entram em situações com tradução clínica (depressão, colapso nervoso, etc.).

O Supremo Tribunal Alemão está dividido em Senados, correspondendo, muito *grosso modo*, à nossa divisão em Secções. Mas tem a particularidade de, a cada Senado, corresponder uma competência própria, sem que, praticamente, sejam levantados conflitos de competência, o que, em comparação com a nossa prática judiciária, dá que pensar.

Dessa competência específica, aliada ao facto de os arestos serem subscritos por todos os membros de cada Senado, resulta uma realidade extremamente importante, até por contraposição relativamente ao que se passa nos Tribunais Superiores em Portugal: o entendimento jurisprudencial é único, mantendo-se ao longo de anos e anos.

Mas resulta também que os membros de determinado Senado, e só eles, decidem a orientação jurisprudencial, de sorte que o seu entendimento pessoal determina a interpretação do Direito, naquele campo específico, para todo um país de 80 milhões de habitantes.

Durante longo tempo, presidiu ao VI Senado, com competência, além do mais, para os casos relativos a consequências do ato ilícito, a Juíza Gerda Müller. Que a propósito da compensação pelos danos não patrimoniais derivados da morte, escreveu isto (*Versicherungsrecht*, n.º28, de Outubro de 2006, página 1290):

“... por isso, para a fixação do montante compensatório, devem ser valorizados os danos concretos [dos chegados à vítima] o que, quer no plano corporal, quer psíquico pode ser difícil. Precisamente porque a perda de parentes próximos origina danos de grande relevância e complexidade, não é possível valorá-los em termos práticos, integrando-os em níveis de graduação, e vertê-los em quantias monetárias, de acordo com o grau de parentesco ou em critérios semelhantes. Em minha opinião, o Direito tem aqui de depor as armas, porque a valoração da tristeza, por exemplo, a compensação dum perda tão elevada ultrapassa a possibilidade dum fixação judicial e não existe espaço para a valoração da vida humana em termos de decisão indemnizatória de direito privado.”

Ou seja, com um argumento que foi usado pelos negacionistas da compensação pelos danos não patrimoniais, chega mesmo em opinião pessoal - mais fria do que a jurisprudência do seu próprio país - à recusa compensatória relativamente ao dano afetivo dos chegados à vítima.

IV

De modo esquemático penso ter abordado as questões mais prementes relativas ao dano de morte.

Se me perguntarem agora se da minha ponderação levada a cabo ao longo de muitos anos de prática judicial resultaram algumas ideias, eu responderei que resultaram.

Primeiramente, no entanto, impõe-se a atenção ao artigo 8.º, n.º3, ao dispor que:

Nas decisões que proferir, o julgador terá em consideração todos os casos que mereçam tratamento idêntico, a fim de obter uma interpretação e aplicação uniformes do direito.

Tem, pois, o juiz uma particular limitação interpretativa, com sobreposição do “tratamento análogo”, relativamente a opiniões pessoais.

O que, aliás, se compreende muito bem.

Noutros locais – aqui nomeadamente – poderá, no entanto, exteriorizar o que pensa.

E o que eu penso resume-se do seguinte modo:

O legislador devia tomar posição em ordem a verter em lei – e não apenas em Portarias não destinadas aos tribunais - tabelas indemnizatórias.

Não determinaria os montantes certos a fixar – pois, determinando-os, estaria a retirar aos tribunais a função de julgar, mergulhando na inconstitucionalidade – mas os limites quantitativos dentro dos quais o juiz se poderia mover.

Afastaria o mais que estafado e muito discutível critério, criado apenas jurisprudencialmente, de encontrar um capital que de rendimento proporcione o que deixou de se auferir e se extinga no fim presumível do período de tempo a considerar.

Revogaria o artigo 494.º, na parte em que se reporta às situações económicas do lesante e do lesado, acolhendo antes a ideia, bem presente internacionalmente, de que, tendencialmente, a danos semelhantes devem corresponder indemnizações semelhantes.

Recusaria a compensação pela perda do direito à vida.

Mas majoraria claramente, relativamente ao que vem sendo a prática judicial, o limite máximo referente às compensações pelo dano afetivo dos chegados à vítima.

Referências bibliográficas

- Braga, A. A Reparação do Dano Corporal na Responsabilidade Civil Extracontratual, Coimbra: Almedina, 2005, pág. 295 e seguintes.
- Gazquez Serrano, L. La Indemnización por Causa de Muerte, Madrid: Dykinson, 2000, pág. 48 e seguintes.
- Lambert-Faivre, Y; Porchy-Simon S. Droit du dommage corporel: systèmes d'indemnisation. 7^o ed, Paris: Dalloz, 2012.
- Müller, Gerda - Versicherungsrecht, n.º 28, de Outubro de 2006, pág. 1290.
- Rossetti, Marco - Il Danno da Lesione della Salute. Padova: CEDAM, 2009 pág. 822.
- Veloso, M M. Danos não patrimoniais. In: Comemorações dos 35 Anos do Código Civil e dos 25 Anos da Reforma de 1977, Coimbra, Volume III – Direito das Obrigações: Coimbra Editora, 2007, pág. 542.

Jurisprudência

- Acórdãos do Supremo Tribunal de Justiça de:
- 17.3.1971, no BMJ n.º205, 150;
- 27.1.2005, processo n.º 04B4277, na BD do ITIJ;
- 22.10.2009, processo n.º 3138/06.7BMTS.P1.S1, na BD do ITIJ.
- Acórdãos do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem de:
- 8.6.20002, de Öneriyields contra a Turquia;
- 17.1.2013, de Slyusar contra a Ucrânia;
- 12.3.2013, de Aydan contra a Turquia.
- Acórdão da Cassazione, Sez. Civile, n.º 887, de 25.01.2002.
- Acórdão da Cour de Cassation de 13.3.2007.

Textos internacionais

- Resolução do Conselho da Europa de 14.3.1975.
- Princípios de Direito Europeu da Responsabilidade Civil.

Resumo: O dano de morte

1. No caso de morte de alguém, com responsabilização de outrem:
 - a) Têm direito a indemnização pelos danos patrimoniais, não só os que podiam ao tempo da morte exigir alimentos ao lesado, como aqueles que previsivelmente os poderiam vir a

exigir e, bem assim, aqueles a quem a vítima os prestava em obediência a uma prestação jurídica;

- b) O montante indemnizatório está limitado pelos contornos pró-prios do dano da perda de alimentos;
- c) O direito à indemnização nasce na esfera jurídica dos respectivos titulares;
- d) Aquele ou aquela que vivia em união de facto com a vítima é titular deste direito;
- e) A indemnização pela perda do produto do trabalho dos côn-juges – estando eles casados em regime de comunhão – tem os limites referidos em b).

2. Quanto aos danos não patrimoniais:

- a) Há que compensar as pessoas referidas nos n.ºs 2 e 3 do artigo 496.º do Código Civil pelo sofrimento próprio havido;
- b) Deve ter lugar compensação pelo sofrimento da vítima entre o facto danoso e a morte, quando o houver;
- c) A compensação pela perda da vida em si deve ser atendida, face à orientação constante da nossa jurisprudência, mas afora isso, não tem justificação plausível.

Palavras-chave: Dano de morte; indemnização por danos patrimoniais; compensação por danos não patrimoniais.

Abstract: The death damage

1. In the event of someone's death, with responsibility of others:

- a) Are entitled to pecuniary damages not only those who, at the time of death, could demand alimony to the injured, but also those who could foreseeably demand it, and those to whom the injured provided alimony in compliance to a jural duty;
- b) The amount of compensation is limited by the damage of loss of alimony's own frame.
- c) The right to compensation arises in the respective holder's juridical sphere.
- d) The one who lived in common law marriage with the injured holds that right;
- e) The compensation for loss of the spouses' product of labour - being married under community property - has its limits mentioned in b).

2. With regard to the pain and suffering damages:

- a) The individuals mentioned in the numbers 2 and 3 of the article 496 of the Civil Code must be compensated by the own pain and suffering caused;
- b) There must be compensation by the pain and suffering between the injury and the death, when it occurs;
- c) The compensation for the loss of life itself must be satisfied in regard to the orientations of our jurisprudence but, apart from that, there is no plausible justification.

Keywords: Death damage; pecuniary damages; pain and suffering damages.

Pedido de separatas:

JOÃO BERNARDO

joao.bernardo@stj.pt

Dano não patrimonial – quantificação¹

João Pires da Rosa²

*Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades,
Muda-se o ser, muda-se a confiança:
Todo o mundo é composto de mudança,
Tomando sempre novas qualidades.*

Camões

As coisas mudam, vão mudando. Lentamente às vezes, como dizem da Justiça portuguesa, que é lenta. Mas vão mudando. E é essa Justiça, as mais das vezes, o factor da mudança, a locomotiva da mudança quando o **ser** se muda e é preciso recriar a **confiança**.

E tantas coisas mudam! A começar por nós próprios e pela forma como, colectividade que somos, como sociedade organizada, nos vemos uns aos outros.

À procura de estruturar o que gostava de dizer aqui, hoje, fui encontrar um dos mais citados e respeitados autores do tempo em que fui juiz de 1ª instância – Dario Martins de Almeida e o seu Manual dos Acidentes de Viação.

Era uma edição de 1987, a 3ª - não tão antiga como isso! - e a fls.125 dava conta de que

*«problema de limites indecisos, para o qual só a jurisprudência pode traçar soluções, através de uma orientação casuística, é aquele que se prende com a indemnização relativa a **alimentos** prestados no cumprimento de uma obrigação natural (art. 495º, nº 3)».*

E desenhava situações:

«de um modo geral, o indivíduo casado que alimenta uma sua amante não o faz no cumprimento de um dever moral ou social que possa, tecnicamente,

¹ Juiz Conselheiro

² Conferência proferida em Lisboa em Abril de 2013, no âmbito de Colóquio do Centro de Estudos Judiciários sobre “Temas de Direito Civil”

corresponder a um dever de justiça. Logo, os alimentos que presta não se situam nos quadros da obrigação natural.

Hipótese diferente é a do indivíduo **solteiro** que vive **more uxorio** com certa mulher de quem tem filhos. Aqui já se pode vislumbrar um **dever social** na prestação de alimentos a esta mulher, por parte do amante, na medida em que a considera sua mulher e tem a consciência de estar cumprindo um dever conforme com a justiça. Esta espécie de famílias **de facto** é aceite como acontecimento normal, em certas zonas do país».

Pois bem.

Andando um pouco mais para a frente no tempo, em algo que li aqui no CEJ em 14 de Abril de 2010 (e, antes, em 2 de Março de 2010, na UL do Porto), encontrei isto que escrevi:

*«E aquele que está em **união de facto**, tem ou não direito à indemnização que a lei, maxime o n.º 2 do art. 496.º reconhece aos cônjuges (na altura o n.º 2 do artigo, pesem embora as leis que desde 1987 se haviam encarregado já de precisar o conceito de união de facto e de seguir um caminho de equiparação ao casamento, ao menos para fins sociais, ainda rezava textualmente – “Por morte da vítima, o direito de indemnização por danos não patrimoniais cabe, em conjunto, ao cônjuge não separado de pessoas e bens e aos filhos ou outros descendentes ... “)?*

A jurisprudência, ao menos no STJ - continuava o texto - parece inclinar-se (ainda?) para a restrição do direito aos cônjuges, deixando de fora a união de facto – vejam-se os acórdãos de 4 de Dezembro de 2003, no proc. n.º 03B3825 e de 24 de Maio de 2005, no proc. n.º 05A585, ambos em www.dgsi.pt/jstj.

E também o Tribunal Constitucional tem entendido que não é inconstitucional o n.º 2 do art.496.º, interpretado no sentido de que exclui o direito de indemnização daquele que vive em união de facto com a vítima, em caso de acidente de viação – por exemplos Acs n.ºs 86 e 87, no DR n.º 93, IIª série, de 5 de Maio de 2007.

Mas o problema não é, se bem penso – escrevia eu - de inconstitucionalidade.

Também não seria inconstitucional, seguramente, uma interpretação de sentido inverso, pelo menos desde a Lei n.º 7/2001, de 11 de Maio, ao menos para os casos em que a união persistisse há mais de dois anos em condições análogas às dos cônjuges (por enquanto, mas só por enquanto, união de facto de pessoas de sexo diferente).

E o que parece é que o legislador quis dar um empurrão no sentido desta última interpretação quando, na Portaria n.º 377/2008, de 26 de Maio (o diploma que fixa os critérios e valores orientadores para efeitos de apresentação aos lesados por acidente automóvel de **proposta razoável** para indemnização do dano corporal) escreve em nota à proposta razoável de indemnização “Por danos Morais Herdeiros” que «a união de facto legalmente reconhecida é equiparada ao casamento».

Ora, não se compreenderia – não se compreende – que o legislador estimule a apresentação de uma proposta indemnizatória ao unido de facto legalmente reconhecido se lhe não reconhecer o direito a ser judicialmente indemnizado.

A Portaria parece impor um caminho interpretativo conducente à equiparação da união de facto ao casamento para os fins previstos no n.º 2 do art. 496.º do CCivil .

Pois é.

E agora se lermos o art.496.º, na redacção introduzida pela **Lei n.º 23/2010, de 30 de Agosto**, que contém a «primeira alteração à Lei n.º 7/2001, de 11 de Maio, que adopta medidas de protecção das uniões de facto, terceira alteração ao Dec. lei n.º 322/90, de 18 de Outubro, que define e regulamenta a protecção na eventualidade da morte dos beneficiários do regime geral de segurança social, 53.ª alteração ao Código Civil e 11.ª alteração ao Dec.lei n.º 142/73, de 31 de Março, que aprova o Estatuto das Pensões de Sobrevivência», veremos no seu n.º 3 – “Se a vítima vivia em união de facto, o direito de indemnização previsto no número anterior cabe, em primeiro lugar, em conjunto, à pessoa que vivia com ela e aos filhos ou outros descendentes”.

Lenta, embora que se diga lenta, foi a Justiça, foram os Tribunais bem mais rápidos a pensar e a induzir o caminho que a colectividade sentia mais justo mas que a sociedade ... organizada não tivera ainda coragem de pôr em letra de forma. De forma, que não de lei, porque um juiz atento à **mudança** já encontrava na lei essa solução ... legal.

E se falo nisto, aqui e agora, é porque esse é o primeiro e primacial dever do Juiz – estar atento à vida e atento à mudança e procurar sempre e em cada momento, dentro da lei que tem ao seu dispor e dos mecanismos de interpretação e integração que ela lhe fornece, o caminho da Justiça.

Assim também para o **dano não patrimonial**, que é para o dano não patrimonial e a respectiva quantificação que foi solicitada hoje a minha atenção.

Do dano e da reparação do dano nos falam os arts. 562.º e seguintes do CCivil, impondo a quem estiver obrigado a repará-lo o dever de “reconstituir a situação que existiria, se não se tivesse verificado o evento que obriga à reparação” e explicando-nos – n.º 1 do art. 566.º - que “ a indemnização é fixada em dinheiro, sempre que a reconstituição natural não seja possível” e que – n.º 2 do mesmo artigo – “a indemnização tem como medida a diferença entre a situação patrimonial do lesado, na data mais recente que puder ser atendida pelo tribunal e a que teria nessa data se não existissem danos”.

Mas, claro – “se não puder ser averiguado o valor exacto dos danos, o tribunal julgará equitativamente dentro dos limites que tiver por provados” – n.º 3 do artigo.

É exactamente o caso dos danos cujo cálculo indemnizatório nos preocupa, os danos não patrimoniais, porque o património moral de uma pessoa é, ontologicamente, insusceptível de uma tradução quantitativa.

Só à **equidade** nos poderemos acolher na nossa função de julgar.

O que me traz sempre à memória, quer eu queira quer não – já o disse uma vez - um velho filme do velho cinema português, talvez a “Canção de Lisboa”, e a cena mágica em que Vasco Santana, “doutorando” em Medicina, dirigindo-se em pleno Jardim Jaleco ao guarda de serviço dizia: “Carneiro amigo, andamos todos ao mesmo”.

E é exactamente esta a ideia central com que ficamos quando vasculhamos a jurisprudência do Supremo Tribunal de Justiça (ou das instâncias) em busca dos critérios seguidos para a fixação da indemnização dos danos, designadamente os não patrimoniais - **andamos todos ao mesmo**, todos à procura dos caminhos que nos conduzam ao respeito pela chamada **teoria da diferença** que o nº 2 do art. 566º nos desenha e à qual nos compele. Seja qual for a natureza dos danos a indemnizar.

Todos, afinal, procurando trilhar equanimemente os caminhos da **equidade** sem a qual, na maioria dos casos, não conseguiríamos jamais quantificar a reparação dos danos provocados no património patrimonial de alguém ou a compensação devida à lesão aberta no seu património moral.

Se a **equidade** fosse uma qualquer possibilidade ou solução discricionária, repousando no arbítrio de quenquer que fosse ainda que esse “quenquer” fosse um Juiz, fosse o poder judicial, a questão não seria particularmente difícil restando a cada qual assumir em cada momento o seu arbitrário juízo sem outra preocupação que não fosse, para cada caso e para cada tempo, para cada homem e cada situação, a sua consciência individual – se bem que, por vezes, seja bem penoso o solitário encargo de suportar em ombros débeis um juízo singular.

Mas a equidade não é isso.

A **equidade** é bem mais do que isso, é a procura de uma forma superior de justiça, da mais justa das soluções, daquilo a que Ferrer Correia e Vasco Lobo Xavier chamam, na RDES, IV, 124, a **justiça do caso concreto**.

E a **justiça do caso concreto** não pode divorciar-se dos outros casos igualmente concretos que lhe são próximos ou afins, dos outros casos que os tribunais (e sobretudo o STJ, dada a natureza última das suas decisões) são chamados a decidir, por forma a que situações iguais sejam potencialmente tratadas com resultados iguais, situações diferentes conduzam a soluções quantitativas diferentes.

Claro que a **perfeição não existe**. É preciso olhar para este dogma – que, aliás, nos tranquiliza – e aceitá-lo sem receio.

E, portanto, a perfeição, o rigor absoluto, inatingíveis e porque inatingíveis, não nos devem perturbar.

Até porque, se é verdade que *andamos todos ao mesmo*, é verdade do mesmo modo que somos inevitavelmente todos diferentes.

Nós, juízes, e também - diga-se - os destinatários da Justiça.

O que aliás pressupõe um juízo de humildade, de humildade intelectual e profissional, sobre juízos alheios de outros que profissionalmente se debruçaram já sobre o caso concreto que, em determinado contexto, nos cai sobre os olhos.

É por isso que, olhando para mim próprio, juiz do Supremo, julgo inteiramente de saudar a jurisprudência que ajudei a fixar – e que repetidamente vimos afirmando - no acórdão de 5 de Novembro de 2009, da 7ª secção, no proc. n.º 381-2002.S1, in www.dgsi.pt/jstj, relatado pelo Conselheiro Lopes do Rego, segundo a qual «o juízo de equidade das instâncias, assente numa ponderação, prudencial e casuística, das circunstâncias do caso – e não na aplicação de critérios normativos – deve ser mantido sempre que – situando-se o julgador dentro da margem de discricionariedade que lhe é consentida - se não revele colidente com os critérios jurisprudenciais que generalizadamente vêm sendo adoptados, em termos de poder pôr em causa a segurança na aplicação do direito e o princípio da igualdade».

Se o juízo das instâncias se situa dentro da margem de discricionariedade que o juízo de equidade sempre comporta, em nome de que “justiça” se pode ou deve “mexer” num valor cuja alteração apenas traz aos destinatários uma ideia de instabilidade jurisprudencial que afecta a própria ideia de Justiça?!

Certo e seguro que o juízo final quantitativo a proferir, em matéria de indemnização do dano não patrimonial, é (quase) sempre um juízo de equidade, é tempo de dizer - ainda bem que assim é.

Porque a redução da vida à pura matemática, a números, é - passe o pleonasma - profundamente redutora.

A vida não cabe dentro de uma aritmética pura e simples e é importante que o juiz possa fazer a mediação **entre o direito e a vida** por forma a poder fazer entrar no **direito** as múltiplas facetas de cada vida concreta e a fazer chegar à **vida** os valores com que o direito tem a pretensão de a conformar.

Essa mediação far-se-á também, como se acentuou, (também) por comparação.

Quando se trata de **dano não patrimonial** mais do que a **diferença** de que falámos, ou melhor, a **diferença** de que falámos é – sem ou com a companhia do que materialmente se possa usar – a **compensação** para a **descompensação** que o dano provocou e que, em espécie, não pode ser **recuperada**, nem mesmo por equivalente.

E então aí o juiz está sozinho perante si próprio, sem o arrimo de qualquer bordão de natureza material ou científica a que possa agarrar-se.

Haverá seguramente, em alguns casos, as perícias médico-legais que ajudarão a fixar o **quantum doloris** ou o **prejuízo estético** em escalas

cientificamente concebidas para o efeito, nos casos em que seja esse o dano não patrimonial sofrido.

Mas é pouco.

Mesmo aí, “objectivada” a dor ou o prejuízo, o juiz fica sozinho perante si próprio.

E é (talvez) o momento mais difícil, mais solitário da função de julgar, o momento chave da mediação entre o direito e a vida, que é o supremo mister da condição de Juiz.

De algum modo se poderia dizer, como se diz para o fado de Lisboa, que é o tempo certo para **estilar**.

E **estilar** não é mais nem menos do que colocar dentro dos fados tradicionais - o mouraria, o corrido e o menor - o **estilo** do próprio fadista, personalizando dentro da estrutura da tradição os novos cambiantes que a qualidade do intérprete lhe pode introduzir, no limite criando um novo fado sobre o fado tradicional, como aconteceu por exemplo com o “Fado das Horas” criado por Maria Teresa de Noronha sobre o fado mouraria.

Só que o direito não é o fado e o **estilar** do Juiz não está para o direito como a criação do fadista está para o fado tradicional.

O Juiz não pode impor *sobre* a “tradição”, sobre a lei ou o sentido corrente dela, a sua individualística leitura. O julgador não pode impor os seus próprios cambiantes, as suas próprias convicções, sobre os valores ou interesses incorporados na lei.

A novidade que o Juiz em cada momento, em todos os momentos, há-de incorporar – deve incorporar – na decisão judicial será, deve ser, aquela que o decurso do tempo introduzir na essência da expressão que o comando legal deu, em determinado instante temporal, aos valores e interesses que permanecem, mas que o tempo impôs se lessem, se fossem lendo, de uma forma diferente.

A tarefa de mediação é também uma tarefa de criação. Mas uma criação que não pode viver isolada das criações que ocorrem lado a lado, não vá acontecer que se trate de modo desigual aquilo que é igual ou se trate de modo igual aquilo que é desigual.

A **equidade** com base na qual se há-de quantificar a indemnização do dano não patrimonial não é, não pode ser - repete-se - algo de arbitrário ou discricionário, saído do exclusivo **estilo** do juiz (ainda que o mais puro).

É difícil descobri-la, fazendo-se por vezes o juiz esquecido de si próprio?

É.

Mas é um objectivo a que não pode furtar-se.

Sem medo, todavia. Com a atenção e o conhecimento que se impõem por exigência profissional, mas sem qualquer receio eventualmente inibidor:

- os juízes dos tribunais inferiores com um exigente e aprofundado conhecimento dos caminhos (qualitativos e) quantitativos que vêm sendo seguidos pelos tribunais superiores, por razões óbvias (não vá o seu esforço intelectual esbarrar contra o muro de um caminho já caminhado, resultado que seria tanto mais grave quanto pode ter criado expectativas infundadas em quem se socorre dos tribunais);
- os juízes dos tribunais superiores sem a tentação do desrespeito, passe a expressão, pelos juízos assumidos pelos tribunais inferiores, tantas vezes formulados após uma penosa actividade individual.

A quantificação da obrigação de indemnizar há-de ir sendo procurada, enformada, ao longo do percurso da responsabilidade civil. Desde o facto voluntário do agente, passando pela ilicitude, a culpa e o dano, e o nexo de causalidade entre o facto e o dano, haveremos de ir descobrindo os sinais, os factores, os elementos, que nos ajudarão a suportar o juízo (final) de equidade.

Se da banda do **lesado**, na apreciação do dano e da gravidade que justifique a intervenção do direito – n.º 1 do art. 496.º - há-de estar um padrão médio de sensibilidade, a gravidade há-de ser aferida objectivamente – veja-se o acórdão do STJ de 25 de Março de 2010 (Maria dos Prazeres Beleza), no proc. n.º 576/05.6TVLSB.S1, pelo lado do **lesante** uma maior ou menor afirmação da ilicitude da conduta, um maior ou menor grau de culpa, uma maior ou menor intensidade da ofensa (quer em si mesma quer porque – nos casos em que isso importa - se estendeu (ou vai estender, em função da idade do lesado) muito ou pouco no tempo e no espaço, no universo mais ou menos longo de pessoas que em concreto a conheceram, quer porque a terra em que foi semeada a erva daninha é mais ou menos fértil), hão-de ser encontrados os critérios determinantes da quantificação do dano que afinal pronunciaremos.

Sem esquecermos – já se disse atrás – que essa quantificação terá em vista uma **compensação** adequada da lesão sofrida (para além da reparação patrimonial a que, como também se disse, possa haver lugar), importará também, se for o caso, a tradução de um **juízo de censura** que reaja contra a ilicitude e a culpa do comportamento do lesante (e esse juízo de censura não pode deixar de ter em contra a pessoa e o património deste) e que possa prevenir a prática de novas condutas do mesmo tipo.

Esta é uma afirmação constante da jurisprudência dos nossos tribunais, maxime dos tribunais superiores. Uma afirmação constante da jurisprudência do Supremo Tribunal de Justiça – basta consultar a página respectiva da DGSJ (www.dgsi.pt/jstj) (por todos, por exemplo, o Acórdão de 29 de Abril de 2010 (Oliveira Rocha), no proc. n.º 5583/04.3TBOER.S1.

Aquilo que especificamente o actual n.º 4 do art. 496.º (antes, o n.º 3) impõe que se considere, em caso de mera culpa, para uma eventual redução do

montante indemnizatório dos danos causados, funciona em qualquer caso como ponto de partida para a quantificação da indemnização ... em equidade.

Nessa quantificação o tribunal só está limitado – mas está limitado, naturalmente – pelo **princípio do pedido** que constrangerá sempre o julgador **dentro** daquilo que lhe é imposto pelo n.º 1 do art. 661.º do CPCivil – “a sentença não pode condenar em quantidade superior ou em objecto diverso do que se pedir”.

É inevitável até que o próprio pedido, traduzindo em si mesmo o grau de ofensa que o lesado **sente** ter sido feita ao seu património moral, condicione a quantificação final a que o juízo de equidade nos conduzirá. Como seguramente interferirá nesse juízo a maior ou menor prova que o lesado fizer dos vários danos com que parta na petição inicial para a sua própria quantificação e veja manter ou decair no percurso do julgamento.

É preciso, todavia, que se diga que os limites do **princípio do pedido** são, tão só e apenas, os do pedido global formulado.

Dentro deles, parcela a parcela, o tribunal é livre de procurar a justiça global final. E nada impede, que em busca dela, o julgador repondere (e requalifique) alguma parcimónia auto-imposta a uma qualquer das parcelas do pedido, tantas vezes na defesa contra uma improcedência parcial da acção e a consequente condenação em custas, num tempo em que o apoio judiciário é (sejamos condescendentes até) meramente residual – neste sentido, por exemplo e por mais recente, o Ac. STJ de 6 de Dezembro de 2012, na revista n.º 247/1998.C2.S1 (João Trindade), com sumário recolhido na última página do Caderno elaborado com os “Sumários de Acórdãos de 2004 a Dezembro de 2012” sobre “Os Danos não patrimoniais na jurisprudência das Secções Cíveis do Supremo Tribunal de Justiça”, um trabalho notável de recolha elaborado pelo Gabinete dos Juízes Assessores - Assessoria Cível, a quem agradeço pública e reconhecidamente o apoio que me prestou para esta comunicação.

É este o *enquadramento geral* a que o julgador não deve fugir, por forma – repete-se – a que se não trate como igual o que é desigual, que se não trate como desigual o que é igual.

A que momento – pergunta-se agora – a que dado **momento histórico**, a que dado momento temporal, deve o julgador aferir a sua decisão, a quantificação da indemnização a arbitrar?

Como ponto de partida para esse cálculo há que privilegiar os dados do **tempo** do acidente.

É essa a prática jurisprudencial uniforme e é esse também o sentido consolidado na Portaria n.º 377/2008, de 26 de Maio (depois alterada pela Portaria n.º 679/2009, de 25 de Junho) que fixa os critérios para uma “proposta razoável” de indemnização que se impõe às seguradoras em matéria

de acidentes de viação e que, repetidamente, se refere à **data do acidente** ou **data da ocorrência do acidente**.

Sabe-se que esta(s) portaria(s) é(são) apenas isso, um “indutor” da proposta razoável, que se não impõe de qualquer forma ao julgador – veja-se o acórdão STJ de 31 de Maio de 2012 (Maria dos Prazeres Beleza), na revista nº 1145/07.1TVLSB.L1.S1, em cujo sumário textualmente se escreve - «o critério fundamental para a determinação das indemnizações por danos não patrimoniais é fixado pelo CCivil. Os que são definidos pela(s) portaria(s) destinam-se expressamente a um âmbito de aplicação extra-judicial e, se podem ser ponderados pelo julgador, não se sobrepõem àquele». Mas sendo apenas isso pode(m) e deve(m) ser considerada(s) quando conduzirem a uma decisão judicial mais conforme à justiça.

É assim, então. O ponto de partida são os dados verificados à **data do acidente**.

Embora a decisão judicial a que houver lugar, necessariamente **nascida** em momento (muito) posterior ao acidente e à proposta razoável, não possa deixar de considerar, **no seu tempo**, os factos ocorridos posteriormente ao acidente – todos aqueles que tiverem influência no seu juízo, incluindo o decurso do ... tempo.

E isto mesmo nos abre a porta para a questão dos **juros e do termo a quo** da respectiva contagem, em contraponto com a actualização da **data mais recente** a que o nº 2 do art. 566º do CCivil se refere, questão que permanece (e revivificou, até) mesmo depois do acórdão PUI nº 4/2002, deste Supremo Tribunal de Justiça de 9 de Maio de 2002, publicado no DR, I-A, de 27 de Junho de 2002.

Até quando se deve **actualizar** a indemnização contida dentro do pedido formulado, para cumprir o comando do nº 2 do art. 566º? Desde quando são devidos juros, para cumprir o comando do ac. PUI nº 2/2002?

Sempre que a indemnização pecuniária por facto ilícito ou pelo risco tiver sido objecto de cálculo actualizado, nos termos do nº 2 do artigo 566.º do Código Civil, vence juros de mora, por efeito do disposto nos artigos 805º, nº 3 (interpretado restritivamente), e 806º, nº 1, também do Código Civil, a partir da decisão actualizadora, e não a partir da citação - D.R.I-A, nº 146, de 27-06-2002”.

Se não vêm pedidos juros, nenhuma dúvida – o tribunal actualiza até à **data mais recente** que puder atender.

E essa será a data da sentença em 1ª instância, a data do acórdão na Relação (uma vez que é ainda de **facto** que a Relação está a decidir quando fixa o montante indemnizatório, ela pode proceder à actualização).

E se vêm pedidos juros, **desde a citação**, como aliás é mais corrente?

Neste caso, a **data mais recente** a que o tribunal pode atender é a da própria citação.

Desde que o Dec. lei nº 262/83, de 16 de Junho modificou a redacção do art. 805º, nº 3 do CCivil por forma a estabelecer que «tratando-se de responsabilidade civil por facto ilícito ou pelo risco, o devedor (se) constitui em mora desde a citação» a actualização de qualquer pedido de indemnização na consideração do art. 566º, nº 2 – na data mais recente que puder ser atendida pelo tribunal – tem de reportar-se tão só a essa mesma data de citação sob pena de, dando-se juros desde essa data, e actualizando-se a indemnização à data da sentença ou do acórdão, se estar a duplicar a indemnização.

É daí, desde a citação, por referência à qual o autor/lesado fixa o **termo inicial** do seu pedido de juros sobre o montante que ele próprio quantificou a esse **momento**, que estes devem ser contados, incidindo sobre a indemnização fixada.

Fixada de forma global e única, englobando quer os danos patrimoniais, quer os não patrimoniais.

Nada há que obrigue a distinguir, para o cálculo da indemnização, os dois tipos de danos e ... a indemnização é só uma – neste sentido Ac. STJ de 14 de Janeiro de 1993, CJSTJ, T1, pág.34.

No que aos **danos não patrimoniais** diz respeito isto mesmo implica, naturalmente, que o quantitativo indemnizatório necessário para ressarcir tais danos também deva ser pensado a essa data.

Pensado não em termos do que, à época, era corrente ser usado pela jurisprudência para situações semelhantes, mas pensado para aquele momento sim, mas de acordo com os critérios de valoração da dor humana que a evolução ético-social tenha trazido como apport à apreciação quantitativa (na medida em que tal é possível e necessário) dessa mesma dor.

Este contributo da civilização em ordem ao respeito pelo Homem e a sua dor não pode, na verdade, ser desprezado seja a que título for por quem decide.

Em conclusão:

onde há actualização não há juros; onde não há actualização, há juros.

O que acontece com alguma frequência e tem dado origem a algumas dificuldades no Supremo Tribunal de Justiça – veja-se das “conclusões e contra-conclusões” que conduziram ao longo sumário do acórdão deste STJ, no proc. nº 467/1999.C1.S1, de 18 de Março de 2010, em www.dgsi.pt/jstj - é que as decisões sobem das instâncias sem a clareza necessária para, sem reserva, se poder afirmar a que momento foi fixada a indemnização (ou as diferentes indemnizações parcelares).

E isso é que é imprescindível para que, com o necessário rigor, a questão possa ser enfrentada no recurso de revista ou, antes, no de apelação – veja-se, a título de exemplo, o Ac. de 3 de Fevereiro de 2005, no proc. 04B4377, in www.dgsi.pt/jstj, em cujo sumário se escreve - «os juros de mora da indemnização

devida a título de danos não patrimoniais contam-se a partir da citação quando essa indemnização não tenha sido expressamente actualizada», todavia com um voto de vencido onde se opina, chamando à colação acórdão de 15 de Maio de 2003, que

«sempre que o juiz nada diga acerca do carácter actualizador, ou não, da sua decisão, deva ela ser considerada actualizadora ...».

E a propósito de juros.

Ainda não chegou ao STJ – terá chegado já às instâncias – mas vai seguramente chegar.

A “proposta razoável” prevista no Dec.Lei n° 291/2007, de 21 de Agosto: **dentro do capital mínimo legalmente estabelecido para o seguro obrigatório de responsabilidade civil automóvel** (e já antes, sobretudo para o caso de não haver danos corporais, no Dec.Lei n° 522/85, de 31 de Dezembro, por força da alteração introduzida pelo Dec.Lei n° 83/2006, de 3 de Maio), cujos critérios e valores orientadores estão firmados, como já se disse, na Portaria n° 377/2008 (posteriormente actualizada pela Portaria n° 679/2009, de 25 de Junho) e que tem a ver com a “regularização dos sinistros” e institui **regras e procedimentos a observar pelas empresas de seguros com vista a garantir, de forma pronta e diligente, a assunção da responsabilidade**, não é uma “proposta” inocente e – n° 2 do art.38° do Dec. Lei - **em caso de incumprimento dos deveres da seguradora** são devidos juros **no dobro da taxa legal**.

Como, em contraponto, se a seguradora cumprir substancial e proceduralmente os seus deveres – n° 3 do art. 39° - os juros ... são devidos apenas à taxa legal ... e sobre a diferença entre o montante oferecido e o montante fixado na decisão judicial e, relativamente aos danos não patrimoniais, a partir da data da decisão judicial que torne líquidos os montantes devidos.

Atenção aos juros, portanto – nem sempre os juros serão taxados à taxa legal, passe a repetição.

Confesso que me não preocupa excessivamente a qualificação do dano, de alguns danos, como patrimoniais ou não patrimoniais.

O que me importa é **sentir** o dano, sentir que o património de alguém, a sua personalidade, foi atingida por um acto ilícito e é necessário proceder à reparação dos danos provocados. É que tenho a convicção de que há situações em que o dano, ab origine **não patrimonial**, como que se **patrimonializa**, ganhando uma dimensão material tão concreta que, por assim dizer, lhe subverte a sua própria natureza – veja-se, por exemplo, como o acórdão do STJ (Santos Bernardino), de 2 de Julho de 2009, no proc. n° 09B0511, in www.dgsi.pt/jstj qualifica como «dano patrimonial indemnizável as despesas

efectuadas com as obras de isolamento acústico feitas no rés-do-chão pelo casal aí residente, devido ao ruído proveniente do primeiro andar, e com intenção de obstar aos efeitos perniciosos no repouso, tranquilidade e saúde de ambos e de suas filhas».

Seja como for, seja qual for a qualificação, o que sobretudo importa, repito, é *sentir* que esta despesa tem que ser indemnizada, independentemente do excuro doutrinal ou jurisprudencial que se faça – como aliás o acórdão citado tem o cuidado de fazer – sobre a distinção entre **dano real** (“a ofensa ou destruição ou subtracção ou deterioração de certa coisa, material ou incorpórea”) e «o **dano patrimonial ou de cálculo**, que é o reflexo do dano real sobre a situação patrimonial do lesado, a expressão pecuniária do dano real».

Porque – não quero deixar de o dizer aqui, sobretudo para vós, jovens juízes – **é o direito que está ao serviço da vida e não a vida ao serviço do direito.**

Ainda que um determinado dano possa ser apenas um incómodo – naturalmente com a gravidade suficiente para merecer a tutela do direito, atento o que dispõe o n.º 1 do art. 496.º do CCivil – pode acontecer que a eliminação do incómodo tenha uma tradução patrimonial tão concreta, que **patrimonialize** quem **nasceu de mãe não patrimonial**, passe a expressão.

E repetidamente acontece, em acções cíveis através das quais se procura a reparação dos danos causados no património moral de alguém, a quantificação de danos que em absoluto se patrimonializaram porque ao património - entendido agora na sua dimensão material – foi necessário trazer o adequado para a irradicação da ofensa ou para a reposição da integridade moral ou física.

No reverso, poderemos defrontar-nos com questões que pareçam ter apenas um conteúdo patrimonial, material, o que nos empurraria para uma determinada solução. E afinal, colocando-nos a nós próprios na posição do **outro**, do lesado, sentirmos que afinal a questão não é tão linear e haverá também que considerar um dano de outro tipo. E essa dúplice consideração nos empurrará para uma solução de outro tipo que, **patrimonializada** embora, garanta melhor a reparação necessária ao ofendido.

Por exemplo, da **privação do uso de um veículo**, por virtude de acidente de viação, que continua a gerar controvérsia sem solução no STJ, da qual já nos dava conta Laurinda Gemas, no seu trabalho “A Indemnização dos Danos”, na Revista Julgar, n.º 8, Maio/Agosto de 2009, págs. 41 e segs.

A controvérsia mantém-se.

E devo dizer que prefiro assim.

Sou um pouco avesso a uma insistente fixação de jurisprudência – tem a vantagem da **segurança** do direito mas despreza a afinação do direito em direcção à vida.

Prefiro a liberdade de procurar, de procurar, de procurar o sempre sentido da vida, à estratificação do direito esquecendo os interesses das pessoas.

E por isso agrada-me estar na corrente mais moderna – a privação do uso de um veículo é em si mesma um dano indemnizável (ver revista nº 4077/05, 7ª secção, de 29 de Novembro de 2005).

Quem tem carro e viaja de carro nas suas deslocações diárias, ver-se sem ele e ter que sujeitar-se a transportes públicos – e/ou a boleias sendo que, parafraseando uma conhecida expressão, **não há boleias grátis!** - é já de si, nos dias de hoje, um incómodo suficientemente grave para merecer a tutela do direito – e os incómodos são do domínio do não patrimonial! - mas um **incómodo** que tem uma tradução patrimonial, que pode ser resolvida com o lesante a pôr ao dispor do lesado um veículo de substituição, faça este o uso que fizer do veículo nem que seja tê-lo estacionado em frente de casa permanentemente ao seu dispor.

Porque pode até dizer-se: **nota-se mais a falta das coisas, quando as coisas faltam.**

Ainda que o dano seja apenas o incómodo de não ter o lesado ao seu dispor o veículo que é seu, **o dano é um dano** que, ainda que nasça no simples património moral, se patrimonializou e ganhou uma nítida dimensão material, sobre cuja reparação dispõe agora também o art. 42º do Dec.lei nº 291/2007, de 21 de Agosto, que transpõe parcialmente para ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/14/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 11 de Maio, que altera as Directivas n.os 72/166/CEE, 84/5/CEE, 88/357/CEE e 90/232/CEE, do Conselho, e a Directiva 2000/26/CE, relativas ao seguro de responsabilidade civil resultante da circulação de veículos automóveis (“5.ª Directiva sobre o Seguro Automóvel”) e cujo art. 42º dispõe sobre o “veículo de substituição”.

Sem prejuízo de o lesado alegar e provar outros e mais substanciais prejuízos sofridos com a paralisação do seu veículo, ao menos este dano existe e tem que ser reparado. E é fácil basta saber de quanto custa o aluguer de um veículo automóvel do mesmo tipo se é que, nos dias de hoje, isso mesmo não é, para quem julga, um **facto notório.**

Já vai longo o tempo e é preciso terminar.

O que me abre a porta para dizer que considero fundamental no exercício da judicatura a permanente disponibilidade para a atenção ao **outro**, para **se pôr na pele do outro.**

Teremos tanto mais capacidade para encontrar no direito o caminho da vida, quanto mais formos capazes de **pensarmo-nos** no lado do destinatário da Justiça.

Deixarei duas últimas notas:

1 – sim ou não pode o cônjuge da vítima que ficou impotente peticionar o dano da perda do seu direito ao débito conjugal?

A resposta começou por ser **não**, à invocação do texto do art. 496º do CCivil – o cônjuge não morreu, ficou apenas impotente e o direito à indemnização por danos não patrimoniais reflexos só em caso de morte é reconhecido no artigo.

Que **sim**, é agora a jurisprudência que se vai firmando para responder a uma necessidade dos dias hoje, ora afirmando a natureza directa (e não reflexa) do dano do cônjuge, ora afirmando a urgência de não ver afirmada através do nº 2 do artigo uma interpretação restritiva do seu nº 1 (ver acórdãos de 26 de Maio de 2009, na revista nº 3413/03, 1ª secção e de 8 de Setembro de 2009, na revista nº 2733/06, 6ª secção).

Em sentido contrário, porém, em 17 de Setembro de 2009, o acórdão na revista nº 292/1999-S1, 6ª secção, embora com dois votos de vencido.

Um deles acentuando, com total a propósito, algo que me parece essencial – «O apelo aos trabalhos preparatórios e à rejeição duma proposta do Prof. Vaz Serra para alteração da redacção deste preceito por parte da comissão não me parece decisivo, pois se passaram cerca de 43 anos sobre esse tempo, com alterações políticas, sociais e económicas radicais».

E chamando a atenção:

«se todos estavam de acordo em que a situação provada nos autos assume gravidade idêntica à da morte do lesado, por igualdade de razões lhe deve ser aplicado o regime previsto no art.º 496º n.º 3 (2ª parte) do CCivil».

E na verdade, se o débito conjugal é um direito de cada um dos cônjuges, alguma coisa morre quando o outro fica impossibilitado de cumprir o seu dever. Alguma coisa morre no património do cônjuge.

2 – E os nascituros, cabem ou não na previsão do art. 496º do CCivil?

O STJ, em acórdão de 17 de Fevereiro de 2009, no proc. nº 08A2124, in www.dgsi.pt/jstj, embora com dois votos de vencido, entendeu que não.

Mas pergunto-me: não fará o Pai (ou a Mãe) tanta falta ao filho que vai nascer como àquele que já nasceu?

E se o filho já concebido e que vai nascer, se nascer, tem capacidade sucessória, herdará de seu pai (ou mãe), por exemplo, a indemnização da perda da vida e será titular do direito à indemnização que reponha no seu património aquilo de que precisa e que seu pai (ou mãe) deixou de poder prestar-lhe, porque não há-de ser compensado da dor suprema da ausência do pai (ou da mãe) com a qual vai inexoravelmente confrontar-se?

A Portaria nº 37772008 pode ajudar-nos neste caminho.

Pois se reconhece, como reconhece, a individualidade do **feto** que se perdeu para autonomamente indemnizar os pais por essa perda, como poderemos

sustentar que se o filho nasce com vida deixará de ser considerado na sua individualidade própria?

Para isto (nos) serve a Portaria – para nos ajudar no bom caminho (e só no bom caminho) e provavelmente também para assegurarmos uma terminologia comum que possibilite que saibamos do que falamos quando falamos.

Tenho dito

Resumo: Dano não patrimonial – quantificação

Estar atento à vida e à mudança, e procurar sempre em cada momento (dentro da lei que tem ao seu dispor e dos mecanismos de interpretação e integração que ela lhe fornece) o caminho da Justiça é o primeiro e primacial dever do Juiz.

Na quantificação do dano não patrimonial só à equidade o Juiz se pode acolher, podendo dizer-se que ainda bem que assim é porquanto a vida não cabe dentro de uma aritmética pura e simples e é importante que o Juiz faça a mediação entre o direito e a vida.

Esta mediação é uma tarefa de criação que não pode viver isolada das criações que ocorrem lado a lado - os juízes dos tribunais inferiores com um exigente e aprofundado conhecimento dos caminhos (qualitativos e) quantitativos seguidos pelos tribunais superiores, estes sem a tentação do desrespeito ou displicência perante os juízos assumidos pelos tribunais inferiores, tantas vezes formulados após uma penosa actividade individual.

Olhando a quantificação do dano:

- da banda do lesado (na apreciação do dano e da gravidade que justifique a intervenção do direito) há-de estar um padrão médio de sensibilidade;

- do lado do lesante há-de atentar-se na maior ou menor ilicitude da conduta, no maior ou menor grau de culpa, na maior ou menor intensidade da ofensa (tudo, em primeiro lugar, para atingir a compensação adequada ao dano provocado; se for o caso também para traduzir o juízo de censura que o comportamento do lesante mereça e que desmotive outros potenciais lesantes).

Funciona na quantificação o princípio do pedido. Mas o pedido entendido como pedido global, ficando livre o julgador para livremente se movimentar dentro dos pedidos parcelares cujo somatório seja aquele pedido.

O que é essencial nesta matéria é sentir o dano; qualificá-lo (patrimonial ou não patrimonial) será, as mais das vezes, questão de somenos – são frequentes as situações em que o dano, na origem não patrimonial, como que se patrimonializa, e o reverso também é verdadeiro.

Palavras-chave: Dano não patrimonial; quantificação do dano; equidade; compensação; reavaliação.

Abstract: Non-material damages – the quantum of damages

Being attentive to life and the changes it brings, and seeking out (always within the available law and the mechanisms for interpreting and integration provided by it) the path of Justice is the first and foremost duty of a judge.

In quantifying non-material damage judges must rely on equity. One might say that it is just as well, since life cannot be reduced to simple arithmetic, and it is important that judges achieve a balance between law and life.

Arriving at this balance is a creative task that cannot exist in isolation from the creations that occur alongside it. Judges of inferior courts should have deep and thorough knowledge of the (qualitative and) quantitative paths followed by the superior courts and these, in turn should take care not to give in to the temptation of disrespecting or adopting a nonchalant attitude with regard to the judgments of the inferior courts, which are often only formulated after painstaking individual activity.

By examining the quantification of non-material damages:

- with regard to the victim (in assessing the damages and gravity involved) there must be an average standard of sensibility;
- with regard to the wrongdoer, the degree of unlawfulness of the act, the degree of blame and the degree of intensity of the wrongdoing must all be considered in order to arrive at the appropriate compensation for the damage caused. Where applicable, it can also express the court's severe disapproval of the wrongdoer's behaviour so as to deter potential future wrongdoers.

The principle of remedy is taken into consideration in quantification. However, a claim is regarded as a whole, meaning that the judge can freely move from one specific request to another, which together make up the claim.

Finally, it is essential to feel the damage; qualifying it (as material or non-material) is more often than not a minor issue – there are frequent cases in which the damage, which is not material in origin, so to speak, “materialises” and the opposite is also true.

Keywords: Non-material damages; quantifying the damages; equity; compensation; revaluation.

Pedido de separatas:

JOÃO PIRES DA ROSA
jpiresdarosa@sapo.pt

Biomecánica de lesiones: utilidad en la valoración del daño corporal

Hernando Lorenzo AE¹, García-Nieto Gómez-Guillamón F¹, Menchaca Anduaga A²

Introducción

La biomecánica de las lesiones, trata de explicar los mecanismos de producción de lesiones corporales en el ser humano mediante la aplicación de los conocimientos de diversas ciencias que determinando los factores humanos y físicos que han podido intervenir en la producción del accidente, la dirección principal de fuerza, la intensidad de las fuerzas que se han liberado en una determinada colisión, la resistencia de los diversos tejidos del cuerpo humano y la protección determinada por dispositivos de seguridad pasiva (cinturones de seguridad, bolsas de aire y asientos de seguridad infantil en automovilistas, cascos en motoristas o ciclistas, etc.), explican la aparición de un tipo u otro de lesiones. En algunos casos será posible determinar con certeza o excluir con certeza una determinada hipótesis relativa al mecanismo de producción de las lesiones, y en otros casos (pocos), será asimismo imposible determinar la forma de producción de las lesiones. Sin embargo, en la mayoría de casos sí que será posible establecer una explicación de la forma de producción de las lesiones, y sobre todo, determinar una probabilidad de que estas lesiones se hayan producido de una forma concreta, así como también se podrá explicar que habría podido ocurrir en el caso de que hubiesen intervenido elementos distintos a los que estaban presentes en el accidente en estudio.

La aplicación de la biomecánica a la reconstrucción de accidentes de tráfico, viene realizándose de manera habitual en determinados países de nuestro entorno socio-económico y constituye una herramienta técnica muy valiosa para

¹ Servicio de Medicina Intensiva, H. U. 12 de Octubre, Madrid

² Dirección de Enfermería, SUMMA 112, Sistema de Emergencias Comunidad Autónoma de Madrid

establecer bases firmes, sólidas y rigurosas desde el punto de vista pericial para comprender las causas y efectos de los accidentes, así como para mejorar las prácticas asistenciales de emergencia a los accidentados.

La biomecánica aplicada a los accidentes comenzó con Sir Hugh Cairns, quien describió durante la 2ª Guerra Mundial, al principio de la contienda, que los motoristas del ejército británico que utilizaban casco, sufrían lesiones craneo-encefálicas menos graves que los que no lo usaban. Ello determinó una normativa de utilización obligatoria del casco en los motoristas militares británicos (Maartens).

En 1959, Nils Bohlin, un ingeniero de seguridad de la casa Volvo, en Suecia, inventa el moderno cinturón de seguridad en tres puntos; en 1967, se introduce el asiento de seguridad infantil en sentido contrario a la marcha, desarrollado por Volvo en colaboración con el Profesor Bertil Aldman del Consejo Nacional Sueco para la Investigación de Seguridad Vial. (R&D milestones of the Volvo Group).

En 1966, la NHTSA (Administración Nacional para la Seguridad del Tráfico en Carreteras) de los EE.UU, dictó una serie de normas federales para aumentar la seguridad en los automóviles, (Highway Safety Act of 1966).

En este mismo país, los trabajos de Stapp sobre tolerancia a aceleraciones en el cuerpo humano habían sentado bases para la investigación. Otras investigaciones han tratado de determinar mayores niveles de resistencia humana al choque, mediante utilización de dispositivos de seguridad para automovilistas y motociclistas, y que son básicos para el progreso en este campo (Viano, Wismans, Thibault,)

Utilidad de la biomecánica

En el caso concreto de lesiones producidas en accidentes de tráfico, el estudio de Biomecánica de lesiones, podría ser útil, entre otros casos, para:

1. Determinar por el tipo de lesiones sufridas conociendo el resto de circunstancias (tipo de accidente, hora y lugar de su producción, tipo, modelo y número de vehículos involucrados, número, edad, sexo, etc.), la posición que ocupaban las personas lesionadas, en el interior del vehículo. Si fueron encontradas fuera del vehículo, -eyección-, trata de explicar la importancia de no utilización de dispositivos de fijación, de uso obligatorio.

El análisis del tipo de asistencia médica recibida, tanto en fase pre-hospitalaria como hospitalaria (Soporte Vital Básico, SVB, o Soporte Vital Avanzado, SVA), y el tiempo dedicado a la atención, la necesidad

- de rescate o no, etc., son aspectos que pueden indicar la gravedad potencial o real del accidente.
2. Asimismo, en colisiones entre vehículos o colisión con vehículo único, según el tipo de colisión, frontal con o sin oblicuidad, fronto-lateral, alcance, vuelco -con choque de rueda contra obstáculo o sin él-, atropello, accidente con vehículos de dos ruedas, se podría tratar de determinar la posición que ocupaban las víctimas, conductor y pasajero, en el momento de producirse el accidente.
 3. Se podría también tratar de determinar si se produjo la utilización o no de cinturón de seguridad o casco por alguno de ellos y las lesiones correspondientes, tanto las que se hubiesen debido a estos dispositivos de seguridad pasiva, como el nivel de protección que habrían conferido, caso de haber sido usados correctamente.
 4. Sería posible en determinados casos, establecer la influencia de determinados tóxicos sobre la conducción.
 5. Los factores humanos (atención, percepción, etc.,) alterados por condiciones fisiológicas o provocadas, así como por enfermedades, podrían explicar en determinados casos su influencia sobre la producción y efectos del accidente, debido a alteraciones en el rendimiento y en el comportamiento.
 6. Existiría la posibilidad de determinar, en el caso de colisiones múltiples, y bajo determinadas circunstancias, la producción de lesiones determinadas en fases diferentes del accidente.
 7. En casos de accidente tipo vuelco, y en conjunción con los estudios de ingeniería, se podría discutir la influencia del tipo de vehículo, el número de personas ocupantes del mismo, etc., en la producción del vuelco y en sus efectos sobre las lesiones sufridas.
 8. Podría servir como un elemento muy útil de control de calidad asistencial, para determinar la existencia de un posible daño sobreañadido a la víctima, en función de circunstancias asistenciales.

Los casos anteriores, serían aplicables a “siniestros graves”, por la importancia de sus efectos, considerando cada caso individualmente. Por otra parte, existen siniestros que aunque considerados aisladamente no supondrían una repercusión económica importante, sí que lo podrían ser por su frecuencia, como es el caso de accidentes por alcance, o los accidentes denominados “a baja velocidad”. En estos casos, la determinación del umbral mínimo lesivo, así como la influencia de otros factores, podría ser importante a la hora de establecer relaciones o nexos de causalidad.

En los atropellos a peatones o ciclistas, el establecer la velocidad de impacto, en base a las lesiones encontradas, así como evitar o no el atropello, puede ser un elemento determinante para establecer responsabilidades.

Problema socio-económico de las lesiones producidas en accidentes de tráfico en España

La importancia del trauma como enfermedad social, viene dada por la morbilidad y mortalidad que supone. Se considera la enfermedad traumática como la tercera causa de mortalidad en la población adulta después de las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias, pero si se considera por grupos de edad, en la población joven constituiría la primera causa de mortalidad (entre los 15 y los 30 años). Dentro de las causas de la enfermedad traumática, en los países industrializados destacan los accidentes y dentro de ellos los accidentes de tráfico.

Según UNESPA (2007), la totalización al 100% de los datos de la base relativos a los años más completos en el periodo 2004/2006, sugiere que el número de lesionados con secuelas permanentes tras lesiones sufridas en accidentes de tráfico, puede situarse en los años más intensos en el entorno de los 260.000 a 290.000.

En España en el año 1997 se produjeron 5604 muertes por accidentes de tráfico, y el número de heridos supuso 270.575. En el año 1998, se habría producido un incremento de un 6,2% en el número de muertos hasta el 31 de Diciembre, respecto a la misma fecha del año anterior -DGT-. (RUZA).

En los últimos años, y debido a una serie de medidas y circunstancias, se ha producido en España una reducción en la siniestralidad y en el número de muertos y heridos. Así, en el año 2004 habrían muerto en accidentes de tráfico en carretera 3.036 personas.

En el año 2010 se produjeron en España 85.503 accidentes de circulación con víctimas, entendiéndose como tal aquél en el que una o varias personas resultan muertas o heridas y está implicado al menos un vehículo en movimiento. En esos accidentes fallecieron 2.478 personas dentro de los 30 días siguientes al accidente y 120.345 resultaron heridas, de las cuales, 11.995 lo fueron gravemente, es decir, necesitaron más de 24 horas de hospitalización. El índice de gravedad de los accidentes en el año 2010 fue de 2,9 muertos por cada 100 accidentes con víctimas y el de letalidad de 2,02 muertos por cada 100 víctimas. En el año 2010, en el 7,8% de los accidentes mortales hubo más de un muerto y en el 0,4% de ellos hubo más de tres.

La importancia de los accidentes de tráfico como productores de lesiones viene dada, entre otras razones, por su especial incidencia en el grupo de población joven. En cuanto a la distribución por tipos, y también refiriéndonos a España, las víctimas mortales por accidentes de automóvil suponen más de la mitad de víctimas totales, las muertes en accidentes de motocicletas y ciclomotores alrededor del 17% y las muertes en atropellos a peatones supusieron el 18% de víctimas mortales, observándose una tendencia al aumento de este tipo de víctimas.

La siniestralidad por accidentes de tráfico suponía en España, en 1997, un coste para las aseguradoras de casi 800.000 millones de las antiguas pesetas y de ellos casi 300.000 millones correspondieron a daños personales. (Hernando). Para dar una idea de lo que suponen los accidentes de tráfico en el mundo, una previsión estima que si en el año 1990 se producían alrededor de 150.000 muertos por accidentes de tráfico en los países industrializados y alrededor de 350.000 en los países en vías de desarrollo, para el año 2020 se mantendría en cifras similares la mortalidad en el mundo industrializado, pero en los países en vías de desarrollo se alcanzaría un número próximo a los 2.000.000.

A ello contribuirían el alto crecimiento demográfico en éstos países; Pakistán tiene una tasa de crecimiento anual próxima al 3%, la deficiente infraestructura viaria y el parque automovilístico que crecerá considerablemente.

Es decisivo el papel de los médicos y personal de enfermería que se dedica a la asistencia al trauma, con una mentalidad dirigida a la prevención de estos accidentes. Se podrían convertir así en agentes activos de salud, mediante su influencia en la modificación de conductas que favorecen la producción de los accidentes, tales como intervenciones dirigidas a una reducción en la ingesta de alcohol en los conductores y en la población en general. Se ha considerado que el alcohol intervendría como agente productor o facilitador en más de 1/3 parte de los accidentes mortales de tráfico. En los accidentes de tráfico, la mayoría de lesiones se deben a trauma cerrado. Es fundamental para el personal sanitario que atiende a las víctimas del trauma grave tanto en el ambiente pre-hospitalario como en el hospitalario, comprender los mecanismos lesivos y la biomecánica que rige la producción de estas lesiones, para tomar la conducta adecuada en lo que se refiere a la asistencia médica, realizando la aplicación de medidas de soporte vital avanzado y orientando las pruebas diagnósticas oportunas, realizadas en el “centro útil”, centro adaptado en cuanto a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas, a la patología del paciente, para reducir la mortalidad y morbilidad. Así, si un médico o personal sanitario que atienden en el ambiente extrahospitalario un traumatismo, entienden que bajo un tórax que ha sufrido un impacto de alta energía, se pueden haber producido lesiones internas, aún en ausencia de lesiones externas evidentes, dirigirá a ese paciente a un centro que pueda detectar una posible lesión de grandes vasos intratorácicos y tratarla oportunamente. En este sentido, se han desarrollado protocolos asistenciales a los accidentados de tráfico en Florida, EEUU, (Augenstein), que en función de las características del impacto, la posición de la víctima en el vehículo, las deformaciones del vehículo, etc., establecen un riesgo de haber sufrido lesiones graves, ej. rotura traumática de aorta, y establecen prioridades asistenciales. La Escala SCENE, se basa en los parámetros siguientes:

S: *steering wheel deformation* o deformación del volante. Si, a pesar del airbag, el volante se deforma, quiere decir que el impacto fue de gran energía.

C: *close proximity of driver to wheel*, o frontal collisions. Si el conductor está muy cerca del volante, se ocasionan lesiones cuando se activa el airbag; además, en algunos choques el cuerpo se va hacia adelante antes de que aquel se infle, con gran riesgo de lesiones internas en el tórax. Son de riesgo los conductores de pequeña estatura o circunferencia craneana grande, y los ancianos.

E: *energy*, es decir, la energía de la colisión. En impacto frontal, 40 cm o más de hundimiento indican que probablemente el impacto fue de alta energía; en cambio, en impacto lateral se sospecha lo mismo con 25 - 32 cm.

N: *no seat belt* o no tener puesto el cinturón de seguridad es un factor alto de riesgo.

E: *eyewitness report*, si hay testigos presenciales o fotográficos de que la persona quedó inconsciente, aunque luego esté alerta, también es un factor de riesgo.

Las leyes de Newton, principio de la mecánica, son de mucha utilidad para comprender las lesiones en los accidentes y su gravedad, las diferencias significativas, tanto en la masa como en la velocidad entre los dos cuerpos que soportan el choque, lo que se denomina incompatibilidad. En los accidentes de tráfico, sería grave, por ejemplo, una colisión entre un autocar y un automóvil, o un atropello a un peatón por un ciclista bajando una cuesta a elevada velocidad.

Las lesiones se producen cuando una determinada estructura corporal ve superado su límite de resistencia por la energía a que ha sido sometido. Si dejamos caer un huevo sobre una superficie dura, se romperá la cáscara, siempre que la altura desde la que haya caído sea de una dimensión determinada. Si interponemos entre esa superficie dura y el huevo, alguna superficie elástica deformable, como pueden ser almohadas, etc., parte de la energía cinética debida al movimiento del huevo al caer sobre los almohadones, se disipará en forma de energía térmica, en muy pequeña cuantía, debida al rozamiento, y en una deformación de las moléculas de las almohadas, al ser estructuras flexibles, quedando una energía residual que es inferior a la resistencia de la cáscara del huevo, por lo que éste no rompe.

Esa dispersión de la energía cinética, tanto en el espacio como en el tiempo, son determinantes para reducir la gravedad de las lesiones y pueden suponer la diferencia entre sobrevivir o no. En este principio se basan dispositivos tan eficaces como el cinturón de seguridad o el "air-bag". El cinturón de seguridad reparte la energía producida en el curso de una deceleración brusca, sobre una superficie amplia del cuerpo, al apoyar una banda de fibra de una anchura determinada sobre estructuras resistentes relativamente, tales como la clavícula y la cresta ilíaca, banda oblicua, y entre las dos cresta

ilíacas, banda transversal abdominal. La incorrecta disposición del cinturón de seguridad sería a su vez origen de lesiones.

Las lesiones se producen cuando una determinada estructura corporal ve superado su límite de resistencia por la energía a que ha sido sometido. Si dejamos caer un huevo sobre una superficie dura, se romperá la cáscara, siempre que la altura desde la que haya caído sea de una dimensión determinada. Si interponemos entre esa superficie dura y el huevo, alguna superficie deformable, como almohadas, etc., parte de la energía cinética debida al movimiento del huevo al caer sobre los almohadones, se disipará en forma de energía térmica, en muy pequeña cuantía, debida al rozamiento, y en una deformación de las moléculas de las almohadas, al ser estructuras flexibles, quedando una energía residual que es inferior a la resistencia de la cáscara del huevo, por lo que éste no rompe. Esa dispersión de la energía cinética, tanto en el espacio como en el tiempo, son determinantes para reducir la gravedad de las lesiones y pueden suponer la diferencia entre sobrevivir o no. En este principio se basan dispositivos tan eficaces como el cinturón de seguridad o el air-bag. El cinturón de seguridad reparte la energía producida en el curso de una deceleración brusca, sobre una superficie amplia del cuerpo, al apoyar una banda de fibra de una anchura determinada sobre estructuras resistentes relativamente, tales como la clavícula y la cresta ilíaca, banda oblicua, y entre las dos cresta ilíacas, banda transversal abdominal. La colocación incorrecta del cinturón de seguridad sería a su vez origen de lesiones. También, aspectos tales como la carga de agua o carga mineral del hueso, la disposición de las fibras musculares, etc., explican la producción de diferentes lesiones.

Los mecanismos de lesión corresponden a uno de los cinco siguientes, sean aislados o combinados.

Flexión: Suelen producir fracturas transversales.

Extensión: Pueden producir también fracturas transversales y/o luxaciones articulares.

Tracción: Suele producir desgarros cutáneos, musculares, luxaciones, etc.

Compresión: Se debe a la aplicación de una fuerza en sentido longitudinal, como en el caso de un nadador que se tire de cabeza a una zona con poca agua, quedando su cabeza comprimida contra el suelo por el resto del cuerpo que la empuja, produciendo un fenómeno de émbolo, pudiendo producirse fracturas o lesiones cervicales. Este mecanismo explica las fracturas por estallido de cuerpo vertebral.

Torsión: Suele producir fracturas espiroideas. Caso típico del esquiador, cuyo esquí queda atrapado fijo, produciéndose un giro brusco de su cuerpo sobre la pierna que actúa de eje.

Accidentes de tráfico

En un accidente de tráfico en el que un automóvil colisiona contra un obstáculo, se produce un primer impacto o impacto inicial, que es el de el automóvil contra el objeto, sea éste fijo o móvil. El segundo impacto es el de los ocupantes contra alguna estructura interior del vehículo, caso de no salir despedidos, como puede ser el golpe contra el volante en el caso de un choque frontal de un conductor no sujeto por cinturón de seguridad. El tercer impacto, es el de los órganos internos entre sí, como ocurre por ejemplo, en el caso que mencionábamos si además del impacto del tórax contra el volante se produce el impacto de la cabeza contra alguna estructura interna del vehículo.

Éste impacto de los órganos internos entre sí, tiene importancia para explicar la producción de lesiones de golpe y de contragolpe. Por ejemplo, si el encéfalo, que está contenido en el interior del cráneo, una estructura dura e inextensible, golpea tras una desaceleración brusca, produciéndose el impacto de los lóbulos frontales, protegidos parcialmente por las meninges, contra la parte interna del hueso frontal, se podrán producir hematomas o focos de contusión frontales, pero si además consideramos que la zona occipital se ha visto sometida a un fenómeno de tracción tras el desplazamiento, que puede haber producido un desgarro de los vasos sanguíneos que unen el encéfalo con las meninges, se podrá producir también en el mismo accidente un hematoma subdural occipital o una hemorragia subaracnoidea a dicho nivel, o una contusión del lóbulo occipital, al volver el encéfalo hacia atrás. Por otra parte, otros mecanismos, tales como aceleración-desaceleración muy intensas del encéfalo en el interior del cráneo, explican lesiones tipo hematoma subdural, lesión axonal difusa, etc.

Mecanismos lesivos en accidentes de tráfico

Se describen clásicamente, en lo que se refiere al vehículo, accidentes de automóviles, motocicletas y ciclomotores, bicicletas, camiones y autobuses y atropellos a peatones.

Según la dirección de impacto los accidentes de automóvil se clasifican en choques frontales, choques laterales, colisiones por alcance, vuelcos y atropellos.

Colisiones o choques frontales

El desplazamiento de los ocupantes delanteros de un automóvil en el caso de choque frontal, y si no van sujetos por cinturón de seguridad, puede

referirse a conductor o acompañante, en los que el desplazamiento sigue en general una de dos posibles formas: El desplazamiento abajo y debajo (inmersión) en el cual se produce un impacto inicial de las rodillas contra el salpicadero, pudiendo producirse fracturas conminutas de rótula, fractura diafisaria a uno o más niveles de fémur, y posible fractura-luxación posterior de cadera, por rotura de la ceja posterior del cotilo (debe tenerse en cuenta la proximidad del nervio ciático a éste nivel, que puede lesionarse). Las lesiones en los pies suelen producirse bien por atrapamiento de los pies y los tobillos contra los pedales, o bien, por deformación brusca del panel metálico inclinado sobre el que reposan los pies, transmitiéndose una sobrecarga axial brusca con producción de fractura de metatarsianos, fracturas uni, bi o trimaleolares de tobillo, etc.

Temporalmente, el choque frontal suele detener el vehículo en aproximadamente unos 130-150 msec. Analizando este período, el impacto inicial de miembros inferiores contra el salpicadero se ha producido alrededor de los 50-60 msec. Unos 15-20 msec después, el tórax golpea contra el volante, pudiendo producirse fracturas costales con o sin "volet" costal, fracturas esternales y lesión de órganos internos intratorácicos por compresión y por desaceleración.

En el desplazamiento tipo arriba y encima, el cuerpo tiende a salir en una dirección oblicua y hacia arriba, golpeando la cabeza contra el parabrisas, espejo retrovisor o marco interno del parabrisas. Dependiendo de la posición del cuello, en mayor flexión o extensión, se podrán producir además de fracturas craneales y lesiones encefálicas, lesiones cervicales de diverso tipo que pueden condicionar lesiones inestables de columna o lesiones medulares altas. El cinturón de seguridad, evitaría estos tipos de desplazamiento, disminuyendo por tanto la posibilidad de ocurrencia de las lesiones mencionadas. El "air-bag" o bolsa de aire, es un dispositivo que se activa al detectarse una deceleración de una determinada intensidad (en coches norteamericanos a una deceleración en el plano frontal superior a la correspondiente a impactos a velocidades superiores a 16 Km/h y en los automóviles europeos a más de 30 Km/h, sin superar una determinada oblicuidad, en general, menor de 30°. Sentada esta deceleración brusca, un dispositivo pirotécnico pone en ignición unos gases acumulados en el interior de una bolsa que producen el hinchado rápido de la bolsa de aire, a una velocidad superior a 300 Km/h, y que se interpone entre el cuerpo del conductor y el volante. Este hinchado se produce aproximadamente a partir de los primeros 16-20 msec tras el impacto, es decir, unos 40 msec antes de que el tórax de el conductor haya comenzado a desplazarse hacia delante, impidiendo, por tanto, el contacto con el volante, aumentando aproximadamente entre un 7% y un 17% las posibilidades de supervivencia del conductor en caso de choque frontal, caso de ir sujeto por el cinturón de seguridad, ya que el air-bag no sustituye al cinturón de seguridad, sino que lo complementa.

El airbag es un dispositivo que complementa al cinturón de seguridad, y así se exprese en sus siglas en inglés, **SRS**, *Supplemental Restraint System*, o sistema de sujeción complementario. El desplazamiento hacia delante del tórax y la cabeza del conductor, aún en el caso de ir sujetos por cinturón de seguridad, puede no evitar su contacto contra el volante, salpicadero, parabrisas, etc.

La diferencia de masas en un choque frontal entre dos vehículos que circularan con la misma velocidad y en sentido contrario, explicaría la mayor mortalidad en los ocupantes del vehículo de menor peso. En el caso del acompañante, los desplazamientos serían similares, con la diferencia de que el impacto no sería contra el volante sino contra el salpicadero o el parabrisas, y que no habría pedales. El uso o no del cinturón de seguridad y la activación o no de airbag, determinarán diferente tipo y gravedad de lesiones.

Debe tenerse en cuenta el concepto de cambio de velocidad o *delta-V*, que se produce en el vehículo tras la colisión. En un impacto accidental, si el automóvil lleva una velocidad de 50 km/h, en una décima de segundo pasa a 0. Así ocurre habitualmente en las colisiones frontales, por lo que cuando los ocupantes de un turismo no van asegurados por el cinturón, que retrasa su detención, golpearán contra estructuras del interior del vehículo con gran violencia, sufriendo lesiones graves. Dadas las características mecánicas de los automóviles, las zonas de absorción de energía son diferentes, y, en caso de colisión, a igualdad de cambio de velocidad posterior al impacto (*delta-V*), es más grave una colisión por embestida lateral que una colisión frontal, sobre todo para los ocupantes del lado próximo al impacto. Se puede tener una idea aproximada de la gravedad de la colisión y de la velocidad que llevaba el vehículo, por el grado de aplastamiento de éste, aplicando la siguiente regla empírica, por cada 2,5 cm de aplastamiento hay un km/h de *delta-V*. Siguiendo esta ecuación, cuando el aplastamiento es menor de 20 cm, seguramente el impacto fue a baja velocidad y la lesión no será muy grave. Entre 20 - 40 cm de hundimiento significa que el impacto fue importante y que probablemente hubo lesiones de los ocupantes y con más de 40 cm de hundimiento los accidentes son muy graves.

Colisiones o choques laterales

En el caso de choque lateral, y a igualdad de velocidad de impacto por el automóvil incidente, las lesiones son más graves que en el choque frontal, al estar más próximo el cuerpo del conductor al automóvil incidente y/o a las estructuras internas de la puerta que es deformada, produciendo su intrusión. Así, golpea directamente el hemitórax correspondiente al lado que ha sufrido el impacto, siendo, en general más graves las lesiones en los

ocupantes del lado próximo al impacto que en los del lado lejano. Se suelen producir fracturas costales en ese hemitórax con lesiones intratorácicas, fracturas de pelvis, así como lesiones abdominales, y lesiones craneoencefálicas, debidas a que el movimiento de la cabeza es de inclinación lateral, tendiendo a acercarse al automóvil incidente, según la tercera Ley de Newton, pudiendo golpear la cabeza contra la ventanilla, el marco de la puerta o incluso el capot del automóvil que golpea. Las lesiones torácicas son mas frecuentes que las abdominales.

Debe recordarse la asociación de lesiones, de forma que fracturas costales altas, de la primera a la tercera, al estar muy protegidas indicarían un mecanismo de alta energía de impacto, pueden asociarse a lesión de grandes vasos intratorácicos. Las fracturas costales medias pueden producir contusión pulmonar, contusión miocárdica, etc. Las fracturas costales bajas, de la novena a la décimo segunda, pueden producir rotura hepática en el lado derecho, rotura esplénica en el lado izquierdo o rotura diafragmática. Las estructuras circulares suelen partir a dos niveles, similar a lo que ocurre al comprimir un aro modelo "hoola-hoop" contra el suelo, por lo que deben buscarse fracturas a dos niveles en costillas, en pelvis, etc.

Colisión por alcance

En el caso de una colisión por alcance posterior, muy frecuente en ámbito urbano, el cuerpo tiende a dirigirse hacia delante por transmisión de la energía del vehículo incidente al respaldo del asiento y a los ocupantes del automóvil alcanzado. Este desplazamiento solidario del asiento con el tronco, no se ve acompañado del mismo movimiento en la cabeza, que debido por una parte a que tiene el centro de gravedad en una situación relativamente posterior, y a que tiende a retardar su movimiento respecto al del tronco, pivotaría hacia atrás sobre el cuello, produciendo una hiperextensión, lo que se podría evitar mediante el reposacabezas situado adecuadamente. Se producen lesiones en cuello, que generalmente afectan a las partes blandas, constituyendo el denominado "esguince cervical".

Vuelco

Si el ocupante de un automóvil que vuelca no está sujeto por el cinturón de seguridad, puede golpear con cualquier parte del interior del compartimento del vehículo y producirse lesiones craneales y de cuello por impacto contra el techo. Son frecuentes las lesiones de columna vertebral, fracturas o luxaciones vertebrales con o sin daño medular.

Los equipos de asistencia médica a víctimas de accidentes que han sufrido un vuelco, deben extremar las medidas de control de columna cervical y de

inmovilización del resto de columna, guardando un alto índice de sospecha de posibilidad de lesiones a éste nivel. El vuelco puede acompañarse de expulsión del vehículo, lo cual agrava enormemente el accidente, ya que la mortalidad de los ocupantes despedidos es entre cuatro y seis veces superior respecto a si permanecen en el interior del vehículo.

Atropello

En los atropellos, el factor mas decisivo para determinar la gravedad de las lesiones sufridas por el peatón, es la velocidad del vehículo en el momento del golpe. A igualdad de velocidad, la energía liberada dependerá de la masa, siendo más grave por tanto el atropello por vehículos pesados que por vehículos más ligeros. Influye también la posibilidad de deformación de la estructura que golpea al peatón, y así los parachoques deformables, de materiales plásticos, son menos lesivos que los parachoques de automóviles antiguos, fabricados con metal. En el atropello se distinguen cuatro fases.

La primera fase es el impacto de la parte más saliente del automóvil, generalmente el parachoques, contra extremidades inferiores. Si existe frenada previa, suele descender unos centímetros el punto de impacto que también vendrá determinado por la talla del peatón. Se producen fracturas abiertas o cerradas de tobillo, tercio medio de pierna o en rodilla, en este caso deberá prestarse atención a posibles lesiones vásculo-nerviosas del hueco poplíteo. También son frecuentes las fracturas de peroné a nivel de cabeza con lesión del nervio ciático poplíteo.

El segundo impacto se produce por el golpe de la cadera contra el borde del capó, pivotando lateralmente la parte superior del cuerpo, pudiendo golpear el tórax contra el capó y el hombro o la cabeza contra el parabrisas o el marco del parabrisas, siendo en este caso más graves las lesiones dada la rigidez de esta estructura.

El tercer impacto se produce por la caída del peatón al suelo, que puede producirse en posiciones atípicas, resultando fracturas o luxaciones articulares de diversos tipos.

Finalmente, el automóvil puede pasar por encima de la víctima produciéndose un tatuaje de los neumáticos sobre la piel y aplastamiento de miembros o de otra parte del cuerpo, o arrastrarla, produciéndose erosiones y quemaduras cutáneas por fricción y se puede producir tatuaje por impregnación de asfalto en la piel.

El atropello supone un impacto lateral para la víctima, en más del 90% de casos. Los atropellos a baja velocidad y dando marcha atrás el vehículo pueden producir lesiones leves, pero que pueden resultar relativamente incapacitantes.

Accidentes de motocicleta y ciclomotor

Afectan en general a población joven y suponen en España alrededor del 17% de víctimas mortales en accidentes de tráfico. La lesiones principales consisten en contusiones, erosiones y fracturas de miembros inferiores, que pueden producirse por impacto directo contra otro vehículo en el momento del choque, por caída secundaria y golpe en el momento de deslizar por el suelo o salir proyectados por el aire, o en el caso de choque frontal contra un obstáculo fijo, al salir proyectado el conductor por el manillar; dado que el centro de gravedad de la moto suele estar situado algo detrás del eje delantero. En este tipo de impacto, la moto tiende a levantar la rueda delantera, por lo que el conductor golpea con ambos muslos sobre el manillar, produciendo fracturas diafisarias de ambos fémures.

En el caso de tratar de pasar entre un espacio estrecho, como puede ser entre dos automóviles, puede producirse un abducción forzada de caderas, con diástasis de sínfisis púbica y fractura pélvicas o de fémur asociadas; este tipo de lesiones en pelvis también se han descrito tras impactos frontales, al golpear con la zona inguinal contra el depósito de combustible. Se han descrito fracturas de ambas clavículas por impacto del casco sobre ellas en caídas de motoristas. Son frecuentes las abrasiones y heridas cutáneas por rozamiento y los desgarros amplios de piel con heridas profundas por impacto contra las barras de fijación de las barreras laterales en las carreteras.

Mención especial merecen los traumatismo cráneo-encefálicos y faciales en motoristas. El casco supone el mejor dispositivo de seguridad pasiva para motoristas y reduciría la mortalidad y producción de lesiones graves en alrededor del 29% (Evans). Puede producirse también lesión encefálica grave, lesión axonal difusa, por un mecanismo de aceleración angular intensa sin existencia de fractura craneal.

Bibliografía

- Advanced Trauma Life Support. A Manual for Physicians American College of Surgeons – Committee on Trauma.
- The Abbreviated Injury Scale AIS. American Association of Automotive Medicine, Revision 85, Morton Grove, Illinois/USA.
- Augenstein J, Digges K y cols. Development and validation of the urgency algorithm to predict compelling injuries. The William Lehman Injury Research Center University of Miami School of Medicine, United States of America, Paper # 352.
- Daffner, RH, Deeb, ZL, Lupetin, AR, Rothfus, WE. Patterns of high-speed impact injuries in motor vehicle occupants. *J. Trauma* 28 (4):498-501, 1988.

- Dischinger PC, Siegel JH, Ho SM, Kufera JA. Effect of change in velocity on the development of medical complications in patients with multisystem trauma sustained in vehicular crashes. *Accident Analysis & Prevention*, Volume 30, Issue 6, November 1998: pp 831-837.
- Evans L, Frick M. Helmet effectiveness in preventing motorcycle driver and passenger fatalities: accident analysis and prevention. U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration, Vol. 20, Number 6, 1988.
- Hernando Lorenzo AE, Parise Methol J. Aspectos generales, biomecánica del trauma, en Cap. 97, pág. 1862 del libro Ruza F. Tratado de cuidados intensivos pediátricos. 3ª Ed., Vol. II, Ed. Norma-Capitel.
- Horton TG, Cohn SM, Heid MP, Augenstein JS, Bowen JC, McKenney, MG, Duncan, RC. Identification of trauma patients at risk of thoracic aortic tear by mechanism of injury. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*. 48(6):1008-1014, June 2000.
- Lestina DC, Williams AF, Lund AK, Zador P, Kuhlmann TP. Motor vehicle crash injury patterns and the Virginia seat belt law. *Journal of the American Medical Association*, 1991.
- Loo GT, Siegel JH, Dschinger PC. Airbag protection versus compartment intrusion effect determines the pattern of injuries in multiple trauma motor vehicle crashes. *J. Trauma* 41: 935-951, 1996.
- Maartens NF, Wills AD y cols. Lawrence of Arabia, Sir Hugh Cairns and the origin of motorcycle helmets. *Neurosurgery*, Jan. 2002: Vol. 50; N° 1: pp 176-180.
- Nance ML, Elliott MR, Arbogast KB, Winston FK, Durbin, DR. Delta V as a predictor of significant injury for children involved in frontal motor vehicle crashes. *Annals of Surgery*. 243(1):121-125, January 2006.
- Otte D, von Rheinhaben H, Zwipp H. Biomechanics of injuries to the foot and ankle joint of car drivers and improvements for an optimal car floor development. 35 Stapp Car Crash Conference, SAE 922514, 1992.
- Pattimore D, Ward E, Thomas P, Bradford M. The nature and cause of lower limb injuries in car crashes. Proc. 34 Stapp Car Crash Conference, SAE 912902, 1991.
- Richter M, Krettek C, Otte D, Wiese, B, Stalp M, Ernst S, Pape, H-C. Correlation between crash severity, injury severity, and clinical course in car occupants with thoracic trauma: a technical and medical study. *Journal of Trauma - Injury Infection & Critical Care*. 51(1):10-16, July 2001.
- R&D milestones of the Volvo Group.
- Siegel JH, Mason-Gonzalez S, Dschinger PC et al. Safety belt restraints and compartment intrusions in frontal and lateral motor vehicle crashes: mechanisms of injuries, complication, and acute care costs. *J. Trauma* 34, 736-759, 1993.
- Siegel JH, Mason-Gonzalez S, Dschinger PC et al. Causes and cost of injuries in multiple trauma patients requiring extrication from motor vehicle crashes. *J. Trauma* 35, 920-931, 1995.
- Siegel JH, Mason-Gonzales S, Cushing BM, Dischinger PC, Soderstrom CA, Read KM et al. A prospective study of injury patterns, outcomes and costs of high speed frontal versus lateral motor vehicle crashes. Proc. 34 AAAM, pp 289-313, 1990.
- Smith JA, Siegel JH, Siddiqi SQ. Spine and spinal cord injury in motor vehicle crashes: a function of change in velocity and energy dissipation on impact with respect to the direction of crash. *J. Trauma*. 2005 Jul; 59(1):117-31.

- Stapp JP (August 1948). Problems of human engineering in regard to sudden declarative forces on man. *Mil. Surg.* 103 (2): 99–102.
- Thibault LE, Gennerelli TA, Margulies SS, Eppinger MJR. (1990). The strain dependant pathophysiological consequences of inertial loading on central nervous system tissue, In Proceedings of the International Research Council on the Biomechanics of Impact (IRCOBI conference).
- UNESPA: Evidencias sobre la siniestralidad grave en accidentes de tráfico. Un estudio a partir de la Base de Datos, Tabla VI (v 1.0) de la Comisión de Autos de UNESPA.
- Viano DC, Lau IV, Asbury C. Biomechanics of the human chest, abdomen, and pelvis in lateral impact. *Accident Analysis & Prevention*, Vol. 1, No. 6, Dec. 1989: pp 553–574.
- Wismans W. et al. (1994). *Injury biomechanics (4J610) Course Notes*, Eindhoven University of Technology, Mechanical Engineering, The Netherlands.

Fuentes de financiación del trabajo: Beca de Investigación de la Fundación Mapfre Medicina
Los autores declaran que en la realización de este trabajo no existe ningún conflicto de intereses

Resumo: Biomecânica das lesões: utilidade na avaliação do dano corporal

Objetivo: rever a utilidade da biomecânica aplicada à reconstrução médica de acidentes, explicando os mecanismos lesionais nos diversos tipos de acidentes de tráfego, como colisões entre veículos, choque de veículos contra objetos, atropelamentos, etc. Analisa-se ainda a utilidade do conhecimento e compreensão destes mecanismos lesionais para melhorar as práticas assistenciais médicas nos acidentados, no local do acidente e nos centros de tratamento.

Palavras-chave: Dano corporal; biomecânica; acidente.

Abstract: Injury biomechanics: usefulness in bodily damage expertise

Objective: to review the concept of Injury biomechanics and its application to medical investigation and reconstruction in motor vehicle crashes, explaining the mechanisms of injury in the different crashes, as collisions between vehicles, impacts with objects, car to pedestrian crashes, etc. and to understand this mechanisms of injury to improve medical attention practices to injured patients, at the accident site and at the definitive care institutions.

Keywords: Body damage; biomechanics; accident.

Pedido de separatas:

ANTONIO E. HERNANDO LORENZO
herloren@antoniohernando.e.telefonica.net

Traumatismo ocular grave por airbag

Hernando Lorenzo AE¹, Menchaca Anduaga A², García-Nieto Gómez-Guillamón F¹,
Moreno Anaya P³

DESCRIPCION DEL CASO

Se trata de una mujer de 44 años, ocupante del asiento delantero derecho de un turismo BMW modelo 320, que sufre accidente de tráfico por la noche, (salida de vía con choque frontal derecho contra barrera bionda de protección de la carretera). El automóvil presentaba daños en su parte frontal derecha. (Fotografía No. 1)



Foto No. 1 - Daños en zona frontal-lateral derecha del turismo siniestrado

¹ Servicio de Medicina Intensiva, H. U. 12 de Octubre, Madrid

² Dirección de Enfermería, SUMMA 112, Madrid

³ Servicio de Radiodiagnóstico, H. U. "La Paz", Madrid

La conductora del turismo (mujer de 22 años), quien también utilizaba cinturón de seguridad, no sufrió lesiones.

La lesionada viajaba con cinturón de seguridad y se activaron los dos airbags delanteros (de conductora y de acompañante) y el airbag lateral derecho; esta ocupante viajaba con su asiento en posición adelantada. Tras el accidente sufrió traumatismo facial con **estallido ocular derecho, fractura amplia de suelo orbitario derecho, heridas en la cara y laceración de pabellón auricular derecho, (helix).**

Tanto en el atestado policial, como en la inspección realizada por los peritos reconstructores (ingeniero y médico), se acreditó que se habían activado los airbags delanteros del turismo (de conductor y de acompañante), y el airbag lateral delantero derecho (de acompañante), fotografía No. 2.



Foto No. 2 - Airbags delanteros y lateral derecho activados

Estas lesiones son compatibles con la activación de los airbags de la acompañante, siendo las lesiones oculares y la fractura de órbita derecha, a nivel de suelo, favorecidas por la circunstancia de que esta ocupante habría viajado muy próxima a la guantera donde se alojaba el airbag delantero, que al activarse habría provocado una "explosión" produciendo las lesiones faciales y oculares descritas. (Existía una pequeña mancha de sangre en el airbag frontal de la acompañante), fotografía No. 3.



Foto No. 3 - Mancha de sangre en airbag delantero derecho y posición adelantada del asiento

DISCUSION Y COMENTARIOS

Crandall CS y cols.¹ valoraron la eficacia de los sistemas de protección de ocupantes, para lo que midieron la reducción de mortalidad asociada al despliegue de airbag y al uso de cinturón de seguridad en conductores que habían sufrido accidentes de automóvil con colisión frontal entre vehículos, en los EE.UU. Hubo 9.859 colisiones frontales que afectaron a 19.718 ocupantes y conductores de automóviles.

Utilizaron un diseño caso-control de todas las colisiones frontales que afectaban a dos automóviles, referidas por el FARS –Sistema de Referencia de Análisis de Mortalidad- en el periodo 1992-1997 y las diferencias de mortalidad en conductores entre los vehículos accidentados mediante comparación por parejas para despliegue de airbag y utilización de cinturón de seguridad y estableciendo la relación correspondiente.

El despliegue de airbag redujo la mortalidad en un 63%, mientras que el uso de cinturón de seguridad de fijación en tres puntos –con banda torácica y abdominal- redujo la mortalidad en un 72%. El uso combinado de airbag y cinturón de seguridad redujo la mortalidad en más del 80%. Por lo tanto este estudio confirma el efecto independiente de los airbag y los cinturones de seguridad en la reducción de la mortalidad.

Los hallazgos demuestran una reducción dramática en el riesgo de muerte por colisiones frontales en conductores que utilizan sus cinturones de seguridad y en los que se despliega el airbag.

Evans L² respecto a la efectividad de los cinturones de seguridad para evitar muertes en accidentes de tráfico, utilizó la metodología del doble par, para calcular la eficacia de los cinturones de seguridad. Comparando la mortalidad en conductores con la de otros ocupantes en el mismo vehículo, fue capaz de calcular una diferencia de mortalidad prácticamente a la mitad, atribuible al uso de cinturón de seguridad.

Estudios previos al de Crandall y cols. han calculado la eficacia de los airbag comparando las tasas de mortalidad en accidentes frontales y no frontales³.

Otros estudios que han medido la reducción de mortalidad debido a airbag, han calculado una reducción del 24% al 28% en colisiones frontales⁴. Esta utilidad ha sido confirmada por otros autores^{5,6}.

Junto con el cinturón de seguridad, el airbag es un elemento de seguridad pasiva indispensable en los automóviles modernos. Se estima que en caso de impacto frontal de un vehículo su uso puede reducir el riesgo de muerte en un 30%. Por otra parte, debe recordarse que el airbag es un elemento de seguridad pasiva complementario al cinturón de seguridad. Así, las siglas **SRS** que figuran en los airbags, significan S = Supplemental -Complementario-, R = Restraint, -Sujeción- y S = System, -Sistema-, es decir, Sistema de Sujeción Complementario (al cinturón de seguridad).



Para detener un objeto que está en movimiento, es necesaria la acción de una fuerza actuando durante cierto tiempo en sentido opuesto a ese movimiento. Cuanto más rápida sea la parada, más intensa tiene que ser la fuerza. Si, por el contrario, la parada se produce en un periodo de tiempo prolongado, la fuerza de retención puede ser menor.

El objetivo del airbag es detener el cuerpo de los ocupantes de un vehículo lo más suavemente posible. Esto no es fácil, pues el sistema sólo dispone del espacio existente entre el conductor y el volante; y de un tiempo de centésimas de segundo. A pesar de todo, prolongar o amortiguar, “dosificar” la parada de los ocupantes en un tiempo y un espacio tan reducidos crea sobre sus cuerpos fuerzas menores de las que sufrirían si la parada fuera instantánea. Es decir, el airbag permite amortiguar el golpe del cuerpo contra el volante, el salpicadero y el parabrisas.

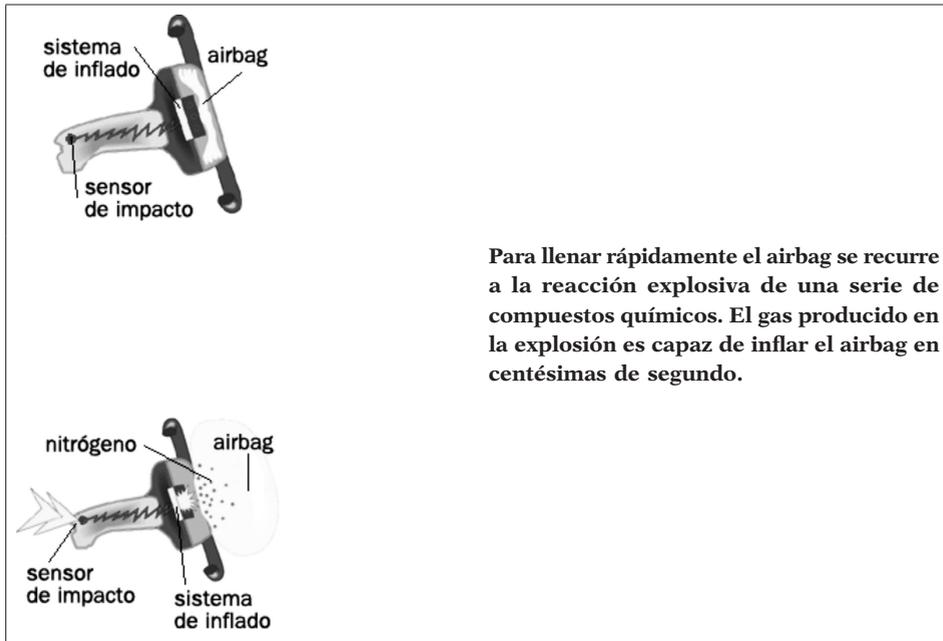
Para cumplir ese cometido, el airbag hace uso de los siguientes elementos:

- Una bolsa (bag) o cojín inflable, fabricado en nailon, el cual está plegado en el centro del volante, en el salpicadero o en cualquier otro lugar donde sea necesario introducir un efecto amortiguador del golpe.
- Un detector de impacto que determina cuándo se produce un choque y activa el inflado del airbag.
- Un sistema de inflado, basado en una reacción química que se produce de modo casi explosivo y da lugar a un gran volumen de gas nitrógeno. Esta reacción es activada por sistema eléctrico controlado por el detector de impacto.

Los gases producidos de modo explosivo alcanzan suficiente presión como para inflar el airbag en 20 centésimas de segundo. La rapidez del proceso es tal, que el volumen de gas producido hace que el airbag salga de su alojamiento a una velocidad de 300 km/h. Instantes después de que el airbag se infle, el gas producido comienza a disiparse a través de pequeños orificios existentes en la tela. De este modo, el airbag se desinfla permitiendo la movilidad de los ocupantes.

Aunque se ha demostrado un efecto beneficioso del airbag para reducir lesiones en ocupantes de automóviles, tras sufrir accidentes, también se han descrito lesiones atribuidas a este dispositivo de seguridad pasiva⁷.

Las lesiones oculares durante accidentes de tráfico supusieron el 8% de todas las lesiones oculares referidas en el registro de Ojos de los EE.UU entre 1982 y 1989⁸. Solamente el 7% de estas lesiones oculares se relacionaban con airbags⁹.



Para llenar rápidamente el airbag se recurre a la reacción explosiva de una serie de compuestos químicos. El gas producido en la explosión es capaz de inflar el airbag en centésimas de segundo.



Dispositivo del sistema de inflado de un airbag

Respecto a las **lesiones oculares por airbag**, Duma SM y Crandall JR¹⁰, refieren que los diseños de airbag tradicionalmente hacían el despliegue del airbag a través de una puerta con una junta para separarlo del salpicadero. La tendencia reciente en diseño hace que se haya retirado la puerta y el airbag se coloca detrás de un panel, sin tapadera.

Se ha visto que con la introducción de las cubiertas del módulo de airbag sin tapadera, se presenta un riesgo adicional de lesión ocular por las partículas de esponja, que no precisa un contacto directo con el airbag.

Históricamente, las lesiones oculares por airbag se han atribuido al contacto del ojo con el airbag desplegándose o ya desplegado. También

se han referido casos de lesiones indirectas producidas por interacción del airbag con gafas o por ejemplo con una pipa de fumador, siendo estas lesiones muy raras.

Se han descrito lesiones oculares bilaterales por airbag, planteándose que el uso de gafas podría constituir un riesgo adicional¹¹.

Vichnin MC, Jaeger EA, Gault JA et al¹² presentaron resúmenes de 14 casos en los cuales las lesiones oculares más frecuentes debidas a airbag eran los hifemas, que se definen como el almacenamiento de sangre en la cámara anterior, y las erosiones corneales.

Manche EE, Goldgerg RA¹³ revisaron cinco casos, y encontraron hifemas en todos los casos así como contusiones, roturas de globo y desprendimientos de retina.

El traumatismo de párpado, las erosiones corneales y las hifemas fueron las lesiones más prevalentes en los 11 casos estudiados por Ghafouri A¹⁴. Aunque la mayoría de casos se debían a despliegue del airbag lateral de conductor, documentaba lesiones oculares como resultado del despliegue de un airbag lateral de pasajero.

Larkin GL¹⁵ refirió la primera lesión corneal producida por airbag.

En las pruebas de choque estándar (un automóvil que golpee contra un muro a una velocidad de 50 Km/h) el inflado del airbag comienza a los 15 milisegundos después del impacto. El gas de nitrógeno hincha el airbag, rompiendo la cubierta y la bolsa se expande hacia delante. 50 milisegundos después del impacto el airbag finaliza su expansión y mantiene brevemente un volumen y una presión constantes expulsando el gas por dos agujeros de salida situados en la parte trasera de la bolsa.

Un pasajero que se sienta en posición normal y utilice cinturón de seguridad no impactará contra el airbag al menos hasta después de 60 milisegundos después de una colisión y esto le protegerá de golpear directamente contra el volante o el parabrisas. Por otra parte, una posición del conductor muy próxima al cartucho del airbag, podría impactar el airbag durante el proceso de inflado y expansión. El autor colocó al maniquí a distancias que variaban de 160 a 320 mms de distancia del cartucho del airbag y observaron pérdida de células endoteliales ligeramente mayor a la distancia de 240 mms, que fue la distancia que utilizaron para todas las pruebas siguientes. Este efecto puede estar producido por el despliegue de la parte anterior del airbag que se refiere que alcanza una velocidad máxima a aproximadamente los 200 mms del cartucho.

El airbag se dispara cuando existe un impacto frontal con una angulación de 30° o menos respecto a la línea que recorre longitudinalmente al automóvil por su parte central de delante a atrás, y cuando un sensor electrónico de colisión detecta una desaceleración repentina desde una velocidad de aproximadamente 32 Km/h.

Si las condiciones de colisión del sensor se cumplen, se dispara un inflador, que es un dispositivo pirotécnico que contiene nitrato sódico, que bajo ignición produce un gran volumen de gas nitrógeno, el cual entonces infla la bolsa de aire hasta un volumen de 40 litros (en el diseño europeo o Eurobag) o 70 litros (airbag de tamaño completo) en aproximadamente 50 milisegundos. La velocidad máxima de la bolsa durante el despliegue está entre unos 75 y unos 260 Km/h pero debe ser cero en el momento de contacto con un conductor que esté colocado normalmente.

O'Hullomun HS¹⁶ refiere el caso de un ocupante de asiento delantero derecho, de 76 años, que sufrió un accidente de tráfico leve. No presentaba fracturas orbitarias y tras haberse activado el airbag, había múltiples erosiones cutáneas perioculares y un desgarro profundo que se extendía 3 cms por debajo de la ceja izquierda.

Las lesiones encontradas, (desgarro extenso corneo-esclerótico con un globo hipotónico, y en la operación globo aplanado con una presión intraocular no registrable, cristalino extruido y opaco y localizado en el formix inferior, desgarro corneo-escleral de espesor completo, prolapso extenso de tejido uveal a través de la herida y cámara anterior y cavidad vítrea deformadas), obligaron a una enucleación primaria con inserción de un implante de metacrilato polimetilo.

Scott IU, John GR y Stark WJ¹⁷ referían que hasta esa fecha se habían referido tres lesiones oculares asociadas a airbag con lesiones directamente atribuibles al airbag. Las lesiones incluían abrasiones faciales y corneales, hifemas y hemorragias intraoculares.

Los autores describen una paciente que sufrió lesiones oculares graves, con fracturas periorbitarias, desgarros de retina y subluxación de cristalino directamente relacionadas a un airbag hinchado.

Se refiere el caso de una conductora de 64 años quien a una velocidad de unos 70 Km/h golpeó el quitamiedos en una carretera. Se hinchó el airbag del conductor durante el accidente.

El daño del automóvil se limitaba al parachoques y a la zona guardaparachoques de la derecha. La paciente sufrió abrasiones faciales en el lado derecho y un desgarro en el párpado inferior derecho. La exploración mostró erosiones periorbitarias en el lado derecho y equimosis con movimientos extraoculares intactos y otra exploración con la lámpara de hendidura demostró quemosis y un hifema del 5%. La TAC mostró fracturas en los huesos nasales derecho e izquierdo, con opacificación de celdillas etmoidales y un nivel hidroaéreo en el seno maxilar derecho que evidenciaban fracturas de las paredes medial o interna y del suelo de la órbita derecha. Exploraciones posteriores mostraron subluxación superior del cristalino asociada a desplazamiento anterior del vítreo.

Duma SM¹⁸ refiere que las lesiones oculares inducidas por airbag pueden dividirse en dos tipos. El primero se origina por aspectos mecánicos del airbag

cuando se despliega en incluye lesiones tales como abrasiones, hemorragias de vítreo, hifemas y desgarros retinianos y desprendimiento de retina. La pérdida de células endoteliales corneales como resultado de la deformación del globo ocular durante el impacto también se incluye en esta categoría.

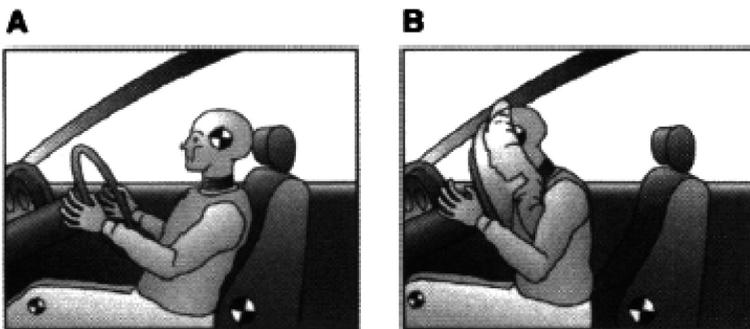
El segundo tipo es la queratitis química alcalina producida por la deposición sobre el ojo de hidróxido sódico y esto se produce por la salida del nitrato sódico que se está quemando utilizado para producir nitrógeno para el hinchado del airbag.

De los 25 casos descritos, 22 correspondían a conductores con cinturón de seguridad, 1 sin cinturón, 1 a un ocupante con cinturón y el otro a un ocupante sin cinturón.

El impacto con un airbag produce traumatismo ocular que típicamente produce cuatro tipos generales de lesiones: contusiones, erosiones, desgarros y desprendimientos y roturas relacionadas. Los desprendimientos de retina y las roturas relacionadas se consideran el tipo más grave; se cree que el impacto del airbag crea una onda de choque a través del globo y las estructuras orbitarias. Esta onda de choque se refleja en la parte posterior de la órbita y produce una onda de rarefacción que desgarra los vasos sanguíneos y los nervios cuando pasa de vuelta hacia la parte anterior del ojo.

Las contusiones son un resultado frecuente del impacto por el airbag. En esa serie había 10 casos que mostraban contusiones de la cara, párpado o globo ocular. De ellos sólo uno fue resultado del contacto con el airbag cuando todavía se estaba desplegando. Se define un airbag desplegado como uno que está completamente hinchado antes del contacto con el ocupante, mientras que un airbag que se está desplegando está todavía inflándose en el momento del contacto.

Se han descrito numerosos informes que detallan la producción de lesiones oculares graves producidas por airbag incluso en presencia de utilización de cinturón de seguridad con fijación en tres puntos y en la presente serie, 23 de los 25 casos descritos mostraban lesiones oculares en ocupantes con un cinturón de seguridad abrochado.



Incluso aunque los automóviles estén dotados de airbag, se debe utilizar cinturón de seguridad. Evans demostró que en los automóviles con airbag, los conductores que utilizan cinturón de seguridad con fijación en tres puntos reducen su riesgo de lesión mortal en un 41% respecto a los que no lo utilizan¹⁹.

Stein JD, Jaeger EA, Jeffers JB²⁰ en un artículo clásico revisan la literatura desde 1991 a 1998 e identificaron 44 artículos describiendo 97 pacientes con lesiones oculares producidas por airbag. Hubo abrasiones corneales en el 49% de los ocupantes lesionados, hifemas en 43%, hemorragias de vítreo o retinianas en 25%, y desgarros o desprendimientos de retina en 15%. Hubo rotura de globo en 10 pacientes. Los pacientes que habían sufrido accidentes a velocidades mas altas (por encima de 48 kms/h), sufrieron un porcentaje más alto de hemorragias de vítreo o retinianas y de cataratas traumáticas, mientras que a velocidades inferiores hubo mayor propensión a desgarros o desprendimientos de retina.

Se han descrito diversos casos de mujeres con un **desprendimiento de retina producido por airbag**, con buen resultado tras tratamiento^{21,22,23}.

Chang-Sue²⁴ describe en Taiwan tres pacientes con lesiones oculares por airbag; ninguno de ellos utilizaba cinturón de seguridad, y los tres sufrieron, entre otras lesiones, hemorragia vítrea. Uno de ellos sufrió además desprendimiento de retina.

Aunque se ha demostrado el efecto protector de los airbags en lo referente a reducción de lesiones en ocupantes de automóviles tras colisiones, y debido a las lesiones que se han observado tras su activación, se han realizado esfuerzos para tratar de conseguir el máximo efecto protector a expensas de las mínimas lesiones²⁵.

La posición de los ocupantes muy próxima a la zona de ubicación de los airbags, facilitaría la producción de lesiones, tanto en adultos como en niños, que podrían afectar a diferentes zonas corporales - cabeza, cuello, etc²⁶.

Los airbags laterales, protegen de lesiones en tórax y abdomen en colisiones laterales y deben inflarse muy rápidamente debido a la escasa distancia entre la parte interior de la puerta y el tronco del ocupante, investigándose el desarrollo de nuevos airbags²⁷.

Respecto a las **fracturas de órbita**, y aunque se han descrito en ocupantes de automóviles tras activación de airbag, este dispositivo reduciría la incidencia de este tipo de lesión, siendo además menos graves las fracturas. Duma SM, Jernigan M. Virginia MS²⁸ refieren en un análisis de 12.429.580 ocupantes de asientos delanteros en 25.464 accidentes tipo colisiones o choques frontales. De todos los ocupantes expuestos a despliegue del airbag, 0,09% sufrieron fractura de órbita. En contraste con ello, los ocupantes que no se vieron expuestos a airbag tuvieron mas del doble de fracturas orbitarias (0.22%). Además de reducir la incidencia, los airbags mostraron un descenso en la

gravedad de fracturas orbitarias. Estas fracturas de órbita tras activación del airbag, parecen estar relacionadas con una posición adelantada del ocupante lesionado en el momento de la activación del airbag²⁹.

Jin-Man Kim³⁰ refiere en Corea un caso muy similar al que nosotros describimos: cita las lesiones producidas en una mujer de 43 años, que utilizaba cinturón de seguridad y cuyo coche chocó contra una barrera, a una velocidad de unos 45 kms/h, produciendo daños en el parachoques del automóvil. La conductora sufrió una fractura periorbitaria, hifema, hemorragia vítrea y rotura coroidea. Onwuzuruigbo³¹ describe una luxación bilateral de cristalino tras activación de airbag, con producción de ceguera bilateral, hemorragias en cámara anterior y erosiones faciales.

Bibliografía

- ¹ Crandall CS y cols. Mortality reduction with air bag seat belt use in head-on passenger car collisions. *A. J. Epidem*, 2001; 153: 219-224.
- ² Evans L. Double pair comparison: a new method to determine how occupant characteristics affect fatality risk in traffic crashes. *Accid. Anal. Prev.*, 1986; 18: 217-227.
- ³ Zador PL, Circone MA. Automobile driver mortalities in frontal impacts: airbag compared with manual belts. *A. J. Public Health*, 1993; 83: 661-666.
- ⁴ Lund AK, Ferguson SA. Driver fatalities in 1985–1993 cars with airbags. *J. Trauma* 1995; 38: 469-475.
- ⁵ Segui-Gomez M. Driver airbag effectiveness by severity of the crash. *Am. J. Public Health* 2000; 90:1575-1581.
- ⁶ Graham J, Thompson K, Goldie S, Segui-Gomez M, Weinstein M. The cost-effectiveness of airbags by seating position. *JAMA - J Am Med Assoc* 1997; 278:1418-1425. Reply *JAMA-J Am Med Assoc* 1998; 279: 506-507.
- ⁷ Wallis LA, Greaves I. Injuries associated with airbag deployment. *Emerg. Med. J.* 2002; 19:490–493.
- ⁸ Kuhn F, Collins P, Morris R. Epidemiology of motor vehicle crash-related serious eye injuries. *Accid. Anal. Prev.* 1994; 26:385-390.
- ⁹ Joshua D, Edward A, John B. Air bags and ocular injuries. *TAOS Annual Meeting.* 1999; 97:59-86.
- ¹⁰ Duma SM, Crandall JR. Eye injuries from airbags with seamless module covers. *J. Trauma*, 2000; 48: 786-789.
- ¹¹ Lee WB, O'Halloran HS y cols. Airbags and bilateral eye injury: five case reports and a review of the literature. *J. Emerg. Med.*, 2001; 20: 129-134.
- ¹² Vichnin MC, Jaeger EA, Gault JA et al. Ocular injuries related to air bag inflation. *Ophthalmic Surg. Lasers* 1995; 26: 542-548.
- ¹³ Manche EE, Goldgerg RA. Airbag related ocular injuries. *Ophthalmic Surg.* 1997; 28: 246-250.
- ¹⁴ Ghafouri A, Burgess SK, Hrdlicka ZK, et al. Air bag-related ocular trauma. *Am. J. Emerg. Med.* 1997; 15:389–392.
- ¹⁵ Larkin GL. Airbag-mediated corneal injury. *Am. J. Emerg. Med.* 1991; 9: 444-446.

- ¹⁶ O'Hullomun HS y cols. Primary enucleation as a consequence of airbag injury. *J. Trauma*, 44:190.
- ¹⁷ Scott IU, John GR, Stark WJ. Airbag-associated ocular injury and periorbital fractures. *Arch. Ophthalmol.* 1993; 111: 25.
- ¹⁸ Duma SM y cols. Airbag-induced eye injuries: a report of 25 cases. *J. Trauma*, 1996; 41: 114-119.
- ¹⁹ Evans L. Restraint effectiveness, occupant ejection from cars and fatality reductions. *Accid. Anal Prev.* 1990; 22:167-75.
- ²⁰ Stein JD, Jaeger EA, Jeffers JB. Air bags and ocular injuries. *TR. Am. Ophth. Soc.* 1999; 59-86.
- ²¹ Michalewska Z, Michalewski J, Nawrocka Z, Nawrocki J. Airbag hit as a cause of retinal detachment - case report. *Klin. Oczna.* 2007; 109:455-6.
- ²² Whitacre MM, Pilchard WA. Air bag injury producing retinal dialysis and detachment. *Arch. Ophthalmol.* 1993; 111(10):132.
- ²³ Whitacre MM, Pilchard WA. Air bag injury producing retinal dialysis and detachment, *Arch. Ophthalmol.* 1993; 111:1320.
- ²⁴ Yang1Chang-Sue Yang1, Tzu-Fang Chou1, Jorn-Hon Liu, Wen-Ming Hsu1. Case report: air bag associated posterior segment ocular trauma. *J. Chin. Med. Assoc.* 2004; 67:425-431.
- ²⁵ Recommended procedures for evaluating occupant injury risk from deploying side airbags, the side airbag out-of-position injury technical working group (a joint project of alliance, aiam, aorc, and iih). Adrian K. Lund, chairman, (first revision, 2003).
- ²⁶ Nightingale RW, Winkelstein BA. Injury mechanisms in the pediatric cervical spine during out-of-position airbag deployments. 42nd Annual Proceedings Association for the Advancement of Automotive Medicine, October 5-7, 1998 - Charlottesville, Virginia.
- ²⁷ Hallman JJ, Yoganandan N, Pintar FA. Torso side airbag out-of-position evaluation using stationary and dynamic occupants. *Biomed. Sci. Instrum.* 2008; 44: 123-128.
- ²⁸ Duma SM, Jernigan M, Virginia MS. The effects of airbags on orbital fracture patterns in frontal automobile crashes. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*: March 2003; 9:107-111.
- ²⁹ Francis D, Kaufman R, Yueh B, Mock Ch, Nathens AB. Air bag-induced orbital blow-out fractures. *The Laryngoscope*, 2006; 116:1966-1972.
- ³⁰ Jin-Man Kim, Keun-Oh Kim, Young-Duk Kim, Gwang-Ju Choi. A case of air-bag associated severe ocular injury. *Korean J. Ophthalmol.*, 2004; 18:84-88.
- ³¹ Onwuzuruigbo, Chuks J. Fulda, Gerard J. Larned, David, Hailstone, Dalva. Case report: traumatic blindness after airbag deployment: bilateral lenticular dislocation, *J. Trauma*, 1996; 40: 314-316.

Resumo: Traumatismo ocular grave por airbag

Descreve-se o caso de uma passageira do banco da frente de um automóvel que sofre um acidente (despiste com choque frontal direito contra barreira). A ocupante sofre fratura do pavimento da órbita direita e lesões oculares muito graves no olho direito, com rebenta-

mento do globo ocular. Estas lesões, produzidas pelo airbag, foram facilitadas pela posição muito avançada do seu banco.

Palavras-chave: Acidente de tráfego; fratura do pavimento orbitário; lesão ocular grave; airbag; posição avançada do assento.

Abstract: Severe ocular injury by airbag

We report a case in which, the woman seating in the right front seat of a car that sustained a right-front crash against a fixed barrier, suffered severe facial injuries including a right orbital floor, and a blow-out injury to the right eye. These injuries were due to the airbag activation and probably were facilitated by an “out-of-position” – very near to the airbag - seating of the occupant.

Keywords: Traffic accident; orbital floor fracture; severe ocular injury; airbag; “out of position”.

Pedido de separatas:

ANTONIO E. HERNANDO LORENZO

herloren@antonioehernando.e.telefonica.net

Rotura traumática de vena cava inferior

Hernando Lorenzo AE¹, García-Nieto Gómez-Guillamón F¹, Menchaca Anduaga A²,
Moreno Anaya P³

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se produce un accidente de tráfico, por impacto lateral sobre el lado derecho de un vehículo utilitario (Seat Ibiza), que circula a velocidad reducida - unos 30 kms/h - por parte de un camión que circula a una velocidad de unos 80 km/hora. La ocupante del asiento trasero izquierdo, mujer de 30 años, que hace uso del cinturón de seguridad, con tres puntos de fijación, se encuentra fallecida a la llegada de los servicios médicos de urgencia.

En la autopsia realizada, en la exploración externa del cadáver, se encuentran hematomas en zona abdominal inferior y en hombro izquierdo, compatible con lesiones por cinturón de seguridad, y hematomas en miembros inferiores. En la apertura de cavidades, se encuentra en la cavidad torácica rotura de la 5ª costilla izquierda, pulmones exangües y hemotórax masivo derecho de al menos, dos litros de sangre, procedente de un desgarro de unos tres centímetros en la cara lateral derecha de la porción intratorácica de la Vena Cava Inferior (VCI). El pericardio contiene líquido de cantidad y características normales. No se objetivan otros daños macroscópicos en el resto de cavidades.

Esta rotura de Vena Cava Inferior (VCI) produce una hemorragia masiva con resultado de muerte en pocos minutos, siendo cadáver cuando llegan los Servicios médicos de Urgencia.

¹ Médico, Servicio de Medicina Intensiva, H. U. "12 de Octubre", Madrid

² Enfermera, SUMMA 112, Servicio de Urgencias de la Comunidad de Madrid

³ Médico, Servicio de Radiodiagnóstico, H. U. "La Paz". Madrid

DISCUSION Y COMENTARIOS

Las roturas traumáticas de la vena cava, tanto superior como inferior, son lesiones muy graves y muy poco frecuentes, especialmente las producidas por mecanismo no penetrante, que muchas veces se diagnostican retrospectivamente. Son de mayor gravedad (y con frecuencia mortales), especialmente en aquellos lesionados que llegan a Urgencias en shock y no responden a medidas de reanimación inicial, los que todavía sangran activamente en el momento de la laparotomía y los que tienen heridas en la vena cava retrohepática. De los que llegan a quirófano, la muerte se produce principalmente por exanguinación intraoperatoria.¹ Se han utilizado varias técnicas de reparación quirúrgica, entre ellas la venorrafia primaria, pero se ha criticado esta técnica debido a su posibilidad de estenosis, trombosis y embolismo.

Carr y otros hicieron un estudio retrospectivo para valorar la morbilidad y pronóstico de este método. Un total de 38 pacientes tratados en el departamento de Cirugía de Trauma del hospital Henry Ford de Detroit, Michigan, EEUU, entre los años 1994 y 1999, tenían lesiones traumáticas en la VCI. Seis murieron en la sala de Urgencias y nueve en el quirófano. De los 38 casos, 3 (el 8%) se debían a trauma cerrado. La inmensa mayoría de lesiones traumáticas de VCI pueden ser tratadas por compresión directa o pinzado local y venorrafia primaria. Refieren que las reparaciones directas se asocian a unas tasas bajas de complicación por trombosis y embolia².

En el caso de los desgarros de vena cava inferior por traumatismo cerrado externo, son relativamente raros pero muy graves. Van de Wal. y cols., refieren siete casos de laceración de VCI en un periodo de 12 meses. La tercera parte de pacientes no llegan vivos al hospital y, de los que llegan vivos, entre un tercio y la mitad morirán a pesar de una resucitación rápida y una intervención quirúrgica precoz. La alta mortalidad la atribuyen a la dificultad diagnóstica y a los problemas técnicos para su reparación, especialmente en las roturas de la VCI por encima de las venas renales³. Refieren el caso de dos lesionados que presentaban desgarró de localización supradiafragmática; como en el caso que presentamos, ambos habían sufrido lesiones de desaceleración y usaban cinturones de seguridad, con una clínica de presentación muy parecida.

En una revisión retrospectiva de los pacientes que son traídos a un centro terciario de trauma a lo largo de siete años, hay dieciséis casos de lesión traumática de VCI, de los que 15 son por mecanismo penetrante y sólo uno por causa no penetrante. Seis de los lesionados murieron. Encuentran que son predictores de muerte el Glasgow Coma Scale (GCS), la necesidad de cirugía para control del sangrado y la necesidad de ligadura de la VCI en el acto quirúrgico⁴.

Coimbra R, Prado PA. y otros⁵ revisaron retrospectivamente 49 pacientes que sufrieron lesiones de VCI por cualquier causa durante un periodo de 5 años, para detectar los factores relacionados con mortalidad precoz. El mecanismo de lesión más frecuente fue herida por arma de fuego (59%), seguido por heridas de arma blanca (29%) y traumatismo cerrado (12%).

Hubo 4 lesiones en la VCI supradiafragmática, 14 retrohepáticas, 16 suprarrenales y 15 en la porción infrarrenal de la VCI. El hígado fue el órgano lesionado más frecuentemente. La mortalidad fue del 100% en las lesiones supradiafragmáticas, 71,4% en las retrohepáticas, 69% en las suprarrenales y 33% en las infrarrenales. La rotura de la VCI a nivel diafragmático y la inestabilidad hemodinámica al ingreso fueron la causa más importante de mortalidad precoz. Todos los pacientes con lesión vascular intrabdominal concomitante murieron.

La lesión de la VCI a nivel intratorácico en el caso que describimos se produce a nivel extrapericárdico, produciéndose una hemorragia a pleura; pese a ser la VCI un sistema de baja presión hidrostática, en caso de una rotura de suficiente tamaño, como es en el caso que presentamos, se produce un hemotórax masivo que conduce a la muerte en minutos. En este caso el lesionado usaba cinturón de seguridad y el mecanismo de producción es por desaceleración. La rotura intrapericárdica de vena cava inferior tras una lesión por desaceleración en pacientes que usan cinturón de seguridad, sugiere que cuando el corazón es desplazado hacia delante de forma aguda, el borde rígido del diafragma impedirá que la vena cava inferior siga ese movimiento, produciendo el desgarro de la vena cava inferior en su unión con la aurícula derecha.

Si la laceración de la VCI se produce a nivel intrapericárdico, tendremos un sangrado pericárdico que puede producir un taponamiento cardíaco. El caso posiblemente más frecuente es la laceración del ventrículo derecho y aurícula derechas, que se extiende a la VCI tanto intra como extrapericárdica y puede alcanzar la porción infradiafragmática.

Un mecanismo lesional que se ha propuesto ha sido la lesión por deceleración “en martillo de agua”. Couves CM y Heughan C⁶ refieren el caso de un paciente de 21 años con politraumatismo y que sufrió rotura de vena cava intrapericárdica y que requirió estereotomía para control de la hemorragia. Sugieren la desaceleración “en martillo de agua” como mecanismo lesivo. La vena cava superior está parcialmente fijada por la reflexión del pericardio y su entrada en la aurícula derecha. Con la desaceleración y la inevitable maniobra de Valsalva que acompaña a la lesión, se ha postulado que la vena cava superior revienta por estas fuerzas.

Las lesiones vasculares por desaceleración en el tórax ocurren principalmente a nivel de la aorta, inmediatamente distal a la salida de la arteria subclavia, a nivel

del ligamento arterioso. Menos frecuentes son las lesiones de otros grandes vasos. Geusens E y otros revisan las causas de ensanchamiento mediastínico radiológico visto en la sala de urgencias después de un trauma torácico no penetrante de alta energía y con grandes fuerzas de desaceleración y refieren la lesión de la aorta y otros grandes vasos intratorácicos, con deterioro hemodinámico habitualmente y ensanchamiento mediastínico en la radiografía de tórax. El diagnóstico se facilita con un TC espiral multicorte⁷. Discuten los signos del ensanchamiento mediastínico, de causas tanto traumáticas como no traumáticas.

Berr I, Bielik E, Killárik V⁸ refieren un lesionado inconsciente, con datos de trauma cerrado torácico y epigástrico, que desarrolló signos de derrame pericárdico y peritoneal, con taponamiento y fallo circulatorio. Se realizó laparotomía y esternotomía medias y se encontró una rotura de unos 5 cm de longitud en aurícula derecha, pared anterior de la parte intrapericárdica de la vena cava inferior y con una corta extensión a la porción infradiafragmática de la vena cava inferior. Tras control de la hemorragia realizan la reparación vascular con parche de pericardio. El paciente tuvo un postoperatorio complicado siendo dado de alta a los 37 días. A los siete meses estaba en buena situación sin datos de estenosis vascular en la zona de reparación vascular.

Respecto a la **rotura traumática de vena cava**, pocos pacientes con rotura de vena cava superior viven lo suficiente para llegar vivos al hospital y poder recibir tratamiento. Ochsner JL, Crawford ES, de Bakey ME⁹ observaron en una serie de 14 años, 85 pacientes en esta serie, 16 (55%) murieron antes del ingreso en el hospital; y 39 (45%) que sobrevivieron para llegar vivos al hospital. De los que tuvieron lesión en vena cava inferior, 37 estaban vivos al ingreso en el hospital, 21 estaban muertos al ingreso. Todos estos pacientes, tenían trauma penetrante, por arma blanca o arma de fuego, y en sólo uno, que llegó vivo al hospital, la lesión se debió a trauma cerrado.

Fey GL, Deren MM, Wesolek JH refieren el caso de un paciente de 43 años que tras un accidente de tráfico presenta hipotensión y taquicardia sin datos externos de traumatismo torácico.

La TC de abdomen no mostró hallazgos, pero por ecografía se diagnosticó taponamiento pericárdico y líquido en el abdomen. Se realizó pericardiocentesis aspirándose sangre no coagulada y laparotomía que mostró sangre intraabdominal y arrancamiento de la cápsula esplénica. Tras esternotomía se vio un desgarro de vena cava inferior que fue reparada¹⁰.

Peitzman AB y otros¹¹ refieren dos casos de sección intrapericárdica de la VCI, rotura pericárdica y rotura cardiaca. Uno de ellos era conductor de motocicleta y el otro de bicicleta, sufriendo colisión. En los dos casos los servicios sanitarios los encuentran en parada cardiorespiratoria, siendo infructuosa la reanimación. Ambos casos había desgarro pericárdico, desgarro de ventrículo derecho y sección casi completa de la VCI a nivel pericárdico o diafragmático.

Las medidas de resucitación fueron infructuosas. Hacen una revisión de las lesiones cardíacas por traumatismo cerrado y refieren que la más frecuente es la contusión miocárdica. La rotura cardíaca puede aparecer en traumas más severos y era la causa del 65% de las muertes después de trauma torácico cerrado. Las causas de muerte son, principalmente, las arritmias, la exanguinación, el taponamiento pericárdico y la insuficiencia cardíaca aguda. Si concomitantemente a la rotura o laceración cardíaca hay una rotura pericárdica que permite el paso de la sangre a la cavidad torácica o el abdomen, se puede producir la muerte por exanguinación. Si la sangre queda contenida en el pericardio, se producirá un taponamiento pericárdico. Es menos frecuente que la muerte se produzca por daño miocárdico extenso e insuficiencia cardíaca aguda¹².

Parmley LF y cols. revisaron 546 autopsias con lesiones cardíacas no penetrantes y describieron 353 casos de rotura cardiaca en esta serie (el 65%)¹³. Los autores revisaron 546 pacientes durante un estudio multicéntrico de pacientes politraumatizados. De ellos 7 pacientes (1,3%) mostraban desgarro de vena cava inferior, de los cuales 2 tenían desgarro de la cava inferior por encima del diafragma. Ambos pacientes habían sufrido una lesión por desaceleración, y usaban cinturón de seguridad. La rotura intrapericárdica de vena cava inferior tras una lesión por desaceleración en pacientes que usan cinturón de seguridad, sugiere que cuando el corazón es desplazado hacia delante de forma aguda, el borde rígido del diafragma impedirá que la vena cava inferior siga ese movimiento, produciendo el desgarro de la vena cava inferior en su unión con la aurícula derecha.

Tochii M, Sygimura S y cols¹⁴ refieren dos casos de rotura de VCI, correspondiendo el primero a un paciente de 52 años ingresado tras un accidente de tráfico. El TAC mostró taponamiento cardíaco y hematoma mediastínico. En la cirugía de urgencias se encontró rotura de las aurículas derecha e izquierda a través de la cara caudal del septo interauricular y un desgarro separado de la vena cava inferior intrapericárdica. El segundo caso correspondió a un varón de 35 años que saltó desde un cuarto piso. El TAC mostró rotura de aorta descendente y llevado a cirugía falleció de hemorragia masiva por la rotura aórtica. La exploración reveló rotura de la vena cava inferior intrapericárdica.

Park CS, Wesselhoeft CW Jr¹⁵ refieren el caso de un niño de 7 años que cayó de la parte de atrás de una moto y sufrió un desgarro de la vena cava inferior intrapericárdica con taponamiento cardíaco. Presentaba hipotensión y distensión abdominal y no había evidencia de traumatismo torácico. La laparotomía mostró un hígado distendido a tensión sin sangre intraabdominal. La estereotomía media mostró un desgarro de vena cava que se reparó. Refieren que la distensión abdominal creciente con un agrandamiento hepático sugiere desgarro traumático de vena cava suprahepática.

Seoudi HM, Lefrak EA y cols. refieren un caso de supervivencia en un joven de 19 años tras un traumatismo cerrado por accidente de tráfico, con rotura de vena cava inferior intrapericárdica, rotura de aorta y rotura de bazo¹⁶.

Respecto a la **rotura de vena cava inferior**, el traumatismo cerrado de vena cava inferior (VCI) es infrecuente y se produce en el 1% al 10% de los pacientes con traumatismo cerrado. Las lesiones generalmente se deben a desaceleración, que produce rotura atriocava o desgarro de las venas hepáticas y a veces se complica con hemorragia incontrolable¹⁷.

Klein SR y cols. revisaron 38 pacientes tratados desde 1983 a 1990 en el Centro Médico de Harbor-UCLA, California, EEUU. 14 de las lesiones se debían a traumatismo cerrado. 30 de los 38 (79%) sobrevivieron. La lesión de cava era retrohepática en 12 (en 3 afectaba a las venas hepáticas), suprarrenal en 7, pararrenal en 9 e infrarrenal en 10¹⁸.

Entre los predictores de la mortalidad y el manejo de los pacientes con lesiones traumáticas de VCI (Huerta S y cols. **“Predictors of mortality and management of patients with traumatic inferior vena cava injuries”**, Am Surg, 2006 Apr; 72(4): 290-296), los autores revisaron retrospectivamente todos los pacientes de trauma con lesiones de VCI durante un periodo de 7 años. Identificaron 36 lesiones de VCI con una mortalidad del 56%, siendo el mecanismo de lesión traumatismo cerrado en el 28% y penetrante en el 72%. No hubo diferencia en la mortalidad en base al mecanismo de lesión.

Las lesiones con mayor proximidad al corazón se asociaron a mayor mortalidad. Los que no sobrevivieron tenían una puntuación más alta en la escala de gravedad de lesión (ISS), una presión arterial sistólica más baja y una puntuación más baja en la escala de Glasgow en Urgencias.

Graham CA y otros refieren que el desgarro de vena cava superior es un hallazgo poco frecuente del traumatismo cerrado y es casi invariablemente mortal, se presenta un caso de accidente de tráfico a alta velocidad y se discuten los factores relacionados con la supervivencia¹⁹.

Recientemente se ha descrito el uso de endoprótesis para reparación de lesión de VCI en un paciente que se consideró que presentaba un riesgo muy elevado para la reparación quirúrgica²⁰.

Dada la alta mortalidad de las lesiones traumáticas de las venas retrohepáticas por la dificultad técnica para conseguir una adecuada hemostasia, se han propuesto múltiples estrategias de tratamiento. Kaoutzanis C y otros refieren un caso de sección traumática de las dos principales venas hepáticas extraparenquimatosas y laceración de la VCI retrohepática, como lesiones aisladas después de un trauma abdominal cerrado, reparadas con éxito usando bypass cardiopulmonar y parada circulatoria hipodérmica²¹.

Bibliografía

- ¹ Buckman RF, Pathak AS, Badellino MM, et al. Injuries of the inferior vena cava. *Surg Clin North Am.* 2001;81:1431-47.
- ² Carr JA, Kralovich KA, Patton JH, Horst HM. Primary venorrhaphy for traumatic inferior vena cava injuries. *Am Surg.* 2001 Mar; 67(3):207-13; discusión 213-214.
- ³ Van de Wal H.J.C.M., Draaisma J.M. y cols. Rupture of the supradiaphragmatic inferior vena cava by blunt decelerating trauma: case report, *J. Trauma.* 1990 Jan 32(1): 111-3.
- ⁴ Cudworth M, Fulle A, Ramos JP, Arriagada I. GCS as a predictor of mortality in patients with traumatic inferior vena cava injuries: a retrospective review of 16 cases. *World J Emerg Surg.* 2013 Dec 29;8(1):59. doi: 10.1186/1749-7922-8-59.
- ⁵ Coimbra R, Prado PA, Araujo LH, Candelaria PA, Caffaro RA, Rasslam S. Factors related to mortality in inferior vena cava injuries. A 5 year experience. *Int Surg,* 1994 Apr-Jun;79(2): 138-41.
- ⁶ Couves CM, Heughan C. Laceration of superior vena cava due to blunt trauma: successful surgical management. *Can. J. Surg* 1981, 24(4): 402-3.
- ⁷ Geusens E, Pans S, Prinsloo J, Fourneau I. The widened mediastinum in trauma patients *Eur. J Emerg Med* 2005, Aug 12(4): 179-84.
- ⁸ Berr I, Bielik E, Killárik V., "Intrapericardial rupture of the inferior vena cava caused by blunt trauma", *Rozhl Chir,* 2002 Aug: 81 (8): 398-400 (Abstract en ingles).
- ⁹ Ochsner JL, Crawford ES, de Bakey ME, Injuries of the vena cava caused by external trauma *Surgery,* 1961; 49: 397-405.
- ¹⁰ Fey GL, Deren MM, Wesolek JH, Intrapericardial caval injury due to blunt trauma. *Conn Med.* 1999 May: 63 (5): 259-60.
- ¹¹ Peitzman AB, Udekwu AO, Pevac W, Albrink M. Transection of the inferior vena cava from blunt thoracic trauma: case reports. *J. Trauma.* 1989 Apr;29(4): 534-6.
- ¹² Dow RW. Myocardial rupture caused by trauma. *Surgery.* 1982 Feb;91(2):246-7.
- ¹³ Parmley LF, Manion WC, Mattingly TW. Nonpenetrating traumatic injury of the heart. *Circulation.* 1958 Sep;18(3):371-96.
- ¹⁴ Tochii M, Sygimura S. y cols. Blunt rupture of the intrapericardial inferior vena cava: report of two cases, *Kyobu Geka* 2000 Feb. 53 (2): 145-7 (abstract en ingles).
- ¹⁵ Park CS, Wesselhoeft CW Jr. "Blunt traumatic laceration of the suprahepatic inferior vena cava presenting as abdominal pain and shock in a child: a case report". *Trauma.* 1995 Jan. 38 (1): 68-9.
- ¹⁶ Seoudi HM1, Lefrak EA, Speir AM, Hendershot K, Moynihan J, Fakhry SM. Survival following combined intrapericardial inferior vena cava and thoracic aortic injury caused by blunt trauma. *J Trauma.* 2008 Jul; 65 (1): 218-21.
- ¹⁷ Cole K, Shadis R, Sullivan TR Jr. Retrohepatic hematoma causing caval compression after blunt abdominal trauma. *J Surg Educ.* 2009 Jan-Feb; 66(1): 48-50.
- ¹⁸ Klein SR, Baumgartner FJ, Bongard FS. Contemporary management strategy for major inferior vena caval injuries. *J Trauma.* 1994 Jul;37(1):35-41; discussion 41-2.
- ¹⁹ Graham CA, McLeod LS, Mitchell RG, Wyatt JP, Walker WS. Survival after laceration of the superior vena cava from blunt chest trauma. *Eur J Emerg Med.* 1996 Sep; 3(3):191-3.

- ²⁰ Sam AD, Frusha JD, McNeil JW, Olinde AJ. Repair of a blunt traumatic inferior vena cava laceration with commercially available endografts. *J Vasc Surg.* 2006 Apr;43(4):841-3.
- ²¹ Kaoutzanis C, Evangelakis E, Kokkinos C, Kaoutzanis G. Successful repair of injured hepatic veins and inferior vena cava following blunt traumatic injury, by using cardiopulmonary bypass and hypothermic circulatory arrest. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2011 Jan;12(1):84-6.

Resumo: Rotura traumática de veia cava inferior

Trata-se de um caso de rotura traumática da Veia Cava Inferior (VCI) a nível intratorácico e extrapericárdico, que deu origem a um volumoso hemotórax, documentado na autópsia, numa mulher jovem com cinto de segurança e ocupante do banco traseiro esquerdo, após acidente de viação com choque lateral no lado oposto (lado direito), de que resultou morte imediata. Comenta-se a bibliografia consultada.

Palavras-chave: Rotura traumática; veia cava inferior intratorácica; choque lateral direito.

Abstract: Traumatic rupture of the inferior vena cava

A case of rupture of supradiaphragmatic extracardiac inferior vena cava is described. It happened as a consequence of blunt trauma after a front to right-side crash between a truck and a car. The passenger, a three point belted 30 year old woman, was seated in the left rear seat. She died at the accident site. Bibliography related to the topic is commented.

Keywords: Traumatic rupture; intrathoracic inferior vena cava; blunt trauma; far-side crash.

Pedido de separatas:

ANTONIO E. HERNANDO LORENZO
herloren@arrakis.es

No dia em que a morte chegar (decifrando o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade)

Vera Lúcia Raposo ¹

Ao lado daquela que foi desde sempre a obrigação tradicional dos prestadores de cuidados de saúde – fornecer ao paciente os cuidados médicos mais adequados ao seu caso – consolidou-se nos últimos anos uma outra obrigação paralela (mas não por isso secundária), qual seja, a de informar o paciente acerca do seu estado de saúde² e, conseqüentemente, respeitar a vontade por este expressa ou, pelo menos, aquela que se deduz ser a sua³.

Esta nova obrigação médica assumiu tal importância que inclusivamente (re)conformou aquela primeira. Assim, se tradicionalmente os melhores cuidados médicos traduziam aqueles que permitiam manter a vida do paciente, sem cuidar particularmente das concretas condições dessa vida, hoje em dia trata-se sobretudo de lhe garantir uma vida com qualidade⁴. Nesta medida, tem-se defendido que em certas situações extremas as *leges artis* ditam a omissão/interrupção do tratamento médico⁵, sobretudo - e será deste ponto que iremos cuidar no presente estudo – quando essa seja a vontade do paciente.

¹ Professora Auxiliar da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra
Centro de Direito Biomédico e Centro de Direitos Humanos
Associada Consultora da Vieira de Almeida e Associados

² Sobre o consentimento informado em termos gerais, Manuel da Costa ANDRADE, “Art. 156.º”, p. 595/631 e “Art. 157.º”, p. 632/640; ERS, *Consentimento Informado...*; Jean-Luc FAGNART, “Information du Patient...”, p. 51/97; Julio César GALÁN CORTÉS, “La Responsabilidad Médica...”; Giulia SANDOR, “Obbligo di Informazione Medica...”, 529/550; Markus PARZEL-LEER, et al. „Patient Information...”, p. 576/586; André Dias PEREIRA, *O Consentimento Informado...* e “Novos Desafios...”; Vera Lúcia RAPOSO, “Directivas Antecipadas de Vontade...”, p. 196 ss., “Entre a Vida e a Morte...”, p. 115 ss. e *Do Ato Médico*, p. 169 ss e 216 ss.

³ Sobre consentimento presumido, Manuel da Costa ANDRADE, “Consentimento em Direito Penal Médico...”, p. 117/148 e, do mesmo autor, “Art. 156.º”, p. 615/628.

⁴ Sobre a questão da qualidade de vida *versus* quantidade de vida, Vera Lúcia RAPOSO, “Directivas Antecipadas de Vontade...”, p. 184 ss. e “Entre a Vida e a Morte...”, p. 123 ss.

⁵ Vera Lúcia RAPOSO, “Directivas Antecipadas de Vontade...”, p. 184 ss. e “Entre a Vida e a Morte...”, p. 122 ss.

1. As Diretivas Antecipadas de Vontade

1.1. O consentimento do paciente

1.1.1. A recusa de cuidados de saúde

Depois se ter firmado a tese de que o consentimento do paciente é um *prius* essencial de qualquer ato médico – configurando inclusivamente uma autónoma *lex artis*⁶ - surgiu a questão de saber como e quando deve esse consentimento ser prestado. A dúvida coloca-se porque é sabido que muitas vezes o paciente não está em condições de manifestar qualquer vontade. Logo, questiona-se como deve o médico atuar perante um paciente inconsciente, especialmente quando a urgência do ato não se compadeça com delongas⁷.

Uma hipótese pensável – defendida entre nós durante muito tempo e ainda hoje sustentada por doutrina minoritária⁸ – seria entender que o médico deve sempre atuar para melhorar o estado de saúde do paciente ou, pelo menos, quando se trate de lhe salvar a vida. Porém, esta posição doutrinária não conta com apoio na mais moderna doutrina do direito médico e dos direitos humanos, nem tão-pouco colhe qualquer respaldo na lei portuguesa⁹.

De facto, e ao contrário do que sustentam alguns autores, a norma do Código Penal (CP) que exige o consentimento (informado, segundo o artigo 157.º do CP) do paciente – o artigo 156.º do CP – não inclui qualquer ressalva quando à possibilidade de exclusão deste requisito. Nem mesmo uma leitura conjunta desta norma com a do artigo 154.º/3/b do CP¹⁰ permitiria chegar a

Quanto à diferença (ou ausência dela) entre omissão e interrupção de tratamento, ver Vera Lúcia RAPOSO, e “Entre a Vida e a Morte...”, p. 135/137.

⁶ Vera Lúcia RAPOSO, *Do Ato Médico...*, p. 214.

⁷ Por conseguinte, atendendo à natureza própria das circunstâncias em que trabalham, pode questionar-se se as equipas de emergência médica do INEM estão vinculadas à eventual DAV de que o paciente seja portador.

⁸ Teresa Quintela de BRITO, “Responsabilidade Penal dos Médicos...”, p. 403 ss., 408 ss. e “Interrupção de Alimentação...”, p. 584. Ainda Teresa Quintela de BRITO, et al., “Crimes Contra a Vida...”, p. 58 ss.

⁹ Vera Lúcia RAPOSO, “Directivas Antecipadas de Vontade...”, p. 198/204 e “Entre a Vida e a Morte...”, p. 125 ss.

¹⁰ Artigo 154.º/1 CP - “Quem, por meio de violência ou de ameaça com mal importante, constranger outra pessoa a uma acção ou omissão, ou a suportar uma actividade, é punido com pena de prisão até três anos ou com pena de multa”.

Artigo 154.º/3/b CP - O facto não é punível:

b) Se visar evitar suicídio ou a prática de facto ilícito típico.

tal conclusão, uma vez que este segundo preceito apenas permite afastar a ilicitude da conduta do médico que atue, inclusivamente recorrendo à força, para salvar a vida de um suicida. Porém, daqui não decorre que o médico tenha a obrigação de o fazer, simplesmente, não praticará um crime aquele que o faça. De modo que tão lícita será a conduta do médico que atua como a daquele que não atua. Mas, e mais importante ainda, este preceito vale apenas para suicidas, os quais devem estar previamente diagnosticados como tal, o que obviamente não inclui pacientes que recusam um ato médico. A recusa de tratamento não pode ser considerada suicídio, nem mesmo quando daí advenha a sua morte, pois trata-se apenas de uma afirmação do direito fundamental à autodeterminação sobre matérias relativas ao corpo, à saúde e à vida, o qual resulta do direito ao desenvolvimento da personalidade do artigo 26.º/1 da CRP.

Porém, esta ênfase na vontade do paciente defronta-se com um obstáculo de monta: a incapacidade temporária (porque se for permanente existirá, ou será nomeado, um representante do incapaz) de pacientes inconscientes.

Uma vez que o consentimento presumido (que adiante se explicitará) se revelava problemático, sobretudo face a pacientes com os quais o médico não tivera qualquer contacto prévio, começou a desenhar-se a ideia de que o paciente poderia manifestar *a priori* a sua vontade. Assim surgiram as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV's).

1.1.2. As DAV's e as práticas eutanásicas

Embora usualmente conexas com as práticas eutanásicas, note-se que as DAV's não se confundem com atos deliberadamente praticados com o intuito de provocar a morte da pessoa, a chamada eutanásia ativa direta¹¹.

Porém, é certo que as DAV's mantêm afinidades com a eutanásia passiva, uma vez que se trata afinal de não aplicar um determinado tratamento e deixar assim a natureza e a morte seguir o seu curso natural. Mas a verdade é que a eutanásia passiva é desde há muito aceite com algum consenso pela deontologia médica, pela prática jurídica e mesmo por alguns sectores da religião católica. É que não se trata de introduzir aqui uma nova causa de morte, mas apenas de deixar seguir uma causa previamente existente, a qual em nada se deve ao médico ou a decisões do paciente, mas sim à doença com que este último se confronta. Como já deixámos escrito, “[a]s DAV's surgem precisamente para fazer face às situações em que o paciente já entrou

¹¹ Sobre a distinção entre as várias formas de eutanásia, Susana Sanz CABALLERO, “El Comienzo y el Fin de la Vida...”, p. 168 ss.; Maria Elisa VILLAS-BÔAS, “A Ortotanásia...”, p. 62 ss.; Vera Lúcia RAPOSO, “Self-Determination in the End of Life...”, “Directivas Antecipadas de Vontade...”, p. 184/192 e ainda “Entre a Vida e a Morte...”, p. 122 ss.

em processo de morte (ou seja, esta surge como um resultado inevitável a muito curto prazo), de tal forma que o médico nada pode fazer para a evitar (e inclusivamente qualquer medida que tome se arrisca a aumentar o grau de dor e incómodo), restando-lhe apenas providenciar ao paciente maior conforto e tranquilidade, diminuindo-lhe o sofrimento”¹².

1.1.3. A atualidade da vontade do paciente

O momento temporal da manifestação do consentimento tem sido um dos principais óbices à admissibilidade legal das DAV's como documentos vinculativos. É que a regra da atualidade do consentimento parece opor-se a vontades manifestadas antes da necessidade do ato médico sequer surgir, muitas vezes mesmo com vários anos de antecedência, o que se arrisca a tornar o consentimento menos atual, logo, inválido.

Para acautelar o perigo de desatualização da vontade do paciente – exatamente o risco que se pretende evitar mediante a exigência de consentimentos atuais – o legislador optou por fixar um prazo de validade à DAV de cinco anos a partir do momento da sua assinatura, findo o qual deve a mesma ser renovada para se manter em vigor, sempre por igual período, não existindo limite ao número de renovações admitidas (n.ºs 1 e 2 do artigo 7.º da Lei n.º 25/2012).

Para além do mais - e como não poderia deixar de ser – o artigo 8.º prevê a possibilidade de as DAV's serem modificadas ou revogadas a qualquer momento, desde que obedecendo aos mesmos formalismos e requisitos cominados no artigo 3.º para a celebração da DAV. Porém, estes requisitos parecem apenas valer caso a alteração ocorra fora do âmbito de uma prestação de cuidados de saúde. Pois a norma do artigo 8.º/4 da Lei n.º 25/2012 estipula que o titular da DAV pode, a qualquer momento e mediante mera declaração ao responsável pela assistência médica que lhe está a ser prestada, alterar ou revogar a sua DAV. Nem poderia deixar de se admitir esta possibilidade, sob pena de vincular o paciente a uma vontade que manifestou a certa altura mas que hoje, já hospitalizado, não pretende manter. Ou seja, o seu direito ao arrependimento e a mudar de opinião é salvaguardado até ao último momento possível. O único formalismo exigido é que a dita alteração/revogação seja incluído no processo clínico do paciente, comunicada ao Registo Nacional do Testamento Vital (o RENTEV é o órgão a criar para efeitos de registo das DAVS's) quando se trate de uma DAV aí registada e transmitida igualmente ao PCS quando exista (o que demonstra que o legislador aceita inequivocamente o uso simultâneo das duas modalidades de DAV's).

¹² Vera Lúcia RAPOSO, “Entre a Vida e a Morte...”, p. 119.

1.2. Modalidades de DAV's

As DAV's podem assumir duas modalidades, uma que se aproxima do tradicional testamento patrimonial para disposição de bens após a morte, denominado de testamento vital; outra com refrações à figura do representante legal, a que a lei chama de Procurador de Cuidados de Saúde (PCS)¹³.

O testamento vital é semelhante ao testamento usado para dispor dos bens após a morte, tratando-se agora de dispor sobre os atos médicos que a pessoa de antemão aceita ou recusa, para que tal vontade possa valer quando não esteja em condições de a manifestar.

Contudo, aponta-se ao testamento vital o facto de raciocinar no abstrato, pois que a antecipação da decisão face ao momento da sua efetiva eficácia não lhe permite ter em consideração especificidades da situação concreta que poderiam ditar solução diferente se consideradas.

A esta luz, a figura do PCS - uma espécie de representante legal com poderes delimitados à decisão relativa à prestação de cuidados de saúde (artigo 12.º da Lei n.º 25/2012, cujo n.º 2 remete para as normas do Código Civil, CC, que regulam o instituto de procuração) - apresenta-se como uma mais-valia, dado que a decisão pode ser tomada no preciso momento em que a questão se suscita, por conseguinte, atendendo a eventuais desenvolvimentos da ciência que poderiam não ser tidos em conta na redação do testamento vital; ou àquele prognóstico particularmente favorável que o paciente apresenta atendendo ao seu estado clínico e que constitui exceção à situação comum dos pacientes

¹³ No artigo 1.º da Lei n.º 25/2012 o legislador esclarece que a presente regulação “estabelece o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade (DAV) em matéria de cuidados de saúde, designadamente sob a forma de testamento vital (TV), regula a nomeação de procurador de cuidados de saúde”, o que dá a entender que o testamento vital e o PCS são duas modalidades de DAV's, como aliás se tem sustentado desde sempre. Esta mesma ideia é corroborada pelo n.º 1 do artigo 2.º, que começa por dizer que “[a]s diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital”, sugerindo assim que o PCS seria a outra forma de DAV.

Porém, depois de um capítulo II dedicado às DAV's insere um capítulo III exclusivamente referente ao PCS, sem um concomitante capítulo específico do testamento vital, como se o capítulo II apenas a este se referisse, o que, porém, parece não ser certo atendendo ao já referido teor do artigo 2.º/1. Por outro lado, no artigo 15.º, quando se refere ao RENTEVE, declara que este trata de questões relativas ao “documento de diretivas antecipadas de vontade e à procuração de cuidados de saúde”, como se estas segundas não fossem uma modalidade de DAV's. Mais estranho ainda é que a entidade competente para “gerir” as DAV's tome a designação de Registo Nacional de Testamento Vital (RENTEVE), como se apenas deste tratasse, quando é o próprio artigo 15.º que igualmente lhe atribui competências em matérias de procurações aos PCS's. Não obstante estas incongruências do texto legal, cremos que sempre que o legislador se refere às DAV's pretende abarcar as suas duas modalidades – testamento vital e PCS (e respetiva procuração) – exceto quando, atendendo às especificidades próprias de cada um, a norma em causa não lhe seja aplicável.

que apresentam aquele mesmo estado clínico, pelo que dificilmente seria esta especificidade tida em conta num eventual documento previamente redigido.

Todavia, o PCS também apresenta alguns inconvenientes, dado que a decisão acaba por ser tomada por alguém que não o próprio paciente, sem garantia de que esta decisão coincide com a decisão que aquele haveria tomado se estivesse capaz de o fazer. Para obviar a discrepâncias graves entre as duas vontades algumas cautelas devem ser tomadas, sendo que nem todas foram tidas em consideração pelo nosso legislador. Antes de mais, o PCS deve ser escolhido pelo próprio paciente (artigo 11.º/1 da Lei n.º 25/2012)¹⁴. Por estes motivos, a doutrina maioritária tem considerado que, não obstante a decisão não ser tomada pelo próprio, a escolha de um PCS reflete ainda uma manifestação da autonomia pessoal¹⁵. Contudo, exclui-se a nomeação das pessoas que intervenham profissionalmente na realização da DAV e na prestação de cuidados de saúde ao paciente (artigo 11.º/3 da Lei n.º 25/2012).

Além desta limitação, deverão opor-se alguns limites ou linhas de orientação à decisão que venha a ser tomada pelo PCS, precisamente para evitar situações de crassa incompatibilidade entre a decisão deste e aquela que seria a vontade do paciente. A nossa lei não prevê tal hipótese, mas o facto de permitir a coexistência simultânea destas duas modalidades de DAV's – como decorre das várias normas que as mencionam reportando-as à mesma situação concreta – pode funcionar como um destes limites para impor barreiras à decisão a proferir pelo PCS.

1.3. O testamento vital

1.3.1. Conteúdo do testamento vital

O que a seguir se dirá vale, em boa medida, quer para o testamento vital quer para a decisão manifestada pelo PCS. Porém, é em relação àquele primeiro que se colocam mais complexas questões, uma vez que o seu conteúdo fica completo no momento da respetiva feitura (salvaguardando possíveis modificações e revogações), não sendo suscetível de uma adaptação à medida da situação concreta feita pelo próprio redator do testamento vital, mas apenas da adaptação que seja levada a cabo por via da interpretação

¹⁴ O paciente deve obviamente ter o cuidado de escolher alguém que esteja próximo das suas convicções pessoais, o que nem sempre corresponde a um familiar próximo.

¹⁵ João Carlos LOUREIRO, "Metáfora do Vegetal...", p. 41; Helena Pereira de MELO, "Directivas...", p. 13; André Gonçalves PEREIRA, *O Consentimento Informado...*, p. 250, 251; Vera Lúcia RAPOSO, "Directivas Antecipadas de Vontade...", especialmente p. 178 e 184.

da equipa médica, na medida em que o teor textual do testamento deixe espaço para tal interpretação. Ou seja, é no testamento vital que o paciente efetivamente plasma o conteúdo da sua vontade, ao passo que na procuração ao PCS apenas se autorize a manifestar uma vontade que seja reportada ao outorgante da procuração, mas sem especificar o conteúdo da mesma, ainda que, segundo nos pareça, lhe possa opor limites.

Ao contrário do que se poderia pensar, o testamento vital (as DAV's no geral) não se destina apenas a recusar tratamentos médicos, embora seja esta a sua forma mais frequente¹⁶. É o próprio legislador que, ao referir o seu possível conteúdo (de forma não taxativa, pois a enunciação termina com o “nomeadamente”) enumera situações nas quais o paciente expressamente requer determinado ato médico¹⁷.

Assim, o testamento vital pode ser usado para recusar “tratamento de suporte artificial das funções vitais” (artigo 2.º/2/a da Lei n.º 25/2012) e “tratamento inumano, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico” (artigo 2.º/2/b da Lei n.º 25/2012), o que vai totalmente ao encontro das boas práticas estipuladas no Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CDOM) e internacionalmente reconhecidas em termos de repúdio do encarniçamento terapêutico.

Outra manifestação da autodeterminação do paciente prende-se com a possibilidade de recusar, por via do testamento vital, “tratamentos que se encontrem em fase experimental” (artigo 2.º/2/d da Lei n.º 25/2012) e para aceitar ou recusar a “participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos” (artigo 2.º/2/e da Lei n.º 25/2012).

Contudo, note-se que o legislador reconhece expressamente que o testamento vital pode igualmente ser utilizada para “receber os cuidados

¹⁶ Em particular sobre a recusa das testemunhas de Jeová, Helena Pereira de MELO, “Directivas...”, p.7/11, 17/19.

¹⁷ Deste elenco legal não faz parte qualquer referência à doação de órgãos, sendo que a omissão do artigo 2.º torna-se irrelevante face ao carácter não taxativo da norma. Porém, embora esta seja uma inclusão que tem sido defendida por alguns autores (Jose Luis REQUERO IBÁÑEZ, *El Testamento Vital...*), cremos que é muito discutível que no ordenamento jurídico pátrio as DAV's possam servir para este efeito atendendo ao regime vigente entre nós no que respeita à doação de órgãos de cadáver (cuja mais recente intervenção legal consta da Lei n.º 36/2013, de 12/06) e ao acolhimento da regra do dissentimento (segundo o qual o cidadão terá que se manifestar quando não queira ser dador, sendo o seu silêncio tomado como voluntarização para a doação). Por força deste quadro legal parece-nos que não terá validade uma hipotética recusa (falamos na recusa porque só esta interessa, já que à partida todos somos dadores) para doação de órgãos plasmada numa DAV, a não ser que a própria lei reconhecedora de efeitos jurídicos às DAV's determinasse o contrário, o que não sucedeu entre nós. Sobre o regime português em matéria de doação de órgãos veja-se José de Faria COSTA, “O Valor do Silêncio do Legislador Penal...”, p. 87 ss.; Paula Ribeiro de FARIA, *Aspectos Jurídico-Penais dos Transplantes*; João Carlos LOUREIRO, *Transplantações...*; André Gonçalo PEREIRA, “Transplantation of Organs and Tissues’...”, p. 55 ss.

paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada” (artigo 2.º/2/c da Lei n.º 25/2012).

Não significa isto que o paciente possa utilizar o testamento vital (ou mesmo o PCS) para impor ao médico um procedimento que de outra forma não seria aplicado. Por mais relevância que se tenha atribuído hoje em dia ao consentimento informado do paciente e à decisão que este tome em matérias atinentes ao seu corpo, vida e saúde, certo é que tal relevância assume um cariz preponderantemente negativo, isto é, como forma de recusar tratamentos, ainda que *life saving*. Nunca com isto se pretende vincular o médico à aplicação do específico tratamento que o paciente pretenda, uma vez que o profissional de saúde mantém toda a autonomia de decisão terapêutica ínsita à sua profissão. Se porventura o paciente pudesse exigir ao médico, por via de um testamento vital, a aplicação de procedimentos que, caso fossem requeridos de viva voz, estando ele consciente, seriam negados, então, teríamos um regime jurídico privilegiado para os portadores de DAV's (expressamente proibido pelo artigo 10.º da Lei n.º 25/2012). Além do mais, corríamos o sério risco de empurrar o médico para situações de má prática médica sempre que o paciente requeresse tratamentos que pudessem ser qualificados de encarniçamento terapêutico¹⁸. “O desejo de tratamentos extraordinários, que em nada adiantarão para o bem-estar do doente ou para a sua longevidade, não vincula o médico”¹⁹.

Seja qual for o seu conteúdo, nunca pode a DAV ser motivo de tratamento privilegiado ou prejudicial para o paciente. Este é um princípio geral que já derivaria dos princípios constitucionais gerais (nomeadamente, o princípio da igualdade do artigo 13.º da Constituição da República Portuguesa, CRP) e das próprias regras deontológicas da classe médica. Porém, o artigo 10.º da Lei n.º 25/2012 esclarece, cabalmente, que “[n]inguém pode ser discriminado no acesso a cuidados de saúde ou na subscrição de um contrato de seguro, em virtude de ter ou não outorgado um documento de diretivas antecipadas de vontade”, sendo que este princípio, que vale para a existência ou inexistência da DAV, há de igualmente valer para o respetivo conteúdo.

¹⁸ Sobre a futilidade terapêutica *vide* Vera Lúcia RAPOSO, “Directivas Antecipadas de Vontade...”, p. 5 e “Entre a Vida e a Morte...”, p. 120.

¹⁹ Vera Lúcia RAPOSO, “Directivas Antecipadas de Vontade...”, p. 176.

Também neste sentido Helena Pereira de MELO, “Directivas...”, p. 5: “Neste caso o médico não tem o dever de sujeitar o paciente a um encarniçamento terapêutico que considera trazer-lhe maiores riscos e sofrimentos do que benefícios. O médico tem, aliás e pelo contrário, a obrigação deontológica de não prescrever tratamentos supérfluos, fúteis ou inúteis...”.

1.3.2 Redação do testamento vital

A redação de um testamento vital é matéria que exige especial cuidado e que, por isso mesmo, deve ser acompanhada por um jurista e por um médico, de forma a garantir que a vontade nela plasmada é juridicamente concretizável, medicamente plausível e facilmente compreensível por terceiros, muito em especial pela equipa médica a quem se destina.

Desde logo, é necessário encontrar aqui o difícil equilíbrio entre generalidade e concretude. O testamento vital não pode ser tão geral e abstrato que impeça a apreensão da real vontade do outorgante²⁰, cuja tutela é, afinal, a sua função primacial. Assim, o texto não se deve limitar a dizer que o testador “recusa tratamentos fúteis”, pois que então deixa em aberto o que é, em seu entendimento, um tratamento fútil, conceito este que apenas em concreto permite concretização²¹. Não significa que um testamento vital que se manifeste nestes termos seja necessariamente recusado pela equipa médica por falta de concretização. Porém, certamente que o outorgante se arrisca a que a sua real vontade não seja devidamente compreendida. Afinal, aquilo que ele considerou na sua mente aquando da redação do testamento vital como “tratamento fútil” pode assim não ser considerado pela equipa médica e vice-versa. Mas, e por outro lado, tão pouco pode o testamento vital ser demasiado específico nas suas disposições, sob pena de vir a ser inútil na prática, porque o paciente nunca se irá encontrar naquela muito particular situação nele prevista.

Aparte testamentos vitais muito específicos e precisos no seu conteúdo (e que, como já vimos, se arriscam a ser inúteis), quase todos eles necessitam de algum tipo de interpretação por parte da equipa médica. O propósito orientador desta tarefa interpretativa deve ser a identificação da real vontade do paciente ao redigir o testamento vital.

Comece por se sublinhar que esta nem sempre será uma tarefa fácil para os seus destinatários, uma vez que, sendo um documento jurídico, não raro comportará noções e termos jurídicos não imediatamente apreensíveis por quem não tenha formação específica na matéria. Daí que seja importante tomar duas cautelas: por um lado, incluir um médico na redação do mesmo, que terá a seu cargo, entre outras importantes funções, a tarefa de tornar o texto apreensível a um profissional de saúde; por outro lado, pedir esclarecimentos interpretativos por parte de um jurista (por exemplo, o departamento jurídico do hospital) quando se trate de documentos de cariz predominantemente técnico-jurídico.

²⁰ Cfr. David RODRÍGUEZ-ARIAS, *Una Muerte Razonable...*, p. 34/39.

²¹ O legislador utiliza a expressão “tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais” para atribuir ao autor do testamento vital a possibilidade de manifestar qualquer recusa que preencha esta cláusula geral, mas certamente que ao próprio testador se exige um maior grau de especificidade.

No que respeita à equipa médica cumpre definir quem, no seio da mesma, terá a decisão final quanto à interpretação que melhor colhe ao testamento vital. Tal faculdade há de caber, em primeira mão, ao médico que acompanha o paciente e que seria responsável por colher o seu consentimento informado se aquele estivesse em condições de o fazer, o chamado médico responsável. Porém, caso se suscitem dúvidas de interpretação relevantes quanto ao tratamento a aplicar (por exemplo, porque outros membros da equipa contestam a interpretação que foi dada ao testamento vital), deve a questão ser apresentada (pelo menos se não houver urgência de atuação) ao diretor clínico e à comissão de ética do hospital e mesmo, em última instância, a um tribunal.

1.3.3. O consentimento esclarecido materializado no testamento vital

Uma das mais prementes críticas que podemos dirigir ao atual regime vigente entre nós sobre DAV's é o facto de não impor o aconselhamento por um médico aquando da sua redação. Este óbice suscita particulares cuidados tratando-se de um testamento vital, na medida em que este materializa uma vontade que se pretende definitiva e completa, ao passo que, tratando-se da procuração ao PCS, a sua redação terá que ser sempre, pela própria natureza das coisas, mais genérica e abstrata, pois que será ao PCS que em última instância cabe tomar a decisão concreta quando o momento chegar. De modo que a exigência de consentimento informado é especialmente relevante no caso do testamento vital, supondo-se que face ao PCS este requisito será cumprido no momento em que o procurador tenha que tomar a sua decisão, dado que o médico responsável estará vinculado a cumprir face àquele a exigência de informação exatamente como se se tratasse do próprio paciente.

Contudo, mesmo que se verifique efetivamente a presença de um médico aquando da redação do testamento vital, anda assim nunca o consentimento aí plasmado será totalmente informado. É que a informação possível de transmitir em cenários abstratos nunca será equivalente àquela disponível num cenário concreto. Por outras palavras, o médico poderá explicar ao titular da DAV o significado de determinado estado clínico, o prognóstico expetável em tais situações, os benefícios e malefícios associados em regra aos atos médicos que são aceites ou recusados no testamento vital; porém, escapam a esta informação as particularidades da situação clínica em que aquele efetivamente se poderá vir a encontrar, as quais se poderão revelar decisivas.

Mas isto não significa que o testamento vital viole a exigência legal de consentimento informado. *Rectius*, não violará quando o autor da DAV tenha sido informado das implicações médicas referentes às decisões plasmadas na DAV, o que, por sua vez, exige o acompanhamento de um médico.

1.4. O PCS

1.4.1. Quem pode ser PCS

O legislador estabeleceu algumas limitações quanto a quem pode ser nomeado PCS. Assim, para além de requisitos gerais de capacidade a cumprir (maioridade, capacidade para consentir de forma livre e esclarecida e ausência de inabilitação ou interdição, afinal, os mesmos requisitos estipulados para o outorgante no artigo 4.º, por remissão do n.º 2 do artigo 11.º da Lei n.º 25/2012), o legislador fez recair uma proibição sobre os funcionários do RENTEV ou do cartório notarial onde a DAV venha a ser celebrada, à qual acresce uma outra proibição sobre os proprietários e os gestores das entidades que administram ou prestam cuidados de saúde (artigo 11.º/3 da Lei n.º 25/2012)²², exceto se estes forem familiares do outorgante (artigo 11.º/4 da Lei n.º 25/2012).

Admite-se ainda que o outorgante nomeie dois PCS's. A intenção não é atribuir-lhes poderes conjuntos de representação (até porque tal solução poderia gerar divergências de opinião e conflitos), mas sim que um deles (o PCS subsidiário) apenas atue na impossibilidade do outro, que será o PCS principal, poder atuar²³.

O PCS não tem que ser um familiar (bons motivos podem até sugerir que não o seja), mas poderá sê-lo, como expressamente admitido no artigo 11.º/4 da Lei n.º 25/2012. Quando assim ocorra há que distinguir entre a posição desse familiar enquanto atua nessa sua mera qualidade ou, ao invés, quando atua imbuído no papel de PCS. Pois no primeiro caso limitar-se-á a proferir opiniões que o médico poderá utilizar para construir aquela que seria a decisão do paciente caso a pudesse manifestar - o consentimento presumido - mas que o médico não está vinculado a seguir. Já na segunda hipótese a sua decisão terá a mesma força que aquela que seria tomada pelo paciente se o pudesse fazer, logo, assume carácter vinculativo (o que implica uma concomitante alteração ao n.º 2 do artigo 49.º do CDOM, que nos diz que as recusas de tratamento devem ser manifestadas pelo próprio, mas que deve passar a abarcar a possibilidade de as mesmas poderem ser manifestadas por um PCS).

²² Note-se que o legislador apenas se refere expressamente aos “proprietários e gestores”, mas cremos que o mesmo deve valer para os efetivos prestadores de cuidados de saúde, pois estes devem ser os recetores de decisão do PCS, não os emissores da mesma.

²³ Esta solução terá tentado obviar à hipótese de o paciente nomear um PCS que à data da decisão não esteja em condições de decidir (morte, doença, situação de incontactabilidade) ou se recuse a fazê-lo (sobre esta última situação, Martín PECOY TAQUE, “Testamento Vital...”, p. 66).

1.4.2. Força da decisão manifestada pelo PCS

Tal como já deixámos referido, a decisão do PCS defronta-se com os requisitos de validade e de vinculatividade que valem no geral para as DAV's (sendo certo que, pela própria natureza das coisas, nem todos lhe são aplicáveis).

Porém, para além das regras gerais do artigo 3.º e seguintes, existem ainda regras específicas deste instituto.

De acordo com o artigo 13.º/1 da Lei n.º 25/2012, a decisão manifestada pelo PCS, dentro dos limites que tenham sido estabelecidos aos seus poderes de representação, deve ser respeitada como se houvesse sido manifestada pelo próprio paciente (logo, não se confunde com a decisão que teria sido expressa por aquela mesma pessoa caso fosse ouvida na sua mera qualidade de familiar ou amigo). A expressão usada pelo legislador - “dentro dos limites dos poderes representativos que lhe competem” - não esclarece cabalmente que limites serão esses. Será que o legislador se refere aos limites gerais colocados pelo ordenamento jurídico às decisões em matéria de cuidados de saúde, nomeadamente, mediante a proibição de certas práticas eutanásicas²⁴? Ou aos limites específicos determinados pela Lei n.º 25/2012, que expressamente comina que o PCS apenas goza de poderes de representação “em matéria de cuidados de saúde” (n.º 1 do artigo 12.º da Lei n.º 25/2012)? Ou será que pretende igualmente fazer referência aos limites que venham a ser impostos pelo próprio outorgante à decisão do PCS na procuração (supondo que lhe é permitido incluir limitações dessa índole, como nos parece que efetivamente é)? Segundo cremos, o legislador pretende abarcar estas três modalidades de limitações, de tal forma que só a decisão do PCS que respeite esta tríade será tida em conta como decisão vinculativa.

Outra possível barreira à decisão do PCS a ter em consideração prende-se com a eventual existência de um testamento vital estabelecido pelo mesmo paciente, hipótese expressamente prevista no n.º 2 do artigo 13.º da Lei n.º 25/2012, pois que em tal caso prevalecerá a decisão manifestada no testamento vital, na medida em que este cumpra todos os requisitos legalmente estabelecidos para a sua validade e eficácia.

A qualquer momento o paciente pode revogar a procuração ao seu PCS (n.º 1 do artigo 14.º da Lei n.º 25/2012), mas também pode ser renunciada por este último, devendo em tal caso comunicar por escrito a sua decisão ao outorgante (n.º 2 do artigo 14.º da Lei n.º 25/2012).

²⁴ Apenas de certas práticas eutanásicas, pois, como já deixámos exposto, nem todas as formas de eutanásia são punidas entre nós (Vera Lúcia RAPOSO, “Directivas Antecipadas de Vontade...”, p. 185 ss. e “Entre a Vida e a Morte...”, p. 125 ss.).

1.4.3. Redação da procuração ao PCS

A Lei n.º 25/2012 não comina qualquer regra específica quanto à redação da PCS, isto é, ao seu conteúdo.

Nomeadamente, não esclarece um ponto que nos parece crucial: pode (ou mesmo deve) o outorgante estabelecer barreiras/limites à vontade que venha a ser manifestada pelo PCS por si escolhido?

Porém, e tendo em consideração que em última análise se trata de uma procuração, ainda que para um campo de atuação muito específico e delimitado, deve aplicar-se a regra geral que vale para as demais procurações²⁵, o que leva a admitir que o outorgante nela inclua os limites e condições que assim entender.

Note-se que esta deve ser uma faculdade e não uma obrigação. Ou seja, não deve ser recusada a procuração que se limite a atribuir a uma pessoa determinada poderes de representação em matérias relacionadas com a prestação de cuidados de saúde. Não apenas porque nada na Lei n.º 25/2012 implica semelhante conclusão, mas também porque pode ser o próprio outorgante a pretender que o PCS decida a situação concreta sem qualquer freio colocado *a priori*.

Contudo, tudo aconselha a que a procuração passada ao PCS inclua tais condicionantes e limitações, atendendo aos perigos que podem advir (como em qualquer outra matéria, mas com particular ênfase neste campo) da concessão de uma margem de manobra demasiado ampla ao PCS. Neste domínio revela-se crucial a intervenção do notário ou do funcionário do RENTEV no sentido de aconselhar o outorgante a delimitar de forma eficaz possíveis abusos decisórios por parte do PCS²⁶.

2. Efetividade das DAV's

2.1. Consequências do reconhecimento da vinculatividade das DAV's

O reconhecimento da vinculatividade das DAV's pretende dar satisfação a uma série de apreensões e necessidades que nos últimos anos têm animado o debate jurídico e a relação médico-paciente.

²⁵ Sem que isto signifique que estas procurações devam reger-se na íntegra pelo regime geral das procurações, pois que sempre há que ter em consideração as particularidades deste domínio específico. Contudo, poderá haver situações em que tais particularidades não obviem à aplicação do regime geral.

²⁶ Quando o PCS ultrapasse os poderes que lhe foram conferidos pelo outorgante na procuração incorrerá em responsabilidade civil perante aquele (artigos 258.º, 269.º e 1161.º/a do CC) e pode mesmo arriscar-se a responsabilidade criminal.

Por um lado, permitem ao paciente inconsciente recusar ou aceitar atos médicos e, desta forma, cumprir a exigência de consentimento do paciente, bem como os direitos a esta associados, nomeadamente o direito à integridade pessoal e à autodeterminação, enquanto manifestações do direito ao desenvolvimento da personalidade.

Mas, e por outro lado, apresentam também importantes mais-valias para o profissional de saúde, até ao momento atormentado com a definição daquela que lhe parecesse ser a decisão médica mais acertada para aquele doente, do ponto de vista do próprio. Ora, esta é uma tarefa excecionalmente difícil de levar a efeito, para além de excessivamente onerosa em termos éticos e morais. Atendendo ao clima de litigância a que se vem assistindo nos últimos anos, inclusive entre nós, muitos médicos poderiam tender a preocupar-se mais com a averiguação dessa suposta vontade do paciente do que com a administração dos cuidados de saúde a que o paciente tem direito. Nesta perspetiva as DAV's revelam-se um instrumento essencial para desonerar o médico de uma função que não lhe cabe a ele, mas sim ao próprio paciente, permitindo-lhe assim concentrar-se naquele que é o núcleo da sua profissão: o exercício da medicina de acordo com o melhor interesse (subjeto) do paciente.

Esta será também uma forma de responsabilizar o paciente pela gestão dos atos médicos que lhe são praticados. É que o paternalismo médico que tanto temos criticado não foi apenas alimentado pelos médicos, mas igualmente por alguns pacientes que preferem que sejam aqueles outros a assumir todas as consequências dos cuidados médicos que lhes são prestados.

Não significa isto que as DAV's estejam isentas de problemas e dificuldades. Na verdade, a atribuição de carácter vinculativo às DAV's acarreta consigo novos desafios, na medida em que o profissional de saúde se verá confrontado com a interpretação²⁷ de DAV's nem sempre claras e evidentes, com possíveis vícios da DAV que possam obstar ao seu carácter vinculativo e que se espera que o médico identifique, enfim, com toda uma panóplia de novos reptos até então desconhecidos dos profissionais de saúde. Contudo, cada vez mais a atividade médica anda associada a exigências jurídicas e éticas, sendo que a matéria ligada ao consentimento informado em geral, e às DAV's em particular, é uma das que mais se presta à colaboração conjunta entre estes domínios e saberes, o que minorará eventuais dificuldades com que o médico se venha a defrontar neste ensejo.

²⁷ Sobre os problemas suscitados pela interpretação de uma DAV, especialmente do testamento vital, Jose Luis REQUERO IBAÑEZ, "El Testamento Vital...".

2.2. A vinculatividade das DAV's no ordenamento jurídico português antes de 2012

Não se pode dizer que o ordenamento jurídico português anterior à Lei n.º 25/2012 repudiasse as DAV's (em qualquer das suas duas formas). Simplesmente, não lhes atribuía poder vinculativo.

De facto, o artigo 156.º do Código Penal (CP), depois de exigir a presença de um prévio consentimento do paciente para qualquer ato médico (n.º1), admite a possibilidade de o paciente não estar em condições de o prestar (n.º 2), permitindo então ao médico recorrer ao consentimento presumido do paciente. A lei não fornece indicações sobre a forma de orientar tal presunção, mas tudo indica que o médico se poderá socorrer de tudo o que lhe permita aceder à genuína vontade do paciente - note-se bem, aquilo que o paciente decidiria (critério subjetivo) e não aquilo que seja racionalmente o melhor para aquele paciente (critério objetivo) –, desde escritos prévios da sua parte até a opinião de amigos e familiares e relatos das crenças e convicções pessoais.

Por conseguinte, as DAV's deveriam ser tidas em consideração pelo médico, à luz do disposto no n.º 2 deste artigo 156.º do CP. Mas ter em consideração não é o mesmo que respeitar. Logo, o médico violaria esta norma caso a DAV lhe fosse apresentada e o médico a ignorasse por completo, uma vez que estaria a desdenhar um elemento decisivo para a delineação do consentimento presumido do paciente. Porém, se após analisada a DAV o médico decidisse rejeitar o seu conteúdo – por entender que este não corresponde a genuína vontade atual do paciente, por exemplo – não estaria a violar norma alguma.

De certa forma este é o regime ainda presente no CDOM, pois quando o artigo 46.º/2 determina que “[s]e houver uma directiva escrita pelo doente exprimindo a sua vontade, o médico deve tê-la em conta quando aplicável à situação em causa”. Uma vez que esta disposição não está em conformidade com a atual Lei n.º 25/2012, tudo aconselha a que a mesma seja devidamente adequada ao novo regime legal.

2.3. Formalidades da vinculatividade das DAV's

As formalidades a respeitar pelas DAV's – ao que parece, em qualquer das suas formas - aparecem tratadas no artigo 3.º da Lei n.º 25/2012, que estipula certas condições quanto ao documento no qual se concretiza o testamento vital e a procuração que atribui poderes ao PCS.

A dita norma determina que estas devem assumir a forma escrita e ser presencialmente assinadas perante um notário ou perante um funcionário do RENTEV. Sublinhe-se que não é necessário depositar a DAV no RENTEV, pois que tal registo apenas visa conferir maior publicidade à DAV, não sendo condição da sua validade nem da sua eficácia.

Não se impõe a adoção de um formulário específico²⁸, mas há requisitos quanto ao respetivo conteúdo (artigo 3.º/1 da Lei n.º 25/2012), o qual deve incluir a identificação completa do outorgante (a lei nada diz quanto ao PCS, mas tudo indica que da procuração deve também constar a identificação completa deste, por ser um requisito geral das procurações); o lugar, data e hora da assinatura; os estados clínicos que a DAV tem em vista (porém, no que respeita ao PCS pode-se questionar se também este deve estar necessariamente limitado a decidir só em certos estados clínicos, sendo certo que a margem de manobra e flexibilidade que lhe é reconhecida como forma de contornar a rigidez do testamento vital há de igualmente permitir uma interpretação dos estados clínicos descritos na procuração lata e adequada ao caso concreto) e as instruções (no sentido de autorizar ou proibir determinado ato) para cada um desses estados clínicos; e eventuais declarações de renovação, alteração ou revogação.

Outro leque de requisitos formais prende-se com a legitimidade do outorgante (artigo 4.º da Lei n.º 25/2012), o qual deve ser maior de idade (logo, parece excluir menores emancipados²⁹), capaz de dar o seu consentimento “consciente, livre e esclarecido” e, por maioria de razão, não se encontrar inabilitado ou interdito em razão de anomalia psíquica.

Note-se que a Lei n.º 25/2012 não exige o acompanhamento por parte de um médico, não obstante prever que o mesmo possa ocorrer e, em tal caso, sugerir que a identificação e assinatura do médico constem do documento³⁰ (artigo 3.º/2 da Lei n.º 25/2012). Ter-nos-ia parecido mais avisado impor a participação de um médico que esclarecesse o paciente sobre as exatas implicações dos estados clínicos referidos na DAV, bem como sobre as consequências dos atos médicos que o outorgante tenciona aceitar ou recusar³¹. Mal se compreende

²⁸ Embora, e segundo o n.º 4 do artigo 4.º da Lei n.º 25/2012, venha a ser disponibilizado um formulário modelo (não obrigatório, sublinhe-se).

²⁹ Note-se que a questão da maioridade para efeitos de prestar consentimento para atos médicos está longe de obter uma resposta consensual, na medida em que, enquanto o ordenamento civil estipula os 18 anos como idade a partir da qual se dispõe de capacidade jurídica, isto é, de capacidade para assumir direitos e obrigações (artigos 122.º e seguintes do CC), já o ordenamento penal atribui a faculdade de prestar consentimento jurídico-criminalmente atendível aos 16 anos (artigo 38.º/3 do CP), desde que o sujeito possua “o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta”. O artigo 4.º da Lei n.º 25/2012 reporta-se, ao que tudo indica, à maioridade civil, isto é, aos 18 anos.

³⁰ O que a seguir se dirá vale essencialmente para o testamento vital, pois que é óbvio que no caso do PCS a informação necessária e o conseqüente aconselhamento médico serão fornecidos a este no momento em que a decisão se imponha; porém, caso se entenda, como nos parece, que a ideia do legislador é que também na procuração que fundamenta os poderes do PCS o outorgante proceda à delimitação dos estados clínicos a que a referida procuração se dirige, então, também aí esta salvaguarda mantém a sua valência.

³¹ Já assim o tínhamos defendido em Vera Lúcia RAPOSO, “Directivas Antecipadas”, p. 179.

que se considere a vontade plasmada no testamento vital como esclarecida (como o impõe o artigo 157.º do CP face a qualquer decisão do paciente, esclarecimento que apenas é dispensado no consentimento presumido, pela natureza própria das coisas, sendo que a vontade expressa no testamento vital equivale ao consentimento expresso, não ao presumido³²) quando não há garantia de que o paciente efetivamente compreenda as consequências médicas das respetivas decisões.

2.4. Confirmação da existência da DAV

A melhor forma de garantir que a DAV é efetivamente conhecida pelos respetivos destinatários seria impor o seu registo obrigatório, o qual pudesse ser acedido informaticamente em qualquer ponto do país (e, eventualmente, da Europa). Porém, o nosso legislador entendeu de forma diferente e optou por considerar tal registo facultativo (artigo 16.º/1 da Lei n.º 25/2012), o que pode causar graves dificuldades no momento de a equipa médica perceber se o paciente é ou não portador de uma DAV³³.

Quando o RENTEV (artigo 15.º da Lei n.º 25/2012) esteja a funcionar devidamente o primeiro passo que qualquer prestador de cuidados de saúde deve fazer é averiguar, junto do mesmo, se o paciente que tem em mãos é portador de uma DAV. Porém, e uma vez que o facto de esta não estar registada não significa que não exista, deve ainda averiguar junto dos amigos e familiares do paciente sobre a eventual existência da mesma.

A Lei n.º 25/2012 não comina sanções para os prestadores de saúde que não tomem medidas para averiguar se o paciente celebrou ou não uma DAV. Porém, se a omissão de tais medidas passar impune esta poderá ser uma via relativamente simples de contornar a eficácia vinculativa que a lei reconhece à DAV nos casos em que esta não é voluntariamente apresentada à equipa médica (pelos acompanhantes do paciente ou pelo próprio enquanto ainda estava consciente).

É a própria lei que demanda ao prestador de cuidados de saúde que confirme, junto do RENTEV, a existência de uma DAV (artigo 17.º/1 da Lei n.º 25/2012). Por conseguinte, deve entender-se que a omissão de qualquer medida destinada a averiguar da eventual existência de uma DAV equivale a uma atuação sem consentimento do paciente, prevista e punida no artigo 156.º do CP, de que mais à frente falaremos.

³² Ou seja, embora o consentimento manifestado na DAV pretenda evitar o recurso ao consentimento presumido, ele próprio é equiparado ao consentimento expresso.

³³ De certa forma, é como se o registo funcionasse como um ónus para o paciente, isto é, não é obrigatório para efeitos de eficácia ou validade da DAV, nem o outorgante sofre qualquer sanção se não a registar, porém, corre o sério risco de esta não ser atendida por desconhecimento razoável da mesma por parte da equipa médica.

Contudo, tão pouco será de exigir à equipa médica que tome todas as providências imagináveis para averiguar da existência de uma DAV, sob pena de impedir o médico de desempenhar a função que lhes é atribuída.

Em suma, a consulta do RENTEV deve impor-se em qualquer situação, exceto em casos de urgência que não se compadeçam com tal demora, como de resto vem previsto no artigo n.º 4 do artigo 6.º da Lei n.º 25/2012³⁴. Aparte estes casos de extrema urgência, as demais medidas a tomar dependem da situação concreta. Assim, se os familiares e amigos estão presentes não se vislumbra motivo para não os questionar acerca de uma eventual DAV. Porém, se o paciente estiver desacompanhado e o contato com familiares/amigos não se revelar fácil, já nos parece que não será exigível ao médico que este se lance num processo de indagações³⁵.

Aliás, o próprio legislador parece ter colocado o encargo de divulgar a DAV sobre o paciente e seus acompanhantes, ao invés de incumbir a equipa médica de investigar a sua existência, como se conclui a partir da redação do n.º 1 do artigo 6.º da Lei n.º 25/2012: “[s]e constar do RENTEV um documento de diretivas antecipadas de vontade, ou se este for entregue à equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde pelo outorgante ou pelo procurador de cuidados de saúde, esta deve respeitar o seu conteúdo”.

2.5. Força vinculativa das DAV's

2.5.1. Requisitos de vinculatividade das DAV's

Uma das alterações mais substanciais introduzidas pela Lei n.º 25/2012 no ordenamento jurídico pátrio prende-se precisamente com a atribuição de poder vinculativo às DAV's³⁶.

O artigo 6.º/1 da Lei n.º 25/2012 começa por dizer que se “deve respeitar o seu conteúdo”, o que não pode ser tomado como uma mera orientação aos destinatários da DAV. Significa que a DAV deve ser cumprida pelo médico, sob pena de responsabilidade civil e/ou criminal, exatamente nos mesmos

³⁴ O que pode isentar as equipas de INEM de considerar o conteúdo de eventuais DAV's, ainda que tudo dependa da urgência da situação concreta.

³⁵ Uma questão da qual não iremos tratar aqui, mas que não deixa de ser extremamente relevante (até porque não dispõe de tratamento legal), é a de saber se o testamento vital deve ou não assumir caráter secreto e, assim sendo, quem tem legitimidade para a ele aceder, nomeadamente, em que termos pode o médico tomar conhecimento de testamentos vitais registados num consultório notarial.

³⁶ Manifestando-se veemente contra o seu caráter vinculativo, Teresa Quintela de BRITO, “Interrupção de Alimentação...”, p. 576 ss.

termos em que responderia caso atuasse contra a vontade expressamente manifestada por um paciente consciente.

Porém, certamente que esta vinculatividade apenas assiste às DAV's que cumpram os requisitos legalmente cominados^{37,38}.

Desde logo, os requisitos formais acima apontados e referidos no artigo 3.º. Assim, não é vinculativa a DAV que não contiver uma assinatura presencialmente reconhecida pelo notário ou pelo funcionário do RENTEV, nem a identificação completa do outorgante (pela nossa parte, defendemos o mesmo em relação à identificação do PCS), nem o lugar/data/hora da assinatura, nem a descrição das situações clínicas e das respetivas instruções, ou que seja omissa quanto a declarações de renovação/alteração/revogação entretanto existentes, ou ainda se o outorgante é menor, incapaz ou inabilitado ou se encontra, por qualquer outro motivo, impedido de expressar um consentimento esclarecido.

Uma nota se impõe quanto à compressão do requisito atinente à descrição da situação clínica. Pois não basta identificá-la em termos gerais ou descrevê-la com um teor dúbio, de tal forma que não seja perceptível à equipa médica o estado de saúde que o outorgante tinha efetivamente em vista, nomeadamente, se corresponde ou não àquele que agora o assaca. O mesmo vale para as instruções cominadas na DAV, as quais devem igualmente ser evidente e sem margem para dúvidas de interpretação. É a própria Lei n.º 25/2012 que, no seu artigo 5.º/c, afasta o carácter vinculativo da DAV em que “o outorgante não tenha expressado, clara e inequivocamente, a sua vontade”.

Este mesmo artigo 5.º da Lei n.º 25/2012 (que se reporta a DAV consideradas nulas, logo, inexistentes) dispensa igualmente a equipa médica de cumprir o disposto na DAV quando o conteúdo da mesma seja contrário à lei, à ordem pública ou às boas práticas (5.º/a). Por “lei” há-de entender-se qualquer forma legal e traduzida em qualquer diploma, pelo que mal se compreende que logo de seguida (5.º/b) o legislador especifique o caso em que o respeito pela DAV preencha os tipos de ilícitos dos artigos 134.º e 135.º do CP, os quais se referem ao homicídio a pedido da vítima e ao incitamento ou ajuda ao suicídio. Esta referência é desnecessária porque já estava incluída na proibição de contrariedade à lei, pelo que só se justifica porque o legislador pretendeu reforçar a ideia de que a DAV se destina a recusar um tratamento que poderia atrasar, ou mesmo impedir, um processo de morte natural (no

³⁷ Não os cumprindo, pode questionar-se se o vício que apenas afete determinadas cláusulas deixa incólume a vinculatividade das restantes, um pouco como sucede nos negócios jurídicos, em que a ilicitude de uma cláusula permite a redução do negócio e a consequente operatividade das cláusulas lícitas.

³⁸ Contudo, o facto de uma DAV com um vício formal não assumir força vinculativa não impede que o seu conteúdo (supondo que o vício não o afeta) não possa, e mesmo deva, ser tido em consideração para efeitos de aferir o consentimento presumido do paciente.

sentido de morte provocada por doença) já iniciado, mas nunca a introduzir uma nova causa de morte. A referência à ordem pública pode revelar-se dúbia, dada que se trata de um conceito indeterminado. Numa sociedade laica, plúrima de valores e multidimensional, parece que esta expressão não pode ter outro conteúdo senão o que derive do próprio ordenamento criminal. Significa isto que serão contrárias à ordem pública as estipulações da DAV que possam conduzir à prática de um crime. Mais fácil se revela a interpretação da contrariedade às boas práticas, as quais traduzem as *leges artis* próprias do exercício da medicina, essencialmente acolhidas no CDOM, mas também em *guidelines*, protocolos e outros documentos próprios da prática médica.

O artigo 6.º da Lei n.º 25/2012 acrescenta mais algumas circunstâncias igualmente capazes de afastar a força da DAV, ainda que estas sejam de muito subjetiva apreciação, pelo que se antevê que venham a suscitar algumas dúvidas entre os profissionais de saúde e alimentar a litigância judicial. A grande distinção face aos requisitos previamente referidos é que, enquanto a avaliação do respeito por aqueles outros cabe ao notário ou ao funcionário do RENTEV (de acordo com o que à frente se dirá), já a aferição dos pressupostos descritos neste artigo 6.º apenas pode caber ao médico, dado que tal análise somente se pode colocar no momento da efetiva prestação de cuidados de saúde.

Assim, o artigo 6.º/2/a da Lei n.º 25/2012 dispõe que o médico não está obrigado a respeitar a DAV quando “se comprove que o outorgante não deseja mantê-la”. Mas em que circunstâncias se pode dar por verificado tal pressuposto? Será que basta uma avaliação casuística do médico, porventura fundada naquilo que ele próprio considera, à luz das suas valorações pessoais, ser o melhor para o paciente? Será que basta que um familiar venha contestar a decisão da DAV para se concluir que o paciente já terá mudado de opinião? Certamente que se haverá de exigir uma convicção minimamente consistente de que efetivamente se operou uma modificação da vontade do paciente, não bastando a mera alegação genérica de que, mesmo aqueles que em dado momento repudiaram certas condições de vida, hoje, à beira da morte, conformam-se com elas, por mais duras que sejam. Assim, o funcionamento desta cláusula terá que ser verdadeiramente excecional, sob pena de banalizar o repúdio das DAV's.

Por outro lado, a alínea b) do artigo 6.º da Lei n.º 25/2012 descreve as situações em que “se revela evidente desatualização da vontade do outorgante face ao progresso dos meios terapêuticos, entretanto verificado”. Embora de cariz igualmente subjetivo, esta pressuposição é, apesar de tudo, mais facilmente perceptível na prática do que a anterior. Suponha-se, por exemplo, que o paciente recusara medidas de suporte vital porque à data da feitura da DAV o estado clínico em causa - que referiu na sua DAV e no qual hoje se encontra efetivamente - não apresentava qualquer esperança de recuperação,

sendo que hoje, uma dezena de anos mais tarde, a ciência evolui a tal ponto que é perfeitamente expeável que pacientes naquelas condições venham a recuperar na íntegra³⁹. Porém, a evidência presente neste relato não é transponível para muitos outros cenários com que na prática o prestador de cuidados de saúde se poderá confrontar e nos quais a decisão a tomar poderá revelar-se menos nítida. Assim, onde se traça a fronteira entre o que é uma vontade desatualizada face ao estado atual da técnica? Que fazer quando aquele estado clínico era na altura de redação da DAV totalmente irrecuperável mas hoje a medicina oferece possibilidades de recuperação, mas apenas cerca de 70% de possibilidades? Qual a “percentagem de progresso científico” que se deve verificar para atestar a desatualização? Ou então imagine-se que, apesar de existir hodiernamente uma possibilidade de recuperação à data inexistente, esta não é total, pelo que o paciente sempre terá que passar o resto da vida numa cadeira de rodas ou sujeito a tratamentos invasivos? O legislador não forneceu ao médico qualquer critério que o auxilie neste tipo de avaliações e, porventura, nem o poderia fazer, dado que qualquer apreciação abstrata e *a priori* ficará sempre aquém das particularidades do caso concreto.

Finalmente, a última hipótese prevista neste artigo 6.º/2 da Lei n.º 25/2012 diz respeito às DAV's que “não correspondam às circunstâncias de facto que o outorgante previu no momento da sua assinatura” (6.º/2/c). Esta expressão não é a mais feliz, dado que parece dar a entender que de novo nos reportamos aos casos em que o contexto tido em mente pelo outorgante entretanto se alterou por força de novos avanços científicos, o que faria coincidir esta previsão da alínea c) com aquela outra prevista na alínea b). De modo que resta concluir que mediante tal previsão quer o legislador referir-se às situações em que seja detetável um vício na forma como o outorgante manifestou a sua decisão, de tal modo que a vontade por si expressa na forma escrita não corresponde à vontade que tinha em mente.

Qualquer das hipóteses previstas neste artigo 6.º/2 da Lei n.º 25/2012 se reporta a cenários que carecem sempre de uma avaliação concreta e casuística por parte da equipa médica, eventualmente auxiliada por juristas ou pela comissão de ética hospitalar, precisamente devido à complexidade das previsões aqui descritas.

O legislador não contempla, como outra causa de desvinculação à decisão manifestada na DAV, o caso de documentos de teor dúbio e incerto. Sempre

³⁹ De facto, apesar da obrigação de renovações sucessivas, pode suceder que estas se limitem a confirmar a redação inicial da DAV, sem que o paciente pondere verdadeiramente no conteúdo da mesma a cada renovação. Logo, é possível que o paciente tenha em conta evidências científicas existentes vários anos antes e que não sejam tão recentes, perigo particularmente premente devido ao facto de Lei n.º 25/2012 não impor um aconselhamento médico, nem aquando da redação adicional nem, muito menos, da sua renovação.

se poderá dizer que a imposição da presença de um notário ou funcionário do RENTEV permitirá obviar a essa hipótese, porém, a participação de um médico parece-nos imprescindível para garantir DAV's claras e não contraditórias (para além de assegurar a prestação da necessária informação ao paciente), requisito este não exigido pela Lei n.º 25/2012. Mas é óbvio que vale neste ensejo a regra que vale em geral para qualquer documento jurídico quanto às exigências de clareza.

As situações supra descritas reportam-se a circunstâncias inerentes à DAV (que não necessariamente a um vício ou ilegalidade), mas a estas se acrescentam ainda outras que nada têm a ver com a mesma.

É o que sucede quando a vontade que o paciente expressa na DAV atenta flagrantemente contra as convicções pessoais e éticas do médico, podendo então este invocar o seu direito à objeção de consciência⁴⁰ (artigo 9.º da Lei n.º 25/2012), devendo em tal caso referir no processo clínico do paciente quais as disposições da DAV que impedem a continuação do acompanhamento clínico pela sua parte. Porém, uma vez que o paciente não poderá ser discriminado pelo facto de ser portador de uma DAV (como sublinhado no artigo 10.º da Lei n.º 25/2012), a instituição hospitalar onde o incidente se desenrole fica vinculada a providenciar outro profissional de saúde que preste os serviços médicos requeridos na DAV, ainda que seja numa outra instituição de saúde.

Uma outra hipótese em que se afasta o dever de cumprir o disposto na DAV diz respeito a situações de urgência em que a procura de uma DAV e sua análise façam perigar a vida do paciente (artigo 6.º/4 da Lei n.º 25/2012).

2.5.2. O controlo da legalidade da DAV

A aferição do cumprimento dos supra descritos requisitos cabe, segundo vemos as coisas, ao notário ou ao funcionário do RENTEV, que devem aconselhar o outorgante no sentido de suprir as faltas ou omissões detetadas no documento. O legislador não especifica o que sucede caso tais vícios não sejam sanados. A letra da lei parece indicar que os mesmos não servirão de impedimento ao reconhecimento notarial da assinatura, uma vez que, em bom rigor, o artigo 3.º/1 da Lei n.º 25/2012 apenas confere a estas entidades a função/poder de reconhecimento presencial da assinatura, mas não poder para aquilatar do respeito pelos demais requisitos legais e, conseqüentemente, recusar o reconhecimento oficial do documento. O que sucede é que a DAV será desprovida de eficácia vinculativa (ainda que possa ser usada como um dos vários indícios a ter em conta pela equipa médica para efeitos de delimitar o consentimento presumido do paciente). Porém, esta não nos parece a solução mais acertada.

⁴⁰ Morten MAGELSSSEN, "When Should...", p. 18/21 e

Merece algumas reflexões a nossa tese de que o cumprimento da maior parte destes requisitos deve estar a cargo das entidades a quem a lei incumbe proceder ao reconhecimento presencial da assinatura do outorgante (artigo 3.º/1 da Lei n.º 25/2012). Em bom rigor, o legislador apenas lhes cometeu este encargo, porém, seria incongruente fazer intervir uma autoridade pública para simplesmente certificar a identidade de quem assina o documento, quando a referida entidade dispõe dos conhecimentos necessários para verificar a legalidade da DAV. Esta intervenção é particularmente desejável na medida em que o seu objetivo não será apenas barrar uma DAV mas, bem mais do que isso, aconselhar o respetivo outorgante quanto à forma de cumprir os requisitos legalmente exigidos e assim permitir que a DAV venha a ser devidamente respeitada. Porém, seria desejável que o legislador tivesse explicitado estas competências na Lei n.º 25/2012, sob pena de aqueles não se entenderem competentes para desempenhar tais funções.

De qualquer forma, o controlo que venha a ser efetuado pelo notário ou pelo funcionário do RENTEV apenas pode aquilatar do respeito pelo ordenamento jurídico. Em contrapartida, outros dos possíveis vícios das DAV's apenas poderão ser avaliados pelo médico que tenha a seu cargo o paciente e, por conseguinte, a quem incumba executar (ou não) a DAV. É o que sucede, por exemplo, com o aparecimento de novos avanços científicos ou com a contrariedade do disposto na DAV face áquilo que se entenda ser a genuína vontade do paciente naquele momento.

O RENTEV é a entidade encarregue de “reccionar, registar, organizar e manter atualizada, quanto aos cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal, a informação e documentação” relativa aos testamentos vitais e às procurações passadas aos PCS's⁴¹ (artigo 15.º/1 da Lei n.º 25/2012).

Não é líquido que o RENTEV disponha de competências em sede de fiscalização do conteúdo da DAV's e do respeito pelas formalidades relativas à sua celebração aquando do registo.

Tal como já sublinhámos, o artigo 3.º/1 da Lei n.º 25/2012 é assaz dúbio para este efeito. A norma determina que um dos requisitos a cumprir pelo outorgante da DAV é que esta seja assinada presencialmente perante notário ou perante funcionário do RENTEV, mas sem atribuir expressamente a nenhum deles poderes de fiscalização. Porém, é incongruente que estas entidades se limitem a verificar qual a identidade do outorgante que assina o documento quando qualquer deles está em posição privilegiada para aferir o cumprimento

⁴¹ Não obstante a designação deste órgão fazer apenas apelo ao registo de testamentos vitais, a Lei n.º 25/2012 atribui-lhe funções de registo em relação às procurações ao PCS. Todavia, até hoje o RENTEV ainda não foi criado, pelo que o registo das DAV's anda não é uma possibilidade efetivável.

dos requisitos legalmente estipulados, pelo menos aqueles referidos nos artigos 3.º/1, 4.º e 5.º da Lei n.º 25/2012. Desde logo, note-se que em termos temporais (quase uma espécie de economia processual) o notário e o funcionário do RENTEV intervêm num momento particularmente propício para confirmar que da DAV constam todos os dados referidos no n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 25/2012, nomeadamente porque podem nesse momento chamar a atenção do outorgante para alguma omissão relevante, de forma a que este proceda às necessárias correções. Por outro lado, estas duas entidades estarão bem mais credenciadas para aferir alguns dos requisitos do que estará o médico que se venha a defrontar com a DAV, tais como, por exemplo, a capacidade do outorgante à data da sua feitura ou a sua contrariedade à lei e à ordem pública, pois que certamente disporá de conhecimentos jurídicos que escapam ao profissional de saúde.

Porém, após a celebração e assinatura da DAV, parece que o RENTEV não poderá recusar o registo da mesma por falta de algum dos requisitos determinados para a sua validade. Isto porque se supõe que o cumprimento de tais requisitos deve ser aferido no momento da sua celebração (por um notário ou por um funcionário desse mesmo RENTEV), sendo que a partir daí se considera que o controlo foi feito e a questão está encerrada. A isto acresce que o registo no RENTEV apenas visa conferir publicidade à DAV, não sendo sequer condição da sua eficácia (artigo 16.º/1 da Lei n.º 25/2012).

2.5.3.0 caso particular da vinculatividade da decisão do PCS

Grande parte dos requisitos enunciados apenas são aplicáveis ao documento do testamento vital, não já à procuração concedida ao PCS, pelo menos na medida em que esta se limite a atribuir poderes genéricos de representação. Embora se mantenha a exigência de respeito pelos requisitos formais, por exemplo, quando à participação do notário (ou do funcionário do RENTEV) ou relativamente à capacidade do outorgante, já serão inaplicáveis muitos dos requisitos referentes ao conteúdo da procuração (por exemplo, a desadequação da vontade do outorgante face ao desenvolvimento do progresso científico), pelo menos quando o documento se limite a atribuir poderes de representação.

Coisa diferente sucederá caso a procuração estipule alguns limites à decisão que o PCS possa vir a tomar ou condicione de qualquer outra forma a decisão deste (sendo que a Lei n.º 25/2012 não esclarece qual o efetivo conteúdo da procuração, pelo que é pensável que ambos os modelos sejam aceitáveis). De facto, quando a procuração estipule determinado conteúdo aos poderes representativos do PCS de novo assomam muitos dos requisitos

legalmente exigidos na Lei n.º 25/2012 em termos gerais para as DAV's, tais como a clareza do respetivo teor ou a sua não contrariedade face a normas legais, à ordem públicas e às boas práticas.

Um dos problemas suscitados pela procuração ao PCS consiste em saber como atuar quando estamos perante uma procuração que se limita a designar a pessoa do PCS e a atribuir-lhe poderes genéricos de representação em matérias atinentes à prestação de cuidados de saúde, mas o médico suspeitar que a decisão do PCS não corresponde àquela que seria tomada pelo próprio paciente (deixando já a ressalva que será difícil sustentar esta conclusão com um mínimo de fiabilidade, sobretudo face a pacientes com os quais o médico nunca teve qualquer contacto prévio). Se o médico estiver convicto da desadequação da decisão manifestada pelo PCS (sublinhe-se, não em termos objetivos mas do ponto de vista daquela que seria a decisão do paciente) não existe propriamente um fundamento na Lei n.º 25/2012 que lhe permita atuar em contra da dita decisão, dado que a situação não se enquadra em nenhuma das supra referidas hipóteses. Por conseguinte, a única via aberta ao profissional de saúde parece ser a de recusar o cumprimento da decisão do PCS (dando conta do facto no processo clínico do paciente), atuar em conformidade com o que entenda ser a genuína decisão do paciente, arriscando-se às consequências legais que daí derivem caso venha a ser judicialmente acionado⁴². Ou então - de forma mais prudente, mas apenas possível caso haja margem de manobra temporal para tal - requerer uma apreciação judicial da decisão tomada pelo PCS, que a confirme ou, pelo contrário, permita ao médico desvincular-se da mesma e atuar de acordo com o que entenda ser o consentimento presumido do paciente.

⁴² Pelo próprio paciente, se porventura este não se rever na decisão do médico, mas sim naquela outra manifestada pelo PCS, ou pelos familiares do paciente caso este venha a falecer. Em relação a esta hipótese de recurso a meios judiciais, e como já por diversas vezes deixámos expresso (Vera Lúcia RAPOSO, "Directivas Antecipadas de Vontade...", p. 199/201, "Entre a Vida e a Morte...", p. 116, 117 e *Do Ato Médico...*, p. 169), note-se que não é necessário que o paciente sofra um dano no seu corpo ou na sua saúde para existir aqui ilícito criminal e, porventura (embora neste caso a questão seja mais controvertida e a pretensão mais difícil de sustentar), mesmo um ilícito civil. De facto, o artigo 156.º do CP considera criminosa qualquer atuação contra a vontade do paciente, ainda que seja em seu benefício e, por outro lado, pode também entender-se que a mera violação da sua vontade constituiu um dano não patrimonial indemnizável, mesmo que salve a vida do paciente, embora esta segunda hipótese, defensável em teoria, seja difícil de concretizar na prática, nomeadamente porque segundo o artigo 496.º/1 do CC apenas são indemnizáveis aqueles danos não patrimoniais que mereçam a tutela do direito, pelo que estamos em crer que quando o médico salve a vida do paciente, mesmo sem consentimento deste, o juiz cível tenderá a não considerar merecedor de tutela jurídica o eventual dano não patrimonial referente à violação da auto-determinação do paciente.

2.5.4. A vinculatividade da DAV face a pacientes não moribundos

A natureza vinculativa da DAV não é feita depender do facto de se tratar de um tratamento destinado a prolongar infrutiferamente o período de vida, isto é, este regime não está cominado exclusivamente para doentes que estejam prestes a morrer. Esta conclusão justifica-se pelo facto de tal ressalva não constar do artigo 2.º da Lei n.º 25/2012, que apenas declara que este mecanismo se destina a expressar os “cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente”. Ou seja, permite-se que o paciente manifeste, por meio da DAV, a mesma vontade que manifestaria caso estivesse em condições de o fazer, sendo que no que respeita ao consentimento oral e prestado no momento do ato nada impede que o paciente não moribundo recuse qualquer tratamento, ainda que dessa recusa advenha a sua morte. Em suma, não se exige que se trate necessariamente de um tratamento fútil a um pacientes prestes a falecer.

É certo que o artigo 2.º/2/b da Lei n.º 25/2012 se refere ao chamado encarniçamento terapêutico, isto é, aos tais tratamentos fúteis que em nada melhorarão a vida do paciente, apenas a prolongarão, por vezes durante breves momentos somente, sendo a morte um desfecho certo (e mesmo doloroso) a curto prazo. Esta referência poderia levar a entender que apenas se têm em vista intervenções médicas dessa natureza, mas não já tudo aquilo que não seja objetivamente fútil, na medida em que possa efetivamente salvar a vida do paciente. Porém, esta alínea insere-se no âmbito de uma listagem exemplificativa, onde se elencam alguns exemplos de possíveis conteúdos de uma DAV. Para além do facto de esta lista nem sequer pretender ser exaustiva, note-se que a alínea que a antecede (artigo 2.º/2/a da Lei n.º 25/2012) refere a possibilidade de recusa de “tratamento de suporte artificial de funções vitais”, sem colocar qualquer ressalva quanto ao contexto em que tal recusa opere. Logo, bem poderemos estar perante uma recusa de um paciente eventualmente recuperável mas que, porém, rejeitou de antemão a aplicação de qualquer medida de suporte vital.

2.6. Consequências do incumprimento de uma DAV vinculativa

Perante uma DAV que preenche todos os requisitos legalmente cominados para vincular a conduta do médico deve o seu conteúdo ser respeitado. Contudo, o certo é que a Lei n.º 25/2012 não estipula qualquer sanção para o incumprimento da DAV, pelo que há que apelar ao regime geral do ordenamento jurídico.

Assim, se o paciente recusar certo ato médico e este acabar por ser praticado poderemos estar perante o preenchimento do ilícito tipo de intervenções

médico-cirúrgicas arbitrárias, previsto no artigo 156.º do CP, que criminaliza as intervenções sem consentimento⁴³.

Porém, pode igualmente suceder que o paciente solicite na sua DAV a aplicação de determinado ato médico, sendo que a violação se concretiza no facto de o médico não o ter levado a cabo. A análise deste segundo cenário deve começar por sublinhar um ponto importante: se o pedido do paciente implicar a prática de atos médico desconformes às *leges artis*, porque se revelam totalmente desajustados para o seu estado clínico e em nada o irão beneficiar, mas apenas prolongar o seu período de vida durante um brevíssimo período de tempo, o médico não estará vinculado a respeitar a DAV. É a própria Lei n.º 25/2012 que retira força vinculativa às DAV's contrárias às boas práticas médicas (artigo 5.º/a), sendo exatamente o que se passa neste caso, dado que o respeito pela vontade do paciente poderá fazer o médico incorrer em distanásia, ou seja, tratamentos inúteis repudiados no artigo 59.º/3 do CDOM⁴⁴.

2.7. A DAV e processo clínico

O registo no processo clínico tem vindo a assumir uma importância crescente na prática clínica, ainda que continue a ser considerado pela classe médica uma tarefa menor. Porém, começa a crescer a consciência de que o registo no processo clínico assume uma importância vital para aperfeiçoar a prestação de cuidados de saúde, evitar a falta médica e salvaguardar a vida e a saúde do paciente. Além do mais, revela-se um importantíssimo instrumento em sede de litígio judicial, para avivar a memória dos intervenientes e fazer prova de certos factos, para além de que a ausência de registo pode implicar pesadas consequências processuais no âmbito do processo civil⁴⁵.

O regime legal das DAV's veio reforçar ainda mais a importância do registo no processo clínico, pois que impõe que quer a decisão tomada com base no

⁴³ Note-se que este não é o único tipo de crime que aqui está em causa. Para além de todos os outros tipos legais ligados à prática médica e à falta médica, cumpre ainda sublinhar que o conteúdo da DAV está sujeito ao regime de confidencialidade, cujo incumprimento dará lugar às respetivas sanções civis e criminais, nomeadamente, no que a estas últimas respeita, ao preenchimento dos tipos legais de crime previstos na LPDP, ao crime de violação de segredo profissional (artigo 195.º CP) e ao crime de aproveitamento indevido de segredo (artigo 196.º do CP).

⁴⁴ Vera Lúcia RAPOSO, "Directivas Antecipadas de Vontade...", p. 191,192, "Entre a Vida e a Morte...", p. 122 ss.

⁴⁵ Sobre a importância do registo no processo clínico, André Dias PEREIRA, "Dever de Documentação...", p. 9/24. Da autora, "O Fim da "Letra de Médico...", em processo de publicação na revista *Lex Medicinæ*, especialmente sobre as particularidades do processo clínico eletrónico.

conteúdo da DAV, quer, ao invés, a decisão tomada contra a mesma, seja registrada no processo clínico no paciente⁴⁶ (artigos 6.º/5 e 17.º/2 da Lei n.º 25/2012).

3. Apreciação geral do regime jurídico da Lei n.º 25/2012

Por vezes criticada por ser uma opção de meio-termo entre o respeito pelas DAV's e a sua recusa em prol do tratamento sistemático do paciente, certo é que o regime plasmado na Lei n.º 25/2012 manifesta porventura a solução possível face a uma questão longe de ser consensual. Mais criticável seria que o legislador impusesse o respeito absoluto por uma DAV, sem cuidar de saber a sua atualização face à vontade do paciente ou a clareza dos seus termos.

O peso de orientar uma sensata aplicação deste regime legal recai agora sobre a doutrina, na interpretação que venha a fazer das suas disposições, e na jurisprudência, relativamente à decisão dos casos que se apresentem em tribunal. O quadro legal permite uma aplicação prática que acautele os interesses em jogo, de modo que será aos práticos envolvidos na matéria – juristas, juízes, notários, RENTEV, médicos, administrações hospitalares, advogados – que caberá pugnar pela sua boa aplicação.

No que em particular respeita à prática médica, as DAV's acabam por ter um duplo efeito, contraditório nas suas consequências. Por um lado, conferem ao médico alguma tranquilidade ética e moral, ao desonerá-lo de boa parte dos intrincados problemas éticos e morais, religiosos e deontológicos, com que até agora se defrontava, forçando-o a tomar decisões para as quais não foi devidamente preparado e que, em bom rigor, não fazem parte do seu *métier*. Decisões desta índole desconcentram o médico daquela que é verdadeiramente o núcleo duro da sua profissão, a prestação de cuidados de saúde. Se o médico se concentrar em tais decisões dispersa a sua atenção daquilo que é realmente importante na prática médica. Mas, e por outro lado, as DAV's criam uma panóplia de questões jurídicas, nomeadamente quanto à forma de as rececionar, respeitar e documentar, isto é, quanto à gestão de um paciente portador de uma DAV. Para tal aconselha-se que as instituições de saúde disponham de protocolos de atuação, no sentido de definir junto de todos os seus profissionais qual a forma de atuar quando um paciente é portador de um testamento vital e/ou incumbiu um PCS de tomar decisões por si⁴⁷. Se assim não for, isto é, se a forma de “gerir” a existência de uma DAV, que é um documento intrinsecamente jurídico, for deixada ao médico, sozinho na sua prática, não se duvida que as DAV's suscitarão mais problemas do que aqueles que resolvem.

⁴⁶ Para além disso, as referidas decisões devem ainda ser comunicadas ao PCS, quando exista, e ao RENTEV (artigo 6.º/3 da Lei n.º 25/2012).

⁴⁷ Também neste sentido, SE AUS, “Guía de Recomendaciones...”, p. 15 ss.

Referências bibliográficas

- ANDRADE, Manuel da Costa - "Art. 157.º", in *Comentário Conimbricense do Código Penal*, Parte Especial, Tomo I, (Jorge de Figueiredo DIAS coord.), 2.ª edição, Almedina, Coimbra, 2012.
- ANDRADE, Manuel da Costa - "Consentimento em Direito Penal Médico: O Consentimento Presumido", *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 14, 2004
- ANDRADE, Manuel da Costa - "Art. 156.º", in *Comentário Conimbricense do Código Penal*, Parte Especial, Tomo I (Jorge de Figueiredo DIAS coord.), 2.ª edição, Almedina, Coimbra, 2012.
- BRITO, Teresa Quintela de - "Interrupção de Alimentação e Hidratação Artificiais de Pessoa em Estado Vegetativo Permanente", *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 15, 2005.
- BRITO, Teresa Quintela de - "Responsabilidade Penal dos Médicos: Análise dos Principais Tipos Incriminadores", *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 12, 2002.
- BRITO, Teresa Quintela de, et al. - "Crimes Contra a Vida: Questões Preliminares", in *Direito Penal – Parte Especial: Lições, Estudos e Casos* (Teresa Quintela de BRITO coord.), Coimbra Editora, Coimbra, 2007.
- COSTA, José de Faria - "O Valor do Silêncio do Legislador Penal e o Problema das Transplantações", in *Transplantações – Colóquio Interdisciplinar* (25 de Março de 1993), Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, n.º 3, 1993.
- ERS, Entidade Reguladora da Saúde - "Consentimento Informado (Relatório Final)", Maio 2009, <http://www.ers.pt/3590BDB6-5EFE-4B47-B05F-2B5CD0E1095E/FinalDownload/DownloadId-1048468E9FF63ABE047053CBEBC23A30/3590BDB6-5EFE-4B47-B05F-2B5CD0E1095E/actividades/pareceres-e-recomendacoes/Estudo-CI.pdf> (15/03/2010).
- FAGNART, Jean-Luc - "Information du Patient et Responsabilité du Médecin", in *Actualités de Droit Médical* (Eric THIRY coord.), Bruylant, Bruxelles, 2006.
- FARIA, Paula Ribeiro de - "Aspectos Jurídico-Penais dos Transplantes", Universidade Católica Portuguesa, Porto, 1995.
- GALÁN CORTÉS, Julio César - "La Responsabilidad Médica y el Consentimiento Informado", at www.rmu.org.uy/revista/1999v1/art2.pdf (13/01/2010).
- LOUREIRO, João Carlos - "Metáfora do Vegetal ou Metáfora do Pessoal?", *Cadernos de Bioética*, n.º 8, 1994.
- LOUREIRO, João Carlos - "Transplantações: Um Olhar Constitucional", Argumentum 9, Coimbra Editora, Coimbra, 1995.
- MAGELSEN, Morten - "When Should Conscientious Objection be Accepted?", *Journal of Medical Ethics*, 38, 2012.
- MELO, Helena Pereira de - "Directivas Antecipadas de Vontade", at www.fd.unl.pt/docentes_docs/ma/hpm_MA_7777 (02/09/2010).
- PARZELLER, Markus, et al. - "Patient Information and Informed Consent before and After Medical Intervention", *Dtsch Arztebl*, 104(9), 2007.
- PEREIRA, André Dias - "Novos Desafios da Responsabilidade Médica: Uma Proposta para o Ministério Público", <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/2525/1/Novos%20Desafios%20da%20Responsabilidade%20M%C3%A9dica-Revista%20do%20Minist%C3%A9rio%20P%C3%BAblico%20do%20Paran%C3%A1%20Andr%C3%A9%20Pereira.pdf> (19/01/2010).
- PEREIRA, André Dias - "O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente", Coimbra, Coimbra Editora, 2004.

- PEREIRA, André Dias – “Dever de Documentação, Acesso ao Processo Clínico e sua Propriedade. Uma Perspectiva Europeia”, *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, ano XV, n.º 16, 2006.
- PEREIRA, André Dias – “Transplantation of Organs and Tissues and Some Reflections on the “Solidarity” of the Human Cadaver in Portugal”, *European Journal of Health Law*, 18, 2011.
- RAPOSO, Vera Lúcia – “As Wrong Actions no Início da Vida (Wrongful Conception, Wrongful Birth e Wrongful Life) e a Responsabilidade Médica,” *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, 21, 2010.
- RAPOSO, Vera Lúcia – “Directivas Antecipadas de Vontade: Em Busca da Lei Perdida”, *Revista do Ministério Público*, Janeiro/Março, 2011.
- RAPOSO, Vera Lúcia – “Self-Determination in the End of Life: A New Understanding of Human Dignity”, in *Third European Conference on Health Law - Book of Proceedings*, 2011.
- RAPOSO, Vera Lúcia – “Entre a Vida e a Morte: Responsabilidade Médica nas Decisões em Fim de Vida”, *Lex Medicinæ*, ano 9 (18), 2012.
- RAPOSO, Vera Lúcia – “Responsabilidade Médica em sede de Diagnóstico Pré-Natal (Wrongful Life e Wrongful Birth)”, *Revista do Ministério Público*, 132, Out/Dez 2012
- RAPOSO, Vera Lúcia – “To Act or Not to Act, That Is the Question: Informed Consent in a Criminal Perspective”, *European Journal of Health Law*, 19, 2012.
- RAPOSO, Vera Lúcia – Do Ato Médico ao Problema Jurídico (Breves Notas sobre o Acolhimento da Responsabilidade Médica Civil e Profissional na Jurisprudência Nacional), Almedina, Coimbra, 2013.
- RAPOSO, Vera Lúcia – “O Fim da “Letra de Médico”: Problemas Suscitados pelo Processo Clínico Eletrónico em Sede de Responsabilidade Médica”, em processo de publicação na revista *Lex Medicinæ*, 2013.
- RAPOSO, Vera Lúcia – “O Direito à Imortalidade (O Exercício de Direitos Reprodutivos Mediante Técnicas de Reprodução Assistida e o Estatuto Jurídico do Embrião In Vitro)”, Almedina, Coimbra, em processo de publicação.
- REQUERO IBAÑEZ, Jose Luis – “El Testamento Vital y las Voluntades Anticipadas: Aproximación al Ordenamiento Español”, *La Ley: Revista Jurídica Española de Doctrina, Jurisprudencia y Bibliografía*, n.º 4, 2002, págs. 1899-1904, at <http://www.institutodebioetica.org/casosbioetic/formacioncontinuada/testamentovital/requero.pdf> (02/08/2013).
- RODRÍGUEZ-ARIAS, David – “Una Muerte Razonable (Testamento Vital y Eutanasia)”, *Desclée de Brouwer*, Bilbao, 2005.
- SANDOR, Giulia - “Obbligo di Informazione Medica e Diritto Penale”, *L'Indice Penale*, anno VII, n.º 2, 2004.
- SANZ CABALLERO, Susana - “El Comienzo y el Fin de la Vida Humana ante el TEDH: El Aborto y la Eutanasia a Debate”, *Cuadernos Europeos de Deusto*, n.º 31, 2004.
- SEAUS (Sociedad Española de Atención al Usuario de Sanidad) – “Guía de Recomendaciones para el Ejercicio y Registro de las Voluntades Previas o Voluntades Anticipadas”, Abril 2010.
- VILLAS-BÔAS, Maria Elisa - “A Ortotanásia e o Direito Penal Brasileiro”, *Revista Bioética*, 16 (1), 2008.

Resumo: No dia em que a morte chegar (decifrando o regime jurídico das diretivas antecipadas de vontade)

Hoje em dia o respeito pela vontade esclarecida do paciente é reconhecida como uma autónoma *lex artis*, cuja violação implica consequências deontológicas, civis e criminais. A grande novidade é que atualmente a lei admite expressamente que essa vontade surja sob a forma de testamento vital ou manifestada por um Procurador de Cuidados de Saúde, ambas modalidades legalmente autorizadas de diretivas antecipadas de vontade. Embora esta seja uma alteração muito ansiada e saudada, não se descaram os problemas que daí decorrem, desde o cuidado na elaboração do testamento vital e da procuração até ao processo da sua interpretação e efetivação.

Palavras-chave: Consentimento informado; responsabilidade médica; testamento vital; procurador de cuidados de saúde; processo clínico.

Abstract: On the day we die (deciphering the legal status of advance directives)

Nowadays, the respect for the enlightened consent of the patient is recognized as an autonomous *lex artis*, whose violation entails deontological, civil and criminal consequences. The great novelty is that currently the law explicitly allows that this consent may be expressed under the form of a living will or by a Health Care Proxy. Thought this is a very expected and saluted innovation, we must not neglect the problems arising from it, as the care needed in the redaction of the living will and the power of attorney and the process of their interpretation and execution.

Keywords: informed consent; medical liability; living will; health care proxy; clinical file.

Pedido de separatas:

VERA LÚCIA RAPOSO

vraposo@umac.mo; vera@fd.uc.pt

Assessment of dentistry sequelae in civil expertise

Verçosa CB¹, Corte-Real AT², Vieira DN^{3,4}, Melani RFH¹

Introduction

The evaluation of the body injuries, in civil law, is a field of medical expertise that has been gaining relevance in forensic practice. It is performed to learn about the consequences that a trauma, usually accidental, has in the psico-physical integrity and on the health of an individual(1-3).

Oro-facial traumatic injuries are a common problem and several studies report an increase of the incidence of these lesions in the past decades (4-7). Different situations may be appointed as cause, but traffic accidents are the most frequent of them (8). Dental damage is often considered less important in the context of life threatening, sensitive or motion limitation injuries, found in severe accidents, but its valorization should not be neglected(9). Dental injuries can lead to severe complications with limitation to some orofacial functions, impairment of social life or even of the professional career of the victim(10).

The combination between the reduction of the prevalence dental cavities with the impact of violence, traffic accidents and sports activities has contributed to the establishment of dental injuries and orofacial trauma as problem related to public health with significant economic consequences (11).

In Portugal, accident victims who have not entered into an agreement with insurers (3%) are evaluated in the National Institute of

¹ Faculty of Dentistry, University of São Paulo, Department of Social Dentistry - São Paulo, Brazil

² Faculty of Medicine, University of Coimbra, Department of Dentistry – Portugal

³ Faculty of Medicine, University of Coimbra, Department of Legal Medicine - Portugal

⁴ National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences, Portugal

Legal Medicine and Forensic Sciences. Victims go through a careful forensic evaluation and a report is made after the cure or stabilization of the injuries.

The objective of this research is to analyze the epidemiologic characteristics of the orofacial trauma Civil evaluation in the different branches of the National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences. In parallel, we also verified the parameters of these evaluations for body trauma and the Portuguese method and how it is applied to dental trauma.

Materials and methods

The sample is a collection of 64 reports recovered from the Center (Coimbra), North (Porto) and South (Lisbon) branches of the Portugal's National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences between the years 2002 and 2011, where exclusively dental trauma was observed in the course of the medical evaluation.

The study is a retrospective analysis of those reports, and a data collection chart was used to extract the information to characterize the victims, the nature of the event, the dental trauma that occurred and the parameters of damages that were evaluated.

The collected data was organized in tables, graphics and through adequate statistical analysis. To verify the significance of the association between the variables the chi-squared and Fisher exact tests were applied. For the comparison of the values of the variables APIPP between genders, non-parametric tests of Mann-Whitney and between age ranges the non-parametric Kruskal-wallis test. For all cited tests the maximum achievable statistic significance level was of 5% ($p \leq 0.05$) and the software used was the SPSS version 13.0.

All permissions were granted by the research ethics committee of the University of São Paulo Dental School under protocol n° 71/11, C.A.A.E. 0080.0.017.000-11.

Results

During the 10 years interval there were 11517 forensic reports related to medical evaluation of bodily damages in Civil law. Dental trauma was present in 180 of them (1.56%). Among those, 64 involved exclusively dental injuries and sequelae.

Age, gender and road accident type

The majority of the victims were women (60.9%) and their age ranged from 5 to 75 years old, with an average of 32.83 years (SD 16.82). Traffic accidents were the primary cause of injuries (54.7%), followed by pedestrian run over (18.8%), violent assaults (12.5%), professional responsibility (9.4%) and other causes (4.7%) (Fig. 1). Through chi-squared and the Fisher exact it was possible to verify that the cause of the injuries was associated with gender. Violence, among others, were significantly associated with male victims ($p=0.003$) but no variable was associated with the age intervals.

Healing or consolidation time

The healing time was over 180 days in 43.8% of the cases, between 30 and 180 days in a percentage of 29.7%, and 26.6% consolidated in less than 30 days (Fig. 1).

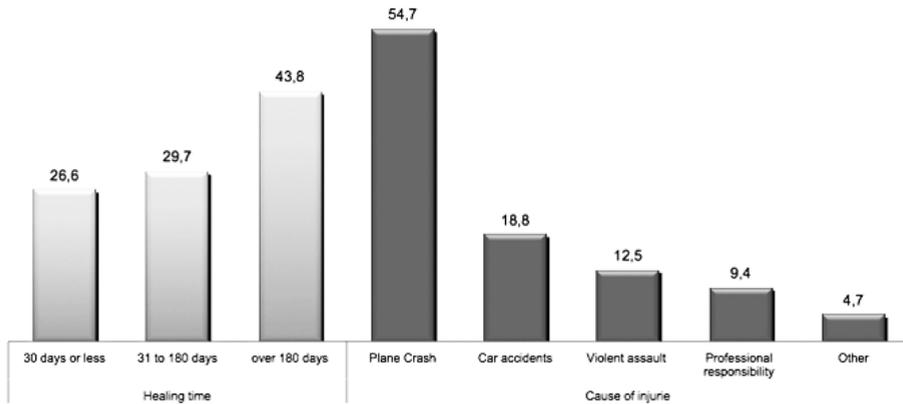


Fig. 1 - Healing time and cause of the injuries

Injuries

In the collected reports, previous dental state of preservation was described in 6.3% of the cases. Only directly related to dentistry was considered situations.

As the same person can present multiple injuries, an increase number of traumas (n=96) was observed compared to the number of injured individuals (n=64).

Among the reported oral-facial injuries (Fig. 2), the dental loss was present in 56.3% of the sample, as well as post-traumatic occlusal interferences or disorders of temporal-mandibular joint, in 34.4%, scars in 29.7%, crown fractures in 21.9% and mouth opening range reduction in 7.8%. At the forensic examination, some victims had already gone through restorative treatment (n=25) (Fig. 2), with the restorative fixed prosthesis in 15.6%, the presence of dental implants in 12.5%, and partial removable prosthesis in 10.9%.

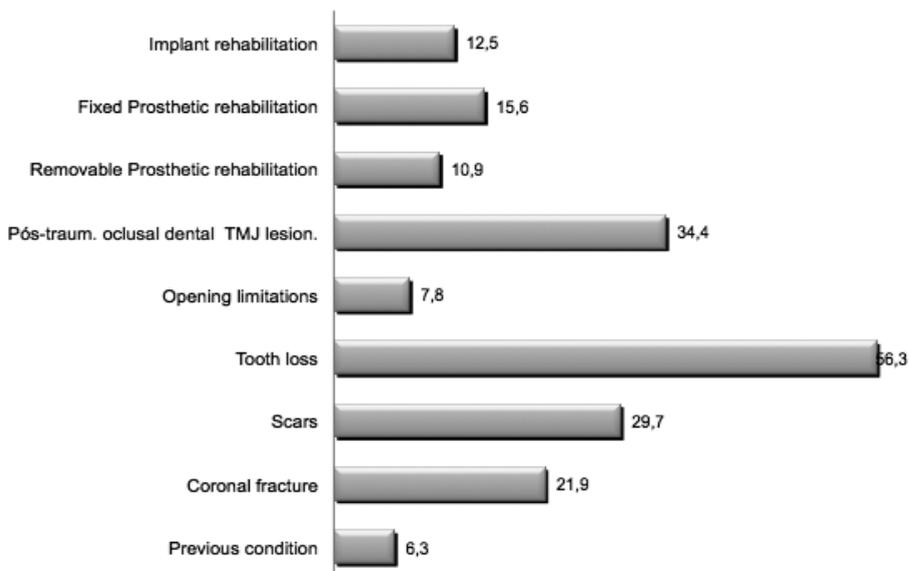


Fig. 2 - Orofacial injuries type and rehabilitation

Corporal damage parameters

Damages parameters assessed in the forensic reports in civil law forensic reports in Portugal are: functional deficit (temporary and permanent), total and partial; *quantum doloris*; esthetical damage; professional activity impact (temporary and permanent), total or partial; sexual activity impact; sports and leisure activities impact; permanent functional deficit (Table 1); dependencies and future damages. Forensic reports referring to orofacial damage alone represent 36% of the total number of cases studied (n = 64), and are described in Table 2.

Table 1- Corporal damage items assessment (n = 116)

	Temporary Damage					Permanent Damage			
	TTFD ¹	TPFD ²	TTIPA ³	TPIPA ⁴	QD ⁵	ED ⁶	SAI ⁷	SLAI ⁸	PFD ⁹
Maximum	1101	1419	1327	1954	6	7	7	7	97
Minimal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Average	104.34	392.47	300.44	153.6	4.34	2.78	0.31	0.73	21.79
Standard deviation	180.96	334.91	312.68	310.3	1.26	1.67	1.12	1.42	22.44

¹TTFD – temporary total functional deficit period refers to the time in which the victim was totally unable to perform activities of daily living.

²TPFD – temporary partial functional deficit period refers to the time in which the victim could, with some autonomy, do the activities of daily living.

³TTIPA – temporary total impact on the professional activities period refers to the time in which the victim was totally unable to engage in professional activities.

⁴TPIPA – temporary partial impact on the professional activities period refers to the time in which the victim could, with limitations, do the activities of professional life.

⁵QD – *quantum doloris* corresponds to the valuation of the physical and mental suffering experienced by the victim between the event date and the date of healing / consolidation of injuries.

⁶ED – esthetical damage corresponde corresponds to the impact of sequelae, in a static and dynamic perspective, involving a personalized assessment of victim's image affectation.

⁷SAI – sexual activity impact corresponds to the total or partial limitation on the level of performance / sexual gratification, resulting from physical and/or psychic sequelae.

⁸SLAI – sports and leisure activities impact corresponds to the specific impossibility to the victim to engage in certain leisure activities who exercised regularly and that accounted for her personal gratification.

⁹PFD – permanent functional deficit corresponds to the permanent affectation of person's physical and/or psychic integrity.

Table 2 - Corporal damage items assessment in orofacial damage alone cases (n = 64)

	Temporary Damage					Permanent Damage			
	TTFD ¹	TPFD ²	TTIPA ³	TPIPA ⁴	QD ⁵	ED ⁶	SAI ⁷	SLAI ⁸	PFD ⁹
Maximum	180	3527	1018	2299	5	5	3	7	30
Minimal	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Average	25.23	330.88	110.36	172.6	3.27	1.69	0.09	0.61	6.6
Standard deviation	34.11	562.69	212.97	447.4	1.1	1.37	0.53	1.23	8.03

Temporary corporal damage items

Table 3 – Description of the parameters related with temporary damages

Temporary damage	Category	Cases	%
TTFD	30 days or less	51	79.7
	31 to 180 days	13	20.3
TPFD	30 days or less	17	26.6
	31 to 180 days	21	32.8
	Over 180 days	26	40.6
TTIPA	30 days or less	37	57.8
	31 to 180 days	14	21.9
	Over 180 days	13	20.3
TPIPA	30 days or less	45	70.3
	31 to 180 days	7	10.9
	Over 180 days	12	18.8
QD	Very Quick	5	7.8
	Quick	9	14.1
	Moderate	22	34.4
	Medium	20	31.3
	Considerable	8	12.5

Table 4 – Comparison of parameters for assessing temporary damages between genders

Temporary damage	Category	Gender				p
		Female		Male		
		n	%	n	%	
TPIPA	30 days or less	30	76.9	15	60.0	0.030*
	31to 180 days	1	2.6	6	24.0	
	Over 180 days	8	20.5	4	16.0	
	Considerable	5	12.8	3	12.0	

* significant $p \leq 0.05$

Through the results of the Qui-square and the Fisher exact test it was verified that the only variable significantly associated to gender was the TPIPA. For this injure, it was observed that the mean healing period was between 31 to 180 days and was associated to the male gender ($p=0.030$) (Table 4).

Table 5 - Comparison of evaluation parameters for temporary trauma and age range

Temporary damage	Category	Idade								p
		15 or less		16 to 30		31 to 46		over 46		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
QD	Very quick	1	7.7	-	-	2	11.1	2	12.5	0.013*
	Quick	-	-	3	17.6	1	5.6	5	31.3	
	Moderate	1	7.7	8	47.1	6	33.3	7	43.8	
	Medium	8	61.5	3	17.6	7	38.9	2	12.5	
	Delayed	3	23.1	3	17.6	2	11.1	-	-	

* significant $p \leq 0.05$

The only variable significantly associated to age was the *Quantum doloris* where the category “quick” was related to the over 46yo group and the medium category to the 15 or less group ($p=0.013$) (Table 5).

Permanent corporal damage items

Table 6 – Description of parameters related to permanent damages

Permanent damage	Category	Cases	%
ED	0	16	25.0
	Very Quick	13	20.3
	Quick	20	31.3
	Moderate	6	9.4
	Medium	8	12.5
	Considerable	1	1.6
PAI ¹¹	Compatible	50	78.1
	Compatible to efforts	14	21.9
SAI	0	62	96.9
	Moderate	2	3.1
SLAI	0	46	71.9
	Very Quick	6	9.4
	Quick	7	10.9
	Moderate	4	6.3
	Very Important	1	1.6
Dependencies	Absent	57	89.1
	Present	7	10.9
FD	Absent	48	75.0
	Present	16	25.0

¹¹PAI – professional activity impact corresponds to the consequences of the sequelae in the professional activity that the victim was able to develop in the time of the traumatic event. There is the following situations:

1. be compatible with the exercise of professional activity;
2. be compatible with the exercise of professional activity , but implies additional efforts;
3. be impeding the exercise of professional activity, however being compatible with other professions in the field of technical and vocational preparation;
4. be impeding the exercise of professional activity, as well as any other in the area of technical and vocational preparation.

Table 7 – Comparison of parameters for assessing permanent damage between genders

Permanent damage	Category	Gender				P
		Female		Male		
		n	%	n	%	
Dependencies	Absent	32	82.1	25	100.0	0.025*
	Present	7	17.9	-	-	

* significant $p \leq 0.05$.

In addition, gender was associated to the *dependence* category, where a significant association with *Absence* was observed in men while *presence* was correlated to women ($p=0.025$) (table 7).

Table 8 – Comparison of parameters for assessing permanent damage among age ranges

Permanent damage	Category	Idade								p
		15yo or less		16 to 30yo		31 to 46yo		Over 46yo		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
SAI	0	11	84.6	17	100.0	18	100.0	16	100.0	0.039*
	Moderate	2	15.4	-	-	-	-	-	-	
SLAI	0	7	53.8	10	58.8	16	88.9	13	81.3	0.026*
	Very quick	3	23.1	1	5.9	-	-	2	12.5	
	Quick	-	-	4	23.5	2	11.1	1	6.3	
	Moderate	3	23.1	1	5.9	-	-	-	-	
	Very Important	-	-	1	5.9	-	-	-	-	
FD	Absent	5	38.5	13	76.5	16	88.9	14	87.5	0.010**
	Present	8	61.5	4	23.5	2	11.1	2	12.5	

* significant $p \leq 0.05$; ** not significant $p \leq 0.01$

Tests results highlighted that the variables related to age were (Table 8):

- SAI: Significantly associated to the *moderate* category in the 15yo or less ($p=0.039$).
- SLAI: Significantly associated to the *moderate* category in the 15yo or less ($p=0.026$).
- FD: Significantly associated to the *present* category in the 15yo or less group ($p=0.010$).

The non-parametric tests of Mann-Whitney and Kruskal-Wallis results demonstrated that there were no significant difference of PFD was observed between genders or age groups, respectfully.

Discussion

The reported results show a predominance of male victims, in accordance to previous researches (12-14). Male individuals being potentially more exposed to suffer some kind of trauma are not under any kind of natural order, but are mostly due to cultural factors (15). Middle age men, between 21 and 40 years old, are more likely to be involved in car accidents and aggressive incidents than women, and the most affected body parts are the nose, the zygomatic complex and the alveolar bone, due to the position of these anatomical features in the face.

The etiology of the facial trauma is varied, and teeth are particularly more exposed and vulnerable, especially in two circumstances: Traffic accidents and violence (14). Traffic accidents were the primary cause of facial trauma in 73.5% of the total injuries (Car accidents 54.7% and pedestrian run over 18.8%), also in concordance to other reports (4, 13, 15). Violence represented 12.5%, but other studies reported some variation in this etiological factor, stating that injuries related to aggressive behavior are more frequent than traffic injuries (16). In addition, the importance of educational and preventive actions within the community has high level of importance.

A study on car accidents in the city of Porto – Portugal (13) reported that oral-facial injuries might lead to various consequences in the long term. The most frequent injuries were at the oral soft tissues, with a 38.6% prevalence from all corporal sequels ($n=194$). Those could lead to functional or on aesthetical damages. Injuries to dental or periodontal tissues were the second most prevalent, but were the main cause for permanent sequels (46.7%) which agreed with our findings.

It is common sense, among populational studies, that coronary fractures are the most prevalent dental trauma, and it is frequently left without proper

treatment (17-20). Referring to Andreasen's trauma classification criteria (17,21), we can suggest that coronal dental trauma may be evaluated as a body injury, as it is observed in 21.9% of our sample and in 8.9% of the total injuries of the study in the city of Porto (13). Until the present date, it has not been considered an injury in the "National Evaluation of Permanent Incapacities Table on Civil Law" issues (22), which is responsible to give value to permanent sequels of the physical and psychiatric integrity on each case. Fractures to the dental crowns, particularly involving the enamel, affect a tissue that does not regenerate after tooth eruption and its restoration or repair cannot *restitutio ad integrum* the individual. This value of incapacity may vary according to the material choice for rehabilitation and the use of direct or indirect restoration.

Many studies (23-29) focus on orofacial trauma and not its outcomes. Nevertheless, the follow-ups of those injuries are extremely important for a correct evaluation, rather in the clinical or forensic environment.

Facial traumatism can leave permanent functional and aesthetical sequels. The face, more than any other body part, is critical for aesthetic alteration, as it is usually visible at all times, any deformities are instantly noticeable. According to our data, 39.1% of the reports described some kind rehabilitation (dental Implants, fixed and removable prosthetics) at the moment of the evaluation, which suggests a preoccupation with both function and aesthetic and a demonstration of how those injuries can affect the victim's life (15).

In this research, the healing period was found to be over 180 days (43.9%), but the time that victims were unable to work and away from normal activities was less than 30 days. To evaluate the extension of the incapacities of a person with facial deformities is a difficult task, as three aspects occur simultaneously: Functional, anatomical and social (10). A rehabilitation of the orofacial traumatism can demand long term specialized treatment, what would create special limitations, as the individual can be physically ready for general activities, but not psychologically.

In the dentistry field, the estimated period for the execution of a complex rehabilitation may depend on laboratory procedures or orthodontic treatment, what can extend the healing time (*restitutio ad integrum*). This explains the long mean intervals of incapacity found.

On the other hand, the introduction of new technologies, by scientific community, can readjust the parameters for evaluation already stated, highlighting the necessity of extra evaluation, intermediary or after the previous value statement (PFD).

Throughout the years, the evaluation of body damage healing time in relation to the rehabilitation technologies and the event severity has increased,

with the necessity of intermediary evaluation, or a total reevaluation of the incapacity value stated (PFD). This reevaluation is related with a view of a more updated reality of the integrity of an individual in the society and in his professional activities. In this study, the future damage was significantly associated to the 15 or less age range, which demonstrates a concern with the uncertain outcome of some dental lesions.

From values statements for permanent incapacity we found a mean of 21.7 for body damage and 6.6 for isolated dental injuries, in concordance to previous research that described a 20.5 and 9.4 points respectively (13).

The cited research, carried on in the city of Porto (13), also evaluated the emotional impact of orofacial injuries, as observed in this research, the *Quantum doloris* was assigned in all cases. The maximum category found in the cited study was a 7 point (very important), while in this investigation the maximum was a 5 point (considerable). Nevertheless the mean values were compatible (3.45 (SD 1.6) and 3.27 (SD 1.1), respectfully).

The dependences can be temporary or permanent, as the most frequent value assigned for the permanent (1, 30, 31). These dependences can be related to several necessities, as the need for medicines, regular medical treatment, technical help, domestic adaptation and hiring of professional care (1). In this study the attribution of dependences was significantly higher in the female gender, and can be justified by the complexity of the lesions and the fragility of their biotype.

Our findings support that orofacial damage has less evaluation parameters than general body damages, what represents a smaller incapacity period, with less permanent consequences. Social-economic impact was also smaller, as reduced number of days of absence from work has less impact on the productivity loss also in concordance to previous results (13). We believe that more studies are necessary for more definitive conclusions.

Conclusions

The results show that traffic accidents play an important role as the cause of orofacial injuries. Tooth loss was the main buccal lesion, present in 56.3% of the cases. In the long term, these injuries may have severe consequences affecting different aspects of social and professional life of the victim.

The similarity observed in the decisions on every parameters evaluated, also statistically verified, indicates that the pre-establishment of a criteria leads to a more uniform forensic approach, avoiding frequent distortion of human judgment.

References

1. Vieira DN. Assessment of bodily damage in civil law: harmonisation of an expert protocol. *Rev Port Dano Corp.* 2003;12(13):29-36.
2. Lucas P, Bargagna M, Boróbia C, Béjui-Huges H, Streck W, Vieira D. La rationalisation de l'évaluation européenne des atteints à la personne humaine. *Rev Port Dano Corp.* 2001;10(11):21-35.
3. Boróbia C. Valoración del Daño Corporal. Legislación, Metodología y Prueba Pericial Médica. Barcelona: Masson; 2006.
4. Gassner R, Tuli T, Hächl O, Rudisch A, Ulmer H. Craniomaxillofacial trauma: a 10 year review of 9543 cases with 21067 injuries. *J Cranio Maxillofac Surg.* 2003 Feb;31(1):51-61.
5. França Caldas A, Burgos ME. A restrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental trauma clinic. *Dent Traumatol.* 2001;2001(17):250-3.
6. Rajab LD. Traumatic dental injuries in children presenting for treatment at the Department of Pediatric Dentistry, University of Jordan, 1997 - 2000. *Dent Traumatol.* 2003;19:6-11.
7. Traebert J, Peres MA, Blank V, Pietruza JA. Prevalence of traumatic dental injury and associated factors among 12-years-old school children in Florianópolis, Brazil. *Dent Traumatol.* 2001;17:250-3.
8. Sharma BR, Harish D, Sharma V, Vij K. Road-traffic accidents - a demographic and topographic analysis. *Med Sci Law.* 2001;41:266-74.
9. Pérez BP, Garrido BR, Sánchez JAS. Metodología para la valoración del daño bucodental. Madrid: Editorial Mapfre Medicina; 1996.
10. Magalhães T. Estudo tridimensional do dano corporal: lesão função e situação. Sua aplicação médico-legal. Coimbra: Almedina; 1998. 258 p.
11. Pedroni LBG, Barcellos LA, Miotto MHMB. Tratamento de dentes permanentes traumatizados. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.* 2009;9(1):107-12.
12. Bastos KABS. Análise da ocorrência e classificação penal das lesões maxilofaciais do Instituto Médico Legal do Município de Taubaté [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
13. Caldas IM, Magalhães T, Afonso A, Matos E. Orofacial damage resulting from road accidents. *Dent Traumatol.* 2008 Aug;24(4):410-5.
14. Caldas IM, Magalhães T, Afonso A, Matos E. The consequences of orofacial trauma resulting from violence: a study in Porto. *Dent Traumatol.* 2010 Dec;26(6):484-9.
15. Cardozo HF. Verificação da ocorrência de traumatismos faciais e de elementos dentários, ocupantes de acidentes de trânsito [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1990.
16. Loducca FE. Estudo epidemiológico dos traumatismos de face, causados por acidentes de trânsito, em serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial do município de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1997.
17. Raphael KG, Marbach JJ, Klausner J. Myofacial face pain. Clinical characteristics of those with regional vs. widespread pain. *J Am Dent Assoc.* 2000;131:161-71.
18. Okesson JP. Signos y sintomas de los trastornos temporo-mandibulares. In: Okesson JP, editor. Tratamiento de Occlusion y Afecciones Temporomandibulares. Madrid: Harcourt Brace de España; 1999.

19. Andreasen JO, Mayne JR. Traumatic injuries of the teeth. *Australian Endodontic Newsletter*. 1982;8(2):18.
20. Kramer PF, Zembruski C, Ferreira SH, Feldens CA. Traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. *Dent Traumatol*. 2003 Dec;19(6):299-303.
21. Grimm S, Frazão P, Antunes JL, Castellanos RA, Narvai PC. Dental injury among Brazilian schoolchildren in the state of São Paulo. *Dent Traumatol*. 2004 Jun;20(3):134-8.
22. Granville-Garcia AF, de Menezes VA, de Lira PI. Dental trauma and associated factors in Brazilian preschoolers. *Dent Traumatol*. 2006 Dec;22(6):318-22.
23. Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L. *Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth*: Wiley-Blackwell; 2007.
24. Tabela nacional de avaliação de incapacidades permanentes em direito civil. Decreto Lei nº352/2007 de 23 de Outubro; 2007.
25. Ogini FO, Ugboko VI, Ogundipe O, Adegbehingbe BO. Motorcycle - related maxillofacial injuries among nigerian intracity road users. *J Oral Maxillofac Surg*. 2006 Jan;64(1):56-62.
26. Gopalakrishna G, Peek-Asa C, Kraus JF. Epidemiologic features of facial injuries among motorcyclist. *Ann Emerg Med*. 1998 Oct;32(4):425-30.
27. Tuli T, Hachl O, Rasse M, Kloss F, Gassner R. Dentoalveolar trauma. Analysis of 4763 patients with 6237 injuries in 10 years. *Mund Kiefer Geichtschr*. 2005 Sep;9(5):324-9.
28. Gassner R, Bösch R, Tuli T, Emshoff R. Prevalence of dental trauma in 6000 patients with facial injuries. Implications for prevention. *Oral Surgery, oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 1999 Jan;87(1):27-33.
29. Adeyemo WL, Ladeinde AL, Ogunlewe MO, James O. Trends and characteristics of oral and maxillofacial injuries in Nigéria: a review of the literature. *Head Face Med*. 2005 Oct;4(1):7.
30. Van Beck GJ, Merckx CA. Changes in the pattern of fractures of the maxillofacial skeleton. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1999 Dec;28(6):424-8.
31. Olasoji HO, Tahir A, Arotiba GT. Changing picture of facial fractures in northern Nigéria. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2002 Apr;40(2):140-3.
32. Magalhães T, Pinto da Costa D. Avaliação do dano na pessoa em sede de Direito Civil. *Perspectivas actuais*. *Rev Fac Direito Univ Porto*. 2007;4:421-54.
33. Alonso Santos JA. Avaliação do Prejuízo Estético. In: Vieira D, Quintero J, editors. *Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2008. p. 242.

Acknowledgements

To CAPES (Improvement Coordination of Higher Education Personnel) for funding this research;

to Faculty of Medicine (University of Coimbra) and National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences of Portugal.

Resumo: Avaliação de sequelas odontológicas em perícias cíveis

A avaliação do dano corporal no âmbito do direito civil constitui uma área de intervenção pericial cada vez mais relevante no âmbito da clínica forense. A realidade das perícias realizadas no Brasil tem sido bem diferente das utilizadas nos países europeus, que, mesmo com algumas diferenças, acabam por ter o mesmo princípio fundamental, baseando-se em tabelas de incapacidades e parâmetros de avaliação do dano civil. A ausência de definição destes parâmetros, no Brasil, possibilita divergências à medida que dá liberdade ao perito para que este expresse no laudo sua própria forma de realizar a perícia. O objetivo deste trabalho foi verificar parâmetros de avaliação de danos corporais da metodologia portuguesa de avaliação de danos em perícias odontológicas. O estudo consistiu em uma análise dos relatórios periciais (n=64) produzidos entre os anos de 2002 e 2011, do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (IP) nas suas Delegações Centro (Coimbra), Norte (Porto) e do Sul (Lisboa), em que foi atribuída a valorização de danos odontológicos. A maioria dos indivíduos eram mulheres (60,9%) e a média de idade foi de 32,83 anos. Acidentes de trânsito foram a principal causa das sequelas odontológicas (54,7%) e as agressões, significativamente associadas ao sexo masculino, caracterizando a perda dentária a lesão mais frequente (56,3%). O tempo de consolidação das lesões foi superior a 180 dias (43,8%), mas o tempo de afastamento das atividades gerais e de trabalho foi de até 30 dias. O *Quantum Doloris* atribuído foi de 3 a 4 pontos (65,7%) numa escala crescente de 7 graus, embora em nenhum caso tenha sido atribuída a valorização máxima (pontos 6 ou 7). Em 25% dos casos, o dano estético não foi considerado e, em 51,6% dos casos, foi pontuado entre os graus 1 e 2. A média da porcentagem atribuída ao Déficit funcional permanente foi de 6,63%. O dano futuro foi considerado em 25% dos casos e esteve, significativamente, associado à faixa de idade até 15 anos. Concluiu-se que o dano orofacial envolve menos parâmetros de avaliação de danos que os danos corporais globais, o que representa um menor período de deficiência, com menos consequências permanentes, com um impacto socioeconômico menor em termos de dias de trabalho e diminuição da produtividade perdida. A semelhança nas decisões em todos os parâmetros avaliados, observadas estatisticamente, indica que a definição de critérios propicia uma abordagem pericial mais uniforme, evitando, assim, distorções frequentes.

Palavras-chave: Odontologia legal; perícia odontológica; legislação odontológica; dano - responsabilidade civil.

Abstract: Assessment of dentistry sequelae in civil expertise

The assessment of the body damage in the scope of civil law constitutes an area of expert intervention each time more relevant in the scope of the forensic clinic. The reality of the expertise performed in Brazil has been different from the one in the European countries, which even with some differences have the same fundamental principle, being based in tables of incapacities and parameters of the civil damage evaluation. The lack of definition of these parameters in Brazil allows divergences while it gives freedom to the expert to express his or her own way to perform the expertise in the report. The aim of this study was to verify assessment parameters of body damages of the Portuguese methodology of the damage

evaluation in dentistry expertise. The study consisted in an analysis of the expert reports (n = 64) produced between 2002 and 2011, from the National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences (IP) in its Branches (Coimbra), North (Porto) and South (Lisbon), in which the valorization of dentistry damages was assigned. The majority of individuals were women (60.9%) and the age average was 32.83 years old. Traffic accidents were the main cause of these sequelae (54.7%) and the aggressions were significantly associated to the male sex, being the dental loss the more frequent lesion (56.3%). The consolidation time of the lesions was superior to 180 days (43.8%), but the time away from general activities and work was until 30 days. The attributed *Quantum Doloris* was from 3 to 4 points (65.7%) in a growing scale of 7 grades, although in no case the maximum valorization has been assigned (points 6 or 7). In 25% of the cases, the aesthetic damage was not considered and in 51.6% of the cases, it was punctuated between the grades 1 and 2. The average of percentage of permanent functional deficit was 6.63%. The future damage was attributed in 25% of the cases and it was significantly associated to the age period until 15 years old. It has been concluded that the orofacial damage involves less parameters of damage assessment than the global body damages, that represents a shorter period of deficiency, with less permanent consequences, with a smaller socioeconomic impact related to work days and decreasing of productivity that has been lost. The similarity of the decisions in all statistically observed and evaluated parameters shows that the criteria definition provides an expert approach more uniform, thus avoiding frequent distortions.

Keywords: Forensic dentistry; dentistry expertise; dental legislation; damage liability.

Pedido de separatas

CAROLINA BURNI VERÇOSA

vercosacb@usp.br

Ethical issues regarding chemical castration – A European perspective

Joana Cerqueira

Background

Chemical castration, as a testosterone-lowering procedure, started to be discussed in the international literature about twenty years ago as a result of two main factors: the well known social concern regarding sexual abuse and violence, and the availability of hormonal drugs that promise to reduce sexual urges (1, 11). Not just within the European borders, but also in other countries such as Canada or the USA, the procedure of chemical castration is practiced (18); chemical castration was one solution found to give an answer to the societal demand, although it has been performed in different ways - legally mandatory or on voluntary basis (7, 10, 26). Within the European frontiers the criterion to its application varies from country to country; however, a view among the European countries is shared: chemical castration as a jurisdictional sentence should be always pronounced with an alternative penalty, and such view is clearly grounded on ethical considerations. It is worth noting that this paper will focus solely on the ethical implications of this pharmacotherapy, when performed on men (16, 26), in a European context, as a possible and available treatment, proposed to sex offenders who suffer from a paraphilia. It is worth underlining that a paraphilia is a psychiatric disorder characterized by sexual urges and inappropriate sexual behaviour (e.g. paedophilia, sadomasochism, voyeurism); although not all the adults who abuse children suffer from this disorder (4) this ethical reflection is solely referring to those who suffer from paedophilia. A paraphilia is frequently related with feelings of guilt and shame, and generally treated with psychotherapy, group therapy and/or medication, for instance, antidepressants (5, 25). Paraphilia disorder is described by DMS IV: "Paraphilias all have in common distressing and repetitive sexual fantasies, urges, or behaviours. These fantasies, urges, or

behaviours must occur for a significant period of time and must interfere with either satisfactory sexual relations or everyday functioning if the diagnosis is to be made. There is also a sense of distress within these individuals. In other words, they typically recognize the symptoms as negatively impacting their life but feel as if they are unable to control them". Thus, this article will not refer to the ethical problems that may arise regarding prostate cancer patients' issues, nor women-paedophiles, as it will not refer to the physical castration, highlighting the need of a more systematic consideration and discussion of the ethical issues raised by this pharmacotherapy.

Framework for ethical issues

Sixteen years after the approval of the *Oviedo Convention* (1997) and thirteen after the *Charter of Fundamental Rights of European Union* (2000), Europe deals with the procedure of chemical castration as a solution which promises to give an answer to the problem of sexual criminality. Ethical reflection must be performed in order to guarantee that the relevant basic ethical principles are respected when applying the procedure of chemical castration since it is not considered as a medical cure, but as a treatment (24) - to be considered as a cure, chemical castration would be a synonym of non recidivism of the offense from the condemned offender. Statistics have shown that the rate of recidivism decreases since some of the sex offenders do not commit the crime again (4, 9, 22), but it does not totally disappear; indeed a chemically castrated man may still have a physical response to stimulation, as his desire may not disappear, nor even decrease. Apparently, chemical castration can improve the behaviour of the sex offender, but the question of sexual urges has a large contour; for instance, even the effectiveness of physical castration (and in spite of the fact that this article is referring just to chemical castration which is generally considered more human) is also controversial, and not totally achieved - in ancient civilizations "eunuchs were not castrated to prevent them from having sex with women, but rather to make certain the pregnancy of the harem woman resulted from the seed of the mastery" (30).

Returning to the chemical castration, the procedure has been achieved through the management of the androgen levels - Androgen Deprivation Therapy (ADT) - in the bloodstream, through a drug such as Depro-Provera which reduces the production of testosterone, and consequently its levels in the blood, reducing the sexual uncontrollable urges (25). But also other methods have been used; the medroxyprogesterone acetate and cyproterone acetate have been used throughout the USA, Canada, and some European countries to diminish the rates of recidivism among sexual offenders, reducing sexual

fantasies and impulses. Also as a more recent and promising development as a pharmacotherapy in the treatment of paraphilias one finds Gonadotropin-releasing hormone (GnRH), also known as Luteinizing-hormone-releasing hormone (LHRH) agonists such as leuprolide acetate and goserelin (13). In spite of the use of this pharmacotherapy, the lowering of the testosterone-level in the bloodstream may not necessarily lead to the desired effects, since sexual responses and urges may not be totally related to the level of testosterone. In fact, testosterone is the major hormone associated with libido and sexual function but a clear relation between its levels and sexual offenses remains uncertain. Several studies have reported that violent sexual offenders have higher levels of androgens than do non-violent comparison groups, and androgen levels correlate positively with both prior violence and the severity of sexual aggression. However, a clear cause-effect relationship between testosterone levels and sexual-offending remains uncertain and different medical questions demand urgent scientific research in order to fulfil some medical gaps as this, since also some studies have reported that paedophiles have lower levels of testosterone in the blood. Nevertheless, it has been defended that the response is considerably diminished, and these men will be, in principle, more capable of controlling their urges (8, 24). Consequently, among authors, not only doubts and uncertainties about the ethically acceptance of this so-called treatment have been discussed, but also its true effectiveness (25).

Principle of Integrity

In the European context, one's physical and psychological integrity is protected and respected by the law, therefore if a medical treatment does not respect them, it cannot be accepted as such. One's integrity, physical and psychological, is not only a core value assured by national laws but also by international conventions embraced by European states. It is stated on article 1 of the *Oviedo Convention*: "Parties to this Convention shall protect the dignity and identity of all human beings and guarantee everyone, without discrimination, respect for their integrity and other rights and fundamental freedoms with regard to the application of biology and medicine". Also on the article 3 of the *Charter of Fundamental Rights of the European Union*, the protection of one's integrity is assured: "Everyone has the right to respect for his or her physical and mental integrity." Considering these boundaries, an ethical concern has to do with the safety of this pharmacotherapy, and in order to perform an evaluation on its safety it is imperative to focus on its side-effects and reversibility to determine the *ratio* between risks and benefits, and to find out if the benefits outweigh the risks. Indeed, the question of the

side-effects and long term health risks is crucial and it is no surprising that the opponents of this procedure consider its aggressiveness as one of the main reasons to not perform chemical castration (25). The side-effects and long-term health risks that may arise and remain, as a consequence of the submission to this hormonal-managing-procedure, are present at both physical and psychological levels, and are considerably severe. The loss of body hair, the gynecomastia and genital hypotrophy, the weight gain, and the development of a more female pattern of body fat distribution, hot flashes, and the depression with tendency to commit suicide are confirmed side-effects, found in men submitted to chemical castration. Other side-effects such as chronic nightmares, diabetes exacerbation, hypertension, and breathing difficulties are also reported in several studies, as well as the increased risk of thrombosis leading to heart attack (1, 28). Nevertheless, the procedure of chemical castration is described in the literature as a temporary and reversible procedure (12, 33), since when the offender stops the medication, the hormonal levels will return to their initial levels (10, 29). However, studies have shown that a great part of the side-effects may, in fact, remain. There is no scientific certainty on this point and consequently, it is difficult to preview if or which side-effects may remain after the withdrawal of the treatment (25). Due to this uncertainty, the possible irreversibility of chemical castration represents an ethical concern regarding one's integrity: while some men are capable of returning to their normal lives and are found stable at the psychological level (12), others are not (24) – this is one of the most pointed out constraints regarding the reversibility-argument of chemical castration, the lack of certainty. To the referred side-effects, the long-term risks, and the (ir)reversibility, another concern is added: the quality of the sperm may be damaged due to chemical castration, and its permanent and irreversible deformation will turn a man infertile (1, 16). Therefore and as a direct consequence of this possibility, it has been proposed that a man, before being submitted to chemical castration, should always be informed about this specific issue, and should have the opportunity to freeze his sperm (22). In fact, this deformation represents a very serious side-effect which may leads us to consider the concrete possibility of the violation of a fundamental and recognized right: “the right to procreate” (26, 28) or, in other words, “the right to found a family”, rooted and guaranteed by the article 9 of the *Charter of Fundamental Rights of the European Union*. The treatment proposed to sexual offenders, might be interpreted as a camouflaged (when performed without disclosing the possible side-effects) sterilization of these men, as it might be also considered as a forced one (if performed without a real and free informed consent) (22). The basic rights assumed and assured by our democratic societies must be respected; otherwise, chemical castration may easily fulfil the requirements of an inhuman or a degrading treatment.

This reasoning may lead us to the discussion of the violation of the basic principles regarding our constitutional laws. In fact, The European Court of the Human Rights considers as an “inhuman or degrading” treatment the one that arouses the person feelings of fear, anxiety and vulnerability likely to not just humiliate this person but also break him down (23). This way, it seems clear that in a European perspective, to deny the right to procreate as a possible and direct consequence of a pharmacotherapy, proposed without disclosing its effects to a legally condemned person, is in absolute contradiction not only to the value of the respect for one’s physical and mental integrity, but also with the Charter of Fundamental Rights of European Union, specifically regarding the 4th article that reads: “No one shall be subjected to torture or to inhuman or degrading treatment or punishment”. Considering such side-effects, such doubts about the actual reversibility and consequent integrity of one’s condition, and the above mentioned possible interference of chemical castration with, at least, the right to procreate, a careful reflection on the question of one’s integrity is of extreme relevance, since this question is not fully discussed, and more clarification is needed regarding such acceptance towards the proposed pharmacotherapy.

Principle of Autonomy

To be submitted to the procedure of chemical castration a person must be autonomous, must be able to decide if he wants or not to be submitted to the treatment, and since the present analysis is focused on sex offenders suffering from paedophilia, a psychiatric disorder recognized under the scope of paraphilias, the question of knowing if they are capable or not to give their autonomous and informed consent necessarily arises. The article 7 of the *Oviedo Convention* assures the protection of those who suffer from a mental disorder. However, and in principle, a paraphiliac person is sufficiently autonomous to make this decision, as any other person when considered competent by the court and by the physicians. Thus, it is based on this standard that the analysis of autonomy regarding chemical castration is here performed; based on the fact that this disorder does not compromise the capacity of discernment. When a patient is asked for the informed consent, it has one of the following purposes: 1) it may be an informed consent for a medical procedure, or 2) an informed consent for a clinical trial (3). Specifically regarding chemical castration as a treatment proposed toward sex offenders, it is assumed that the informed consent concerns a medical procedure, and this way, some different points deserve to be stressed, but before any conclusion is made, it is important to reflect on the meaning of

this informed consent. The “informed consent” concept is provided by the *Charter of Fundamental Rights of the European Union* (article 3), and by the *Oviedo Convention* (article 5). The consent to a medical procedure must be 1) free and 2) informed, and the concerned person must be informed not only about the purpose and nature of the intervention but also about its benefits, consequences, and risks. The act of asking for the informed consent requires a deep knowledge followed by a clear explanation about the proposed procedure. Due to the lack of knowledge or total certainty regarding chemical castration (10, 17), one of the concerns is that it may be difficult to assure the person will be well and fully informed about the procedure. Considering the side-effects, the (ir)reversibility and the effectiveness of chemical castration, it has been suggested in the literature that one is here confronted with a medical procedure still in study. This concern is raised since different voices argue that there is still not enough knowledge about this pharmacotherapy to actually perform it (9) and this way, it is hard to say for sure if one is asked to give an informed consent for a medical procedure or for a clinical trial. In this line of thinking, some authors go even further suggesting that the performance of chemical castration on these men may be a camouflaged clinical trial (24); and therefore the act of chemically castrate these men has nothing but the aim of studying the actual effectiveness of this procedure (10, 18), since other men, as cancer patients, deal with the same health concerns, and so paedophiles may be used as experimental subjects. Another point of concern has to do with the real meaning and value of the informed consent that these sex offenders are asked to give. Since the autonomy of the patient is required in order to give a valid informed consent, it is important to analyze this pre-condition (autonomy) taking into account that the procedure of chemical castration is proposed in many jurisdictions as an alternative to imprisonment (14). In fact, when chemical castration is proposed as such, the person’s autonomy may be seriously conditioned, and consequently, the informed consent as well (10, 22). At this point the question changes; it is not a question of knowing if this person is well and fully informed, or if one deals with a common medical procedure or a clinical trial; but rather if one prefers this procedure in alternative to imprisonment. To go deeper into this point, let us consider Beauchamp and Childress’ definition of autonomy: “To respect autonomous agents is to acknowledge their right to hold views, to make choices, and to take actions based on their personal values and beliefs. Such respect involves respectful *action*, not merely a respectful *attitude*. It requires more than non-interference in others’ personal affairs. It includes, in some contexts, building up or maintaining others’ capacities for autonomous choice while helping to allay fears and other conditions that destroy or disrupt autonomous choice” (3). When chemical castration is presented to the offender as an

alternative to imprisonment, one is forced to reflect and make a balance between the value of one's own health and one's own freedom. Indeed, when this "option" is presented in these terms its ethical acceptance is questionable. In essence, a person submitted to chemical castration may not be totally committed with the procedure and the given consent might not be the needed one, free from restraints and not conditioned by the threat of the loss of liberty. The non-commitment of the offender is another serious concern. The commitment of the sex offender in the process of acceptance and submission to chemical castration is a factor of extreme importance for its efficacy as a treatment (9). Even if the real efficacy may be a relevant doubt and even if one may find controversial positions among authors and studies, it has been argued that it is of crucial importance that the patient is committed with the treatment, wants it, agrees with it, is aware and well-informed about what chemical castration means, and simultaneously has access to a proper psychological support. Otherwise, the pharmacotherapy may result in the increase of the aggressive behaviour and violence of the offender regarding his victims since, after being chemically castrated the offender might experience difficulties in his sexual performance, leading to frustration and more aggressiveness and violence (28). All these considerations easily show that there are still well grounded concerns about the procedure of chemical castration, as a treatment considered and proposed to paedophiles.

Principle of Proportionality

The *Principle of Proportionality* is provided by the article 49 of the *Charter of Fundamental Rights of the European Union*, which reads: "The severity of penalties must not be disproportionate to the criminal offence", and it is in this sense that chemical castration will be here analyzed: its proportionality as a legal solution regarding paedophiles. Currently, in the European context, there is no standardize position towards chemical castration, its availability depends on the country's position (some countries do not even consider chemical castration as an option). When chemical castration is proposed as an alternative to a penalty, for instance the imprisonment, its proportionality as a legal measure may be questioned in line on with the protection of the basic human rights, due to all the uncertainties surrounding this pharmacotherapy, the proportionality of the chemical castration must be here called into question (18, 22). Voices arise questioning the severity of this procedure and a reflection is required: on the one hand, the severity of the effects of this procedure on one's health and the interference on one's autonomy, and on the other hand, the intensity of the desired punishment or effectiveness, and the societal demand and need for action. The appliance of this principle

finds its roots in a moral way of reasoning present in Europe. Different philosophers have focused their attention in the rights of the prisoners and the condemned people versus society. For instance Emmanuel Kant and his reflection on Retributive Justice had great impact on this field, but also Bentham and his utilitarian position on the theory of punishment, or even Karl Menninger to whom offenders are persons with emotional issues, and so the solution might be always a treatment instead of a punishment, but any philosophical perspective will be discussed here. European democracies have preferred the protection of each citizen, always recognizing and respecting the value of human dignity in each citizen, and this way, we simply discuss if chemical castration can be accepted in our legal systems since enough proofs of its medical contours have not been given yet. As a society, what do we expect from justice and health care? A society looks for an effective judicial system and for a trustful health care system. Is the role of the criminal justice to apply a pharmacotherapy that is not yet fully medically understood in terms of consequences and effects? The judicial system must be effective but not only apparently, i.e. it must not base itself on the appearances to calm down the population, instead of ensuring security and being truly regenerative regarding the offender. In order to respect the principle of proportionality when a state decides to apply chemical castration, a responsible choice of whether the interference with a person's basic rights are justified or not must be assumed. In essence, the aim of this principle is focused on the protection of individuals from arbitrary or abusive policies, decisions or interventions. In a society where freedom and respect for life are unavoidable boundaries, these specific questions and concerns must be discussed and a point must be stressed and clarified: state policies must not act disproportionately to achieve any aim even if a legitimate one. In the literature, the performance of chemical castration is considered by some authors as a needed treatment and by others not only as a disproportional procedure but also as a "cruel and unusual punishment" (16, 28). However, a thorough reflection on this point is actually difficult, both for 1) the sensitivity of the issue, since the evaluation of what is a proportional penalty for a paedophile is not easy, due to the public passion and the severity of these crimes (18) and simultaneously, 2) the previously highlighted uncertainty about available scientific data.

Conclusion

The analysis of the various ethical issues raised by chemical castration is needed. In this paper we stress some of the ethical issues that this so-called pharmacotherapy may raise, making references to essential principles and

values such as integrity, autonomy, and proportionality, taking the “*Oviedo Convention*” (1997) and the “*Charter of Fundamental Rights of the European Union*” (2000) as frameworks to the analysis. The academic discussion in the relevant literature clearly shows that there is not yet enough clarity about the ethical acceptability of the chemical castration due to a variety of factors such as the ones discussed above. Chemical castration as a pharmacotherapy needs further investigation, discussion and reflection because so far we do not have fully persuading reasons to ethically justify this procedure. This ethical reflection is urgent and of great importance to all the parties: offenders, practitioners, policymakers and the public in general. In sum, and in order to be ethically acceptable, let us consider what has already been said: “The optimal pharmacotherapy for paraphilias should (a) reduce selectively the sexual deviant behaviour, impulses, and fantasies; (b) support or at least not impair non deviant sexuality; and (c) not cause other adverse side effects. It is no secret that the development of such a pharmacological agent still appears more like a utopian than a realistic goal for the near future.” (11).

Competing interests

None.

References

1. Appel JM. Castration Anxiety. *Journal of Bioethical Inquiry* 2011.
2. Aucoin, William M, Wassersug RJ. The sexuality and social performance of androgen-deprived (castrated) men throughout history: implications for modern day cancer patients. *Social Science & Medicine* 2006, December; 3162-73 p.
3. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th Ed. O. U. Press, 2009. 119, 103 p.
4. Berlin FS. Sex Offender Treatment and Legislation. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 2003; 31, 510-513 p.
5. Dyer O. Drug treatment is proposed to manage child sex offenders. *British Medical Journal*, 2007.
6. Emir L, Dadali M, Sunay M. Chemical castration with intratesticular injection of 20% hypertonic saline: a minimally invasive method. *Urologic Oncology*, 2007; 26(4), 392-6 p.
7. Falzone C. Politique Criminelle et Évaluation des lois de 1995 et 2000 en matière de mœurs ainsi que de quelques autres instruments connexes. *Travaux du Sénat* 2008.
8. Greenstein A, Plymate SR, Katz PG. Visually stimulated erection in castrated men. *The Journal of Urology*, 1995; 153, 650-652 p.
9. Harrison K. The Castration Cure? *Prison Service Journal*, 2007; 14(175) 13-18 p.

10. Harrison K. Legal and Ethical issues when using Antiandrogenic Pharmacotherapy with Sex Offenders. *Sexual Offender Treatment*, 2008; 3(2), 1-11 p.
11. Hill A, Briken P, Kraus C, et al. Differential Pharmacological Treatment of Paraphilias and Sex Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 2003; 47(4), 407-421 p.
12. Kostanski JW, Jiang G, Dani BA, et al. Return to fertility after extended chemical castration with a GnRH antagonist. *BMC Cancer*, 2001.
13. Lee JY, Cho KS. Chemical Castration for Sexual Offenders: Physicians View. *Journal of Korean Medical Sciences* 2013 February; 28(2): 171-172 p.
14. Les Documents de Travail du Sénat. Belgique. (n.d.). La Castration Chimique. Législation Comparée. 2009.
15. Lievesley R, Winder B, Kaul A, et al. The Use of Medication to Treat Sexual Preoccupation and Hypersexuality in Sexual Offenders. (document online), 2013 July. Available: <http://www.crimeandjustice.org.uk/sites/crimeandjustice.org.uk/files/PSJ%20208%20July%202013.pdf>
16. Lombardo RA. California's Unconstitutional Punishment for Heinous Crimes: Chemical Castration of Sexual Offenders. *Fordham Law Review*, 1997; 2611-2646 p.
17. Meyer III J W, Cole M. Physical and Chemical Castration of Sex Offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*, 2007; 25(3-4), 1-18 p.
18. Petrunik MG. Managing unacceptable risk: sex offenders, community response, and social policy in the United States and Canada. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 2002; 46(4), 483-511 p.
19. Planas, R. "Sexual predators". *Estrategias y límites del derecho penal de la peligrosidad*. InDret. Barcelona, 2007.
20. Rachels J. 2nd ed. *Elementos de Filosofia Moral*, 2012.
21. Rada RT, Laws RD, Kellner R. Plasma Testosterone in the rapist. *Psychosomatic medicine*. *Journal of Behavioral Medicine* 1976; 38 n.4, 257-268 p.
22. Rainey B, Harrison K. Pharmacotherapy and Human Rights in Sexual Offenders: best of friends or unlikely bedfellows? *Human Rights Law: Protecting Dignity and Consent*. *Sexual Offender Treatment*, 2008; 3(2), 1-10 p.
23. Reidy A. The prohibition of torture, A guide to the implementation of Article 3 of the European Convention on Human Rights, 2003; 15 p. Strasbourg.
24. Rice ME, Harris GT. Is androgen deprivation therapy effective in the treatment of sex offenders? *Psychology, Public Policy, and Law*, 2011; 17(2), 315-332 p.
25. Saleh FM, Guidry LL. Psychosocial and biological treatment considerations for the paraphilic and nonparaphilic sex offender. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 2003; 31(4), 486-93 p.
26. Scott CL, Holmberg T. Castration of sex offenders: prisoners' rights versus public safety. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 2003; 31(4), 502-9 p.
27. Singer P. *Escritos sobre uma vida ética*. 1st ed. Lisboa, Publicações Dom Quixote, 2008.
28. Spalding LH. Florida's 1997 Chemical Castration Law: A Return to the dark ages. *Florida State University Law Review*, 1998.
29. Tombal B. Appropriate Castration with Luteinising Hormone Releasing Hormone (LHRH) Agonists: What is the Optimal Level of Testosterone? *European Urology Supplements*, 2005; 4(5) 14-19 p.

30. Tougher S. In or out? Origins of court eunuchs. Eunuchs in antiquity and beyond. London: The Classic Press of Wales and Duckworth, 2002.
31. Wassersug RJ, Johnson TW. Modern-day eunuchs: motivations for and consequences of contemporary castration. *Perspectives in biology and medicine*, 2007; 50(4), 544-56 p.
32. Wassersug RJ, Zelenietz SA, Squire GF. New age eunuchs: motivation and rationale for voluntary castration. *Archives of sexual behavior*, 2004; 33(5), 433-42 p.
33. Weinberger LE, Sreenivasan S, Garrick T, et al. The impact of surgical castration on sexual recidivism risk among sexually violent predatory offenders. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 2005; 33(1), 16-36 p.

Resumo: Dilemas éticos levantados pela castração química – uma perspectiva Europeia

A castração química, um procedimento que consiste na regulação do nível de testosterona no sangue, é uma farmacoterapia utilizada sobre agressores sexuais com o objectivo de reduzir a reincidência criminal. Diminuindo os níveis de testosterona espera-se que as necessidades sexuais diminuam e consequentemente diminua a violência sexual. O actual debate académico sobre a castração química está essencialmente focado na análise científica e legal, deixando para segundo plano a análise do ponto de vista da bioética, existe por isso a necessidade preencher esta lacuna abordando a castração química através de princípios bioéticos essenciais. Este artigo discute os constrangimentos éticos deste procedimento utilizando como linhas de pensamento alguns princípios e conceitos éticos como a Integridade, a Autonomia e a Proporcionalidade, relevantes no contexto Europeu, por estarem consagrados em documentos fundamentais como a *Convenção de Oviedo* (1997) e a *Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia* (2000).

Palavras-chave: Castração química; integridade; autonomia; proporcionalidade.

Abstract: Ethical issues regarding chemical castration – a European perspective

Chemical castration, i.e. the procedure consisting in the management of the testosterone level in the blood, is a pharmacotherapy used towards sex offenders, with the aim of reducing the rate of recidivism. By lowering the level of testosterone, sexual urges are expected to decrease and, as a result, so is the sexual criminality. The current academic debate on chemical castration is mainly focused on the scientific and legal aspects and it overlooks the bioethical one: there is therefore a need to fill that gap, by assessing chemical castration with fundamental bioethical values. This paper discusses the ethical concerns regarding this procedure using as framework ethical principles and concepts such as Integrity, Autonomy and Proportionality, relevant for the European context since they are stated in fundamental documents like the *“Oviedo Convention”* (1997) and the *“Charter of Fundamental Rights of the European Union”* (2000).

Keywords: Chemical castration; integrity; autonomy; proportionality.

Pedido de separatas:

JOANA CERQUEIRA

joanafonsecaerqueira@gmail.com

Tutela coletiva específica ou resultado prático equivalente: a indenização moral coletiva revertida para a própria comunidade lesada

Rinaldo Guedes Rapassi¹

Introdução

No vasto território brasileiro, constata-se grande dificuldade de acesso à saúde de qualidade, à educação profícua e à segurança eficiente.

Por que isso acontece?

Há quem dê justificativa histórica para nossos problemas, é verdade.

Contudo, JOSUÉ DE CASTRO define com propriedade que “o subdesenvolvimento é o produto da má utilização dos recursos naturais e humanos realizada de forma a não conduzir à expansão econômica e a impedir as mudanças sociais indispensáveis ao processo da integração dos grupos humanos subdesenvolvidos dentro de um sistema econômico integrado” (sem destaque no original) .

Certamente, há espaço para que o Estado brasileiro seja mais eficiente em utilizar melhor os recursos naturais e humanos à sua disposição e, assim, promover o desenvolvimento com maior eficiência.

¹ Juiz do Trabalho Substituto junto ao Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região. Especializado em Direito Material e Processual do Trabalho e habilitado em Didática do Ensino Superior, ambos pela Universidade Presbiteriana Mackenzie - Brasília. Especializado em Direito do Consumidor, Processos Coletivos e Direito Ambiental pela Escola Superior de Advocacia da Ordem dos Advogados do Brasil - Seção São Paulo. Bacharel em Direito, com habilitação em Direito do Trabalho e da Segurança Social, pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo – USP

O papel do judiciário

Visando a cumprir integralmente seu papel, o Estado não deve se limitar à punição dos infratores, sem tentar adotar estratégias de prevenção e de orientação ou assegurar a preservação das vítimas. Em outras palavras, deve ter em vista também a solução do problema, além da punição ao infrator.

Para tanto, o Estado precisa de instituições fortes, que atuem de forma articulada sem perder de vista direitos humanos, como diagnosticou recentemente o sociólogo RENATO SÉRGIO DE LIMA. Mas, “o modelo é esquizofrênico. Muitas vezes as polícias, o Ministério Público e o Judiciário trabalham em oposição uns aos outros”.

Nesse contexto, a responsabilidade pelo desenvolvimento socioeconômico não é só do Poder Executivo, ou do Legislativo. É do Estado como um todo e, pois, também do Poder Judiciário, além de parcela que cabe à própria sociedade (e das empresas nela inseridas).

Atentemos que o Juiz é um agente político - não precisa pedir autorização a quem quer que seja para finalizar o dispositivo de sua sentença com as respostas às seguintes questões de uma ação civil pública: quanto, onde, quando e como reparar efetivamente o dano que aquela comunidade sofreu?

E o Juiz do Trabalho, pelo grande número de audiências que preside diariamente, é um agente político que tem especial conhecimento dos problemas sociais brasileiros. Por isso, pode e deve fazer uso de seu poder constitucional, da forma mais ampla que estiver ao seu alcance, a fim de fomentar o desenvolvimento e de forma a suprir algumas carências sociais importantes.

Em outras palavras, é dever primeiro do magistrado procurar atender às metas institucionais tradicionais. Mas, além disso, não há de descurar-se da qualidade do seu trabalho, traduzida na responsabilidade social de suas decisões, de modo a zelar sempre pela boa imagem da magistratura. Isso inclui manter a consciência de que pode utilizar-se das faculdades processuais para a realização do bem-estar social. Postergar a reparação do dano coletivo, pelo envio de recursos financeiros ao FAT, é delegar a solução efetiva ao Poder Executivo para um futuro incerto e sem os mesmos controles a que se submete a decisão judicial.

Segundo jurista português BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS, “*nós, integrantes do sistema de Justiça, não podemos resolver toda a injustiça, mas, se não fizermos a nossa cota-parte na redução da injustiça, de duas, uma: ou seremos ostracizados pela população ou então nos tornaremos uma instituição irrelevante*”².

² http://www.cnj.jus.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21924%3Aassociologo-defende-responsabilidade-dos-tribunais-sobre-a-democracia&catid=223%3Acnj&Itemid=583, acesso em 17/11/2012.

E, ainda, vale lembrar a ideia de *juiz-Hércules*, uma metáfora utilizada por RONALD DWORKIN em suas obras sobre filosofia do direito para demonstrar as qualidades excepcionais, quase divinas, do juiz que toma a melhor decisão em cada caso³. O jusfilósofo descreve o juiz ideal como aquele dotado de sabedoria e paciência sobre-humanas --- capaz de desenvolver uma teoria política completa ao se deparar com um caso difícil, pois *sua decisão não deve limitar-se a estar de acordo com o Direito, mas ser simultaneamente justificável do ponto de vista da moralidade política*.

Reversão para a comunidade lesada, no local do dano

Em 23 de novembro de 2012, a Plenária da 1ª Semana Institucional do Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região aprovou⁴ tese deste autor, resumida na seguinte ementa: “*DANO MORAL COLETIVO. INDENIZAÇÃO. REVERSÃO PREFERENCIAL PARA O LOCAL DO DANO. APLICAÇÃO DO ART. 2º DA RES. Nº 154/2012-CNJ NO PROCESSO DO TRABALHO. OFÍCIOS AO MPT E AO MP-BA*”.

A propositura do tema foi resultado de curiosa sequência de fatos.

Em dezembro de 2011, promovemos o *I Congresso de Segurança Interinstitucional do Oeste da Bahia*⁵. O evento culminou com a aprovação de 12 metas para a região, entre as quais a 9ª, que, em síntese, apontava para a urgência de construção ou reparação de cadeias junto a delegacias da Polícia Civil. A corroborar a urgência dessa meta regional, recorde-se que o Brasil está sendo processado na Organização dos Estados Americanos por ter cadeias em péssimas condições de vida⁶ e o próprio Ministro da Justiça afirmou publicamente que preferiria morrer, a ser preso por longo período nas cadeias comuns do nosso País⁷.

Em março de 2012, homologuei acordo no curso de uma ação civil pública (ACP-0000410-02.2011.5.05.0651), inicialmente fixando compensação em pecúnia por dano moral coletivo, no montante de R\$205.000,00, a ser revertida em prol daquela mesma meta: a construção ou a reforma de cadeias públicas, conforme o caso, em quatro municípios do oeste da Bahia (Bom Jesus da Lapa, Sítio do Mato, Santa Maria da Vitória e Correntina).

³ DWORKIN, Ronald. *Levando os Direitos a Sério*. São Paulo: Martins Fontes, 2002, pp. 164-203.

⁴ http://www.trt5.jus.br/default.asp?pagina=noticiaSelecionada&id_noticia=25209, acesso em 30/11/2012.

⁵ <http://www.amatra5.org.br/noticias.asp?ID=205>, acesso em 17/11/2012.

⁶ <http://www.cidh.oas.org/Comunicados/Port/22.11port.htm> e <http://www.cidh.oas.org/countryrep/brazil-port/Cap%204%20.htm>, acesso em 30/11/2012.

⁷ <http://ambito-juridico.jusbrasil.com.br/noticias/100187069/ministros-do-stf-criticam-sistema-prisional-brasileiro>, acesso em 30/11/2012.

Algum tempo depois e diante da dificuldade do Poder Executivo estadual em realizar as obras na celeridade e eficiência pretendidas, foi proposto pelo Juízo e obtido um novo acordo, em que a empresa, mesmo já tendo quitado sua obrigação de pagar fixada originalmente, aceitou submeter-se a novo e difícil encargo: realizar todas as quatro obras com seus próprios recursos e seguindo projetos e cronograma preparados pela Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia para, em seguida, doar tais obras ao Estado.

Não houve a restituição, inicialmente, do dinheiro que a empresa já havia depositado à disposição do Juízo. Apenas no final da tarefa e após todas as fiscalizações, os valores originais poderão ser ressarcidos.

Por isso, com a aceitação em fazer o segundo acordo, infere-se que a empresa buscou demonstrar coerência com suas alegações de responsabilidade social para comunidades na região e em outros locais, espelhada na construção de escolas rurais que já havia entregue a algumas prefeituras.

As obras foram concluídas e está sob perícia para constatação do integral cumprimento do pacto. Há e houve constante fiscalização da Justiça criminal, do MP/BA, do MPT, da Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia e das empresas que figuraram como parte na ação civil pública.

A proposição desse segundo pacto fundou-se na inabalável crença do Juízo de que as empresas e os indivíduos que compõem a sociedade têm significativo interesse no desenvolvimento socioeconômico de sua região, além, é claro, do próprio Estado (Ministério Público, Justiça do Trabalho, governo do estado, governos municipais) e das instituições sociais que acompanharam presencialmente as audiências (conselhos municipais de segurança, OAB, etc.).

No caso específico, a crença foi confirmada no momento da anuência da empresa acionada em suportar novas e difíceis obrigações, dificilmente aceitáveis para um olhar mais apressado.

O raciocínio contrário também é verdadeiro: saber da destinação de indenizações em pecúnia para fundos federais, a recheiar cofres públicos distantes do local originário da lesão, é a causa da repulsa que muitos sentem ao se deparar com ações civis públicas.

Vale dizer, a prática favorece a conciliação nas ações civis públicas, porque atende aos seguintes anseios:

I) do Estado, em reparar o dano coletivo ou difuso por meio de tutela específica ou resultado prático equivalente (CPC, art. 461);

II) os trabalhadores lesados têm interesse no desenvolvimento socioeconômico de sua região e, muitas vezes, a solução não é trabalhista (por exemplo, para evitar o trabalho infantil, não basta só um ou vários cursos sobre o assunto, mas ajuda muito o apoio a projetos de educação, de alimentação escolar, de melhoria do transporte escolar, de doação de um carro exclusivo para vigilância em área escolar visada por traficantes de drogas (há precedente

no Rio Grande do Sul), apoio a projetos de recuperação de menores infratores e/ou drogados --- que podem ser projetos da sociedade, do Poder Judiciário estadual, do Ministério Público estadual, dos poderes do município etc.); e

III) a empresa acusada tem interesse em reverter à sociedade recursos financeiros e humanos que passem a restaurar sua imagem, de forma que o Poder Judiciário atue não só para punir, mas, antes, para encontrar soluções práticas ao possível problema detectado.

Mesmo quando não há acordo, é interessante notar que, do ponto de vista processual, o Estado liberal do final do século XIX aplicava de forma neutra e indiferente as regras, por força da exacerbada importância que então se dava aos princípios da igualdade formal e da mais ampla liberdade individual. A legislação clássica objetivava precipuamente as tutelas meramente declaratórias e as ressarcitórias.

Já o direito processual contemporâneo permite ao magistrado a aplicação da modalidade processual mais adequada ao caso, respeitado o livre convencimento motivado.

Com efeito, os direitos fundamentais previstos na Constituição podem ser efetivados por intermédio do processo, se o jurisdicionado demandar em juízo. Por isso, cabe ao legislador criar normas processuais adequadas à satisfação desses direitos materiais. Contudo, é humanamente impossível prever todas as situações fáticas na lei, razão pela qual os códigos, não raramente, ou são omissos ou contêm as chamadas “cláusulas gerais”, que são formulas mais genéricas a permitir ao intérprete (e, sobretudo, ao agente político) a adequação ao caso concreto.

Cabe, pois, ao juiz extrair a máxima efetividade das técnicas processuais, podendo, para tanto, lançar mão da tutela específica (ou determinar providências que assegurem o resultado prático equivalente ao do adimplemento da obrigação descumprida) para somente após optar por uma compensação pecuniária. É mais consentâneo ao preceito constitucional beneficiar sempre a região originária do dano coletivo, só deixando para última hipótese a destinação de recursos a algum fundo estadual ou, mais remotamente, federal.

Em outras palavras, visando ao máximo de efetividade, o juiz pode valorizar a tutela específica em prol do local do dano e evitar a destinação de recursos a fundos federais, como FAT, para que, com sua decisão, não termine por, incongruentemente, haurir ainda mais a economia de um local recém empobrecido pela ocorrência do dano coletivo.

Penso respeitosamente que a prática de fortalecer o FAT foi efetivamente útil em um período que esse fundo ainda era frágil, para que se estabilizasse. Entretanto, hoje tem fonte própria e suficiente de recursos. Note-se, por exemplo, que o patrimônio financeiro do FAT terminou 2011 em R\$185,4

bilhões e não há atualmente como o Codefat utilizar todo esse valor, por falta de projetos⁸. Ademais, convém lembrar que a remessa de recursos para o FAT em ACP não atende a literalidade do art. 13 da LACP porque:

a) o Ministério Público não compõe o Conselho gestor desse Fundo; e, ainda mais importante,

b) seus recursos não se destinam a reparar o bem trabalhista coletivo/difuso lesado, mas, apenas, ao *custeio do seguro-desemprego* (um direito decorrente de lei - não corresponde a indenizar especificamente uma comunidade pelo dano moral coletivo sofrido); ao *pagamento de abono do PIS* (um direito decorrente de lei - não corresponde a indenizar especificamente uma comunidade pelo dano moral coletivo sofrido); e a *subsidiar financiamentos do BNDES* (o que não corresponde a indenizar especificamente uma comunidade pelo dano moral coletivo sofrido).

Em 4/7/2012 e nesse sentido, o Excelentíssimo Ministro JOÃO ORESTE DALAZEN, então Presidente do Tribunal Superior do Trabalho, concedeu medida liminar em ação cautelar em recurso de revista nos processos n^{os} TST-CauInom-6981-06.2012.5.00.0000 e TST-CauInom-7001-94.2012.5.00.0000, porquanto, entre outros fundamentos, *“como reconheceu, em princípio, a própria Juíza presidente da execução, não se afigura útil a exigência do depósito do expressivo valor da indenização dos danos morais coletivos. Por primeiro, porque retiraria do fluxo de caixa dos executados montante superior a um bilhão de reais. (...) E, finalmente, porque a retenção do referido valor não beneficiará a tutela das vítimas das doenças decorrentes da contaminação ambiental. Importante frisar que, nos termos da decisão exequenda, o valor reverter-se-á ao Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT, o que esvazia, por completo, a utilidade da abreviação do procedimento de apreensão patrimonial”*. Ressalto os ingentes e verdadeiramente hercúleos esforços da Excelentíssima Juíza do Trabalho MARIA INÊS TARGA nas inúmeras e constantes tentativas de conciliação, inclusive visando à reversão da quantia em prol da comunidade de onde originou o dano.

Destaco que a destinação de recursos à própria comunidade lesada é atividade jurisdicional típica, porque se trata do desdobramento da tarefa processual de decidir qual a tutela específica objeto da condenação. Por isso, a destinação de recursos à própria região lesada é tão relevante, inclusive do ponto de vista processual.

Nesse passo, destaco o auspicioso advento, em julho de 2012, da Resolução n^o 154 do CNJ. Entendo-a plenamente aplicável, por analogia, ao processo do trabalho.

⁸ (<http://www.valor.com.br/brasil/2686822/uso-do-fat-para-qualificacao-caiu-46-no-ano-passado>, acesso em 17/11/2012).

É possível, pois, fomentar projetos multi-institucionais⁹, em parceria do Judiciário com outros órgãos do Estado (inclusive outros ramos da própria Justiça, CNJ etc.), visando, por exemplo, à inclusão de jovens no mercado de trabalho e ao tratamento de dependentes de drogas, o que poderá refletir na melhoria da segurança institucional da Justiça (seus usuários, servidores e juizes).

Tudo deve ser feito da forma mais científica e transparente, já que as decisões judiciais estão sob constante crivo do respectivo Tribunal, da Corregedoria Regional, da Corregedoria-Geral, do STF, do TST/STJ/STM, do CNJ, do CSJT, da imprensa, da OAB, do MPT, do MP Estadual, das partes e até mesmo dos próprios colegas. Além disso, deve nortear a ação do magistrado o hábito de levantar as necessidades sociais da região da Vara do Trabalho de forma científica (projetos, seminários etc.) e a atuação em parceria com outros agentes políticos e representantes de instituições democráticas da sociedade, para aumentar as garantias de lisura e de efetividade.

Alternativamente, é viável a destinação de recursos depositados à disposição do Juízo em decorrência de indenização moral coletiva ao *FIA - Fundo da Infância e Adolescência*¹⁰, porque se trata de um fundo **municipal** previsto no ECA, art. 88, IV, e administrado pelo Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente.

No município em que o FIA ainda não tiver sido criado, a simples determinação judicial desse depósito é um ótimo impulso para que o fundo passe

⁹ A ideia inspira-se na filosofia que embasa o programa *TJC - Trabalho, Justiça e Cidadania*, ao congrega diversas instituições da sociedade para alcançar um bem comum, com apoio da população e maior segurança dos usuários, servidores e membros da magistratura. Outro bom exemplo de sinergia dos órgãos do Estado vem da cidade do Rio de Janeiro, que sofria há muito tempo com a insegurança pública. Somente quando se intensificaram, simultaneamente, esforços dos diversos ramos dos Poderes municipais, do Estado membro e da União, inclusive do Poder Judiciário e diversas instituições civis e militares, obteve-se sucesso na pacificação e desenvolvimento socioeconômico de comunidades carentes como a Rocinha. E, mesmo após o primeiro período, mais crítico, iniciativas conjuntas permitiram o fornecimento e a continuidade de outros serviços públicos, não só aqueles ligados à segurança.

¹⁰ MODELO DE DESPACHO:

“1. Vistos etc.

2. DETERMINO, com fulcro nos arts. 227 da CRFB, 88, IV, do ECA, e 2º da Res. 154/CNJ, este por analogia, que o montante depositado à disposição do Juízo (fls. x) seja dividido em três em partes iguais e CADA UMA DELAS SEJA DEPOSITADA em favor dos respectivos FIA – Fundo para a Infância e Adolescência dos municípios de __, __ e __.

3. OFICIE-SE aos respectivos CMDCA – Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, a fim de que INFORMEM, EM 10 DIAS, o número da conta do FIA que deverá receber o depósito e para que PRESTEM CONTAS da utilização do recurso.

4. COMUNIQUE-SE o Ministério Público estadual junto a cada um dos municípios beneficiados, com cópia deste despacho (ao qual confiro FORÇA DE OFÍCIO), para que FISCALIZE como entender de direito. Registro por parte deste Juízo as homenagens de estilo.

5. INTIME-SE PESSOALMENTE o Ministério Público do Trabalho, autorizada a ciência desde logo pelo modo mais célere (fac-símile e telefone, certificando-se).”

a existir e venha a melhorar a educação, a saúde e a segurança de crianças e adolescentes nas cidades e, por consequência, de suas famílias. Tudo de forma capilarizada, pela ação de diversos e tantos Juízes do Trabalho, espalhados no território nacional.

Nesse particular, registro que o Ministério Público estadual tem ajuizado ação civil pública para, se necessário, criar o FIA em cada um dos municípios beneficiados pela decisão trabalhista. Por isso, convém enviar cópia da decisão ao MP do respectivo estado. Isso significa também mais um ganho institucional: trabalhar em excelente parceria com o Ministério Público, seja para viabilizar a aplicação de recursos, seja para contar com sua fiscalização.

Há também os fundos **estaduais**. Nesse aspecto, reformulo pensamento anterior, em razão de uma indesejável centralização (e, note-se, delegada ao Poder Executivo), com possível aplicação em atividade distante do local do dano. Penso que os fundos estaduais não têm o mesmo mérito de um fundo municipal, bem mais próximo ao local da lesão, passível, inclusive, de uma fiscalização mais direta e efetiva por parte dos interessados. De toda forma, vale ressaltar que, para fomentar diretamente projetos laborais no âmbito de um estado membro, foi criado o *Fundo* estadual baiano de *Promoção do Trabalho Decente - Funtrad* (Lei estadual nº 12.356/11), que visa à captação, repasse e aplicação dos recursos para custear as políticas públicas destinadas a gerar mais e melhores empregos, com igualdade de oportunidades e de tratamento, além de combater os trabalhos infantil e escravo. O Funtrad ainda não foi plenamente implementado e somente o futuro mostrará, quanto a algum recurso que lhe seja destinado, se é eficaz em promover o desenvolvimento, e o quanto atenderá o local do dano.

Podem-se compensar pecuniariamente, ainda, diretamente, entidades cadastradas juntos aos MP, ao MPT e aos órgãos estaduais, como a *CEAPA - Central de Apoio e Acompanhamento às Penas e Medidas Alternativas* (<http://www.seap.ba.gov.br/index.php/ceapa>), consideradas oficialmente habilitadas para receberem doações advindas de processos judiciais. O Ministério Público do Trabalho também tem cadastrado entidades que considera aptas a receber incentivo.

Com isso, é viável enviar recursos para instituições que cuidam de deficientes, menores, drogados¹¹ ou idosos, por exemplo. Há também hospitais públicos que se pode apoiar (com a doação direta de aparelhos, como para diálise, tomógrafos, mamógrafos, de ultrassom e outros, sobretudo em municípios distantes dos centros de tratamento). Nesse sentido, apoio da Justiça do Trabalho a projeto em município do oeste da Bahia gerou a construção de

¹¹ Veja: www.onu.org.br/programa-da-onu-seguranca-com-cidadania-apoia-oficina-contradrogas-para-jovens-na-bahia, acerca de ação multi-institucional do Programa Conjunto da ONU Segurança com Cidadania, em Lauro de Freitas, BA.

maternidade modelo, atendendo a uma grande região que, antes, era atendida em grandes centros, como Salvador e Brasília¹².

Além disso, sabemos que o papel das universidades e institutos científico-tecnológicos públicos vai além de fornecer mão de obra qualificada para o mercado de trabalho. As possibilidades de interação entre universidades e empresas se expandem na medida em que a Justiça eventualmente decida apoiar a geração de conhecimento, para que essas instituições e o país não se distanciem das tecnologias de ponta disponíveis nos países mais desenvolvidos, e em alguns casos, possa estar à frente na produção dessas tecnologias. Pode-se, por exemplo, consultar formalmente a Secretaria de Inovação do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, para indicação da instituição a receber a doação.

Essa mudança de rumos nas decisões judiciais é ainda mais urgente e oportuna quando se considera que, na seara trabalhista, há significativa tendência de aumento no número das ações civis públicas, cujo rol de legitimados é cada vez mais amplo¹³, graças à acertada nova redação dada pelo TST à sua OJSBDI2-130, que agora passa a rezar da seguinte maneira:

130. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. COMPETÊNCIA. LOCAL DO DANO. LEI Nº 7.347/1985, ART. 2º. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, ART. 93 (redação alterada na sessão do Tribunal Pleno realizada em 14.09.2012) – Res. 186/2012, DEJT divulgado em 25, 26 e 27.09.2012

I – A competência para a Ação Civil Pública fixa-se pela extensão do dano.

*II – Em caso de dano de abrangência regional, que atinja cidades sujeitas à jurisdição de mais de uma Vara do Trabalho, a competência será **de qualquer das varas das localidades atingidas**, ainda que vinculadas a Tribunais Regionais do Trabalho distintos.*

*III – Em caso de dano de abrangência suprarregional ou nacional, há **competência concorrente** para a Ação Civil Pública das varas do trabalho das sedes dos Tribunais Regionais do Trabalho.*

*IV – Estará **prevento o juízo a que a primeira ação houver sido distribuída**. (sem destaque no original)*

Paralelamente, convém também destacar outra prática que tem se mostrado positiva. Ao se homologar um acordo em que uma ou várias entidades sejam beneficiadas com a destinação de recursos financeiros, pode-se impor às beneficiadas a simples assunção de um compromisso formal e expresso,

¹² http://www.trt5.jus.br/default.asp?pagina=noticiaSelecionada&id_noticia=29413, acesso em 12/9/2013.

¹³ Arts. 8, III/CRFB, 513, “a”/CLT, 91/CDC, 5º, V, “a” e “b”, e 21/LACP; 129/CRFB e 83, III/LC-75/93; cancelamento da SUM-310/TST.

antes do repasse de valores, de adotar práticas contra a corrupção. Trata-se de mais um óbice a eventuais desvios, ainda que de cunho ético, mas que tem sido bem recomendado por organismos internacionais e já adotado, no Brasil, por entidades respeitadas, como o INSTITUTO AYRTON SENNA.

Considerações finais

É muito bom ouvir de pessoas insuspeitas da comunidade um agradecimento à Justiça, principalmente por uma ação da qual tenhamos participado como profissionais. O reconhecimento espontâneo, verdadeiro, é parte importante da realização profissional de todo ser humano.

Imaginemos, pois, que os magistrados, advogados, promotores, procuradores, com a inestimável ajuda dos servidores e o interesse das partes, todos podemos contribuir localmente para que nossas regiões se tornem mais prósperas e pujantes. E, mais que isso, que se intensifiquem as ações entre as instituições republicanas e, dessas, com as organizações da sociedade e os cidadãos, a fim de se atingir maior e significativo desenvolvimento socioeconômico.

Referências bibliográficas

- Carvalho F. Lapa. Mais de 800 partos em maternidade apoiada pela Justiça do Trabalho [Internet]. Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região. 2013 [cited 2013 Sep 26]. Available from: http://www.trt5.jus.br/default.asp?pagina=noticiaSelecionada&id_noticia=29413
- Castro J. A explosão demográfica e a fome no mundo. Fome, um tema proibido. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira; 2003.
- Comissão Interamericana de Direitos Humanos- Organização dos Estados Americanos. AS CONDIÇÕES DE RECLUSÃO E TRATAMENTO NO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO [Internet]. RELATORIO SOBRE A SITUACAO DOS DIREITOS HUMANOS NO BRASIL: Capítulo IV. [cited 2013 Sep 26]. Available from: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/brazil-port/Cap 4 .htm>
- Comissão Interamericana de Direitos Humanos- Organização dos Estados Americanos. MECANISMOS INTERNACIONAIS DE PROTEÇÃO SE UNEM DIANTE DA GRAVE SITUAÇÃO DE TORTURA E SUPERLOTAÇÃO CARCERÁRIA NAS AMÉRICAS [Internet]. Comunicado de imprensa nº22/11. 2011. Available from: <http://www.cidh.oas.org/Comunicados/Port/22.11port.htm>
- Críticas à gestão da segurança marcam debate sobre violência [Internet]. Folha de S. Paulo; 15/11/2012. [cited 2013 Sep 26]. Available from: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1185985-criticas-a-gestao-da-seguranca-marcam-debate-sobre-violencia.shtml>
- Dworkin R. Levando os Direitos a Sério. São Paulo: Martins Fontes; 2002. p. 164-203.
- Marshall TH. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: Zahar; 1967.

- Montenegro MC. Sociólogo defende responsabilidade dos tribunais sobre a democracia [Internet]. Portal Conselho Nacional de Justiça - CNJ. [cited 2013 Sep 26]. Available from: http://www.cnj.jus.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21924%3Aassociologo-defende-responsabilidade-dos-tribunais-sobre-a-democracia&catid=223%3Acnj&Itemid=583
- Paula LAT. Acordo possibilita a construção de cadeias no interior da Bahia [Internet]. Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região- Itaberaba. [cited 2013 Sep 26]. Available from: http://www.trt5.jus.br/default.asp?pagina=noticiaSelecionada&id_noticia=25209
- Segurança interinstitucional é discutida no Oeste baiano [Internet]. Associação dos Magistrados da Justiça do Trabalho da 5ª Região - Amatra5. 2011 [cited 2013 Sep 26]. Available from: <http://www.amatra5.org.br/noticias.asp?ID=205>
- Zampier D. Ministros do STF criticam sistema prisional brasileiro [Internet]. Notícias JusBrasil. [cited 2013 Sep 26]. Available from: <http://ambito-juridico.jusbrasil.com.br/noticias/100187069/ministros-do-stf-criticam-sistema-prisional-brasileiro>

Resumo: Tutela coletiva específica ou resultado prático equivalente: a indenização moral coletiva revertida para a própria comunidade lesada

Ao conhecer e julgar pedido de compensação por dano moral coletivo, incumbe ao Juiz do Trabalho conceder a tutela coletiva específica ou determinar providências que assegurem o resultado prático equivalente ao do adimplemento da obrigação descumprida (art. 461 do CPC c/c 5º, LXXVIII, da CR). Dessa forma, facilita o acordo no processo; evita retirar recursos da área que já foi lesada (agravando a pobreza da região) para enviar a um fundo que não é destinado à reparação do dano moral coletivo; melhora da imagem do Poder Judiciário junto à população leiga, que passa a se projetar como mais moderna e efetivamente próxima aos problemas da sociedade; fortalece a consciência do Poder Judiciário desse aspecto de sua liberdade funcional e política (ou seja, decisória, não partidária). Presta atendimento direto aos lesados na região local do dano, como ocorre quando determina a realização de obras (aplicação do art. 2º da Res. nº 154/2012-CNJ, inclusive no processo do trabalho, por analogia). É viável, ainda, que a indenização se dê por intermédio de aporte financeiro, preferencialmente a fundos municipais (como o FIA – Fundo da Infância e Adolescência). Trata-se de trabalho multi-institucional, em cooperação com outros poderes da República e ramos do Ministério Público, que maximiza o atendimento à finalidade do desenvolvimento socioeconômico, que incumbe ao Estado brasileiro. Cuida-se de um desdobramento da dimensão política do Poder Judiciário, que passa a ser ainda mais efetivo na construção de uma sociedade mais justa, desenvolvida e igualitária.

Palavras-chave: Ação civil pública; tutela coletiva específica.

Abstract: Specific collective tutelage or the equivalent practical result: collective moral reparation reverting to the injured community

In understanding and judging an application for compensation for collective moral injury, it is incumbent upon the Labour Court to grant specific collective tutelage or to take the necessary measures to ensure a practical result equivalent to that which would have

occurred had the obligation been fulfilled (Art. 461 of the CPC c/c 5, LXXVIII, of the CR). Thus, it facilitates agreement in the process; avoids removing resources from the injured area (aggravating poverty in the region) to send to a fund that is not destined for the reparation of the collective moral damage; it improves the image of the Judicial Power amongst the general population, causing it to appear more modern and in contact with the problems of society; it strengthens the Judicial Power's awareness of this aspect of its functional and political freedom (i.e. non-party, decision-making). It pays attention directly to the injured parties in the local region of damage, as occurs when it determines that works shall be carried out (application of Art. 2 of Res. No. 154/2012-CNJ, including in the work process by analogy). It is also viable that the reparation is made through financial support, preferably to municipal funds (such as the Childhood and Adolescent Fund). It is multi-institutional work, carried out in cooperation with other powers of the Republic and branches of the Prosecution Service, which maximizes consideration of the purpose of socioeconomic development, incumbent upon the Brazilian state. It involves an extension of the political dimension of the judicial power, which becomes even more effective in constructing a fairer, more developed and more egalitarian society.

Keywords: Public civil action; specific collective tutelage.

Pedido de separatas:

RINALDO GUEDES RAPASSI
rinaldorapassi@gmail.com

Revue Française du Dommage Corporel

Resumos dos artigos publicados no vol. 39, nº1, 2013

Lienhart A; pp 7-14 – *Peritos, perícias: factos e consequências.*

Este artigo visa fornecer fatos quantificados e validados a partir de dados recolhidos pela Comissão Nacional dos Acidentes Médicos (CNAMed).

São fornecidos dados estatísticos sobre a competência dos especialistas forenses e a percentagem de inscritos, o número de perícias colegiais, os pedidos de indemnização apresentados à CRCI e o tipo de indemnizações propostas.

É proposta uma análise mais específica dos casos com complicações neurológicas decorrentes da administração de anestesia loco-regional.

Béjui-Hugues H; pp 15-19 - *Revisão de algumas recomendações da CNAMed.*

Após uma breve revisão do papel da Comissão Nacional dos Acidentes Médicos (CNAMed), o autor analisa detalhadamente as recomendações com impacto na atividade do perito médico-legal, que são os atos com objetivos não-terapêuticos, a missão pericial, a nomenclatura Dintilhac e a gravidade do traumatismo passível de reparação, a avaliação do défice funcional temporário, a metodologia de avaliação pericial, a ajuda na avaliação das necessidades/dependências e, finalmente, o acesso da CNAMed às informações protegidas pelo sigilo profissional.

Especifica que qualquer recomendação só é útil se for aplicada e monitorizada e seguido um protocolo e que o papel da CNAMed é garantir o bom funcionamento do dispositivo, elaborar uma lista dos peritos competentes, avaliar as perícias e participar na formação dos peritos.

Bacache-Gibeili M; pp 21-32 - *Falta e risco*.

Se a falta pode ser definida como uma violação de uma obrigação pré-existente, a noção de risco levanta maiores dificuldades, uma vez que pode ter dois significados distintos.

O risco está relacionado com qualquer atividade médica na medida em que o seu resultado é incerto. O risco terapêutico é definido como um dano que é distinto de uma falta de cuidado e não pode ser considerado uma falta médica. Enquanto a falta envolve responsabilidade médica e requer reparação, o risco terapêutico exclui qualquer direito a reparação. No entanto, desde a Lei de 4 de março de 2002, a noção de “falta” e “risco” não condiciona o direito à reparação, mas determina o responsável pelo ressarcimento. São divulgados os critérios usados para distinguir “falta” e “risco” e definidos os diferentes tipos de falta.

Desde há algum tempo, a Jurisprudência não hesita em adotar uma abordagem inversa, não como tradicionalmente da falta para o risco, mas partindo do risco para chegar à falta. Esta nova abordagem expande a área da falta e, portanto, a área da responsabilidade dos profissionais de saúde de modo a permitir a reparação daqueles danos não abrangidos pela Segurança Social.

É ao que se refere o Supremo Tribunal de Justiça, expandindo ligeiramente os critérios da falta e mantendo um novo critério negativo e indireto, visando a ideia da ausência do risco inerente ao ato. Este novo critério é consistente com os interesses da vítima e amplia o papel do perito médico que se torna fulcral.

O perito médico deve dominar as normas procedimentais, as referências científicas, bem como os riscos associados a procedimentos médicos relevantes dentro da sua área de especialização.

Mazars J; pp 33-40 - *A perda de oportunidade*.

A perda de oportunidade é “o desaparecimento real e determinado de um evento favorável”. Existe em todos os domínios, especialmente na área médica.

É sempre assumida uma incerteza sobre o resultado que o tratamento convencional pode proporcionar ao paciente. Requer a existência de um nexo

de causalidade entre a atitude médica e a perda de oportunidade para ser saudável. A perda de oportunidade deve ser determinada.

De acordo com a mais recente jurisprudência, o dano resultante pode ser avaliado, pelo menos em determinados casos de falta de informação, como um dano em si mesmo. A falta ou a coincidência de múltiplas falhas não exclui a existência de uma perda de oportunidade. A perda de oportunidade pode estar relacionada com a possibilidade de obter um ganho, de não obter o ressarcimento de um dano, mas nunca de não sofrer um risco. No domínio médico, pode resultar de uma ausência de informação, de um erro de diagnóstico ou tratamento ou de uma monitorização desadequada, além de poder surgir em qualquer fase de uma intervenção médica.

A sua quantificação não é isenta de dificuldades e a sua indemnização obedece a regras específicas.

Gromb S; pp 41-44 - *Imputabilidade e causalidade: especificidades na responsabilidade médica.*

No Direito Comum o nexo de causalidade pode ser certo ou hipotético, direto ou indireto, total ou parcial.

O nexo parcial refere-se à problemática do estado anterior, que pode ou não ser conhecido.

Por definição, em responsabilidade médica, há sempre um estado anterior conhecido, uma vez que está na origem do procedimento médico.

O papel do perito médico é esclarecer qual seria a evolução natural sem o ato médico, a evolução realmente verificada e estimar a probabilidade da ocorrência do acidente. Deverá limitar-se a dar uma opinião técnica sem se envolver numa discussão jurídica.

Bodenan P; pp 45-48 - *A avaliação do estado anterior em direito comum e na CCI (Comissão de conciliação e indemnização).*

Durante vários anos, foram múltiplas as divergências na avaliação do estado anterior. Essas divergências surgem em virtude das múltiplas definições de estado anterior e da metodologia de avaliação adotada pelos peritos médicos, mas também do processamento dos relatórios periciais por parte dos Tribunais.

Vicente D, Kiegel P; pp 49-53 - *As dificuldades da avaliação pericial da CCI no quotidiano.*

Na CCI, o período de três meses imposto aos peritos médicos para reunirem e apresentarem o relatório é pequeno. O número de participantes, muitas vezes elevado, gera dificuldades na fixação de uma data para a reunião.

O sentimento de cumplicidade entre as partes, sentido por vezes pelo requerente que frequentemente está só, deverá ser compensado pela imparcialidade e completa independência do perito avaliador. A sua técnica para orientar os debates e permitir que cada perito possa discursar, respeitando-se mutuamente, deverá ser a principal e constante preocupação do perito avaliador. Deverá igualmente garantir que toda a documentação seja avaliada pelas partes e assegurar que seja respeitado o contraditório.

O relatório pericial deverá contemplar a resposta a todos os quesitos através de uma linguagem compreensível para não médicos. Cada termo médico deverá ser explicado.

Por vezes, o diálogo entre os peritos envolvidos na avaliação pericial pode conduzir à fase de conciliação. É desejável que todos os peritos envolvidos sejam informados das decisões da CCI.

Feltz A; pp 55-60 - *Da avaliação ao parecer emitido pela CCI. O ponto de vista duma presidente de CCI.*

O objetivo da perícia consiste em permitir à Comissão emitir um parecer acerca das circunstâncias, das causas, da natureza e da extensão do dano, bem como do regime de reparação que deverá ser aplicado.

Face à CCI, o dano deve ser imputado a um ato de prevenção, de diagnóstico ou de tratamento. O acesso à reparação é gratuito, incluindo o custo da perícia médico-legal.

Embora, em termos jurídicos, seja requerida a nomeação de apenas um único perito, na CCI o princípio é a designação de um painel de peritos médicos. A CCI deverá transmitir o seu parecer no prazo de seis meses após a data de submissão.

O princípio do contraditório deve ser respeitado. A instrução do processo inclui a recolha da documentação necessária e a designação dos peritos. De modo a ser respeitada a imparcialidade do perito e evitar conflitos de interesse, é aconselhado deslocalizar as inquirições.

Em virtude dos prazos legais impostos, o relatório preliminar e as declarações testemunhais não são obrigatórios. O perito deve apenas responder aos quesitos colocados e não tem que determinar o regime de indemnização aplicável.

Hubinois Ph; pp 61-63 – *Os tempos da peritagem na CCI. O percurso do perito.*

A peritagem na CCI apresenta várias particularidades: trata-se de uma peritagem com contraditório, não se trata de uma perícia judicial, e, como tal, o requerente pode apresentar-se na perícia sem a presença do seu médico ou advogado; e os prazos para o perito médico enviar o seu relatório são curtos.

Os autores identificam as diferentes fases da peritagem: receção do pedido (verificar a área de competência e a ausência de conflitos de interesse), a convocação das partes, a receção da documentação (particulares dificuldades podem surgir quando são múltiplas as instituições de saúde onde o requerente recebeu tratamento ou nos casos em que existe extensa informação clínica), reunião para avaliação pericial com os seus dois tempos, exposição dos dados clínicos relevantes e posterior avaliação médico-legal dos danos e a discussão da sua imputabilidade aos atos criticados e elaboração do relatório pericial respeitando as normas médico-legais.

Rambaud C; pp 65-67 - *Da perícia ao parecer emitido pela CCI; o sentimento da vítima.*

O autor coloca-se do lado do ponto de vista da vítima e da sua vivência e expõe as dificuldades em recuperar-se a documentação junto de algumas administrações hospitalares, os problemas de agendamento da perícia, a familiaridade entre o peritos médico e os profissionais de saúde envolvidos.

O autor realça a importância de uma detalhada descrição dos resultados da perícia, a necessidade de enviar o relatório com antecedência suficiente para a convocatória em audiência de julgamento, de modo a permitir ao requerente elaborar uma resposta, bem como a importância da decisão da CCI ser suficientemente explícita, especialmente no caso de discordância com a opinião perito médico.

Avram F; pp 69-73 – *Do parecer da CCI à indemnização, o ponto de vista duma presidente de CCI.*

O autor descreve o funcionamento da Comissão e as consequências que esta tira do relatório pericial e da audição das partes.

A Comissão intervém no quadro de um contexto amigável e o seu parecer não é vinculativo. Daí a necessidade de argumentação do relatório pericial, elemento essencial da tarefa da Comissão, tanto mais que se o processo for de seguida para o tribunal, este relatório e a opinião que se lhe segue vão ser peças importantes.

Em seguida o autor descreve detalhadamente o papel da Comissão e, para cada processo, o papel do perito relator que lê o relatório constituído pelos

fatos, com uma breve discussão e com comentários das partes envolvidas e só posteriormente propõe um parecer.

O autor destaca ainda a importância de se ouvirem as partes envolvidas, e posteriormente proceder-se à discussão entre os membros da Comissão e os argumentos que permitem responder a questões sobre o papel do estado anterior, os profissionais de saúde envolvidos, a realização ou não de procedimentos médicos de acordo com a *leges artis*, e os danos passíveis de ressarcimento (apenas os danos justificados pelo acontecimento indesejado são passíveis de indemnização).

O autor conclui com a necessidade de informar o perito médico acerca do parecer emitido sobre o seu relatório pericial e, quando o parecer discordar do relatório do perito, deverá justificar-se o motivo.

Gombault N; pp 75-78 - *Do parecer da CCI à indemnização, a opinião do segurador de responsabilidade médica.*

Em representação da Companhia MACSF - *Sou Médical*, o autor refere que as convicções de todas as seguradoras envolvidas nas situações de responsabilidade médica são, provavelmente, pouco diferentes da sua, que é muito favorável a este método alternativo de resolução de litígios que geralmente funciona muito bem, apesar de poderem ser efetuados alguns aperfeiçoamentos. As poucas deficiências surgem geralmente em virtude dos insuficientes recursos de que a CCI dispõe.

O autor sublinha que nem o médico, nem a instituição de saúde ou até mesmo o segurador têm interesse numa ação contenciosa. Isto porque a fase contenciosa é dispendiosa e lenta, requerendo provimentos para um período de tempo extremamente longo em virtude da morosidade dos processos judiciais.

Todos têm interesse que este método alternativo seja praticável, e em condições que os requerentes possam ter confiança no tratamento adotado pela Seguradora, como resultado do parecer emitido.

Em conclusão, a Seguradora certamente não tem interesse em ser substituída pela ONIAM (Gabinete Nacional de Indemnização dos Acidentes Médicos), com risco de ser sancionada pelo magistrado a ressarcir não só a totalidade do devido montante aos requerentes, mas também os 15% de penalização previstos na Lei.

Julia MS; pp 79-81 - *Do parecer da CCI à indemnização, o sentimento do utilizador.*

A vítima não aciona um processo na CRCI para obter um ressarcimento financeiro, mas sim para obter uma informação clara e precisa sobre o que realmente aconteceu.

O autor enfatiza a necessidade dos médicos informarem plenamente os pacientes, uma vez que isso reduziria significativamente o número de casos submetidos à CRCI.

O autor recorda a dificuldade na obtenção dos registos clínicos da vítima e realça o carácter stressante de uma avaliação pericial, uma vez que geralmente coincide com a primeira vez que a vítima revê o indivíduo que considera responsável. Sublinha a importância da vítima ser acompanhada por um médico com conhecimento prévio do dossier, o que nem sempre é possível devido à escassez de recursos financeiros.

Rance E; pp 83-86 - *Do parecer da CCI à reparação, a posição do ONIAM.*

O ONIAM tem um particular papel no processo de indemnização amigável, segundo a Lei de 4 de março de 2002. O ONIAM é antes de mais a entidade indemnizatória.

Neste contexto, um referencial elaborado pelo ONIAM, em 2005, assegura a equidade nacional.

Apesar de, em termos orçamentais, o ONIAM ser apoiado pelo Estado e pela Segurança Social, o que o torna responsável por uma boa gestão dos fundos públicos, não significa que a reparação tenha restrições orçamentais, uma vez que é calculada com base em valores de referência do ONIAM.

O ONIAM tem ainda a função de participar na elaboração de pareceres de conciliação e indemnização das comissões (CCI), uma vez que o ONIAM é um dos membros da Comissão.

O seu terceiro papel é fornecer às Comissões o material, os recursos humanos e a logística, de modo a assegurar o seu funcionamento. O fornecimento desses recursos em parte determina o tempo despendido pelas Comissões na emissão dos pareceres.

Há, portanto, uma dupla polaridade: por um lado, há uma independência do ONIAM que não está vinculada ao parecer da CCI e mantém-se independente em relação à CNAMed. Por outro lado, deverá ser elaborada uma discussão construtiva, cada qual respeitando a sua independência. O primeiro objetivo desta discussão construtiva é o de melhorar o tempo necessário para propor a reparação. Brevemente o ONIAM deverá ter um novo sistema de informação específico, de modo a permitir que algumas das suas tarefas possam ser automatizadas.

Há medidas de racionalização a serem preparadas para tornar o processo mais eficiente nas comissões de conciliação e indemnização. A Lei foi implementada de forma a permitir propor-se uma reparação mais célere que a via judicial. É uma imposição política para tentar reduzir os excessivos atrasos.

Não se pode negar que enquanto o nível de recursos se mantém inalterado, há um aumento da atividade. Podem efetuar-se progressos na produtividade, mas não à custa da deterioração da qualidade dos serviços prestados pelas comissões. O curto período de tempo permitido a cada vítima para apresentar o caso reforça a necessidade e o caráter pedagógico da avaliação pericial, na qual a vítima expressa e desenvolve os seus argumentos.

O segundo objetivo consiste em melhorar a eficiência global da reparação, minimizando, quanto possível, as diferenças entre as decisões do ONIAM e da CCI, tentando reunir e, portanto, harmonizar os processos, e se possível partilhar práticas de formação e comunicação. É necessário identificar os motivos para as atuais diferenças.

É no contexto desta pesquisa de eficiência que é necessário melhorar ainda mais a qualidade dos relatórios periciais, respondendo o melhor possível aos quesitos colocados.

Steinbach G; pp 89-92 - *O recurso aos especialistas em psiquiatria.*

Em Psiquiatria, como em todas as restantes especialidades, não se procede à análise da imputabilidade se o diagnóstico for incerto. O conhecimento da personalidade pré-traumática é igualmente fundamental.

O autor recorda os sintomas que devem alertar o perito médico - transtornos de personalidade, de comportamento, de humor - tanto em crianças como em adultos. Apresenta propostas para evitar o erro médico-legal. Por último, esboça situações que levam o perito médico a requerer a opinião de um especialista, devendo tal ser solicitado o mais precocemente possível, mesmo sem esperar pela data de consolidação.

Resumos dos artigos publicados no vol. 39, nº2, 2013

Bouvet S; pp 111-117 – *Qualidade de vida e perícia médica. Princípios da reparação.*

A qualidade de vida não depende exclusivamente da saúde de uma pessoa. Ela é sujeita a numerosos fatores culturais, situacionais e pessoais.

Para o regulador, a perda da qualidade de vida corresponde à deterioração do bem-estar do indivíduo nas suas condições habituais de existência, pessoais, familiares e sociais. Pode ser avaliada pela análise da sua situação particular, antes e depois do acidente. Não constitui um prejuízo autónomo, mas incluído nos prejuízos pessoais ou extrapatrimoniais como definido na

nomenclatura Dintilhac, e especificamente no déficit funcional temporário (DFT) e no déficit funcional permanente (DFP).

O papel do perito médico é essencial, pelas informações precisas que fornece no seu relatório e pela opinião formulada a partir da reconstituição fiel das dores e da repercussão sobre a vida diária descrita pela vítima.

O autor conclui referindo a necessidade, para se obter uma certa homogeneidade de reparação, da utilização de referenciais indicativos comuns e admitidos por todos.

Aubat F; pp 119-124 – *Qualidade de vida e perícia médica. O ponto de vista do psiquiatra.*

Todos concordam em considerar que a avaliação da qualidade de vida só pode ser feita através de uma leitura multidimensional. Para além do funcionamento fisiológico harmonioso ao qual cada indivíduo está legitimamente ligado, existem preocupações mais “subjetivas” que revelam a complexidade que o homem cria com a sua própria pessoa, os outros e o seu ambiente. O seu campo da consciência e o prazer que ele tem em apreciar a sua própria existência são constantemente alimentados ou parasitados pela ideia que ele faz dele mesmo (e da imagem que transmite aos outros); pela sua capacidade em estabelecer uma relação social, afetiva ou sexual; pela sua capacidade em produzir ou criar (nela compreendido o espaço do imaginário); pela plena disponibilidade do seu sistema psíquico; pela tonalidade global do seu humor e finalmente pela tensão originada habitualmente pela angústia no registo das suas “preocupações”.

A estruturação da personalidade de base que sustenta em grande parte o seu “sistema de valores” é o parâmetro suplementar que dá à qualidade de vida do indivíduo a sua coloração específica e a sua singularidade. O indivíduo lesionado, sofredor, deve ser interrogado profundamente na sua subjetividade e atendendo ao seu trajeto existencial, para que a sua dor moral seja verdadeiramente tida em conta. A avaliação da sua qualidade de vida obriga a esta subtileza paciente e minuciosa que o perito psiquiatra deve realizar.

Gautier J-Y; pp 125-131 – *A conversão: definição clínica.*

Quando a contribuição da psicanálise é rejeitada no tratamento das somatizações, sem existir uma verdadeira confirmação teórica que consiga explicar a sua clínica, a conversão torna-se proeminente nas observações, na maioria das vezes sem se atender às suas implicações.

Este artigo regressa à gênese do conceito, descrevendo certas transformações no domínio neuropsiquiátrico.

Steinbach G; pp 133-140 – *Conversão: reflexão médico-legal.*

O problema da conversão histérica não é tanto o do diagnóstico, mas o da compreensão e da resposta adaptada. Não deve ser confundida com as outras patologias que o perito encontra, tais como a neurose traumática e a sinistrose.

As classificações fragmentaram a histeria em sintomas, sem atender à entidade patológica.

Imputar sintomas, é desconhecer a estrutura e cometer um erro médico-legal. É também confortar o indivíduo no seu sofrimento, para conseguir a recuperação.

Richard E, Glezer D; pp 141-153 – *O EMDR no tratamento do psicotraumatismo: apresentação e incidência médico-legal.*

O EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) é um método de psicoterapia relativamente recente, inaugurado nos Estados Unidos em 1989. Trata-se de uma técnica de dessensibilização e de reprocessamento de recordações armazenadas de maneira disfuncional, segundo o modelo de tratamento adaptativo da informação. Os mecanismos de ação não estão totalmente elucidados, mas diversas hipóteses foram avançadas, algumas delas fundamentadas em dados de imagiologia cerebral funcional.

A terapia baseia-se na aplicação de um protocolo bem codificado, dividido em oito fases (área alvo, preparação, avaliação, dessensibilização, instalação, scanner corporal, finalização e reavaliação).

O EMDR pode ser utilizado no tratamento de diversas situações, mas a única em que deve ser recomendada é o estado de stress pós-traumático. Vários organismos nacionais e internacionais indicam que, para esta situação, constitui o tratamento de primeira linha.

No quadro do procedimento de reparação ao nível jurídico, o perito médico deverá assegurar-se que a vítima poderá ainda beneficiar de tratamentos que provaram ser eficazes antes de estabelecer a consolidação e de fixar uma taxa de incapacidade permanente. Neste contexto, a questão da relevância do EMDR pode ser colocada, pelo que convém avaliar as possíveis implicações no plano médico-legal.

Buffet C, Lefèvre R; pp 155-163 – *Hepatite viral C crónica.*

A hepatite viral C (VHC) constitui um importante problema de saúde pública, na medida em que esta doença crónica, cujos processos de transmissão incluem o uso de drogas por via intravenosa e nasal, os casos ditos esporádicos, nos quais em que a origem da transmissão não pode ser determinada, e as transfusões e os produtos derivados do sangue evolui o mais frequentemente de forma discreta ao longo do tempo e apresenta um potencial evolutivo variável, desde uma hepatite crónica mínima a uma hepatite crónica grave com resultante cirrose hepática e diversas outras complicações.

Os meios de diagnóstico e os tratamentos desta doença desenvolveram-se muito nos últimos anos, com um acréscimo regular do número de doentes tratados com sucesso, em particular depois do aparecimento das biterapias e mais recentemente das triterapias. Embora se trate de uma doença viral crónica, pode evoluir para a cura, mesmo no caso de haver cirrose, havendo a possibilidade de regressão em cerca de metade dos casos.

Tratando-se de uma doença crónica de evolução frequentemente prolongada antes da sua descoberta e do seu tratamento, os efeitos na vida dos doentes são significativos. O papel do perito é duplo: deve pronunciar-se sobre as responsabilidades relativas à contaminação e deve pronunciar-se sobre as consequências da doença na vida do doente, a fim de permitir que o doente contaminado com o VHC obtenha uma indemnização.

Courtat P; pp 165-177 – *O papel do especialista em ORL na avaliação médico-legal de um dano.*

As patologias pós-traumáticas que se podem encontrar em ORL são variadas e muito frequentemente desconcertantes. Elas afetam o domínio das sensações e a sua expressão está necessariamente relacionada com o estado mental do indivíduo.

As possibilidades de avaliação na especialidade avançaram muito em subtileza e profundidade. Bem compreendidas e conduzidas, as nossas explorações são uma ajuda incontestável para confirmar ou não uma organicidade pós-traumática. Não se trata, no entanto, de uma espécie de delírio imbecil, de querer objetivar tudo. Propondo provas correspondentes às condições reais de utilização diária das funções, os nossos testes complementares permitem propor avaliações mais objetivas dos défices funcionais.

Bérubé F, Bernard U, Lahns P, Reine N, Sciortino V; pp 179-190 – *Rejeição da imputabilidade de um acidente vascular cerebral no decurso de um dramático acidente de viação - a propósito de um caso.*

O aparecimento clínico e a constatação radiológica de um acidente vascular cerebral isquémico no decurso imediato de um dramático acidente de viação levantam um problema de imputabilidade.

No caso exposto, o estado de confusão, a desorientação, as perturbações mnésicas de aparecimento imediato, a anomalia cerebral observada no exame imagiológico realizado algumas horas depois do acidente, a existência de uma fratura da face, convenceram as equipas hospitalares da responsabilidade do acidente no desenvolvimento do acidente vascular cerebral isquémico.

A imputabilidade do acidente vascular cerebral isquémico ao acidente de viação tem sido muito discutida, conduzindo à recolha de opiniões de vários “especialistas”, sucessivamente em três quadros distintos: a lei Badinter, depois a peritagem judiciária e depois a arbitragem amigável prevista pelo protocolo de acordo seguros-organismos sociais (PAOS).

As performances da imagiologia moderna, a experiência de “especialistas” e os dados da literatura existentes referentes aos “acidentes vasculares isquémicos” conduziram à identificação do mecanismo fisiopatológico da sua etiologia.

A falta de literatura tem uma importância significativa na rejeição da imputabilidade do acidente vascular cerebral isquémico de origem carotídea sem traumatismo direto do bolbo carotídeo.

Este artigo tem por modesto objetivo fornecer um suplemento à construção – nunca acabada - da lógica médico-legal em matéria de imputabilidade.

Resumos dos artigos publicados no vol. 39, nº3, 2013

Pansier F-J; pp. 235-240 – *A lei de 11 de fevereiro de 2005.*

A lei nº 2005-102 de 11 de fevereiro de 2005 para a igualdade de oportunidades, a participação e a cidadania das pessoas com handicaps traz alterações fundamentais para dar resposta às necessidades destas pessoas.

Resultado de três anos de reflexões partilhadas entre sucessivos governos, o parlamento e as associações, ela modificou profundamente a política a favor das pessoas com handicaps.

Muito ambiciosa, esta lei chamada “handicap” procura cobrir todos os aspetos da vida das pessoas com handicaps. Esta abordagem transversal

constitui o seu ponto forte mas também o seu ponto fraco pois exige um importante trabalho de direção e implementação que, sete anos após a sua adoção, não está ainda concluído.

Do ponto de visto estritamente regulamentar o balanço é positivo, pois 99% dos textos de aplicação foram publicados (220 decretos e ordens). Porém, o objetivo fixado pela lei, de uma publicação integral de todas as medidas regulamentares em seis meses após a promulgação, não pode ser cumprido devido às perícias jurídicas necessárias e às consultas realizadas.

Prévost J-B; pp. 241-249 – *Considerações filosóficas sobre a noção de projeto de vida.*

A noção de projeto não deixou de registar um sucesso crescente. Só um tratamento propriamente filosófico pode tentar explicar as razões profundas.

O ser humano é atraído para o futuro, porque ele sabe e sente-se como em constante evolução, aguardando o que será o amanhã. Ele pode agir sobre o futuro enquanto o passado é imutável. O projeto é abstrato, idealizado e ao mesmo tempo requer ação. Toda a problemática gira à volta desta ideia de que todo o projeto é uma forma de conciliação entre a ideia e a realidade.

O projeto de vida de uma vítima de dano corporal é a reinscrição de uma história individual numa outra vida, na qual se propõe reconfigurar a existência concreta da vítima tendo em consideração o handicap. O seu objetivo será criar uma nova interface entre o corpo ferido e o meio que o rodeia, interface capaz de dar mais possibilidades de ação ao corpo mutilado.

O projeto de vida só tem sentido se a pessoa lesada for o centro do dispositivo e permanecer no controle dele. É grande o perigo de que, sob o pretexto de racionalizar a existência do lesado, o projeto de vida o isole num padrão de existência no interior do qual ele se sente preso e submetido a vontades externas. Isso pode ocorrer quando esquemas mais ou menos pré-concebidos são aplicados, independentemente da particularidade dos casos individuais e escolhas pessoais, sendo a vida da pessoa lesada ainda mais despossuída.

Existe o risco de que as atuais condições de implementação de um projeto de vida levem a um balanço desigual de poder entre a vítima e o devedor da indemnização. Razão pela qual é necessário limitar-se rigorosamente ao direito, que permite sempre compensar a realidade destas relações de força assimétricas através de mecanismos corretores permitidos por princípios também fundamentais como sejam o princípio da reparação integral e o princípio da livre disposição das indemnizações.

Burot-Besson I; pp. 251-257 – *O projeto de vida: abordagem sociológica.*

A noção de projeto, preponderante em todos os campos da vida social, é indissociável das sociedades modernas que assentam na esperança do progresso, sobre a ideia de que os indivíduos podem mudar a sociedade, e mesmo o ser humano.

Projetar, antecipar, construir uma representação duma situação futura permite a mudança. Contudo, quando esta representação, este esquema ideal, não é utilizado como um guia para pensar a ação, mas explorado como um programa onde tudo é planejado antecipadamente, o risco de encarcerar o homem num jugo limitador é grande. Os falhanços de algumas utopias disso são um exemplo.

Em sociologia a noção de projeto, valorizada pelas correntes da sociologia do ator em rotura com a visão determinista do social, tem pelo contrário servido para restaurar uma certa liberdade ao sujeito social: os indivíduos promotores de projetos são atores da mudança social.

Este conceito do sujeito-ator está no centro das políticas públicas atuais cujo participação social é um dos novos desafios.

Os modelos de participação social que assim se impuseram, nomeadamente no campo do handicap, visam restaurar um lugar de atores às pessoas beneficiárias de dispositivos e de ações médico-sociais. Recomendar a utilização de uma ajuda, o projeto de vida, permite às pessoas exprimir os seus desejos e necessidades e de serem sujeitos da intervenção social e não objetos.

O projeto de vida na lei 2002-2 de renovação da ação social ou o de 11 de fevereiro de 2005 torna as pessoas em situação de handicap atores, quer na avaliação das suas necessidades, quer no acompanhamento social. É o que permite alterar a dismetria, por vezes confortável para os profissionais, entre acompanhante-acompanhado ou objeto e sujeito-ator da avaliação. O projeto de vida é uma base de comunicação, uma ferramenta de negociação, permitindo uma partilha de experiência mundial.

A armadilha é conceber o projeto de vida não como uma esquema construído quotidianamente dentro da realidade e permitindo pensar nesta realidade, mas como um programa ou um contrato delimitando a pessoa dentro de uma antecipação inicial inadaptada ao ambiente e à realidade vivida.

Aubat F; pp. 259-64 – *Um projeto de vida? O ponto de vista do psiquiatra.*

O evento traumático que constitui o acidente da forma que o psiquiatra o encara pode ser considerado como o ponto fulcral a partir do qual o sujeito interroga a sua existência anterior e a alienação relativa dos seus desejos e

das suas escolhas. Inscreve na temporalidade própria do lesado uma temporalidade nova gerada pela noção de angústia e depressão.

O projeto de vida após o acidente assume a implementação de capacidades antecipatórias suscetíveis de serem penalizadas pela constante hipoteca da depressão. A personalidade do sujeito após o acontecimento quase iniciático que constitui a sua confrontação com a morte pode ser considerada como idêntica ou profundamente transformada? A dinâmica do luto à qual o indivíduo deverá submeter-se não é ela uma necessidade ontológica que ele descobre nessa altura?

Com o risco de ser provocador, não será, por vezes, de considerar de um ponto de vista estritamente “existencial” que o acidente é a oportunidade que permite ao indivíduo reencontrar-se?

D’Apolito A-C; pp. 265-269 – *O projeto profissional dentro do projeto de vida: qual a contribuição da abordagem precoce da inserção socioprofissional?*

A abordagem precoce da inserção socioprofissional é definida como um processo de acompanhamento das pessoas hospitalizadas em estabelecimentos de cuidados continuados e de readaptação especializados, cujo objetivo é aumentar as hipóteses de inclusão na sociedade.

O autor baseia-se na experiência da associação COMETE France (Communication Environnement – Tremplin pour l’Emploi) que junta 41 estabelecimentos de cuidados continuados e de readaptação especializados, interessando-se na implementação, desde o período de hospitalização, deste acompanhamento socioprofissional, diretamente implantado dentro do estabelecimento que presta os cuidados.

A pessoa hospitalizada está no centro da abordagem precoce de inserção. Esta requer a sua participação ativa e voluntária e o seu consentimento, e deve ter em conta as dimensões físicas, cognitivas, psicológicas, familiares, económicas, sociais... para conduzir a um projeto de vida personalizado, realista e adaptado.

O autor ilustra os seus propósitos com dois casos clínicos práticos permitindo melhor compreender os respetivos fatores, nomeadamente médico-administrativos.

Machin P; pp. 271-273 – *O médico do trabalho e pluridisciplinaridade.*

Após um acidente grave ou uma doença que tenha levado a uma ausência de longa do trabalho, a retoma do trabalho requer a colaboração de numerosas competências quer no interior como no exterior da empresa.

Um jovem agente empregado na SNCF com um futuro brilhante é vítima de um grave acidente de trabalho. Após uma urgente amputação alta do membro inferior direito, fica ao cuidado da unidade COMETE de Strasbourg (Communication Environnement – Tremplin pour l’Emploi), com um coordenador ergonómico. Na SNCF, o médico do trabalho, o coletivo do trabalho, o serviço social, a caixa de previdência (segurança social da empresa) colaboraram na sua reeducação e na retoma precoce do trabalho.

Esta pluridisciplinaridade exemplar numa grande estrutura pode também existir nas pequenas empresas.

Azouvi P, Vallat-Azouvi C; pp. 275-279 – *Reinserção social e profissional após um traumatismo craniano grave: lugar das UEROS.*

A reinserção social e profissional das pessoas que foram vítimas de um traumatismo craniano grave é muitas vezes difícil. Globalmente, cerca de um terço dos feridos retoma a sua atividade profissional anterior. Entre os fatores preditivos de reinserção encontram-se a severidade do traumatismo, o nível de handicap assim como as variáveis sociodemográficas (idade, nível de escolaridade, atividade anterior...).

Existem hoje novos dispositivos médico-sociais que permitem favorecer a reinserção das vítimas. As unidades de avaliação, de treino e de orientação socioprofissional (UEROS) têm a particularidade de ser estruturas dedicadas de forma específica e exclusiva às pessoas vítimas de uma lesão cerebral, sobretudo traumática mas também de outra origem (vascular, anóxica...). As UEROS permitem uma avaliação e uma orientação especializada destes doentes e vem reforçar os dispositivos gerais existentes.

Dintilhac J-P; pp. 281-286 – *Definição e discussão do projeto de vida.*

A noção de “projeto de vida” levanta uma primeira dificuldade, precisamente a de a definir. O artigo L.114 da lei de 11 de fevereiro de 2005 para a igualdade de direitos e de oportunidades, a participação e a cidadania das pessoas com handicap, afirma o que define o handicap.

Esta definição aplica-se qualquer que seja a origem do handicap e por conseguinte igualmente às pessoas vítimas de danos corporais tendo por consequência um deficit funcional permanente, qualquer que seja a gravidade.

Contudo, se cada um deve ser livre de ter ou não ter um projeto de vida, nada impede a pessoa vítima de danos corporais que a colocaram numa situação de handicap de construir um projeto de vida.

No domínio do direito da responsabilidade, a indemnização do dano corporal é submetida a princípios progressivamente forjados para a jurisprudência. Primeiro, o princípio da reparação integral sem perda ou lucro. Em segundo lugar, o princípio segundo o qual a vítima não tem que limitar o seu prejuízo no interesse do responsável (2ª câmara civil, 19 de junho de 2003). Por fim, o princípio da avaliação *in concreto* do prejuízo.

Mas convém igualmente lembrar um outro princípio essencial em todo o processo no domínio do direito civil: o juiz não pode, em nenhum caso, atribuir mais do que aquilo que é pedido pela vítima por intermédio do seu advogado e a vítima que coloca um ação judicial para reparação do seu prejuízo é livre de formular o seu pedido como de acordo com o seu desejo.

Em conclusão, podemos considerar que em nenhum caso um projeto de vida pode ser imposto a uma vítima, cada vítima é livre de construir um e de formular o seu pedido de indemnização com base neste projeto apresentando pedidos de indemnização pelos danos sofridos.

Por fim, não podemos deixar de evocar os termos do debate relativo à publicação do livro branco editado pela federação francesa das sociedades de seguros (FFSA) no mês de abril de 2008, que suscitou vivas e virulentas críticas por parte dos advogados das associações das vítimas.

Hingray P; pp. 287-293 – *O projeto de vida: vamos dar tempo ao tempo.*

Depois de ter definido o projeto de vida, o autor enfatiza o seu interesse para permitir à vítima reencontrar o seu lugar na sociedade da mesma maneira que uma pessoa válida, e para que o segurador possa, o mais cedo possível, prever as despesas às quais terá de fazer face.

É a vítima que escolhe o seu projeto de vida, mas o segurador deve estar do lado da vítima e dos seus familiares e conselheiros para o implementar.

O autor preconiza uma equipa “projeto de vida” tal como a que a Covéa AIS proporciona, constituída por um médico, um gestor, um examinador físico, um arquiteto, um ergoterapeuta, todos especializados em handicaps graves, por vezes um médico de medicina física e reabilitação, pondo à disposição da vítima os serviços correspondentes às suas necessidades.

Para que o projeto de vida tenha mais hipóteses de corresponder à escolha da vítima, preconiza que se dê tempo para o pôr em ação e avaliar precisamente as necessidades, distinguindo estabilização funcional e estabilização ambiental, sendo a consolidação o momento em que as duas tenham sido obtidas.

Após a determinação, pelo perito, da estabilização funcional, o segurador indemnizará os danos relacionados (perda de ganhos profissionais atuais

[PGPA], deficit funcional temporário [DFT] e afetação da integridade física e psíquica [AIFP], e se for o caso, perda de ganhos profissionais futuros [PGPF]).

Para a parte ambiental, o segurador pagará as provisões que permitam pôr em marcha a concretização do projeto de vida da vítima, e colocará à sua disposição os materiais e ajudas técnicas que permitam aumentar a sua autonomia, assegurando a sua segurança e dignidade.

Alguns prejuízos, tais como os custos da readaptação da casa, do veículo, de material paramédico, não devem ser pagos antes da consolidação; pelo contrário, eles devem ser integrados nas conclusões do perito médico, pois correspondem a uma realidade objetiva.

As ajudas técnicas desejadas pela vítima devem ser colocadas à sua disposição, para lhe permitir aumentar a sua autonomia.

Arcadio D; pp. 295-299 – *O “projeto de vida da vítima” ou o difícil passo de dança entre a vida real e uma vida sonhada...*

A reparação do prejuízo da vítima foi durante muito tempo resumida a uma compensação financeira, que supostamente permitia à vítima retomar o seu lugar na sociedade. Com o passar dos anos, as companhias de seguros manifestaram a sua intenção de participar de forma diferente nesta reparação, conhecendo melhor a vítima e facilitando-lhe o seu “projeto de vida”. Os seus esforços foram por vezes considerados pelas vítimas como intrusivos, os seus conselhos temidos como levando a um “controle das indemnizações”, proibido pela jurisprudência.

A complexidade das situações humanas, os níveis variáveis de qualificação das vítimas, a especificidade das suas lesões, a crise de emprego ou a desconfiança recíproca dos atores da indemnização constituem numerosos obstáculos a esta iniciativa. O autor, advogado de vítimas há vários anos, chega à conclusão amarga de um semi-fracasso...

Mas para além desta primeira constatação, continua persuadido que o sucesso do projeto de vida não é uma utopia, com a condição de se adotar uma abordagem individualizada de cada situação e de se dispor de um perfeito conhecimento das aptidões e desejos da pessoa lesada.

Lavigne G; pp. 301-307 – *As necessidades de ajuda humana na criança.*

A avaliação da ajuda humana na criança em situação de handicap é difícil. A criança é um ser em aprendizagem. O perito médico deve evitar dois erros: negligenciar as necessidades considerando que se trata de uma criança, ou

pelo contrário registar a totalidade da ajuda constatada esquecendo a ajuda necessária em função da idade.

O autor relata os resultados de um estudo pessoal de avaliação das necessidades de ajuda humana habitualmente necessárias na criança, fora de uma situação de handicap.

Sublima a ausência de valor estatístico deste estudo. Este é uma ferramenta, entre outras, de ajuda à avaliação, ferramenta indicativa de referência e não de normalidade.

Pothier J, Clément R, Servetto T; pp. 309-321 – *Peritagem do síndrome pós-comocional persistente em vítimas de TCE ligeiro: interesse da avaliação neuropsicológica.*

Todos os anos em França muitas pessoas são vítimas de um traumatismo crânio-encefálico (TCE) ligeiro. A maioria recupera em alguns meses e não fica com nenhuma sequela, mas em 20% destes casos perduram queixas neuro-psicocomportamentais e somáticas importantes a longo prazo que estão na origem de roturas nos planos pessoal e profissional, familiar e social. Estas pessoas padecem de um síndrome pós-comocional persistente, dantes chamado síndrome subjetivo do traumatizado craniano, que agrupa um conjunto de sintomas dificilmente objetiváveis pelos exames clínicos e imagiológicos cerebrais. A ausência de correlação anátomo-clínica constitui um grande desafio para o perito encarregue de se pronunciar sobre a realidade destes sintomas aparentemente invalidantes e sobre a imputabilidade de tais sequelas a um evento traumático. O exame neuropsicológico é indispensável para compreender as origens orgânicas e psíquicas que estão frequentemente associadas ou intrincadas neste síndrome pós-comocional. Por esta razão, o encaminhamento para um neuropsicólogo é fortemente recomendável na peritagem dos traumatismos crânio-encefálicos ligeiros.

Resumos dos artigos publicados no vol. 39, nº4, 2013

Gagna G, Bey E, Latallade J-J, Laroche P, Amabile J-C; pp 373-382 - *Peritagem das queimaduras por radiação.*

A queimadura por radiação ou radiodermatite é a manifestação cutânea de irradiação aguda localizada. Esta entidade patológica é muito específica e diferencia-se da queimadura térmica clássica pela sua evolução imprevisível no tempo. A conduta terapêutica atual, resultando da combinação entre cirurgia de exérese guiada pela reconstituição dosimétrica, cirurgia de cobertura e

terapia celular por injeção de células estaminais, permite agora considerar o tratamento conservador destas lesões muitas vezes gravíssimas. O importante desenvolvimento da radiologia de intervenção (indicações, complexidade de procedimentos, potência dos dispositivos de radiologia) deverá conduzir a um aumento considerável de acidentes de sobre-exposição em meio médico, pelo que as avaliações médico-legais de dano corporal irão requerer especialistas peritos em radio-patologia, dadas as particularidades destas lesões.

Mémeteau G; pp 383-395 - *Análise do Decreto 2012-298 de 2 de março 2012.*

O autor analisa o Decreto 2012-298 de 2 de março de 2012.

O Decreto substitui a terminologia CRCI (*comissions régionales de conciliation et d'indemnisation* - comissões regionais de conciliação e indenização) pela CCI, eliminando assim, definitivamente, a sua conotação “regional”.

Ele especifica o novo processo de nomeação: os membros da CCI, exceto do presidente (e seus adjuntos), são nomeados pelo diretor geral da Administração Regional de Saúde (ARS) e já não pelo Perfeito da região.

Recorda-se a tripla missão da Comissão nacional dos acidentes médicos (CNAMed): nomear peritos competentes e virtuosos e estabelecer recomendações sobre “a conduta das perícias”, avaliar “todo o sistema” garantindo a sua aplicação homogénea pela CCI.

A Comissão nacional deve, e deve poder, zelar pela aplicação homogénea do sistema posto em prática pela lei de 04 março de 2002.

Salienta que a ordem deve responder aos desejos da CNAMed e dar esperança aos médicos, utentes de saúde e juristas.

Do seu ponto de vista, isto é somente aparente e nem sequer regula a dificuldade artificial do conhecimento das CCI e é para todos os efeitos ilegal.

Vincent D, Delfieu J-M; pp 397-402 - *Pode a etiologia médica substituir-se à imputabilidade jurídica? A propósito de um caso de síndrome de sensibilidade química múltipla.*

O síndrome de sensibilidade química múltipla ou *Multiple Chemical Sensitivity* (MCS) é uma entidade clínica que emerge na literatura. A semiologia, pouco específica, integra-se num vasto quadro de síndromes ligados ao ambiente, como o *Sick Building Syndrome* (SBS). Os fatores desencadeantes de MCS já foram descritos. A sua etiologia não é conhecida com precisão, ainda que seja sugerida a influência de anomalias enzimáticas. O seu tratamento recai essencialmente sobre a eliminação de fatores agravantes. Por fim, esta

síndrome levanta a discussão dos fatores de confusão mental. Assim, deve ser avaliada com acuidade a questão de eventual imputabilidade a tais fatores.

Delannoy E, Clément R, Vallais J-L, Gaultier C; pp 403-411 - *Perda de esperança de vida numa doença rítmica hereditária rara – Implicações médico-legais práticas e teóricas a propósito de um caso clínico.*

A síndrome do QT longo é uma doença genética rara que pode provocar morte súbita. O conhecimento desta condição tem evoluído a par do progresso das técnicas de biologia molecular. Os médicos têm vindo a ser, cada vez mais, confrontados com estas “novas doenças” e a prestação de apoio aos doentes pode ser complexa. No quadro das doenças genéticas, a informação disponível requer atenção particular do médico uma vez que recai no domínio da bioética. Certas disposições regulam em parte essa informação, pelas novas leis de bioética de 2011, que iremos detalhar.

Através de um caso prático, abordaremos igualmente um novo tipo de dano que não aparece contemplado de forma distinta na missão clássica “Dintilhac” – perda de esperança de vida.

Bah M-L, Bah H, Keita K, Diallo A-O, Soumah M-T, Bah A-A, Sidibe M; pp 413-420 - *Perfil traumático e médico-legal dos ferimentos da mão no CHU Ignace-Deen de Conakry (Guiné).*

Neste estudo, os autores descrevem o perfil traumático e médico-legal dos ferimentos da mão no CHU Ignace-Deen de Conakry (Guiné). Trata-se de um estudo retrospectivo do tipo descritivo, referente a quatro anos, de 1 de janeiro de 1997 a 31 de dezembro de 2001. Foram incluídos neste estudo todos os doentes que deram entrada e que foram tratados, no serviço, por lesões traumáticas da mão, durante o período a que se reporta o estudo e que tinham registos clínicos completos. Excluíram-se os doentes que deram entrada por outros traumatismos ou por infeção da mão, os recebidos após 6 horas e os que tinham registos clínicos incompletos. Durante o estudo compilámos 8350 consultas relativas a 1395 doentes com ferimentos da mão, uma frequência de 16,7%. Constatou-se um predomínio masculino de 78,99% contra 21,01% de mulheres, um ratio para o sexo de 3,7. A idade média dos doentes foi de 29 anos, com extremos de 1 e de 59 anos. A faixa etária mais afetada foi a dos 20 aos 29 anos, com 34,27% dos casos. As feridas contusas e as feridas simples foram os tipos de lesão mais frequentes, representando, respetivamente, 76,27% e 14,05% dos casos. O tratamento foi essencialmente cirúrgico.

Reuniões Científicas

3ª Conferência Internacional de Abuso e Negligência de Crianças - 17 e 18 de janeiro de 2013, Porto

Info: http://www.inml.mj.pt/wdinmlWebsite/Data/file/ReunioesCientificas/2013_3ConferenceAbusoViolencia.pdf

International Symposium on Occupational Safety and Hygiene - 14 e 15 de fevereiro de 2013, Guimarães

Info: www.sposho.pt/sho2013

10th Meeting of the European Association of Forensic Entomology (EAFE) - 10 a 13 de abril de 2013, Coimbra

Info: www.eafe2013.inml.mj.pt

25th Enfsi Annual Meeting - 21 a 24 de maio de 2013, Belgrado, Sérvia

Info: www.enfsiannualmeeting2013

XXII Congresso Medico Giuridico Nazionale - 24 e 25 de maio de 2013, Pisa, Itália

Info: www.bioanthropmeeting.yolasite.com
www.facebook.com/IBioanthropologicalMeeting

Second International Workshop in Clinical Forensic Medicine - 24 e 25 de maio de 2013, Montpellier, França

Info: www.ialm.info

23rd World Congress of the International Traffic Medicine Association - 19 a 22 de maio de 2013, Hamburgo, Alemanha

Info: www.trafficmedicine.org

Seminário sobre Tabelas de Incapacidade em Direito Civil - 4 de maio de 2013, Coimbra
Info: http://www.inml.mj.pt/wdinmlWebsite/Data/file/ReunioesCientificas/2013_SeminarioAPADAC.pdf

I Bioanthropological Meeting - 31 de maio e 1 de junho de 2013, Coimbra
Info: <http://bioanthropmeeting.yolasite.com/>

Reunião Científica da APADAC sobre Tabelas de Incapacidade em Direito do Trabalho - 15 de junho de 2013, Coimbra
Info: http://www.inml.mj.pt/wdinmlWebsite/Data/file/ReunioesCientificas/2013_SeminarioAPADAC.pdf

XXXIII Congress of the International Academy of Law and Mental Health - 14 a 19 de julho de 2013, Amsterdão, Holanda
Info: www.ialmh.org

International Congress of IOFOS on Forensic Odontology - 29 a 31 de agosto de 2013, Florença, Itália
Info: www.congress.iofos.eu

XI Simposio e XII Jornadas Catalanas de actualización en Medicina Forense - 20 a 22 de setembro de 2013, Barcelona, Espanha
Info: www.acmf.cat/indexang.html

10th FASE Anniversary Symposium - 26 a 28 de setembro de 2013, Heidelberg, Alemanha
Info: www.ialm.info

Seminario Psiquiatría Forense de Prisiones - 7 a 9 de novembro de 2013, Santiago do Chile, Chile

XII Congresso Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses – 7 a 9 de novembro de 2013, Porto
Info: www.congressonacional.inml.mj.pt

X Jornadas de Valoración del Daño Corporal - 28 e 29 de novembro de 2013, Madrid, Espanha
Info: www.fundacionmapfre.org

Congreso Internacional de Ciencias Forenses “Con-Ciencia contra la Violencia” - 28 a 30 de novembro de 2013, El Salvador
Info: <http://aecifes.jimdo.com/>

XXièmes Journées Internationales Méditerranéennes de Médecine Légale - 24 a 25 de fevereiro de 2014, Paris, França
Info: www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr

XXIII Reunião Anual de Medicina Dentária e Estomatologia de Coimbra - 3 a 5 de abril de 2014, Coimbra

4º Congresso Prevenir e Reparar - Crescer e Envelhecer na Estrada – 21 de maio de 2014, Lisboa

Info: cofinaeventos@cofina.pt
<http://congressoprevenirereparar2014.negocios.pt>

XXIII Congresso Nazionale Medico Giuridico Associazione M. Gioia - 23 a 24 de maio de 2014, Pisa, Itália

Info: info@improntesrl.it
www.improntesrl.it

17th International Congress on Oral Pathology and Medicine - 26 a 30 de maio de 2014, Istanbul, Turquia

Info: www.iaop2014istanbul.org

V Jornada Científica de la Asociación Galega de Médicos Forenses - “Formación: derecho e deber” – 6 de Junho de 2014, Vigo, Espanha

Info: asociacion.galega.mf@gmail.com
www.agmf.es

18th World Congress on Dental Traumatology – 19 a 21 de Junho de 2014, Istanbul, Turquia

Info: iadt@iadt-dentaltrauma.org
<http://www.iadt-dentaltrauma.org/>

22nd International Symposium on the Forensic Sciences - 31 de agosto a 4 de setembro de 2014, Adelaide, Austrália

Info: www.aomevents.com/ANZFSS2014

Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO) - 3 a 6 de setembro de 2014, Porto

Info: www.fpce.up.pt/iatso2014/index.html
www.iatso.org

World Forensic Festival - 13 a 18 de outubro de 2014, Seul, Coreia

Info: www.wff2014korea.org/

23rd Congress of the International Academy of Legal Medicine - 19 a 21 de janeiro de 2015, Dubai, Emirados Árabes Unidos

Info: www.ialmdubai.ae/

Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático 2012/2013 – Porto

De outubro de 2012 a julho de 2013 decorreu na Delegação do Norte do INML, I.P. mais uma edição do Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático, organizado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Delegação do Norte do INMLCF, IP.

XVIII Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático - Coimbra

De janeiro a julho de 2013 decorreu na Delegação do Centro do INML, I.P. a décima oitava edição do Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático, organizado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Delegação do Centro do INMLCF, IP.

III Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático - Brasil

Em abril de 2013 iniciou-se no Brasil, em Belo Horizonte, o III Curso de Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático, promovido pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra em colaboração com a Delegação do Centro do INMLCF, que envolveu auditores provenientes de diversos Estados do Brasil. No âmbito do programa do curso, os auditores realizaram estágio prático no Serviço de Clínica Forense da Delegação do Centro do INMLCF, IP em julho de 2013.

IV Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático - Brasil

Em agosto de 2013 iniciou-se no Brasil, em São Paulo, o IV Curso de Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático, promovido pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra em colaboração com a Delegação do Centro do INMLCF, que envolveu auditores provenientes do Estado de São Paulo. No âmbito do programa do curso, os auditores realizaram estágio prático no Serviço de Clínica Forense da Delegação do Centro do INMLCF, IP em novembro de 2013.

Seminário sobre Tabela de Incapacidades em Direito Civil: que futuro?

No dia 4 de maio de 2013 decorreu na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra um Seminário sobre a Tabela de Incapacidades em Direito Civil, organizado pela APADAC e Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, em colaboração com a Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses. O tema foi apresentado e discutido por vários especialistas de Medicina Legal, magistrados e segu-

radores e contou com a participação de numerosos associados da APADAC e dos auditores do XVIII Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático.

Seminário sobre Tabela de Incapacidades em Direito do Trabalho: que futuro?

No dia 15 de junho de 2013 decorreu na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra um Seminário sobre a Tabela de Incapacidades em Direito do Trabalho, organizado pela APADAC e Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, em colaboração com a Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses. O tema foi apresentado e discutido por vários especialistas de Medicina Legal, magistrados e seguradores e contou com a participação de associados da APADAC e também dos auditores do XVIII Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático.

XII Congresso Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses

Nos dias 7, 8 e 9 de novembro de 2013 decorreu no Porto, na Fundação Eng.º António de Almeida, o 12º Congresso Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, organizado pelo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, com a colaboração da Delegação do Norte, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e do Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal.

O congresso envolveu mais de 400 participantes, tendo sido abordados múltiplos temas de atualidade da área da Medicina Legal e das Ciências Forenses, em workshops, sessões plenárias e sessões temáticas, que contaram sempre com elevada participação. No decurso deste evento foram ainda apresentadas múltiplas comunicações orais e escritas por especialistas e investigadores de diversas instituições.

Lista dos Auditores com aproveitamento no Curso
de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal
Pós-Traumático da Delegação do Norte do INMLCF, IP,
2012-2013

NOME	LICENC.	LOCALIDADE
António José Correia Moreira	Medicina	Braga
António Taveira Gomes	Medicina	Porto
Arnaldo Jorge Monteiro de Araújo e Silva	Medicina	Porto
Bruno José Silva Pereira	Medicina	Travassos
Catarina da Conceição Fonseca Guimarães	Medicina	Porto
Eunice T. Albuquerque Pais de Carvalho	Medicina	Mangualde
Eurico Pedro F. de Almeida Lopes da Silva	Medicina	Porto
Inês Sousa S. Sousa Guedes Machado Vaz	Medicina	Porto
Joana Maria Nogueira do Céu	Medicina	Árvore
José Eduardo Fraga Ferreira	Medicina	Leça do Balio
Júlio Fernandes Rendeiro	Medicina	Estarreja
Luís Miguel Pinheiro da Silva	Medicina	Vilaça
Manuel da Silva Castro	Medicina	Foz do Sousa
Maria de Andrade Bebiano e Moura	Medicina	Lisboa
Maria Manuela Maia Pereira Aroso	Medicina	Porto
Maria Mercedes Méndez Pardo	Medicina	Fafe

Nair Rosas Pinto	Medicina	Porto
Nuno Miguel Fontes de Lima	Medicina	Joane
Paula Cristina da Silva Gomes Costa Dias	Medicina	Porto
Ricardo Alves Mendes	Medicina	Porto
Vera Alice Correia Resende	Medicina	Ovar
Ysolda Suárez Vazquez	Medicina	Estarreja

Lista dos Auditores com aproveitamento no XVIII Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Centro do INMLCF, IP, 2013

NOME	LICENC.	LOCALIDADE
Alexandre Jorge Prata Sampaio Lopes Quaresma	Medicina	Lisboa
Ana Alexandra Esperança Correia Lopes	Medicina	Lisboa
António Padilha Viegas	Medicina	Coimbra
Braz Rafael da Costa Lamarca	Direito	Porto
Eliana Patrícia Marques Pereira	Direito	Mealhada
Elisa Bucho	Medicina	Amadora
Emanuel André Gaspar Varela	Medicina	Lisboa
Eva Marina Machado Mendes	Medicina	Coimbra
Fernando Martinho Ferreira de Sousa	Medicina	Lisboa
Joana Santos Costa	Medicina	Coimbra
João Francisco Moreira dos Santos	Medicina	Lisboa
João Moreno Morais	Medicina	Viseu
Jorge Miguel Costa Rosmaninho	Medicina	Coimbra
José Ventura Pereira	Medicina	Portela LRS
Júlio Miguel Cortês Barata	Medicina	Alfarelos
Luis Manuel Ribeiro Pires	Medicina	Lisboa

Luis Miguel Azevedo Lopes de Moura Paixão	Medicina	Porto
Maria Antónia Frasquilho	Medicina	Algés
Maria António Neves Rêgo de Lemos Gomes	Medicina	Coimbra
Maria Clara da Conceição Júlio Gonçalves	Medicina	Lisboa
Maria Lurdes A. S. Fernandes Amaral Menano	Medicina	Amadora
Marta de Medeiros Carvalho Beja	Psicologia	Figueira da Foz
Miguel Rodrigues Pereira	Direito	Braga
Nélia Maria Frade Capêto	Psicologia	Coimbra
Pedro José Magalhães Teixeira	Medicina	Gove
Rodrigo Manuel de Araújo Fernandes Moreira	Medicina	Moscavide

Lista dos Auditores com aproveitamento no Curso de
Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-
-Traumático da Delegação do Centro do INMLCF, IP
- Belo Horizonte, Brasil, 2013

NOME	LICENC.	ESTADO
Adelmo Henrique Daumas Gabriel	Medicina	Rio de Janeiro, Brasil
André Vicente D'Aquino	Medicina	Santa Catarina, Brasil
Bragmar Emílio Braga	Medicina	Goiânia, Brasil
Edson Soares	Medicina	Rio de Janeiro, Brasil
Edson Keity Otta	Medicina	Paraná, Brasil
Eduardo Augusto Pereira	Medicina	São Paulo, Brasil
Francisco Correa	Medicina	São Paulo, Brasil
Irene Serrentino Lozov Pantaleão	Medicina	São Paulo, Brasil
João Anastácio Dias	Medicina	Goiânia, Brasil
João Gianisella Filho	Medicina	Rio Grande do Sul, Brasil
José Luiz Esteves Sborgia	Medicina	São Paulo, Brasil
Joyce Pessoa Ferro	Medicina	Distrito Federal, Brasil
Ludmilla Rodrigues da Costa Pereira	Medicina	Minas Gerais, Brasil
Luiz Germano Gehrke	Medicina	Rio Grande do Sul, Brasil
Oscar Luiz de Lima e Cirne Neto	Medicina	Rio de Janeiro, Brasil

Reginaldo Ferreira Rodrigues Júnior	Medicina	Amazonas, Brasil
Rosylane Nascimento das Mercês Rocha	Medicina	Distrito Federal, Brasil
Sergio Luis Garcia de Macêdo	Medicina	Rio Grande do Sul, Brasil
Sergio Nestrovsky	Medicina	São Paulo, Brasil
Simon Sakali	Medicina	São Paulo, Brasil
Simone Lima Gonçalves	Medicina Dentária	Minas Gerais, Brasil
Wania Dantas Meyer	Medicina	Minas Gerais, Brasil

Lista dos Auditores com aproveitamento no Curso de Pós- Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Centro do INMLCF, IP - São Paulo, Brasil, 2013

NOME	LICENC.	ESTADO
Camila Lucia Dedivitis Tiozzi Wild	Medicina	São Paulo, Brasil
Frederico Masuko Ken	Medicina	São Paulo, Brasil
José Adriano Worschech	Medicina	São Paulo, Brasil
José Vicente Camargo	Medicina	São Paulo, Brasil
Leonor Xavier Trigo	Medicina	São Paulo, Brasil
Lúcia Helena Chnee	Medicina	São Paulo, Brasil
Luciana Cury	Medicina	São Paulo, Brasil
Luiz Carlos de Moraes	Medicina Dentária	São Paulo, Brasil
Márcia Pereira Dobarro Facci	Medicina	São Paulo, Brasil
Maristela de Castro Alegretti Maestrello	Medicina	São Paulo, Brasil
Oscar Luiz de Lima e Cirne Neto	Medicina	Rio de Janeiro, Brasil
Paulo César Pinto	Medicina	São Paulo, Brasil
Reginaldo Roberto Paiva	Medicina	São Paulo, Brasil
Ricardo Farias Sardenberg	Medicina	São Paulo, Brasil
Rodrigo Costa Aloe	Medicina	São Paulo, Brasil

Rogério Pinheiro Arraes	Medicina	São Paulo, Brasil
Rosângela Manchini Ferreira	Medicina	São Paulo, Brasil
Silvia Regina Graziani	Medicina	São Paulo, Brasil
Tácio André da Silva Carvalho	Medicina	São Paulo, Brasil

