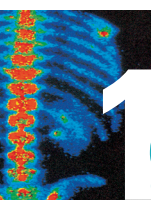


REVISTA PORTUGUESA

do **Dano**
Corporal



19

NOV. 2009 • ANO XVIII • N.º 19

Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
 Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
 Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
 Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
 Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
 Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
 Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
 Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
 Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
 Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
 Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
 Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
 Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
 Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
 Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
 Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
 Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal

APADAC
 ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
 DE AVALIAÇÃO
 DO DANO CORPORAL

INSTITUTO NACIONAL
 DE MEDICINA LEGAL, I.P.
 DELEGAÇÃO DO CENTRO



REVISTA PORTUGUESA DO DANO CORPORAL

NOVEMBRO 2009, Ano XVIII, N.º 19

DIRECTOR:

Duarte Nuno Vieira

DIRECTORA ADJUNTA:

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: *Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P.*

REDACTORA PRINCIPAL:

Ascensão Rebelo

SECRETÁRIAS DE REDACÇÃO:

Carla Michelle, Cristina Cordeiro, Rosário Lemos Silva, Susana Tavares

CORPO REDACTORIAL:

Cristina Ribeiro, Francisco Corte-Real Gonçalves, Jorge Costa Santos

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 Hugues, 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

SerSilito - Maia

Novembro, 2009

Correspondência:

Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P.

Largo da Sé Nova – 3000-213 Coimbra – Portugal

Tel.: 239 854230 Fax: 239 820549

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>Teresa Magalhães</i>	
O dever de sigilo do médico: um roteiro da lei portuguesa	9
<i>André Gonçalo Dias Pereira</i>	
Avaliação e reparação do dano patrimonial e não patrimonial (no domínio do Direito Civil)	51
<i>Joaquim José de Sousa Dinis</i>	
“Incapacidade total para o trabalho” – Proposta de Tabela Indicativa para a sua fixação médico-legal . . .	69
<i>J. Ferreira dos Santos, A. Gouveia, S. Carvalho, R. Melo, H. Gonçalves, M. Teixeira</i>	
Linee guida per l’estensione dell’elaborato peritale in ambito di responsabilità professionale sanitaria	89
<i>G. Cannavò, D. Luchini</i>	
Quem tem medo dos jornalistas? (media, segredo de justiça e perícias médico-legais)	95
<i>Vera Lúcia Raposo</i>	
Lesión por desaceleración tras colisión frontal	121
<i>A. E. Hernando Lorenzo, F. García-Nieto Gómez-Guillamón, A. Menchaca Anduaga</i>	

A intervenção neurológica na perícia médico-legal Algumas reflexões	147
<i>Miguel Laia</i>	
L'uso di un mezzo di contrasto iodato in pazienti con insufficienza renale cronica puo' configurare un "ipotesi di responsabilita" professionale medica?	161
<i>A. De Lorenzis, A. F. De Lorenzis</i>	
Intercâmbio	169
Noticiário	187
Lista dos Auditores com aproveitamento no XIV Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Centro do INML, I.P. – 2009	201
Lista dos Auditores com aproveitamento no Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Norte do INML, I.P. – 2008/2009	203

A APADAC definiu projectos ambiciosos para o ano 2009, os quais começaram a ser trabalhados desde o início do ano, com vista a garantir o seu efectivo cumprimento.

Um desses projectos foi a revisão dos estatutos e regulamento da Associação, o que aconteceu em reunião extraordinária da Assembleia-Geral, de 28 de Março de 2009, na Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., e cujas versões finais se publicam nesta revista.

Outro projecto foi a organização de um Workshop, só para associados efectivos da APADAC. Este Workshop teve lugar no dia 9 de Maio, no Hotel Tryp, em Coimbra, e contou com a presença de cerca 70 Associados. Foram debatidos casos clínicos e vários problemas relativos à aplicação da nova Tabela Nacional de Incapacidades em Direito Civil tendo sido sugerido que a direcção da APADAC nomeasse uma Comissão para elaboração de propostas de revisão das duas tabelas de incapacidades portuguesas.

Importará, ainda, realçar a renovação do site e do logotipo da APADAC. Nesta primeira parte do ano não é ainda possível ter acesso ao novo modelo que está a ser trabalhado mas, até ao fim do ano, será possível aos Associados, entre muitos outros aspectos, acederem, on-line à Revista Portuguesa do Dano Corporal.

Era também objectivo da APADAC aumentar o número de revistas anualmente publicadas, pelo que a presente revista é a primeira de 2009. Abordam-se aqui assuntos muito diversos, que vão desde questões legais e éticas a aspectos doutrinários e especializados da avaliação do dano corporal, contando-se, uma vez mais, com uma participação internacional. Para que este objectivo de aumentar o número de publicações seja realizável, contamos e apelamos ao contributo de todos os que se dedicam, reflectem e investigam sobre as questões da avaliação e reparação do dano corporal.

O dever de sigilo do médico: um roteiro da lei portuguesa¹

André Gonçalo Dias Pereira²

“O que, no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida, eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo.”

Juramento de Hipócrates³

“Respeitarei os segredos que me foram confiados, mesmo após a morte do paciente.”⁴

Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial⁵

¹ Este texto corresponde com pequenas alterações à conferência apresentada no Centro de Estudos Jurídicos e Judiciários da Região Administrativa Especial de Macau, República Popular da China, a convite do seu Ex.mo Director, Senhor Dr. Manuel Trigo, no dia 21 de Julho de 2008.

² Assistente da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Pós-graduado em Direito Civil e em Direito da Medicina pela Universidade de Coimbra; Mestre e Doutorando em Ciências Jurídico-civilísticas pela Universidade de Coimbra. Secretário Científico do Centro de Direito Biomédico. Email: andreper@fd.uc.pt

³ Apud Maria Helena Diniz, *O estado atual do Biodireito*, 2.ª edição, São Paulo, Saraiva, 2002, p. 565.

Na versão em inglês: “Whatever, in connection with my Professional practice, or not in connection with it, I see or hear in the life of men, *which ought not be spoken of abroad*, I will not divulge, as reckoning that all such should be kept secret.” The Hippocratic Oath, Apud Margaret Brazier, *Medicine, Patient and the Law*, Penguin Books, p. 46.

⁴ Na versão inglesa: “I WILL RESPECT the secrets that are confided in me, even after the patient has died.”

⁵ A Declaração de Genebra foi adoptada pela 2.ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, em Genebra, Suíça, em Setembro de 1948 e alterada pela 22.ª Assembleia Geral da AMM em Sidney, Austrália, em Agosto de 1968, pela 35.ª Assembleia Geral da AMM, em Veneza, Itália, em Outubro de 1983 e pela 46.ª Assembleia Geral da AMM, em Estocolmo, Suécia, em Setembro de 1994 e com revisão editorial na 170.ª Sessão do Conselho, em Divonne-les-Bains, França, em Maio de 2005 e na 173.ª Sessão do Conselho, em Divonne-les-Bains, França, Maio de 2006.

“O Médico deve respeitar o direito do paciente à confidencialidade. É ético revelar informação confidencial quando o paciente consinta ou quando haja uma ameaça real e iminente para o paciente ou para terceiros e essa ameaça possa ser afastada pela quebra da confidencialidade.”⁶

Código Internacional de Ética Médica⁷

Parte 1.ª O dever de sigilo médico

1. Segredo e confiança

Após quase 2500 anos depois de Hipócrates,⁸ a obrigação do médico de guardar segredo mantém toda a actualidade e assume-se como, cada vez mais, uma necessidade.

O sigilo médico está no cerne da relação médico-paciente e é o pilar sobre que assenta esta relação pessoalíssima que exige, necessariamente, *confiança*. Com efeito – como escreveu L. Portes⁹ – “não existe medicina sem confiança, tal como não existe confiança sem confidências nem confidências sem segredo.”

Num breve relance sobre a História, constatamos que o dever deontológico de segredo médico remonta a Hipócrates. Contudo, durante a Idade Média, este dever não era garantido no mundo Ocidental. Pelo contrário, sempre manteve a sua vigência na medicina árabe e judaica.

Na Idade Moderna, o segredo médico ressurgiu na Europa, fruto do pensamento iluminista, primeiro, e liberal, depois. Desde a Segunda Guerra mundial, a defesa do segredo médico parece seguir uma nova via inspirada pela defesa dos direitos humanos. Donde o surgimento de diversos textos nacionais e internacionais, que julgamos importante apresentar de seguida.

⁶ Na versão original, em inglês, “A physician shall respect a patient’s right to confidentiality. It is ethical to disclose confidential information when the patient consents to it or when there is a real and imminent threat of harm to the patient or to others and this threat can be only removed by a breach of confidentiality.”

⁷ O Código Internacional de Ética Médica da Associação Médica Mundial (*World Medical Association International Code of Medical Ethics*) foi adoptado pela 3.ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial em Londres, Inglaterra, em Outubro de 1949; e alterada pela 22.ª Assembleia Geral da AMM em Sidney, Austrália, em Agosto de 1968 e pela 35.ª Assembleia Geral da AMM em Veneza, Itália, em Outubro de 1983 e pela Assembleia Geral da AMM, em Pilanesberg, África do Sul, em Outubro de 2006.

⁸ Hipócrates é considerado o mais ilustre médico da Antiguidade, nascido na ilha de Cós, viveu aproximadamente entre 460 e 377 a. C.

⁹ Apud Gilbert Hottois/ Marie-Hélène Parizeu, *Dicionário de Bioética*, Lisboa, p.330.

2. Fontes internacionais relativas ao Direito ao Sigilo Médico

Em primeiro lugar, destacamos os documentos redigidos sob a égide das Nações Unidas:

Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10 de Dezembro de 1948¹⁰

Artigo 12.º: “Ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. Contra tais intromissões ou ataques toda a pessoa tem direito a protecção da lei.”

Pacto Internacional de Direitos Cíveis e Políticos¹¹

Artigo 17.º: “Ninguém será objecto de ingerências arbitrárias ou ilegais na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem de ataques ilegais à sua honra e reputação.”

No âmbito da **UNESCO¹²** merecem atenção os seguintes documentos:

Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos do Homem, de 11 de Novembro de 1997¹³, artigo 7;¹⁴

Declaração Internacional sobre Dados Genéticos Humanos, de 16 de Outubro de 2004¹⁵ (artigo 14.º – Vida privada e confidencialidade);¹⁶

¹⁰ Adoptada e proclamada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) na sua Resolução 217A (III) de 10 de Dezembro de 1948. Publicada no Diário da República, I Série A, n.º 57/78, de 9 de Março de 1978, mediante aviso do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

¹¹ Adoptado e aberto à assinatura, ratificação e adesão pela Resolução 2200A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de Dezembro de 1966. Aprovação para ratificação: Lei n.º 29/78, de 12 de Junho, publicada no Diário da República, I Série A, n.º 133/78 (rectificada mediante aviso de rectificação publicado no Diário da República n.º 153/78, de 6 de Julho).

¹² Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura.

¹³ Adoptada pela Conferência Geral da UNESCO, em 11 de Novembro de 1997.

¹⁴ Artigo 7 – Dados genéticos associados a indivíduo identificável, armazenados ou processados para uso em pesquisa ou para qualquer outro uso, devem ter sua confidencialidade assegurada, nas condições estabelecidas pela legislação.

¹⁵ Adoptada pela Conferência Geral da UNESCO, em 16 de Outubro de 2003.

¹⁶ Artigo 14.º: Vida privada e confidencialidade (a) Os Estados deverão desenvolver esforços no sentido de proteger, nas condições previstas pelo direito interno em conformidade com o direito internacional relativo aos direitos humanos, a vida privada dos indivíduos e a confidencialidade dos dados genéticos humanos associados a uma pessoa, uma família ou, se for caso disso, um grupo identificável. (b) Os dados genéticos humanos, os dados proteómicos humanos e as amostras biológicas associados a uma pessoa identificável não deverão ser comunicados nem tornados acessíveis a terceiros, em particular empregadores, companhias de seguros, estabelecimentos de ensino ou família, se não for por um motivo de interesse público importante nos casos restritivamente previstos pelo direito interno em conformidade com o direito internacional relativo aos direitos humanos, ou ainda sob reserva de

Declaração sobre Normas Universais em Bioética, de 19 de Outubro de 2005¹⁷ (artigo 9º Vida privada e confidencialidade).¹⁸

Da **Organização Mundial de Saúde**, no domínio do direito ao sigilo médico, destaca-se:

A Convenção da Organização das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, de 1989,¹⁹ artigo 16.²⁰

A Declaração para a Promoção dos Direitos dos Pacientes, de 1994.²¹

A **Associação Médica Mundial**, sendo embora uma organização de direito privado, tem assumido um papel de grande relevo no plano da ética e direito

consentimento prévio, livre, informado e expresso da pessoa em causa, na condição de tal consentimento estar em conformidade com o direito interno e com o direito internacional relativo aos direitos humanos. A vida privada de um indivíduo que participa num estudo em que são utilizados dados genéticos humanos, dados proteómicos humanos ou amostras biológicas deverá ser protegida e os dados tratados como confidenciais. (c) Os dados genéticos humanos, os dados proteómicos humanos e as amostras biológicas recolhidos para fins de investigação médica e científica não deverão por norma estar associados a uma pessoa identificável. Mesmo quando esses dados ou amostras biológicas não estão associados a uma pessoa identificável, deverão ser tomadas as precauções necessárias para garantir a sua segurança. (d) Os dados genéticos humanos, os dados proteómicos humanos e as amostras biológicas recolhidos para fins de investigação médica e científica só podem manter-se associados a uma pessoa identificável se forem necessários para a realização da investigação e na condição de a vida privada do indivíduo e a confidencialidade dos referidos dados ou amostras biológicas serem protegidos em conformidade com o direito interno; (e) Os dados genéticos humanos e os dados proteómicos humanos não deverão ser conservados sob uma forma que permita identificar o indivíduo em causa por mais tempo que o necessário para alcançar os objectivos com vista aos quais foram recolhidos ou ulteriormente tratados.

¹⁷ Adoptada pela Conferência Geral da UNESCO, em 19 de Outubro de 2005. Com esta Declaração, pela primeira vez na história da bioética, os Estados-membros comprometeram-se, e à comunidade internacional, a respeitar e aplicar os princípios fundamentais da bioética condensados num texto único.

¹⁸ Artigo 9º: “A vida privada das pessoas em causa e a confidencialidade das informações que lhes dizem pessoalmente respeito devem ser respeitadas. Tanto quanto possível, tais informações não devem ser utilizadas ou difundidas para outros fins que não aqueles para que foram coligidos ou consentidos, e devem estar em conformidade com o direito internacional, e nomeadamente com o direito internacional relativo aos direitos humanos.”

¹⁹ Adoptada e aberta à assinatura, ratificação e adesão pela Resolução n.º 44/25 da Assembleia Geral da ONU, de 20 de Novembro de 1989, Aprovada, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, de 12 de Setembro.

²⁰ Artigo 16: 1. Nenhuma criança pode ser sujeita a intromissões arbitrárias ou ilegais na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou correspondência, nem a ofensas ilegais à sua honra e reputação. 2. A criança tem direito à protecção da lei contra tais intromissões ou ofensas.

²¹ *Declaração sobre a Promoção dos Direitos dos Pacientes na Europa*, Amesterdão, 28-30 de Março de 1994, Organização Mundial de Saúde, Secretaria Regional da Europa.

médicos, gozando as suas Declarações de uma *auctoritas* que confere a esta forma de *soft law* um peso muito proeminente.²² Destacam-se:

A Declaração de Helsínquia (1964)²³ sobre princípios éticos aplicáveis às investigações médicas que incidam sobre sujeitos humanos;

A Declaração de Lisboa (1981) sobre os Direitos do Doente²⁴ e a

A Declaração de Budapeste (1993) sobre Confidencialidade e Defesa do Paciente (*Statement on Patient Advocacy and Confidentiality*).²⁵

Voltando-nos agora para o espaço do Continente europeu, devemos fazer referência ao direito do Conselho da Europa, por um lado, e ao direito da União Europeia, por outro.

No âmbito do **Conselho da Europa** devemos destacar os seguintes documentos:

Convenção Europeia dos Direitos do Homem,²⁶ artigo 8.º (Direito ao respeito pela vida privada e familiar);²⁷

Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina²⁸ (Artigo 10.º Vida privada e direito à informação);²⁹

²² Cfr. www.wma.net.

²³ Adoptada em Helsínquia em Junho de 1964 e alterada em Tóquio em Outubro de 1975, em Veneza em Outubro de 1983, em Hong Kong em Setembro de 1989, em Somerset West (África do Sul) em Outubro de 1996 e em Edimburgo em Outubro de 2000. Foram ainda aditadas duas notas explicativas ao texto da Declaração, em Washington em 2002 e em Tóquio em 2004.

²⁴ Adoptada em Lisboa em Setembro e Outubro de 1981 e alterada em Bali em Setembro de 1995.

²⁵ Adoptada pela 45.ª Assembleia Geral da AMM realizada em Budapeste, em Outubro de 1993, revista em Pilanesberg, África do Sul, em Outubro de 2006.

²⁶ Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais. Aprovada para ratificação pela Lei n.º 65/78, de 13 de Outubro, publicada no Diário da República, I Série, n.º 236/78 (rectificada por Declaração da Assembleia da República publicada no Diário da República, I Série, n.º 286/78, de 14 de Dezembro).

²⁷ Artigo 8.º: 1. Qualquer pessoa tem direito ao respeito da sua vida privada e familiar, do seu domicílio e da sua correspondência. 2. Não pode haver ingerência da autoridade pública no exercício deste direito senão quando esta ingerência estiver prevista na lei e constituir uma providência que, numa sociedade democrática, seja necessária para a segurança nacional, para a segurança pública, para o bem-estar económico do país, a defesa da ordem e a prevenção das infracções penais, a protecção da saúde ou da moral, ou a protecção dos direitos e das liberdades de terceiros.

²⁸ Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano relativamente às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Adoptada e aberta à assinatura em Oviedo, a 4 de Abril de 1997. Ratificada por Portugal e Publicada no Diário da República – I Série-A N.º 2, de 3 de Janeiro de 2001.

²⁹ Artigo 10.º: 1 – Qualquer pessoa tem direito ao respeito da sua vida privada no que toca a informações relacionadas com a sua saúde. 2 – Qualquer pessoa tem o direito de conhecer toda a informação recolhida sobre a sua saúde. Todavia, a vontade expressa por uma pessoa de não ser informada deve ser respeitada. 3 – A título excepcional, a lei pode prever, no interesse do paciente, restrições ao exercício dos direitos mencionados no n.º 2.

Convenção para a Protecção das Pessoas relativamente ao Tratamento Automatizado de Dados de Carácter Pessoal,³⁰

Recomendação N.º R (81) 1 sobre os Bancos de Dados Médicos Automatizados;
Recomendação N.º R (97) 5 relativa à Protecção de Dados Médicos.

Por seu turno, no direito da **União Europeia** destacamos os seguintes documentos:

A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia:³¹

A Directiva 95/46/CV do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro, relativa à protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.³²

O Parlamento Europeu aprovou a Carta Europeia dos Direitos dos Pacientes,³³ na qual se enumeram um conjunto de direitos com vista a proteger a pessoa doente. Mais recentemente, foi anunciada a Carta Europeia dos Direitos do Paciente, redigida em 2002 pela *Active Citizenship Network* e que mereceu aprovação por parte do Comité Económico e Social Europeu.³⁴

3. O sigilo médico no direito português

3.1. Direito Constitucional

O princípio da dignidade da pessoa humana encabeça o ordenamento jurídico português.³⁵ Deste princípio da dignidade da pessoa humana, de inspiração kantiana e iluminista, a Lei Fundamental apresenta um extenso leque de direitos fundamentais. O *direito à reserva da intimidade da vida privada e familiar* é protegido pelo artigo 26.º da Constituição da República

³⁰ Adoptada e aberta à assinatura em Estrasburgo, a 1 de Fevereiro de 1981. Aprovada, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º 42/2001, de 25 de Junho.

³¹ O Tratado de Lisboa incorpora a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, pelo que estes direitos passaram a ter força normativa plena com a entrada em vigor do Tratado. Segundo o artigo 7.º o Respeito pela vida privada e familiar: “Todas as pessoas têm direito ao respeito pela sua vida privada e familiar, pelo seu domicílio e pelas suas comunicações.”

³² Esta Directiva foi transposta para o direito português, pela Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro.

³³ Carta Europeia dos Direitos do Paciente, Resolução de 19 de Janeiro de 1984, JOCE C 46, de 20 de Fevereiro de 1984, p. 104.

³⁴ Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre “Os direitos do paciente” (2008/C 10/18), de Janeiro de 2008. (Jornal Oficial da União Europeia, 15.1.2008, C 10/67 ss.)

³⁵ Artigo 1º (República Portuguesa): “Portugal é uma República soberana, baseada na *dignidade da pessoa humana* e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária.”

Portuguesa (CRP).³⁶ “No plano filosófico, o respeito pelo segredo baseia-se num direito natural à intimidade que faz parte do desenvolvimento da pessoa. O segredo identifica-se com uma condição necessária à realização de certas relações interpessoais onde a intimidade entra em jogo: o respeito, o amor, a amizade, a confiança. O segredo concorre para o *estatuto da pessoa humana*, porquanto visa proteger a intimidade e o poder de autodeterminação do ser humano.”³⁷

O direito à intimidade da vida privada e familiar inclui dois direitos menores: a) o *direito a impedir o acesso de estranhos a informações sobre a vida privada e familiar*; e b) o *direito a que ninguém divulgue as informações que tenha sobre a vida privada e familiar de outrem*, afirma Gomes Canotilho e Vital Moreira.³⁸

Por outro lado, o *direito à autodeterminação informacional*³⁹ e as regras básicas de protecção dos dados pessoais têm dignidade de tutela constitucional, no artigo 35.º.⁴⁰ Este artigo consagra um conjunto de direitos fundamentais, relacionados com o tratamento informático de dados pessoais, com destaque

³⁶ “1. A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, (...) à *reserva da intimidade da vida privada e familiar* e à *protecção legal contra quaisquer formas de discriminação*. 2. A lei estabelecerá garantias efectivas contra a obtenção e utilização abusivas, ou contrárias à dignidade humana, de *informações relativas às pessoas e famílias*.”

³⁷ Gilbert Hottois/ Marie-Hélène Parizeau, *Dicionário de Bioética*, p.331.

³⁸ Gomes Canotilho/ Vital Moreira, *Constituição Anotada*, 3.ª edição revista, Coimbra, Coimbra Editora, 1993, p. 181.

³⁹ Este direito – que brota do *direito geral de personalidade* – foi enunciado pelo Tribunal Constitucional alemão (*Bundesverfassungsgericht*) na decisão de 15 de Dezembro de 1983, que caracterizou este direito como a “faculdade de o indivíduo, a partir da autodeterminação, decidir basicamente sobre si mesmo quando e dentro de que limites pode revelar situações referentes à sua vida” e afirmou que se trata de “um direito fundamental que garante ao indivíduo a competência para em princípio ser ele próprio a decidir sobre a utilização e divulgação dos seus dados pessoais.”

⁴⁰ Artigo 35º (Utilização da informática): 1. Todos os cidadãos têm o direito de acesso aos dados informatizados que lhes digam respeito, podendo exigir a sua rectificação e actualização, e o direito de conhecer a finalidade a que se destinam, nos termos da lei. 2. A lei define o conceito de dados pessoais, bem como as condições aplicáveis ao seu tratamento automatizado, conexão, transmissão e utilização, e garante a sua protecção, designadamente através de entidade administrativa independente. 3. A informática não pode ser utilizada para tratamento de dados referentes a convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, vida privada e origem étnica, salvo mediante consentimento expresso do titular, autorização prevista por lei com garantias de não discriminação ou para processamento de dados estatísticos não individualmente identificáveis. 4. É proibido o acesso a dados pessoais de terceiros, salvo em casos excepcionais previstos na lei. 5. É proibida a atribuição de um número nacional único aos cidadãos. 6. A todos é garantido livre acesso às redes informáticas de uso público, definindo a lei o regime aplicável aos fluxos de dados transfronteiras e as formas adequadas de protecção de dados pessoais e de outros cuja salvaguarda se justifique por razões de interesse nacional. 7. Os dados pessoais constantes

para o direito ao sigilo, bem como a correspondente obrigação de confidencialidade que recai sobre os responsáveis pelos ficheiros e a proibição de acesso aos mesmos por terceiro.⁴¹

Por outro lado, o sigilo médico beneficia do regime especial, previsto no artigo 18.º da CRP,⁴² dos *direitos, liberdades e garantias*: aplicação imediata, vinculação de todos os sujeitos de direito, públicos e privados, e restrições impostas apenas por lei e na medida do necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos.

3.2. Legislação de direito da saúde

O direito à confidencialidade da informação de saúde e o correspondente dever de guardar sigilo por parte do médico, de outros profissionais de saúde e ainda de outras pessoas cuja profissão está relacionada com a prestação de cuidados de saúde, está prevista em várias normas de diplomas específicos do direito da saúde. Façamos um elenco dos diplomas mais significativos.

i. Lei de Bases da Saúde⁴³

A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) confere aos utentes o direito a: *“d) Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados.”*

ii. Regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano

A Lei n.º 46/2004, 19 de Agosto aprova o regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano⁴⁴ contém normas sobre a confidencialidade (Artigo 43.º):

de ficheiros manuais gozam de protecção idêntica à prevista nos números anteriores, nos termos da lei.

⁴¹ Cfr. Helena Moniz, Notas sobre a protecção de dados pessoais perante a informática, RPCC, ano 7.º, II, Abril-Junho de 1997, 231-298, 245/261.

⁴² Artigo 18.º (Força jurídica) 1. Os preceitos constitucionais respeitantes aos direitos, liberdades e garantias são directamente aplicáveis e vinculam as entidades públicas e privadas. 2. A lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição, devendo as restrições limitar-se ao necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos. 3. As leis restritivas de direitos, liberdades e garantias têm de revestir carácter geral e abstracto e não podem ter efeito retroactivo nem diminuir a extensão e o alcance do conteúdo essencial dos preceitos constitucionais.

⁴³ Lei n.º 46/90, de 24 de Agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

⁴⁴ Este diploma transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2001/20/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 4 de Abril, relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados membros respeitantes à aplicação de

“Todos aqueles que, em qualquer qualidade, intervenham em ensaios ou que, por qualquer forma, tenham conhecimento da sua realização, ficam obrigados ao dever de sigilo sobre quaisquer dados pessoais a que tenham acesso.”

iii. Regime jurídico da colheita e transplante de órgãos e tecidos

O regime jurídico da colheita e transplante de órgãos e tecidos está previsto na Lei n.º 22/2007, de 29 de Junho,⁴⁵ e o seu artigo 4.º garante a confidencialidade nos seguintes termos: “1— Salvo o consentimento de quem de direito, é proibido revelar a identidade do dador ou do receptor de órgão ou tecido.”

iv. Procriação Medicamente Assistida

Na lei sobre a procriação medicamente assistida (Lei n.º 32/2006, de 31 de Julho) encontramos as seguintes regras sobre o sigilo médico. Segundo o art. 15.º, n.º 1:

“Todos aqueles que, por alguma forma, tomarem conhecimento do recurso a técnicas de PMA ou da identidade de qualquer dos participantes nos respectivos processos estão obrigados a manter sigilo sobre a identidade dos mesmos e sobre o próprio acto da PMA.”

O art. 43.º pune a *Violação do dever de sigilo ou de confidencialidade*:

“Quem violar o disposto no artigo 15.º é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 240 dias.”

Este tipo legal de crime em legislação extravagante merece alguma reflexão crítica. Ou esta norma está em situação de *concurso aparente* com o tipo fundamental de crime previsto no art. 195.º do Código Penal, ou visa alargar a punibilidade a “*todos aqueles que, por alguma forma, tomarem conhecimento do recurso a técnicas de PMA ou da identidade de qualquer dos participantes nos respectivos processos.*” Ou seja, as pessoas podem ser punidas mesmo que não se enquadrem no filtro normativo do art. 195.º do Código Penal: “segredo alheio de que tenha tomado conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte.” Na primeira hipótese, trata-se de uma norma redundante; na segunda, poderá tratar-se de um alargamento da punibilidade excessivo e desproporcionado.

boas práticas clínicas na condução dos ensaios clínicos de medicamentos para uso humano, e estabelece o regime jurídico da realização de ensaios clínicos em seres humanos com a utilização de medicamentos de uso humano.

⁴⁵ Este diploma que transpõe parcialmente para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, alterando a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, relativa à colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana.

v. Educação sexual e acesso ao planeamento familiar

A Lei n.º 3/84, de 24 de Março, que regula a Educação sexual e acesso ao planeamento familiar prevê no artigo 15.º o dever de sigilo profissional:

“Os funcionários dos centros de consulta sobre planeamento familiar e dos centros de atendimento de jovens ficam sujeitos à obrigação de sigilo profissional sobre o objecto, o conteúdo e o resultado das consultas em que tiverem intervenção e, em geral, sobre actos ou factos de que tenham tido conhecimento no exercício dessas funções ou por causa delas.”

vi. Lei de Saúde Mental

A Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho), no artigo 5.º, relativo aos Direitos e deveres do utente, remete para a Lei de Bases da Saúde, não contendo nenhuma norma especial sobre confidencialidade.

3.3. Cartas de Direitos dos Pacientes

Estes documentos, embora não vinculativos, sintetizam de forma clara os direitos dos pacientes e contêm explicações muito úteis para os profissionais de saúde. A **Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes**⁴⁶ afirma: 9. “O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam.”⁴⁷ No mesmo sentido, a **Carta dos Direitos do Doente Internado**⁴⁸ dispõe: “9. O doente internado tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam.”⁴⁹

⁴⁶ Direcção-Geral da Saúde: *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*, Lisboa, 1998.

⁴⁷ “Todas as informações referentes ao estado de saúde do doente – situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados de carácter pessoal – são confidenciais. Contudo, se o doente der o seu consentimento e não houver prejuízos para terceiros, ou a lei o determinar, podem estas informações ser utilizadas. Este direito implica a obrigatoriedade do segredo profissional, a respeitar por todo o pessoal que desenvolve a sua actividade nos serviços de saúde.”

⁴⁸ Direcção-Geral da Saúde; Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde, Lisboa, 2005. O presente documento é uma especificação da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Cfr. <http://dgsaude.pt>

⁴⁹ Explica esta Carta: “Todas as informações relativas ao doente – situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados pessoais – são confidenciais. No entanto, se o doente der o consentimento e não houver prejuízo para terceiros, ou se a Lei o determinar podem estas informações ser utilizadas. O doente deve ser alertado para a necessidade de não colocar em risco a segurança ou a vida de outros. Este direito implica obrigatoriedade do segredo profissional, a respeitar por todo o pessoal que desenvolve a sua actividade no estabelecimento, incluindo o voluntário, que por força das funções que desempenha partilham informação. Os registos hospitalares devem ser mantidos em condições que assegurem a sua confidenciali-

3.4. Direito Penal

O direito fundamental à intimidade da vida privada e familiar merece a protecção do Direito de *ultima ratio* que é o Direito Penal: o ramo jurídico que visa proteger os bens jurídicos fundamentais da vida em comunidade face às mais fortes e intoleráveis agressões (o que a doutrina dá o nome da *subsidiariedade e fragmentariedade* do Direito Penal).⁵⁰

Na compreensão do conceito de privacidade a doutrina penalista portuguesa adopta a *doutrina das três esferas* ou dos *três degraus*, segundo a qual se deverá distinguir: a) a esfera da *intimidade*; b) a esfera da *privacidade* e c) a esfera da *vida normal da relação*.⁵¹ “Na base do tipo legal de crime violação de segredo (art. 195.º do CP) está o dever de confidencialidade, em que se pretende proteger, para lá do simples interesse comunitário da confiança na discrição e reserva, a privacidade em sentido material, isto é, a privacidade no seu círculo mais extenso, abrangendo não só a esfera da intimidade como a esfera da privacidade *stricto sensu*.”⁵² Como veremos, o médico, outros profissionais de saúde, e outras pessoas no exercício da sua profissão, devem

dade, merecendo atenção especial os dados informatizados. Chama-se especialmente a atenção para que as informações prestadas pelo telefone, em que se desconhece o interlocutor, têm que ser verdadeiras mas tendo em conta a necessária confidencialidade. As declarações que se fazem aos média, nomeadamente, nos casos frequentes que envolvem personalidades públicas como por exemplo: desportistas, políticos e artistas só podem ser feitas com autorização do próprio e do Conselho de Administração da Instituição. As certidões deverão evitar incluir dados que possam prejudicar o doente ou terceiros, devendo nelas constar que foram passadas a pedido do doente ou de quem o representa, bem como o fim a que se destinam. Um indivíduo internado pode pedir que a sua presença no hospital não seja divulgada. O acesso de jornalistas, fotógrafos, publicitários e comerciantes deve estar condicionado à autorização prévia do doente e da direcção do estabelecimento. Os delegados de informação médica não devem entrar nas áreas de atendimento clínico. O segredo profissional tem por finalidade respeitar e proteger o doente. Deve ser salvaguardada a confidencialidade referente às crianças vítimas de maus-tratos no seio familiar pois pode pôr em risco a sua própria segurança.”

⁵⁰ Vide Jorge de Figueiredo Dias, *Direito Penal: Parte Geral*, Tomo 1: *Questões Fundamentais, A Doutrina Geral do Crime*, Coimbra, Coimbra Editora, 2004, p. 15 e ss.

⁵¹ Sobre a teoria das três esferas ou três degraus (*Dreistufentheorie*) vide, Manuel da Costa Andrade, *Liberdade de Imprensa e Inviolabilidade Pessoal, Uma perspectiva Jurídico-Criminal*, Coimbra, Coimbra Editora, 1996, p. 95 e ss. e no âmbito da doutrina juslaboral, vide Menezes Leitão, *Código do Trabalho Anotado*, Coimbra, Almedina, 2003, p. 38. Paulo Mota Pinto, *O direito à reserva sobre a intimidade da vida privada*, Separata do Boletim da Faculdade de Direito, vol. 69 (1993) não concorda que a *teoria das três esferas* se aplique, sem reservas, no direito português.

⁵² Helena Moniz, “Segredo Médico, Acórdão da Relação de Coimbra de 5 de Julho de 2000 e Acórdão da Relação do Porto de 20 de Setembro de 2000,” *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, Ano 10, Fasc. 4.º, Outubro – Dezembro, 2000, p. 636.

guardar confidencialidade relativamente não só aos dados sobre a *saúde*, como sobre outros aspectos relativos à *vida privada* do paciente.

Segundo Helena Moniz, fazem parte da *esfera íntima* da pessoa: os dados relativos à filiação, residência, número de telefone, estado de saúde, vida conjugal, amorosa e afectiva, os factos que decorrem dentro do lar, as informações transmitidas por carta ou outros meios de telecomunicações, os factos passados que caíram no esquecimento, etc.⁵³

Assim, os dados relativos ao *estado de saúde* merecem a mais forte protecção. Neste sentido, podemos constatar que a Lei de Protecção de Dados Pessoais (Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro) prevê um regime especial para os dados de saúde, considerando-os “dados sensíveis” (artigo 7.º) e impondo “medidas especiais de segurança” (artigo 15.º), quando esses dados forem objecto de tratamento, o que demonstra a natureza especialmente protegida destas informações.

No âmbito da relação clínica, o médico tem conhecimento de factos que pertencem à área de *confidencialidade e reserva*, mesmo à área da *intimidade*. A sua revelação ou divulgação arbitrárias (sem consentimento do paciente) e não justificadas “configuram um atentado socialmente intolerável a bens jurídicos criminalmente tutelados. E podendo, como tal, ser punida já a título de Devassa da vida privada (artigo 192.º do Código Penal), já sob a forma de Violação de segredo (artigo 195.º do Código Penal).”⁵⁴

i. Devassa da vida privada

Este crime está previsto no artigo 192.º (Devassa da vida privada), que prescreve:

1. Quem, sem consentimento e com intenção de devassar a vida privada das pessoas, designadamente a intimidade da vida familiar ou sexual:
 - a) Interceptar, gravar, registar, utilizar, transmitir ou divulgar conversa, comunicação telefónica, mensagens de correio electrónico ou facturação detalhada;
 - b) Captar, fotografar, filmar, registar ou divulgar imagem das pessoas ou de objectos ou espaços íntimos;
 - c) Observar ou escutar às ocultas pessoas que se encontrem em lugar privado; ou d) Divulgar factos relativos à vida privada ou a doença grave de outra pessoa; é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 240 dias.

⁵³ Helena Moniz, “Notas Sobre a Protecção de Dados Pessoais perante a Informática”, *Rev. Port. Ciência Criminal*, ano 7.º, n.º 2, 1997, p. 237.

⁵⁴ Costa Andrade, *Direito Penal Médico*, 2004, p.162.

O crime de devassa da vida privada é um *crime comum*, isto é, não depende da qualidade específica do agente. Quando o agente é um médico (ou outro profissional obrigado a sigilo), verifica-se uma relação de *concurso aparente* com o crime de violação de segredo (artigo 195.º do Código Penal).

A vida privada das pessoas merece a protecção do direito penal, e isto independentemente do carácter desonroso ou não desses factos. O bem jurídico que aqui está em jogo é a privacidade e não a honra. Por outro lado, o direito pretende evitar não apenas o acesso à informação (alíneas a) a c), mas também a divulgação desses factos (al. d).

ii. O crime de violação de segredo

O tipo legal com crime previsto no artigo 195.º do Código Penal protege o bem jurídico individual *privacidade* e também o bem jurídico supra-individual *prestígio e confiança em determinadas profissões*:

Artigo 195.º (Violação de segredo):

Quem, sem consentimento, revelar segredo alheio de que tenha tomado conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 240 dias.

Relativamente à factualidade típica, isto é, os factos que se devem verificar para se poder afirmar estarmos perante o tipo legal de crime, devemos enunciar os seguintes:

- 1) Terá que se tratar de um *segredo*, isto é:
 - a) Tratar-se de factos conhecidos de um número circunscrito de pessoas (que não sejam do conhecimento *público* ou de um *círculo alargado de pessoas* ou que não seja um facto *notório*);
 - b) Que haja vontade de que os factos continuem sob reserva e
 - c) Existência de um *interesse legítimo*, razoável ou justificado na reserva;⁵⁵
- 2) Terá que ser um segredo *alheio* (do paciente ou de terceiro);
- 3) Obtido *no exercício da profissão*: “só é segredo médico aquilo que o médico sabe de outra pessoa, apenas porque é médico;” “não é segredo penalmente relevante aquilo que o agente conhece em veste puramente “privada”.

Se o médico revelar informações sobre a saúde do paciente a terceiros está preenchido o tipo legal de crime. E a ilicitude verificar-se-á se não houver

⁵⁵ O interesse na protecção da reserva não tem que ser um interesse público, nem um interesse eticamente positivo, nem um interesse juridicamente louvável; “também as fraquezas humanas, as condutas imorais e mesmo os crimes podem valer como segredo.” Costa Andrade, *Comentário*, I.

qualquer causa de justificação. Trata-se de um crime semi-público, pelo que é necessária a apresentação de *queixa*.⁵⁶

O Código Penal alemão,⁵⁷ no § 203 StGB, refere-se à “violação de segredo da esfera privada”, abrangendo o segredo revelado ao médico ou conhecido por ele de outra forma. Este artigo não abrange apenas o segredo médico. Ao contrário da norma portuguesa, o tipo legal de crime alemão contém uma *lista detalhada e extensa de todos aqueles que podem estar sujeitos à obrigação de segredo*⁵⁸ e, como destaca Peter Hünerfeld,⁵⁹ abrange os membros de uma seguradora que realiza seguros de saúde, de acidente e de vida, ou de pessoas que realizam a contabilidade do médico privado. Está também expressamente prevista a punição da revelação não autorizada de segredo depois da morte do interessado.

3.5. Direito Civil

No plano civilístico, o direito ao sigilo médico enquadra-se no âmbito dos direitos de personalidade. Os direitos de personalidade são direitos absolutos, que impõem não apenas uma obrigação passiva universal, mas ainda um *dever de respeito*.

O direito ao sigilo pode radicar em duas fontes, quer no *direito-quadro* que é o *direito geral de personalidade*, consagrado na lei, no artigo 70.º,⁶⁰ quer no direito especial da personalidade, consagrado no artigo 80.º, o *direito à reserva sobre a intimidade da vida privada*.

Nas palavras de Orlando de Carvalho, o direito geral de personalidade consiste “(n)um direito à personalidade no seu todo, direito que abrange todas as manifestações previsíveis e imprevisíveis da personalidade, pois é, a um tempo, direito à pessoa-ser e à pessoa-devir, ou melhor, à pessoa-ser em devir, entidade não estática mas dinâmica e com *jus* à sua “liberdade de desabrochar” (com direito ao ‘livre desenvolvimento da personalidade’ de que falam já certos textos jurídicos). Trata-se de um *jus in se ipsum* radical, em

⁵⁶ Cf. artigo 198.º do Código Penal.

⁵⁷ Código Penal de 15 de Maio de 1871 na redacção publicada em 13-11-1998.

⁵⁸ Em Portugal, como vimos, o tipo legal de crime é muito aberto, recorrendo-se a uma cláusula geral. O princípio da tipicidade assume assim uma grande – quiçá excessiva – elasticidade.

⁵⁹ Peter Hünerfeld, *Esfera Privada e Segredo*, *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, Ano 14, n.ºs 1 e 2, Janeiro-Junho 2004, p. 198.

⁶⁰ Artigo 70º – Tutela geral da personalidade 1. A lei protege os indivíduos contra qualquer ofensa ilícita ou ameaça de ofensa à sua personalidade física ou moral. 2. Independentemente da responsabilidade civil a que haja lugar, a pessoa ameaçada ou ofendida pode requerer as providências adequadas às circunstâncias do caso, com o fim de evitar a consumação da ameaça ou atenuar os efeitos da ofensa já cometida.

que a pessoa é o bem protegido, correspondendo à sua necessidade intrínseca de autodeterminação (...). Só um tal direito ilimitado e ilimitável permite uma tutela suficiente do homem ante os riscos de violação que lhe oferece a sociedade moderna”.⁶¹

Para além da referida tutela geral, encontramos um direito especial de personalidade no próprio Código Civil.⁶² O artigo 80.º (*Direito à reserva sobre a intimidade da vida privada*) dispõe:

1. Todos devem guardar reserva quanto à intimidade da vida privada de outrem.
2. A extensão da reserva é definida conforme a natureza do caso e a condição das pessoas.

O artigo 483.º sanciona com o dever de indemnizar a violação de direitos de outrem, nomeadamente os direitos de personalidade. Provando-se o comportamento ilícito e culposo do médico, pode o lesado intentar uma acção de indemnização solicitando o ressarcimento dos danos patrimoniais e não patrimoniais decorrentes do ilícito praticado.

A violação dos direitos de personalidade dá lugar não só a responsabilidade civil mas também a “providências (judiciais) adequadas às circunstâncias do caso, com o fim de evitar a consumação da ameaça ou atenuar os efeitos da ofensa já cometida”, nos termos dos artigos 70º, n.º2 do Código Civil e artigos 1474º e ss. do Código de Processo Civil.

3.6. Direito do Trabalho

O sigilo médico assume uma importância extraordinária no mundo do trabalho, já que a ilegítima quebra do sigilo, neste domínio, é a fonte de discriminação e de estigmatização das pessoas.⁶³ O Código do Trabalho de 2003 consagra uma subsecção relativa aos direitos de personalidade (artigos 15.º a 21.º). O artigo 16.º do Código do Trabalho consagra o direito à reserva da intimidade da vida privada.⁶⁴

⁶¹ Orlando de Carvalho, *Teoria Geral do Direito Civil*, Coimbra, 1981, p. 90. Rabindranath Capelo de Sousa, *Direito Geral de Personalidade*, Coimbra, Coimbra Editora, 1995.

⁶² Os artigos 75.º a 78.º, relativos a cartas-missivas, memórias familiares e outros escritos confidenciais também visam proteger o bem jurídico segredo.

⁶³ Cfr. André Gonçalo Dias Pereira, “Discriminação de um trabalhador portador de VIH/SIDA: estudo de caso”, *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, N.º 6, 2006, pp. 121-135 e André Gonçalo Dias Pereira, “Cirurgião Seropositivo: do Pânico ao Direito”, *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Ano 4, n.º8, 2007, 97-114.

⁶⁴ Artigo 16.º (Reserva da intimidade da vida privada) 1 – O empregador e o trabalhador devem respeitar os direitos de personalidade da contraparte, cabendo-lhes, designadamente, guardar reserva quanto à intimidade da vida privada. 2 – O direito à reserva da intimidade da

Por outro lado, o artigo 17.º, n.º2 não permite que o empregador possa exigir “ao candidato a emprego ou ao trabalhador que preste informações relativas à sua saúde ou estado de gravidez, salvo quando particulares exigências inerentes à natureza da actividade profissional o justifiquem e seja fornecida por escrito a respectiva fundamentação.” Acresce que o empregador não tem o direito de tomar conhecimento sobre o estado de saúde do trabalhador, competindo ao médico atestar a sua aptidão ou não para o trabalho e disso informar a entidade patronal.⁶⁵ Nesse sentido,⁶⁶ dispõe o artigo 19.º, n.º3, do Código do Trabalho: “O médico responsável pelos testes e exames médicos só pode comunicar ao empregador se o trabalhador *está ou não apto* para desempenhar a actividade, salvo autorização escrita deste.”⁶⁷

A própria ficha clínica é objecto de protecção legal reforçada. O artigo 247.º, n.º 2 da Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho, que regulamenta o Código do Trabalho, prescreve: “A ficha clínica está sujeita ao segredo profissional, só podendo ser facultada às autoridades de saúde e aos médicos da Inspecção-Geral do Trabalho.”⁶⁸

Numa palavra: para além do comando constitucional e da legislação geral, o Direito impõe ao médico, no âmbito da medicina do trabalho, especiais exigências de *confidencialidade*.

vida privada abrange quer o acesso, quer a divulgação de aspectos atinentes à esfera íntima e pessoal das partes, nomeadamente relacionados com a vida familiar, afectiva e sexual, com o estado de saúde e com as convicções políticas e religiosas.

Segundo Guilherme Dray, in Pedro Romano Martinez/ Luís Monteiro/ Joana Vasconcelos/ Pedro Brito/ Guilherme Dray / Luís Silva, *Código do Trabalho*, 3.ª edição, Coimbra, Almedina, 2004, p. 102. esta norma vai (aparentemente) mais longe do que o art. 80.º do Código Civil visto que abrange “quer o *acesso*, quer a *divulgação* de aspectos atinentes à esfera íntima e pessoal das partes, o que significa que para além da *intromissão*, também a *difusão* de tais elementos não é permitida.” Note-se que na doutrina juscivilista Paulo Mota Pinto, “*O direito à reserva sobre a intimidade da vida privada*,” *BFD*, 69 (1993), p. 531, já defendia esta distinção.

⁶⁵ Artigo 17.º, n.º 3. As informações previstas no número anterior são prestadas a médico, que só pode comunicar ao empregador se o trabalhador está apto ou não apto a desempenhar a actividade, salvo autorização escrita deste.

⁶⁶ Esta regra foi claramente enunciada no Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 306/03, de 25 de Junho de 2003. Veja-se também o Parecer da Comissão Nacional de Protecção de Dados (Parecer n.º 8/2003) – sobre o Novo Código do Trabalho.

⁶⁷ Para uma crítica da possibilidade de o trabalhador dar o seu consentimento, *vide* José João Abrantes, “O novo Código do Trabalho e os direitos de personalidade do trabalhador”, in *Estudos sobre o Código do Trabalho*, Coimbra Editora, 2004, p. 165, n. 52 e o Parecer Comissão Nacional de Protecção de Dados n.º 8/2003 – sobre o Novo Código do Trabalho da Comissão Nacional de Protecção de Dados.

⁶⁸ Cfr. ainda os artigos 248.º e 249.º do mesmo diploma.

3.7. Normas dos Códigos Deontológicos

O anterior Código Deontológico da Ordem dos Médicos⁶⁹ não havia sido aprovado por um órgão com poderes legislativos, nem sequer fora publicado no Diário da República, mas antes apenas na Revista da Ordem dos Médicos.⁷⁰ Por tal razão, o valor jurídico do CDOM era discutido na doutrina.⁷¹

Em Novembro de 2008, foi aprovado o novo Código Deontológico da Ordem dos Médicos, que regula o segredo médico nos artigos 85.º a 93.º e este Código viria a ser publicado no *Diário da República, 2.ª série N.º 8 13 de Janeiro de 2009* sob a forma de Regulamento n.º 14/2009. Não será isento de reparos a forma legal – *regulamento* – escolhida para trazer ao Diário da República este importante documento normativo, na medida em que versa, limita e condiciona o exercício de *direitos, liberdades e garantias*, os quais nos termos do art. 18.º da CRP deveriam ser regulados por uma lei em sentido formal. Assim sendo, este Código Deontológico não pode prevalecer sobre a lei, que goza de valor normativo superior ao regulamento. A título de exemplo, o facto de o Código Deontológico *autorizar* a maternidade de substituição nos termos do art. 65.º, n.º3 do CDOM de 2008, não torna lícita esta prática que é claramente proibida pelo art. 8.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho, que regula a Procriação Medicamente Assistida.⁷²

O sigilo faz parte do estatuto profissional dos médicos e da deontologia que rege a respectiva actividade. O doente só revelará os detalhes pessoais se tiver a segurança e a confiança de que o médico os não revelará a terceiros. “O médico é o *confidente necessário* do doente. Este tem de lhe revelar aspectos íntimos para que o clínico possa proceder a um diagnóstico correcto, primeiro passo para se alcançar o resultado desejado.”⁷³ Neste sentido, o Capítulo XI do CDOM regula a matéria do *segredo profissional* e o art. 85º afirma como princípio geral: “O *segredo médico é condição essencial ao relacionamento*

⁶⁹ Cfr. <http://www.ordemdosmedicos.pt>

⁷⁰ Ordem dos Médicos: Código Deontológico da Ordem dos Médicos, *Revista da Ordem dos Médicos*, n.º 3; 1985: 1-28.

⁷¹ Cfr. André Gonçalo Dias Pereira, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente. Estudo de Direito Civil*, Publicações do Centro de Direito Biomédico, 9, Coimbra, Coimbra Editora, 2004, pp.101 ss.

⁷² Sobre este diploma, vide André Gonçalo Dias Pereira, “A Procriação Medicamente Assistida em Portugal, à Luz da Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho”, *Revista Brasileira de Direito Médico e da Saúde* (2007) n.º 8, pp. 107-131 e Vera Raposo/ André Pereira, “Primeiras Notas Sobre A Lei Portuguesa De Procriação Medicamente Assistida (Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho),” *Lex Medicinæ: Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, 2006, n.º 6, pp. 89-104.

⁷³ Luís Vasconcelos Abreu, O segredo médico no direito português vigente, in *Estudos de Direito da Bioética*, Coimbra, Almedina, 2005, p. 267.

médico-doente, assenta no interesse moral, social, profissional e ético, e pressupõe e permite uma base de verdade e de mútua confiança.”

Na raiz da protecção da confidencialidade médica está a não revelação de segredos conhecidos no exercício da profissão, em ordem a proteger a esfera de segredo e de privacidade do paciente.⁷⁴ O Código Deontológico procura incluir no âmbito de protecção do segredo profissional factos a que o médico tenha acesso privilegiado pela conversa e observação do doente.

Artigo 86º (Âmbito do segredo médico)

1. O segredo médico impõe-se em todas as circunstâncias dado que resulta de um direito inalienável de todos os doentes.
2. O segredo médico abrange todos os factos que tenham chegado ao conhecimento do médico no exercício da sua profissão ou por causa dela e compreende especialmente:
 - a) Os factos revelados directamente pela pessoa, por outrem a seu pedido ou por terceiro com quem tenha contactado durante a prestação de cuidados ou por causa dela;
 - b) Os factos apercebidos pelo médico, provenientes ou não da observação clínica do doente ou de terceiros;
 - c) Os factos resultantes do conhecimento dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica referentes ao doente;
 - d) Os factos comunicados por outro médico ou profissional de saúde, obrigado, quanto aos mesmos, a segredo médico.
3. A obrigação de segredo médico existe, quer o serviço solicitado tenha ou não sido prestado e quer seja ou não remunerado.
4. O segredo médico mantém-se após a morte do doente;
5. É expressamente proibido ao médico enviar doentes para fins de diagnóstico ou terapêutica a qualquer entidade não vinculada ao segredo médico.

Daqui resulta que o segredo abrange não apenas os factos conhecidos *directa e exclusivamente* no exercício da profissão médica,⁷⁵ mas ainda o conjunto de factos de que o médico teve conhecimento *porque era médico*. Nesse sentido aponta quer o citado artigo 86.º do CDOM, quer o artigo 195.º do Código Penal⁷⁶, quer, no plano do direito civil, o *princípio da boa*

⁷⁴ Adolf Laufs/ Wilhelm Uhlenbruck, *Handbuch des Arztrechts*, 3. Auflage, München, 2002, p. 548. Nesse sentido, dispõe o ARTIGO 67.º (Segredo profissional): “O segredo profissional impõe-se a todos os Médicos e constitui matéria de interesse moral e social.”

⁷⁵ Cfr. João Álvaro Dias, Responsabilidade, informação, consentimento e confidencialidade, *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, Ano II, n.º 4 (Maio de 1994), pp. 9-32, 28 e *Procriação assistida e Responsabilidade Médica*, Coimbra, Coimbra Editora, 1996, pp. 303/304.

⁷⁶ Manuel da Costa Andrade, Comentário ao artigo 195.º do Código Penal, in *Comentário Conimbricense ao Código Penal*, (dirigido por Jorge de Figueiredo Dias), Parte Especial, Tomo I, Coimbra, Coimbra Editora, 1999, 771-802, (771-783).

fé.⁷⁷ “Assim, quando um doente encontra ocasionalmente o seu médico e lhe confia dados relativos ao seu estado de saúde ou sempre que uma pessoa, num qualquer evento social, contacta com um médico e, atendendo aos especiais conhecimentos deste, lhe revela pormenores ligados à sua saúde que não confiaria a mais ninguém, que não fosse médico, nestas hipóteses há um investimento de confiança na discrição do médico, que parece perfeitamente justificado atento o conhecimento geral da existência de uma deontologia médica e, nela, do sigilo profissional.”⁷⁸

A violação dos deveres deontológicos origina responsabilidade disciplinar. Qualquer interessado pode *participar* esse facto junto da Ordem dos Médicos os factos, instaurando-se o competente processo.⁷⁹

4. Bens jurídicos protegidos

No plano clínico, o segredo é necessário ao procedimento e ao diagnóstico. O médico precisa de saber tudo para intervir com competência. “Donde seja indispensável que ao paciente seja assegurado que as confidências permanecerão no segredo, para que possa falar livremente. Semelhante compromisso permite estabelecer uma relação de confiança necessária a uma acção terapêutica rigorosa e coerente. Assim, a regra do segredo pode ser entendida como um valor instrumental visando a realização de fins imediatos (a saúde) e remotos (a humanidade no homem).”⁸⁰

Quando as normas jurídicas estabelecem o dever de sigilo e garantem a confidencialidade das informações médicas não o fazem apenas para proteger a intimidade ou privacidade dos pacientes. Visam também proteger a própria *dignidade da profissão médica e a confiança da sociedade e dos pacientes na medicina e nos profissionais de saúde*. Donde, a extrema importância desta matéria para manter um bom sistema de saúde e para garantir a qualidade da assistência médica.

O segredo médico também visa promover interesses colectivos de saúde pública e de prestígio da medicina. Se houvesse falta de confiança na discrição dos médicos ou se não houvesse garantias de confidencialidade, muitos doentes, nomeadamente os portadores de doenças transmissíveis, poderiam abster-se de procurar cuidados de saúde, assim causando, consciente ou inconscientemente, o contágio de familiares e outros cidadãos.

⁷⁷ Luís Vasconcelos Abreu, O segredo médico no direito português vigente, 2005, p. 267-268

⁷⁸ Luís Vasconcelos Abreu, O segredo médico no direito português vigente, 2005, p. 268.

⁷⁹ Vide o *Estatuto Disciplinar dos Médicos* (aprovado pelo DL 217/94 de 20 de Agosto): artigos 6º, n.º 2 e 7º.

⁸⁰ Gilbert Hottois/ Marie-Hélène Parizeu, *Dicionário de Bioética*, Lisboa, p.331.

Perante estes dois fundamentos, um de carácter mais *personalista* outro mais *comunitarista*, a doutrina moderna defende a primazia do primeiro. O dever de sigilo médico é o reverso do direito fundamental à intimidade da vida privada do paciente, por outro lado, este dever é estruturante e fundante da relação jurídica médico-paciente.⁸¹

No mesmo sentido, no direito penal português, “(...) tudo se conjuga no sentido da prevalência ou primado da dimensão pessoal-individual, isto é, da *elevação da privacidade à categoria de bem jurídico típico (...)*”. Costa Andrade invoca o elemento sistemático, o elemento literal e o elemento histórico (conversão em crime semi-público). Assim, o Bem Jurídico no direito português é a *Privacidade em sentido material*, ou seja, actos e factos que, não sendo secretos em si mesmos, devem subtrair-se à curiosidade pública: sentimentos, acções e abstenções. Mas apenas na medida em que é mediatizada por um segredo profissional. Sendo que, em segunda linha, é possível identificar a tutela de valores comunitários como o *prestígio e a confiança em determinadas profissões* (cf. artigo 135.º, n.º 5 do Código de Processo Penal).⁸²

Na Alemanha, afirma-se que os bens jurídicos protegidos são o *direito à intimidade da vida privada* e também o *direito à autodeterminação informacional*.

5. Objecto e conteúdo do dever de segredo médico

Segredo vem do latim “secretu” e significa aquilo que deve estar oculto, secreto.⁸³ Só os factos sigilosos, os factos que não são conhecidos de terceiros, são objecto do dever de segredo. “O carácter reservado não emerge da obrigação de segredo, mas esta daquele.”⁸⁴

As informações relativas à saúde de uma pessoa fazem parte da sua vida privada.⁸⁵ Porém, o dever de segredo não abrange apenas as informações de saúde.⁸⁶ “No ambiente de saúde ou de serviços sociais, o segredo médico define-se geralmente como uma regra deontológica que impõe a obrigação de discrição a qualquer indivíduo depositário, pelas suas funções, das informações

⁸¹ Cfr. Luís Vasconcelos Abreu, O segredo médico no direito português vigente, 2005, p. 270.

⁸² Cf. Costa Andrade, *Comentário Conimbricense ao Código Penal*, I, 1999, pp. 771 e ss.

⁸³ Dicionário Lello.

⁸⁴ Luís Vasconcelos Abreu, O segredo médico no direito português vigente, 2005, p. 274.

⁸⁵ Paulo Mota Pinto, O direito à reserva da intimidade da vida privada, *BFDUC*, 1993, 479-585, 527.

⁸⁶ A informação de saúde está definida na Lei de informação genética e informação pessoal de saúde (Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro): Artigo 2.º (Informação de saúde) “*Para os efeitos desta lei*, a informação de saúde abrange todo o tipo de informação directa ou indirectamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar.

que lhe são confiadas. A obrigação não abrange apenas as confidências mas também os factos descobertos no exercício, ou por ocasião do exercício, da profissão.”⁸⁷

i. Objecto do dever de segredo

O *objecto* do dever de segredo abrange, designadamente:

A doença, a anamnese, o diagnóstico, a prognose, a prescrição, a terapia, a resposta ao medicamento, etc;

Os exames e meios de diagnóstico e toda a informação constante de relatórios, ficheiros, processos clínicos, radiografias, ecografias e tumografia computadorizada;

As alternativas e os métodos de tratamento;

Hábitos de vida;

A situação económica ou profissional do paciente;

Características físicas e psicológicas do doente;

Os traços de carácter revelados pelo paciente, as suas reacções aos diferentes actos médicos;

Os factos atinentes à sua vida privada, profissional, à situação económica, financeira ou política;

Os gostos, vícios, abusos, excessos e actos ilícitos.⁸⁸

E pode mesmo abranger mais aspectos, de acordo com a experiência jurisprudencial alemã, o segredo médico abrange o *nome* do paciente;⁸⁹ o *facto da própria consulta ou tratamento*; as *circunstâncias (hora, acompanhantes, tipo de viatura) em que um paciente chega ao hospital e que permitam identificá-lo*; a capacidade para fazer testamento; doença venérea; consumo de estupefacientes; seropositividade; a defloração, feridas e cicatrizes.⁹⁰

⁸⁷ Gilbert Hottois/ Marie-Hélène Parizeu, *Dicionário de Bioética*, p.328.

⁸⁸ Cfr. Laufs/ Uhlenbruck, *Handbuch des Arztrechts*, p. 550 e Costa Andrade, *Direito Penal Médico*, 2004, p. 184-185.

⁸⁹ Helena Moniz, “Segredo Médico, Acórdão da Relação de Coimbra de 5 de Julho de 2000 e Acórdão da Relação do Porto de 20 de Setembro de 2000,” *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, Ano 10, Fasc. 4.º, Outubro – Dezembro, 2000, p. 641, entende que a identificação, em princípio, por si só, não constitui uma informação no âmbito do segredo profissional. Todavia, em casos especiais, a identidade do paciente é protegida pelo sigilo médico. Assim acontece no âmbito da Lei n.º30/2000, de 29 de Novembro, relativa ao regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas. Segundo o art. 3.º é garantido ao consumidor que solicita o tratamento espontâneo “o sigilo, estando os médicos, técnicos e restante pessoal de saúde que assistam o consumidor sujeitos ao dever de segredo profissional, não sendo obrigados a depor em inquérito ou processo judicial ou a prestar informações sobre a natureza e evolução do processo terapêutico ou sobre a identidade do consumidor.”

⁹⁰ A. Laufs/ W. Uhlenbruck, *Handbuch des Arztrechts*, p. 551

ii. Segredo de terceiro

Os segredos de terceiro também são abrangidos pelo dever de confidencialidade. Trata-se de factos relativos à vida privada de um terceiro, que presumivelmente os quer manter sob reserva. “E aqui também podem estar em causa factos relativos à saúde – v.g. a confidência ao médico que o seu cônjuge é seropositivo. Ou factos relativos a outras áreas da vida privada do terceiro. Como acontece com o paciente que conta ao médico que o chefe do seu serviço mantém relações sexuais extraconjugais; ou aqueloutro que conta ao psiquiatra os excessos do seu cônjuge.”⁹¹

iii. Conteúdo do dever de segredo

Por seu turno, o **conteúdo do dever** de segredo inclui:

Uma obrigação *negativa*: a obrigação de não revelar as informações cobertas pelo sigilo profissional a terceiros.

Uma obrigação *positiva*: adopção de precauções necessárias para que os mesmos terceiros não tenham acesso aos elementos sigilosos, por exemplo no que se refere à organização das instalações, do consultório. Esta obrigação positiva é posta em destaque na legislação relativa à protecção de dados pessoais e à informação de saúde pessoal.⁹² Também o Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CDOM) no artigo 93º (Médicos com responsabilidades directivas) prevê normas que impõem um dever positivo de guarda do segredo:

“1.Os médicos com cargos de direcção em organismos prestadores de cuidados de saúde são responsáveis pela adequação às normas deontológicas dos serviços sob sua tutela, devendo nomeadamente:

- a) Estabelecer o controlo necessário para que não seja vulnerável a intimidade e a confidencialidade dos doentes, sob a sua responsabilidade;
- b) Tratar as informações a serem transmitidas aos meios de comunicação de um modo adequado e após obtenção do consentimento do doente ou do seu representante legal;
- c) Exigir dos seus colaboradores médicos e não-médicos, e ainda dos estudantes das diversas áreas de saúde, a preservação da intimidade e da confidencialidade das informações clínicas, sujeitas a segredo médico.”

⁹¹ Costa Andrade, *Direito Penal Médico*, 2004, p. 184-185.

⁹² Refiro-me à Lei de protecção de dados pessoais (Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro), especialmente os artigos 14.º (Segurança do tratamento), 15.º (Medidas especiais de segurança) e 17.º (Sigilo profissional) e à Lei de informação genética e informação pessoal de saúde (Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro), especialmente o art. 4.º (Tratamento da informação de saúde).

6. Titulares do segredo

“Portador ou titular do segredo é a pessoa a cuja esfera privada pertencem os factos que o integram.”⁹³ Pode ser o paciente ou um terceiro.

O paciente detém a posição activa, estando o médico na posição passiva. Assim o sigilo vale nas relações entre o médico e terceiros, não podendo ser oposto pelo clínico ao seu paciente. Donde o paciente tem o *direito de conhecer a informação que lhe respeita*, devendo ser facultado o acesso ao processo ou fichas.⁹⁴

7. Sujeitos do dever: pessoas obrigadas ao sigilo

Os médicos, outros profissionais de saúde bem como outros profissionais que lidam com os dados médicos estão sujeitos ao dever de segredo profissional.

A lista que apresentamos não é exaustiva, devendo recordar-se que segundo o Código Penal português, qualquer pessoa que tenha tomado conhecimento de segredo alheio *em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte* está obrigado a sigilo.

i. Médicos

O **Estatuto da Ordem dos Médicos**⁹⁵ impõe o segredo profissional como um dos deveres dos médicos (artigo 13.º, c) EOM), cuja violação pode conduzir à aplicação de uma pena disciplinar. No mesmo sentido, o **Código Deontológico da Ordem dos Médicos**, prescreve, no artigo 67.º o dever de sigilo.

ii. Médicos dentistas

O **Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas**⁹⁶ estabelece o dever de segredo no artigo 12.º, n.º 1, al. c). Também o **Código Deontológico dos Médicos Dentistas**,⁹⁷ que foi aprovado pela Assembleia Geral da Ordem dos Médicos Dentistas, contém normas relativas a esta matéria.⁹⁸

⁹³ Costa Andrade, *Direito Penal Médico*, 2004, p. 188.

⁹⁴ Cfr. André Gonçalo Dias Pereira, “Dever de Documentação, Acesso ao Processo Clínico e sua Propriedade. Uma perspectiva europeia”, *Revista Portuguesa do Dano Corporal* (2006), Ano XV, N.º 16, pp. 9-24

⁹⁵ Decreto-Lei n.º 282/77, de 5 de Junho.

⁹⁶ Aprovado pela Lei n.º 110/91, de 29 de Agosto, com a redacção da Lei n.º 82/98, de 10 de Dezembro, e da Lei n.º 44/2003, de 22 de Agosto.

⁹⁷ Cfr. <http://www.omd.pt>

⁹⁸ Artigo 21.º Sigilo Profissional: 1 – O médico dentista é obrigado a guardar sigilo profissional sobre toda a informação relacionada como doente, constante ou não da sua ficha clínica, obtida no exercício da sua profissão. 2 – Os funcionários do médico dentista e todos quantos

iii. Enfermeiros

O **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 104 /98 de 21 de Abril)** prevê o **dever de sigilo**⁹⁹ e o direito à intimidade.¹⁰⁰

iv. Farmacêuticos

O **Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos** (publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 288/2001, de 10 de Novembro) contém, no capítulo relativo à **deontologia profissional**, uma a Secção relativa ao **sigilo profissional**.¹⁰¹

com este colaborem no exercício da profissão, estão igualmente sujeitos a sigilo sobre todos os factos de que tenham tomado conhecimento nos respectivos consultórios e no exercício do seu trabalho, desde que esses factos estejam a coberto do sigilo profissional do médico dentista, sendo este deontologicamente responsável pelo respeito do sigilo. 3 – O médico dentista pode prestar informações ao doente ou a terceiro por este indicado. 4 – No caso de intervenção de um terceiro, nos termos do número anterior, o médico dentista pode exigir uma declaração escrita do doente concedendo poderes àquele, para actuar em seu nome. 5 – Qualquer divulgação de matéria sujeita a sigilo profissional, salvo o referido nos números 3 e 4, depende de prévia autorização da Ordem dos Médicos Dentistas. 6 – Não é considerada violação do sigilo profissional a divulgação, para fins académicos, científicos e profissionais, de informação referida no número 1, desde que sem indicação da identidade do doente. 7 – Não podem fazer prova em juízo, ou fora dele, as declarações prestadas pelo médico dentista com violação do sigilo profissional.

⁹⁹ Artigo 85.º: O enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de: *a)* Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; *b)* Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos; *c)* Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico; *d)* Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.

¹⁰⁰ O direito à intimidade configura lago de distinto do direito ao sigilo. Trata-se de um direito com conteúdo que se prende mais com o *corpo* e a *integridade física e moral*, propriamente dita, e não tanto com a informação. O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros dedica-lhe o artigo 86.º Do respeito pela intimidade: “Atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de: *a)* Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; *b)* Salvar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.”

¹⁰¹ Artigo 101.º (Do sigilo profissional) 1 – Os farmacêuticos são obrigados ao sigilo profissional relativo a todos os factos de que tenham conhecimento no exercício da sua profissão, com excepção das situações previstas na lei. 2 – O dever de sigilo profissional subsiste após a cessação da actividade profissional e ainda quando o farmacêutico altere o seu domicílio profissional. Artigo 102.º – (Garantia do sigilo): 1 – Para garantia do sigilo profissional os farmacêuticos, no exercício da sua actividade, devem comportar-se por forma a evitar que terceiros se apercebam das informações respeitantes à situação clínica do doente. 2 – O sigilo profissional obriga os farmacêuticos a absterem-se de mencionar ou comentar factos que possam violar

v. Terapeutas não convencionais

A Lei n.º 45/2003, de 22 de Agosto – Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais – prescreve que no âmbito das terapêuticas não convencionais se impõe a obrigação de respeitar a confidencialidade dos dados pessoais e de guardar sigilo.¹⁰² Consideram-se terapêuticas não convencionais aquelas que partem de uma base filosófica diferente da medicina convencional e aplicam processos específicos de diagnóstico e terapêuticas próprias. Para efeitos de aplicação da presente lei são reconhecidas como terapêuticas não convencionais as praticadas pela acupunctura, homeopatia, osteopatia, naturopatia, fitoterapia e quiropráxia (artigo 3.º).

vi. Técnicos de tratamento de dados

Segundo o n.º 4 do artigo 7.º da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro,¹⁰³ os profissionais não médicos que fizerem o tratamento de dados estão também obrigados ao dever de sigilo, podendo incorrer na prática do crime previsto no artigo 47.º da mesma Lei.¹⁰⁴

a privacidade do doente, designadamente os que se relacionam com o respectivo estado de saúde. 3 – A obrigação do sigilo profissional não impede que o farmacêutico tome as precauções necessárias ou participe nas medidas indispensáveis para salvaguarda da vida e saúde das pessoas que coabitam ou vivem com o doente.

Artigo 103.º – (Recusa de depoimento): Quando notificado como testemunha em processo que envolva um seu doente ou terceiros, o farmacêutico pode recusar-se a prestar declarações que constituam matéria de sigilo profissional, salvo se devidamente autorizado a fazê-lo pelo bastonário.

Artigo 104.º – (Constituição de bancos electrónicos de dados): No exercício da sua actividade, o farmacêutico, ao colaborar na constituição de bancos electrónicos de dados, deve respeitar os princípios gerais vigentes.

¹⁰² Artigo 10.º (Do exercício da actividade) 2: Os profissionais que exercem as terapêuticas não convencionais estão obrigados a manter um registo individualizado de cada utilizador. 3 – O registo previsto no número anterior deve ser organizado e mantido de forma a respeitar, nos termos da lei, as normas relativas à protecção dos dados pessoais.

Artigo 14.º (Confidencialidade): O processo de cada utente, em posse dos profissionais que exercem terapêuticas não convencionais, é confidencial e só pode ser consultado ou cedido mediante autorização expressa do próprio utilizador ou determinação judicial.

¹⁰³ “O tratamento dos dados referentes à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos, é permitido quando for necessário para efeitos de medicina preventiva, de diagnóstico médico, de prestação de cuidados ou tratamentos médicos ou de gestão de serviços de saúde, desde que o tratamento desses dados seja efectuado por um profissional de saúde obrigado a sigilo ou por outra pessoa sujeita igualmente a segredo profissional, seja notificado à CNPD, nos termos do artigo 27.º, e sejam garantidas medidas adequadas de segurança da informação.

¹⁰⁴ A Lei de Protecção de Dados Pessoais (Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro) transpõe para a ordem jurídica portuguesa a Directiva n.º 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995, relativa à protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados.

Por seu turno, o artigo 17.º prescreve:

- “1. Os responsáveis do tratamento de dados pessoais, bem como as pessoas que, no exercício das suas funções, tenham conhecimento dos dados pessoais tratados, ficam obrigados a sigilo profissional, mesmo após o termo das suas funções.
2. Igual obrigação recai sobre os membros da CNPD, mesmo após o termo do mandato.
3. O disposto nos números anteriores não exclui o dever do fornecimento das informações obrigatórias, nos termos legais, excepto quando constem de ficheiros organizados para fins estatísticos.
4. Os funcionários, agentes ou técnicos que exerçam funções de assessoria à CNPD ou aos seus vogais estão sujeitos à mesma obrigação de sigilo profissional.

vii. Todo o pessoal hospitalar

Segundo o artigo 57.º do Estatuto Hospitalar (Decreto n.º 48357, de 27 de Abril de 1968),¹⁰⁵ *todo o pessoal hospitalar é obrigado a guardar segredo de ofício relativamente aos factos de que tenha conhecimento no exercício das suas funções, nos mesmos termos do pessoal médico.*

Deste modo, afigura-se conforme ao direito português a síntese que no plano da bioética é proposta por Hottois e Parizeau, “por extensão, *qualquer agente é obrigado ao segredo*, mesmo fora de qualquer prescrição especial, *pelo simples facto de colaborar numa instituição de saúde ou de serviços sociais*. Na prática, o segredo médico garantirá a não divulgação (ou confidencialidade) de qualquer informação relativa ao perfil sociométrico de uma pessoa.”¹⁰⁶

Costa Andrade concretiza: obrigados a segredo estão os médicos e “igualmente as pessoas que lidam profissionalmente com o paciente: enfermeiros, auxiliares de enfermagem, paramédicos, analistas, farmacêuticos, operadores de radiografia, ecografia, tomografia computadorizada, terapeutas, massagistas, técnicos de reabilitação. O mesmo vale para estudantes ou formandos (ou formadores) quem, nesta qualidade, tenham contacto com o doente ou o processo clínico. (...) o dever de sigilo impende sobre aqueles que, por via da sua profissão, prestam ajuda aos médicos, nomeadamente como secretárias.”¹⁰⁷

Contudo, segundo insigne o Professor de Coimbra, “Diferentemente, já não estarão obrigados a segredo os profissionais, como motoristas, empregados de limpeza, etc. – que, *por outra via que não o exercício da profissão*, venham a ter conhecimento de segredo.”¹⁰⁸ Não raras vezes, porém, estes profissionais

¹⁰⁵ A vigência do Estatuto Hospitalar foi expressamente ressalvada pelo n.º2 do artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro (aprova a lei de gestão hospitalar), em tudo o que não se encontre regulado neste diploma e respectiva regulamentação.

¹⁰⁶ Gilbert Hottois/ Marie-Hélène Parizeu, *Dicionário de Bioética*, Lisboa, p.328.

¹⁰⁷ Costa Andrade, *Direito Penal Médico*, 2004, p. 188.

¹⁰⁸ Costa Andrade, *Direito Penal Médico*, 2004, p. 189.

têm conhecimento de segredos, e só têm conhecimento de segredos, *porque estão no exercício daquela profissão*. Por isso, e tomando em consideração o *elemento gramatical* do referido artigo 57.º do Estatuto Hospitalar, bem como o *elemento teleológico e intencional* das normas relativas ao dever de sigilo, sou de parecer que *estes profissionais também podem estar obrigados a guardar confidencialidade*. Com efeito, estas pessoas têm acesso privilegiado aos segredos dos pacientes *por causa da e no exercício da profissão*. As exigências de tutela da privacidade e de evitar a devassa da intimidade dos pacientes fazem-se sentir com a mesma (ou maior) intensidade face a estes profissionais como face aos profissionais de saúde *stricto sensu*.

Parte 2.º Quebra legítima do sigilo médico – causas de justificação

Analisemos agora algumas situações que poderão configurar uma causa de justificação da violação do dever de sigilo:

1. O consentimento

Se o interessado consentir na revelação do segredo não há lugar a qualquer ilícito.¹⁰⁹ O consentimento está previsto no Código Penal no artigo 38.º.¹¹⁰ No plano do direito civil vigoram os artigos 81.¹¹¹ e 340.¹¹² do Código Civil.

O consentimento do titular do segredo é livre. Todavia, por vezes a revelação de um segredo de uma pessoa pode implicar a violação da privacidade de outra pessoa.

¹⁰⁹ O consentimento também é condição necessária para as publicações, quando identificar o paciente. Segudo o artigo 102.º do CDOM: “O Médico pode servir-se das suas observações clínicas para as suas publicações, mas deve proceder de modo a que não seja possível a identificação dos doentes, a menos que previamente autorizado a tal.”

¹¹⁰ Artigo 38º (Consentimento) 1. Além dos casos especialmente previstos na lei, o consentimento exclui a ilicitude do facto quando se referir a interesses jurídicos livremente disponíveis e o facto não ofender os bons costumes. 2. O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto. 3. O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta.

¹¹¹ Artigo 81º – Limitação voluntária dos direitos de personalidade 1. Toda a limitação voluntária ao exercício dos direitos de personalidade é nula, se for contrária aos princípios da ordem pública. 2. A limitação voluntária, quando legal, é sempre revogável, ainda que com obrigação de indemnizar os prejuízos causados às legítimas expectativas da outra parte.

¹¹² Artigo 340º – Consentimento do lesado 1. O acto lesivo dos direitos de outrem é lícito, desde que este tenha consentido na lesão. 2. O consentimento do lesado não exclui, porém, a ilicitude do acto, quando este for contrário a uma proibição legal ou aos bons costumes.

O artigo 88.º do CDOM afirma: “*Excluem o dever de segredo médico: a) O consentimento do doente ou, em caso de impedimento, do seu representante legal, quando a revelação não prejudique terceiras pessoas com interesse na manutenção do segredo médico.*”

O consentimento pode ser expresso ou tácito.¹¹³ Os tribunais alemães têm uma interpretação restritiva do *consentimento tácito*. Assim, ele abrange os casos de aconselhamento entre colaboradores ou ajudantes do médico e o médico. Mas nem sempre se estão justificados os casos de *aconselhamento* entre médicos por ocasião de um tratamento. Em Portugal, entendemos que, em regra, será de aplicar o consentimento presumido, como veremos.

2. O consentimento presumido

O consentimento presumido constitui uma causa de justificação autónoma, distinta do consentimento, e encontra-se previsto no artigo 39.º do Código Penal¹¹⁴ e no artigo 340.º, n.º3 do Código Civil.¹¹⁵

O consentimento presumido tem relevo quando o interessado (ou o seu representante legal) não pode pronunciar-se sobre o tratamento, tratando-se de situações especiais.

A comunicação a familiares de uma vítima, que chegou inconsciente, de um acidente. Após a morte, poderá ser a situação de conflitos entre herdeiros por divergências quanto à herança, em que são necessários certos conhecimentos que apenas podem ser obtidos através do médico que tratou o falecido.¹¹⁶

No caso de os familiares de uma vítima de erro médico quererem ter acesso ao processo clínico para fundamentar uma acção de responsabilidade, poderá também defender-se o consentimento presumido.

No mesmo sentido, a alínea b) do artigo 88.º do CDOM permite ainda a revelação do segredo na medida do que for absolutamente necessário à *defesa da dignidade, da honra e dos legítimos interesses do doente*. Mas esta quebra do sigilo está sujeita a dois limites: não pode o médico revelar mais do que o necessário e carece de prévia consulta ao *Presidente (!)* (Bastonário) da Ordem. A norma tem interesse, entre outros casos, para que as pessoas constantes do elenco do artigo 71.º, n.º 2 do Código Civil possam reagir contra ofensas a bens de personalidade do já

¹¹³ Cfr. Artigo 38.º do Código Penal e artigo 217.º do Código Civil.

¹¹⁴ Artigo 39º (Consentimento presumido) 1. Ao consentimento efectivo é equiparado o consentimento presumido. 2. Há consentimento presumido quando a situação em que o agente actua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado.

¹¹⁵ Artigo 340º – Consentimento do lesado 3. Tem-se por consentida a lesão, quando esta se deu no interesse do lesado e de acordo com a sua vontade presumível.

¹¹⁶ Peter Hünerfeld, *Esfera Privada e Segredo*, 2004, p. 201.

falecido, ou quando os familiares queiram ter acesso aos ficheiros clínicos com o objectivo de responsabilizar o médico. “A vontade hipotética de um cidadão comum, reconstruída em termos objectivos, com apelo ao princípio da boa fé, vai certamente no sentido de facultar aos familiares o acesso à informação necessária para uma eventual responsabilização do médico que o assistiu sem sucesso.”¹¹⁷

No âmbito do consentimento presumido podemos influir o que a doutrina chama de *segredo partilhado*. O interesse do doente, fundamento da obrigação do segredo médico, justifica que a obrigação possa circular, na medida do necessário, entre os diferentes profissionais que intervêm no tratamento.

Assim acontece desde logo, quando, de acordo com o dever de respeito por qualificações e competência, o médico assistente “quando lhe pareça indicado, deve pedir a colaboração de outro médico ou indicar ao doente um colega que julgue mais qualificado” (art. 36.º, n.º 3 do CDOM).

Estando em causa exames e terapêuticas especializados, o artigo 138º do novo CDOM impõe o dever de recomendação nos seguintes termos:

- “1. Quando o doente necessitar de exame ou terapêutica especializados que o médico assistente considere ultrapassarem a sua competência deverá este, com o acordo do doente e com a celeridade possível, sugerir-lhe o colega que julgue competente para o caso, devendo pôr este ao corrente dos dados úteis.
2. A fim de assegurar a continuidade dos cuidados médicos, o médico consultor deve reenviar, logo que possível, o doente ao médico assistente, enviando, também, os resultados e as conclusões do seu exame.”

No caso de hospitalização, prescreve o art. 140º:

- “1. O médico assistente que envie um doente a um hospital deve transmitir aos respectivos serviços médicos os elementos necessários à continuidade dos cuidados clínicos.
2. Os médicos responsáveis pelo doente no decurso do seu internamento hospitalar devem prestar ao médico assistente todas as informações úteis acerca do respectivo caso clínico, através de relatório escrito.”

Transferência de fichas

Segundo a doutrina alemã, o *consentimento tácito* não abrange os casos de o médico que deixa de exercer e transmite com o seu consultório os ficheiros dos pacientes a outro médico.¹¹⁸ Podemos estar perante casos de violação do dever de sigilo.

¹¹⁷ Luís Vasconcelos Abreu, *O segredo médico no direito português vigente*, 2005, p. 278.

¹¹⁸ Adolf Laufs, *Arztrecht*, p. 247, *apud*, Peter Hünerfeld, *Esfera Privada e Segredo*, 2004, p. 200.

Contudo, o artigo 103.º, n.º¹¹⁹ do CDOM parece apontar para uma situação de *consentimento presumido* dos pacientes, salvaguardando a possibilidade de os pacientes se recusarem a essa transmissão.

Estamos assim perante duas perspectivas antagónicas. Para alguns (os tribunais alemães) os pacientes deverão dar o *consentimento expresso* para que haja transmissão das fichas do doente; segundo o CDOM haverá uma situação de *consentimento presumido*.

Seria mais conforme ao princípio da proporcionalidade (artigo 18.º CRP), conjugado com a protecção constitucional da intimidade da vida privada (artigo 26.º CRP) exigir que o médico *notifique* todos os doentes notificando-os de que vai transmitir o consultório e solicitando-lhes *autorização expressa* (consentimento expresso) para transmitir os seus processos. Contudo, esta *burocratização* excessiva poderia lesar o bem jurídico “saúde” dos próprios pacientes. Com efeito, o processo clínico tem um valor precioso para a prática clínica, permitindo um melhor diagnóstico e um tratamento mais adequado. Donde, as eventuais exigências de notificação ao paciente e de autorização expressa do mesmo poderiam conduzir a uma indesejável destruição do processo. Assim sendo, parece-me que a norma do CDOM pode considerar-se válida,¹²⁰ mas deve enquadrar-se no âmbito do *consentimento presumido* e não do *consentimento tácito*.

3. O direito de necessidade

O direito de necessidade é uma cláusula de exclusão da ilicitude tradicional, prevista quer no Código Penal (artigo 34.º),¹²¹ quer no Código Civil (artigo 339.º).¹²²

¹¹⁹ Art. 103.º (Destino dos registos em caso de transmissão de consultório) 1. Quando o Médico cesse a sua actividade profissional, as suas fichas devem ser transmitidas ao Médico que lhe suceda, salvaguardada a vontade dos doentes interessados e garantido o segredo profissional.

¹²⁰ No mesmo sentido, referindo-se aos ficheiros de pessoas falecidas, Luís Vasconcelos Abreu, O segredo médico no direito português vigente, 2005, p. 284.

¹²¹ Artigo 34.º Direito de necessidade – Não é ilícito o facto praticado como meio adequado para afastar um perigo actual que ameace interesses juridicamente protegidos do agente ou de terceiro, quando se verificarem os seguintes requisitos: a) Não ter sido voluntariamente criada pelo agente a situação de perigo, salvo tratando -se de proteger o interesse de terceiro; b) Haver sensível superioridade do interesse a salvaguardar relativamente ao interesse sacrificado; e c) Ser razoável impor ao lesado o sacrifício do seu interesse em atenção à natureza ou ao valor do interesse ameaçado.

¹²² Artigo 339.º (Estado de necessidade) – 1. É lícita a acção daquele que destruir ou danificar coisa alheia com o fim de remover perigo actual de um dano manifestamente superior, quer do agente, quer de terceiro. 2. O autor da destruição ou do dano é, todavia, obrigado a indemnizar o lesado pelo prejuízo sofrido, se o perigo for provocado por sua culpa exclusiva;

A doutrina¹²³ entende que se pode aplicar o direito de necessidade em alguns grupos de casos

i) *Relativos à administração da justiça penal:*¹²⁴

Perigo fundamentado de *repetição* de prática de ilícitos penais graves;
Quando seja necessário para *evitar a condenação de um inocente*;

ii) *Relativos à protecção de interesses de terceiros:*

Informação a um familiar que coabite com o paciente dos perigos de infecção de uma doença grave, nos estritos termos que veremos de seguida;
Médico que informa as autoridades de trânsito sobre a doença grave e permanentemente de que alguém é portador, porque devido a ela o doente constitui um perigo real para a segurança rodoviária, tornando-se imperativo a cassação da licença de condução;

iii) *Ou mesmo para defesa de interesses do próprio médico:*

A salvaguarda dos legítimos interesses do médico também pode justificar a quebra do sigilo. O médico poderá, após consulta ao Presidente da Ordem, quebrar o sigilo a que se encontra vinculado nos casos em que isso seja absolutamente necessário à defesa da sua dignidade, da sua honra e dos seus legítimos interesses (art. 88.º, al. b) do CDOM). Um exemplo será no âmbito de um processo de responsabilidade médica movido pelo paciente contra o médico, este vir a juízo defender-se. Assim, a quebra do sigilo é legítima para afastar a imputação desonrosa feita ao médico.

i. Comunicação a terceiros de que o paciente sofre de doença transmissível grave

Tem sido maioritariamente aceite a licitude, através do direito de necessidade, da revelação de segredo relativo a doença grave e transmissível para a salvaguarda da vida e da saúde de terceiros, nomeadamente no caso da SIDA.

É essa a opinião do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, que se deu o seguinte parecer (Parecer 32/CNECV/2000):

“1. A médica assistente deve continuar a envidar todos os esforços para rapidamente persuadir o seu doente da obrigação grave que sobre ele impende de comunicar à sua mulher a seropositividade que apresenta e os riscos da sua transmissão. Se necessário, deverá mesmo explicar-lhe que, nestas circunstâncias específicas de perigo próximo para a saúde e vida de terceiros, as normas

em qualquer caso, o tribunal pode fixar indemnização equitativa e condenar nela não só o agente, como aqueles que tiraram proveito do acto ou contribuíram para o estado de necessidade.”

¹²³ Recorremos a exemplos de Peter Hünerfeld, *Esfera Privada e Segredo*, 2004, p.204 e de Costa Andrade, *Comentário*, I, pp. 798-801.

¹²⁴ Cfr. o que diremos sobre o Processo Penal.

éticas de respeito pela legitimidade e pela vida desses terceiros justificam a comunicação em causa.

2. Se, mesmo assim, não conseguir persuadir o seu doente, a médica deve informá-lo que irá cumprir a sua obrigação de comunicar à mulher a seropositividade do seu marido e os riscos da sua transmissão, o que não pressupõe, neste caso, quebra do sigilo médico.
3. Esta comunicação é indispensável para que a mulher do doente possa fazer os testes de diagnóstico e iniciar tratamento, caso já tenha sido infectada.”

Costa Andrade entende que é hoje praticamente consensual a licitude (*ex vi* direito de necessidade) da revelação do segredo relativo a doença grave e transmissível com vista à salvaguarda da vida e da saúde de terceiros. O médico pode revelar aos familiares que alguém é portador da doença sexualmente transmissível caso ele não se disponha a fazê-lo. Reconhece-se ao médico o direito de necessidade de informar os familiares do portador da doença que se recusa a fazê-lo bem como outros médicos ou profissionais de saúde que vão lidar com ele.¹²⁵

“Já se questiona inclusivamente, se para além do direito (de informar) não haverá casos em que o médico tem o *dever de* o fazer. Por exemplo, no caso de um casal em que o médico é simultaneamente médico de ambos, tendo portanto o dever de informar um dos seus consulentes sobre os riscos de saúde em que incorre, mesmo violando outro dever, o de manter sigilo sobre o estado clínico de outro dos seus doentes.”¹²⁶

Se afirmarmos a existência de um dever de informar,¹²⁷ estando o médico na posição de garante face ao cônjuge lesado, pode incorrer em responsabilidade criminal por prática de *homicídio* ou *ofensas à integridade física por omissão* (art. 10º CP – que regula a omissão impura).

Outros autores, como o francês Olivier Dupuy,¹²⁸ defendem que o médico está obrigado ao dever de sigilo, mesmo perante o cônjuge, por várias razões. Desde logo, tratar-se-ia de uma violação do artigo do Código Penal francês que incrimina a violação do sigilo profissional e o mesmo Código não prevê uma exceção a essa regra da confidencialidade. Para além disso, *uma prática de denúncia sistemática dissuadiria as pessoas de realizar os testes de*

¹²⁵ Costa Andrade, *Comentário*, I, p. 797-798.

¹²⁶ Jornal Tempo Medicina, de 13 de Maio de 2002, reproduzindo palavras de Costa Andrade numa Conferência no Hospital de São José.

¹²⁷ Nesse sentido, Peter Hünerfeld, *Esfera Privada e Segredo*, 2004, p.212. Afirma este autor alemão: “deve-se, em princípio, considerar que o médico está obrigado a informar o parceiro em perigo, quando ambos os parceiros se encontram em tratamento no mesmo médico e este for o único meio fiável que permita informar o parceiro da existência de uma infecção VIH.

¹²⁸ Olivier Dupuy, *L'information médicale*, 2002, p. 60.

despistagem do vírus considerando que a sua família iria ficar a conhecer o seu estado de saúde. Pode-se pensar que a introdução de um direito à revelação induziria paradoxalmente ao desenvolvimento de uma desresponsabilização dos indivíduos contaminados. O paciente renunciaria à despistagem tendo em conta o risco de marginalização social e familiar involuntária. Acresce que o médico teria muita dificuldade na identificação da pessoa a informar e a capacidade de revelação que se concedesse aos médicos não permitiria garantir uma difusão perfeita da informação.

Isto sem embargo de se poder impor um controlo *anonimizado* para efeitos estatísticos e epidemiológicos.

Concordo que, em situações limite, o médico pode revelar essa informação ao cônjuge, parceiro sexual ou outro terceiro que esteja perante um perigo iminente de contágio.¹²⁹ Já a afirmação de que o médico tem um *dever de informar*, cujo não cumprimento poderia levar à condenação por homicídio ou ofensa à integridade física grave, parece-me uma subversão do sistema de segredo médico e da relação médico – paciente. Estaríamos a afectar de modo radical essa relação que tem na sua base, necessariamente, a *confiança*. Como afirmam Mason & McCall Smith:

“The crucial dilemma here is whether relaxation of the confidentiality rule would lead to failure to seek advice and treatment and hence to the spread of the disease, or whether the imposition of absolute secrecy improperly denies others the opportunity to avoid the risk of exposure to infection.”¹³⁰

Por isso, a quebra da confidencialidade deve ser excepcional. “Any departure from the strictest anonymity in respect of HIV-related information must be subject to intense scrutiny.”¹³¹

Contudo, o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, na sua versão de Novembro de 2008 trouxe relevantes novidades nesta matéria. Aí se afirma, no artigo 89.º que:

¹²⁹ No mesmo sentido pronunciou-se a Associação Médica canadiana, afirmando que o médico, em último recurso, podia efectivamente divulgar essa doença ao cônjuge. Cfr: Gilbert Hottois/ Marie-Hélène Parizeu, *Dicionário de Bioética*, Lisboa, p.333.

Na doutrina portuguesa, entre outros, vide Carla Amado Gomes, *Defesa da Saúde Pública vs. Liberdade individual, Casos da vida de um médico de saúde pública*, Lisboa, AAFDL, 1999, 32/33; João Vaz Rodrigues, *O Consentimento Informado para o Acto Médico no Ordenamento Jurídico Português (Elementos para o Estudo da Manifestação da Vontade do Paciente)*, Publicações do Centro de Direito Biomédico, 3, Coimbra, Coimbra Editora, 2001, p. 248-252.

¹³⁰ Mason & McCall Smith, *Law and Medical Ethics*⁵, London, Edimburgh, Dublin, Butterworths, 1999, p. 198.

¹³¹ Mason & McCall Smith, *Law and Medical Ethics*⁵, p. 199.

“2. Sendo a preservação da vida o valor fundamental, deverá o médico, em circunstância em que um doente tenha um comportamento que traga um risco real e significativo para a vida de outra pessoa, tentar persuadi-lo a modificar este comportamento, nomeadamente declarando que irá revelar a sua situação às pessoas interessadas. ***Se o doente não modificar o seu comportamento, apesar de advertido, o médico deve informar as pessoas em risco, caso as conheça, após comunicar ao doente que o vai fazer.***”

Ora, o Código vem pois estabelecer um dever de informar as pessoas em risco. A Ordem dos Médicos opta, pois, pela consagração da chamada *doutrina Tarasoff*. A “*Tarasoff rule*” foi aplicada pelo Supremo Tribunal da Califórnia no caso *Tarasoff v. Regents of the University of California* (17 Cal.3d 425 [1976]) e em 1985 plasmada em lei nesse mesmo Estado americano. Segundo essa lei californiana, um psicoterapeuta tem o *dever de proteger ou avisar uma terceira pessoa* se o terapeuta acreditar ou prever que o paciente representa um *perigo sério de ofensa grave à integridade física de uma vítima razoavelmente identificável*.¹³²

A consagração desta norma na parte final do n.º 2 do artigo 89.º do Código Deontológico terá relevância meramente interna, em processos disciplinares, ou pode ter relevância externa, designadamente num processo criminal?

Tendo em conta que se trata de um Código afirma claramente a diferença entre a Deontologia e o Direito/Lei, considerando ainda que foi publicado sob a forma de um Regulamento da Ordem dos Médicos, publicado na II.ª Série do Diário da República, e que consequentemente não seguiu os exigentes trâmites de publicidade e controlo a que se submete a lei em sentido formal, temos que concluir que *não* deve um tribunal sentir-se vinculado a punir – designadamente pela prática do crime de *homicídio* praticado por omissão – o médico que não cumpra esse “dever” (deontológico) de “informar as pessoas em risco, caso as conheça, após comunicar ao doente que o vai fazer.”

Esse passo incriminatório poderia ferir gravemente a relação médico-paciente que mantém no mandamento hipocrático do *segredo médico* um pilar fundamental.

4. A cobrança (judicial ou extrajudicial) de honorários

Esta polémica questão está regulada no Artigo 90.º (Manutenção do segredo em cobrança de honorários) do CDOM:

¹³² Apesar de a lei pretender restringir o alcance desse dever de violação do sigilo profissional, em 2004 o Tribunal de Apelação da Califórnia (nas decisões *Ewing v. Goldstein* (120 Cal. App. 4th 807 [2004]) e *Ewing v. Northridge Hospital Medical Center* (120 Cal. App. 4th 1289 [2004])) voltou a ampliar esse dever.

“Na cobrança judicial ou extrajudicial de honorários, o Médico não pode quebrar o segredo profissional a que está vinculado, *salvo o disposto no artigo 88º, a) e b).*”

Esta ressalva da parte final deste artigo, deve ser interpretado no sentido de permitir a quebra de segredo para a cobrança de honorários. Se o médico deve obter um *parecer favorável do Presidente*¹³³ da Ordem dos Médicos, pode quebrar, dentro do princípio da proporcionalidade, o sigilo médico para cobrar honorários.¹³⁴ Aliás, se assim não fosse, não se descortina como poderia o médico fazer valer o seu direito, aliás, constitucionalmente tutelado (art. 22.º CRP).¹³⁵ No mesmo sentido, Peter Hünerfeld aceita a divulgação de segredo necessária à sua autodefesa, e o mesmo vale no que se refere à defesa dos seus direitos no âmbito de um litígio referente ao pagamento de honorários.¹³⁶

Este caso não configura um verdadeiro estado de necessidade, já que os interesses patrimoniais do médico não se afiguram (pelo menos em abstracto) *sensivelmente superiores* ao interesse pessoal da privacidade do paciente. Tecnicamente, Costa Andrade entende estarmos aqui perante uma situação de *quase-legítima-defesa*.¹³⁷ Laufs e Uhlenbruck, por seu turno, preferem enquadrar este caso na causa de justificação “*prossecução de interesses legítimos*.”¹³⁸

5. Autorizações legais

O segredo médico não é absoluto. O interesse social, que exige o segredo em geral, requer a sua revelação em determinados casos, de que são exemplos, as epidemias. As leis de Saúde pública obrigam a declarar à autoridade sanitária certas doenças transmissíveis, estabelecem a lista dessas doenças bem como as formas e condições da sua declaração.¹³⁹ Nesse sentido, afirma o CDOM, no artigo 88.º: “*Excluem o dever de segredo médico: c) O que revele um nascimento ou um óbito; d) As doenças de declaração obrigatória.*”

¹³³ O Código quer referir o Bastonário da OM mas mantém, por lapso, a versão do Estatuto da Ordem dos Médicos de 1956.

¹³⁴ Discordamos pois da interpretação do Luís Vasconcelos Abreu que entende que a cobrança de honorários nunca justifica a quebra de sigilo. Este era o regime imposto pelo antigo artigo 92.º do Estatuto da Ordem dos Médicos de 1956.

¹³⁵ Sobre esta matéria, criticando a exigência de um parecer prévio e vinculativo do Bastonário da Ordem dos Médicos, vide André Gonçalo Dias Pereira, “Sigilo Médico! E o do Advogado?”, *Revista Portuguesa do Dano Corporal* (2005), Ano XIV, N.º 15, pp. 119-132.

¹³⁶ Peter Hünerfeld, *Esfera Privada e Segredo*, p.204

¹³⁷ Costa Andrade, *Comentário*, I, p. 800.

¹³⁸ Laufs/ Uhlenbruck, p. 559

¹³⁹ Cfr: Gilbert Hottois/ Marie-Hélène Parizeu, *Dicionário de Bioética*, Lisboa, p.331.

i. Saúde pública. As doenças de declaração obrigatória

Com efeito, a protecção da *saúde pública* constitui uma típica excepção à regra da confidencialidade. A Lei n.º 81/2009, de 21 de Agosto, instituiu um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, actualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública.

Os deveres de participação constam também do Decreto-Lei n.º 89/77, de 8 de Março, posteriormente alterado pelo Decreto-Lei n.º 229/94 de 13 de Setembro, que regulamenta o afastamento temporário da frequência escolar e demais actividades desenvolvidas nos estabelecimentos de ensino dos alunos, pessoal docente, administrativo e auxiliar quando atingidos por doenças transmissíveis.

Na Alemanha, vigora, desde 1 de Janeiro de 2001, a nova lei de protecção contra a transmissão, por meio de infecção, de doenças graves (*Infektionsschutzgesetz*). No caso de determinadas doenças infecciosas e de doenças provocadas por determinados micróbios patogénicos a lei impõe o dever de comunicação à autoridade de saúde *nominal*, ou seja, o médico deve quebrar o sigilo com vista a proteger a saúde pública. Este exemplo é de especial interesse em regiões que podem ser vítimas de uma epidemia de SARS ou de gripe das aves.¹⁴⁰

A comunicação nominal não deve ser usada no caso do VIH. Na Alemanha existe apenas o dever de comunicação *não nominal*. Isto é, não se revela o nome do portador de VIH.^{141, 142}

¹⁴⁰ Cfr. George J. Annas, Terrorismo, Tortura e outras epidemias pós 11 de Setembro, *Sub Judice – Justiça e Sociedade*, Março de 2007, 38, pp. 15-32 e Wendy K. Mariner, O papel do direito no controlo de epidemias: o exemplo da TB, VIH e da SARS, *Sub Judice – Justiça e Sociedade*, Março de 2007, 38, 33-64.

¹⁴¹ Sobre os problemas jurídicos colocados pelo VIH/SIDA e suas implicações no âmbito do direito ao sigilo médico e do direito à não discriminação, vejam-se as seguintes obras: André Gonçalo Dias Pereira, “Os Direitos dos Utentes Seropositivos nos Lares de Terceira Idade”, *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, N.º 5, (2006), 145-158; Idem, “Discriminação de um trabalhador portador de VIH/SIDA: estudo de caso”, *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, N.º 6, 2006, pp. 121-135; IDEM, “Cirurgião Seropositivo: do Pânico ao Direito”, *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Ano 4, n.º8, 2007, 97-114; Idem, Congresso Virtual AIDS.net: “Sigilo Médico e SIDA: breves apontamentos” (<http://www.aidscongress.net/pdf/213.pdf>); Idem, EU-CHINA Human Rights Network: “HIV/AIDS – Legal aspects”. <http://www.nuigalway.ie/sites/eu-china-humanrights/seminars/ns0404.php>; Idem, EU-CHINA Human Rights Network: “Stigma and discrimination against persons living with HIV/AIDS in the workplace, in health care facilities, in accessing treatment, and in society: Topics for discussion”, <http://www.nuigalway.ie/sites/eu-china-humanrights/seminars/ds0411.php>

¹⁴² A *Recomendação R (89) 15 do Comité de Ministros do Conselho da Europa aos Estados Parte sobre os assuntos éticos da infecção VIH nos serviços de saúde e nos equipamentos sociais* impõe aos Estados o dever de lutar contra a discriminação dos portadores de HIV/SIDA na

ii. Obrigação de denúncia de crimes

Em Portugal não existe uma obrigação geral de denúncia de crimes graves. O Código de Processo penal apenas impõe (Artigo 242.º) o dever de **denúncia obrigatória** para as *entidades policiais*, quanto a todos os crimes de que tomarem conhecimento; e para os *funcionários*, na aceção do artigo 386.º do Código Penal, quanto a crimes de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas.

Em regra, “os valores ou interesses encabeçados pelo processo penal (identificação e perseguição dos criminosos e repressão dos crimes passados), a saber a eficácia da justiça penal, não justificam, só por si, a revelação do segredo.¹⁴³ Assim, o dever de segredo prevalece sobre o dever de denúncia obrigatória (art. 242.º CPP). Só se admitindo excepções ao princípio nos casos extremados de *crimes mais graves que ponham em causa a paz jurídica* ou haja o *perigo fundado de novas infracções*,¹⁴⁴ como será o caso, por exemplo, da violência e abuso de *menores* e, nos casos mais graves de *violência doméstica*.

Na Alemanha, existe uma obrigação geral de denúncia de crimes, nos termos dos §§ 138 e 139 do Código Penal alemão. Essa obrigação pode abranger a denúncia às autoridades ou o aviso da possível vítima. No caso de médicos, o dever de denúncia de crimes está muito limitado. Todavia ainda abrange os casos de assassinio ou homicídio e outros crimes graves; o médico deve denunciar os factos ilícitos dos quais tenha tido conhecimento por ocasião da sua actividade, com a condição de que o médico tenha tentado seriamente (embora sem êxito) desviar o agente da prática do crime ou tenha tentado impedir a verificação do resultado.

iii. O regime dos acidentes de trabalho

A Lei n.º 98/2009 de 4 de Setembro regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluindo a reabilitação

relação laboral, colocando especial ênfase nos deveres de *confidencialidade* e de *não discriminação* dos portadores de VIH que recaem sobre os profissionais de saúde da medicina do trabalho.

Esta mesma linha de raciocínio é seguida pelos tribunais da União Europeia. Vejam-se o Acórdão do Tribunal de Primeira Instância de 18 de Setembro de 1992 (in *Colectânea de Jurisprudência do Tribunal de Justiça e do tribunal de Primeira Instância*, 1992-9, p. II 2197”) e o Acórdão do Tribunal Europeu de Justiça de 5 de Outubro de 1994 (*Colectânea de Jurisprudência do Tribunal de Justiça e do Tribunal de Primeira Instância*, 1994-10, I-4781 a 4793). Cfr. António Colaço, “O infectado de VIH: a aguardar cidadania plena em sede laboral (Resenha jurisprudencial; pistas para uma solução jurídica), *Revista do Ministério Público*, Janeiro-Março 2003, n.º 93, pp. 101-112.

¹⁴³ Costa Andrade, *Comentário*, I, 799.

¹⁴⁴ Costa Andrade, *Comentário*, I, 799.

e reintegração profissionais, nos termos do artigo 284 do código do trabalho. Afirma o seu artigo 37.º (Requisição pelo tribunal):

“A entidade responsável, os estabelecimentos hospitalares, os serviços competentes da segurança social e os médicos são obrigados a fornecer aos tribunais do trabalho todos os esclarecimentos e documentos que lhes sejam requisitados relativamente a observações e tratamentos feitos a sinistrados ou, por qualquer outro modo, relacionados com o acidente.”

iv. Os poderes da Inspeção-Geral das Actividades em Saúde

O Decreto-Lei n.º 275/2007, de 30 de Julho, regula a Inspeção -Geral das Actividades em Saúde. Trata-se de um serviço central da administração directa do Estado, dotado de autonomia administrativa. Como se escreve no preâmbulo: “A Inspeção -Geral das Actividades em Saúde, herdeira da Inspeção -Geral da Saúde quanto à maioria das suas atribuições e competências, recebe nova designação e, mantendo a sua vocação de instância de controlo do orçamento da saúde e do funcionamento das instituições e serviços, passa agora a abranger também os serviços centrais do Ministério e vê alargado o seu âmbito de actuação às entidades privadas.

Como garantia do exercício da actividade de inspecção, o artigo 5.º prescreve:

“Sem prejuízo das garantias gerais do exercício da actividade de inspecção, os dirigentes e pessoal de inspecção da IGAS podem requisitar, para consulta ou junção aos autos, processos ou documentos, designadamente os existentes nos arquivos clínicos das instituições e serviços.”

6. O sigilo médico e o processo penal: o princípio da prevalência do interesse preponderante

O artigo 519.º, n.º4 do Código de Processo Civil remete o levantamento do segredo profissional para o disposto no processo penal. Este Código regula regime de quebra do sigilo no artigo 135.º do CPP que estabelece o ***princípio da prevalência do interesse preponderante***.

Os valores da administração da justiça e, em particular, os interesses encabeçados pelo processo penal não justificam, só por si, a quebra do sigilo médico,¹⁴⁵ pelo que o médico tem o direito/ dever de recusa de prestar depoimento.¹⁴⁶

¹⁴⁵ Costa Andrade, *Comentário*, I, p. 799.

¹⁴⁶ Sobre esta matéria *vide* as interessantes anotações de Helena Moniz, “Segredo Médico, Acórdão da Relação de Coimbra de 5 de Julho de 2000 e Acórdão da Relação do Porto de 20

Assim reza o Artigo 135.º Segredo profissional:¹⁴⁷

1. Os ministros de religião ou confissão religiosa e os advogados, **médicos**, jornalistas, membros de instituições de crédito e as demais pessoas a quem a lei permitir ou impuser que guardem segredo **podem escusar-se** a depor sobre os factos por ele abrangidos.

Esta norma não deve interpretar-se como dando uma faculdade ou o direito de escolha a estas pessoas, nomeadamente aos médicos, de se escusar a depor sobre factos abrangidos pelo segredo.¹⁴⁸ Contudo, quando o paciente *desonera* o médico do seu dever de reserva, consentindo na revelação do segredo, este não pode mais recusar o depoimento.

Segundo o artigo 135.º, n.º 2 e 3 do Código de Processo Penal, no caso de existirem dúvidas quanto à recusa do médico de prestar depoimento, a decisão é remetida ao tribunal superior para apreciação. A Ordem dos Médicos deverá ser chamada a dar parecer sobre a situação. Onde não existe um direito absoluto ao silêncio por parte destes obrigados ao segredo.

Perante a recusa do médico, ordena o n.º2:

“Havendo dúvidas fundadas sobre a legitimidade da escusa, a autoridade judiciária perante a qual o incidente se tiver suscitado procede às averiguações necessárias. Se, após estas, concluir pela ilegitimidade da escusa, ordena, ou requer ao tribunal que ordene, a prestação do depoimento.”

A decisão final sobre se o médico deve ou não depor sobre factos abrangidos pelo sigilo cabe a um tribunal, a saber: “o tribunal superior àquele onde o incidente tiver sido suscitado, ou, no caso de o incidente ter sido suscitado perante o Supremo Tribunal de Justiça, o pleno das secções criminais.”

Os critérios da decisão do tribunal foram densificados na Reforma de 2007, no n.º 3, nos seguintes termos:

o tribunal “pode decidir da prestação de testemunho com quebra do segredo profissional sempre que esta se mostre justificada, segundo o **princípio da prevalência do interesse preponderante**, nomeadamente tendo em conta a **imprescindibilidade do depoimento para a descoberta da verdade, a gravidade do crime** e a **necessidade de protecção de bens jurídicos**.”

Trata-se, por um lado, de uma lista de critérios *não taxativos*: veja-se a utilização do advérbio “nomeadamente”; e por outro lado, *não automáticos*,

de Setembro de 2000,” *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, Ano 10, Fasc. 4.º, Outubro – Dezembro, 2000, 629-642.

¹⁴⁷ Segundo a Lei n.º 48/2007, de 29 de Agosto.

¹⁴⁸ Costa Andrade, *Comentário*, I, p. 796.

como resulta da expressão “tendo em conta”. Compete ao tribunal uma ponderação concreta, caso a caso, dos interesses em conflito.

Por outro lado ainda, antes de tomar a decisão o tribunal deve consultar a Ordem dos Médicos, como impõe o n.º 4:

4. Nos casos previstos nos n.ºs 2 e 3, a decisão da autoridade judiciária ou do tribunal é tomada ouvido o organismo representativo da profissão relacionada com o segredo profissional em causa, nos termos e com os efeitos previstos na legislação que a esse organismo seja aplicável.

Assim, concluímos que o médico não tem um direito absoluto a não depor em juízo, cabendo a decisão final ao tribunal competente.

Só os obrigados a *segredo religioso* têm um direito absoluto de não depor em tribunal, como resulta do n.º 5 do art. 135.º CPP, o que pode constituir uma violação do princípio da igualdade perante a lei e da *liberdade de consciência* (artigo 41.º da CRP), na medida em que quem, por razões de consciência, entenda confessar factos da sua esfera íntima não a um ministro de religião, mas a um profissional qualificado, designadamente a um psicólogo, um médico ou um advogado, não goza da mesma *garantia de não revelação de segredos em tribunal*.

O direito de recusa de prestar depoimento permite que o médico esteja autorizado a não prestar depoimento relativamente àquilo que lhe é confiado devido à sua qualidade de médico ou de que ele teve conhecimento por ocasião do exercício da sua profissão. Nesse sentido, dispõe – num sentido concordante com o Código de Processo Penal – o art. 91.º do CDOM (Intimação judicial):

1. O médico que nessa qualidade seja devidamente intimado como testemunha ou perito, deverá comparecer no tribunal, mas não poderá prestar declarações ou produzir depoimento sobre matéria de segredo profissional.
2. Quando um Médico alegue segredo profissional para não prestar esclarecimentos pedidos por entidade pública, pode solicitar à Ordem dos Médicos declaração que ateste a natureza inviolável do segredo em causa.

Por outro lado, há normas especiais de protecção do processo clínico face a apreensões para fins de investigação criminal. Assim, o artigo 180.º relativo à apreensão em escritório de advogado ou em consultório médico manda aplicar as regras da busca domiciliária (art. 180.º, n.º1 e art. 177.º, n.º5 e 6), a saber:

“5. Tratando -se de busca em escritório de advogado ou em consultório médico, ela é, sob pena de nulidade, presidida pessoalmente pelo juiz, o qual avisa previamente o presidente do conselho local da Ordem dos Advogados ou da Ordem dos Médicos, para que o mesmo, ou um seu delegado, possa estar presente.

6. Tratando-se de busca em estabelecimento oficial de saúde, o aviso a que se refere o número anterior é feito ao presidente do conselho directivo ou de gestão do estabelecimento ou a quem legalmente o substituir.”

O n.º do art. 180.º vem reforçar o carácter sigiloso, ameaçando com a sanção de nulidade a “apreensão de documentos abrangidos pelo segredo profissional, ou abrangidos por segredo profissional médico, salvo se eles mesmo constituírem objecto ou elemento de um crime.”

Finalmente, o n.º 3 do art. 180.º (que remete para o n.º 3 do art. 179.º) dispõe:

“o juiz que tiver autorizado ou ordenado a diligência é a primeira pessoa a tomar conhecimento do conteúdo da correspondência apreendida. Se a considerar relevante para a prova, fá-la juntar ao processo; caso contrário, restitui-a a quem de direito, não podendo ela ser utilizada como meio de prova, e fica ligado por dever de segredo relativamente àquilo de que tiver tomado conhecimento e não tiver interesse para a prova.”

Conclusão

O segredo médico é um dos direitos fundamentais do paciente no direito português. Este direito deve ser complementado com o estudo do regime da protecção de dados pessoais, por um lado, e com a temática do direito de acesso ao processo clínico, por outro.

Pode-se afirmar que a lei portuguesa consagrou uma boa protecção do sigilo. Neste sentido recordemos apenas dois exemplos, a cobrança de honorários do médico depende de consulta prévia ao Bastonário e o testemunho do médico em tribunal apenas é obrigatório se ordenado por um tribunal. Por outro lado ainda, uma perspectiva como a *Tarasoff doctrine* está longe de reunir a unanimidade do pensamento jurídico e ético.

Mas como em tantas outras áreas do direito, da teoria à prática vai uma distância grande. E os casos de violação grosseira, diria mesmo boçal, do dever de sigilo, por parte de muitos profissionais de saúde é um facto lamentavelmente corrente...

Resumo: O dever de sigilo do médico: um roteiro da lei portuguesa

O Autor faz uma exposição das fontes internacionais e nacionais que protegem o direito ao sigilo médico, analisando os sujeitos obrigados à confidencialidade e o conteúdo do dever de sigilo. Na segunda parte enuncia as causas de justificação para a quebra do sigilo médico, em especial o consentimento, o consentimento presumido, o estado de necessidade e algumas autorizações especialmente previstas na lei. O texto pretende servir de guia prático para os profissionais do direito e da saúde nesta complexa matéria.

Palavras-chave: Sigilo médico; confidencialidade; causas de justificação; consentimento; autorizações legais de quebra do sigilo.

Summary: The physician's duty of confidentiality: a roadmap on Portuguese law

The Author explains international and national sources of law of confidentiality in the physician-patient relationship and analyses the health-care and other professionals' duty of confidentiality. The second part of this article concerns the justification grounds for a legal breach of confidentiality, especially consent, presumed consent, necessity and some statutory authorizations. The text aims to serve as a practical guide for health care professionals in this complex area.

Key-words: Patient's privacy; doctor's confidentiality; justification clauses; consent; legal authorizations for breach of confidentiality.

Résumé: Le devoir de secret médical: un guide de la loi portugaise

L'auteur expose les sources du droit international, européen et national du droit au secret médical et analyse les sujets qui ont le devoir de secret et le contenu de ce devoir. La deuxième partie de ce travail verse les faits justificatifs de la violation du secret médical, spécialement le consentement du patient, de consentement présumé, l'état de nécessité et certaines autorisations légales. Le texte a le but d'être un guide pratique pour les professionnels du droit et de la santé dans cette matière complexe.

Mots-clés: Secret médical; confidentialité; faits justificatifs; consentement; autorisations légales pour la violation du secret médical.

Pedido de separatas:

ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA

andreper@fd.uc.pt

Avaliação e reparação do dano patrimonial e não patrimonial (no domínio do Direito Civil)¹

Joaquim José de Sousa Dinis²

I. Introdução

No âmbito da avaliação dos danos patrimoniais e não patrimoniais, no Direito Civil, sobretudo quando decorrentes de acidentes rodoviários, alguns há em que os juízes sentem dificuldades na sua fixação para efeitos indemnizatórios. É o caso dos danos futuros e dos danos não patrimoniais. E muitas vezes encontram-se soluções indemnizatórias díspares para situações semelhantes.

Daí que a jurisprudência, ao longo dos anos, venha tentando encontrar um rumo orientador que evite tais divergências. E no entanto, a solução estava bem perto, já que países que nos são próximos, com uma matriz sócio-cultural e linguística semelhante, haviam resolvido problemas idênticos estabelecendo tabelas de incapacidade ou “barèmes”. *Grosso modo*, através delas o médico legista pontua o ou os danos corporais de forma a determinar o grau de incapacidade, após o que o conjunto de pontos ou este grau é transformado em indemnização, por indexação a um determinado parâmetro pré-estabelecido por lei.

Não admira, pois, que, com o DL 83/2006 de 3/5 se tenha dado um primeiro passo no sentido apontado, já que o diploma estabeleceu procedimentos obrigatórios de proposta razoável para a regularização do dano material, no sentido da defesa dos interesses das vítimas dos acidentes de viação.

Com o DL 291/2007 de 21/8 deu-se mais um passo, com a transposição para a ordem jurídica portuguesa da 5ª Directiva Automóvel do Parlamento Europeu e do Conselho Europeu (Directiva nº 2005/14/CE de 11/5), com vista

¹ Palestra efectuada em 20 de Outubro de 2009 no Centro de Formação Jurídica e Judiciária da Região Autónoma Especial de Macau, integrada na Conferência sobre Administração da Justiça e Responsabilidade Civil nos 10 anos da Região Administrativa Especial de Macau.

² Juiz Conselheiro jubilado do Supremo Tribunal de Justiça

à regularização de sinistros rodoviários, no que toca ao dano corporal. Foi esta a primeira vez em que, entre nós, este dano se autonomizou.

Consequentemente, o DL 352/2007 de 23/10 veio introduzir na ordem jurídica portuguesa a Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil e a Portaria n.º 377/2008 de 26/5, complementando-o, estabeleceu os valores orientadores de proposta razoável para indemnização do dano corporal resultante de acidente de automóvel. E, mais recentemente, a Portaria n.º 679/2009 de 25/6 veio actualizar os valores daquela, de acordo com o índice de preços ao consumidor de 2008, do mesmo passo que corrigiu uma lacuna existente na fórmula de cálculo dos danos patrimoniais futuros e alargou o direito indemnizatório por esforços acrescidos a lesados ainda sem actividade profissional habitual e reviu extraordinariamente o montante da indemnização por incapacidade permanente absoluta para o jovem que não iniciou vida laboral.

Estes são, sem dúvida, passos importantes, mas o quadro ainda não está completo. Temos de nos aproximar mais do “guia barème” europeu. Os “valores orientadores” apenas reflectem a posição de quem está obrigado a indemnizar. Os juízes não devem lançar mão *destas* tabelas. Quando muito servirão para comparar em simulações com o cálculo que antes era feito. Daí que considere que se mantém actual o meu estudo publicado na CJ em 2001.

II. Os vários aspectos da realidade “dano”

Os danos indemnizáveis são, como se sabe, patrimoniais e não patrimoniais. Mas a realidade “dano” ou “prejuízo”, consagrado desde logo no art. 564.º do Código Civil Português (CCP), aparentemente simples, surge na prática sob vários aspectos ou subrealidades, por vezes confundidas. Com efeito, na norma legal o dano compreende o prejuízo causado (dano emergente) e os benefícios que o lesado deixou de obter em consequência da lesão (lucro cessante) – art. 564.º n.º 1 – para além dos danos futuros (n.º 2).

Há uma aparente omissão do dano corporal. Ora este pode surgir na sua expressão máxima, ofendendo o bem jurídico “vida” ou, mais atenuadamente, ofendendo tão só a “integridade física”; mas esta, por sua vez, pode apresentar-se em vários graus, inclusive o grau máximo – incapacidade total – que em certos casos (ex. vida vegetativa, estado de coma) praticamente se equipara à morte. Iremos vendo onde se encontra “escondido” na lei o dano corporal.

Fazendo um *zoom* sobre a realidade “dano”, como o fez o Ac. do STJ de 28/X/92 (CJ Ano XVII, T4, p. 28 e ss.), podemos encontrar os seguintes aspectos:

1. **Danos emergentes**, os quais incluem os **prejuízos directos** e as **despesas directas, imediatas ou necessárias**;
2. **Ganhos cessantes**;
3. **Lucros cessantes**;
4. **Custos de reconstituição ou reparação**;
5. **Danos futuros**;
6. **Prejuízos de ordem não patrimonial**.

Os prejuízos directos traduzem-se na *perda, destruição ou danificação de um bem*, que tanto pode ser um objecto, como um animal ou uma parte do corpo do lesado ou o próprio direito à vida deste; *as despesas necessárias ou imediatas* correspondem ao *custo de prestação dos serviços alheios necessários quer para prestar o auxílio ou assistência quer para eliminar aspectos colaterais decorrentes do acto ilícito*, aspectos estes que abrangem realidades tão diversificadas como a limpeza do local, reboques de viaturas ou o enterro de quem tenha falecido.

Os ganhos cessantes correspondem à *perda da possibilidade de ganhos concretos do lesado*, incluindo-se na categoria de lucros cessantes. Mas esta **perda não deve ser confundida**: a) **com a perda de capacidade de trabalho**, que é nitidamente um dano directo, que se pode aferir em função da tabela nacional de incapacidades; b) **nem com a perda da capacidade de ganho**, que é o efeito danoso, de natureza temporária ou definitiva que resulta para o ofendido do facto de ter sofrido uma dada lesão impeditiva da obtenção normal de determinados proventos certos, em regra até ao momento da reforma ou da cessação da actividade como paga do seu trabalho, e que se inclui na categoria dos prejuízos directos, embora com uma importante vertente de danos futuros; c) **nem ainda com a perda efectiva de proventos futuros de natureza eventual**, ainda que em vias de concretização, que se inclui na categoria de lucros cessantes; d) **nem, finalmente, com a perda que possa resultar do eventual desaparecimento de uma situação de trabalho produtora ou potencialmente produtora de ganhos**, que também se inclui na categoria de lucros cessantes.

Os custos de reconstituição ou de reparação correspondem ao *preço dos bens ou serviços necessários para proceder a uma correcta reparação, quando tal seja possível, do objecto, animal, ou da parte do corpo ou órgão destruídos ou danificados*, e compreende, por ex. os preços de oficina, de hospitalização, de operações cirúrgicas e até de eventuais próteses que se torne necessário efectuar, motivo pelo qual existe uma estreita relação entre eles e o campo dos danos ou prejuízos directos, mas sem que as duas realidades se confundam.

Os danos futuros compreendem os *prejuízos que, em termos de causalidade adequada, resultaram para o lesado (ou resultarão de acordo com os dados pre-*

visíveis da experiência comum) em consequência do acto ilícito que foi obrigado a sofrer, ou, para os chamados “lesados em 2º grau” da ocorrência da morte do ofendido em resultado de tal acto ilícito, e ainda os que poderiam resultar da hipotética manutenção de uma situação produtora de ganhos durante um tempo mais ou menos prolongado, (e que poderá corresponder, nalguns casos ao tempo de vida laboral útil do lesado), e compreendem ainda determinadas despesas certas, mas que só se concretizarão em tempo incerto (ex. substituição de uma prótese ou futuras operações cirúrgicas).

Os danos morais ou prejuízos de ordem não patrimonial são prejuízos insusceptíveis de avaliação pecuniária porque atingem bens que não integram o património do lesado (a vida, a saúde, a liberdade, a beleza). **Não devem confundir-se com os danos patrimoniais indirectos**, isto é, aqueles danos morais que se repercutem no património do lesado, como o desgosto que se reflecte na capacidade de ganho diminuindo-a, pois esta constitui um bem redutível a uma soma pecuniária.

Porque estes danos não atingem o património do lesado, a obrigação de os ressarcir tem mais uma natureza compensatória do que indemnizatória, sem esquecer, contudo, que não pode deixar de estar presente a vertente sancionatória (Prof. A. Varela, *Das Obrigações em Geral*, 1º, 9ª ed. p. 630). Com efeito, em termos de dinheiro em quanto se pode avaliar a vida, as dores físicas, o desgosto, a perda da alegria de viver, uma cicatriz que desfeia?

O chamado dano de cálculo não serve para aqui. Por isso a lei lançou mão de uma fórmula genérica, mandando atender só àqueles danos não patrimoniais que, pela sua gravidade, mereçam a tutela do direito (art. 496º nº 1 do CCP). Gravidade que deve ser apreciada objectivamente, ainda segundo o ensino do saudoso Prof. Varela (obra cit. p. 628). Por outro lado, a lei remete a fixação do montante indemnizatório por estes danos para juízos de equidade, haja culpa ou dolo (art. 496º nº 3), tendo em atenção os factores referidos no art. 494º [grau de culpabilidade do agente, situação económica deste e do lesado e quaisquer outras circunstâncias. (Entre estas, para norma semelhante, costumam a doutrina e jurisprudência francesas apontar a idade e sexo da vítima, a natureza das suas actividades, as incidências financeiras reais, possibilidades de melhoramento, de reeducação e de reclassificação – Françoise Cocral, *Les responsabilités civiles diverses et le contrat d’assurance*)]. Assim, o julgador deve ter em conta todas as regras de boa prudência, do bom senso prático, da justa medida das coisas e da criteriosa ponderação das realidades da vida, sem esquecer a natureza mista da reparação, pois visa-se reparar o dano e também punir a conduta. Cumpre aqui ainda salientar que a velha distinção feita por M. Andrade entre culpa *lata*, *leve* e *levíssima* (Teoria Geral das Obrigações, 2ª ed. P. 341-342) mantém actualidade, como expressam P. Lima e A. Varela (CC anot. 1º p. 497).

Independentemente do que fica dito, com o DL 352/07 e as Portarias n° 377/08 e 679/09, alguns dos danos não patrimoniais já estão pré- estabelecidos nas tabelas.³

III. Indemnização por danos patrimoniais

Rege, quanto a estes, como se sabe, em primeira linha, o princípio da reposição natural, expresso no art. 562° do CCP. E quando esta não for possível, bastante ou idónea (art.566° n° 1), há que lançar mão da indemnização em dinheiro, a fixar de acordo com a teoria da diferença (art. 566° n° 2), segundo a qual a indemnização tem como medida, em princípio, a diferença entre a situação patrimonial **real** do lesado na data mais recente que puder ser atendida pelo tribunal e a situação **hipotética** que teria nessa data, se não tivesse ocorrido o facto lesivo gerador do dano. Essa data mais recente a ser atendida é a do encerramento da discussão (art. 663° do CPC Português). Este preceito é aplicável ao julgamento pelo Tribunal da Relação perante o qual se reabre, dentro de certos limites, a discussão da matéria de facto, por força do disposto no art. 713° n° 2 do referido CPCP⁴.

Vejamos agora, em panorâmica, a indemnização destes danos, detendo-nos mais de perto na problemática dos danos futuros.

A) Danos emergentes

O cálculo destes danos obedece, em princípio, a uma pura operação aritmética. Assim acontece, por ex. com as despesas hospitalares, transporte em ambulância, despesas médicas e medicamentosas, despesas de funeral, etc. Mas há um aspecto particular a ter em conta. É que a perda de um membro ou de uma parte do corpo em resultado de um acidente de viação, por ex., é indemnizável como dano emergente (para além, evidentemente, de ter de ser encarado na sua vertente de dano futuro). Como se opera, neste caso, a indemnização face à norma aparentemente redutora do n° 1 do art. 564° do CCP?⁵ E se do acidente resultou, por ex. a perda do baço, uma disfunção

³ Mais adiante abordarei este tema que me é caro, já que fiz parte do grupo de trabalho que ao longo de 13 anos pugnou para que a ordem jurídica portuguesa acolhesse o sistema das tabelas visando uma mais fácil avaliação do dano corporal. Mas não **estas** tabelas da Portaria.

⁴ Cfr. Ac. do STJ de 6/3/2000, 7ª secção.

⁵ Redutora porque reduz tudo ao aspecto patrimonial: “os danos emergentes correspondem aos prejuízos sofridos ou seja à diminuição do património do lesado” (P. Lima e A. Varela, CC anot. 1°, p. 579).

sexual ou mesmo a impotência só haverá lugar a indemnização por danos não patrimoniais?

Foi precisamente para obviar a situações destas que o grupo de trabalho atrás referido procurou que o dano corporal, susceptível de uma tripla avaliação, se tornasse independente e saísse da gaveta para onde o legislador o remeteu e onde permanecia envergonhadamente escondido. É que o dano corporal deve ser visto: 1) como dano não patrimonial, na sua vertente de dano moral e estético ou enquanto gerador de esforços acrescidos para manutenção do mesmo rendimento; 2) ou como dano patrimonial futuro, sempre que seja gerador de rebate profissional concreto, ocasionando perda dos rendimentos do trabalho; 3) ou como dano *a se*, biológico, enquanto violação do direito ou ofensa à integridade físiopsíquica.

Ora o dano corporal é tratado na legislação civil portuguesa, em primeira linha na esfera dos danos não patrimoniais e depois em parte e apenas reflexamente no campo patrimonial. Pois bem. Mantendo-se embora estas vertentes patrimonial e não patrimonial, **claramente indemnizáveis**, o que se fez foi autonomizar o dano corporal também naquele apontado *tertium genus* biológico, logo **também indemnizável**.

Países como Espanha, França e Itália resolveram o problema recorrendo a tabelas ou *barèmes*, como atrás referi, onde são escalpelizados todos os danos corporais, e alguns marcadamente não patrimoniais mas que se podem quantificar (ex. o quantum doloris e o prejuízo estético), outros absolutamente não patrimoniais (ex. perda do direito à vida, sofrimento sofrido pela vítima antes de falecer, sofrimento dos familiares). Ficam de fora os danos patrimoniais que, por serem avaliados em concreto, não são baremizáveis (permita-se-me o neologismo) e os restantes danos não patrimoniais.⁶

Hoje, a problemática da avaliação e indemnização do dano corporal, na sua tripla vertente, está resolvida (em minha opinião mal resolvida), à luz das tabelas constantes dos diplomas legais atrás citados e que, mais adiante, veremos em pormenor.

Note-se que a Portaria n.º 377/2008 na conjugação dos arts. 2.º als. c) e d), 3.º als. b), c) e d) e 10.º n.º 1 já estabelece que a proposta razoável relativamente aos danos patrimoniais emergentes deve contemplar o pagamento integral dos rendimentos perdidos, decorrentes da incapacidade temporária do lesado e que sejam fiscalmente documentáveis, bem como das despesas médicas e medicamentosas, refeições, estadas e transportes, desde que sejam apresentados os originais dos respectivos comprovativos, o dano biológico e as perdas salariais.

⁶ O Parlamento Europeu aprovou em Junho de 2004 o “Barème médical européen d’évaluation des atteintes à l’intégrité physique et psychique”.

E o nº 2 do art. 10º estatui que nos casos de auxílio de terceira pessoa, adaptação de veículo ou de residência, consideram-se como valores de referência, os constantes do anexo V.

B) Lucro cessante

Neste incluem-se os benefícios que o lesado deveria ter obtido e não obteve. Logo se percebe que o cálculo destes danos é uma operação delicada, de difícil solução, porque obriga a ter em conta a situação hipotética em que o lesado estaria se não houvesse sofrido a lesão, o que implica uma previsão, pouco segura, sobre dados verificáveis no futuro. Por isso é que este tipo de danos deve ser calculado segundo **critérios de probabilidade ou de verosimilhança**, de acordo com o que, em cada caso concreto, poderá vir a acontecer, pressupondo que as coisas seguem o seu curso normal; e se mesmo assim não puder apurar-se o seu valor exacto, o tribunal dever julgar segundo a equidade.⁷

C) Danos futuros

Considerando o disposto no DL 352/07 e no relatório preambular da Portaria nº 377/08, há duas notas a destacar: a) um dos princípios basilares é que só há lugar à respectiva indemnização quando a situação incapacitante do lesado o impede de prosseguir a sua actividade profissional habitual ou qualquer outra (caso de impossibilidade de reconversão); b) ainda que não tenha direito à indemnização por dano patrimonial futuro, em situação de incapacidade permanente parcial, o lesado terá direito à indemnização pelo seu dano biológico. Não entendo esta distinção nem para ela encontro justificação. Por isso, repito, os juízes não devem socorrer-se destas tabelas para fixar indemnizações.

1 – Caso de morte: “São indemnizáveis, em caso de morte os danos patrimoniais futuros daqueles que, nos termos do CC, podiam exigir alimentos à vítima, ou aqueles a quem esta os prestava no cumprimento de uma obrigação natural” (art. 2º al. b) da Portaria.

A proposta razoável para esta indemnização obedece à seguinte regra: o dano patrimonial futuro é calculado de acordo com as regras constantes do Anexo III (art. 6º nº 1 a) da Portaria). Este anexo apresenta a seguinte fórmula de cálculo:

⁷ Cfr. Ac. do STJ de 10/2/98 e a doutrina nele citada, in *Colectânea de Jurisprudência*, STJ, 1998, T1, p. 67.

$DPF = ((1+i)^n - 1) / (1+i)^n \times i \times p$, sendo **$i = ((1+r)/(1+k)) - 1$** ; **p** = prestações (rendimentos anuais); **r** taxa de juro nominal líquida das aplicações financeiras = 5%; **k** a taxa anual de crescimento da prestação = 2%; e **n** o número de anos pelo qual a prestação é devida.^{8,9}

E tal como a jurisprudência já vinha entendendo, haverá que deduzir aos rendimentos aquilo que a vítima gastaria consigo mesma, isto é, 1/3, já que as 7 situações constantes do n.º 2 do anexo III só beneficiam as seguradoras e não têm qualquer justificação. Prejudicam os lesados e levam à fixação de indemnizações inferiores àquelas a que se chegava anteriormente. Basta que o julgador faça as simulações entre o “antes” e o “agora”. Se concluir que a forma de cálculo anterior é mais favorável ao lesado, é esta que deve ser aplicada.

Para cálculo do tempo durante o qual a prestação se considera devida, presume-se que a vítima se reformaria aos 70 anos (al. b) do n.º 1 do art. 6.º).

Para se apurar o rendimento mensal da vítima, a lei prevê 3 situações: a) em casos normais, são considerados os rendimentos líquidos auferidos à data do acidente fiscalmente comprovados (n.º 2 do art. 6.º); b) em relação a vítimas que não apresentem declaração de rendimentos, não tenham profissão certa ou cujos rendimentos sejam inferiores à RMMG (retribuição mensal mínima garantida), é considerada esta, à data da ocorrência para apuramento dos rendimentos (n.º 3 – assim se dando forma de lei à ficção elaborada pela jurisprudência); c) se a vítima estiver em idade laboral, tiver profissão, mas encontrando-se numa situação de desemprego, é considerada a média dos últimos 3 anos de rendimentos líquidos declarados fiscalmente, majorada de acordo com a variação do índice de preços ao consumidor (total nacional, excepto habitação), nos anos em que não houve rendimento, ou o montante mensal recebido a título de subsídio de desemprego, consoante o que for mais favorável ao beneficiário (n.º 4).

Vamos agora proceder a uma simulação entre a forma de cálculo da indemnização por mim defendida no meu artigo sobre dano corporal, (publicado em 2001 na CJ –STJ, I, p. 11 e ss.) e a fórmula actual. Imaginemos a seguinte situação: Homem, 40 anos, casado com filhos de idade menor ou igual a 18 anos, vítima mortal, com o rendimento mensal de 2.000€.

O rendimento anual é de 28.000€ (2.000 x 14 meses).

Gastaria consigo mesmo 1/3, ou seja 9.333€; o restante – 18.667€ – seria o seu contributo para a família (rendimento perdido). Há que apurar qual o

⁸ Os factores constantes da tabela do Anexo são já o resultado da aplicação da fórmula, com excepção da variável “p”. Assim, sabendo-se a idade do lesado, sabe-se o prazo e o factor, que será multiplicado por “p”.

⁹ Todas as referências à Portaria sem menção de n.º consideram-se feitas à Portaria n.º 377/08.

capital necessário para, a determinado juro, se encontrar aquele rendimento perdido. Experimentemos com o juro de 1% (juro actual do BCE):

$$100 \text{ ----- } 1 \\ x \text{ ----- } 18.667 ; 18.667 \times 100: 1 = 1.866.700\text{€}$$

Agora, há que descontar 1/3 ou ¼ porque a família recebe, de uma só vez, o capital e assim se obviarà ao enriquecimento injustificado à custa alheia.

Com o desconto de 1/3: $1.866.700:3 = 622.233$; $1.866.700 - 622.233 = 1.244.467$

Com o desconto de 1/4: $1.866.700:4 = 466.675$; $1.866.700 - 466.675 = 1.400.025$

Fazendo a média: $1.244.467 + 1.400.025 : 2 = 1.322.246$.

Atendendo à idade arredondaria para 1.350.000€.

Vamos fazer outra operação, para avaliarmos se este montante a que se chegou é ou não desajustado da realidade.

A vítima teria mais 30 anos de vida activa. Como auferia 28.000€ /ano, pressupondo que o seu rendimento se mantinha sem alterações, ao fim de 30 anos auferiria 840 mil euros. A discrepância entre este valor e aquele outro é enorme, mesmo considerando actualizações salariais. Então, vamos simular com um juro de 2% (até porque a tendência, segundo indicações do BCE, é para a subida para fins do corrente ano de 2010).

$$100 \text{ ----- } 2 \\ x \text{ ----- } 18.667 \text{ de onde } x = 933.350$$

O desconto de 1/3 dará 311.116; logo $933.350 - 311.116 = 622.234$

O desconto de ¼ dará 233.337; logo $933.350 - 233.337 = 700.013$

Média: $622.234 + 700.013: 2 = 661.123$.

Vejamos de seguida como se passam as coisas à luz das tabelas (Anexo III).

Como a vítima tinha 40 anos, o prazo até à reforma é 30 anos. Segundo a tabela, o factor é 20, 331212. Então, $28.000\text{€} \times 20,331212 = 569.273,93\text{€}$.

Mas agora há que descontar aquilo que a vítima gastaria consigo e que, no nosso caso, será 20%, de acordo com a percentagem de abatimento constante do n° 2 do Anexo.

20% de 569.273,93 são 113.854,78. Então, $569.273,93 - 113.854,78 = 455.419,15\text{€}$

Esta seria a quantia que a família da vítima receberia a título de danos patrimoniais futuros, daqui se concluindo que a aplicação das tabelas é mais desfavorável à vítima.

Considerando os montantes a que cheguei, afastaria de todo, por desajustados, os operados com o juro a 1% e com as tabelas. Consideraria justa uma indemnização entre 700 mil e 750 mil euros.

2 – Caso de incapacidades: As conclusões a que cheguei no caso de morte são as mesmas para o caso das incapacidades. A aplicação das tabelas prejudica os lesados.

E no caso das incapacidades parciais permanentes (IPP) o julgador nem sequer pode fazer simulações, porque o perito médico não lhe dará a percentagem de incapacidade, que tem tendência para acabar, mas tão só as pontuações. **A pontuação não equivale à percentagem de incapacidade. Os pontos são unidades de apreciação**, logo o juiz é livre de apreciá-los, tão livre como o perito médico, podendo aquele saltar para fora dos limites estabelecidos nas tabelas. Daí também que um perito médico possa, perante certos danos corporais (biológicos), atribuir determinada pontuação e outro, perante um caso semelhante, atribuir pontuação diferente. É que as pontuações dependem de vários factores, por ex. lesões sinérgicas e não sinérgicas.

A filosofia subjacente às tabelas com as pontuações é a protecção das grandes incapacidades e a pouca valorização das pequenas. Há mesmo países em que as pequenas incapacidades não são sequer consideradas. Mas com estas tabelas é caso para dizer “nem tanto ao mar nem tanto à terra”...

Posto este intróito, são indemnizáveis os danos patrimoniais futuros, nas situações de incapacidade permanente absoluta ou de incapacidade para a profissão habitual, ainda que possa haver reconversão profissional (art. 3º al. a) da Portaria 377/08 de 26/5).

a) incapacidade permanente absoluta (IPA): À semelhança da situação “morte”, o dano patrimonial futuro é calculado de acordo com a fórmula constante do anexo III (nº 1 al. a) do art. 7º), para o cálculo do tempo do dever de prestar, presume-se a idade de reforma aos 70 anos (al. b) e para o apuramento do rendimento mensal aplicam-se as regras dos nºs 2 a 4 do art. 6º.

Nas situações de incapacidade permanente absoluta para a prática da profissão habitual, sem possibilidade de reconversão para outras profissões dentro da sua área de formação técnico-profissional, a proposta indemnizatória corresponde a 2/3 do capital calculado de acordo com a fórmula aludida (nº 2 do art. 7º). São equiparadas a estas, as situações em que os lesados, de idade igual ou superior a 65 anos, com incapacidade permanente absoluta para a prática da profissão habitual, ainda que possam reconverter-se profissionalmente (nº4).

Nas situações de incapacidade permanente absoluta para a prática da profissão habitual, embora com possibilidade de reconversão, a proposta indemnizatória corresponde a 4 anos de rendimentos líquidos.

Note-se ainda que, nestas situações de IPA, o legislador prevê, preferencialmente, a indemnização sob a forma de renda, relativamente aos lesados

com idade inferior a 25 anos e/ou de incapacidades iguais ou superiores a 60% (art.11º da Portaria).

Vamos agora efectuar operações de simulação, com os mesmos dados anteriores.

Estamos no âmbito da IPA. Como o lesado teria mais 30 anos de vida profissional activa, como já vimos antes, $28.000 \times 30 \text{ anos} = 840.000\text{€}$.

Não há que proceder à dedução de 1/3 porque o lesado não morreu. Mas há que deduzir 1/3 ou 1/4 para evitar o enriquecimento injusto.

Com 1/3: $840.000 - 1/3 (280.000) = 560.000$

Com 1/4: $840.000 - 1/4 (210.000) = 630.000$

Média: $560.000 + 630.000 : 2 = 595.000$

Neste caso estabeleceria o montante indemnizatório em 600.000€.

Vejamos como se passam as coisas aplicando as tabelas.

=> **IPA sem possibilidade de reconversão:** A indemnização corresponde a 2/3 do capital calculado de acordo com a fórmula do Anexo III (art. 7º nº 2 da Portaria nº 377/08).

Como se viu atrás, em caso de morte, a aplicação da fórmula conduzia ao montante indemnizatório de 569.273,93€. 2/3 deste valor são 379.515,96€.

Também aqui se chega a uma indemnização mais desfavorável para o lesado.

=> **IPA com possibilidade de reconversão:** A indemnização corresponde a 4 anos de rendimentos líquidos (art. 7º nº 3 da Portaria). Assim, temos de saber qual o rendimento líquido e depois multiplicá-lo por 4. Vamos supor, por mero exercício exemplificativo, que o rendimento líquido do lesado era de 25.000€. O total seria 100.000€.

Manter-se-ia, também aqui, uma posição mais desfavorável para o lesado.

b) incapacidade permanente parcial (IPP): Nesta situação, ainda que não tenha direito à indemnização por dano patrimonial futuro, o lesado terá direito à indemnização pelo seu dano biológico. Assim, o perito médico examina as lesões e atribui-lhes as respectivas pontuações, conforme a Tabela Nacional anexa ao DL 352/07, até fixar o grau de desvalorização. Depois, o cálculo é efectuado de acordo com o anexo IV da Portaria, tendo em conta a idade, reportada à data do acidente (art. 12º da Portaria) e o grau de desvalorização.

Como acima se disse, aqui não há hipótese de efectuar simulações, porque não nos é dada a percentagem de incapacidade e os pontos são unidades de apreciação.

Vamos, então, exemplificar, de acordo com as tabelas constantes do Anexo IV.

Suponhamos que o médico atribui ao lesado uma pontuação de 20 pelos danos biológicos que examinou.

Os 20 pontos encontram-se na 1ª coluna, 4ª posição vertical. E a idade (40 anos) encontra-se na 5ª coluna horizontal. Cruzando as duas linhas encontramos os valores do dano biológico, entre um mínimo de 1.200,42€ e um máximo de 1.277,37€. (valores em euros definidos por ponto – regra 2 do anexo).

De seguida há que considerar as regras expressas na nota 3 do anexo: Deverão considerar-se os pontos mínimo e máximo do intervalo em função da proximidade do caso concreto aos limites para os quais cada intervalo foi construído: (i) **o limite máximo** corresponde à menor idade e à maior pontuação; (ii) **o limite mínimo** corresponde à maior idade e à menor pontuação.

No nosso exemplo, 1.200,42€ é atribuído aos casos de 40 anos e 16 pontos; e 1.277,37€ aos casos de 36 anos e 20 pontos. Logo, como temos a maior idade e ao mesmo tempo a maior pontuação, afigura-se ajustado fixar na média, ou seja, 1.238,90€.

Em seguida este valor é multiplicado por 20 (pontos): 24.778€ (regra 2).

Estamos em condições, agora, de aplicar a regra 1 do anexo: os pontos são determinados de acordo com o RMMG (rendimento mensal médio garantido) de 2007. Este foi fixado em 403€ pelo art. 1º do DL 2/2007 de 3/1.

Ora sabendo nós que o rendimento mensal do lesado era de 2.000€, basta agora utilizar uma regra de três simples:

$$\begin{array}{l} 403\text{€} \text{-----} \text{ está para ----} 24.778\text{€} \\ \text{assim como } 2.000\text{€} \text{-----} \text{ está para -----} X \\ \text{de onde } X = 24.778\text{€} \times 2.000\text{€} : 403\text{€}; \text{ logo, } 122.967,74\text{€}. \end{array}$$

Perante este valor, poderia bem ser arredondado para um entre 125 mil e 130 mil euros.

IV. Indemnização por danos não patrimoniais

1 – Em caso de morte: Rege, neste aspecto, o art. 5º da Portaria. À semelhança do que já vinha sendo entendido pela doutrina e pela jurisprudência – esta a partir do longínquo Ac. do STJ de 17/3/71 (BMJ 205º, p. 150) – considerando que o art. 496º do CCP contém três espécies de indemnizações, o legislador plasmou-as no anexo II da Portaria, aí contemplando a indemnização pela dor sofrida pelos familiares (herdeiros) da vítima (A), a dor sofrida pela própria vítima, sendo cada vez maior conforme o tempo de sobrevivência (D) e a perda do direito à vida, diminuindo à medida que a

idade aumenta (C).¹⁰ E acrescentou ainda um outro, devido pela perda de feto. Todos os danos contemplados em A), B) e D) são passíveis de majorações, conforme consta do referido anexo II.

Aqui, afiguram-se-me correctos os valores constantes do Anexo.

2 – Em caso de incapacidades: Dispõe o art. 4º da Portaria que, além dos direitos indemnizatórios previstos no artigo anterior (situações já atrás referidas), o lesado tem ainda direito a ser indemnizado por danos morais complementares, autonomamente, nos termos previstos no anexo I da presente portaria, nas seguintes situações:

a) por cada dia de internamento hospitalar; b) por dano estético; c) pelo *quantum doloris*; d) quando resulte para o lesado uma incapacidade permanente absoluta para a prática de toda e qualquer profissão ou da sua profissão habitual; e) quando resulte para o lesado uma incapacidade permanente que lhe exija esforços acrescidos no desempenho da actividade habitual (*redacção dada pelo art. 1º da Portaria nº 679/09 de 25/6*); f) quando resulte uma incapacidade permanente absoluta para o lesado que, pela sua idade ainda não tenha ingressado no mercado de trabalho e por isso não tenha direito à indemnização prevista na al. a) do art. anterior¹¹.

Neste particular suscitam-se-me duas dúvidas: 1ª- Será defensável que o *quantum doloris* fixado até ao grau 3 não seja objecto de qualquer indemnização?; 2ª – E que a repercussão na vida laboral apenas seja indemnizável se for superior a 10 pontos?

NOTA: Estas tabelas são apenas orientadoras. Se forem utilizadas, o juiz no seu prudente arbítrio tem o dever de “saltar” para fora dos valores máximos. Não deve ficar “escravo” das tabelas, nunca olvidando o art. 496º do CC. Caso contrário corre-se o risco de se implantar nas decisões judiciais uma “ditadura das seguradoras”.

¹⁰ Quanto a esta, acabou-se com a discussão de saber se a indemnização deve ser igual para todos, dado o valor da vida para a vítima enquanto ser, ou se a perda do direito à vida deve ser aferida em função de 3 realidades – vida que se perde **com função normal**, que desempenha na família e na sociedade; vida que se perde **sem função específica** na sociedade (criança, doente, inválido) e vida que se perde com **função excepcional** (sábio, cientista).

¹¹ Recorde-se que esta indemnização se refere aos danos patrimoniais futuros nas situações de incapacidade permanente absoluta ou de incapacidade para a profissão habitual ainda que possa haver reconversão.

V. O caso especial da lesão corporal “impotência”¹²

O caso prático, real, levado à discussão no Congresso Internacional sobre Dano Corporal, realizado em Bilbao em 2000, versava um acidente de viação, ocorrido em San Sebastian, em que o lesado, para além de fracturas várias, ficou paraplégico e com impotência *coeundi* por ausência de erecção. E é sobre este aspecto que irei dar a conhecer o que se discutiu, adiantando desde já que, para os intervenientes dos restantes países, não constituiu problema algum atribuir uma indemnização à mulher do lesado por danos não patrimoniais, por se ver privada de uma vida sexual normal. Para além, claro, de indemnização ao lesado pela impotência, abrangendo os aspectos do dano corporal em si e do dano não patrimonial.

Dada a conhecida sinistralidade rodoviária em Portugal, muitas vezes com graves consequências (paraplegias, tetraplegias), seria de esperar que aparecessem em tribunal situações de impotência, derivadas de acidentes. Mas tal não acontece. Ou porque realmente elas não se verificam ou porque haverá ainda um certo pudor do lesado em vir dizer ao tribunal que ficou impotente.¹³

Na nossa legislação, em relação ao lesado, este dano corporal não seria indemnizável fora da vertente do dano não patrimonial; e quanto à mulher do lesado, ficaria arredada qualquer indemnização.

No referido Congresso, defendi a possibilidade de, mesmo em Portugal, a mulher do lesado ter direito a uma indemnização por danos não patrimoniais pela impotência do marido. O fundamento legal não pode ser o art. 496º nº 2 do CCP, que pressupõe a morte da vítima. Como me pareceu uma situação de flagrante injustiça, pensei poder-se atingir aquele objectivo percorrendo a via dos direitos de personalidade, encarando a sexualidade como um deles. O débito conjugal tem tanta força que a sua recusa pode ser motivo de divórcio. Ao débito corresponde um direito do cônjuge a ter com o outro um relacionamento sexual normal. Logo, a sexualidade, pelo menos dentro do casamento, pode ser encarada como um direito de personalidade.

Reconheço que este raciocínio pressupõe um olhar diferente sobre a sexualidade e o afastamento da concepção judaico-cristã sobre ela, na medida em que separa sexualidade e fecundidade. Reconheço também que ele pode levantar outras questões: direito à sexualidade também nas uniões de facto?

¹² Sigo de perto o meu artigo “Dano corporal em acidentes de viação”, publicado nos Acórdãos do STJ, Ano IX, 2001, Tomo I, p. 11).

¹³ Recentemente, e pela primeira vez em Portugal, o STJ foi chamado a decidir um caso de impotência. Citando o meu artigo, em cuja fundamentação se baseou, o Ac. de 26/5/09 atribuiu à mulher do lesado uma indemnização.

se é um direito de personalidade, acompanha a pessoa, independentemente do seu estado civil?

Com o DL 352/07 esta questão nem sequer foi abordada, podendo tê-lo sido. Na Tabela Nacional de Avaliação de Incapacidades no Direito Civil, surge apenas (em relação ao homem e para o que agora importa) o dano corporal “perda do pénis” (código Rb0303, valorizada em 40 pontos) e a “disfunção erétil” (código Rb0501, valorizada entre 5 e 15 pontos). Mas não se prescreveu qualquer indemnização por danos não patrimoniais a favor do cônjuge do lesado. No entanto, algo de positivo já foi feito. Em relação ao lesado pelo menos estes danos corporais autonomizaram-se.

VI. Breve visão sobre o guia-barème europeu aprovado pelo PE

Penso que se justifica esta ligeira abordagem para uma melhor compreensão, por parte de juízes, advogados e profissionais dos departamentos jurídicos das seguradoras, sempre que tiverem de interpretar os relatórios médicos sobre o dano corporal, dada a novidade da matéria entre nós.

Estruturalmente organizado pela CEREDOC¹⁴, que reuniu ensinamentos universitários e profissionais de alto nível de diferentes estados europeus, o documento foi aprovado pelo PE e CE. Nele estão essencialmente plasmadas as grandes incapacidades, deixando-se à consideração de cada país membro a organização, estrutura, elencagem e taxas percentuais das pequenas e médias incapacidades, bem como o estabelecimento da respectiva indexação, esta extensiva às grandes incapacidades, por se tratar de matéria do foro próprio de cada país.

a) Será que se justifica uma avaliação “barémica” europeia do dano corporal? É que há quem critique as tabelas por padecerem de falta de concepção científica, limitando-se a coligir as taxas aceites pelas várias jurisprudências.

Contra esta posição reagiu o PE, considerando que as tabelas têm a vantagem de ser evolutivas, com o progresso das terapias, da readaptação, das técnicas de objectivação e quantificação e dos conhecimentos do futuro dos traumatizados. Por outro lado, no preâmbulo do documento, diz-se haver sequelas idênticas que, de forma idêntica, se repercutem na vida quotidiana, logo justificando uma avaliação idêntica. Assim, essas sequelas podem responder a uma lógica barémica.

¹⁴ Confédération Européenne d’Experts en Réparation et Évaluation du Dommage Corporel

Mas também ali se acentua que a avaliação dos danos corporais com recurso a tabelas não se esgota na simples descrição dos danos. “A transposição dessa descrição para o juiz, no plano da indemnização, é um acto interpretativo. E toda a interpretação comporta um risco de alteração, sobretudo se a descrição feita pelo perito num dos Estados membros é utilizada pelo juiz num outro Estado. Os problemas linguísticos e de terminologia específica não podem ser subestimados”. É assim necessário que o perito fundamente aquela descrição. O sistema de taxas de avaliação obriga, portanto, a construir uma tabela com uma finalidade de igualdade e de justiça: para sequelas idênticas, taxa e reparação idênticas. Não se justifica que, numa Europa sem fronteiras, a perda dos mesmos órgãos e das mesmas funções, as mesmas sequelas sejam avaliadas de forma diferente. A avaliação feita por peritos diferentes em diferentes países, conduzindo a conclusões idênticas face a relatórios sobre idênticas sequelas, impõe a utilização de um único “barème” europeu.

b) Linhas mestras

- 1ª. A afectação da integridade física e psíquica (AIFP) é a redução definitiva do potencial físico e/ou psíquico medicamente constatável ou explicável, à qual se juntam as dores e as repercussões psíquicas que o médico sabe estarem normalmente ligadas à sequela, assim como as consequências na vida diária habitual e objectivamente ligadas a essa sequela.
- 2ª. A taxa de AIFP é a ordem de grandeza em relação a um máximo teórico de 100% da dificuldade que sofre todo o sujeito cujas sequelas são assim quantificadas, no que toca à efectivação dos gestos e actos habituais da vida quotidiana extra profissional, isto é, a ordem de grandeza da sua incapacidade pessoal.
- 3ª. A percentagem de AIFP não é uma unidade de medida mas uma unidade de apreciação, resultado da integração de medidas de fenómenos diversos, com a ajuda de vários instrumentos, logo expressos em unidades diversas, e por uma opinião intuitiva fortalecida pela experiência e arte de apreender os imponderáveis.
- 4ª. A baremização não exclui uma certa personalização, pois o perito médico tem que explicar as repercussões das sequelas na vida diária do lesado e só depois fixa a taxa.
- 5ª. Em caso de estado anterior patológico modificado pelo acidente objecto da perícia, a descrição e a explicação são complementos indispensáveis da taxa que só tem valor relativo. O dano é a diferença, na vida quotidiana, antes e depois do acidente, diferença que deve estar descrita.

- 6^a. Os danos particulares específicos da vítima devem, por vezes, estar reconhecidos: prejuízo estético, sexual, dores excepcionais, ofensas às actividades específicas de lazer etc.
- 7^a. Certas taxas propostas (por ex. para a perda de um olho ou nefrectomia unilateral) supõem que uma eventual deterioração do órgão par restante poderá ser tomada em conta, posteriormente, em caso de agravamento do dano.

c) Modo de emprego do guia-barème europeu

=> O barème europeu é um guia que fornece taxas “pivot” importantes para as ofensas a cada órgão e a cada função. E é suficientemente detalhado para ser no futuro eventualmente utilizado como barème de referência nos seguros pessoais.¹⁵

=> O guia-barème não contém uma fórmula pseudo-matemática, mas apela ao bom senso clínico e ao realismo do perito médico, tendo em conta estes 3 parâmetros:

1. Em caso de lesões simultâneas em diversos níveis do mesmo membro ou órgão, a taxa global não é a soma das taxas isoladas, mas a resultante da sua sinergia (isto é, quando as sequelas participam na mesma função ou concorrem para ela), não podendo, neste caso, ultrapassar a taxa correspondente à perda total do membro ou órgão.
2. Tratando-se de lesões simultâneas sinérgicas, tocando membros ou órgãos diferentes, é a ofensa global da função que deve ser avaliada.
3. No caso de invalidezes múltiplas não sinérgicas, a taxa global tem que ser inferior à soma das taxas isoladas. Com isto se evita que o tecto de 100% seja frequentemente ultrapassado, enquanto o lesado conservar alguma capacidade manifesta.

=> O guia-barème não fornece números exactos, mas impõe uma aproximação clínica das sequelas e a análise das suas consequências objectivas na vida quotidiana.

=> O barème é um guia sem carácter imperativo, uma vez que o seu carácter simplesmente indicativo deve ser sublinhado quando se trata de fixar uma taxa de AIFP muito elevada.

=> Sistemática e imperativamente, em caso de sequelas graves, a taxa deve ser fundamentada.

¹⁵ Está dividido em 10 capítulos, correspondendo às grandes incapacidades em 10 sistemas: nervoso, sensorial e estomatologia, osteo-articular, cardio-respiratório, vascular, digestivo, urinário, reprodutivo, glandular endócrino e cutâneo.

Resumo: Avaliação e reparação do dano patrimonial e não patrimonial (no domínio do Direito Civil)

Os vários aspectos sob que pode ser encarado o dano. Dificuldades na avaliação de danos patrimoniais futuros e dos não patrimoniais. O recente estabelecimento na ordem jurídica portuguesa da Tabela Nacional de Avaliação das Incapacidades Permanentes em Direito Civil e as Portarias com os quadros dos valores orientadores para as indemnizações autonomizaram o dano corporal, sobretudo na sua vertente de dano biológico, e vieram facilitar a avaliação dos danos e a fixação de indemnizações no campo onde antes se verificavam as dificuldades. No caso especial do dano corporal “impotência”, o cônjuge tem direito a uma indemnização por danos morais. O guia-barème europeu aprovado pelo PE: justificação, linhas mestras e modo de emprego.

Palavra-chave: Dano; dano corporal e biológico; indemnização; tabelas de incapacidade; impotência/indemnização ao cônjuge; guia-barème do PE.

Summary: Evaluation and compensation of patrimonial and moral damage (in civil law)

The several points of view of damage. Difficulties in future patrimonial and moral damage evaluation. The new portuguese laws, one establishing a guide-table of bodily damage and another one with values guiding in civil law made autonomus the bodily damages, mainly the biological damage, and, on the other hand, made easier the damages evaluation and establishing the exact amount for the compensation where there was difficulties before. In the special case of bodily damage “impotence”, the consort has right of compensation by moral damage. The European guide-table: justification, main lines and instructions for use.

Key-words: Damage; body and biological damage; compensation; table-guide; impotence/compensation to the consort; table-guide of the European Parliament.

Résumé: Évaluation et indemnisation du dommage patrimonial et moral (en droit civil)

Les divers aspects du dommage. Difficultés dans l'évaluation des dommages patrimoniaux futurs et des dommages morales. Le récent établissement dans la structure juridique portugaise du Barème National d'Évaluation des Incapacités Permanentes en Droit Civil et les lois avec les tableaux des valeurs qui déterminent les indemnisations ont rendu autonome le dommage corporel, surtout le dommage biologique et ont rendu facile l'évaluation des dommages et la fixation des indemnisations où avant il y avait des difficultés. Dans le cas spécial du dommage corporel «impuissance», le conjoint a droit à une indemnisation par dommage moral. Le guide-barème européen approuvé par le PE : justification, lignes principales et mode d'emploi.

Mots-clés: Dommage; dommage corporel et biologique; indemnisation; tables d'incapacité; impuissance/indemnisation au conjoint; guide-barème do PE.

Pedido de separatas:

JOAQUIM JOSÉ DE SOUSA DINIS
soudinis@gmail.com

“Incapacidade total para o trabalho” – Proposta de Tabela Indicativa para a sua fixação médico-legal

J. Ferreira dos Santos¹, A. Gouveia², S. Carvalho³, R. Melo⁴, H. Gonçalves⁵, M. Teixeira⁶

I. Considerações prévias

A duração do período de incapacidade total para o trabalho (I.T.T.) revela-se como um factor fundamental na apreciação médico-legal da gravidade penal dos crimes contra a integridade física à luz do Código Penal vigente, tanto no nosso país como nos restantes países da União Europeia.

No âmbito da avaliação do Dano Corporal em sede de Direito Penal não existe nenhuma tabela baseada em critérios objectivos que possibilite aos Peritos Médicos uma avaliação concreta do período de incapacidade total para o trabalho (I.T.T.). Cumulativamente, observam-se, por vezes, assinaláveis disparidades, entre médicos, nas propostas de fixação da I.T.T. para idêntico tipo de lesão traumática, ou, mesmo, no próprio médico, que pode fixar uma I.T.T. muito diferente em duas vítimas tendo exactamente a/as mesma/s lesão/ões traumática/s.

Com a finalidade de limitar e balizar estas variações inter e intra-pessoais, que podem ter consequências significativas no plano judicial, propomos o recurso a uma tabela indicativa para fixação médico-legal da I.T.T., aspecto que se afigura de grande utilidade para o Tribunal, ao qual caberá a deter-

¹ Chefe de Serviço de Medicina Legal (Delegação do Sul do INML, IP).

² Assistente Graduada de Medicina Legal (Delegação do Sul do INML, IP).

³ Assistente Graduado de Clínica Geral e Especialista de Medicina Legal (Delegação do Sul do INML, IP).

⁴ Interna do 1.º ano do Internato Complementar de Medicina Legal (Delegação do Sul do INML, IP).

⁵ Assistente Hospitalar de Medicina Dentária (Delegação do Sul do INML, IP).

⁶ Assistente Hospitalar de Ortopedia (Delegação do Sul do INML, IP).

minação da medida da pena em função da gravidade das consequências do acto considerado criminoso.

Importa, no entanto e antes de mais, passar em revista alguns conceitos médico-legais básicos que norteiam toda esta temática, quanto mais não seja para que os leitores possam suprir dificuldades de interpretação, se possam integrar e identificar com a terminologia aqui utilizada, subsumível e directamente dependente do Código Penal vigente e com repercussões na prática médico-legal diária bem assim como, presumivelmente, também na administração da justiça.

a) O conceito de “incapacidade total para o trabalho” (I.T.T.) em medicina legal

Se bem que não exista nenhum texto legislativo que defina I.T.T., esta, no sentido penal do termo, pode definir-se como o período, exprimido em número de dias, durante o qual uma pessoa que sofreu uma lesão no corpo, na mente ou na saúde, devido a uma ofensa à integridade física, vai ter um estado de incapacidade.

Sequencialmente, este estado refere-se ao “trabalho pessoal” correspondendo à execução de actos básicos da vida diária tais como locomover-se, vestir-se, alimentar-se ou ter autonomia para a sua higiene pessoal p.e., e pode definir-se como uma perda de autonomia para gestos da vida quotidiana, não dizendo respeito ao trabalho, no sentido profissional do termo, mas às actividades usuais e pessoais da vítima.

Trata-se de uma incapacidade em sentido genérico que é comum à funcionalidade vulgar do indivíduo quer seja criança, velho, decrépito, estudante, reformado ou desempregado. Durante este período existe uma perturbação notável da capacidade total de uma pessoa mas tal não significa necessariamente uma interdição total das suas capacidades. É uma representação fotográfica do estado traumático de uma pessoa vítima de ofensa á integridade física e reflecte a amplitude do dano e a importância da violência sofrida condicionando, deste modo, o tratamento penal da infracção sofrida.

Prende-se com a impossibilidade para uma vítima de efectuar os actos da sua vida pessoal ou um trabalho corporal qualquer por oposição com a incapacidade para o trabalho profissional que concerne a incapacidade de realizar os actos da sua vida profissional.

A incapacidade total para o trabalho é, portanto, funcional; no sentido do Código Penal, o trabalho corresponde a todo o trabalho corporal, profissional ou não, doméstico ou outro, que uma pessoa pode ter de efectuar, não se tratando da amputação total de toda a capacidade, mas da amputação da capacidade total da vítima.

Por outro lado, a incapacidade total para o trabalho, não exige que a incapacidade constatada seja absoluta e impossibilite o menor esforço muscular à vítima. Se a perda de autonomia fosse completa, toda a pessoa que comparecia a exame pericial não poderia estar em incapacidade total para o trabalho uma vez que estava apta a deslocar-se até ao médico; supõe, portanto, a existência de um traumatismo (dor ou "handicap", visível ou não) perturbando, de maneira anormal, os actos da vida corrente, sem, contudo, os interditar.

Não é necessário, *"in fine"*, estar num estado de incapacidade total, no sentido médico do termo, para estar em incapacidade total para o trabalho, no sentido penal do termo.

Para além disso, por "incapacidade total", a jurisprudência tende a aceitar a existência duma certa actividade física da vítima, senão a única incapacidade total aceite seria aquela das pessoas em estado de coma ou que faleceram.

Quando uma vítima é hospitalizada ou imobilizada, a duração do internamento ou a duração da imobilização gessada constitui a duração mínima da I.T.T.

Fora destes casos a estimação da I.T.T. pode tornar-se mais complexa porque deve considerar não só as lesões traumáticas objectivas mas também a sua repercussão funcional e/ou psíquica.

A incapacidade total para o trabalho reflecte a violência sofrida e não a violência administrada, uma vez que, um mesmo tipo de ofensa, poderá ter consequências variáveis segundo as possibilidades de defesa da vítima.

Portanto, a duração da I.T.T., no sentido penal do termo, tem por fim determinar a gravidade das lesões traumáticas produzidas, exclusivamente no que concerne o trabalho genérico e indiferenciado, a fim de ser sancionado juridicamente o seu autor.

b) O conceito de "lesão" em medicina legal

Em medicina, "lesão" é toda a alteração funcional orgânica ou psíquica consecutiva a factores internos ou externos – expressão material da ofensa à integridade física.

O conceito médico-legal de "lesão", segundo a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), compreende "toda a alteração do equilíbrio bio-psico-social", que se ajusta à doutrina consignada no Código Penal em vigor.

Muito embora os artigos 143.º e 144.º do Código Penal vigente não empreguem a palavra "lesão", é evidente que as ofensas no corpo ou na saúde de outra pessoa são cometidas provocando lesões.

No caso do emprego de qualquer arma de arremesso, arma de fogo ou outra, sem que tenham produzido qualquer das consequências previstas nos artigos 143.º e 144.º, ou a simples ameaça com aquelas armas em disposição de ofender ou ainda p.e. uma injúria, constituem ofensas, em princípio, desprovidas de interesse médico-legal podendo, no entanto, reunir interesse judicial⁷. Ou seja, para efeitos jurídico-penais há três aspectos que devem ser considerados, a saber, qualquer alteração da saúde ou do corpo de uma pessoa, com tradução material no seu corpo, e que essa alteração seja produzida por outrem.

Só têm interesse médico-legal as ofensas que se apresentam por meio de manifestações no corpo ou na saúde, sejam elas temporárias ou permanentes.

Do ponto de vista médico-legal, entendem-se por lesões, as equimoses, escoriações, feridas, fracturas, luxações e queimaduras p. e., mas também toda a alteração do corpo ou da saúde desde que deixe marcas detectáveis.

As ofensas à integridade física que interessam ao especialista de medicina legal, são as que provocam lesões ou deixam vestígios, assumindo-se a convicção que vestígio não é o que directamente produz a ofensa à integridade física – ex.º contusão, ferida incisa, etc. –, mas o que, secundariamente, por assim dizer, dela resulta (crosta, cicatriz, etc. ...).

c) O conceito de “doença” em Medicina Legal

Diz respeito a “qualquer lesão no organismo que precisa de cura”⁸. “Três dias de curativo é o mesmo que três dias de doença”⁹, ou ainda, “toda a lesão no organismo que implica necessidade de prazo para a cura”¹⁰ ou consolidação.

Nas ciências médicas e linguagem comum, é um termo entendido como processo mórbido, alteração do estado de normalidade ou de equilíbrio dinâmico do organismo, ou ainda, e tão só, como a falta de saúde, podendo existir ofensa à integridade física sem que haja doença.

Relativamente à sua contagem, o tempo é contado em dias, tendo em conta a demora que a lesão produzida demandou para se curar (recuperação anatómica e funcional integral com *restitutio ad integrum*) ou para consolidar (recuperação anatómica e funcional parcial com sequelas que se mantém a partir de um determinado momento – data da consolidação).

⁷ Vide artigo 153.º (ameaça), do Capítulo IV intitulado “*Dos crimes contra a liberdade pessoal*”, do Código Penal Português, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro e consignado igualmente na sua vigésima terceira alteração (Lei n.º 59/2007, de 4 de Setembro).

⁸ Ac. Rel. Porto de 18.04.1912.

⁹ Ac. Rel. Porto de 16.04.1912.

¹⁰ Ac. Sup. Trib. Justiça, de 02.02.1917.

A “doença” como consequência temporária de ofensa à integridade física ultrapassa, por vezes, a incapacidade total para o trabalho, podendo mesmo esta última nem existir.

d) A atribuição, pelo especialista de medicina legal, de “dias de doença” e “dias de incapacidade total para o trabalho”

O advento do Código Penal de 1982 fez desaparecer a obrigatoriedade do perito médico fazer constar, nos autos de exames periciais, o “tempo de doença” e de “incapacidade para o trabalho”.

No entanto, “*não obstante a ausência de tal obrigatoriedade, deve o médico-legista incluir sempre esta referência, não só porque uma norma de carácter geral o pressupõe [artigo 71.º, n.º 2, alínea a) do Código Penal], como também porque se reveste de grande utilidade para o trabalho do Juiz no momento da fixação da censura penal*”¹¹. A norma de carácter geral que se invoca consubstancia a determinação da medida da pena em função da gravidade das consequências do acto criminoso.

Cumpram aos Peritos Médicos, quando chamados pela justiça para se pronunciarem a respeito de ofensas à integridade física, emitir opinião sobre as consequências várias que dessas ofensas podem resultar, pelo que, nas suas conclusões, para além de outras de carácter doutrinário, deverão indicar sempre a duração da doença e da eventual incapacidade total para o trabalho genérico e indiferenciado que as lesões sofridas causaram, assumindo um valor indicativo de proporcionalidade entre a pena a aplicar dentro de uma certa margem penal e afigura-se de grande valor para os magistrados na altura da fixação da censura penal.

II. Material e metodologia

II.1. Critérios básicos utilizados na construção da Tabela Indicativa da I.T.T.

Esta Tabela Indicativa foi elaborada com a estreita colaboração do conjunto de médicos afectos à Unidade de Exames Médico-Legais (Penais) da Delegação do Sul do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.

Foi criada em torno de dois eixos principais: o apelidado *score lesional (SL)*, que se obtém em função do tipo, do número e da dimensão máxima das

¹¹ Henriques L., Santos S. (1986): “Código Penal de 1982 – referências doutrinárias, indicações legislativas, resenha jurisprudencial”, Rei dos Livros.

lesões traumáticas observadas na vítima, ponderado pelo grau de *perturbação funcional (PF)* resultante da ofensa.

O *score lesional* considera, em primeiro lugar, o tipo mais grave das lesões constatadas (Lesão Major, a que corresponde a letra M), segundo uma escala de gravidade que vai de 1 a 7 (Quadro I).

As lesões objectiváveis no exame clínico e, na sua falta, as descritas na documentação clínica disponível, foram incluídas; a rigidez osteo-articular também faz parte, mas não as dores isoladas.

A segunda variável considerada neste eixo corresponde ao número total de lesões traumáticas observadas (N), dividido em classes de frequência, segundo uma escala de gravidade progressiva que vai de 0 (uma lesão), passando pelo 1 (2 a 5 lesões), pelo 2 (6 a 10 lesões) e terminando no 3 (mais de 10 lesões) (Quadro I).

A terceira e última variável deste eixo está relacionada com a dimensão da lesão major, medida no seu maior eixo (D), e é definida numa escala de gravidade igualmente progressiva e dividida em classes de frequência começando no 0 (menor que 1 cm), passando pelo 1 (1 a 5 cm), pelo 2 (6 a 10 cm) e terminando no 3 (maior que 10 cm) (Quadro I).

Um valor nulo é arbitrariamente atribuído quando uma lesão não é mensurável, como por exemplo, no caso de uma fractura, luxação ou de uma rigidez osteo-articular.

O *score lesional (SL)* é alcançado então pela soma aritmética dos valores parcelares absolutos respectivos obtidos no exame clínico da vítima a partir destas três escalas acabadas de descrever ($SL = M + N + D$) (Quadro I).

O segundo eixo da espinha dorsal desta tabela indicativa designa-se por *grau de perturbação funcional (P.F.)* e adquire uma função ponderadora intimamente relacionada com a definição de I.T.T. cujo objectivo assenta numa clara informação ao Magistrado sobre qual a repercussão funcional das lesões traumáticas sofridas clinicamente avaliada e é apreciado segundo uma escala qualitativa de gravidade progressiva englobando 4 grupos a que corresponde um valor absoluto de acordo com as seguintes correspondências:

- * 0 (nula) – Sem perturbação funcional
- * 1 (ligeira) – Dor ligeira e intermitente, permitindo uma actividade quase normal.
- * 2 (moderada) – Dor na mobilidade activa, cedendo com o repouso, permitindo uma actividade limitada.
- * 3 (grave) – Dores fortes na mobilidade activa e em repouso, impedindo toda e qualquer actividade.

Esta variável multiplica-se por 2 se as lesões atingem o membro superior correspondente à mão dominante.

O valor obtido do produto entre o *score lesional (SL)* e o *grau de perturbação funcional (PF)* é chamado grau de incapacidade – $GI = SL \times PF$ – (Quadro I).

Quadro I. Critérios a considerar na construção da tabela indicativa para fixação médico-legal de I.T.T.

	Lesão major	Número de lesões	Dimensão da lesão major
	M = 1 a 7	N = 0 a 3	D = 0 a 3
LESÕES TRAUMÁTICAS	Equimose = 1	Uma lesão = 0	< 1 cm = 0
	Queimadura 1.º grau = 1	2 a 5 lesões = 1	1 a 5 cm = 1
	Escoriação = 2	6 a 10 lesões = 2	6 a 10 cm = 2
	Rigidez articular / Contractura muscular = 2	> 10 lesões = 3	> 10 cm = 3
	Hematoma = 3		
	Ferida = 4		
	Queimadura > 1.º grau = 4		
	Entorse = 5		
	Luxação = 6		
	Fractura = 7		
SCORE LESIONAL (SL)	SL = M + N + D		
PERTURBAÇÃO FUNCIONAL (PF) → 0 a 3 (X 2 se for no membro superior dominante)	Nula = 0	Sem perturbação funcional.	
	Ligeira = 1	Dor ligeira e intermitente, permitindo uma actividade quase normal.	
	Moderada = 2	Dor na mobilidade activa, cedendo com o repouso, permitindo uma actividade limitada.	
	Grave = 3	Dores fortes na mobilidade activa e em repouso, impedindo toda e qualquer actividade.	
GRAU DE INCAPACIDADE (GI)	GI = SL x PF		

A partir de uma tabela de correspondência valorativa entre classes de frequência (Quadro II) ao grau de incapacidade obtido através das duas simples operações aritméticas atrás descritas, corresponde o período de incapacidade total para o trabalho em geral (em dias) que, no contexto da avaliação do dano corporal pós-traumático no âmbito do Direito Penal, pretende traduzir em dias o tempo de afectação da capacidade para o trabalho genérico baseado em critérios objectivos.

Quadro II. Tabela indicativa para fixação médico-legal de I.T.T. [correspondência valorativa entre o Grau de Incapacidade e o Período de Incapacidade Total (em dias)]

Grau de Incapacidade (GI)	Período de Incapacidade Total (em dias)
0-4	0-3 dias
5-9	4-6 dias
10-19	7-9 dias
20-24	10-12 dias
25-29	13-15 dias
>= 30	> 15 dias

Caso se verifiquem lesões traumáticas mais graves que obriguem a internamento hospitalar e/ou a imobilização gessada p.e., ao período de incapacidade total para o trabalho calculado da forma já explicitada, deve ser adicionada a duração da imobilização e/ou de internamento em cada caso concreto (Quadro III – Fórmula da I.T.T.).

Quadro III

FÓRMULA DA I.T.T. = Período(s) de Incapacidade Total + Período(s) de Imobilização + (em dias) Período(s) de Internamento

II.2. Avaliação da Tabela Indicativa para fixação médico-legal da I.T.T.

Com base nestes elementos, a I.T.T. teórica foi calculada a partir de um quadro de correspondência (Quadro II) e também de acordo com a fórmula da I.T.T. quando necessário (Quadro III), tendo sido testada prospectivamente numa amostra aleatória de 120 vítimas de ofensa à integridade física observadas na Unidade de Exames Médico-Legais (Penais) da Delegação do Sul do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.

As vítimas foram sucessivamente observadas por um Perito Médico avaliando livre e classicamente a I.T.T. e depois por outro médico que procedeu à avaliação da I.T.T. unicamente de acordo com os critérios da Tabela actualmente proposta por forma a poder ser comparada a sua duração fixada livre e classicamente, com a fixada estritamente segundo os critérios objectivos da nova tabela.

Para cada caso, a idade, o sexo, as queixas da vítima, o local da ofensa, bem assim como a data e hora da ocorrência, o tipo de ofensa sofrida, tipo de lesão traumática major, número total e dimensão máxima das lesões traumáticas produzidas, assim como o grau de perturbação funcional resultante foram as variáveis consideradas importantes para este estudo preliminar.

Em todos os casos, a I.T.T. clássica foi comparada com a I.T.T. teórica da tabela. A presença de discordâncias entre os dois valores foi assinalada e referenciados os motivos de cada uma delas.

III. Resultados

92,5 % (n = 111) das vítimas foram observadas no âmbito de ofensas produzidas por outrem e as restantes 7,5% (n = 9) no âmbito de sinistralidade rodoviária.

A idade média da amostra populacional em apreço situou-se nos 39 anos (idade mínima 11 anos, idade máxima 86 anos), a mediana em 34 e a moda em 27 (Desvio Padrão=17,6). O ratio Homem/Mulher foi, curiosamente, de 1

(60/60), constatando-se uma ligeira prevalência do sexo masculino sobretudo na década dos 20-29 anos (fig. 1).

Constataram-se lesões traumáticas variadas (fig. 2), entre as quais o hematoma (26 %), a ferida (23 %), a escoriação (23 %) e a equimose (18 %), sendo as lesões mais graves (10 %), a fractura (9 %) e a luxação (1 %).

Metade das vítimas sofreram entre 2 a 5 lesões traumáticas, 32,5 % uma única lesão, 12,5 % entre 6 e 10 lesões e só 5 % das vítimas apresentava mais de 10 lesões traumáticas (fig. 3).

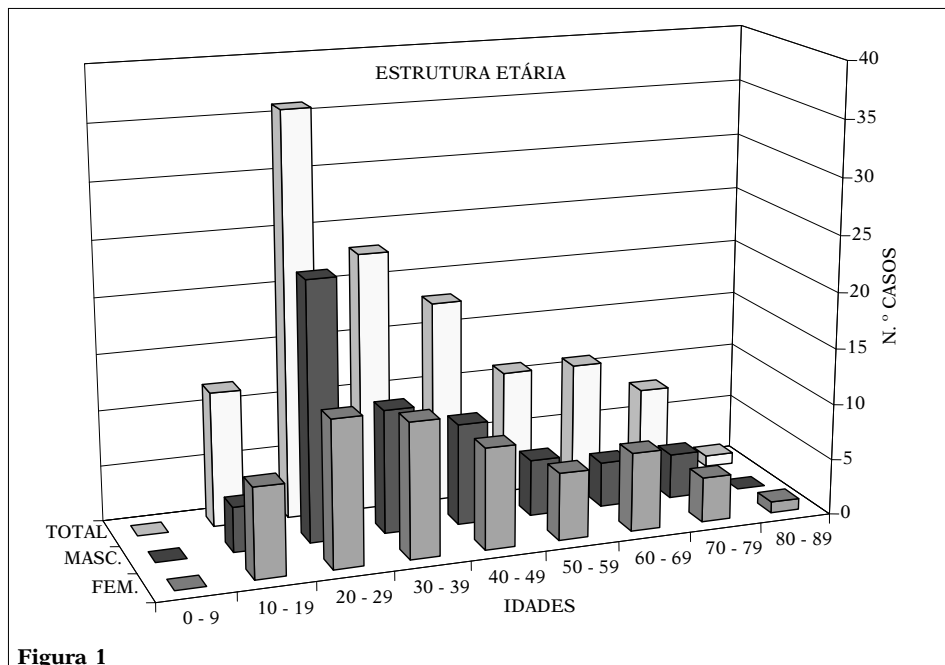


Figura 1

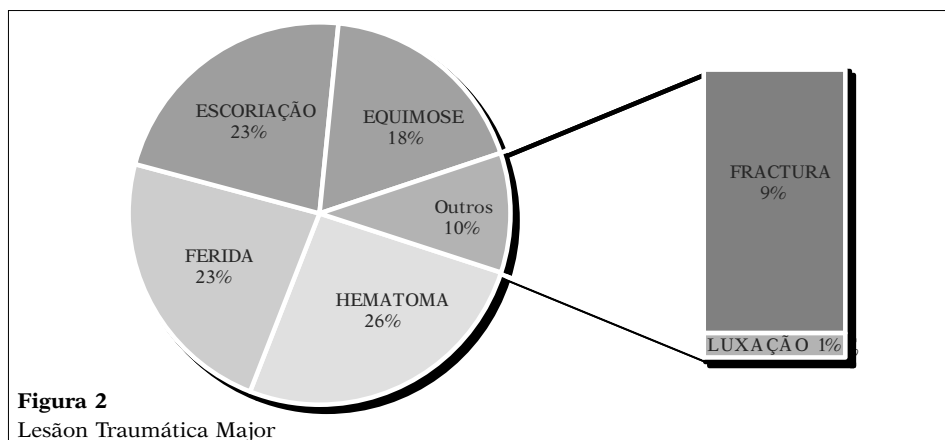


Figura 2

Lesão Traumática Major

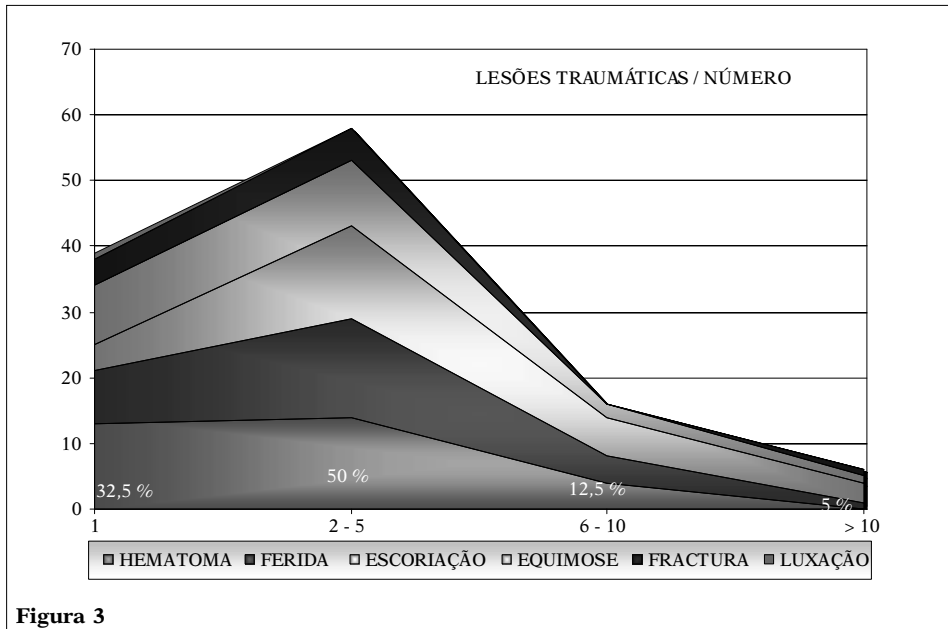


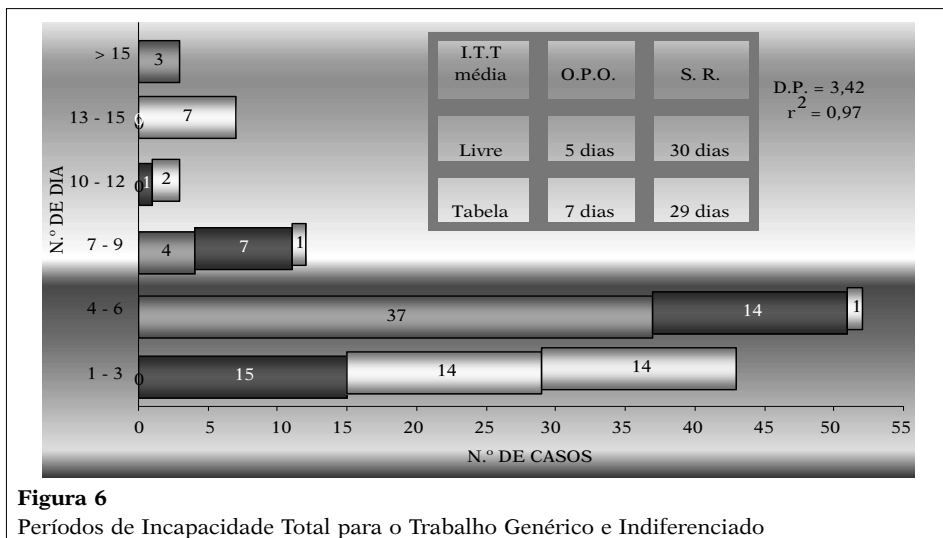
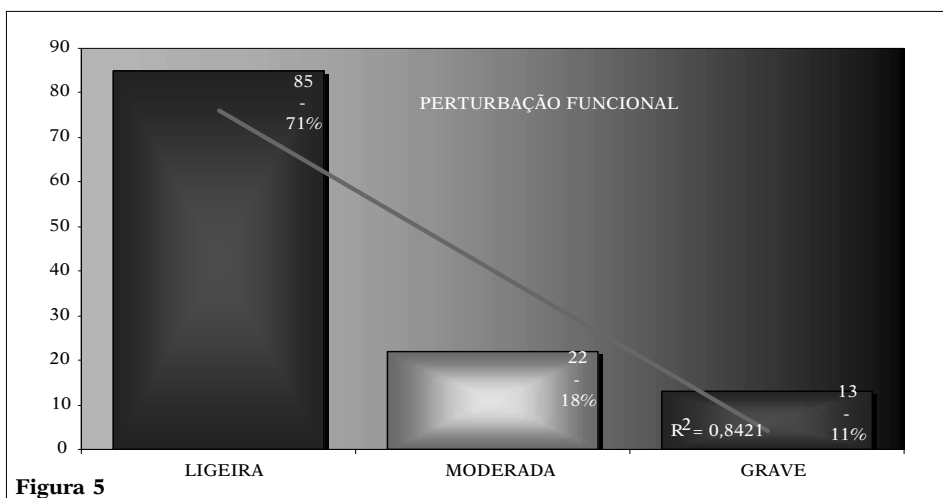
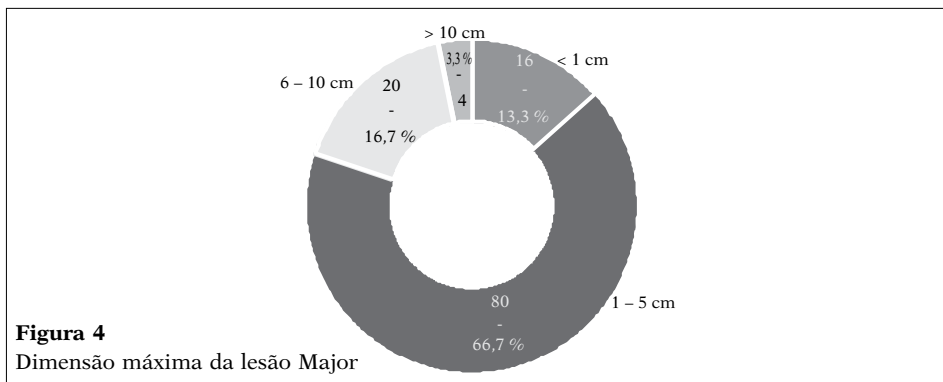
Figura 3

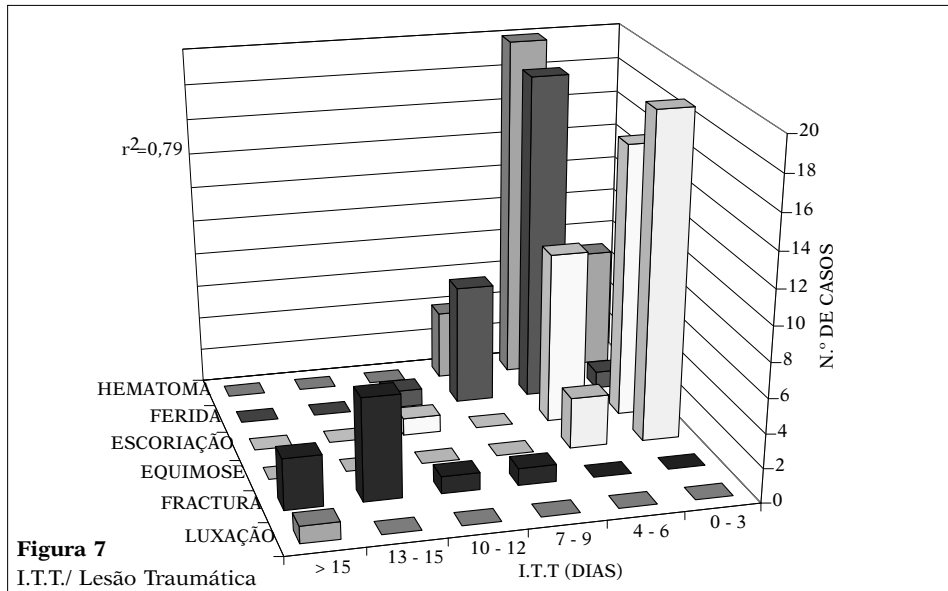
Em 66,7% (n = 80) dos casos a dimensão máxima da lesão maior, medida no seu eixo maior, foi quantificada entre 1 e 5 cm, em 16,7 % (n = 20) a sua dimensão situou-se entre 6 e 10 cm e em 13,3 % (n = 16) foi menor do que 1 cm (fig. 4). Em muito poucos casos, esta dimensão foi superior a 10 cm (3,3 %; n =4).

Constatou-se um coeficiente de correlação forte (r = 0,84) com a perturbação funcional resultante da ofensa, tendo, em 71 % (n = 85) dos casos, o grau de perturbação funcional sido ligeiro, moderado em 18 % (n = 22) dos casos e grave em 11 % (n = 13) desta casuística (fig. 5).

A I.T.T. média, fixada livre e classicamente pelo médico, foi de 5 dias para os casos de ofensas produzidas por outrem, e de 30 dias nos casos de sinistros rodoviários.

A I.T.T. avaliada segundo a tabela indicativa (D.P.=3,42), nos casos de ofensas produzidas por outrem (O.P.O.), ficou compreendida entre 4 e 6 dias em 43 % dos casos e entre 1 e 3 dias em 35,8 % dos casos (média = 7 dias) e, nos casos de sinistros rodoviários (S.R.), a média foi de 29 dias (fig. 6), constatando-se um coeficiente de correlação forte e muito forte, respectivamente com a gravidade lesional sofrida (r=0,79) – fig. 7, e com a I.T.T resultante (r=0,97) – fig. 6.



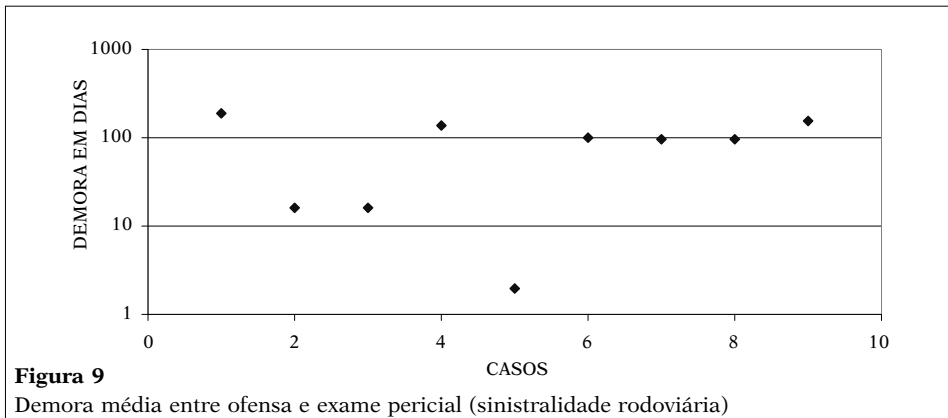
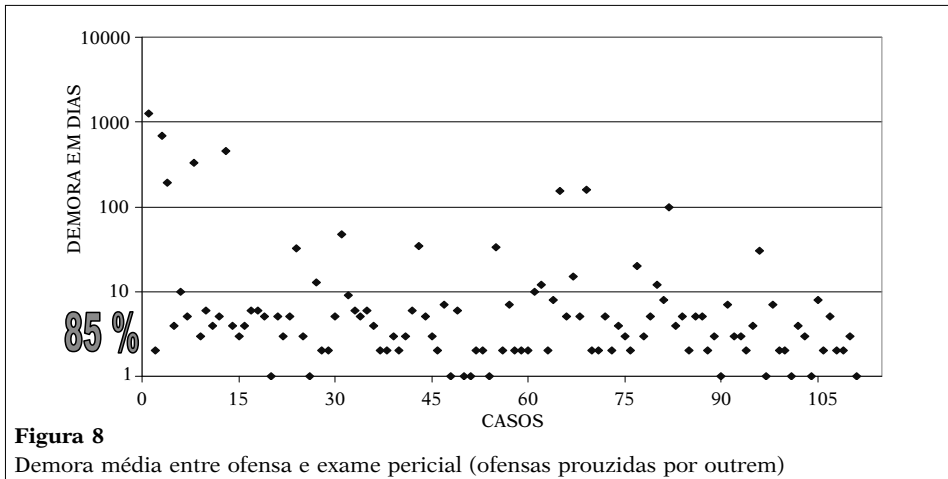


Duas realidades distintas se observaram quando estudada a demora média entre a ofensa e a realização do exame pericial, nos casos de ofensas produzidas por outrem e depois nos casos de sinistros rodoviários.

Oitenta e cinco por cento dos casos de ofensa à integridade física produzida por outrem ($n = 102$) foram objecto de exame pericial nos primeiros 10 dias após a ofensa (min. = 0, máx. = 1273), sendo a moda de 2, a mediana de 4 e a média de 35 dias (fig. 8).

Dos 9 casos estudados no caso dos sinistros rodoviários, excepção feita a um deles que foi observado 2 dias após o sinistro, todos os outros exames periciais sucederam longo tempo após a ofensa (min = 2, máx.= 189), sendo a moda de 2, a mediana de 98 e a média de 90 dias (fig. 9).

Os raros factores de discordância entre estes dois métodos estiveram relacionados com casos de lesões traumáticas específicas que necessitaram avaliação pericial complementar por especialidades médico-cirúrgicas (otorrinolaringologia, estomatologia, oftalmologia, p.e.), casos com eventual necessidade de apreciação das repercussões psicológicas temporárias das ofensas à integridade física ou ainda 1 caso que se revestiu de dificuldades acrescidas em virtude do exame pericial ter sucedido muito tempo depois da ofensa [1273 dias ó 3,5 anos] e já com completo desaparecimento das lesões traumáticas imputáveis aquela.



IV. Discussão

No domínio dos crimes contra as pessoas e concretamente contra a integridade física, a legislação penal portuguesa vigente distingue ofensas à integridade física simples e graves e pune os autores dos actos de violência em função das suas consequências.

Quando as ofensas são exercidas perante circunstâncias agravantes, as penas são majoradas e as disposições actuais do Código Penal prevêem mais de uma dezena de circunstâncias agravantes que concernem, quer a qualidade da vítima, a qualidade do agente, ou ainda as circunstâncias que estiveram na génese daquela ou envolveram especial censurabilidade ou perversidade.

Muito embora os artigos 143.º e 144.º do Código Penal vigente, não empreguem a palavra lesão, é evidente que as ofensas no corpo ou na saúde de outra pessoa, são cometidas provocando lesões, havendo, para efeitos

jurídico-penais, três aspectos que devem ser considerados, a saber, qualquer alteração da saúde ou do corpo de uma pessoa, com tradução material no seu corpo, e que essa alteração seja produzida por outrem.

Como já explanado se é facto que, pelo Código Penal vigente, o médico não será obrigado a consignar no seu relatório, o “*tempo de doença*” e de “*incapacidade para o trabalho*” que as lesões sofridas demandaram para curar (exceção feita aos casos subsumíveis do artigo 148.^{o12}) ou consolidar, não é menos certo que uma tal indicação se reveste de extrema utilidade para o Tribunal, ao qual, conforme norma de carácter geral (alínea a), n.º 2, do artigo 71.º) que consubstancia a determinação da medida da pena em função da gravidade das consequências do acto criminoso, caberá o aproveitamento da sua extensão para efeitos jurídico-penais.

Salvo melhor entendimento, clássica e doutrinariamente, neste contexto e neste âmbito de avaliação do dano, o Perito Médico quando chamado pela justiça para se pronunciar a respeito de ofensas à integridade física, na sua avaliação – para além de outras conclusões de carácter doutrinário –, deve pronunciar-se, na generalidade, sobre duas consequências da ofensa sofrida:

- a) O tempo de doença;
- b) O período de incapacidade total para o trabalho genérico e indiferenciado.

Actualmente, pelo facto da ausência de definição de I.T.T. por um texto legislativo, esta é ainda por vezes confundida com a incapacidade para realizar os actos da vida profissional e por isso com a incapacidade para o trabalho profissional.

Para além disso, não é raro ver relatórios de avaliação do dano corporal no âmbito do Direito Penal não descrevendo nenhuma lesões ou lesões sem nenhuma repercussões funcionais, ambos com propostas de fixação de I.T.T. de mais de três dias. Cumulativamente, observam-se, por vezes, assinaláveis disparidades, entre médicos, nas propostas de fixação da I.T.T. para idêntico tipo de lesão traumática, ou, mesmo, no próprio médico, que pode fixar uma I.T.T. muito diferente em duas vítimas tendo exactamente a/s mesma/s lesão/ões traumática/s.

Em virtude deste tipo de lapsos poder ter consequências significativas no plano judicial criando efectivas dificuldades ao Tribunal, a quem cabe a determinação da medida da pena em função da gravidade das consequências do acto considerado criminoso, os autores criaram a tabela indicativa acabada de apresentar baseada em critérios objectivos com intuito de limitar e balizar pelo menos aquelas variações inter e intra-pessoais, afigurando-se

¹² Ofensa à integridade física por negligência.

ter potencialidades para ser um utensílio a encarar na prática médico-legal corrente e que se propõe ajudar tanto Médicos como Magistrados neste propósito comum de avaliação do dano pós-traumático fundado em critérios similares e surge na senda das já existentes tabelas funcionais utilizadas na avaliação da incapacidade permanente no âmbito do Direito Civil.

Permitimo-nos elencar algumas vantagens que o uso desta tabela destacou através do nosso estudo.

Em primeiro lugar, centra a fixação da I.T.T. na avaliação ponderadora da perturbação funcional (P.F.) associada à/s lesão/ões sofridas, numa clara proporcionalidade com a definição de I.T.T. Sequencialmente, a todas as lesões traumáticas desprovidas de perturbação funcional, corresponde uma I.T.T. de valor nulo quando a tabela é aplicada.

Em segundo lugar, dá a conhecer, ao não médico e concretamente ao Magistrado, os elementos objectivos e a metodologia em que o Perito Médico se baseou para formular a sua proposta de I.T.T. em cada caso concreto, conferindo legitimidade, em particular ao Juiz, para opinar quanto à duração da I.T.T. proposta pelo Perito Médico no relatório pericial, admitindo por conseguinte a possibilidade daquela poder ser discutida ou mesmo contestada em caso de discordância atendível.

Paralelamente, esta tabela deixa uma grande liberdade ao Perito Médico para a sua apreciação clínica qualitativa da perturbação funcional, obrigando-o consecutivamente a ser preciso quanto ao tipo, número e dimensão das lesões traumáticas constatadas, devendo o grau de perturbação funcional ser sistematicamente precisado em todos os relatórios periciais.

Em terceiro lugar, assinala-se a contribuição clara para limitar e balizar as variações inter e intra-pessoais da avaliação clássica da I.T.T. e das disparidades que neste último caso se verificam, sendo possível com base numa avaliação puramente objectiva que a proposta de fixação médico-legal da I.T.T. seja nivelada para idêntico tipo de lesão traumática, variando sim, de acordo com o eventual compromisso funcional acessório.

Finalmente, trata-se de uma tabela que só tem valor indicativo e cuja utilização se ancora na potencial ajuda que veicula ao Perito Médico numa avaliação pericial sustentada nos elementos objectivos encontrados em cada caso concreto e que se pretende o possa auxiliar na sua proposta de fixação médico-legal da I.T.T., manifestando-se particularmente eficaz na presença de lesões traumáticas recentes, na ausência de qualquer assistência clínica ou na ausência de qualquer documentação clínica correlacionada.

Todavia, esta tabela indicativa proposta no nosso estudo não é nem nunca poderia ser perfeita, apresenta algumas insuficiências susceptíveis de serem colmatadas progressivamente por alterações introduzidas pela experiência dos Peritos que a utilizem com regularidade.

Surgiram, durante este estudo preliminar, algumas dificuldades no seu uso e que se prenderam:

- a) Com a superveniência de lesões traumáticas específicas já evocadas (ORL, dentárias, oftalmológicas, etc. ...) uma vez que a sua potencial valorização fica dependente da realização de um exame pericial complementar, adstrito à especialidade respectiva, antes de ser fixada a eventual I.T.T.
- b) Com a valorização médico-legal das repercussões psicológicas sequenciais a uma ofensa à integridade física.

Esta valorização não é consignada, em concreto, na tabela em avaliação. Só o será se esta sintomatologia tiver a relevância necessária para poder ser integrada num valor positivo (de 1 a 3) do apelidado grau de perturbação funcional (P.F.) contribuindo portanto, por si só, ou em conjunto com outras lesões traumáticas, para um determinado Grau de Incapacidade (G.I.) conferindo-lhe um correspondente período de incapacidade total para o trabalho em conformidade com a sua gravidade (Quadro II).

Relativamente a esta sintomatologia (insónias, pesadelos, queixas ango-depressivas, pavor de sair de casa, etc.), é plena convicção dos autores que a sua constatação pós-traumática recente se mostra difícil de avaliar, requerendo, por norma, uma reavaliação pericial alguns dias mais tarde com vista a estimar uma eventual I.T.T. no sentido penal do termo ou a eventual necessidade de ulterior avaliação psiquiátrica.

- c) Deparámo-nos com dificuldades acrescidas num caso em que o exame pericial só veio a ter lugar muito tempo depois da produção da ofensa à integridade física [1273 dias ó 3,5 anos] e já com completo desaparecimento das lesões traumáticas imputáveis aquela.

Claro está que, nestes casos, o Perito Médico fica completamente dependente da informação clínica possível de reunir e que deve incluir uma descrição tão fiel quanto possível das lesões traumáticas iniciais e da situação clínica que, por via das mesmas, foi criada à vítima, bem assim como incluir toda a evolução cronológica destas. Na posse destes fundamentais elementos, poderá então o Perito, por via indirecta, aplicar os dados parcelares da tabela indicativa que consideramos, com a finalidade predefinida.

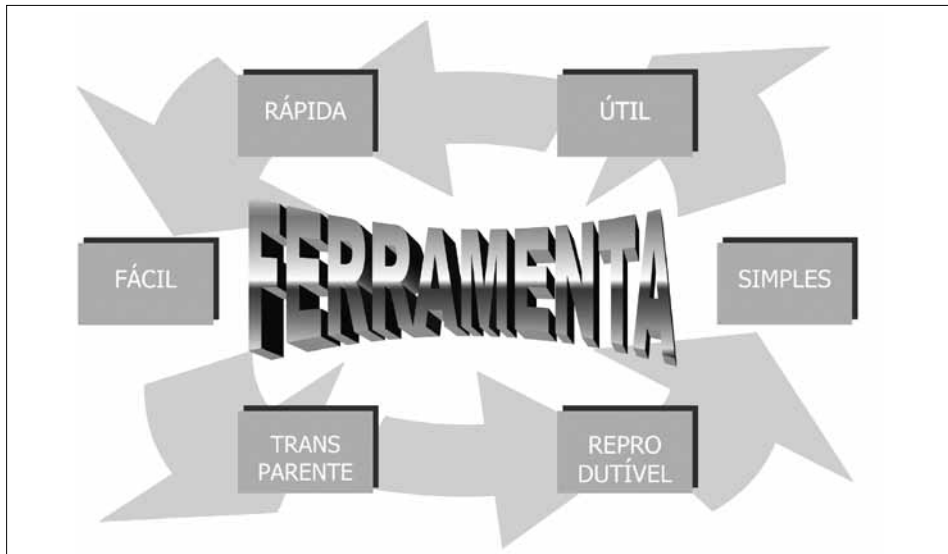
Sucede que, infelizmente, nem sempre estes requisitos fundamentais são cumpridos e, ou as lesões traumáticas não estão bem identificadas, ou não foi feita a sua descrição ou ainda, os elementos clínicos disponibilizados estão incompletos relativamente à evolução clínica, criando situações de difícil diagnóstico e que implicam condutas específicas a avaliar caso a caso.

Com a utilização regular desta Tabela é provável que outras discordâncias com a realidade clínica, para além das assinaladas, possam impor alguns ajustamentos ou mesmo correcções que iremos, numa segunda fase, tentar descortinar através da sua análise numa amostra mais expressiva no panorama médico-legal português.

Apesar de algumas insuficiências assinaladas, é inegável que as inúmeras vantagens do uso desta tabela de valor indicativo na fixação médico-legal do período de I.T.T. carreadas por este estudo preliminar, constituem resultados animadores para que possa ser objecto de uma conferência de consenso e deva constituir uma base de reflexão tendente a ajudar tanto Médicos como Magistrados numa avaliação predominantemente objectiva das consequências das ofensas à integridade física e no aproveitamento da sua extensão para efeitos jurídico-penais.

V. Conclusões

1. Através deste estudo preliminar e estribados nos animadores resultados obtidos, aos autores afigura-se que a introdução duma tabela indicativa, como a proposta, na temática da avaliação médico-legal da I.T.T., deva constituir uma base de reflexão que se propõe ajudar, tanto médicos como magistrados, numa avaliação mais objectiva das consequências das ofensas à integridade física e no aproveitamento da sua extensão para efeitos jurídico-penais.
2. A utilização desta tabela de valor indicativo não deve jamais ser encarada como uma condicionante que prive o Perito Médico da apreciação clínica pessoal de cada vítima, mas sim como uma ferramenta útil, simples, reproduzível, transparente e de fácil e rápida utilização na avaliação pericial do Dano Corporal em Clínica Forense (fig. 10) e, concretamente, na fixação prática diária da denominada incapacidade total para o trabalho genérico e indiferenciado.
3. Pontificam indicadores que apontam para a sua particular eficácia na presença de lesões traumáticas recentes, na ausência de qualquer assistência clínica ou na ausência de qualquer documentação clínica correlacionada.



VI. Bibliografia

- Brémond G, Daupleix D. Évaluation des dommages dans les traumatismes du sujet âgé. *Rev. Fr. Dommage Corp.* 2005; 3: 65-73.
- Chariot P, Bourokba N. L'incapacité totale de travail, le médecin et la victime. *Med. Leg. Soc.* 2002; 5: 26-27.
- Clarot F, Papin F, Proust B. Difficultés concernant la détermination de l'incapacité totale de travail. *Med. Leg. Soc.* 2002; 5: 19-20.
- Costa Santos J, Mendes Dias CJ. As ofensas corporais e o código penal. Da letra da lei à prática médico-legal. *Jornal do Médico.* 1987; 2239: 423-430.
- Demont L. La notion d'incapacité totale de travail en droit positif. *Med. Leg. Soc.* 2002; 5: 5-10.
- Diamant-Berger O, Zillhardt P, Benayoun, S, et al. L'incapacité totale de travail – L'ITT + P – Un terme donnant lieu à tous les contresens. *Médecine & Droit.* 1993; 3: 69-70.
- Doriat F, Peton P, Coudane H, Py, B, et al. L'incapacité totale de travail en matière pénale: pour une approche médico-... légale. *Médecine & Droit.* 2004; 27-30.
- Durigon M. *Pratique médico-légale.* Paris: Masson; 1999. p. 153-5.
- Grandmaison GL, Durigon M. Incapacité totale de travail: proposition d'un barème indicatif. *La Revue du Praticien.* 2006; 718: 111-113.
- Gromb S, Dost C. L'état d'incapacité temporaire totale et la qualification des violences. *Méd & Droit.* 2001; 48: 21-23.
- Herpin D. L'avocat face à l'incapacité totale de travail. *Med. Leg. Soc.* 2002; 5: 15-16.
- Jousset N, Gaudin A, Gaches T, et al. Incapacité totale de travail et accident de la voie publique. *Journal de Médecine Légale Droit Médical.* 2005; 48: 83-87.
- Lasseguette K, Grandmaison GL, Bourokba N, et al. Intérêts et limites d'un barème indicatif de l'Incapacité Totale de Travail (ITT). *Journal de Médecine Légale Droit Médical.* 2004; 47: 123-128.

- Leturmy L. Justice pénale et urgences médico-légales. Dossier urgence sociale et urgence sanitaire. 2007; 3: 436-445.
- Lopez G. Prise en compte du retentissement psychologique dans l'évaluation de l'incapacité totale de travail. Med. Leg. Soc. 2002; 5: 93-95.
- Maia Gonçalves M. Código Penal Português. Anotado e Comentado e Legislação Complementar. 2.ª ed. Coimbra: Almedina; 1984.
- Oliveira Sá F. As ofensas corporais e o Novo Código Penal – Primeiros comentários médico-legais. O Médico. 1982; 1618: 201-13.
- Pinto da Costa J. Ofensas Corporais – Introdução ao seu estudo médico-legal. O Médico 1983; 1648: 422-40.
- Plu I, Toubin E, Pursell-François I. Impact des variations de prise en charge médicale sur la détermination des Incapacités Totales de Travail: une question d'équité. Journal de Médecine Légale Droit Médical. 2006; 49: 204-8.
- Riomet N. Incapacité totale de travail vue par le parquet. Med. Leg. Soc. 2002; 5: 11-14.
- Sattonnet P. L'incapacité totale de travail en pratique quotidienne. Med. Leg. Soc. 2002; 5: 17-18.
- Silva F. Direito Penal Especial. Crimes contra as Pessoas. 2.ª ed. Lisboa: Quid Juris Editora; 2008.

Resumo: Incapacidade total para o trabalho – Proposta de tabela indicativa para sua fixação médico-legal

No âmbito da avaliação do Dano Corporal em sede de Direito Penal não existe nenhuma tabela baseada em critérios objectivos que possibilite aos Peritos Médicos uma avaliação concreta do período de incapacidade total para o trabalho (ITT). Cumulativamente, observam-se, por vezes, assinaláveis disparidades, entre médicos, nas propostas de fixação da ITT para idêntico tipo de lesão traumática, ou, mesmo, no próprio médico, que pode fixar uma ITT muito diferente em duas vítimas tendo exactamente a/as mesma/s lesão/ões traumática/s.

Com a finalidade de limitar e balizar estas variações inter e intra-pessoais, que podem ter consequências significativas no plano judicial, propomos o recurso a uma tabela indicativa para fixação médico-legal da ITT, aspecto que se afigura de grande utilidade para o Tribunal, ao qual caberá a determinação da medida da pena em função da gravidade das consequências do acto considerado criminoso.

Através deste estudo e estribados nos animadores resultados obtidos, aos autores afigura-se que a introdução duma tabela indicativa, como a proposta, na temática da avaliação médico-legal da ITT, deva constituir uma base de reflexão que se propõe ajudar, tanto médicos como magistrados, numa avaliação mais objectiva das consequências das ofensas à integridade física e no aproveitamento da sua extensão para efeitos jurídico-penais, não devendo jamais ser encarada como uma condicionante que prive o Perito Médico da apreciação clínica pessoal de cada vítima, mas sim como uma ferramenta útil, simples, reproduzível, transparente e de fácil e rápida utilização na avaliação pericial do Dano Corporal em Clínica Forense e, concretamente, na fixação prática diária da ITT.

Palavras-chave: Tabela; ITT; exame pericial.

Summary: Evaluation of total disability for work – A proposed scale in clinical forensic expertise
In the evaluation of body damage under the Portuguese Penal Code there is no parametric reference based on the objective criteria that can enable the Medical Expert's real assessment of the total disability for work (TDW). Cumulatively, there are at times notable differences between doctors for fixing the TDW for the same type of traumatic injury, or at other times the same doctor can set a different TDW in two cases having the same traumatic lesion/s. In order to limit and mark out these intra and inter-individual variations which may have a significant impact on judicial basis, it is proposed the use of an indicative scale to establish the TDW, which should be valuable in the judicial decision.

The chart is the result of a study done by the authors on their daily forensic expertise and proposed as a guide in the daily practice, and it should not be seen as a handicap which deprives the expert, but as a useful tool, clear and simple to manage in taking decisions.

Key-words: Total disability scale; TDW; forensic expertise.

Résumé: Incapacité totale de travail – Proposition d'un barème indicatif pour sa fixation médico-légale.

Il n'existe actuellement aucune échelle d'évaluation objective de l'incapacité totale de travail (ITT) à la disposition des médecins amenés à rédiger des expertises médicales. On observe ainsi de grandes disparités entre médecins dans la fixation médico-légale des ITT pour un même type de lésion traumatique, voire parfois pour un même médecin.

Afin de limiter ces variations inter et intra-individuelles que peuvent avoir des conséquences importantes sur le plan judiciaire, nous proposons un barème indicatif pour la fixation médico-légale de l'ITT.

Les résultats obtenus avec notre étude ont montré que l'introduction de ce barème peut constituer une base de réflexion aidant médecins et magistrats et doit être jugée comme un outil simple, reproductible, facile et de rapide utilisation dans la recherche d'une estimation aussi objective que possible de l'ITT dans la pratique medico-judiciaire, et non comme un carcan privant le médecin légiste de son appréciation clinique personnelle de chaque victime.

Mots-clés: Barème; ITT; expertise médicale.

Pedido de separatas:

J.L. FERREIRA DOS SANTOS
gabsantos@hotmail.com

Linee guida per l'estensione dell'elaborato peritale in ambito di responsabilità professionale sanitaria¹

G. Cannavò², D. Luchini³

Premessa

Le prestazioni medico legali in ambito di responsabilità professionale medica risultano generalmente notevolmente complesse e necessitano di una profonda competenza nel campo medico-giuridico.

Data l'importanza del compito che è chiamato a svolgere, il medico legale deve possedere un'elevata professionalità che sia in grado di coniugare le più avanzate acquisizioni in campo biologico-clinico con una indiscussa preparazione giuridica tale da renderlo consapevole dei recenti orientamenti dottrinari e pronunciamenti giurisprudenziali.

Elemento quest'ultimo che appare affatto irrinunciabile soprattutto al momento attuale, nel quale, di fronte a atteggiamenti ondivaghi delle Corti di Merito, lo specialista medico legale deve sapersi inserire nel meccanismo giudiziario fornendo delle conclusioni che non risultino avulse dal contemporaneo panorama giuridico.

Inoltre, soprattutto quando riveste il ruolo di consulente tecnico o perito, il medico legale deve essere conscio del fatto che da lui ci si aspetta delle risposte che, ovviamente nei limiti del possibile, devono essere fornite, evitando un atteggiamento, purtroppo molto frequente, "puramente descrittivo", dove ad un superbo trattato di clinica, non segue la doverosa discussione medico legale.

È richiesta infatti al consulente professionalità nel campo di specializzazione dello stesso ma anche la capacità di esprimere questa professionalità

¹ Artigo publicado na revista Tagete 2008; 14 (3)

² Especialista em Medicina Legal; Presidente da Associação Melchiorre Gioia

³ Especialista em Medicina Legal

all'interno del meccanismo giudiziario, dato che molte cause vengono proprio decise sulla sola base delle risultanze delle consulenze tecniche.

Ma è soprattutto nelle consulenze di parte attrice e convenuta (o offesa e indagata se l'ambito è penale) il campo nel quale si ritiene necessario un intervento "regolarizzatore" che imprima cioè, se non delle regole, per lo meno delle "linee guida" di buona pratica medico legale, dei principi ispiratori che caratterizzino una professionalità di un certo livello.

È con questo fine che è nato il presente gruppo di studio, che analizzando i suddetti problemi, ha cercato delle soluzioni auspicabili arrivando a proporre un documento che, lungi dal voler essere una risposta definitiva, rappresenti comunque un primo passo verso una condivisa consapevolezza professionale. Appare corretto infatti da parte nostra impegnarci nel fornire comunque un prodotto caratterizzato da un elevato standard di qualità e sotto questo aspetto uniforme il più possibile quando proveniente da specialisti qualificati, consci del fatto che la produzione di un elaborato peritale non del tutto corretto può portare ad una maggiore tendenza da parte dei giudici ad affidare le consulenze a clinici specialisti di settore, ed al rischio di rivalsa da parte dei colleghi vittime di procedimenti legali.

La stesura di queste linee guida non vuole peraltro rimanere un prodotto isolato del gruppo di studio che si prefigge un ulteriore scopo: ampliare, perfezionando i criteri di inclusione ed integrandoli con il lavoro qui pubblicato, l'albo dei medici esperti nella valutazione del danno alla persona già compilato per l'Associazione Melchiorre Gioia (vedi Allegato n. 1) rendendolo fruibile anche come albo dei medici esperti nella stesura di relazioni in ambito di responsabilità professionale medica, come d'altronde già operante in molti paesi per esempio in Francia dove per legge (Legge n° 404 del 4/3/2002) è stata istituita la *Commission Nationale des Accidents Medicaux (CNAM)* il cui elemento portante è stata proprio la costituzione di una «*liste nationale des experts en accidents médicaux a raison de ses compétences dans le domaine de la réparation du dommage corporel ou possède des connaissances en matière de réparation du dommage corporel vérifiée dans les conditions prévues aux articles R 1142 – 30 – 2 ou R 1142 – 31 – 1*». con criteri di iscrizione precisati per legge come l'aver esercitato la propria attività per 10 anni consecutivi presso il distretto ove si rivolge la richiesta, il non aver sospeso l'attività da più di 2 anni, l'aver eseguito almeno 80 perizie negli ultimi 5 anni in tema di danno alla persona, l'aver seguito corsi di formazione nell'ambito della responsabilità professionale medica.

In Italia tante sono le difficoltà legate alla consulenza medico legale, come bene evidenziato anche da un'analisi statistica di qualche anno fa che in particolare focalizzava la sua attenzione sui problemi legati ai Consulenti Tecnici d'Ufficio, evidenziando le carenze nella qualità e nella tempistica della consegna degli elaborati ma anche problematiche di tipo meno tecnico come

la scelta del consulente da parte del giudice. In attesa che il nostro sistema giudiziario si allinei in questo campo ai più elevati standard europei in ambito di consulenze tecniche, proponiamo quindi la creazione di un registro di medici esperti nella valutazione dei casi di malpractice che ovviamente dovrà essere strutturato ispirandosi ai già citati standard europei ma tenendo conto soprattutto di quella che è la peculiare situazione della sanità e della giustizia italiane. In particolare sarebbe auspicabile che l'iscrizione in tale registro prevedesse tutta una serie di requisiti come una comprovata esperienza professionale ed un continuo aggiornamento secondo gli standard richiesti dal programma di educazione Continua in Medicina.

Linee guida nella gestione della consulenza

La stesura di un elaborato dovrà basarsi su diversi *step*, ognuno dei quali improntato a criteri che saranno analizzati nel dettaglio.

Indicazioni di carattere generale comunque saranno innanzitutto di far precedere ogni elaborato da un corretto approccio alla pratica sottoposta alla nostra attenzione, approccio che si ispiri ai criteri già espressi nel codice comportamentale del registro dei medici esperti (vedi allegato n. 2) e che non trascuri di agire con la massima obiettività e validità scientifica nell'accertare la procedibilità della causa, non trascurando la sottoscrizione di un consenso informato (un modello del quale viene proposto all'allegato n. 3), nel quale si spieghino i limiti del successo della perizia e i rischi di insuccesso del procedimento legale, possibilmente cercando di quantificarne le rispettive percentuali, e nel quale si fornisca infine una definizione approssimativa dei costi (perizia, trasferte, note aggiuntive, consulenza di medico specialista ecc.), precisando il fine esclusivo (penale o civile) per cui viene redatto l'elaborato.

Scendendo nel particolare, la stesura di un elaborato dovrà possedere tutta una serie di caratteristiche e di passaggi a nostro avviso irrinunciabili per la qualità del lavoro:

- accurata anamnesi remota e prossima
- descrizione dettagliata della documentazione sanitaria presente
- sintesi della vicenda sanitaria in oggetto, cercando di rendere fruibile l'elencazione dei fatti a coloro che sono coinvolti ma che non possiedono competenza tecnica in materia come il paziente, l'avvocato, il giudice
- adeguato esame obiettivo quando necessario
- valutazione clinica del caso, con eventuale affiancamento di uno specialista. In questa fase si dovrà procedere ad una descrizione dettagliata dell'assistenza prestata, in relazione a quella usualmente richiesta sulla

base dell'EBM (Evidence Based Medicine) e collocandola nel tempo in cui si sono svolti i fatti;

- definire le complicanze previste per quel caso (fondamentale un'analisi statistica), illustrando con precisione il limite tra complicanza ed errore;
- identificare se vi sono dei punti in cui i comportamenti medici si sono discostati dallo standard, ovviamente tenendo sempre presente lo standard dell'epoca in cui si sono svolti i fatti;
- identificare, il nesso di causa, stabilendo se tali comportamenti siano stati realmente la causa del danno; questo è senza dubbio il passaggio cui prestare maggiore attenzione, il nodo cruciale della consulenza, anche perché di stretta ed esclusiva competenza medico-legale, in cui si dovrà conferire una valenza giuridica con un esito ben preciso ad una vicenda che fino ad adesso era soltanto clinica
- analizzare con attenzione anche il contesto in cui si sono svolti i fatti, evidenziando eventuali carenze di strutture e di personale con conseguente responsabilità degli amministratori;
- valutare il danno;
- citazioni bibliografiche aggiornate (consultazione di banche dati facilmente disponibili su Internet – Pub-Med – Cochrane, Ministero della Salute, Linee Guida Società Scientifiche).

Queste in sintesi le semplici regole di buona condotta che ogni medico legale dovrebbe far sue per un corretto approccio a questo campo tanto delicato della nostra specialità.

Profili di responsabilità

Concludendo, non si può non spendere qualche parola su quelle che possono essere le conseguenze di errori nell'attività di perizia del medico legale, forse non conosciute da tutti coloro che si cimentano in questa branca.

Il medico legale che produca una consulenza od una perizia, di parte o d'ufficio che sia, può essere chiamato a rispondere, da coloro che sono stati danneggiati da una valutazione errata, di:

- colposa induzione nella promozione di giudizio non fondato
- colposa dissuasione dal promuovere un contenzioso
- colposa induzione ad accettare transazioni svantaggiose
- danno patrimoniale provocato a terzi per perdita di documentazione clinica non ripetibile
- mancato rispetto di norme riguardanti la legge 196/03 (Privacy)
- mancata o non corretta acquisizione del consenso informato

In particolare nel caso del Consulente Tecnico d'Ufficio questo, per aver depositato una relazione erronea, può essere chiamato a rispondere nei confronti delle parti in giudizio per un'ampia gamma di norme penali:

- falso in perizia (art 373 cp),
- frode processuale (art 374 cp),
- omissione di atti d'ufficio (art. 328 cp),
- rifiuto di atti legalmente dovuti (art. 366 cp),
- omissione di denuncia (art. 361 cp),
- falsità in atti commessa da pubblico ufficiale (artt. 476-80, 483),
- consulenza-patrocinio infedele (art. 380 cp) –
- di norme civili:
- secondo l'art. 64 cpc il consulente tecnico che incorra in colpa grave in ogni caso è tenuto al risarcimento dei danni causati alla parti qualora sia accertata l'esistenza di un rapporto di causa ed effetto, certo e concreto, tra l'errore del consulente ed il danno comunque arrecato alle parti.
- Trattandosi di una responsabilità extracontrattuale, l'onere della prova spetterà a chi assume di aver subito un danno ma, riconosciuta la colpa del consulente/perito potranno a lui ascrivere le consuete forme di danno richiamate in responsabilità civile e quindi un danno biologico per l'eventuale somatizzazione d'ansia correlata con il procedimento giudiziario ovvero con il vivere una accusa ingiusta ed infamante, un danno morale per perdita della serenità familiare, un danno di immagine, un danno esistenziale, ed infine un danno patrimoniale da lucro-cessante per ridotta/cessata attività lavorativa comunque in intesa o un danno patrimoniale emergente per le eventuali spese di cura.”

Da un punto di vista pratico, nel caso di consulenza d'ufficio, si possono prospettare due ipotesi:

- 1) Il giudice chiede chiarimenti al CTU o lo sostituisce ex art. 196 CPC, con prolungamento dei tempi del processo e conseguente pregiudizio per le parti, costrette a sostenere oneri aggiuntivi per esempio gli onorari dei propri avvocati. Si tratta di un danno risarcibile, ma difficilmente assume proporzioni tali da indurre il danneggiato a citare il CTU, azione che sarebbe comunque tra i suoi diritti come sopra ricordato.
- 2) Il CTU, giungendo a conclusioni erronee, induce il giudice a pronunciare una sentenza altrettanto erronea. E' una situazione delicata: è vero che l'errore è scaturito dall'azione del CTU, ma il danno è materialmente provocato dall'esecuzione della sentenza. In una recente sentenza il Tribunale di Roma ha rigettato la richiesta di risarcimento formulata nei confronti del CTU per aver depositato una consulenza lacunosa

ed erronea, ma condivisa dal giudice, per difetto di nesso di causa, attribuendo di fatto la responsabilità del danno all'autorità giudiziaria.

Conscio dei rischi in cui può incorrere sia in campo penale che civile, è auspicabile quindi che il medico legale svolga il proprio lavoro ispirandosi alla massima professionalità, tenendo presente che anche l'elaborazione di una consulenza tecnica di parte attrice, troppo spesso affrontata in maniera "superficiale", può non essere scevra da conseguenze per il professionista.

Resumo: Linhas orientadoras de um relatório médico-legal em casos de responsabilidade profissional médica

Os autores referem a situação especial da peritagem médico-legal nos casos de responsabilidade profissional médica. O número destas situações aumentou imenso nas últimas décadas e os autores sentem a necessidade de as regulamentar através de orientações apropriadas. Obviamente esta é somente uma proposta para discussão.

Palavras-chave: Peritagem médico-legal; responsabilidade profissional médica.

Summary: Guidelines for the draft of an expert report in medical malpractice cases

The authors describe the peculiar field of the medico legal profession dealing with the medical liability. This field has extraordinarily grown up in the last decades and so the authors feel the need to regulate the subject with appropriate guidelines.

Obviously is only a proposal that should be discussed in the suitable places.

Key-words: Forensic expertise; medical liability.

Résumé: Guidelines pour le rapport d'expertise dans les cas de responsabilité professionnelle des médecins

Les auteurs se rapportent aux situations d'expertise dans des cas de responsabilité professionnelle des médecins. Étant connu l'extraordinaire augmentation de ces situations, les auteurs ont éprouvé le besoin d'établir certaines lignes d'orientation envisageant les correspondants rapports d'expertise.

Évidemment ces lignes sont seulement des propositions pour débattre.

Mots-clés: Expertise médico-légale; responsabilité professionnelle des médecins.

Pedido de separatas:

GIOVANNI CANNAVÒ

info@improntesrl.it

Quem tem medo dos jornalistas? (*media*, segredo de justiça e perícias médico-legais)

Vera Lúcia Raposo¹

1. As dimensões do problema

Não raramente surgem nos *media* notícias que divulgam dados constantes de relatórios apresentados pelos serviços de medicina legal no âmbito de um processo judicial. Desde notícias que divulgam a taxa de alcoolemia de um político que conduzia embriagado, até outras que referem o uso de substâncias dopantes por parte de um atleta numa competição olímpica, hoje em dia, e cada vez mais, cada momento da nossa vida aparece exposto nas páginas dos jornais ou nos ecrãs de televisão.

Para além dos problemas de privacidade que estas notícias inelutavelmente suscitam, o problema agudiza-se quando a divulgação de informações por meio da comunicação social tem por objecto acontecimentos que ainda estão a ser judicialmente investigados. O que significa que não se trata de uma qualquer informação, mas sim de informações a coberto de uma esfera de segredo.

Entre as informações cuja divulgação suscita mais acérrima oposição encontram-se as constantes dos relatórios médico-legais. As perícias médico-legais ocorrem sempre que sejam necessários conhecimentos técnico-científicos de carácter médico-legal, com vista à percepção e apreciação de certos factos. Incumbem aos Institutos de Medicina Legal, os quais devem concretizar os resultados a que os exames chegaram num relatório médico-legal. Estes relatórios são, por conseguinte, um meio de prova que se apresenta, juntamente com outros tantos, num determinado processo judicial.

¹ Assistente da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; Advogada

2. Aplicação das regras de processo criminal ou das regras de acesso aos documentos administrativos?

Teoricamente, o acesso a documentos emanados pelo Instituto de Medicina Legal (relatórios de autópsias, resultados de exames) poderia ser regulamentado por um de dois dispositivos legais distintos: ou se entende que se trata de documentos administrativos e se lhes aplica a Lei de Acesso aos Documentos Administrativos (a Lei n.º 46/2007, de 24 de Agosto) e o Código de Procedimento Administrativo; ou, em alternativa, estes documentos são concebidos como parte intrínseca de um processo judicial, cujo acesso se deverá orientar pelas normas que dominam o processo em causa. Estes processos poderão ser de diversa índole: civil, laboral ou criminal. As questões mais controversas relacionam-se com o processo criminal, especialmente quando este se encontra ainda em segredo de justiça. Efectivamente, embora também no contexto do processo civil se realizem perícias médico-legais, é no contexto do processo criminal que a questão mais se problematiza e, por conseguinte, será sobre esta temática que nos debruçaremos.

A posição que nos parece mais correcta – e que, além do mais, tem sido reiteradamente confirmada pela jurisprudência e pelos pareceres da Procuradoria-Geral da República (PGR) – é aquela que advoga que as normas a seguir neste particular são as consagradas no Código de Processo Penal (CPP).

A justificação desta solução reside na própria natureza dos relatórios médico-legais, que vivem na dependência do processo criminal ao qual dizem respeito. Por conseguinte, o acesso de terceiros a esses dados deverá estar submetido aos poderes das entidades jurisdicionais que a cada momento comandam o processo criminal, ou seja, aos juízes e magistrados do Ministério Público. É a estes que incumbe a direcção e responsabilidade pelo conteúdo dos processos judiciais. É também a eles que cabe avaliar o acesso aos referidos documentos com base nas circunstâncias do caso e nas normas processuais criminais atinentes em cada momento, especialmente as relativas à consulta e obtenção de cópias ou certificados.

É certo que uma vez que as cópias de estes relatórios se encontram em poder do Estado poderíamos pensar que lhes era aplicável o regime de acesso aos documentos administrativos, a lei n.º 46/2007, de 24 de Agosto, que transpôs para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2003/98/CE, do Parlamento e do Conselho, de 17 de Novembro, relativa à utilização de informações no sector público. Segundo o art. 3.º/1/a desta lei, são considerados “documentos administrativos” todos os suportes de informação – em forma escrita, visual, sonora, electrónica ou outra – que se encontrem em poder das

entidades referidas no art. 4.º da mesma lei². Mas o art. 3.º/2/b da mesma lei exclui do âmbito da referida definição os documentos que não relevem da actividade administrativa³.

Conquanto os relatórios médico-legais sejam documentos elaborados pelos serviços de medicina legal, parte integrante da administração do Estado, em bom rigor são os tribunais que determinam a sua elaboração e é em relação à função judicial que estão predestinados. Por este motivo não são propriamente documentos administrativos. Uma vez que a referida lei se restringe organicamente à Administração Pública não se pode considerar que englobe concomitantemente os tribunais.

Em Portugal os serviços de medicina legal encontram o seu regime no Decreto-Lei n.º 131/2007, de 27 de Abril, que aprova a orgânica do Instituto Nacional de Medicina Legal. Um dos seus princípios basilares é aquele segundo o qual os serviços médico-legais têm por função coadjuvar os tribunais na aplicação da justiça (art. 3.º/2/b), daqui derivando que em termos organizacionais estão incluídos no Ministério da Justiça (art. 1.º/2)⁴. Destes preceitos se deduz a dependência da actividade do Instituto Nacional de Medicina Legal face ao concreto processo judicial no seio do qual tenha sido solicitada a sua intervenção.

² Art. 3.º/1/a da Lei n.º 46/2007 – Para efeitos da presente lei, considera-se: a) «Documento administrativo» qualquer suporte de informação sob forma escrita, visual, sonora, electrónica ou outra forma material, na posse dos órgãos e entidades referidos no artigo seguinte, ou detidos em seu nome.

Art. 4.º/1 da Lei n.º 46/2007 – A presente lei aplica-se aos seguintes órgãos e entidades:

- a) Órgãos do Estado e das Regiões Autónomas, que integrem a Administração Pública;
- b) Demais órgãos do Estado e das Regiões Autónomas, na medida em que desenvolvam funções materialmente administrativas;
- c) Órgãos dos institutos públicos e das associações e fundações públicas;
- d) Órgãos das empresas públicas;
- e) Órgãos das autarquias locais e das suas associações e federações;
- f) Órgãos das empresas regionais, intermunicipais e municipais;
- g) Outras entidades no exercício de funções administrativas ou de poderes públicos.

³ Art. 3.º/2/b da Lei n.º 46/2007 — Não se consideram documentos administrativos, para efeitos da presente lei:

- b) Os documentos cuja elaboração não releve da actividade administrativa, designadamente referentes à reunião do Conselho de Ministros e de secretários de Estado, bem como à sua preparação.

⁴ Art. 3.º/2/b do Decreto-Lei n.º 131/2007 – São atribuições do INML, I. P.: Cooperar com os tribunais e demais serviços e entidades que intervêm no sistema de administração da justiça, realizando os exames e as perícias de medicina legal e forenses que lhe forem solicitados, nos termos da lei, bem como prestar-lhes apoio técnico e laboratorial especializado, no âmbito das suas atribuições;

Art. 1.º/2 do Decreto-Lei n.º 131/2007 – O INML, I. P., prossegue atribuições do Ministério da Justiça (MJ), sob superintendência e tutela do respectivo ministro.

Também o regime das perícias médico-legais – a Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto – confirma a dependência dos serviços de medicina legal em relação a um determinado processo judicial e às correspondentes autoridades judiciárias. De acordo com o seu art. 3.º/1, quando as perícias médico-legais sejam solicitadas no decurso de um processo judicial têm as mesmas que ser precedidas de um despacho emanado por autoridade judiciária ou policial⁵. O carácter coadjuvante do Instituto de Medicina Legal em relação a uma investigação criminal é corroborado pelo art. 4.º do referido diploma, que legitima esta entidade para receber denúncias de crimes, embora cominando-lhe o dever de reenvio ao Ministério Público no mais breve prazo possível. Simultaneamente, autoriza o Instituto a praticar os actos cautelares que se revelem necessários e urgentes para a conservação dos meios de prova⁶.

As referidas normas comprovam a necessária conexão entre a perícia médico-legal e um específico processo, que tem natureza judicial e não administrativa. Consequentemente, as regras aplicáveis deverão aquelas que regulam o conhecimento do processo por parte de terceiros – normas processuais penais, portanto – e não as que facultam o acesso a documentos administrativos⁷.

3. Segredo de justiça

A tramitação do processo criminal português divide-se, basicamente, em três fases, sendo que a cada uma delas corresponde uma entidade de controlo: i) o inquérito, período de investigação por excelência, sob a direcção do

⁵ Art. 3.º/1 da Lei n.º 45/2004 – As perícias médico-legais solicitadas por autoridade judiciária ou judicial são ordenadas por despacho da mesma, nos termos da lei de processo, não sendo, todavia, aplicáveis às efectuadas nas delegações do Instituto ou nos gabinetes médico-legais as disposições contidas nos artigos 154.º e 155.º do Código de Processo Penal.

⁶ Art. 4.º da Lei n.º 45/2004

1. As delegações e os gabinetes médico-legais do Instituto podem receber denúncias de crimes, no âmbito da actividade pericial que desenvolvam, devendo remetê-las no mais curto prazo ao Ministério Público.
2. Sempre que tal se mostre necessário para a boa execução das perícias médico-legais, as delegações e os gabinetes médico-legais do Instituto podem praticar os actos cautelares necessários e urgentes para assegurar os meios de prova, procedendo, nomeadamente, ao exame, colheita e preservação dos vestígios, sem prejuízo das competências legais da autoridade policial à qual competir a investigação.

⁷ Confirmando esta ideia, o parecer da PGR n.º P000302005, de 2 de Junho de 2005, no seguimento de um outro parecer dessa mesma entidade, o parecer n.º P000291998, de 24 de Abril de 1998.

Ministério Público; ii) a instrução, em boa verdade uma fase facultativa, que cabe ao juiz de instrução; iii) e o julgamento, dirigido pelo juiz de julgamento.

Ao contrário do modelo de processo criminal que nos chega da experiência norte-americana, entre nós, tradicionalmente, uma parte substancial do processo está subtraída ao escrutínio público, muito embora a recente reforma processual penal tenha alargado o alcance da publicidade.

Anteriormente o art. 86.º do CPP afirmava que o processo criminal era público a partir da fase da instrução ou a partir do momento em que esta não pudesse mais ser requerida (embora estivesse prevista a possibilidade de o Ministério Público poder determinar a publicidade externa do processo, desde que tal decisão não prejudicasse nem a investigação nem os direitos dos participantes processuais ou das vítimas e, concomitantemente, contasse com a concordância do arguido ou arguidos), ao passo que a instrução seria em principio pública, excepto se requerida pelo arguido e este se opusesse à publicidade da mesma.

Diferentemente, hoje a norma estipula simplesmente que o processo é público, excepto se os participantes processuais manifestarem vontade contrária. Significa isto que a publicidade impera hoje desde o primeiro momento⁸. Efectivamente, atendendo ao interesse da investigação e/ou ao da protecção dos sujeitos e participantes processuais, o n.º 2 do art. 86.º permite que o juiz de instrução declare o inquérito secreto, depois de ouvido o Ministério Público sobre a questão e mediante requerimento dos interessados. Concomitantemente, no seu n.º 3 autoriza o próprio Ministério Público a apresentar esse pedido ao juiz de instrução, eventualmente no seguimento de um requerimento dos mesmos interessados⁹. E, de facto, é na fase de inquérito que a ruptura do segredo se revela mais problemática (note-se que a actual redacção das referidas normas não faz menção ao segredo durante a instrução, pelo que se presume ser esta sempre pública), precisamente porque

⁸ Art. 86.º/1 do CPP – O processo penal é, sob pena de nulidade, público, ressalvadas as excepções previstas na lei.

Esta norma leva a que se afirme que “hoje, apesar do art. 20.º, n.º 3, não há segredo de justiça, há apenas excepções à publicidade” (MAGISTRADOS DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO JUDICIAL DO PORTO, *Código de Processo Penal (Comentários e Notas Práticas)*, Coimbra Editora, Coimbra, 2009, p. 223).

⁹ Art. 86.º/2 do CPP – O juiz de instrução pode, mediante requerimento do arguido, do assistente ou do ofendido e ouvido o Ministério Público, determinar, por despacho irrecorrível, a sujeição do processo, durante a fase de inquérito, a segredo de justiça, quando entenda que a publicidade prejudica os direitos daqueles sujeitos ou participantes processuais.

Art. 86.º/3 do CPP – Sempre que o Ministério Público entender que os interesses da investigação ou os direitos dos sujeitos processuais o justifiquem, pode determinar a aplicação ao processo, durante a fase de inquérito, do segredo de justiça, ficando essa decisão sujeita a validação pelo juiz de instrução no prazo máximo de setenta e duas horas.

nos reportamos a uma fase em que, por um lado, ainda não existe qualquer acusação, de modo que a presunção de inocência do arguido manifesta-se com grande vigor; pelo que devemos ser particularmente prudentes em qualquer eventual ataque a essa presunção; por outro lado, sendo esta uma fase de investigação por excelência, é precisamente aqui que a imaculabilidade das diligências investigatórias se torna vital, obstante à divulgação de informações susceptíveis de a enfraquecer.

Como se referiu, a decisão de afastamento da publicidade durante o inquérito cabe, em princípio, ao Ministério Público, embora este careça sempre do assentimento do juiz de instrução (art. 86.º/3 CPP)¹⁰. Mesmo depois do processo ter sido remetido para o nível de segredo pode o Ministério Público decretar a qualquer momento o seu levantamento, oficiosamente ou a requerimento do arguido, do assistente ou do ofendido (art. 86.º/4 CPP)¹¹. Também o juiz de instrução tem legitimidade para levantar o segredo no seguimento de um requerimento de um dos referidos sujeitos, que tenha sido desatendido pelo Ministério Público; decide por despacho irrecorrível e mesmo contra a oposição do Ministério Público (art. 86.º/5 CPP)¹². O motivo pelo qual não cabe apenas às autoridades judiciais a avaliação da necessidade do regime de segredo, mas também ao arguido, ao assistente ou ao ofendido, reside na dualidade de interesses em causa: por um lado, o interesse público na realização da justiça; por outro, o interesse individual na privacidade e no bom-nome dos envolvidos¹³.

¹⁰ Esta obrigação de homologação da decisão do Ministério Público por parte do juiz de instrução não foi considerada inconstitucional no acórdão do Tribunal Constitucional n.º 110/2009, de 11 de Março de 2009. Porém, salientou-se nos votos de vencido (da juíza Conselheira Maria João Antunes) que “[a] validação, pelo juiz de instrução, da determinação do Ministério Público em aplicar ao processo, durante a fase de inquérito, o segredo de justiça, quando os interesses da investigação o justifiquem, põe em causa a repartição constitucional das funções de investigação e acusação, por um lado, e julgamento, por outro”. Ou seja, o novo regime coloca em causa a própria estrutura processual desde há muito seguida entre nós: o processo acusatório integrado por um princípio de investigação (Manuel da Costa ANDRADE, *Bruscamente no Verão Passado – A Reforma do Código de Processo Penal*, Coimbra Editora, 2009, p. 62).

Pronunciou-se no mesmo sentido o recente parecer da PGR n.º P000252009, publicado a 17 de Novembro de 2009.

¹¹ Art. 86.º/4 do CPP – No caso de o processo ter sido sujeito, nos termos do número anterior, a segredo de justiça, o Ministério Público, oficiosamente ou mediante requerimento do arguido, do assistente ou do ofendido, pode determinar o seu levantamento em qualquer momento do inquérito.

¹² Art. 86.º/5 do CPP – No caso de o arguido, o assistente ou o ofendido requererem o levantamento do segredo de justiça, mas o Ministério Público não o determinar, os autos são remetidos ao juiz de instrução para decisão, por despacho irrecorrível.

¹³ Acórdão do Tribunal da Relação do Porto de 7 de Maio de 2008, proferido no processo n.º 0811925.

Por outras palavras, hodiernamente, a fase inicial do processo criminal só é secreta se essa for a solução considerada preferível depois de uma ponderação judicial das circunstâncias do caso concreto, regime este que remete o segredo de justiça para um plano de excepcionalidade.

Mesmo quando tenha sido decretado o segredo de justiça a lei prevê circunstâncias que nas quais se permite a sua quebra. Desde logo, quando tal seja necessário à reposição da verdade, ao exercício de direitos por parte de certas pessoas, ou à prestação de esclarecimentos públicos destinados ao estabelecimento da verdade e que não prejudiquem a investigação, ou ainda esclarecimentos públicos que visem garantir a segurança de pessoas e bens ou a tranquilidade pública. Finalmente, quando se destine à emissão de certidão de acto ou documento para fins processuais.

A ideia do “segredo de justiça” não é uma mera excentricidade do legislador criminal, que possa ser alterada ao sabor dos acontecimentos e das mundividências vigentes em cada momento. Na verdade, o conceito goza inclusive de protecção constitucional, pois o art. 20.º/3 da Constituição da República Portuguesa (CRP) estipula que a lei define e assegura a adequada protecção do segredo de justiça. A sua manutenção é tão relevante que a violação do segredo consubstancia inclusive um delito criminal (art. 371.º do Código Penal, CP)¹⁴.

Qual o fundamento de uma tão extensa protecção do carácter secreto do processo penal na tradição legal portuguesa? Na protecção dos interesses envolvidos. Antes de mais, o interesse do Estado na realização da justiça, reclamando a exclusão dos trâmites processuais de pessoas estranhas ao processo. Esta preocupação assume particular relevo em relação à Comunicação Social. Indubitavelmente, o envolvimento da imprensa pode acarretar consigo especulações sensacionalistas e assim “perturbar a imperturbabilidade”

Maria João ANTUNES (“O Segredo de Justiça e os Direitos de Defesa do Arguido Sujeito a Medida de Coacção”, in *Liber Discipulorum para Jorge de Figueiredo Dias*, Coimbra, 2003, p. 1137) refere a “tarefa de concordância prática das finalidades, irremediavelmente conflituantes, apontadas ao processo penal: a realização da justiça e a descoberta da verdade material, a protecção perante o Estado dos direitos fundamentais das pessoas e o restabelecimento, tão rápido quanto possível, da paz jurídica posta em causa pelo crime e a consequente reafirmação da validade da norma violada”. Mais à frente, continua a autora (ainda que referindo-se à versão do CPP de 1998, que ainda menor abertura apresentava à publicidade): “Como o reconhecimento daquelas três finalidades supõe a aceitação da impossibilidade da sua total harmonização, a concordância prática das finalidades conflituantes impôs limitações e até derrogações ao princípio da publicidade” (p. 1242).

¹⁴ Art. 371.º do CP – Quem, independentemente de ter tomado contacto com o processo, ilegitimamente der conhecimento, no todo ou em parte, do teor de acto de processo penal que se encontre coberto por segredo de justiça, ou a cujo decurso não for permitida a assistência do público em geral, é punido com...

das investigações, conduzindo a autênticas condenações na arena pública. De forma mais específica, diremos que aquilo que se pretende é subtrair as diligências processuais ao conhecimento dos suspeitos que, por via do domínio das ocorrências, poderiam actuar de modo a transtornar o processo, destruir e adulterar provas, e inclusive subtrair-se à actuação da justiça. Por outro lado, estes mesmos suspeitos são igualmente portadores de direitos e interesses dignos de tutela, nomeadamente o interesse em manter o processo secreto, como forma de salvaguardar o seu bom-nome e a sua reputação e a não esvaziar a respectiva presunção de inocência. Até as supostas vítimas poderão estar interessadas em preservar os factos ocorridos, sobretudo em certos tipos de criminalidade, e em particular nos crimes sexuais.

Atendendo à protecção dos referidos valores, direitos e interesses, há quem qualifique de inconstitucional a actual abertura do processo à publicidade interna e, por maioria de razão, à externa¹⁵.

3.1. Comunicação social e segredo de justiça

Dizer que um processo é público implica, entre outras consequências, que a Comunicação Social goza da faculdade de narrar actos do processo ou de reproduzir os seus termos, o mesmo valendo para aqueles actos aos quais é permitida a assistência do público (art. 86.º/6/b do CPP)¹⁶. Significa isto, *a contrario*, que em presença do segredo de justiça os meios de comunicação social não desfrutam de tal possibilidade, nem tão pouco quando, mesmo tendo já sido levantado o segredo de justiça, se trata de acto em relação ao qual foi proibida a assistência do público.

¹⁵ Paulo Pinto de ALBUQUERQUE, *Comentário do Código de Processo Penal (à Luz da Constituição da República e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem)*, Universidade Católica Editora, Lisboa, 2007, p. 243 ss.: “O legislador quer agora um outro regime de segredo de justiça, mas ele viola frontalmente os limites “essenciais” ou “constitutivos” do conceito de segredo de justiça previsto no art. 20, n.º 3 da CRP”. Em conformidade, conclui o autor pela inconstitucionalidade das normas dos n.ºs 2, 3, 4, 5 e 6 do art. 86.º, por violação dos arts. 2.º, 20.º/1/3, 32.º/5/7 e 219.º/1 CRP.

M. Maia GONÇALVES (*Código de Processo Penal Anotado, Legislação Complementar* (17.º ed.), Almedina, Coimbra, 2009, p. 254): “O regime implantado pela Lei n.º 48/2007, mormente através dos dispositivos dos n.ºs 1, 2 e 3 deste art. 86.º, contrariamente ao pensamento legislativo-constitucional, não dá adequada protecção ao segredo de justiça, designadamente nos momentos da fase inicial do inquérito, em que mais frequentemente se impõe”.

¹⁶ Art. 86.º/6 do CPP – A publicidade do processo implica, nos termos definidos pela lei e, em especial, pelos artigos seguintes, os direitos de:

b) Narração dos actos processuais, ou reprodução dos seus termos, pelos meios de comunicação social;

Em suma, o segredo de justiça vincula todas as entidades que tenham, de alguma forma, contacto com o processo (art. 86.º/8 do CPP)¹⁷. A aplicação desta regra aos jornalistas não tem sido considerada como violadora das liberdades de imprensa e de expressão¹⁸.

A consulta dos autos e a obtenção de certificados por parte de pessoas estranhas ao processo vem regulamentada no art. 90.º do CPP, que nos diz que esta possibilidade cabe àquele que invocar um interesse legítimo, desde que o documento visado não seja parte de um processo em segredo de justiça¹⁹. Cabe à autoridade competente em cada fase processual determinar, primeiro, se o processo se encontra em segredo de justiça, depois, se a requerente é titular de um interesse legítimo.

Todavia, quando o acesso seja reivindicado por jornalistas entra em jogo uma outra norma, especificamente direccionada para os órgãos de comunicação social, o art. 88.º do CPP. Este preceito contém um regime de favor, mais benéfico para os jornalistas do que o estipulado para o público em geral, na medida em que lhes permite a consulta dos autos e a obtenção de cópia, extracto ou certidão nos processos em que vigore a publicidade externa, bastando para isso alegarem um interesse legítimo.

Ainda assim, não me parece que exima os jornalistas da proibição de acesso aos dados relativos à vida privada que não constituam meio de prova, tal como vem referido no art. 86.º/7 de CPP²⁰. Se essa tivesse sido a intenção do

¹⁷ Art. 86.º/8 do CPP – O segredo de justiça vincula todos os sujeitos e participantes processuais, bem como as pessoas que, por qualquer título, tiverem tomado contacto com o processo ou conhecimento de elementos a ele pertencentes, e implica as proibições de:

- a) Assistência à prática ou tomada de conhecimento do conteúdo de acto processual a que não tenham o direito ou o dever de assistir;
- b) Divulgação da ocorrência de acto processual ou dos seus termos, independentemente do motivo que presidir a tal divulgação.

¹⁸ Pronunciando-se a favor da solução legal, por a considerar respeitadora da liberdade de expressão e de imprensa e eficaz em termos de harmonização de interesses conflitantes, MAGISTRADOS DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO JUDICIAL DO PORTO, *Código de Processo Penal...*, p. 235: “Apresentam-se, por isso, tais restrições perfeitamente adequadas aos fins visados, que são legítimos e públicos, sem exceder o estritamente necessário a tais fins e sem comprometer o essencial do direito de informar. Ou seja, trata-se de restrições proporcionais, justificadas e necessárias, não violando os preceitos constitucionais”.

¹⁹ Art. 90.º/1 do CPP – Qualquer pessoa que nisso revelar interesse legítimo pode pedir que seja admitida a consultar auto de um processo que se não encontre em segredo de justiça e que lhe seja fornecida, à sua custa, cópia, extracto ou certidão de auto ou de parte dele. Sobre o pedido decide, por despacho, a autoridade judiciária que presidir à fase em que se encontra o processo ou que nele tiver proferido a última decisão.

²⁰ Art. 86.º/7 do CPP- A publicidade não abrange os dados relativos à reserva da vida privada que não constituam meios de prova. A autoridade judiciária específica, por despacho, oficiosamente ou a requerimento, os elementos relativamente aos quais se mantém o segredo

legislador teria consagrado expressamente uma tal excepção no texto do art. 88.º do CPP, o que não sucedeu. O art. 88.º/1 do CPP limita-se a estabelecer que os meios de comunicação podem, dentro dos limites legais, relatar os actos processuais que sejam públicos, ou seja, que não se encontrem a coberto do segredo de justiça ou aos quais se permita a assistência do público em geral²¹ (todavia, não autoriza a reprodução de peças ou documentos até que seja proferida a decisão de 1.ª instância, com excepção dos casos em que exista uma autorização da autoridade judiciária que preside à fase processual em causa, ou ainda quando os referidos documentos hajam sido obtidos mediante um certificado que refira a finalidade específica à qual se dirigem, segundo o disposto no seu n.º 2)²². Nada dizendo em relação às referidas informações que contendem com a vida privada dos sujeitos processuais e que não sejam meio de prova, concluímos que vale neste ensejo a proibição geral do art. 86.º/7 do CPP. Mas, mais do que isso, é nosso entender que semelhante proibição de divulgação (excepto contanto com o consentimento da pessoa a quem digam respeito) se estende a qualquer informação da vida íntima da pessoa (sendo a intimidade o núcleo mais restrito e protegido da privacidade), ainda que materializada num meio de prova. Embora o CPP, em si mesmo, não faça tal especificação, tal proibição resulta do regime geral das leis de protecção de dados pessoais, e até do texto constitucional.

No que respeita em particular aos relatórios médicos-legais deve ter-se em consideração o n.º 2 do art. 90.º do CPP, que estabelece que autorização que venha a ser prestada para permitir o acesso a documentos não significa que a reprodução dos mesmos possa ser levada a cabo na comunicação social²³. Atendendo ao facto de os relatórios médico-legais serem “documentos incorporados no processo” (segundo a letra do próprio art. 88.º/2/a do CPP), não poderão em princípio ser divulgados pelos órgãos de Comunicação Social, excepto em muito estritas circunstâncias. A justificação deste regime particularmente severo reside no facto de o seu conteúdo abarcar aspectos

de justiça, ordenando, se for caso disso, a sua destruição ou que sejam entregues à pessoa a quem disserem respeito.

²¹ Art. 88.º/1 do CPP – É permitida aos órgãos de comunicação social, dentro dos limites da lei, a narração circunstanciada do teor de actos processuais que se não encontrem cobertos por segredo de justiça ou a cujo decurso for permitida a assistência do público em geral.

²² Art. 88.º/2 do CPP – Não é, porém, autorizada, sob pena de desobediência simples:
a) A reprodução de peças processuais ou de documentos incorporados no processo, até à sentença de 1.ª instância, salvo se tiverem sido obtidos mediante certidão solicitada com menção do fim a que se destina, ou se para tal tiver havido autorização expressa da autoridade judiciária que presidir à fase do processo no momento da publicação;

²³ Art. 90.º/2 CPP – A permissão de consulta de auto e de obtenção de cópia, extracto ou certidão realiza -se sem prejuízo da proibição, que no caso se verificar, de narração dos actos processuais ou de reprodução dos seus termos através dos meios de comunicação social.

da intimidade das pessoas. Logo, para além do resguardo que lhes é devido como documentos de um processo penal, gozam ainda da tutela dispensada aos dados pessoais, protecção esta que é ainda mais severa atendendo a que são dados sensíveis.

3.2. Institutos de medicina legal e comunicação social

Os relatórios médico-legais, tal como já ficou referido, encontram-se a coberto do segredo de justiça.

Não deixa de ser curioso que o direito processual penal se tenha revestido de inúmeras cautelas no que respeita ao acesso e difusão de escutas telefónicas por parte dos jornalistas (arts. 187.º/190.º do CPP) e, ao invés, adopte uma posição de certo modo mais “relaxada” em relação a outros elementos do processo que porventura revestem um carácter ainda mais privado, como sejam os extractos bancários e as perícias médico-legais, em relação aos quais não existe qualquer preceito expresso, de modo que valem para os mesmos as regras gerais que disciplinam a relação entre os *media* e o processo penal.

Ainda assim, se um dos funcionários do Instituto de Medicina Legal der ilegitimamente conhecimento do conteúdo de um acto processual penal ainda a coberto do segredo de justiça preencherá o tipo legal do art. 371.º do CP. Também este preceito foi alterado por força da revisão de 2007, estipulando agora que comete o crime em causa todo aquele que ilegitimamente dê conhecimento, no todo ou em parte, de um processo penal em segredo de justiça, agora com o aditamento de “independentemente de ter tomado contacto com o processo”, o que tem sido considerado como uma forma de incluir de forma mais impressiva os jornalistas no círculo de pessoas vinculadas ao segredo²⁴.

4. O conflito de interesses em presença

Este é um palco de interesses em conflito. Por um lado, o direito à informação de que é titular o público em geral, e que caminha em paralelo com o direitos que os jornalistas têm de informar, a chamada liberdade de imprensa, que na verdade é uma forma qualificada da liberdade de expressão que a todos assiste. Por outro lado, o direito à privacidade das pessoas envolvidas, bem como o seu direito à honra e ao bom-nome. Este dualismo verifica-se em todas as situações nas quais a comunicação social pretende narrar algum acontecimento. Contudo, no âmbito do processo criminal entra em cena

²⁴ Paulo Pinto de ALBUQUERQUE, *Comentário...*, p. 245.

um outro interesse: o da investigação, em última instância subordinado à realização da justiça, que reclama a confidencialidade dos factos ocorridos e das diligências tomadas.

Sublinhe-se que os direitos e interesses que aqui se confrontam com a liberdade de expressão são exactamente aqueles que o art. 10.º/1 da Convenção Europeia dos Direitos do Homem (CEDH) elenca como motivos justificativos de ingerências estaduais naquela referida liberdade, e que como tal são aceites pela jurisprudência constante do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (TEDH)²⁵.

4.1. Direito a informar e direito à informação

Para além da sua consagração constitucional, este direito – na realidade, uma duplicidade de direitos – consta igualmente da Lei de Imprensa, a lei n.º 2/99, de 13 de Janeiro, que imediatamente, no seu art. 1.º/2, nos diz que a liberdade de imprensa abarca o direito de informar, de se informar e de ser informado, sem impedimentos nem discriminações.

4.1.1. Direito a informar

O direito de informar cabe aos meios de comunicação social e está constitucionalmente proclamado no art. 38.º da CRP, com a designação de liberdade de imprensa, sendo que esta, em boa verdade, abarca um amplo espectro de dimensões, entre as quais o direito de informar. A principal consequência deste último consiste no direito de aceder às fontes de informação²⁶. Esta dimensão está expressamente consagrada no Estatuto do Jornalista (art. 8.º da Lei n.º 1/99, de 13 de Janeiro²⁷), embora esta norma esteja exclusivamente

²⁵ “[L]a « nécessité » d’une quelconque restriction à l’exercice de la liberté d’expression doit se trouver établie de manière convaincante. Certes, il revient en premier lieu aux autorités nationales d’évaluer s’il existe un « besoin social impérieux » susceptible de justifier cette restriction, exercice pour lequel elles bénéficient d’une certaine marge d’appréciation. Lorsqu’il y va de la presse, comme en l’espèce, le pouvoir d’appréciation national se heurte à l’intérêt de la société démocratique à assurer et à maintenir la liberté de la presse. De même, il convient d’accorder un grand poids à cet intérêt lorsqu’il s’agit de déterminer, comme l’exige le paragraphe 2 de l’article 10, si la restriction était proportionnée au but légitime poursuivi” (caso *Tourancheau et July c. France*, processo n.º 3886/00, 24 de Novembro de 1995, TEDH).

²⁶ Art. 38.º/2/b da CRP – A liberdade de imprensa implica:

O direito dos jornalistas, nos termos da lei, ao acesso às fontes de informação e à protecção da independência e do sigilo profissionais, bem como o direito de elegerem conselhos de redacção;

²⁷ Art. 8.º/1 da Lei n.º 1/99 – O direito de acesso às fontes de informação é assegurado aos jornalistas:

direccionada para os órgãos administrativos, sendo que, para estes efeitos, se considera sempre legítimo o interesse do jornalista no acesso às fontes de informação no contexto dos arts. 61.º a 63.º do Código de Procedimento Administrativo, isto é, o seu âmbito de aplicação restringe-se ao domínio administrativo (sensivelmente com o mesmo conteúdo veja-se o art. 22.º da Lei de Imprensa).

Todavia, a restrição do âmbito de alcance desta norma do Estatuto do Jornalista está plasmada no seu art. 3.º, quando nos diz que este direito não inclui os processos em segredo de justiça, o que significa que esta matéria será disciplinada por um diferente normativo²⁸, que não pode ser outro senão o disposto no próprio CPP.

4.1.2. Direito a ser informado

O direito a ser informado funda-se no pressuposto de que a informação na posse de entes públicos pertence, na realidade, ao público, isto é, à sociedade. O acesso à informação pretende traduzir a ideia de transparência do próprio Estado.

Uma vez que a comunidade não pode, ela própria e em todo o seu conjunto, estar presente na execução da justiça, é através da informação que recebe – nomeadamente pela comunicação social – que a sua presença se materializa, e que por conseguinte encontra dispositivos para formar a opinião pública indispensável à sindicância dos actos dos poderes públicos.

4.2. Direito à privacidade

O direito fundamental à privacidade encontra-se plasmado no art. 26.º/1 da CRP, e é depois desenvolvido nos arts. 34.º (direito à inviolabilidade do domicílio e da correspondência) e 35.º da mesma (proibição de tratamento

-
- a) Pelos órgãos da Administração Pública enumerados no n.º 2 do artigo 2.º do Código do Procedimento Administrativo;
 - b) Pelas empresas de capitais total ou maioritariamente públicos, pelas empresas controladas pelo Estado, pelas empresas concessionárias de serviço público ou do uso privativo ou exploração do domínio público e ainda por quaisquer entidades privadas que exerçam poderes públicos ou prossigam interesses públicos, quando o acesso pretendido respeite a actividades reguladas pelo direito administrativo.

²⁸ Art. 8.º/3 da Lei n.º 1/99 – O direito de acesso às fontes de informação não abrange os processos em segredo de justiça, os documentos classificados ou protegidos ao abrigo de legislação específica, os dados pessoais que não sejam públicos dos documentos nominativos relativos a terceiros, os documentos que revelem segredo comercial, industrial ou relativo à propriedade literária, artística ou científica, bem como os documentos que sirvam de suporte a actos preparatórios de decisões legislativas ou de instrumentos de natureza contratual.

informático de dados referentes à vida privada). Para além disso, conhece infracções, quer no Código Civil (veja-se o direito de personalidade do art. 80.º CC), quer no CP (recordem-se os arts. 190.º e seguintes, que tipificam as condutas de violação de domicílio, devassa da vida privada, devassa por meio de informática e violação de correspondência ou de telecomunicações).

No actual modelo processual pode verificar-se a publicidade do inquérito mesmo contra a vontade do arguido (suponha-se que o Ministério Público não requereu a sujeição do processo a segredo e que o juiz de instrução recusou o pedido do arguido nesse sentido), o que torna ainda mais premente a necessidade de assegurar mecanismos de protecção de informações da esfera da intimidade do arguido, que possam vir à baila durante o desenrolar do processo, nomeadamente durante a investigação.

A medicina legal é uma actividade técnica exercida por médicos, que se destina ao esclarecimento das autoridades judiciais em matérias de carácter médico, para que depois as autoridades possam dar a essas informações técnicas a correspondente interpretação jurídica. Para desenvolver a sua função de esclarecimento é necessária a percepção directa dos factos por parte dos médicos, a qual ocorre mediante exames em pessoas vivas ou em cadáveres. Os problemas de privacidade que em ambas situações se suscitam são, compreensivelmente, distintos. É à autoridade judiciária que cumpre definir sobre que elementos recai o segredo de justiça (art. 86.º/7 CPP), mais propriamente, avaliar se as perícias médico-legais, ou partes delas, devem estar incluídas nesse âmbito.

No que toca ao nosso particular tema podemos questionar em que medida é que a comunidade tem interesse em conhecer o referido conteúdo dos relatórios periciais. Tudo depende do exacto contexto. Por exemplo, é relevante saber características físicas do órgão sexual de um suposto agressor num crime sexual em que a vítima sustenta conseguir identificar tais características? Cremos que é. É relevante saber quais as marcas no corpo da suposta vítima, que indiquem as específicas humilhações sexuais de que foi objecto, relatadas com pormenores detalhados? Cremos que não é (excepto com consentimento da própria).

4.2.1. Dados pessoais e dados sensíveis

Tratando-se de pessoas vivas o exame consiste em, a partir do corpo ou seus componentes, recolher informações sobre o estado de saúde. O conteúdo de tais informações é, por conseguinte, classificado como dado de saúde, uma das modalidades mais sensíveis de dados pessoais.

Se partirmos do pressuposto de que a existência humana se divide em duas esferas – a pública e a privada – dados pessoais serão aqueles pertencentes à

esfera privada, pelo que carecem de especial protecção. Aprofundando esta concepção à luz da teoria das esferas, deparamo-nos com uma zona tripartida, composta por três esferas concêntricas – a da vida íntima, a da vida privada e a da vida pública – sendo aquela primeira, que constitui o epicentro do nosso círculo, a mais restrita, e esta última a fronteira final dele e a mais ampla²⁹.

De acordo com a lei de protecção de dados pessoais, a lei n.º 67/98, de 26 de Outubro (que transpõe para a ordem jurídica portuguesa a Directiva n.º 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995, relativa à protecção de dados de pessoas singulares no que respeita ao tratamento de dados e sua circulação), entende-se por dados pessoais “qualquer informação, de qualquer natureza e independentemente do respectivo suporte, incluindo som e imagem, relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável («titular dos dados»); é considerada identificável a pessoa que possa ser identificada directa ou indirectamente, designadamente por referência a um número de identificação ou a um ou mais elementos específicos da sua identidade física, fisiológica, psíquica, económica, cultural ou social” (art. 3.º/a da Lei n.º 67/98).

O cidadão possui um direito fundamental à protecção dos seus dados (art. 35.º da CRP³⁰), precisamente porque relevam da esfera da vida privada, tutelada em termos genéricos no art. 26.º da CRP³¹. Este direito contém, em boa verdade, dois direitos menores: o direito de impedir o acesso de estranhos a informações sobre a nossa vidas privada e familiar, por um lado; e o direito a que não sejam divulgadas informações sobre as referidas dimensões da nossa existência³².

²⁹ Cfr. Pilar NICOLÁS JIMÉNEZ, *La Protección Jurídica de los Datos Genéticos de Carácter Personal*, Cátedra de Derecho y Genoma Humano – Editorial Comares, Bilbao – Granada, 2006, p. 111.

³⁰ Art. 35.º/1 da CRP – Todos os cidadãos têm o direito de acesso aos dados informatizados que lhes digam respeito, podendo exigir a sua rectificação e actualização, e o direito de conhecer a finalidade a que se destinam, nos termos da lei.

Sobre a protecção de dados pessoais informatizados, José de Faria COSTA, “O Direito Penal, a Informática e a Reserva da Vida Privada”, in *Comunicação e Defesa do Consumidor* (AA. VV), Instituto Jurídico da Comunicação da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, 1996, p. 69; Helena MONIZ, “Notas sobre a Protecção de Dados Pessoais perante a Informática”, *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, ano 7, fasc. 2º, Abril- Junho/1997, p. 246.

³¹ Art. 26.º/1 da CRP – A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à protecção legal contra quaisquer formas de discriminação.

³² J. J. Gomes CANOTILHO, Vital MOREIRA, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, 4ª edição revista, Coimbra Editora, Coimbra, 2007, p. 467.

Mais do que dados pessoais trata-se aqui de dados sensíveis. Estes são, de acordo com o art. 7.º/1 da Lei n.º 67/98, os dados relativos a convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, vida privada, origem racial e étnica, saúde e vida sexual, bem como os de carácter genético³³. Dada a especial conexão que apresentam com a área mais reservada da nossa vida a lei dispensa-lhes uma protecção acrescida.

4.2.2. Regimes especiais de protecção

Por conseguinte, mesmo que o processo não se encontre em segredo de justiça, os dados contidos nos relatórios periciais médico-legais beneficiam da protecção concedida aos restantes dados sensíveis, o que faz com que a publicidade que eventualmente (e hoje em regra) caracterize o processo penal não possa derrubar o especial regime de protecção de que estes dados auferem.

Esta mesma ideia foi sublinhada num despacho do Exm.º Senhor Procurador-Geral Distrital do Porto, relativo à interpretação de algumas normas atinentes ao processo criminal: “os elementos processuais sujeitos a regime de segredo ou de sigilo de outra espécie derogados para efeitos de produção de prova em processo criminal, devem permanecer sujeitos aos respectivos regimes normativos, considerando-se igualmente excepcionados da regra da publicidade” (o próprio n.º 7.º do art. 86.º do CPP acentua esta vertente, ainda que de forma mais limitada, ao ressaltar, como limite à publicidade do processo, os dados relativos à vida privada, mas apenas o que não constituam meio de prova, o que fica aquém do conteúdo do referido parecer). Semelhante tese foi afirmada no parecer da PGR n.º P000252009, de 8 de Outubro de 2009: “Mas pelo facto de serem integrados no processo os elementos inerentes à privacidade das pessoas visadas não ficam desde logo privados da protecção que lhes é inerente que subsiste em tudo aquilo que não seja estritamente necessário à realização das finalidades do processo (...) Do mesmo modo, o acesso ao processo previsto no artigo 90.º do Código de Processo Penal deverá respeitar a especificidade dos elementos existentes no mesmo que possam ainda estar a coberto de um específico regime de segredo e da privacidade das pessoas visadas com o processo”. Este raciocínio aplica-se integralmente aos relatórios de perícias médico-legais.

Por conseguinte, perfilhamos a conclusão adoptada no Parecer, segundo a qual o art. 90.º do CPP não permite o acesso a documentos que estejam a coberto de outros regimes de segredo.

³³ Art. 7.º/1 da Lei n.º 67/98 – É proibido o tratamento de dados pessoais referentes a convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, vida privada e origem racial ou étnica, bem como o tratamento de dados relativos à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos.

4.2.3. Dever de sigilo

A existência de um regime legal de protecção pressupõe, do lado dos titulares do conhecimento dos dados em causa, um dever de sigilo, materializado na proibição de divulgação desses dados. A este dever se referem os arts. 75.º, 76.º e 78.º do CC (cartas confidenciais) e o art. 195.º do CP (violação do segredo).

No caso, está em jogo uma particular forma do dever de sigilo: o segredo médico, uma das modalidades de segredo profissional.

No seu parecer n.º 16/94, de 2 de Maio de 1996, a PGR definiu o segredo profissional como “a reserva que todo o indivíduo deve guardar dos factos conhecidos no desempenho das suas funções ou como consequência do seu exercício, que lhe incumbe ocultar, seja porque lhe é pedido segredo ou porque este é inerente à natureza do respectivo serviço ou profissão”. A preservação de tais informações consubstancia uma regra deontológica, cuja infracção poderá dar origem a um processo disciplinar. Estamos igualmente em presença de um bem jurídico-criminal, amparado por uma tipificação penal, pelo que a sua violação fará o agente incorrer na respectiva pena.

Tal como foi reconhecido pelo Conselho da Europa na Recomendação 1012, de 1985, o segredo profissional não só visa a tutela do interesse público atinente ao exercício de certas profissões, mas também a protecção do direito à privacidade das pessoas que com elas contactam e se vêm forçadas a revelar aos seus membros aspectos da vida íntima.

No caso em análise, juntamente com o segredo de justiça (“aquele especial dever, de que são investidas determinadas pessoas que intervêm no processo penal, de não revelar factos ou conhecimentos que só em razão dessa qualidade adquiriram”, como resulta do Parecer 121/80, de 23 de Julho de 1981, da PGR) conflui, pois, o segredo médico.

4.2.4. A privacidade aplicada aos mortos

Parte substancial da actividade médico-legal incide sobre cadáveres. As autópsias consistem em exames efectuados nos órgãos internos do corpo do cadáver com o objectivo de determinar as causas da morte ou de estudar as suas alterações patológicas.

A decisão acerca da proibição ou admissibilidade do conhecimento dos dados recolhidos das autópsias está condicionada por aquilo que se decida relativamente ao estatuto do cadáver.

O Código Civil português, como de resto a maioria dos ordenamentos civis, refere que a personalidade jurídica cessa com a morte (art. 68.º do CC), ou seja, a pessoa que existia deixa de existir e, como tal, não se pode falar mais de direitos dada a ausência de uma entidade que os possa titular. Com

a morte desaparece a pessoa, a sua esfera jurídica e os seus direitos, pois não existe a figura jurídica dos direitos *post-mortem*.

Mas a circunstância de não ter direitos não significa que o cadáver seja, sem mais, um objecto desprovido de qualquer tutela jurídica, se bem que alguma doutrina assim o qualifica. Mas não nos parece que se possa esquecer o resíduo personalista da pessoa que uma vez existiu. Uma célebre decisão de um tribunal de 1.ª instância de Lisboa (de 31 de Agosto de 1874) declarou que “os restos mortais de um individuo juridicamente não podem ser tidos como coisas para as tornar susceptíveis de apropriação e propriedade (...) mas sim como pessoas sem vida”. Não iremos tão longe quanto esta decisão, ao ponto de concluir pela existência de uma pessoa sem vida, uma vez que tal figura não existe juridicamente. Pessoa é, para o direito, o ente que nasceu (o que exclui embriões e fetos) e que ainda não morreu (o que exclui cadáveres), segundo o disposto nos arts. 66.º/1 e 68.º/1 do CC³⁴. É certo que o art. 71.º do CC³⁵ estabelece que os direitos de personalidade continuam a gozam de protecção depois da morte do seu titular mas, de acordo com a leitura da norma que me parece mais verosímil, tal não implica que o defunto seja, em si mesmo, titular de direitos. Parte da doutrina defende que esta norma deve ser lida como uma excepção à regra geral da extinção da personalidade³⁶, isto é, como um prolongamento da existência de alguns dos direitos de que a pessoa foi titular. Todavia, quanto a nós, o conceito de personalidade *post-mortem* deve ser recusado e, concomitantemente, também a titularidade de direitos nas mesmas circunstâncias. O que se mantém é o respeito devido à pessoa que existiu, e que podemos considerar um efeito póstumo da dignidade humana que um dia lhe assistiu. Logo, o que está aqui em causa não é o direito fundamental à dignidade humana, mas sim a dignidade da vida humana como valor objectivo, a qual continua a amparar o corpo humano

³⁴ Art. 66.º/1 do CC – A personalidade adquire-se no momento do nascimento completo e com vida.

Art. 68.º/1 do CC – A personalidade cessa com a morte.

³⁵ ARTIGO 71.º (Ofensa a pessoas já falecidas)

1. Os direitos de personalidade gozam igualmente de protecção depois da morte do respectivo titular.
2. Tem legitimidade, neste caso, para requerer as providências previstas no nº 2 do artigo anterior o cônjuge sobrevivente ou qualquer descendente, ascendente, irmão, sobrinho ou herdeiro do falecido.
3. Se a ilicitude da ofensa resultar da falta de consentimento, só as pessoas que o deveriam prestar têm legitimidade, conjunta ou separadamente, para requerer as providências a que o número anterior se refere.

³⁶ Diogo Leite de CAMPOS, *Lições de Direitos da Personalidade*, 2ª ed., Coimbra Editora, Coimbra, 1992, p. 45; Rabindranath Capelo de SOUSA, *O Direito Geral de Personalidade*, Coimbra Editora, Coimbra, 1995, p. 192

depois da morte da pessoa³⁷. É nesta perspectiva que deve ser compreendida a tutela conferida ao nome e pseudónimo da pessoa falecida (arts. 73.º e 74.º do CC), à sua honra, ao seu bom-nome e à intimidade da vida privada (arts. 76.º/2 e 77.º do CC) e à ofensa de pessoa falecida (art. 185.º do CP).

A posição do Tribunal Constitucional português é, sensivelmente, a mesma. Considerou que a concepção de Estado de Direito, e da dignidade humana que lhe é inerente, reclamam para o cadáver uma protecção equivalente à protecção da pessoa (viva) que o precedeu, se bem que recuse ao cadáver o estatuto de pessoa e, por conseguinte, a titularidade de direitos (decisão do Tribunal Constitucional n.º 130/88, de 8 de Junho de 1988).

Por conseguinte, os elementos relativos ao defunto contidos no relatório da autópsia devem igualmente ser objecto de protecção³⁸. Esta ideia de recato da vida privada do falecido fundamentou a opção legislativa de omitir a causa da morte nos assentos de óbito do registo civil (até ao Decreto-Lei n.º 54/90, de 13 de Fevereiro, esta menção era obrigatória, mas hoje em dia o art. 201.º do CC não a refere já).

4.3. A realização da justiça

A realização da justiça, resultante do bom andamento do processo, é outro dos valores que se pretende salvaguardar com o segredo de justiça,

³⁷ Jorge MIRANDA, Rui MEDEIROS (*Constituição Portuguesa Anotada*, Tomo I, Coimbra Editora, Coimbra, 2005, p. 284) escrevem que no seio de uma ordem jurídica fundada no princípio da dignidade humana merecem tutela o bom nome, a reputação e a intimidade da pessoa falecida, mas não esclarecem se se referem a uma tutela subjectiva ou meramente objectiva. Defendendo igualmente a ideia de uma dignidade humana que sobrevive à morte física, Paula Ribeiro de FARIA, *Aspectos Jurídico-Penais dos Transplantes*, Universidade Católica Portuguesa, Porto, 1995, p. 124; João Carlos Simões Gonçalves LOUREIRO, *Transplantações: Um Olhar Constitucional*, Coleção Argumentum/9, Coimbra Editora, Coimbra, 1995, p. 23.

³⁸ No mesmo sentido veja-se o parecer da PGR n.º P000302005.

Esta opinião foi igualmente defendida no parecer n.º 29/98, de 24 de Setembro de 1998: “A causa da morte é considerada como um dado sensível, ou seja, como um daqueles dados a que o cidadão tem direito à salvaguarda contra a devassa ou difusão, e em relação aos quais é proibido o acesso de terceiros. (...)”

Fácil é intuir que a causa da morte pode revelar-se degradante para a imagem do falecido e ou da sua família. (...) E, sempre que possível, deve evitar-se personalizar a informação, minimizando os riscos de potenciais ofensas à intimidade da vida privada ou familiar”.

Em contrapartida, anteriormente, no parecer n.º 129/83, de 3 de Junho de 1983, entendeu-se que “[c]om a morte cessa a vida privada e familiar do defunto, não fazendo sentido que, após aquela, se admitam violações originárias à intimidade desta”. Além do mais, uma vez que o caso envolvia figuras públicas, mesmo que se tivesse verificado uma violação da intimidade, esta seria lícita, pois o protagonismo dos envolvidos justificava, segundo se defendeu, a prevalência do direitos dos cidadãos a ser informado.

pois este não pode ser visto unicamente como parte do conteúdo de um direito individual dos participantes processuais. A divulgação de detalhes do processo põe em risco a liberdade dos juízes face às pressões da opinião comunitária, a incolumidade das provas e toda a investigação em si mesma. Em suma, pretende também salvaguardar a acção penal e o interesse na boa administração da justiça, na medida em que o segredo “é relevante também para o Ministério Público e para a máquina judicial”³⁹

No acórdão 428/2008, de 12 de Agosto de 2008, o Tribunal Constitucional declarou inconstitucional o art. 89.º/3 emergente da Lei n.º 48/2007, por violação do artigo 20.º/3 da CRP, quando interpretado como autorização inderrogável ao arguido para, no âmbito de um processo em segredo de justiça e antes de finalizado o inquérito, consultar irrestritamente “todos os elementos do processo, neles incluindo dados relativos à reserva da vida privada de outras pessoas, abrangendo elementos bancários e fiscais sujeitos a segredo profissional, sem que tenha sido concluída a sua análise em termos de poder ser apreciado o seu relevo e utilização como prova, ou, pelo contrário, a sua destruição ou devolução, nos termos do n.º 7 do artigo 86.º do Código de Processo Penal”.

Ora, se isto é assim quando a quebra do segredo se justifica pelo benefício que o arguido retiraria da consulta do processo em termos de preparação da sua defesa, por maioria de razão o deve ser quando o segredo de justiça seja confrontado com o desempenho da actividade jornalística. Não querendo aqui proceder a uma hierarquização de direitos – aliás, impossível de ser feita – parece-nos que merece maior tutela o direito de defesa do arguido em processo penal do que o direito de informar e de ser informado sobre questões que estão mais próximas da indiscricção do que da informação legítima. De facto, grande parte do conteúdo dos referidos relatórios diz respeito a pormenores íntimos da vida das pessoas, que poderão ser relevantes para efeitos de aplicação da justiça, mas não para o cidadão em geral, que em regra apenas os quererá conhecer por força da inata curiosidade humana.

5. As tentativas de harmonização dos interesses em conflito

Se é verdade que estamos em presença de interesses preponderantes que podem ditar o levantamento da publicidade do processo, também é verdade que outros interesses igualmente relevantes – e, por vezes, os mesmos interesses – têm capacidade para abrir algumas brechas no secreto de justiça

³⁹ Intervenção do deputado José Magalhães, *DAR*, II Série-RC, n.º 75, de 16 de Abril de 1997, p. 2176

que tenha sido anteriormente estabelecido. De modo que, mesmo que nos encontremos numa fase secreta do processo, não está totalmente excluído que os relatórios médico-legais possam ser divulgados pela comunicação social. Contudo, na condição de ser omitida quer a identidade da pessoa a quem dizem respeito, quer os dados mais íntimos dos ditos relatórios. Em suma, não se exclui que os jornalistas possam divulgar uma parte do conteúdo dos relatórios das perícias médico-legais, precisamente aquela que não contende com dados sensíveis. Poderá, por exemplo, relatar o facto a que o crime diz respeito, se este já for do conhecimento público, mas não outras informações, tais como o modo como o crime se perpetrou no corpo da vítima, sinais e particularidades físicas das pessoas, nem a identificação pessoal.

Não obstante, e mesmo no que respeita a dados sensíveis, cremos que não pode estar totalmente excluído o seu acesso por parte dos jornalistas. Efectivamente, a circunstância de os dados pessoais incluídos nos relatórios médico-legais constituírem dados particularmente sensíveis não implica que se lhes proíba inteiramente o acesso. Não existem direitos fundamentais absolutos, nem mesmo o direito à protecção da esfera mais recôndita da intimidade⁴⁰. Consequentemente, em alguns casos (necessariamente delimitados e excepcionais) deve admitir-se o acesso a dados sensíveis incorporados em relatórios médico-legais⁴¹, atendendo aos critérios de proporcionalidade plasmados no art. 18.º da CRP⁴². Esta derrogação à proibição genérica de acesso ocorrerá quando o direito à informação se sobreponha à imperiosa necessidade de privacidade. Certamente que este direito à informação deve ser especialmente qualificado, e não uma mera pretensão em ser informado. Ou seja, um direito à informação que se prenda com o interesse público na administração da justiça⁴³.

A concreta delimitação da matéria que pode ser conhecida e divulgada pela Comunicação Social (e note-se que não existe necessária coincidência entre uma e outra) cabe às autoridades judiciais – juiz de instrução e de julgamento – tradicionais garantes dos direitos de defesa das pessoas envolvidas.

⁴⁰ Jorge MIRANDA, Rui MEDEIROS, *Constituição...*, cit., p. 386

⁴¹ “Com efeito, assim como são admissíveis certas derrogações ao princípio do segredo de justiça, precisamente impostas pelo interesse público da descoberta dos crimes e da averiguação da responsabilidade dos seus agentes, é lícito admitir que o interesse da protecção da intimidade da vida privada possa ser sacrificado em favor desse mesmo interesse público, quando esse sacrifício não possa, de todo ser, ser evitado” (Parecer n.º 121/80 da PGR).

⁴² Art. 18.º/2 CRP – A lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição, devendo as restrições limitar-se ao necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos.

⁴³ Vide o parecer n.º 121/80 da PGR.

Esta tentativa de harmonização de interesses está igualmente presente no art. 192.º do CP⁴⁴, que descarta da punição por crime de intromissão na vida privada a divulgação de factos da vida privada ou relativos a doenças graves (não se alcança o sentido desta dicotomia, pois as questões de saúde cabem sempre e necessariamente na vida privada), na medida em que configurem um meio adequado para a realização de um interesse público relevante, interesse este que se pode eventualmente prender com o direito a ser informado, mas somente quando se trate de um interesse qualificado e não de mera curiosidade.

O próprio CPP tem consciência da necessidade de prever algumas derrogações. Ainda que não expressamente conexas com matérias relativas a dados sensíveis pretendem demonstrar que o resguardo de certas informações, por mais relevante que seja o fundamento em que se encore, não pode ser levado ao extremo de as “apagar” por completo. Em conformidade, o n.º 9 do art. 86.º do CPP estipula que a autoridade judiciária pode permitir que determinadas pessoas tenham conhecimento de um acto ou documento, desde que necessário para restabelecer a verdade ou para o exercício de um direito por parte dos interessados⁴⁵. No n.º 11.º, por sua vez, permite que a autoridade judiciária autorize que seja dado conhecimento de um acto ou documento que se encontre em segredo de justiça se necessário a um processo criminal, disciplinar ou civil⁴⁶. Qualquer destas duas possibilidades são poderes-deveres por parte das autoridades judiciárias. Estas não estão vinculadas a fazê-lo, já que tal opção depende inteiramente do seu juízo. Diferente é a redacção do n.º 12 do art. 86.º do CPP, segundo o qual, quando o processo se relacione com um acidente rodoviário, a autoridade judiciária autoriza a passagem de um certificado mediante o qual se dá conhecimento de um acto ou documento em

⁴⁴ Art. 192.º CP – Devassa da vida privada

1. Quem, sem consentimento e com intenção de devassar a vida privada das pessoas, designadamente a intimidade da vida familiar ou sexual:

d) Divulgar factos relativos à vida privada ou a doença grave de outra pessoa; é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 240 dias.

2. O facto previsto na alínea *d*) do número anterior não é punível quando for praticado como meio adequado para realizar um interesse público legítimo e relevante.

⁴⁵ Art. 86.º/9 CPP – A autoridade judiciária pode, fundamentadamente, dar ou ordenar ou permitir que seja dado conhecimento a determinadas pessoas do conteúdo de acto ou de documento em segredo de justiça, se tal não puser em causa a investigação e se afigurar:

a) Conveniente ao esclarecimento da verdade; ou

b) Indispensável ao exercício de direitos pelos interessados.

⁴⁶ Art. 86.º/11 CPP – A autoridade judiciária pode autorizar a passagem de certidão em que seja dado conhecimento do conteúdo de acto ou de documento em segredo de justiça, desde que necessária a processo de natureza criminal ou à instrução de processo disciplinar de natureza pública, bem como à dedução do pedido de indemnização civil.

segredo de justiça para efeitos de cumprimento de finalidades relacionadas com o processo criminal, disciplinar ou civil⁴⁷. Uma vez que a norma utiliza aqui a expressão “autoriza” – e não a já nossa conhecida “pode autorizar” – pareceria que anula a possibilidade de avaliação pessoal e que este acto surge, ao invés, como uma obrigação. Contudo, a remissão para o número anterior esclarece que ambos os preceitos se mantêm ainda na liberdade de avaliação da autoridade judiciária⁴⁸.

O art. 18.º da CRP é invocado sempre que se verifique um conflito de direitos fundamentais, na medida em que estabelece regras que há que respeitar quando seja necessário limitar estes direitos⁴⁹. Pois bem, a resolução de um conflito passa necessariamente por restrições sucessivas a cada um dos direitos, até encontrar um ponto óptimo de equilíbrio que permita a máxima satisfação de todos eles com o mínimo de limitações ao seu conteúdo. Somente quando tal equilíbrio não seja possível se deve partir para a anulação de um dos direitos, o mais débil no caso concreto, a favor do direito mais forte⁵⁰.

No nosso particular dilema, cabe à autoridade judiciária confrontar o direito à reserva da vida privada dos sujeitos das perícias médico-legais com o hipotético interesse legítimo daquele que solicita o acesso aos relatórios. Note-se que a elevação do “interesse legítimo” a critério de avaliação do comportamento apresenta uma relação bastante próxima com a actividade dos jornalistas, pois já no art. 180.º do CP, a propósito dos crimes contra a honra, exclui-se a criminalização daqueles que actuem em prossecução de um interesse legítimo. Agora a questão centra-se em saber se os jornalistas,

⁴⁷ Art. 86.º/12 CPP – Se o processo respeitar a acidente causado por veículo de circulação terrestre, a autoridade judiciária autoriza a passagem de certidão:

a) Em que seja dado conhecimento de acto ou documento em segredo de justiça, para os fins previstos na última parte do número anterior e perante requerimento fundamentado no disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 72.º

⁴⁸ Analisando a redacção destas normas, e chegando a esta mesma conclusão, o parecer da PGR n.º P000302005.

⁴⁹ Sobre esta norma, J. J. Gomes CANOTILHO, Vital MOREIRA, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, 4ª edição revista, Coimbra Editora, Coimbra, 2007, p. 381 ss.

Sobre os limites aos direitos fundamentais, Luis AGUIAR DE LUQUE, “Los Limites de los Derechos Fundamentales”, *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, 14, 199, p. 13/34; Martin BOROWSKI, “La Restricción de los Derechos Fundamentales”, *Revista Española de Derecho Constitucional*, 59, año 20, 2000, p. 39 ss.; José Manuel Cardoso COSTA, “Les Conditions de la Limitation des Droits Fondamentaux dans le Droit et la Justice Constitutionnelle Portugaise”, in *Constitution – Lex Superior* (AA.VV), Belgrade, 2004, p. 73 ss.; Gregorio PECES-BARBA MARTÍNEZ, *Curso de Derechos Fundamentales, Teoría General*, Universidad Carlos III de Madrid, Boletín Oficial del Estado, Madrid, 1999, p. 590/616.

⁵⁰ José Carlos Vieira de ANDRADE, *Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976*, 2.ª Almedina, Coimbra, 2001, p. 310 ss.; J. J. Gomes CANOTILHO, *Constituição Dirigente e Vinculação do Legislador* (reimpressão), Coimbra Editora, Coimbra, 1994, p. 199, 200.

no exercício das suas funções profissionais, são sempre e necessariamente titulares de um interesse legítimo, fundado no seu direito a informar e, concomitantemente, no direito do público a ser informado. Será que a sua relevantíssima função social confere ao jornalista um interesse legítimo que se pode dizer insito à sua profissão? Mesmo que assim se entenda, tal não implica que esse interesse tenha sempre que prevalecer sobre o direito à intimidade dos envolvidos. Mas parece-nos que nem sequer é verdadeira esta correlação necessária entre o direito a informar e a titularidade de um interesse legítimo⁵¹. Por exemplo, quando o jornalista procure pormenores macabros sobre a intimidade mais reservada da pessoa – com vista, não a informar o público, mas sim a satisfazer a curiosidade mórbida dos leitores para fomentar o aumento das vendas – não se vislumbra qualquer interesse que mereça protecção legal.

Esta ideia de ponderação e harmonização resulta também do Estatuto do Jornalista (Lei n.º 1/99) que, no seu art. 14.º, impõe ao jornalista o dever de não identificar certas pessoas (as vítimas de crimes contra a liberdade e a auto-determinação sexual, bem como os menores que tenham sido objecto de medidas sancionatórias) e, concomitantemente, o dever de salvaguardar a privacidade das pessoas⁵². Uma das principais dificuldades nesta matéria resulta da indeterminação do conceito de privacidade, dado que os seus contornos oscilam continuamente com a evolução da sociedade, conduzindo a uma permanente comunicabilidade entre o sector público e o privado⁵³.

Há que reconhecer os inúmeros perigos de uma descrição incorrecta dos factos nos *media*, já que se corre o risco da actividade de investigação lesar a presunção da inocência da pessoa que está a ser investigada e, assim, perturbar a decisão final. Além do mais, provoca uma desnecessária consternação social.

No caso concreto que nos preocupa a tudo isto acrescente a particular sensibilidade de algumas das informações em jogo, relativas ao corpo, à

⁵¹ José de Faria COSTA, *Estudos Comemorativos do 150.º Aniversário do Tribunal da Boa-Hora*, 1995, p. 196, apud *Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial, Tomo I*, (dirigido por Jorge de Figueiredo Dias), Coimbra Editora, Coimbra, 1999, p. 616.

⁵² Art. 14.º da Lei n.º 1/99 – Independentemente do disposto no respectivo código deontológico, constituem deveres fundamentais dos jornalistas:

- c) Abster-se de formular acusações sem provas e respeitar a presunção de inocência;
- d) Não identificar, directa ou indirectamente, as vítimas de crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual, bem como os menores que tiverem sido objecto de medidas tutelares sancionatórias;
- f) Abster-se de recolher declarações ou imagens que atinjam a dignidade das pessoas;
- g) Respeitar a privacidade de acordo com a natureza do caso e a condição das pessoas;

⁵³ Manuel da Costa ANDRADE, *Comentário Conimbricense...*, cit., p. 730.

saúde, ao mapa genético, em suma, ao núcleo mais recôndito da nossa vivência pessoal.

Em conformidade, a revelação de qualquer informação deve pautar-se por critérios de máxima prudência e objectividade. Não é tarefa fácil realizar este equilíbrio, desde logo porque a justiça e a comunicação social se pautam por tempos distintos: enquanto a primeira se caracteriza por um tempo lento e ritualizado, já a segunda move-se de forma dinâmica, muitas vezes mais rapidamente do que a sociedade pode aceitar e, por maioria de razão, do que a justiça consegue acompanhar⁵⁴.

Resumo: Quem tem medo dos jornalistas? Media, segredo de justiça e perícias médico-legais

Hoje em dia os media expõem publicamente todas as dimensões da nossa vida, inclusive as respeitantes a uma investigação criminal e correspondente punição. Por um lado, a liberdade de imprensa é um direito fundamental (uma dimensão da liberdade de expressão) que representa uma forma indispensável de informar a sociedade e de permitir o controlo do poder judicial. Por outro lado, a revelação de estes factos atenta contra a reserva da vida privada e contra a eficácia na administração da justiça, sobretudo quando o processo se encontra em segredo de justiça.

Quando as informações divulgadas se referem a relatórios médico-legais o problema é particularmente complexo uma vez que estamos em presença de informações de natureza mais íntima. A lei portuguesa sobre protecção de dados pessoais qualifica como dados sensíveis os que respeitem à saúde, à vida sexual e ao património genético da pessoa, e atribui-lhes uma protecção especialmente gravosa. Deste modo, os relatórios médico-legais beneficiam, não somente da protecção do segredo de justiça, mas também da protecção dos dados sensíveis. Por conseguinte, o acesso dos jornalistas a estes relatórios deve ser severamente limitado.

Palavras-chave: Jornalistas; liberdade de imprensa; relatórios médico-legais; processo criminal; segredo de justiça; dados sensíveis; reserva da vida privada.

Summary: Who is afraid of journalists? Media, Camera Proceeding and forensic expertises

Nowadays the media publicly expose all dimensions of our life, including the ones respecting to a criminal investigation and the application of the corresponding penalty. On the one hand, freedom of press is a fundamental right (a dimension of the right to freedom of expression) which represents an indispensable form of informing the society and to allow the control over the judicial power. On the other hand, the revelation of these facts attempts against the reserve of private life and against the efficiency in the administration of justice, mainly when the procedure is still camera proceeding.

⁵⁴ Felisbela LOPES, *Comunicação e Sociedade 2, Cadernos do Noroeste*, Série Comunicação, Vol. 14 (1-2), 2000, p. 346.

When the information released refers to a medico-legal report, the problem is particularly complex because we are in front of information with a more intimate nature. The Portuguese law on protection of personal data qualifies as sensitive data the ones regarding health, sex life and genetic patrimony of the person, and attributes them an especially strict protection. As a result, medico-legal reports enjoy, not only from the protection of camera proceeding, but also from the protection of sensitive data. Therefore, journalists' access to these reports must be severely limited.

Key-words: Journalists; freedom of press; medico-legal reports; criminal procedure; camera proceeding; sensitive data; reserve of private life.

Résumé: Qui a peur des journalistes? Media, secret de justice et expertises médico-légales
Aujourd'hui les media exposent publiquement tous les dimensions de notre vie, inclusive ceux que respectent à une investigation criminelle et à l'application de la correspondante punition. D'un côté, la liberté de presse est un droit fondamental (une dimension de la liberté d'expression) qui représente une forme indispensable d'informer la société et de permettre le control du pouvoir judiciaire. D'un autre côté, la révélation de ces faits attente contra la réserve de la vie privée et contre la efficacité de la administration de la justice, surtout quand le procès est encore en secret de justice.

Lors que les informations divulguées se rapportent à un rapport médico-légal, le problème est particulièrement complexe parce qu'on est en présence de information de nature plus intime. A propos de la protection des données personnelles, la loi portugaise qualifie comme données sensibles ceux que respectent à la santé, à la vie sexuelle et au patrimoine génétique de la personne, et les attribue une protection spécialement graveuse. Ainsi, les rapports médico-légaux bénéficient, non seulement de la protection du secret de justice, mais aussi de la protection de données sensibles. Conséquemment, l'accès des journalistes à ces rapports doit être sévèrement limité.

Mots-clés: Journalistes; liberté de presse; rapports médico-légaux; procès criminel; secret de justice; données sensibles; réserve de la vie privée.

Pedido de separatas:

VERA LÚCIA RAPOSO

vera@fd.uc.pt

Lesión por desaceleración tras colisión frontal

A. E. Hernando Lorenzo¹, F. García-Nieto Gómez-Guillamón², A. Menchaca Anduaga³

Introducción

A raíz de la investigación biomecánica de un accidente de tráfico, consistente en una colisión frontal entre un camión y un turismo, con el resultado de la muerte de los cuatro ocupantes del turismo, se revisan los mecanismos de lesión torácica por desaceleración, que presentaban, entre otras lesiones, los fallecidos.

Descripción del caso

Accidente de circulación ocurrido sobre las 06,45 horas del día 24 de agosto de 2008, en carretera Nacional, consistente en la colisión frontal angular derecha entre un camión Mercedes Benz modelo 1017 y un turismo Seat modelo Córdoba 1.9 TD, del que resultaron cuatro personas muertas, una persona herida grave y daños materiales de consideración en ambos vehículos.

Se refiere que a la llegada de la Fuerza Instructora al lugar del accidente, los vehículos ocupaban sus respectivas posiciones finales, en el interior del turismo Seat Córdoba se hallaban el conductor y los usuarios sin aparentes señales de vida, mientras que el conductor del camión Mercedes había sido rescatado del interior por unos usuarios desconocidos y era asistido de sus lesiones en el interior de una ambulancia, tras haber volcado el camión sobre su lateral izquierdo.

¹ Médico; Especialista en Medicina Intensiva y Cardiología, Dpto. de Medicina Intensiva, Hospital Universitario "12 de Octubre", Madrid; Magister Universitario en Valoración del Daño Corporal

² Médico; Especialista en Medicina Intensiva y en Anestesiología y Reanimación., Dpto. de Medicina Intensiva, Hospital Universitario "12 de Octubre", Madrid; Master Universitario en Pericia Sanitaria.

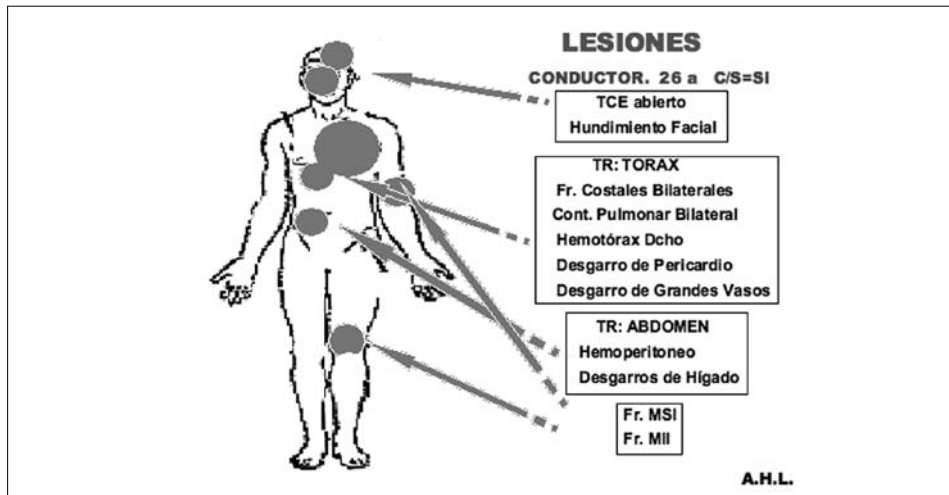
³ Enfermera; Directora de Enfermería del SUMMA 112 – Sistema de Emergencia de la Comunidad Autónoma de Madrid; Alumna del Curso de Master en Pericia Sanitaria

Un testigo, en su manifestación circunstancial indicó “...que fue adelantado por el turismo Seat Córdoba, realizándolo su conductor a mucha velocidad...”

D. J. L. B., conductor del turismo, de 26 años de edad presentaba las siguientes **lesiones**: Erosiones faciales múltiples. Fractura hundimiento macizo facial y TCE abierto. Polifracturas torácicas, fracturas cerradas con luxación de miembro superior e inferior izquierdo.

En cavidad torácica: Se aprecian lesiones fracturarias en la parrilla costal derecha e izquierda. Los pulmones se encuentran multicontudidos con grandes zonas equimóticas contusas en su pared anterior tanto en el pulmón izquierdo como el derecho. En hemitórax derecho se aprecia varios litros de hemotórax. El pericardio se encuentra desgarrado con salida parcial del corazón de su habitáculo normal, existen desgarros de los grandes vasos a nivel de su inserción cardiaca. Tras disección de pericardio, se observan lesiones equimóticas en endocardio de ventrículo izquierdo.

En cavidad abdominal, importante hemoperitoneo que llega hasta fondo de saco de Douglas Hígado con numerosos desgarros por hiperflexión responsables del hemoperitoneo tan abundante de la cavidad. Resto de órganos sin interés.



D. J. L. V. R., ocupante del asiento delantero derecho, sufrió las siguientes **lesiones**: *En cara*, en región fronto-parietal central, amplia herida contusa por donde se aprecia la salida de masa encefálica y se aprecia hemorragia encefálica importante. Herida contusa en región interciliar. A la palpación, fractura polifragmentaria de bóveda craneal, y de todo el macizo facial con importante crepitación entre los fragmentos libres. Otorragia bilateral con salida de masa encefálica indicativo de la existencia de una fractura a nivel

de los huesos de la base craneal. Múltiples escoriaciones y heridas contusas e incisivas en toda la cara más abundantes en el lado izquierdo.

En tronco, en el costado derecho amplia herida contusa con gran atrición de los tejidos subyacentes. Amplia herida contusa en región torácica en donde se halla enclavado un trozo de material plástico procedente del vehículo, de forma rectangular y de color negro, que podría tratarse de la tapa de la radio o de algún otro elemento del salpicadero. En todo el plano toraco-abdominal anterior numerosas heridas contusas, excoriaciones y quemadura por fricción.

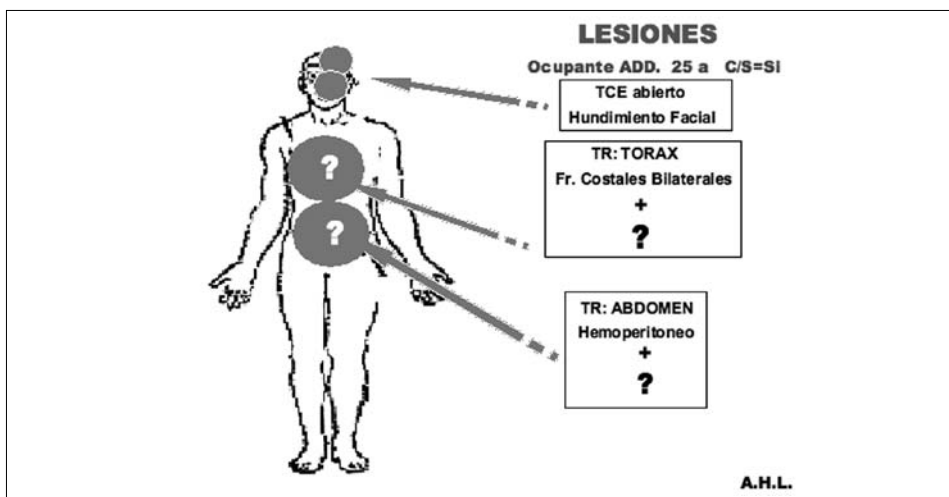
En extremidades superiores: Excoriación longitudinal en hombro derecho, amplias excoriaciones a lo largo del brazo y antebrazo, y herida contusa en dorso de la mano izquierda. En la extremidad derecha fractura cerrada a nivel del tercio distal de cubito y radio con deformidad manifiesta de la zona.

En extremidades inferiores: Erosión lineal en cara posterior del muslo derecho. Fractura de ambos fémures con gran deformidad, crepitación y movilidad anormal. Fractura de tibia izquierda. Herida contusa en dorso del pie izquierdo.

Examen interno

La palpación y la inspección a través de la amplia herida contusa del tórax tras retirar el objeto extraño que la ha causado, pone de relieve la existencia de numerosas fracturas costales la afectación importante de pulmones y corazón y la existencia de hemorragia interna.

A nivel abdominal a la palpación se aprecia fluctuación por la existencia de líquido libre, consecuencia de lesiones viscerales que han dado lugar a hemorragias internas, por todo ello no se considera necesario proceder a su apertura.

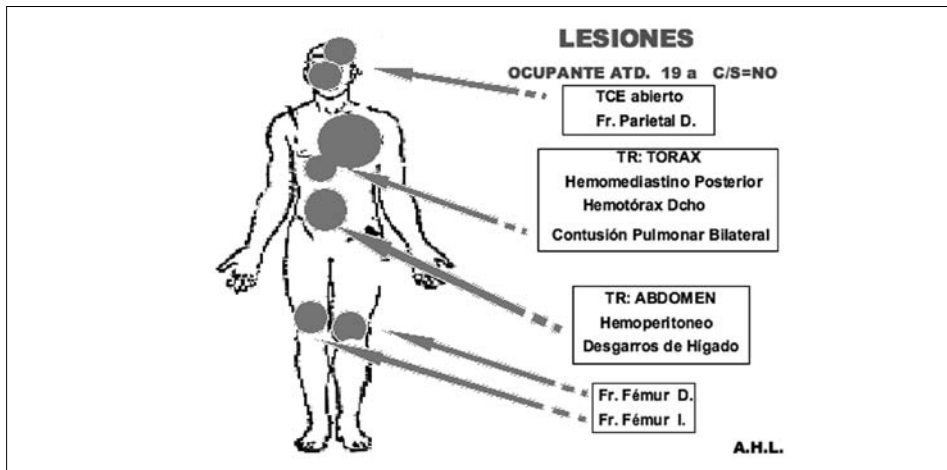


Consideraciones medico-forenses

El cuerpo del fallecido ha sufrido un fuerte impacto frontal con graves lesiones a nivel craneal y toraco-abdominal. La presencia de múltiples cristales y restos de materiales plásticos del salpicadero, confirma la posición que ocupaba en el vehículo, usuario delantero derecho. También esta posición explica la fractura de las extremidades inferiores.

Conclusiones medico-forenses

Que J. L. V. R. murió de forma violenta, que la etiología de la muerte fue la accidental (accidente de tráfico), que la causa inmediata fue la destrucción de centros vitales, siendo la causa fundamenta un politraumatismo con traumatismo craneoencefálico abierto y traumatismo toraco-abdominal.



D. Y. D. M., ocupante del asiento trasero derecho, de 24 años de edad, sufrió las siguientes **lesiones**:

En cara, en región parietal derecha, amplia herida contusa en scalp con un gran colgajo en forma semicircular por donde se aprecia que existe una fractura con depresión del fragmento en bóveda craneal y hemorragia encefálica importante. Múltiples escoriaciones y heridas contusas e incisas en toda la cara más abundantes en región central de frente, nariz y boca. *En cavidad craneal* existe fractura de bóveda craneal y hemorragia encefálica.

En cuello: Dos escoriaciones de unos dos centímetros y paralelas entre sí en cara lateral derecha.

En tronco: En todo el plano toraco-abdominal anterior, escoriaciones y quemaduras por fricción. No lesiones en la espalda. Tras la disección de partes blandas y retirar el peto esterno-costal donde no existen lesiones osteomuscu-

lares, quedan al descubierto las vísceras de estas cavidades donde se aprecia: hemotórax derecho, hemomediastino posterior; contusiones hemorrágicas en todo el pulmón derecho y en el lóbulo superior del izquierdo. Hemoperitoneo. Desgarros en cara superior e inferior del hígado.

En extremidades inferiores: Excoriaciones en cara anterior y lateral interna el tercio distal del muslo derecho con fractura del fémur a este nivel. Herida contusa en cara anterior de pierna derecha. Fractura cerrada de tercio distal de fémur izquierdo.

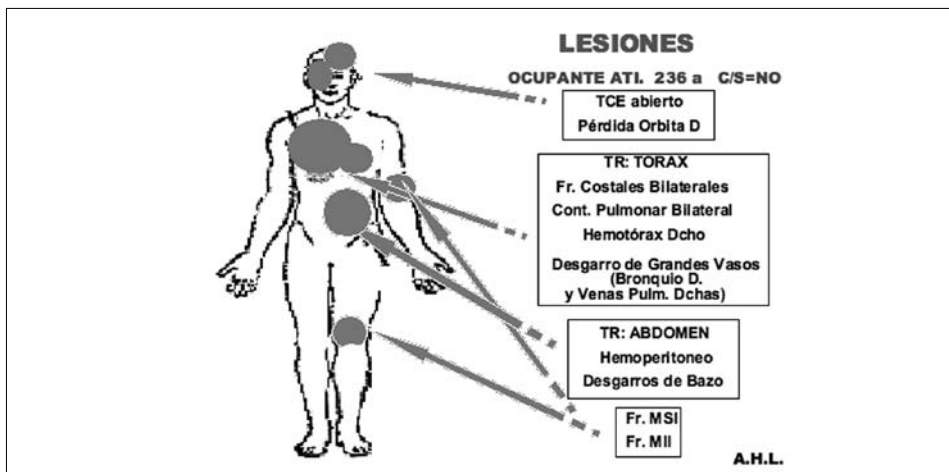
Consideraciones medico-forenses

El cuerpo del fallecido ha sufrido un fuerte impacto frontal con graves lesiones a nivel craneal y toraco-abdominal predominantemente en el hemicuerpo derecho, incompatibles con la vida y que se explican por la posición que tenía en el vehículo.

Conclusiones medico-forenses

Y. D. M. murió de forma violenta, que la etiología médico-legal de la misma fue la accidental (accidente de tráfico), siendo la causa inmediata un shock hipovolémico post-hemorrágico, siendo la causa fundamenta un politraumatismo con traumatismo craneoencefálico abierto y traumatismo toraco-abdominal.

D. J. M. V. G. ocupante del asiento trasero izquierdo, de 26 años de edad, sufrió las siguientes **lesiones:** erosiones faciales múltiples. TCE abierto. Pérdida de órbita derecha. Polifracturas torácicas de miembros superiores e inferiores abiertas con luxación de fragmentos.



En cavidad craneal, lesiones traumáticas de TCE abierta a la inspección y palpación; se decide respetar su apertura.

Cavidad torácica: Se aprecian lesiones fructuarias en la parrilla costal derecha e izquierda. Los pulmones se encuentran multicontundidos con grandes zonas equimóticas contusas en su pared anterior tanto en el pulmón izquierdo como en el derecho. En hemitórax derecho se aprecia varios litros de hemotórax. Existen desgarros de los grandes vasos a nivel de su inserción cardiaca, encontrándose a este nivel: bronquio y venas pulmonares derechas con grades desgarros. El corazón tras disección de pericardio muestra lesiones equimóticas en endocardio de ventrículo izquierdo.

En cavidad abdominal se aprecia un importante hemoperitoneo que llega hasta fondo de saco de Douglas. Se observa desgarros de bazo responsables del hemoperitoneo. Resto de vísceras sin interés.

Valoración medico-legal

Se ha puesto de manifiesta la existencia de un traumatismo torácico cerrado que ha producido multicontusiones pulmonares y desgarró de grandes vasos y pulmón derecho. Por otro lado, otra lesión importante se encuentra a nivel craneal con fractura abierta craneal y pérdida de órbita derecha. Se ha encontrado en abdomen un importante hemoperitoneo como consecuencia de desgarros de bazo por hiperflexión del órgano. Por último, se ha evidenciado fracturas cerradas con luxación e miembro superior e inferior izquierdo. Las lesiones son compatibles con accidente de tráfico.

Conclusiones

Naturaleza de la muerte, violenta, siendo la causa y mecanismo de la misma, parada cardio-respiratoria. Traumatismo torácico cerrado. TCE abierto. Hemorragia interna aguda, siendo la etiología de la misma, accidental derivado de tránsito rodado.

Investigación del accidente

Tras visita realizada a la zona del accidente y entrevista con el propietario del camión siniestrado y con el operario de la grúa que retiró el turismo siniestrado, se obtuvo por parte del perito médico la siguiente información:

El accidente se produjo sobre las 06,00 horas de la mañana, cuando el automóvil conducido por cuatro jóvenes, adelantó a un coche conducido por un bombero (testigo) y a un coche conducido por un Guardia Civil que iba

a trabajar, invadiendo el carril contrario en una curva que es punto negro, produciéndose la colisión frontal contra el camión, el cual volcó sobre su lado izquierdo a consecuencia del impacto.

El conductor del camión le declaró que iba a unos 30-40 Km/h, con el cinturón de seguridad y que vio venir el coche, quedando aturdido tras la colisión, saliendo por arriba (ventanilla de puerta derecha) tras no poder abrir la puerta de su lado. El conductor había realizado una maniobra evasiva dirigiéndose hacia la derecha, hacia el arcén, al ver venir el coche.

La Guardia Civil tras recoger el disco tacógrafo del camión, comentó que marcaba alrededor de 30 Km/h). -El propietario del camión me comenta que el conductor llevaba solamente 30 minutos trabajando-).

En la zona donde se produjo el siniestro, se había producido otro accidente recientemente (en efecto en la zona del accidente se observan flores sobre la banda bionda que me comenta corresponden a otro accidente previo al ocurrido la madrugada del 24 de agosto).

(Recortes de prensa: Lavozdigital.es – local – Ciudadanos, en efecto refiere que: **“El accidente de Vejer ocurrió en un punto negro con escasa señalización”**).

El día del accidente no había niebla, el camión circulaba prácticamente vacío; se trata de un camión comprado en subasta del ejército alemán, tratándose de un camión usado con tracción 4x4 que transportaba una cisterna con agua, estando la cisterna prácticamente vacía.

El camión siniestrado presentaba entre otros los siguientes desperfectos:

El neumático derecho delantero reventado, rota la caja de cambios por su parte media, doblada la cabina y doblado el cardan, rota la caja 4x4, observándose restos de sangre en la parte frontal a la altura del parachoques, que correspondería a alguno de los ocupantes del turismo. En la puerta derecha del camión se observa sangre correspondiente al conductor del camión quien salió por la ventanilla de ese lado y que al parecer sufrió un TCE leve con conmoción cerebral, y una fractura abierta en mano izquierda de la que ha tenido que ser intervenido en dos ocasiones (desconociendo por mi parte si existe alguna lesión adicional).

La cisterna presenta también deformaciones en su lado izquierdo, correspondientes al fuerte impacto al volcar, así como deformaciones en su parte delantera.

Dadas las características del camión y su tara y observadas las deformaciones, tanto del camión como del turismo siniestrado se trata de una colisión frontal a alta velocidad con gran disipación de energía.

La zona del accidente, se trata de una carretera nacional con curva hacia la izquierda según el sentido de circulación del camión. La curva tiene señalización horizontal con línea continua y al camión le afecta señal de límite de circulación a 60 Km/h.

En la zona del accidente al parecer había tras el mismo huellas de derrape del turismo.

Entre las causas del accidente podría haber habido un despiste del conductor del turismo, creyendo que continuaba por la autovía, circulando por tanto por el carril izquierdo de la carretera nacional, una vez se había terminado la autovía.

Esta explicación no parece factible, ya que la distancia que hay entre la finalización de la autovía y el punto del accidente es superior a dos kilómetros, por lo que no parece posible que no se hubiesen encontrado con tráfico de frente antes de producirse la colisión.

De cualquier forma, al automóvil y en la zona previa al impacto, estando ya en la carretera nacional, le afectaban señales de 80 Km/h, seguida de otra con limitación a 60 Km/h y de otras a continuación con prohibido adelantar y cruce con prioridad, existiendo como señalización horizontal línea doble continua.

En la zona del impacto había restos y vestigios del accidente de los cuales estaban restos de la matrícula delantera del camión, un cenicero del turismo, un perno de la parte delantera del camión (parachoques), etc.

El turismo presentaba grandes deformaciones correspondientes a un impacto frontal excéntrico angular que afectaba sobre todo a la parte delantera derecha, hasta sobrepasar la mitad del frontal del turismo. El eje delantero derecho tenía una desviación hacia atrás de unos 50 cms. Había intrusión en el habitáculo. El volante estaba torcido y había retroceso de la zona de pedales en el habitáculo. El volante estaba torcido en sentido horario (más cerca del conductor la parte derecha del volante), y deformado en su circunferencia.

Llamaba la atención la marcada deformación de los asientos delanteros, que están doblados hacia delante en la zona del respaldo, existiendo sangre en ambos respaldos. Estas deformaciones marcadas se deben al empuje producido hacia delante por los dos ocupantes de los dos asientos traseros, al no quedar retenidos por cinturón de seguridad.

Los dos cinturones de seguridad delanteros estaban cortados tras haberse producido el rescate de conductor y acompañante, por parte de los bomberos (el automóvil comenzó a incendiarse –se trata de un Seat Córdoba diésel).

Los dos cinturones traseros laterales no habían sido utilizados, estando el derecho atrapado por detrás del respaldo del asiento, y el izquierdo en posición de reposo.

Se observa masa encefálica en la parte interior de la ventanilla trasera izquierda.

Las ruedas del turismo presentan los neumáticos con dibujo conservado aparentemente y la rueda delantera derecha está atrapada con el guardabarros.

Las puertas del lado derecho han sido retiradas durante el rescate. Las puertas del lado izquierdo permiten su apertura aunque están relativamente encajadas.

El cuenta kilómetros del turismo tiene la aguja del velocímetro detenida en 110 Km/h. El turismo no dispone de airbags.

El lateral izquierdo muestra raspaduras que podrían deberse a golpe contra la bionda, previamente a meterse debajo de la esquina delantera derecha del camión, haciéndole volcar hacia su izquierda.



Deformaciones en la cisterna del camión tras el vuelco hacia la izquierda



Deformaciones en el frontal del camión por el impacto

Daños en la estructura inferior del camión por transmisión de fuerza



Trayectorias seguidas por el turismo Seat Córdoba y el camión



Desperfectos y deformaciones en el turismo Seat Córdoba



Desperfectos y deformaciones en el turismo Seat Córdoba



Deformación en el volante de la dirección



Velocímetro con la aguja señalando 110 kms/h



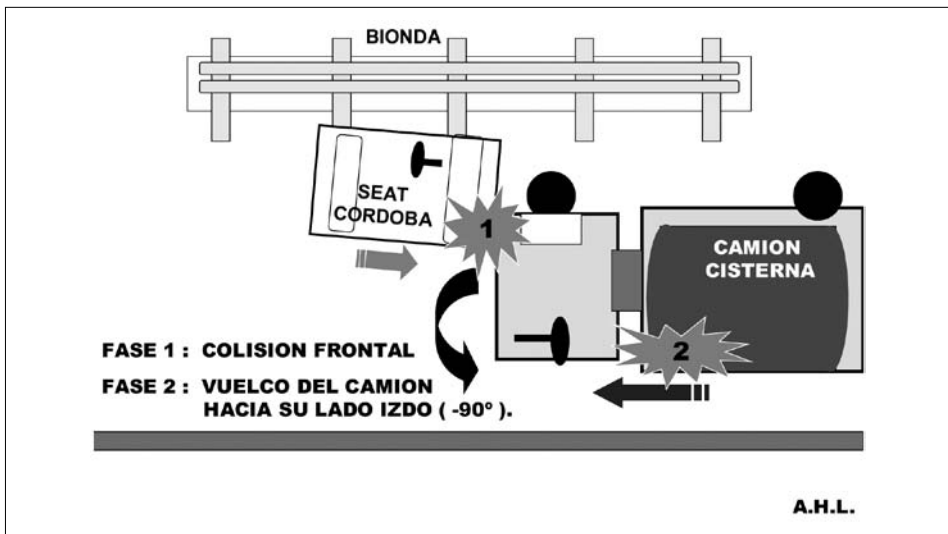
Colision frontal camion cisterna
– Seat Córdoba

Discusión y comentarios

Se trata de un accidente de tráfico en el que fallecieron cuatro jóvenes, tras colisionar frontalmente con gran violencia el turismo en el que viajaban, contra un camión. Los dos ocupantes del asiento delantero utilizaban cinturón de seguridad y los del asiento trasero no lo utilizaban.

De forma aproximada (y con las reservas correspondientes), se puede considerar que el cambio de velocidad del turismo /delta-v) en el momento del impacto fue superior a 100 kms/h., lo que implicó la acción de grandes fuerzas de desaceleración sobre los ocupantes del turismo.

Deben tenerse en cuenta las siguientes circunstancias: La gran diferencia de pesos entre los dos vehículos involucrados en el accidente (incompatibilidad), la dirección principal de fuerza que afectó a los ocupantes del turismo, de delante hacia atrás, enfrentándose a la tendencia de sus cuerpos a desplazarse hacia delante; el uso o no de cinturón de seguridad por parte de los ocupantes; etc.



Los mecanismos por los que se producen lesiones en colisiones tras accidentes de tráfico son: a.- contacto – el cuerpo de los ocupantes contacta con estructuras del interior del turismo y/o contra otros ocupantes-, b.- intrusión -se producen deformaciones en el turismo por fuerzas externas, que hacen que las estructuras del vehículo se proyecten hacia el interior, reduciendo el espacio del habitáculo del vehículo- y c.- desaceleración, producida por un cambio de velocidad muy rápido, y de intensidad variable. (En el accidente que comentamos, habrían existido los tres mecanismos).

Los ocupantes del turismo tenían lesiones cráneoencefálicas, toraco-abdominales y en miembros, que determinaron su muerte inmediata «in situ». La discusión que sigue, versará exclusivamente sobre las **lesiones torácicas por desaceleración**.

Swank. G. y cols., “Deceleration Thoracic Injury”, “Lesión Torácica por Desaceleración”, J. Trauma, 2001, Vol. 51: 970-974, refieren que entre las cinco lesiones principales torácicas por deceleración (contusión miocárdica, rotura traumática de aorta, fractura esternal, volet torácico y rotura traqueo-bronquial), las lesiones coexistentes son llamativamente raras.

Los autores revisaron las historias clínicas de todos los pacientes con diagnósticos finales de las lesiones mencionadas anteriormente tratadas en el Centro Médico de la Universidad de New Jersey en Newark, en los diez años precedentes a 1997.

Entre 142 pacientes, todas víctimas de accidentes de tráfico hubo 38 contusiones miocárdicas, 36 roturas traumáticas de aorta, 33 fracturas esternales, 28 volets torácicos y 7 roturas traqueobronquiales. Hubo seis lesiones coexistentes (3,5%).

Las lesiones torácicas por deceleración se producen cuando un individuo se mueve hacia delante y se detiene repentinamente, golpeando con alguna parte del tórax con algún obstáculo que está fijo o se mueve a una velocidad mucho menor.

Los accidentes de tráfico son la causa más frecuente y los ocupantes de los asientos delanteros son los más vulnerables. Las caídas desde altura son otras causas de ese tipo de lesiones.

Las lesiones principales a menudo con riesgo vital, incluyen rotura traumática de aorta, rotura traqueo-bronquial, contusión miocárdica, fractura esternal y volet torácico. Algo sorprendente es la observación de que raramente se ven cualquiera de estas lesiones combinadas en el mismo paciente. Por ejemplo un choque frontal entre automóviles y conductores comparables, produce una fractura esternal sufrida por un conductor y una rotura traumática de aorta por el otro.

Los autores mantienen la hipótesis de que esas lesiones torácicas por deceleración, pueden producirse por combinación y que los pacientes con ellas raramente llegan vivos al hospital y que si lo hacen, el pronóstico es sombrío.

La infrecuente observación de lesiones asociadas, puede deberse a que dichas lesiones no se reconocen, debido a que la víctima muere en la zona del accidente o poco tiempo después de la llegada al hospital, y no se realiza la autopsia. Si se observan lesiones coexistentes, el pronóstico es malo, ya que en este estudio se observó una mortalidad del 67%. **Si existía asociación de tres lesiones torácicas por deceleración, el pronóstico era incluso peor, mostrando una mortalidad del 100%.**

La **rotura traqueo-bronquial** producida por lesión por deceleración en tórax, se explica por el mecanismo más frecuentemente citado que es la compresión del esternón contra la columna que desplaza hasta el pulmón lateralmente.

Al ocurrir esto, la tráquea se desgarrar cerca de la carina y cualquiera o ambos de los bronquios principales pueden también desgarrarse. Por esta razón el 80% de tales lesiones se producen en los 2,5 cms. próximos a la carina. Estas lesiones son también raras, o al menos se encuentran raramente, ya que hasta el 82% de pacientes con tales lesiones, mueren antes de llegar al hospital.

Los autores vieron una incidencia de 0,7 por año en un Centro de Trauma de Nivel I y otros refieren incidencias similares, que varían de 0,3 a 1 caso por año.

En lo que se refiere a la **lesión de aorta torácica**, las otras lesiones torácicas son vistas raramente en un superviviente, pero ésto no significa que no se produzcan. Ya que más del 85% de pacientes con rotura traumática de aorta mueren "in situ", sólo unos pocos reciben la atención del médico con posibilidad de estudios complementarios en el hospital.

La rotura traumática de aorta en un superviviente es más que probable que sea una lesión torácica aislada y la literatura apoya este postulado. En un análisis de 137 artículos publicados entre 1976 y 1997 sobre el tema de Trauma Cerrado de Aorta Torácica, Nagy y cols. (J. Trauma, 2000; 48: 1128-1143), concluían que "parece haber una asociación negativa con fracturas del esqueleto torácico".

En su revisión de 182 pacientes con rotura traumática de aorta tratados en diez Centros Quirúrgicos Cardiovasculares en Francia, Atou y cols. (Ann. Thorac. Surg. 2000; 69: 70-73), no listaban ninguna de las otras cuatro lesiones torácicas entre las muchas lesiones asociadas sufridas por su población de pacientes.

Hunt y cols., del Registro de Trauma de Carolina del Norte, refirieron 144 pacientes con rotura traumática de aorta tratados en ocho Centros de Trauma de Nivel I-II en un periodo de siete años. Hubo 9 pacientes con fracturas esternales y 10 pacientes con "volet torácico" (6% y 7% respectivamente).

En un estudio de lesión aórtica en accidentes de tráfico, Williams y cols. (Ann. Thorac. Surg. 1994; 57: 726-730), encontraron 105 en 90 víctimas (15 tenían lesiones aórticas múltiples) en un periodo de 5 años en la Oficina del Forense del Condado de Erie (Nueva York). Se encontraron fracturas costales múltiples en el 78% y fractura esternal en el 28%. Casi todos los pacientes (94%) habían muerto en la primera hora tras la lesión.

Las **lesiones cardíacas por traumatismo cerrado** están entre las causas principales de muerte tras accidentes de tráfico (Krasna MJ, Flancbaum L.

“Blunt cardiac trauma: clinical manifestations and Management”, *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 1992 ;4(3):195-202). La lesión en corazón está presente en alrededor del 20% de los muertos en accidentes de tráfico (Fitzgerald M, Spencer J, Johnson F, Marasco S, Atkin C, Kossmann T. “Definitive management of acute cardiac tamponade secondary to blunt trauma”, *Emerg Med Australas* 2005;17(5-6):494-9. Las lesiones cardíacas estaban presentes en un 16% de los pacientes en la serie de Glinz et al. (Glinz W, Turina M. Blunt heart injuries. *Langenbecks Arch Chir* 1986;369:129-38) de los pacientes que habían sufrido traumatismo torácico cerrado el 25% de estos casos no tenían fracturas costales concomitantes. Las roturas de cámaras cardíacas están presentes en autopsia en 36-65% de muertos por traumatismo cardíaco cerrado, mientras que en las series clínicas, sólo se refiere en un 0.3-0.9% de casos, y es un hallazgo infrecuente. Las lesiones cardíacas pueden afectar a diferentes estructuras: pericardio, miocardio, arterias y venas coronarias, cuerdas, músculos papilares y válvulas y grandes vasos.

La **rotura cardíaca** es una lesión torácica de gran riesgo vital inmediato, dado el compromiso hemodinámico que produce. Se da en grandes traumatismos torácicos (traumatismos torácicos abiertos y heridas por arma de fuego o arma blanca, así como en traumatismos torácicos cerrados de gran energía). La rotura cardíaca produce un taponamiento cardíaco masivo al llenarse el saco pericárdico con la sangre procedente de las cavidades cardíacas. Si es una rotura abierta, origina un shock hipovolémico con hemotórax masivo, sin taponamiento cardíaco, y el pronóstico es fatal.

En España, la causa más frecuente de traumatismo cardíaco es el secundario al traumatismo torácico sufrido tras un accidente de tráfico, bien por contusión directa en la cara anterior del tórax o por mecanismo de aceleración-deceleración con afectación cardíaca y ocasionalmente vascular. Sin embargo, en los últimos años se ha observado, posiblemente en relación con la utilización de mecanismos pasivos de seguridad como el “airbag” en los automóviles, que el índice de lesiones secundarias a traumatismo torácico directo ha disminuido de manera considerable.

La American Association for the Surgery of Trauma (AAST) y en concreto su comité Organ Injury Scaling (OIS) desarrolló en 1994 una escala con seis niveles para objetivar la severidad del traumatismo cardíaco, con el fin de describir uniformemente las diferentes lesiones, realizar una gradación respecto al nivel de afectación cardíaca y evaluar su pronóstico.

La incidencia de daño cardíaco en el traumatismo torácico cerrado se ha cifrado en torno al 10-16%. La etiología más frecuente del traumatismo cardíaco cerrado en nuestro medio es el accidente de tráfico, pero también puede ser una consecuencia de caídas de altura, golpes recibidos en peleas o por la práctica de deportes de riesgo.

Los principales mecanismos de afectación del corazón durante un accidente de tráfico son la compresión brusca del mismo entre el esternón y la columna vertebral y el movimiento de aceleración-deceleración, que es el origen de múltiples lesiones, tanto cardíacas como de los grandes vasos del tórax.

Por lo general afecta a las cámaras de baja presión – cavidades derechas (aurícula y ventrículo derechos), y por su mayor proximidad al esternón, la pared libre de ventrículo derecho es la más propensa a sufrir una contusión cardíaca (Chiu WC, D'Amelio LF, Hammond JS. "Sternal fractures in blunt chest trauma: a practical algorithm for management", *Am J Emerg Med* 1997; 15: 252-255), principalmente cuando la contusión es frontal –*como en el caso que comentamos*-. Sin embargo, entre los que llegan vivos al hospital, la auricular derecha es la cámara afectada con mayor frecuencia. En hasta el 30% da casos, la rotura afecta a más de una cámara.

En muchas ocasiones se observan lesiones valvulares sin afectación de la pared libre y, aunque no son muy frecuentes, se han descrito casos de grave disfunción de la válvula tricuspídea o mitral. El traumatismo afecta generalmente al aparato subvalvular y lesiona las cuerdas tendinosas y los músculos papilares; estas lesiones se manifiestan coincidiendo con la diástole, cuando el ventrículo se encuentra distendido. La válvula aórtica se lesiona por rotura directa del anillo o por afectación de la aorta ascendente. También pueden objetivarse fístulas entre cavidades

Según Perchinsky, M.J., W.B. Long, and J.G. Hill, "Blunt Cardiac Rupture", *Arch Surg*, 1995. 130: p. 852-857, el traumatismo cardíaco cerrado, en su mayoría producido en el contexto de accidentes de tráfico, puede causar rotura miocárdica como resultado de la compresión cardíaca entre el esternón y la columna, por impacto directo (traumatismo esternal, o por lesión por desaceleración, o por una combinación de ellas.

Puede producir rotura de los músculos papilares, rotura de la pared libre cardíaca o del tabique interventricular. Las cámaras cardíacas afectadas, en orden decreciente de frecuencia, son el ventrículo derecho, el ventrículo izquierdo, la aurícula derecha y la aurícula izquierda.

El traumatismo cerrado sobre el pericardio desarrolla, por regla general, poca repercusión clínica, ya que muchos desgarros que se producen en esta estructura pasan desapercibidos, aunque ocasionalmente puede originar complicaciones como derrames pericárdicos con o sin taponamiento cardíaco, bien de forma aguda o subaguda (José Ramón Echevarría J R, San Román A. "Evaluación y tratamiento de los traumatismos cardíacos", *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 727 – 735.

En ocasiones, la presencia de líquido se cronifica, originando con el tiempo una pericarditis constrictiva que en algunos casos ha hecho necesaria la práctica de una pericardiectomía. Si el desgarro pericárdico es muy amplio,

el corazón puede desplazarse e incluso herniarse con las complicaciones consecuentes

El máximo exponente del traumatismo cardíaco cerrado es la **rotura cardíaca** (Rogers FB, Leavitt BJ. "Upper Torso Cyanosis: a marker for blunt cardiac rupture", *Am J Emerg Med* 1997; 15: 275-276), bien sea de la pared libre, el septo interventricular, los músculos papilares o las cuerdas tendinosas.

La rotura de la pared libre es la manifestación más frecuente del traumatismo cardíaco, pero su diagnóstico en la mayoría de las ocasiones se realiza durante la necropsia. La rotura traumática del septo interventricular es menos frecuente. La disfunción traumática del aparato subvalvular mitral origina insuficiencia de dicha válvula en mayor o menor grado, dependiendo de si la rotura se circunscribe a una sola cuerda o es más extensa. Más frecuente es la afectación de la válvula aórtica, que en la mayoría de las ocasiones se asocia a una lesión traumática de la aorta ascendente, que puede ser debida a disección o rotura.

La localización más habitual de la rotura traumática de la aorta se circunscribe al istmo aórtico, justo por debajo del origen de la arteria subclavia izquierda. Sólo ocasionalmente se observan lesiones múltiples ocasionadas por diferentes mecanismos en el mismo traumatismo torácico.

Otra lesión con compromiso vital potencial es el **volet costal**, que se produce por la **fractura en doble foco de varias costillas consecutivas en el mismo hemitórax**, lo que origina una porción en la pared torácica "flotante", que oscila con la respiración de un modo inverso (se deprime en inspiración y protuye en espiración). es lo que se llama "movimiento paradójico". clínicamente aparece inestabilidad de una zona del tórax y una insuficiencia respiratoria de grado variable (depende del dolor producido por las fracturas costales, de la probable contusión pulmonar subyacente y del grado de desestructuración del tórax).

Swank. G. y cols., "Lesión torácica por deceleración", *J. Trauma*, 2001, Vol. 51: 970-974, refieren que entre las cinco lesiones principales torácicas por deceleración (contusión miocárdica, rotura traumática de aorta, fractura esternal, volet torácico y rotura traqueo-bronquial), las lesiones coexistentes son llamativamente raras.

Los autores revisaron las historias clínicas de todos los pacientes con diagnósticos finales de las lesiones mencionadas anteriormente tratadas en el Centro Médico de la Universidad de New Jersey en Newark, en los diez años precedentes a 1997.

Entre 142 pacientes, todas víctimas de accidentes de tráfico hubo 38 contusiones miocárdicas, 36 roturas traumáticas de aorta, 33 fracturas esternales, 28 volets torácicos y 7 roturas traqueobronquiales. Hubo seis lesiones coexistentes (3,5%).

Las lesiones torácicas por deceleración se producen cuando un individuo se mueve hacia delante y se detiene repentinamente, golpeando con alguna parte del tórax con algún obstáculo que está fijo o se mueve a una velocidad mucho menor.

Los accidentes de tráfico son la causa más frecuente y los ocupantes de los asientos delanteros son los más vulnerables. Las caídas desde altura son otras causas de ese tipo de lesiones.

Las lesiones principales a menudo con riesgo vital, incluyen rotura traumática de aorta, rotura traqueo-bronquial, contusión miocárdica, fractura esternal y volet torácico. Algo sorprendente es la observación de que raramente se ven cualquiera de estas lesiones combinadas en el mismo paciente.

Por ejemplo un choque frontal entre automóviles y conductores comparables, produce una fractura esternal sufrida por un conductor y una rotura traumática de aorta por el otro.

Los autores mantienen la hipótesis de que esas lesiones torácicas por deceleración, pueden producirse por combinación y que los pacientes con ellas raramente llegan vivos al hospital y que si lo hacen, el pronóstico es sombrío.

La observación infrecuente de lesiones asociadas, puede deberse a que dichas lesiones no se reconocen, debido a que la víctima muere en la zona del accidente o poco tiempo después de la llegada al hospital, y no se realiza la autopsia. Si se observan lesiones coexistentes, el pronóstico es malo, ya que en este estudio se observó una mortalidad del 67%. **Si existía asociación de tres lesiones torácicas por deceleración, el pronóstico era incluso peor, mostrando una mortalidad del 100%.**

La incidencia de **contusión miocárdica** es difícil de valorar, por la simple razón de que el diagnóstico es a menudo impreciso. Han existido diversos criterios, tales como presencia de arritmias que requieren tratamiento farmacológico, otros criterios tales como mecanismo lesivo, elevación enzimática, trastorno de contractilidad en el ecocardiograma, etc.

Bertinchant y cols. (J. Trauma, 2000; 48:924-931), refieren que “la incidencia referida de contusión miocárdica tras trauma torácico cerrado, varía entre el 0% y el 76% de pacientes, dependiendo de los criterios utilizados para establecer el diagnóstico”.

En su estudio de 94 pacientes, la contusión miocárdica se diagnosticó en el 28% y el diagnóstico se basó en hallazgos significativos, electrocardiográficos o ecocardiográficos. El 31% de pacientes tenían fractura esternal y el 39% volet torácico.

De interés es que la incidencia de fractura esternal entre los 68 pacientes con sospecha de tener, pero en quienes no se encontró que hubieran sufrido contusión miocárdica, no fue significativamente diferente (36%) de los pacientes en quienes se confirmó contusión miocárdica (31%).

La incidencia de **contusión miocárdica** es difícil de valorar, por la simple razón de que el diagnóstico es a menudo impreciso. Han existido diversos criterios, tales como presencia de arritmias que requieren tratamiento farmacológico, otros criterios tales como mecanismo lesivo, elevación enzimática, trastorno de contractilidad en el ecocardiograma, etc.

Patetsios P. y cols. "Lacerations of the Left Ventricle from Rib Fractures alter Blunt Trauma", *J. Trauma*, Vol. 49, Oct. 2000, pág. 771-773, refieren que el traumatismo cerrado de tórax puede producir una serie de diferentes lesiones cardíacas en función de diferentes mecanismos. La lesión más frecuente incluye rotura cardíaca, insuficiencia valvular y rotura de cava inferior auricular. Incluso estas lesiones son relativamente raras.

En una revisión retrospectiva de 10 años de todos los pacientes con traumatismo ingresados en su centro, Perchinsky y cols., "Blunt Cardiac Rupture", *Arch. Surg.* 1995; 130:852-857, refirieron solamente 27 pacientes con lesión cardíaca cerrada (el 0,16% de todos los pacientes con traumatismo cerrado).

La incidencia de lesión cardíaca producida por punción directa desde una costilla fracturada es todavía más rara. En su serie de 27 pacientes Perchinsky y cols., refirieron solo un paciente al que atribuyeron el desgarramiento cardíaco a la punción por una costilla fracturada.

Una revisión de la literatura mundial realizada en el año 2000, revelaba cinco casos referidos de lesiones penetrantes cardíacas directamente atribuibles a fracturas costales en los que la evolución del paciente estaba bien definida.

Así, Glock y cols. "Cardiac Damage in Nonpenetrating Chest Injuries", *J. Cardiovasc. Surg.* 1989; 30:27-33; Suszko B. "Heart Injury Caused by a Rib Fragment", *Pol Tyg Lek*, 1968; 23:595; Glock y cols. "Left Ventricular Perforation by a Rib Fracture Following Closed Thoracic Trauma", *Ann. Chir. Thorac. Cardiovasc.* 1986;40:98-101; Bourguignon y cols. "Heart Injury Following Closed Thoracic Injury", *Ann. F. Anesth. Reanim.* 1996; 15:1088-1089; Galvin y cols. "Fractured Rib with Penetrating Cardiopulmonary Injury", *Surg.* 1993; 56:558-559, refieren ese tipo de lesión.

Fulda G. y cols. "Blunt Traumatic Rupture of the Heart and Pericardium: A Ten-year Experience (1979-1989)", *J. Trauma*, Vol. 31, No. 2, Feb. 1991, pág. 167-173, en una revisión de más de 20.000 pacientes ingresados en un centro de trauma de nivel 1 identificaron 59 pacientes que precisaron cirugía de urgencia por esta causa.

Observaron que el 63% de los pacientes (37) tenían rotura aislada de una cámara cardíaca, el 29% (17 pacientes) tenían rotura pericárdica aislada y solamente el 8% (5 pacientes) tenían rotura combinada de pericardio y de una cámara cardíaca. Un total de 18 pacientes (30,5%) tenían rotura ventricular, estando afectado el lado derecho en 12 pacientes (67%) y el 22% tenían desgarramiento ventricular derecho (4 pacientes). Dos pacientes (11%) sufrieron roturas

biventriculares. De los que tuvieron desgarró auricular (26 pacientes -un 44% del total-), tenían desgarró de aurícula derecha 17 siendo la más frecuente.

En esta serie, un total de 35 pacientes tenían una historia documentada suficientemente para valorar lesiones asociadas, y de los 35, 17 (un 51%) tenían algún tipo de lesión en la cabeza, de ellos 13 con traumatismo cráneo-encefálico cerrado, 6 con fracturas faciales múltiples y 3 con fractura de cráneo. Las lesiones torácicas fueron muy frecuentes sufriendo fracturas costales múltiples. Se encontraron lesiones abdominales en 15 pacientes (el 43%) siendo la lesión en hígado la más frecuente observándose en 8 pacientes. Sufrieron traumatismo de miembros 14 pacientes (un 40%) de ellos 7 con fracturas en miembros inferiores y 3 con fracturas en miembros superiores.

Se han postulado siete mecanismos de rotura cardiaca en el traumatismo cerrado:

1. Impacto directo en la zona precordial
2. Efecto hidráulico, que se produce cuando una fuerza intensa se dirige al abdomen y miembros inferiores. La fuerza se trasmite a través del abdomen hacia el sistema venoso. Una elevación muy brusca y muy intensa de la presión venosa se trasmite al corazón, especialmente a la aurícula. Estos pacientes pueden tener rotura auricular y posiblemente ventricular, sin evidencia de traumatismo directo en pared torácica.
3. Compresión. El corazón resulta atrapado entre el esternón y la columna vertebral.
4. Lesiones por aceleración y desaceleración. Debido a la diferencia entre la movilidad del corazón y la de sus fijaciones, una desaceleración rápida puede llevar a desgarró del corazón y sus fijaciones a los vasos fijos. Este es probablemente el mecanismo de las lesiones aurículo-cava.
5. Lesión "por onda explosiva" –Blast-. La tremenda presión generada por la fuerza de la onda explosiva dirigida al tórax puede romper las cámaras cardiacas.
6. Golpe contusivo. La contusión cardiaca se ha considerado mortal a través de la producción de arritmias malignas. Puede producirse rotura cardiaca tardía secundaria a necrosis miocárdica tras la contusión referida.
7. Trauma penetrante secundario. Fragmentos de costillas o esternón fracturado por el traumatismo cerrado tienen la posibilidad de penetrar en una cámara cardiaca.

Getz y cols., "Blunt Cardiac Trauma Resulting in Right Atrial Rupture", J.A.M.A., 255: 761-763, 1986, sugirieron que el factor determinante entre la rotura ventricular frente a la auricular depende de la fase del ciclo cardiaco en el cual se produzca el incremento brusco de la presión cardiaca. Por lo tanto, la rotura ventricular es más probable que se produzca hacia el final de

la diástole y la rotura auricular que se produzca en la sístole tardía cuando todas las válvulas están cerradas.

Respecto a la **rotura traumática de pericardio**, según un artículo clásico, Borrie J. y Lichter I. ("Pericardial rupture from blunt chest trauma", Thorax, 1974, Vol. 29, pág. 329-337), la rotura puede producirse en dos zonas anatómicas: pericardio diafragmático y pleuropericardio. En el primer caso, la rotura puede afectar a la cavidad pericárdica sola o puede extenderse a una o a ambas cavidades pleurales adyacentes. Se puede sospechar por la existencia de un neumoperitoneo, y puede haber herniación de vísceras intraabdominales. A veces se diagnostica sólo tras toracotomía, cuando no se extiende a la cavidad pleural.

En la rotura pleuropericárdica, el desgarro generalmente es vertical y con mayor frecuencia en el lado izquierdo. Se sospecha por la presencia de aire intrapericárdico que procede del traumatismo pulmonar asociado. Puede producirse salida del corazón del saco pericárdico, a una cavidad pleural, con constricción o estrangulación cardíaca.

Así, Janson J. T. y cols. "Pericardial Rupture and Cardiac Herniation After Blunt Chest Trauma", Ann. Thorac. Surg., 2003; 75:581-2, Levine A. J. "Blunt traumatic pericardial rupture", J. Accident and Emerg. Med., 1995, 12: 55-56, y Sohn J. H. y cols "Pericardial rupture and cardiac herniation after blunt trauma: a case diagnosed using cardiac MRI", refieren casos de herniación cardíaca secundaria a rotura de pericardio. Estos últimos, han observado que un 64% de los casos se asociaban a herniación cardíaca. Se puede producir rotura combinada de pared libre del miocardio y rotura pericárdica, con hemotórax,

Clark D. E y cols "Traumatic rupture of the pericardium", Surgery, 1983, 93:495-503, en una revisión de la literatura, describían 142 casos de rotura traumática de pericardio. El pleuropericardio izquierdo estaba lesionado en 71 casos (50%), el derecho en 24(17%), el pericardio diafragmático en 39 casos (27%) y el pericardio mediastínico superior en 6 casos (4%). Se encontró herniación cardíaca en 31 y 5 de los defectos pleuropericárdicos izquierdo y derecho, respectivamente, y en 4 desgarros de pericardio diafragmático.

En la rotura pleuropericárdica, el desgarro con mayor frecuencia se localiza a nivel del nervio frénico, y si la rotura es suficientemente grande, se puede producir la herniación cardíaca.

Fulda G. y cols., "Blunt traumatic rupture of the heart and pericardium: A ten-year experience (1979-1989)", J. Trauma, 1991: 31: 167-72. describen una incidencia de un 8% de rotura pericárdica asociada a rotura cardíaca, con una frecuencia de 20 casos entre 20.000 pacientes ingresados en un Centro de Trauma.

Se ha descrito la rotura pericárdica como lesión en ocupantes de automóvil que usaban cinturón de seguridad, Benckert C. y cols, "Harm from Seat belt:

Transthoracic lung herniation and pericardial rupture”, *J. Thor. and Cardio. Surg.*, Feb. 2007, 133: 588-9, sobre todo en automóviles no provistos de airbag, como lesión asociada a fractura de esternón, fracturas costales, etc.

La rotura pericárdica traumática es una lesión poco frecuente, asociada a una mortalidad elevada. Fue descrita por primera vez por Morel-Lavallé en 1864, (“Rupture du pericarde: bruit de roue hydraulique, bruit de moulin”, *Gaz. Med. Paris*, 1864:19, 695-696, 729-30, 771-2, 803-8) y se encuentra en alrededor del 3% de pacientes estudiados en autopsia, y en tres estudios se describía una mortalidad de hasta 63%.

Su mecanismo es similar al de la rotura de aorta, es decir una lesión por desaceleración, y un traumatismo de suficiente intensidad como para producir rotura de pericardio, a menudo supone una lesión mortal, ya que es precisa una gran fuerza para romper el pericardio. El mecanismo de una tensión de estiramiento y tracción asociada a lesiones por aceleración-desaceleración se ha considerado un mecanismo de rotura traumática de aorta, que a menudo se asocia a la rotura pericárdica. Se ha descrito asociado a insuficiencia valvular tricuspídea, tras trauma cerrado de tórax. Se han descrito supervivencias del 36,4% al 42,9% entre los pacientes que llegan vivos al hospital y a los que se les diagnostica la rotura de pericardio.

El traumatismo torácico es responsable de aproximadamente el 25% de las muertes por traumatismo cerrado, y las lesiones de la porción intrapericárdica de los grandes vasos suponen una parte muy pequeña de esas muertes. Así, la rotura intrapericárdica de grandes vasos es una lesión rara y generalmente mortal, y la mayoría de pacientes fallecen antes de llegar al hospital (Clemens R. H., Fisher P. J. “Blunt Injury of the Intrapericardial Great Vessels”, *J. Trauma*, 2001; 50:129-132),

Se han propuesto varios **mecanismos** como causa de estas lesiones. La vena cava inferior (VCI) está fija cuando atraviesa el diafragma. Una desaceleración rápida mueve el corazón, móvil, hacia delante, y desgarrar la VCI en su punto de fijación al diafragma. La vena cava superior (VCS), asimismo está fija al pericardio, haciéndola vulnerable a las fuerzas de tracción y desgarro. Se ha propuesto una deceleración hacia abajo del hígado, que tiende a romper la vena cava en el pericardio. El efecto Valsalva y el empuje de la sangre desde la compresión del tórax y la compresión abdominal, pueden romper cualquiera de los grandes vasos en el momento del impacto.

Respecto a la **rotura bronquial y de venas pulmonares**, Le Guyader A., Fertin F. y cols. “Case report: Blunt Chest Trauma: a right pulmonary vein rupture”, *Eur. J. of Cardio-Thoracic Surg.* 20 (2001) 1054-1056, refieren que la rotura traumática de venas pulmonares y la lesión aislada de esta vena es infrecuente. Puede asociarse a lesión de aurícula izquierda, a desgarro de aurícula derecha y también se ha descrito rotura por traumatismo cerrado de los vasos

pulmonares principales de ambos pulmones (Hanline NH. "Blunt traumatic rupture of the main pulmonary vessels", *South Med J* 1983;76(4):541-542).

El traumatismo torácico cerrado puede llevar a desgarro aislado o múltiple o a rotura de estructuras intratorácicas: cámara cardiaca, que es la lesión visceral observada con mayor frecuencia pero la más frecuentemente no sospechada, responsable de muerte en víctimas de accidentes, grandes vasos, vía aérea, arteria y venas pulmonares (Bratwaite DE, Rodríguez A, Turney SZ, Dunham CM, Cowley R. "Blunt traumatic cardiac rupture: a 5-year experience", *Ann Surg* 1990; 212(6):701-704).

Los vasos pulmonares rotos pueden drenar en la cavidad pleural produciendo un hemotórax o en el pericardio con o sin taponamiento en función de la ausencia o existencia de un desgarro pericárdico.

Se ha propuesto varios mecanismos para explicar esta lesión: efectos de desaceleración sobre estructuras no fijas del tórax; compresión bidireccional entre el esternón y los cuerpos vertebrales; fuerza indirecta desde el abdomen que aumenta la presión intratorácica y produce rotura, y fuerzas por onda explosiva (blast).

Weltman D. I. y cols. "Case Report: CT Diagnosis of Laceration of the Main Pulmonary Artery After Blunt Trauma", *AJR* 173. Noviembre 1998, pág. 1361-1363, refieren que la supervivencia de pacientes tras desgarro de arteria pulmonar principal por trauma cerrado es extremadamente rara y los autores utilizaron TAC con contraste para el diagnóstico preoperatorio de lesión de arteria pulmonar que a veces puede ser difícil de diferenciar de la lesión de aorta torácica.

Daon E. y Gorton M.E., "Traumatic Disruption of the Innominate and Right Pulmonary Arteries: Case Report", *J. Trauma*, Vol. 43(4), Oct. 1997, pág. 701-702, refieren un caso de lesión proximal de tronco braquiocefálico y de arteria pulmonar intrapericárdica por traumatismo cerrado. En general las lesiones de grandes vasos son raras suponiendo menos del 5% de todos los traumatismos vasculares en ámbito civil. La verdadera incidencia de la lesión vascular mediastínica es probablemente mayor de lo indicado ya que estos pacientes es menos probable que sobrevivan suficiente tiempo como para ser evaluados y diagnosticados.

El diagnóstico se basa en la historia (lesión por desaceleración, caída desde altura) y la exploración física (volet torácico, signos de impronta del volante o del cinturón de seguridad sobre el tórax) así como un alto índice de sospecha. Entre los signos radiológicos sugerentes de lesión de grandes vasos se incluyen el ensanchamiento mediastínico, fractura de la primera y segunda costillas, fractura de escápula o casquete pleural.

Hawkins ML, Carrway RP y cols. "Pulmonary Artery Disruption from Blunt Thoracic Trauma", *The Am. Surgeon*, March 1988, Vol. 54, No. 3, pág.

149-152, refieren que el traumatismo torácico cerrado está presente en el 35 al 50% de todos los accidentes de tráfico mortales. De los pacientes con traumatismo torácico que llegan vivos a urgencias, solo el 10-15% precisan toracotomía precoz.

El desgarro de arteria pulmonar por traumatismo cerrado se produce infrecuentemente. Kemmerer y cols. (Kemmerer WT, Eckert WG, Gathwright JB, Reemtsma K, Creech O. "Patterns of thoracic injuries in fatal traffic accidents", *J Trauma* 1961; 1:595-599), analizaron los resultados de autopsia de 585 víctimas de accidentes de tráfico. De estos pacientes se pensó que 133 habían muerto principalmente por traumatismo torácico incluyendo 4 pacientes que tenían un desgarro de arteria pulmonar.

El Filky M. ("Traumatic closed complete and partial rupture of the main bronchi accompanied with closed rupture of main pulmonary artery, a critical analysis and review of the literature", *J. Egypt Med Assoc* 1977; 60:243-255) refirió 10 casos de rotura bronquial traumática, uno de los cuales también tenían un desgarro de arteria pulmonar.

Blair E., Topuzly C. y Davis NH ("Delayed or missed diagnosis in Blunt Chest Trauma", *J Trauma* 1971; 11:129-145) refirieron 90 pacientes con traumatismo torácico cerrado grave que tuvieron diagnósticos diferidos o erróneos. Un paciente tenía un desgarro de la arteria pulmonar principal.

El desgarro cerrado de venas pulmonares es mucho menos probable que ocurra que el de arteria pulmonar y clínicamente puede manifestarse por una presión extremadamente baja en estos vasos.

Ambrose G., Barrett L. O. y cols. "Main Pulmonary Artery Laceration After Blunt Trauma: Accurate Preoperative Diagnosis", *Ann Thorac Surg* 2000; 70, 955-957, refieren que la localización más frecuente de la lesión cerrada de estructuras intratorácicas es el hilio y los pacientes generalmente presentan hemotórax.

La lesión de arteria pulmonar puede clasificarse como intrapericárdica o extrapericárdica. Las lesiones intrapericárdicas se presentan con taponamiento y a menudo pueden ser reparadas sin bypass cardiopulmonar.

McKeown P. P., Rosemergy A. y Conant P., "Blunt Traumatic Rupture of Pulmonary Vein, Left Atrium and Bronchus", *Ann Thorac Surg*. 1991; 52: 1171-1172, refieren que la lesión de corazón, grandes vasos y estructuras traqueobronquiales por trauma cerrado puede no ser sospechada clínicamente pero se produce en el 10 al 15% de los accidentes mortales (Getz BS, Davies E, Steinberg SM, Beaver BL, Koenig FA. "Blunt cardiac trauma resulting in right atrial rupture", *JAMA* 1986; 255:761-763 – Bertelsen S, Howitz P. "Injuries of the trachea and bronchi", *Thorax* 1972; 27: 188-194).

Los accidentes de tráfico son la causa más frecuente de traumatismo torácico cerrado. La lesión grave de estructuras intratorácicas puede producirse

en ausencia de fracturas y, en síntesis y como se ha comentado anteriormente, puede ser atribuida a varios mecanismos:

1. una fuerza indirecta o impulso hidráulico” desde el abdomen y las extremidades inferiores que aumenta la presión intratorácica y produce rotura sin un golpe directo al pecho;
2. compresión bidireccional entre el esternón y los cuerpos vertebrales;
3. efecto de aceleración/desaceleración sobre las estructuras fijas del tórax; y
4. fuerzas de estallido (blast). Las estructuras intratorácicas también pueden ser dañadas por una fractura costal o esternal; sin embargo las fracturas óseas del tórax no necesariamente anuncian lesiones graves y así un subtipo de pacientes tiene lesiones intratorácicas graves sin fracturas costales.

Varghese D., Patel H. y cols. “Repair of Pulmonary Vein Rupture After Deceleration Injury”, *Ann Thorac Surg* 2000; 70: 656-658, refieren que la lesión aislada de vena pulmonar como causa de un hemotórax masivo es extremadamente rara y se ha teorizado que tras la rotura de una vena pulmonar y desarrollo subsiguiente de un hemotórax a baja presión, la cavidad pleural forma parte de este sistema de baja presión y funciona efectivamente como una aurícula izquierda gigante.

Por tanto, la retención de sangre en la cavidad pleural permite el mantenimiento de la hemodinámica (como durante el clamplaje de un drenaje torácico) mientras que la liberación de sangre desde el hemotórax produce una depleción rápida de volumen.

Respecto a las roturas cardíacas internas como consecuencia de traumatismos cerrados de tórax, secundarios a accidentes de tráfico, se han descrito lesiones valvulares agudas, que pueden afectar tanto a los velos como a cuerdas tendinosas, músculos papilares (Simmers T. A, Meijburg Huub W. J., Brutel de la Rivière A., “Traumatic papillary muscle rupture”, *The Annals of Thoracic Surgery*, 2001, vol. 72, nº1, pp. 257-259.

La rotura de músculo papilar producida por traumatismo torácico cerrado es una causa poco frecuente de insuficiencia mitral. Hasta 2001 se habían referido sólo 25 casos de insuficiencia mitral postraumática corregida quirúrgicamente, de las cuales sólo ocho se debían a rotura del músculo papilar anterolateral.

Con posterioridad se han descrito nuevos casos (Cordovil A, Fischer CH, Rodrigues AC, Lira Filho EB, Vieira ML, Cury AF, Naccarato GA, Valente C, Brandão CM, Pommerantzef PM, Morhy SS, “Papillary muscle rupture after blunt chest trauma,” *J. Am. Soc. Echocardiogr.* 2006 Apr; 19(4):469.e1-3), con diagnóstico mediante ecocardiografía transesofágica.

Se ha referido que los mecanismos de la lesión papilar incluyen compresión del corazón durante la telediástole o en la fase de contracción isovolumétrica,

cuando las válvulas están a punto de cerrarse o se acaban de cerrar. Una compresión torácica intensa aumenta la presión intracardíaca y conduce a un prolapso grave de la válvula y a rotura. La gravedad del traumatismo cardíaco no siempre se relaciona con la gravedad del traumatismo, y, por otra parte, la aparición de insuficiencia cardíaca secundaria a la lesión valvular puede aparecer inmediatamente a la lesión o retrasarse horas, días e incluso años. Se pueden producir también úlceras en los velos valvulares, etc., así como afectaciones de tabique.

La lesión valvular mas frecuente es la de válvula aórtica, seguida de válvula mitral y tricúspide. Se han descrito también lesiones asociadas de mas de una válvula, o lesiones valvulares junto a otras lesiones cardíacas (Cuadros CL, Hutchinson JE 3rd, Mogtader AH., "Laceration of a mitral papillary muscle and the aortic root as a result of blunt trauma to the chest. Case report and review of the literature", *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1984 Jul; 88(1):134-40.

La insuficiencia tricúspide traumática es una rara complicación del traumatismo torácico cerrado, aunque se ha referido con frecuencia creciente en los últimos 45 años, debido especialmente a los accidentes de tráfico. La lesión mas frecuente es. la rotura de cuerdas, seguida de la rotura del músculo papilar anterior y del desgarro del velo, principalmente del velo anterior, pudiendo pasar desapercibida la lesión en la fase aguda; en la fase crónica pueden faltar síntomas o aparecer síntomas y signos de insuficiencia cardíaca; cuando hay fallo cardíaco derecho franco, está indicada la cirugía, aunque recientemente se tiende a operar mas precozmente, sin esperar la aparición de signos de insuficiencia cardíaca. (Dounis G, Matsakas E, Poularas J, Papakonstantinou K, Kalogeromitros A, Karabinis A, "Traumatic tricuspid insufficiency: a case report with a review of the literature", *Eur J Emerg Med.* 2002 Sep;9(3):258-61)..

También se han descrito lesiones de arterias coronarias, con producción consiguiente de infarto agudo de miocardio, incluso afectando simultáneamente a dos vasos (Lai, Chao-Hung Ma, Tsochiang, Chang, Ting-Chuan ; Chang, Mu-Hsin ; Chou, Pesus ; Jong, Gwo-Ping,; "A case of blunt chest trauma induced acute myocardial infarction involving two vessels", *Int Heart J.*, 2006-Jul; Vol 47 N° 4, pp 639-43), o produciendo taponamiento cardíaco diferido (Bozinovski J, Wang S, Nakai S. "Delayed cardiac tamponade after coronary artery laceration", *Ann Thorac Surg* 2002; 73(4): 1314-5 –Review).

Resumo: Lesão por desaceleração após colisão frontal

Relata-se um acidente de viação, resultante de uma colisão frontal muito violenta entre um transporte de pesados e um automóvel, de que resultou a morte imediata dos quatro jovens ocupantes do automóvel.

Analisa-se especificamente a lesão torácica por desaceleração apresentada por todas as vítimas, com lesões dos grandes vasos, cardíacas, etc, que constituíram a causa de morte, bem como outras lesões associadas que incluíam traumatismo craneo-encefálico e traumatismo abdominal com rotura de víscera maciça e ainda traumatismo dos membros.

Palavras-chave: Biomecânica; lesão por desaceleração; rotura dos grandes vasos; rotura cardíaca; traumatismo torácico fechado; colisão frontal.

Summary: Deceleration injury after head-on collision

A very violent head-on (frontal) crash between a truck and a car, resulting in immediate death of the four young male occupants of the car is reported.

Specific comments are made on thoracic deceleration injury, suffered by the four occupants who presented great vessels and cardiac injuries, causing their death, associated to other injuries including severe head and abdominal trauma with solid organ rupture, as so orthopaedic trauma located in upper and lower limbs.

Key-words: Biomechanics; deceleration injury; great vessels rupture; cardiac rupture; blunt chest trauma; head-on (frontal) collision.

Résumé: Lésion par décélération après collision frontale

L'auteur rapporte un accident de trafic consistant dans une collision frontale entre un camion et un automobile, avec une grande violence, dont le résultat a été la mort «in situ» des quatre jeunes occupants de l'automobile.

Est commentée d'une manière spécifique la lésion thoracique par décélération qui était présentée par les quatre occupants, avec des lésions des grands vaisseaux, des lésions cardiaques, etc., qui ont été la cause de la mort, ainsi que d'autres lésions associées – un traumatisme crânien et un traumatisme abdominal avec rupture de viscère massive et encore un trauma orthopédique aux membres supérieurs et inférieurs.

Mots-clés: Biomécanique; lésion thoracique par décélération; rupture des grands vaisseaux; rupture cardiaque; traumatisme thoracique fermé; collision frontale.

Pedido de separatas:

ANTÓNIO HERNANDO LORENZO

herloren@telefonica.net

A intervenção neurológica na perícia médico-legal

Algumas reflexões¹

Miguel Laia²

1. Preâmbulo

Entre as situações neurológicas de avaliação pericial mais complexa, quer em Direito de Trabalho quer em Direito Civil, situam-se o síndrome comocional pós-traumático, os síndromes radiculares, as situações relacionadas com o sistema nervoso vegetativo, entre elas a hidrose, as disfunções ligadas à bexiga neurogénica e à função intestinal, as situações de algoneurodistrofia de tipo II e ainda as situações de défice sexual. Levantam problemas de correcto diagnóstico clínico e respectivo enquadramento nas tabelas de incapacidades por várias razões: a sobreposição de áreas médicas próximas na avaliação da sequela e com implicação pericial diferente em cada uma delas; muitos aspectos na avaliação da mesma sequela poderão ser sub-estimados especialmente nos casos de bilateralidade ou lesões a vários níveis ou ainda em lesões mistas por exemplo neurológicas e ortopédicas; em muitos casos a avaliação pericial ocorre numa fase posterior à consolidação médico-legal, perdendo-se muitos aspectos clínicos e da evolução natural do dano; muitas sequelas são avaliadas por analogia por não estarem contempladas como entidades autónomas nas respectivas tabelas.

O dano neurológico obriga no seu estudo ao profundo conhecimento da neuro-anatomia e da neuro-fisiologia do sistema nervoso necessários à correcta perícia e conseqüente enquadramento. Ao perito médico exige-se um correcto diagnóstico clínico complementado por exames de diagnóstico

¹ Comunicação Oral apresentada no 8º Congresso Nacional de Medicina Legal – Elvas, Novembro 2009

² Neurocirurgião do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.; Perito médico da Comarca de Oeiras

dirigidos para correcto enquadramento pericial por forma a que possam ser reproduzidos com o mesmo rigor em futuras perícias do mesmo dano que, muitas vezes, são efectuadas por peritos diferentes dos da avaliação nicial.

Pretende-se com este trabalho uma reflexão sobre algumas destas situações neurológicas pelas vertentes da clínica médico-legal e do correspondente enquadramento nas tabelas de incapacidades, dificuldades que o autor tem sentido também na sua prática pericial.

2. Propostas de uma metodologia pericial

A lesão neurológica, podendo ter agravamento progressivo até à sua consolidação, pode condicionar a atribuição da data da incapacidade permanente – que ocorre em muitas lesões neurológicas – pelo que, torna-se necessário conhecer a evolução esperada da lesão antes da atribuição da sequela. O doente neurológico é muito dependente no período de incapacidade temporária e as sequelas resultantes são graves em termos de funcionalidade condicionando “handicaps” complexos e pluridisciplinares no enquadramento pessoal e familiar no período de incapacidade temporária e, posteriormente, no seu meio sócio-profissional.

A atribuição da consolidação médico-legal só deve ser feita após reconhecido o período de estabilização anatomo-funcional das lesões.

A degradação futura de uma sequela neurológica é quase inevitável, com implicações em novas avaliações periciais nos casos de recidiva, recaída, agravamento, formação ou reconversão profissional, pelo que se impõe um diagnóstico e um enquadramento pericial correcto desde a primeira avaliação que determinará todas as observações posteriores.

O dano neurológico muitas vezes é misto, englobando componentes osteoarticulares, tróficos ou vasculares associados que deverão ser equacionados em termos funcionais e em capacidades remanescentes. São muitas vezes bilaterais e a vários níveis, centrais ou periféricos pela proximidade das estruturas nervosas e possibilidade de lesão simultânea pelo mesmo mecanismo desencadeador, podendo determinar ainda, por esta razão, o facto de serem mais ou menos extensos.

A mesma sequela pode no mesmo indivíduo determinar um “handicap” diferente consoante o seu meio pessoal e profissional, pelo que uma vez mais se impõe um correcto enquadramento pericial fundamentado primeiro na clínica e depois nos exames complementares necessários. O electromiograma não substitui a avaliação clínica e não exclui uma lesão neurológica se estiver normal, assim como é o exame clínico no estudo da lesão do sistema nervoso

vegetativo que terá valor praticamente absoluto e exclusivo na atribuição da seqüela pela prática inexistência de exames complementares nesta área.

Os critérios clínicos e funcionais deverão prevalecer sobre a imagem radiológica ou de qualquer outro método complementar.

Sublinha-se a importância do perito médico na acção conducente ao ressarcimento dos danos. A sua contribuição é particularmente relevante na fase de instrução do processo pelo exame pericial que realiza e pelo facto do seu relatório contribuir para uma completa descrição das lesões e das suas consequências.

Em Direito de Trabalho terão direito à reparação as sequelas resultantes de lesão corporal, perturbação funcional ou doença ou ainda quando se verifique a morte ou a redução da capacidade de ganho ou de trabalho. Se a vítima for titular de mais do que um direito de reparação, podendo assim concorrer com outras linhas de responsabilidade, os danos a reparar deverão contudo estar limitados àqueles que concorrem com incapacidade para o trabalho relativamente ao dia do acidente. As sequelas no âmbito do Direito de Trabalho são expressas em coeficientes de incapacidade que serão arbitrados pela tabela nacional de incapacidades; esta fornece as bases de avaliação do prejuízo funcional e da perda de capacidade de ganho, cabendo ao perito a responsabilidade do enquadramento das sequelas e do coeficiente de incapacidade a atribuir.

Em Direito Civil o objectivo é a da reparação integral dos danos. Estes podem ser patrimoniais e não patrimoniais consoante sejam ou não susceptíveis de avaliação pecuniária. Nos primeiros, os patrimoniais, integram-se também o dano emergente e o lucro cessante prevendo-se ainda a atribuição dos danos futuros desde que sejam previsíveis. Os danos não patrimoniais só serão indemnizáveis se, pela gravidade, merecerem a tutela do direito; aqui, e muito particularmente na atribuição da seqüela neurológica, o “quantum doloris” e o prejuízo estético serão sempre significativos. Em muitos casos será previsível que ocorra ainda o prejuízo de afirmação pessoal que, de forma concreta, deve ser devidamente qualificado em termos de limitações quanto às expectativas evolutivas da seqüela, em particular quanto aos prejuízos esperados numa vida activa ou numa promissora carreira profissional.

A. Síndrome pós-traumático

Sequelas resultantes de traumatismo crânio-encefálico que deverá ter ocorrido pelo menos 4 semanas antes da eclosão dos sintomas que conduziram à seqüela. Estes sintomas, com base em critérios neurológicos e psiquiátricos, dividem-se em:

1. Somáticos: cefaleias, vertigens, distúrbios visuais, alterações do olfacto, dificuldade no equilíbrio.
2. Cognitivos: dificuldade de concentração, alteração da memória recente, alteração do juízo crítico.
3. Psico-sociais: perturbações emocionais com depressão, labilidade emocional, irritabilidade mantida, falta de motivação, alteração da personalidade, fatigabilidade fácil, aumento da frequência na perda de emprego e divórcios sucessivos.

Em Direito do Trabalho as sequelas enquadráveis neste síndrome poderão ser avaliadas no capítulo da neurologia – Capítulo III, nº 2.2 – ou de psiquiatria – Capítulo X, grau I ou II.

Em Direito Civil as sequelas enquadram-se no Capítulo I – sistema nervoso em Na0310 – problemas cognitivos menores e no número 4, especificamente de Na 0401 a Na 0405; no capítulo de psiquiatria em B9 – perturbações persistentes do humor superior a 2 anos nomeadamente de Nb0901 a Nb0903.

A avaliação pericial em ambos os tipos de direito assenta nos mesmos princípios de diagnóstico clínico, colocando-se a questão de fronteira entre as duas especialidades no enquadramento da sequela.

Que critérios periciais deverão enquadrar uma sequela num ou noutro domínio?

Tendo como referência a CID-OMS – Classificação das perturbações mentais e comportamentais ou ainda à DSM – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, poderão ser englobados no capítulo de Psiquiatria todas as situações clínicas resultantes de traumatismo crânio-encefálico após exclusão de complicações pós-traumáticas conhecidas como a hidrocefalia, a epilepsia, os estados pós-cirúrgicos de hematomas e fracturas cranianas com estudos neuropsicológicos e imagiológicos compatíveis e sintomas persistentes após 3 meses do evento traumático.

Englobam-se assim no capítulo da Psiquiatria os estados que concorrem com regressão da personalidade, deterioração comportamental, perda ou grave diminuição da autonomia individual e o desajustamento social, no conjunto descritos como factores psico-sociais (e acima referidos) e que configuram as “perturbações mentais”. Excluem-se portanto os sintomas do foro somático e cognitivos que seriam incluídos no capítulo neurológico de “normalidade mental” em oposição aos primeiros.

Esta avaliação pode ser muito difícil numa fase inicial pelo facto de serem lesões que têm frequentemente tempo prolongado para se estabelecerem como défice psiquiátrico; são fortemente influenciadas por factores concorrentes como o estado anterior, a predisposição pessoal e até familiar bem como por situações compensatórias de ganho secundário.

A tabela em Direito Civil não contempla o défice psiquiátrico em número próprio abaixo dos 2 anos após o evento traumático, pelo que se entende que esta sequela neste capítulo deva ser avaliada por analogia.

Assim, a atribuição da sequela pelo mesmo mecanismo causal – traumatismo crânio-encefálico – actuando no mesmo indivíduo poderá ser enquadrada em especialidades diferentes conduzindo portanto a IPP e a “handicaps” pessoais e socioprofissionais diferentes. Impõe-se assim um correcto enquadramento pericial da sequela, sendo a avaliação clínica o factor que poderá diferenciar e conduzir de forma correcta esta orientação.

B. Nevralgias e radiculalgias

São lesões periféricas do sistema nervoso também referidas como lesões do 2º neurónio por oposição às lesões centrais – encéfalo e medula espinhal – conhecidas como do 1º neurónio e que não são objecto de análise neste estudo.

Estas, as lesões centrais, serão provavelmente de mais fácil diagnóstico clínico, com objectivação mais directa ao exame neurológico por serem lesões de conjunto – hemiplegias, tetraplegias, paraplegias; as lesões periféricas obrigam, pela topografia com distribuição radicular ou troncular periférica que as caracteriza, ao conhecimento correcto da sua semiologia.

As lesões centrais provocarão os mais extensos e graves síndromes neurológicos com quadros profundamente deficitários e incapacitantes. Sem prejuízo, contudo, de as lesões periféricas terem défices localizados à sua distribuição periférica, mais limitados a segmentos corporais, podendo estes ser ainda parcialmente compensados de forma funcional pela sobreposição de certos territórios radiculares ou de grupos musculares sinérgicos.

A anatomia do sistema nervoso pela sua complexidade determina ainda outras particularidades com importante relevância na avaliação pericial: a medula espinhal termina na transição da 1.ª para a 2.ª vértebra lombar (onde termina portanto o sistema nervoso central). Uma lesão abaixo deste nível determinará assim uma lesão radicular, facto de primordial importância nos traumatismos da região lombar; uma lesão do epicone ou do cone medular, na área de transição – poderá contudo determinar lesão mista mielo-radicular.

As raízes espinhais e a porção proximal do nervo periférico correm no espaço intra-raquidiano pelo que uma lesão mista central e periférica poderá ocorrer na mesma ofensa em qualquer segmento da coluna vertebral ou ainda de forma composta, também com um componente ortopédico de tipo osteoarticular ou discal.

As radiculalgias e as nevralgias são assim lesões álgicas com distribuição periférica excluindo-se deste estudo as derivadas dos pares cranianos. Serão

objecto de avaliação as espinhais ou raquidianas de todos os segmentos vertebrais.

Nos acidentes de trabalho e na tabela que os tutela, poderá ler-se nas instruções específicas a aplicar a todas as sequelas: “... aos coeficientes de incapacidade resultantes das sequelas osteoarticulares e ligamentares são adicionados quando for caso disso os coeficientes de incapacidade de índole neurológica ou outra sempre de acordo com o princípio da capacidade restante ...”

Este ponto introduz a orientação no enquadramento das sequelas álgicas resultantes dos acidentes que envolvem a coluna vertebral.

As raquialgias resultantes de entorses, fracturas, luxações e alterações da mobilidade ou da estática da coluna são lesões ortopédicas e, como tal, enquadráveis no capítulo I da tabela. As radiculalgias e nevralgias, que poderão ter a mesma sede lesional que as lesões ortopédicas – a coluna vertebral – são englobadas no capítulo III, número 7, Estas sequelas são muitas vezes mistas, isto é neurológicas e ortopédicas, devendo ser reconhecidas e enquadradas no exame pericial como tal e adicionadas pelo princípio da capacidade restante.

A tabela é omissa na importância topográfica ou funcional da distribuição álgica, colocando no mesmo patamar de avaliação as sequelas quer do membro superior, quer do inferior e do tronco; permite assim maior dispersão na atribuição do valor da sequela, com importantes variações de perito para perito, por não apresentar critérios de triagem e de classificação de acordo com a importância em área e função dos territórios álgicos traumatizados.

Não são os exames complementares de diagnóstico, e nomeadamente os electrofisiológicos como o electromiograma, que deverão balizar o enquadramento da sequela: um electromiograma normal não exclui doença neurológica e são muitas as situações degenerativas que manifestam alterações de potencial neste exame sem que haja contudo lesão nervosa.

Os quadros mistos como acima referido são muito frequentes, especialmente os que concorrem com discopatias (a entidade mais frequentemente avaliada em perícia que envolva a coluna vertebral e à qual pesa muitas vezes de forma errada o electromiograma como elemento determinante no enquadramento pericial), as instabilidades vertebrais, os estados anteriores de canal estenótico, todos concorrentes com compressões ou contactos radiculares.

Este facto é de primordial importância na primeira avaliação pericial condicionando de certeza todos os exames posteriores e consequentes incapacidades em caso de recidiva, recaída ou agravamento; em caso de bilateralidade ou lesão a vários níveis ou ainda de lesão mista, estes factos terão responsabilidade acrescida porque serão subestimados com elevada probabilidade em segunda intenção se não foram devidamente valorizados e enquadrados no primeiro exame; este facto é particularmente importante

em casos de necessária reconversão profissional do sinistrado em Direito do Trabalho.

Esta realidade é reforçada ainda pela expressão dos dados epidemiológicos relativos aos traumatizados vertebro-medulares: o seu pico de incidência é aos 38 anos de idade, ocorrem predominantemente no sexo masculino (4:1), sendo os acidentes com veículos motorizados seguido pelos acidentes profissionais (“occupational injuries”) os mecanismos mais frequentes na sua origem. Pelo contrário, nos grupos etários acima da 5.^a década de vida são as quedas o mecanismo mais frequente com relevância especial em Direito Civil.

Em Direito Civil as sequelas álgicas radiculares resultantes dos traumatismos vertebro-medulares são englobadas no capítulo I de neurologia, no número 7 – nevralgias. Para todo o membro superior o défice sensitivo será englobado na alínea Na0704 – nervo cervico-braquial; para o membro inferior na alínea Na0706 – nervo femoro-cutâneo; em Na0707 – nervo femoral; e em Na0708 – nervo ciático, classificação na opinião do autor muito reduzida em face da variabilidade expressiva das sequelas álgicas dos membros, obrigando o perito a classificar de forma compactada áreas e territórios radiculares assimétricos com expressão dimensional e de importância anatomo-funcional diferente. Veja-se por exemplo que a atribuição da sequela por lesão da sensibilidade superficial na qual a dor e o tacto se englobam é atribuída pelo mesmo número e alínea para todo o membro superior; já no membro inferior esta atribuição faz-se por 3 nervos se bem que abaixo do joelho apenas é referido o nervo ciático e não os seus ramos de distribuição radicular. Por ser uma classificação muito redutiva tem uma variação de pontos muito extensa em certos nervos como é o caso do nervo ciático e do cervico-braquial, permitindo ao perito arbitrar de forma subtraída ao seu conhecimento neurológico coeficientes de variação em pontos de maneira igual a muitos territórios nervosos que têm importância funcional diferente uns dos outros, ou atribuir o mesmo valor em termos funcionais e de área de distribuição por não ter outras alternativas no enquadramento.

Este facto uma vez mais vem mostrar a necessidade do correcto conhecimento das vias nervosas periféricas, da importância funcional entre os nervos periféricos e correlacioná-los de acordo com a actividade pessoal e profissional do ofendido.

Pelo facto de as alterações álgicas no tronco – tórax e abdómen – resultantes de lesão radicular nestes segmentos não estarem contempladas na tabela em Direito Civil, entende o autor que a sua avaliação deva ser feita por analogia com outras sequelas contempladas e quantificadas.

Tem sido referida a coluna vertebral como fonte primordial na origem destas lesões periféricas por ser o local estatisticamente mais prevalente. Contudo os nervos periféricos estendem-se por toda a extensão corporal até

à pele, podendo a lesão ocorrer em qualquer destes segmentos. A avaliação pericial nestas lesões nervosas periféricas obedece aos mesmos princípios, devendo a atribuição da seqüela ser feita de acordo com a extensão do território deficitário e a importância funcional que desempenha.

Os défices exclusivamente sensitivos como as hipoestésias, as parestésias e as disestésias, quando objectiváveis pela clínica ou por exames complementares, podem ser considerados como funcionalmente análogos a parésia com força grau 4, devendo portanto ser aplicados os valores mínimos previstos para a paralisia dos nervos correspondentes.

Este princípio reforça a necessidade de um correcto conhecimento das vias nervosas periféricas porque são seqüelas de difícil objectivação ao exame neurológico, com importante valor subjectivo. A seqüela deverá reproduzir de forma tão próxima quanto possível a perda funcional que o dano causou por forma a que a capacidade funcional residual possa ser facilmente reconhecida e avaliada em futuras perícias. Questiona assim o perito como deverão estas seqüelas ser avaliadas em caso de revisão, muitas vezes por peritos diferentes dos da avaliação inicial num campo de objectivação difícil e sem critérios uniformes de quantificação. Requerem um correcto exame neurológico e uma experiência pericial importante capaz de extrapolar para o campo pessoal e profissional do sinistrado ou ofendido, em termos quantitativos, uma seqüela que traduza todo um universo deficitário específico; provavelmente o maior problema não será só o valor desta seqüela mas sim o que sobrou de função residual com que o sinistrado ou ofendido ficará para viver e trabalhar.

C. Alterações no sistema nervoso autónomo periférico

Englobam-se neste grupo alterações frequentemente omissas na avaliação pericial e, por vezes, conscientemente negligenciadas pelo facto de serem situações raras e associadas a outros défices de nervos periféricos, tornando-se difícil por esta razão propor uma taxa específica como acontece com outras seqüelas perfeitamente individualizáveis. Têm ainda difícil diagnóstico e complexo estabelecimento do nexo de causalidade. O diagnóstico nestas situações é quase exclusivamente clínico, face à quase ausência de exames complementares específicos e dirigidos a estas situações. Em caso de suspeita clínica os sintomas devem ser especificamente explorados porque, de forma espontânea, não são referidos pelos ofendidos.

Um grande número destas situações relaciona-se com traumatismos que, a apurar-se eventual responsabilidade de terceiros, poderá dar lugar à avaliação médico-legal do dano corporal resultante.

Apesar de poderem ter origem multifactorial, são muito frequentes nas lesões centrais, sem prejuízo de acompanharem as disfunções resultantes do traumatismo das raízes e dos nervos periféricos que se distribuem para os órgãos alvo.

Todas estas disfunções, enquanto parâmetro de dano independente a reparar, devem ser avaliadas em sede própria.

1. Hidrose

Alteração da transpiração ocorrendo em áreas cutâneas nas quais predomine ou o tonus simpático ou o parassimpático por lesão de uma destas fibras que acompanham os nervos periféricos até à superfície cutânea onde se distribuem. A lesão ou disfunção das fibras parassimpáticas levaria ao predomínio do tonus simpático com efeito vasoconstritor nos capilares sanguíneos cutâneos e nas glândulas sudoríparas, com diminuição da sudação cutânea, apresentando-se a pele fina e seca, apegaminhada, cianótica, situação que a prolongar-se conduz à sua atrofia e à do tecido celular sub-cutâneo. O aumento do tonus parassimpático por lesão ou disfunção das fibras simpáticas levaria ao efeito contrário, ou seja ao aumento da transpiração que poderia ser objectivado pelo teste do algodão, ao mostrar áreas cutâneas contíguas com assimetria de sudação, com pele quente e eritematosa e sinais de instabilidade vaso-motora.

Estas lesões, apesar de serem mais frequentes em doenças médicas como as reumatismais, podem ocorrer em traumatismos dos membros, normalmente por lesão dos plexos ou dos nervos periféricos sujeitos a lesões de tipo neurotemese bem como após cirurgia ortopédica ou vascular.

As sequelas deste tipo não estão contempladas nas tabelas.

2. Bexiga neurogenica e disfunção intestinal

Podem ocorrer por lesão ou disfunção das cadeias ganglionares pré-vertebrais vegetativas ou das fibras deste sistema que acompanham os nervos lombosagrados (nervos periféricos) para estes órgãos. A nível pericial têm interesse as formas pós-traumáticas abdomino-pélvicas ou após lesão iatrogénica, como a cirúrgica ou por exames complementares invasivos.

Uma alteração consistente desta função, num contexto traumático e com nexos de causalidade certo num doente com outra lesão de nervo periférico de topografia radicular compatível, levaria certamente a este diagnóstico, devendo ser fundamentado no relatório pericial em Direito Civil.

Estas alterações, globalmente descritas como “alteração dos esfíncteres” na prática neurológica, têm particular relevância nos quadros deficitários centrais (lesões encefálicas e medulares) e estão contempladas, enquanto

componentes de uma lesão central, na tabela nacional de incapacidades, no capítulo da neurologia, no número 5.

As sequelas a atribuir neste capítulo não estão contempladas na tabela em Direito Civil.

3. Disfunção sexual

A avaliação das disfunções sexuais requer conhecimento da etiologia e dos mecanismos psicológicos e fisiológicos ligados a esta situação. Requerem uma grande experiência no seu exame por terem, como em muitas outras situações, uma objectivação difícil com necessidade de exames ou observações especializadas, sendo as queixas frequentemente sub-estimadas e não confessadas por pertencerem à intimidade vivencial da vítima.

O perito deverá avaliar a disfunção ou perturbação da actividade sexual com perda ou diminuição do desempenho sempre com referência ao estado anterior (muitas vezes também omissa) e a causalidade existente entre este e as perturbações ou disfunções emergentes.

De acordo com os critérios da DSM-IV-TR- Manual de diagnóstico e terapêutico das doenças mentais – algumas das disfunções sexuais podem ser incluídas no grupo das pós-traumáticas, quer centrais (lesões do lobo temporal, epilepsia, patologia traumática da medula espinhal) ou periféricas (neuropatia periférica, procedimentos cirúrgicos abdomino-pelvicos, vasculares ou urológicos).

Estas sequelas físicas ou psíquicas avaliadas neste contexto e que limitam o nível de desempenho ou de gratificação de natureza sexual devem ser reparadas em sede de Direito Civil e deverão ficar devidamente fundamentadas no relatório pericial no capítulo “discussão”, sendo quantificadas numa escala de sete graus de gravidade crescente (de 1 a 7), tal como se avaliam outras sequelas não patrimoniais.

4. Algoneurodistrofia

Também conhecida por distrofia simpática reflexa ou síndrome de dor regional complexa, existem duas formas: a de tipo I e II. Na perícia médico-legal tem interesse apenas a forma de tipo II, que ocorre após lesão nervosa; o tipo I é uma doença médica/reumatismal e é esta origem etiológica que diferencia as duas situações.

Contudo ambas se caracterizam por disfunção do sistema musculoesquelético, vascular e cutâneo, com tumefacção e com dor persistente nos segmentos atingidos, alterações crónicas da pele e limitação da mobilidade articular.

A tabela de incapacidades em Direito do Trabalho refere esta entidade no capítulo da neurologia, no número 6.2.8 e apenas para o membro inferior, em duas formas: a menor e a grave. Não existe referência a esta situação no membro superior.

Em Direito Civil esta sequela não está contemplada na respectiva tabela.

Referências bibliográficas

- Boss N, Aebi M, et al. Spinal Disorders. Berlim-Heidelberg: Springer-Verlag; 2008. 1166 p.
- Fuller G. Neurological examination. 3rd ed. Toronto: Churchill Livingstone; 2004. 250 p.
- Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery. 4th ed. Florida: Greenberg Graphics, Inc; 1997. 964 p.
- Greenberg DA, Aminoff JM, Simon RP. Clinical Neurology, 5th ed. McGraw Hill Appleton & Lange; 2002. 236 p.
- Howard MA, Cobbs CS, Elliot JP. Clinical Neurosurgery. San Antonio, Texas: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. Volume 48 e 49. 420 p.
- Lerner, AJ, et al. Diagnostic criteria in Neurology. Totowa, New Jersey: Humana Press; 2006. 243 p.
- Tabela Nacional de incapacidades por acidentes de trabalho e doenças profissionais – Decreto-lei 352/2007 de 23 de Outubro.
- Tabela Nacional para avaliação de incapacidades permanentes em Direito Civil – Decreto-lei 352/2007 de 23 de Outubro.
- Tsementzis Sotirios A, et al. Differential Diagnosis in Neurology and Neurosurgery. Stuttgart: Thieme-Verlag; 2000. 353 p.
- Vaccaro AR, Albert TJ. Spine Surgery. 2nd ed. New York: Thieme Medical Publishers, inc.; 2009. 321 p.
- Vieira DN, Quintero JA. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. (Biblioteca Seguros n.º. 2) Coimbra: Caixa Seguros; 2008. 240 p.
- Winn RH. Youmans-Neurological Surgery. 5th ed. Pensilvannia: Saunders; 2004. 1457 p.

Resumo: Intervenção neurológica na perícia médico-legal – algumas reflexões

O Autor pretende com este trabalho analisar a importância na avaliação pericial de algumas situações neurológicas de difícil diagnóstico, clínico e por exames complementares, e seu enquadramento na avaliação das sequelas segundo a Tabela Nacional de Incapacidades nos acidentes de trabalho e nas incapacidades permanentes em Direito Civil, segundo a respectiva tabela.

Referem-se os síndromes radiculares, o síndrome comocional pós-traumático, as situações de algodistrofia e as alterações do sistema nervoso vegetativo, entre outras, situações muito

frequentes na prática pericial e de difícil enquadramento, frequentemente desvalorizadas como entidades nosológicas.

Pretende-se ainda com este trabalho salientar a importância do exame clínico como factor determinante na avaliação da sequela, devendo este só depois ser complementado com os respectivos exames complementares, sublinhando-se o erro que, em sua opinião, é frequentemente atribuído à valorização preferencial destes exames complementares na determinação da incapacidade. Analisa-se ainda a sobreposição que algumas entidades poderão apresentar em áreas médicas próximas, com eventual dificuldade no enquadramento pericial.

Através de alguns exemplos analisa também o comportamento sequelar que a mesma entidade nosológica possa ter nestes dois campos da avaliação pericial.

Palavras-chave: Sequela neurológica; Tabela Nacional de Incapacidades; Direito do Trabalho; Direito Civil.

Summary: Reflexions on the neurological intervention on medico-legal expertise

With this work the author (A) aims to analyse the importance of impairment rating of some neurological situations of difficult clinical and laboratory diagnosis and its role on the evaluation of sequels, according to the National Table of Disability in labour related casualties and in permanent disability under Civilian Law according to the respective table. Situations such as radicular syndromes, post-traumatic commotional syndrome, algodistrophy and disturbances of the vegetative neurological system, frequently undervalued situations that are common on the expertise practice and are difficult to frame, are frequently undervalued as nosological entities.

The A. wishes to emphasize the importance of the physical examination as the prevailing factor on the sequels evaluation over the auxiliary tests which have been commonly preferred as predominant on the evaluation of sequels. He analyses as well the overlapping that some entities may present in nearby medical areas with the ensuing difficulty in the impairment rating framework.

From some cases he analyses the sequel behaviour that some nosological entity may have on the two fields of impairment rating evaluation.

Key-words: Neurological sequel; national table of disability; labour law; civilian law.

Résumé: Réflexions sur l'intervention neurologique dans l'expertise médico-légale

L'Auteur se propose, avec ce travail, d'analyser l'importance de quelques situations neurologiques, dont le diagnostic clinique et par des examens complémentaires est difficile dans l'expertise, de même que son encadrement dans l'évaluation des séquelles d'après le Barème National d'Incapacité dans les accidents de travail et dans les incapacités permanentes en Droit Civil selon leur table respective.

Sont relatées des situations comme les syndromes radiculaires, le syndrome commotionnel post-traumatique, les situations d'algodistrophy et les altérations du système nerveux végétatif, parmi d'autres, situations très fréquentes dans l'expertise médico-légale et d'encadrement très difficile, fréquemment dépréciées comme entités nosologiques.

L'auteur a surtout l'intention, avec ce travail, d'indiquer l'importance de l'examen clinique comme le facteur décisif dans l'évaluation des séquelles, devant ceci être complété avec des examens complémentaires seulement plus tard, en soulignant l'erreur qui, à son avis, est fréquemment attribuée à la valorisation préférentielle de ces examens complémentaires dans la détermination de l'incapacité. Il analyse encore la superposition que peuvent présenter quelques entités dans des secteurs médicaux proches, avec l'éventuelle difficulté dans l'expertise.

A partir de quelques exemples, il analyse aussi le comportement des séquelles que la même entité nosologique puisse avoir dans ces deux perspectives d'évaluation d'expertise.

Mots-clés: Séquelles; Droit Civil ; Droit du Travail.

Pedido de separatas:

MIGUEL LAIA

miguel.laia@sapo.pt

L'uso di un mezzo di contrasto iodato in pazienti con insufficienza renale cronica puo' configurare un "ipotesi di responsabilita" professionale medica?¹

A. De Lorenzis², A. F. De Lorenzis³

Introduzione

L'insufficienza renale acuta (IRA) o la riacutizzazione di una preesistente insufficienza renale cronica (IRC) rappresentano evenienze non rare dopo un esame diagnostico con utilizzo del mezzo di contrasto e sull'argomento esiste ampia letteratura scientifica (1-7, 8-12,17). Tale evenienza obbliga i sanitari a particolare cautela nell'utilizzo del mezzo di contrasto in paziente con pregressa compromissione renale soprattutto in presenza di concomitante patologia diabetica (4-7).

Fatto

Nel marzo del 2008 una donna di 80 anni fu accompagnata presso il Pronto Soccorso di un nosocomio del Lazio a causa di grave astenia associata a febbricola da circa due mesi in paziente già affetta da diabete mellito, ipertensione arteriosa ed insufficienza renale cronica.

All'atto del ricovero il valore dell'azotemia era pari a 49 mg/dl (v.n. 10-50) e quello della creatininemia pari a 1,80 mg/dl (v.n. 0,40-1,40).

A distanza di due settimane dal ricovero il valore dell'azotemia era pari a 34 mg/dl (v.n. 10-50) mentre rimaneva stabile il valore della creatininemia a 1,80 mg/dl (v.n. 0,40-1,40).

¹ Artigo publicado na revista Tagete 2009; 15 (3)

² Especialista em Medicina Legal – Roma, Itália

³ Especialista em Imagiologia – Casarano (LE), Itália

Persistendo la febricola e la grave astenia i sanitari programmarono ed effettuarono un esame TC total body che fu effettuato mediante somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto (mdc) iodato non ionico. Tale esame, peraltro, non rilevò elementi patologici di sorta.

Il giorno successivo all'esame TC con mdc il valore della creatininemia aumentò a 2,10 mg/dl (v.n. 0,40-1,40). Fu inoltre rilevato un aumento dell'azotemia sia pure ancora entro i limiti della norma. Tre giorni dopo la somministrazione del mdc si verificò una contrazione della diuresi mentre il valore della creatininemia risultò pari a 4,10 mg/dl (v.n. 0,40-1,40). Riscontrato inoltre un aumento dell'azotemia pari a 65 mg/dl (v.n. 10-50).

Nei giorni successivi i valori ematici di creatinina ed azoto ureico aumentarono costantemente al punto che una consulenza nefrologica effettuata sei giorni dopo la somministrazione del mdc rilevò una condizione di insufficienza renale acuta con indicazione a trattamento dialitico d'urgenza. Il valore della creatininemia era pari a 7,60 mg/dl (v.n. 0,40-1,40) e l'azotemia 98 mg/dl (v.n. 10-50). Rilevata inoltre iperpotassiemia.

Nonostante il trattamento dialitico la paziente è deceduta 20 giorni dopo la somministrazione del mdc. Fu pertanto formulata diagnosi definitiva di "insufficienza renale acuta, grave anemia, diabete mellito".

Discussione

Nel caso di specie trattasi di una paziente di 80 anni la quale, già affetta da insufficienza renale cronica e diabete mellito in trattamento farmacologico, fu ricoverata in ambiente ospedaliero a causa di febricola ed astenia perduranti nel tempo e di natura non determinata.

La paziente non aveva necessitato, fino all'epoca dei fatti in oggetto, di trattamento dialitico ed il valore della creatininemia, ripetutamente rilevato all'inizio del ricovero, era rimasto costante e stabile a 1,80 mg/dl (v.n. 0,40-1,40).

A causa del persistere della sintomatologia febbrile ed astenica i sanitari, non avendone nel frattempo individuate le cause, decisero l'effettuazione di un esame TC total-body con somministrazione di mezzo di contrasto iodato non ionico, esame che peraltro non rilevò elementi patologici di sorta.

A seguito della somministrazione del mezzo di contrasto le condizioni generali della paziente subirono un progressivo peggioramento con costante aumento dei valori di creatininemia e azotemia e diagnosi di insufficienza renale acuta con indicazione a trattamento dialitico d'urgenza che ebbe inizio soltanto cinque giorni la somministrazione del mdc. Nonostante l'impiego del trattamento dialitico la paziente è venuta a morte 20 giorni dopo la procedura diagnostica contrastografica.

Insufficienza renale da mezzo di contrasto

L'insufficienza renale acuta (IRA) o la riacutizzazione di una preesistente insufficienza renale cronica (IRC) rappresentano evenienze non rare dopo un esame diagnostico con utilizzo del mezzo di contrasto e sull'argomento esiste ampia letteratura scientifica. Tale evenienza obbliga i sanitari a particolare cautela nell'utilizzo del mezzo di contrasto in paziente con pregressa compromissione renale soprattutto in presenza di concomitante patologia diabetica come nel caso in esame.

L'utilizzazione del mezzo di contrasto (mdc) per scopi diagnostico-terapeutici può indurre una forma d'insufficienza renale acuta (IRA) che solitamente ha inizio subito dopo la somministrazione del mdc stesso.

L'IRA (insufficienza renale acuta) può realizzarsi in assenza di una preesistente compromissione renale ovvero può essere espressione di una riacutizzazione di una nefropatia cronica nota e con un grado stabilizzato di insufficienza renale (IR). Un incremento della creatinemia nell'arco delle 48-72 ore successive all'esposizione al mdc è il riferimento più diffusamente utilizzato e riportato in letteratura (1). Si parla di IRA da mdc allorché i valori di creatinemia aumentano del 25-50% o di 0.5-1 mg/dL rispetto al valore basale.

Sebbene tale aumento della creatinemia spesso sia reversibile nel volgere di due settimane tuttavia alcune volte questo diviene irreversibile aumentando di conseguenza il rischio di morte del paziente.

La letteratura riporta una incidenza di insufficienza renale da somministrazione di mdc che può giungere fin oltre il 50%, a seconda della contestuale presenza o assenza nel paziente di fattori di rischio, primo fra tutti una pre-esistente insufficienza renale e diabete mellito (2).

Un recente lavoro ha dimostrato che le indagini contrastografiche (mdc) rappresentano la terza causa di IRA riscontrabile in ambiente ospedaliero, con un'incidenza pari all'11% (3).

I principali fattori di rischio per lo sviluppo di una insufficienza renale da mezzo di contrasto sono rappresentati dalla pre-esistente insufficienza renale cronica e dalla presenza di diabete mellito. Infatti è stato evidenziato che l'incidenza, a seguito di un esame con mezzo di contrasto, dell'aumento della creatinemia superiore ad 1 mg/dL risulta essere tra il 9 ed il 38% nei pazienti con pregressa creatinemia compresa tra 1.5 e 4.0 mg/dL e con presenza contestuale di Diabete Mellito (4, 5).

L'insufficienza renale di solito compare nelle 24-48 h successive all'indagine contrastografica.

Una compromissione renale persistente si riscontra nei pazienti con insufficienza renale preesistente di grado avanzato, specie se diabetici (6, 7).

I meccanismi attraverso i quali il mdc induce una IRA non sono ben noti; tuttavia, come per tutte le nefrotossine, anche in tal caso il danno renale può essere indotto da un'alterazione dell'emodinamica glomerulare e/o da una tossicità diretta del mdc sul tubulo renale con concomitante ostruzione tubulare. Tali meccanismi possono agire singolarmente ovvero variamente combinati tra loro. Inoltre, poiché è raro che l'IRA da mdc si riscontri in reni normali, s'ipotizza che una progressiva compromissione renale sia necessaria affinché si possa realizzare tale quadro clinico.

Negli animali da esperimento il quadro anatomopatologico è caratterizzato da una vacuolizzazione del tubulo prossimale e da congestione della midollare in sede subcorticale (8). La vasocostrizione renale si realizza frequentemente ed è mediata in parte dal rilascio di endotelina ed adenosina (9, 10). La tossicità diretta del mdc è stata inoltre evidenziata da studi effettuati *in vitro* (11, 12).

Il miglior trattamento della insufficienza renale da mezzo di contrasto è rappresentato dalla prevenzione. Alcune misure preventive (7, 13) sono rappresentate dall'utilizzo di indagini alternative, laddove clinicamente indicate, quali l'Ecografia, la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), la CO₂ angiografia, le indagini di Medicina nucleare, ovvero la Tomografia Computerizzata (TC) senza mdc, specie in pazienti ad alto rischio. I mdc paramagnetici utilizzati per la RMN, come rilevato dalla Circolare Ministeriale del 17.9.97, non vanno considerati alla pari dei mdc iodati, in quanto il ridotto volume di sostanza o il ridotto numero di moli di sostanza iniettati, rende nulle le reazioni chemiotossiche dipendenti (14). Il principale mdc utilizzato in RMN è lo ione *Gadolinio* (Gd³⁺). I carichi osmotici prodotti dalla somministrazione di mdc paramagnetico, quale Gd-DTPA (Gadopentetato) e Gd-DOTA (Gadoterato), sono inferiori del 75% rispetto a quelli di un mdc iodato non-ionico, come lo iohexolo. I mdc paramagnetici, a differenza di quelli iodati usati nel caso in esame, sembrano avere infatti una minore nefrotossicità (15, 16). Poiché possiedono la caratteristica di un'adeguata densità radiografica sono da considerare un'alternativa ai mdc iodati specie per pazienti con insufficienza renale.

L'insufficienza renale da mdc si associa a una maggiore mortalità e morbilità a breve e a lungo termine. La stima della mortalità nei pazienti che sviluppano tale complicazione è infatti superiore al 34% (17).

Per prevenire l'IRA da mdc è opportuna una adeguata idratazione del paziente eventualmente in associazione alla NAC.

La N-acetilcisteina (NAC) è un potente agente antiossidante derivato non tossico della L-cisteina ed esplica anche un effetto vasodilatatore; è inoltre privo di effetti collaterali. Un recente studio (41) ha considerato i dati di

8 studi pubblicati in articoli "full-text" per valutare l'effetto del NAC sulla prevenzione dell'IRA in 885 pazienti sottoposti a indagini contrastografiche con preesistente compromissione della funzione renale: la somministrazione di NAC in associazione all'idratazione ha ridotto significativamente il rischio di sviluppare un'IRA dopo somministrazione del contrasto iodato tra i pazienti che avevano una pregressa compromissione renale. Il protocollo per os prevede la somministrazione di 600 mg x 2 al dì il giorno prima e lo stesso giorno della procedura contrastografica. Il protocollo per via endovenosa prevede la somministrazione di 150 mg/kg in 500 mL sol. salina 0.9% in 30 min prima della procedura seguita da 50 mg/kg in 500 mL di soluzione salina 0.9% in 4 ore.

Conclusioni

La somministrazione di un mezzo di contrasto iodato, dotato di effetto tossico sul parenchima renale, deve essere effettuata con estrema cautela in soggetti già affetti da insufficienza renale cronica soprattutto in presenza di una concomitante patologia diabetica (1-7). Sebbene infatti l'aumento della creatininemia che ne consegue risulti nella maggior parte dei casi reversibile tuttavia in alcuni casi può determinarsi una insufficienza renale acuta irreversibile tale da necessitare un trattamento dialitico d'urgenza. In alternativa all'uso di metodiche con mezzo di contrasto possono essere usate differenti metodiche di indagine, ove clinicamente indicate, quali l'ecografia, la CO₂ angiografia, le indagini di Medicina nucleare, ovvero la Tomografia Computerizzata (TC) senza mdc, la risonanza magnetica nucleare (RMN) senza o con utilizzo di mezzi di contrasto paramagnetici (qual è il Gadolinio), i quali, comportando carichi osmotici inferiori del 75% rispetto a quelli di un mdc iodato non-ionico, sembrano avere infatti una minore tossicità sul parenchima renale (13,14,15,16).

Bibliografia

- Solomon R. Contrast-medium-induced acute renal failure. *Kidney Int* 1998; 53: 230-42.
- Rudnick MR, Rose B. Radiocontrast media-induced acute renal failure. *Update* 12.2, 2004.
- Nash K, Hafeez A, Hou S. Hospital-acquired renal insufficiency. *Am J Kidney Dis* 2002; 39(5): 930-6.
- Parfrey PS, Griffiths SM, Barrett BJ, et al. Contrast material-induced renal failure in patients with diabetes mellitus, renal insufficiency, or both. A prospective controlled study. *N Engl J Med* 1989; 320: 143-9.

- Cigarroa RG, Lange RA, Williams RH, Hillis LD. Dosing of contrast material to prevent contrast nephropathy in patients with renal disease. *Am J Med* 1989; 86: 649-52.
- Weinrauch LA, Healy RW, Leland OS, et al. Coronary angiography and acute renal failure in diabetic nephropathy. *Ann Intern Med* 1977; 86: 56-9.
- Rudnick MR, Berns JS, Cohen RM, Goldfarb S. Nephrotoxic risks of renal angiography: Contrast-media associated nephrotoxicity and atheroembolism A critical review. *Am J Kidney Dis* 1994; 24: 713-27.
- Heyman SN, Brezis M, Epstein FH, et al. Early renal medullary hypoxic injury from radiocontrast and indomethacin. *Kidney Int* 1991; 40: 632-42.
- Cantley LG, Clark BA, et al. Role of endothelin and prostaglandins in radiocontrast-induced renal artery constriction. *Kidney Int* 1993; 44 (6); 1217-23.
- Russo D, Minutolo R, Cianciaruso B, et al. Early effects of contrast media on renal hemodynamics and tubular function in chronic renal failure. *J Am Soc Nephrol* 1995; 6: 1451-8.
- Messana JM, Cieslinski DA, Nguyen VD, et al. Comparison of toxicity of radio-contrast agents, iopamidol and diatrizoate, to rabbit renal proximal tubule cells in vitro. *J Pharmacol Exp Ther* 1988; 244: 1139-44.
- Messana JM, Cieslinski DA, Humes HD. Comparison of toxicity of radiocontrast agents to renal tubule cells in vitro. *Ren Fail* 1990; 12: 75-82.
- Barrett BJ. Contrast nephrotoxicity. *J Am Soc Nephrol* 1994; 5:125-37.
- M. Giannattasio, Insufficienza renale acuta da mezzo di contrasto *G Ital Nefrol* 2005; 22 (3): 217-25.
- Townsend RR, Cohen DL, Katholi R, et al. Safety of intravenous gadolinium (Gd-BOPTA) infusion in patients with renal insufficiency. *Am J Kidney Dis* 2000; 36: 1207-12.
- Tombach B, Bremer C, Reimer P, et al. Renal tolerance of a neutral gadolinium chelate (gadobutrol) in patients with chronic renal failure: Results of a randomized study. *Radiology* 2001; 218: 651-7.
- Alonso A, Lau J, Jaber BL, Weintraub A. Prevention of radiocontrast nephropathy with N-acetylcysteine in patients with chronic kidney disease: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *Am J Kidney Dis* 2004; 43: 1-9.

Resumo: O uso de um meio de contraste iodado em doentes com insuficiência renal crónica pode ser considerado um erro médico?

Os autores referem um caso de insuficiência renal aguda na sequência da administração de substância de contraste em doente que sofria há bastante tempo de insuficiência renal crónica e de diabetes mellitus.

O doente faleceu três semanas após a administração do contraste em consequência de complicações renais que levaram a uma situação de urémia terminal apesar dos tratamentos de diálise efectuados.

Palavras-chave: Meio de contraste; insuficiência renal.

Summary: Can the use of an iodated contrast agent in patients with chronic renal insufficiency represent an hypothesis of medical malpractice?

The Authors report a case of acute renal insufficiency following administration of contrast agent in a patient who for a long period had been suffering from chronic renal insufficiency as well as from diabetes mellitus. The patient died only three weeks after the administering of the contrast agent as a consequence of renal complications that caused a condition of terminal uraemia despite dialysis treatment.

Key-words: Contrast medium; renal insufficiency.

Résumé: L'usage de contraste iodé dans des malades insuffisants rénaux chroniques peut être considéré une erreur médicale ?

Les auteurs rapportent un cas d'insuffisance rénale aiguë après l'administration de contraste iodé dans un malade qui souffrait depuis longtemps d'insuffisance rénale chronique et de diabète mellitus.

Le malade est décédé trois semaines après l'administration du contraste en conséquence de complications rénales qui ont conduit à une situation de urémie terminale malgré les traitements de dialyse effectués.

Mots-clés: Moyen de contraste; insuffisance rénale.

Pedido de separatas :

ALBERTO DE LORENZIS

info@improntesrl.it

Revue Française du Dommage Corporel

Resumos dos artigos publicados no vol. 34, nº 4, 2008

Grand, A.; Andrieu, S.; Gardette, V.; pp. 323-328 – *A dependência: situação epidemiológica e respostas sociais*

As próximas décadas vão ser inexoravelmente marcadas pela chegada da “idade da velhice” das gerações repeletas do *baby-boom*, fenómeno que dará origem a um crescimento considerável da dependência. Ter à sua responsabilidade uma pessoa de idade dependente mobiliza três tipos de meios: os meios próprios do idoso, os do seu meio circundante e os serviços de saúde e social.

A gestão da velhice passou, ao longo do séc. XX, da esfera privada à esfera pública. As perspectivas demográficas, e as suas consequências em matéria de dependência, levantam múltiplos problemas.

É provavelmente da articulação entre a solidariedade familiar e colectiva que reside a chave do sucesso, de modo a que o aumento da longevidade não se torne na catástrofe social anunciada por alguns.

Bez, J.; Panofre G.; pp. 329-342 – *Custo da dependência*

As despesas sociais ligadas ao handicap representam 32,4 milhares de euros, com um incremento anual de 5%. Os principais recursos financeiros são os Seguros de Saúde, o Estado e seus departamentos. A dependência estimada para 2020 prevê um aumento de 25% de pessoas dependentes.

O quinto risco representa um novo campo da protecção social. Foi criado para cobrir as deficiências físicas, sensoriais, mentais e psíquicas, em qualquer idade.

Favorecer a estadia no domicílio, reduzir o custo financeiro das acomodações em lares e completar a solidariedade nacional são as propostas desenvolvidas para ajudar a custear os encargos da dependência.

Lagarrigue, J.; Besse D.; Sol J.-C.; pp. 333-342 – *Avaliação da dependência após traumatismo medular*

No decurso dos últimos anos, o conceito de handicap evoluiu de um modelo biomédico para um modelo biopsicosocial, tendo em conta, além da lesão inicial, de factores pessoais da vítima e do seu meio envolvente.

A avaliação da dependência após um traumatismo medular intervém directamente na determinação dos danos patrimoniais e extra-patrimoniais e na atribuição de ajuda de terceira pessoa e de ajuda técnica.

Os autores pesquisaram na literatura escalas disponíveis para, após um traumatismo, avaliar a lesão medular, a função residual e a dependência.

Encontraram doze escalas de avaliação aplicáveis a lesões medulares traumáticas, onde apreciaram a pertinência, a validade e aplicabilidade na reparação do dano corporal.

Apesar de nenhuma ter sido concebida com este propósito, constituem utensílios interessantes para a avaliação da dependência e reparação do dano.

Colbeau-Justin P.; pp. 343-354 – *Doença neurológica degenerativa e dependência*

A esclerose em placas e a esclerose lateral amiotrófica são dois exemplos de doenças neurológicas degenerativas que se diferenciam pela sua evolução mas sobretudo pela associação de sintomas da doença (puramente neuromotores num dos casos e neuromotores e cognitivos no outro).

Autonomia e independência são duas capacidades totalmente diferentes: a primeira é uma capacidade de decisão, a segunda é uma capacidade de realização.

É importante distinguir os dois elementos, pois a compensação relativa à perda de um ou de outro, na prática, é totalmente diferente.

A AGGIR e a MIF são duas escalas de avaliação da dependência, mas que não diferenciam entre perda de autonomia e perda da independência.

Encarregar-se da dependência daqueles que sofrem de lesões neurológicas justifica uma análise cuidadosa da sua origem: trata-se de uma perda de autonomia, uma perda da independência ou um pouco de ambas?

Capobianco, C.; Antonini, J.-M.; pp. 355-367 – *Incapacidade temporária total profissional e cirurgia abdominal*

Independentemente do órgão a operar, a cirurgia abdominal ocasiona um efeito funcional multifocal, mais ou menos total e duradouro. As melhorias no tratamento pré, peri e pós- operatório conduziram à diminuição destas alterações. O estudo das funções temporária ou totalmente incapacitantes demonstra que, independentemente da maneira como é definida, a agressão parietal está no primeiro plano das causas de ITT. A descoberta da fibra óptica e a sua aplicação à cirurgia, reduzindo ou eliminando a agressão parietal, levou à redução ou até mesmo ao desaparecimento da principal causa de incapacidade. É neste novo contexto que tentámos elaborar uma tabela de Incapacidades Temporárias Totais em cirurgia abdominal. O termo genérico de ITT, por razões de simplificação, foi utilizado deliberadamente pelos autores que desenvolveram no entanto, no domínio do Direito Comum, a noção de perda de ganho profissional actual (PGPA), dissociada do défice funcional temporário, de acordo com a nomenclatura Dintilhac, na qual se inspirou a missão de 2006.

Jordana, F.; Chapenoire, S.; Bénézech, M.; pp. 369-373 – *Agravamento estético facial tardio: a importância do envelhecimento*

Uma mulher de 20 anos de idade, vítima em 1977 de uma fractura do rochedo que provocou uma paralisia facial e uma perda da acuidade auditiva esquerda, consolidou em 1979 com um prejuízo estético qualificado de muito importante.

Vinte e sete anos após a consolidação, ela solicita ao Tribunal uma avaliação por agravamento do prejuízo estético: foi alegado um aumento da ptose facial unilateral. Um novo perito concluiu em 2006 que existia uma relação causa efeito entre o traumatismo inicial e o agravamento constatado da parésia facial esquerda. Ele considerou, em efeito, que a ptose devida ao envelhecimento se exerceu assimetricamente e de modo mais acentuado na hemiface paralisada.

Este caso pericial, baseado numa associação fisiopatológica, coloca em evidencia a importância do tempo na reparação do prejuízo estético. Isto poderia levar a uma alteração no sistema de reparação do dano corporal.

A influência da velhice, neste processo de agravamento do dano maxilo-facial, acentua as dificuldades da perícia em matéria de imputabilidade.

Aghababian, V.; pp. 375-384 – *A perícia neuropsicológica no contexto médico-legal*

No contexto das perícias a vítimas de traumatismo craniano, é muitas vezes solicitado ao perito de neuropsicologia uma avaliação exaustiva das perturbações cognitivas presentes. A missão interroga em particular a natureza das alterações neuropsicológicas, a sua correlação com eventuais lesões cerebrais, a imputabilidade com o acidente em causa, a eventual data de consolidação e, em certos casos, os tipos de prejuízo. Por definição, todas as funções cognitivas podem ser afectadas num traumatizado craniano. No entanto, as alterações mais frequentemente encontradas dizem respeito à atenção, desempenho motor e memória. Vários testes permitem explorar as diferentes funções alteradas, mas a sua interpretação é competência do especialista em neuropsicologia, que domina os modelos cognitivos subjacentes à compreensão desses testes.

Assié, P.; pp. 385-392 – *Falta de análise crítica na prática médica*

A apresentação deste caso clínico de perícia médica pretende ilustrar a necessidade de uma vigilância intelectual na prática pericial médica, em que as deficiências de raciocínio podem ser geradoras de considerável sofrimento humano, sobretudo quando tudo se integra perfeitamente no pensamento dominante mediático-científico-social, o “mecanismo de Outreau” e teve a sua origem entre outras em relatórios periciais.

Resumos dos artigos publicados no vol. 35, nº1, 2009

Thervet, F.; pp. 9-14 – *Actualidades da diabetes tipo 2. Epidemiologia e definição*

A diabetes tipo 2 é considerada nos dias de hoje como um défice médico major por múltiplas razões:

- a sua difusão epidémica relativamente recente em todos os continentes e a sua frequência, com uma prevalência que aumentou 5% em França nestes últimos anos;
- a sua despistagem demasiado tardia apesar dos progressos recentes;
- a gravidade do risco cardiovascular que ela implica, juntamente com a microangiopatia específica retiniana, renal e neurológica;

– as dificuldades terapêuticas encontradas na prática diária, sobretudo após alguns anos de evolução.

Certas questões permanecem sem resposta satisfatória, nomeadamente a posição exacta do síndrome metabólico reagrupando num mesmo indivíduo: hipertensão arterial, anomalias lipídicas e glucídicas bem definidas e sobretudo uma obesidade abdominal. Ele representa, entre outros, um risco cardiovascular importante. Torna-se legítimo tomar medidas preventivas através da educação da população geral, a fim de fazer recuar a “epidemia” que a diabetes tipo 2 representa nas nossas sociedades.

Ghéron, G.; pp. 15- 22 – *Diabetes tipo 2. Modelos terapêuticos actualizados*

Os dados recentes em fisiopatologia da diabetes tipo 2 permitiram a elaboração de moléculas novas.

O médico deve adquirir conhecimentos rapidamente, compreender melhor as acções específicas de cada um dos medicamentos que lhe são apresentados, depois de ter bem estabelecido a anomalia prioritária colocada pelo seu doente no plano das perturbações de seu metabolismo glucídico (saber se este apresenta antes de tudo uma hiperglicémia em jejum ou se as suas glicémias post-prandiais são o elemento prioritário no seu desequilíbrio).

À noção clássica de associação de uma insulinopenia e de uma insulinoresistência junta-se um dado fisiopatológico novo que faz intervir um processo hormonal com ponto de partida intestinal e estimulação de células alfa-pancreáticas (secreção de Glucagon). Trata-se da via das incretinas, que é usada pela indústria farmacêutica.

Acabam de aparecer moléculas novas. Tratando-se de novos utensílios, a experiência do médico deverá ser adquirida após um pormenorizado conhecimento das indicações mas sobretudo dos efeitos secundários possíveis.

A sua escolha terapêutica dependerá igualmente de uma noção recente: o efeito deletério prioritário da hiperglicémia post-prandial para a qual poderá ser proposto um tratamento medicamentoso específico antidiabético.

Foels, A.; pp. 23- 28 – *Olho e diabetes*

A diabetes atinge 3% da população francesa, ou seja há cerca de 2 milhões de pacientes diabéticos, dos quais 90% do tipo 2.

A complicação ocular mais conhecida da diabetes é a retinopatia diabética (30 a 40% dos pacientes diabéticos), através de edema macular, hemorragias intra-vitreas, descolamento da retina ou glaucoma neovascular. É a principal

causa de cegueira parcial antes dos 50 anos de idade. Os seus principais factores de risco são a antiguidade da diabetes e o nível de hiperglicémia.

Contudo, outras complicações oculares podem provocar efeitos muito graves na visão (catarata, glaucoma, infecções, complicações vasculares retinianas, paralisias oculomotoras de origem isquémica).

O autor ilustra a sua exposição com exemplos de complicações oculares da diabetes encontradas durante a peritagem.

Gabriel, CH.; Laffolay, CH.; Scetbon, G.; Flory-Reverberi, M.; pp. 29- 34 – *Diabetes e seguro pessoal... Capacidade para o trabalho, condução automóvel, desporto*

A diabetes levanta problemas pela existência de complicações, nomeadamente as hipoglicémias e as alterações visuais.

A apreciação da capacidade para o trabalho, da actividade desportiva ou da aptidão para a condução automóvel constitui um modelo de pensamento que poderá ser útil retomar quando se pretende avaliar, no âmbito da peritagem ou do exame médico de controlo pedido pelo segurador, a aptidão de um segurado para exercer uma actividade profissional.

Os textos regulamentares e os seus comentários médicos constituem referências para a avaliação das capacidades.

Dansette, J.-M.; Desenclos, J.-M.; Ramaniraka, J.; pp. 35- 40 – *As relações profissionais entre o médico consultor de uma seguradora e o médico prestador de cuidados*

O segredo médico é uma obrigação deontológica e penal cuja violação é susceptível de sanções. O médico consultor que intervém no âmbito de um seguro pessoal deve no entanto, para dar aos serviços comerciais de uma seguradora os meios de gerar os contratos (tanto ao nível da subscrição para fixação dos prémios como para actualização aquando um sinistro), dispor de informação médica suficiente sobre o proponente ou segurado. Durante longo tempo um árduo problema, fonte de litígios e de processos, o contexto desta relação triangular médico consultor – segurado + médico assistente – seguradora foi modificado e simplificado pela lei de 4 de Março de 2002 dita “lei Kouchner”, que permite fixar regras da boa conduta. O artigo tem por objectivo clarificar as relações que existem entre médico consultor da seguradora, médico assistente e paciente.

Dallaudière, S.; Gromb, Y.; Benayoun, N.; Groleron-Gros, N.; Martin-D, S.; pp. 41- 53 – *Patologias meniscais da articulação temporo-mandibular. Contribuição da imagiologia e implicações médico-legais*

As patologias meniscais temporo-mandibulares do tipo luxação, mais frequentemente anterior, redutível ou não, post-traumática ou não, apresentam-se sob a forma de uma sintomatologia clínica muito variada. Actualmente, o diagnóstico é feito à custa da IRM com sequências em densidade protónica, principalmente no plano sagital, eventualmente completadas por um estudo coronal, de forma bilateral para procurar estabelecer um diagnóstico de certeza, no quadro da “evidência baseada na medicina”.

A avaliação médico-legal do dano sofrido segue o esquema clássico de uma peritagem judiciária, atendendo frequentemente ao parecer de consultor especializado. O ponto-chave é a determinação da imputabilidade destas perturbações de oclusão, através nomeadamente do estudo de todo o processo e do estado anterior do sinistrado. Geralmente, a data da consolidação é fixada 12 meses após o fim dos tratamentos. O *quantum doloris* e o dano estético não ultrapassam 3/7. O Déficit Temporário Total ou Parcial (DFTT, DFTP) está compreendido entre 5 e 7 semanas e o Déficit Funcional Permanente (DFP) é avaliado mais frequentemente de acordo com a tabela específica entre 2 e 10%.

Yahia, A.; Elleuch, M.H.; Zemmami, Z.; Elleuch, M.; pp. 55- 63 – *O interesse do teste isocinético na avaliação do dano corporal da lombalgia traumática*

Introdução: Na peritagem médica, a pesquisa de elementos objectivos quantificáveis é a base da descrição de uma incapacidade. O teste isocinético é uma nova técnica, que permite fazer uma avaliação precisa da força muscular que reflecte a função. Esta avaliação isocinética pode constituir um argumento suplementar objectivo do exame clínico na apreciação do dano corporal.

Objectivo: Justificar o lugar da avaliação isocinética dos músculos do tronco na avaliação do dano corporal de uma lombalgia traumática numa missão de peritagem médica.

Pacientes e método: Foram recrutados para este estudo pacientes com lombalgias pós-traumáticas. Eles beneficiaram de uma avaliação clínica que incluiu a avaliação da dor lombar, a perturbação funcional pela EVA e o score Oswestry, e a apreciação do síndrome raquidiano pela distância mão/solo e o índice de Schober. Foi feita a avaliação isocinética no aparelho de isocinetismo Cybex Norm para apreciar a força dos flexores e extensores da coluna lombar. O parâmetro utilizado foi o momento de força máxima.

Resultados: Foram avaliados doze doentes com lombalgias, 8 do sexo masculino, de idade, peso e estatura respectivamente 28,66 anos, 68,16Kg e 165cm. O EVA lombalgia média foi de 6,16. O EVA limitação funcional e o score Oswestry médios foram de 4,5 e 17,5. O score de Schober médio foi de 12,83. Os momentos de forças máximas isocinéticas dos flexores do tronco a 60°/s, 90°/s e 120°/s foram respectivamente de 81,41, 78,16 e 60,16 N/m. Os dos extensores foram respectivamente de 79,83, 54,66 e 39,33 N/m. Não houve correlação significativa entre os critérios clínicos subjectivos e os objectivos e as forças isocinéticas. Além disso, notou-se um défice tanto dos músculos flexores como dos extensores da coluna lombar.

Conclusão: O teste isocinético pode constituir um meio objectivo de avaliação dos défices musculares nas lombalgias pós-traumáticas. Ele poderá ajustar a incapacidade parcial permanente no decurso de uma missão de peritagem médica.

Bah, H.; Abatty, O.C.; Felemou, G.; Bah, M.L.; pp. 65- 70 – *Os acidentes de moto: aspectos epidemiológicos e médico-legais no Hospital Regional de Kindia (Guiné)*

Com o aparecimento dos táxis moto, que são meios de transporte muito rápidos e a menor custo, o número de veículos de duas rodas, em algumas das grandes cidades do nosso país, sofreu um aumento exponencial nestes últimos anos. Esta eclosão de veículos de duas rodas teve consequências nefastas na segurança rodoviária da população. Através deste estudo realizado em Kindia, uma das grandes cidades da República da Guiné, analisámos os aspectos epidemiológicos e médico-legais dos acidentes de moto. Foram incluídas no estudo todas as vítimas, vivas ou falecidas, de acidentes de moto. A colheita dos dados foi realizada por fichas de inquéritos individuais estruturadas segundo os objectivos do estudo. A análise dos dados foi feita manualmente. Conseguimos identificar, num período de 6 meses (de 1 de Julho a 31 de Dezembro de 2006), 344 vítimas de acidentes de moto num total de 778 vítimas de acidentes na via pública, com uma frequência de 44,22%. A idade média das vítimas foi de 30 anos. Em 66,86% dos casos as vítimas eram do sexo masculino. Em 90,40% dos casos, o acidente ocorreu na zona urbana. A colisão entre moto e peão foi a causa mais frequente (68,90%). As feridas foram observadas em 61,50% das vítimas e as contusões em 51,16%. As lesões localizaram-se maioritariamente a nível dos membros (77,61%). No total, 9,02% das vítimas faleceram em consequência dos seus traumatismos. A quase totalidade das vítimas sofreu uma ITT inferior ou igual a 30 dias.

Resumos dos artigos publicados no vol. 35, nº2, 2009

Brasseur, J. L.; Flory-Reverberi, M.; Scetbon, G.; pp. 107-122 – *A imagiologia médica osteo-articular: do diagnóstico à terapêutica e à perícia médica – casos rádio-clínicos do ráquis lombar e do ombro*

Esta exposição articula-se em torno de dois pontos relativos à evolução da radiologia osteo-articular, “do diagnóstico à terapêutica”.

Compilaram-se quatro casos rádio-clínicos representativos de patologias com que mais frequentemente se deparam as peritagens em seguros e em avaliação do dano corporal: dois casos de patologia lombar (que representam um quarto dos sinistros avaliados nas Seguradoras) e dois casos de patologia de ombro.

Partindo da exposição de uma história clínica, os comentários radiológicos das imagens têm como objectivo dotar os médicos peritos dos princípios major da interpretação das radiografias e das imagens em corte apresentadas. Todos estes documentos radiológicos são frequentemente fornecidos pelos próprios segurados aos peritos médicos das seguradoras ou de dano corporal. Os médicos peritos devem tomar conhecimento deles com atenção e profissionalismo. Esta confrontação rádio-clínico deverá ser proveitoso, sobretudo por ter como finalidade auxiliar os médicos peritos nas suas missões.

Jordana, F.; Chapenoire, S.; Bénésech, M.; pp. 123-128 – *Luxação/rotação C1-C2 no decurso de uma intervenção estomatológica sob anestesia geral: responsabilidade do cirurgião ou do anestesista?*

Uma jovem adolescente, franzina, foi submetida a cirurgia por razões odontológicas, sob anestesia geral, numa clínica privada, para extracção dos dentes do siso. As consultas pré-anestésicas do estomatologista, bem como as do anestesista não revelaram anomalias, não tendo sido registado nenhum incidente perioperatório. Dois dias após a cirurgia surgiram primeiro cervicálgia e depois bloqueio cervical, classificado como “torcicolo”. Decorridas três semanas da intervenção foi diagnosticada luxação/rotação de C1-C2.

A redução desta luxação recidivante necessitou de duas tracções cranianas contínuas e de uma artrodese C1-C2. A rotação cervical direita foi recuperada na totalidade, a rotação esquerda, contudo, ficou limitada a metade da amplitude. Os peritos concluíram, na ausência de eventos intercorrentes demonstráveis, que o bloqueio cervical inicial por luxação rotatória C1-C2 ocorreu no decurso imediato da intervenção cirúrgica sem que houvesse estado

anterior previsível. A Jurisdição Civil condenou inicialmente o anestesista à reparação dos danos, embora no final apenas tivesse sido condenado o estomatologista. Este caso de peritagem ilustra a dificuldade de imputação de uma luxação cervical invalidante e recidivante numa jovem paciente após uma intervenção cirúrgica em que não foi estabelecida culpa tanto por parte do cirurgião como do anestesista e onde, aparentemente, as condutas terão sido conscienciosas, atentas e em conformidade com os conhecimentos científicos actuais.

De Mol, Jaques; pp. 129-138 – *Traumatismo craniano e esquizofrenia*

Depois de ter precisado a definição actualmente aceite de esquizofrenia e de ter recordado os seus aspectos etiopatogénicos, o autor pondera a possibilidade de eventual imputabilidade dum traumatismo craniano.

Num estudo pessoal levado a cabo no Serviço de Neurocirurgia da “Université Libre” de Bruxelas, examinaram-se 18 casos de psicose, 6 dos quais eram perturbações de natureza esquizofrénica, de entre uma população de 530 casos de traumatismo craniano. Este estudo retrospectivo também analisa diferentes aspectos das perturbações psiquiátricas, bem como as características do traumatismo craniano.

Ao rever dados da literatura onde se opõem os defensores da organogénese e da psicogénese, o autor compara os argumentos sustentados por uns e por outros em estudos actuais sobre a esquizofrenia (prevalência, semiologia, prognóstico, elementos neuro-radiológicos ...).

A conclusão é de que a esquizofrenia, segundo a DSM-IV-TR, não pode assemelhar-se às perturbações esquizofreniformes resultantes de distúrbios de consciência pós-traumáticos, nem às perturbações delirantes crónicas relacionadas com o processo demencial pós-traumático.

No plano médico-legal a esquizofrenia como tal deve ser considerada um processo sem relação causal com traumatismo craniano.

Brassier, G.; pp. 139-145 – *Seringomielia pós-traumática e peritagem: qual a imputabilidade?*

A seringomielia pós traumática representa uma condição difícil de avaliar em peritagem médica, comportando situações diferentes conforme existe ou não imputabilidade segura de um traumatismo grave.

A dificuldade está em avaliar o *handicap*, dado sabermos que pode evoluir no sentido de um efeito catastrófico a nível funcional. Por outro lado, a

imputabilidade deverá ser afastada em caso de descoberta de uma cavidade seringomiélica filiforme, não comunicante e limitada, que corresponde na maior parte das vezes a uma variação do desenvolvimento embrionário, obviamente sem relação alguma com o traumatismo.

A análise desta patologia necessita em todos os casos de um perfeito conhecimento da formação embrionária do sistema nervoso central e de uma clarificação da terminologia utilizada, uma vez que é frequente observar-se alguma confusão.

Gaultier, G.; pp. 147-156 – *Imputabilidade do erro diagnóstico nos síndromes coronárias agudas*

Apesar do progresso em terapêuticas major para casos de síndrome coronário agudo, os mesmos apresentam ainda uma grande morbidade e mortalidade pré-hospitalar, associadas tanto a uma falta de informação do público geral relativamente à chamada para Serviços de Emergência como a erros de diagnóstico.

Se falhas de assistência médica podem ser relevados, os erros mais frequentes resultam muitas vezes de dificuldades de compreensão dos doentes ou de quadros clínicos complexos. A principal defesa dos médicos sob escrutínio centra-se na avaliação objectiva das terapêuticas que poderão ser propostas e nos resultados esperados nesses doentes.

Os principais tipos de dano que afectam os doentes estão sobretudo associados à descoberta de doenças que conduzem a alterações do estilo de vida dos doentes: restrições provocadas pela medicação, modificação dos hábitos de vida, aptidão profissional...

Somente os prejuízos decorrentes do protelar da instituição de uma terapêutica devem portanto ser imputados ao médico.

Bismuth, M.; Martre, P.; pp. 157-161 – *Grupos de discussão em peritagem médica: uma autoavaliação formativa*

Os deputados adoptaram a definição de desenvolvimento profissional contínuo (DPC) dos profissionais de saúde como um novo termo que abrange a formação médica contínua (FMC) e a de outros profissionais de saúde e a avaliação das práticas profissionais (EPP).

A finalidade das EPP não é a de avaliar as práticas em si, mas antes melhorar as práticas.

A ideia de aplicar estas práticas à peritagem foi depressa imposta na FFAMCE, com a formação de grupos de discussão em peritagem médica (CEE). Foram constituídos grupos e divididos pelos 3 temas seguintes: o relatório médico, o processo médico e a peritagem de coluna cervical.

O nível de participação dos médicos nestas reuniões mostrou forte adesão a este conceito.

Poulet, L.; pp. 163-167 – *Acordo amigável e litigioso em acidentes de viação*

O Supremo Tribunal de Justiça Francês considerou recentemente que o juiz de processos sumários pode atribuir à vítima de um acidente de viação uma provisão num montante estritamente igual ao da oferta de indemnização feita pela Seguradora.

Esta jurisprudência, a priori favorável aos sinistrados, apresenta efeitos perversos. Em particular, o perigo de encorajar as vítimas a preferirem um acordo litigioso em Tribunal do que um acordo amigável.

Resumos dos artigos publicados no vol.35, nº3, 2009

Berrut, G.; pp. 211-20 – *Epidemiologia e fisiologia do envelhecimento físico e psíquico*

O tempo é um espaço virtual que só existe pelos acontecimentos que o ocupam. Não é característica do envelhecimento mas o receptáculo das evoluções que vão modificar o organismo.

O envelhecimento não está só ligado à genética mas igualmente aos hábitos de vida.

O indivíduo idoso é aquele que devido à sua idade tem uma probabilidade elevada de apresentar sinais relacionados com doenças. Mas há campos da medicina que não são procurados. Alguns médicos, devido à sua formação inicial, têm ainda dificuldade em abordar este conhecimento que fica entre o somático e psicológico.

O geriatra face a esta situação vai tentar praticar, mas também ensinar, demonstrar que tentando avaliar os parâmetros de fragilidade, pode-se fazer prevenção.

Num terço dos casos, um distúrbio da memória é o sinal anunciador de uma autêntica síndrome demencial. Associado a um distúrbio cognitivo, não é um simples esquecimento.

A incidência desta doença aumenta e, se hoje em dia há 24 milhões de pessoas que são atingidas no mundo, haverá 81 milhões em 2040. As despesas de saúde estão associadas a este declínio cognitivo.

O estado severo de doença é o alvo, é necessário tudo fazer para evitar a dependência.

Beauchet, O.; pp. 221-24 – *Sinais preditivos de fragilidade, queda e desadaptação psicomotora*

Para poder compreender um indivíduo idoso e sobretudo como ele funciona, é necessário estabelecer definições precisas.

A fragilidade pode-se definir como um estado médico-social instável. Ela é a consequência do envelhecimento fisiológico e patológico que gera deficiências infraclínicas.

A queda define-se como a acção de cair ou deslizar para o solo independentemente da sua vontade.

Os factores de risco de queda são por sua vez “intrínsecos”, comportamentais e ambientais.

O síndrome da desadaptação psicomotora é uma complicação funcional aguda das quedas com origem numa incapacidade motora e/ou cognitiva total ou parcial.

Paccalin, M.; Carlu, J.; pp. 225-32 – *Prognóstico funcional e médico-social das fracturas dos idosos*

As fracturas do fémur têm uma incidência que cresce paralelamente ao aumento da esperança de vida. Acarretam pesadas consequências em termos de mortalidade, do prognóstico funcional e de qualidade de vida dos idosos. A mortalidade tem sido frequentemente analisada com uma prevalência da ordem dos 8% no peri-operatório e indo até aos 40% após 2 anos de observação. O prognóstico funcional tem sido menos frequentemente estudado. Reportamos os resultados de um estudo levado a cabo no polo de geriatria do CHU de Poitiers. O objectivo deste estudo era analisar num grupo de idosos a evolução do status funcional para as actividades quotidianas (autonomia para telefonar, usar os transportes públicos, gerir as finanças e os medicamentos pelo score IADL de Lawton: Instrumental Activity of Daily Living, com score

0 = a autonomia, a 4), da autonomia à marcha (8 níveis pré-definidos: da autonomia completa e sem limitação na marcha, ao deslocar-se com 1 ou 2 ajudas técnicas, ao confinamento) e do contexto médico-social (local onde vivem) antes e 3 meses após ter acontecido a fractura óssea. Procurou-se também saber se o status dos pacientes, cognitivo (Mini Mental State) e nutricional (albumina) e a duração da hospitalização influenciavam a evolução aos 3 meses.

Rodat, O.; Clément, R.; pp. 233-38 – *Como utilizar os instrumentos de avaliação num procedimento médico-legal no idoso*

Os autores, geriatras e peritos, lembram a frequência de pessoas idosas afectadas por acidentes e relevam uma tentativa de peritagem médico-legal gerontológica adaptada à especificidade semiológica do idoso, à sua fragilidade potencial devido à redução do potencial físico.

O objectivo do perito na avaliação de um idoso é colocar questões que permitam ter uma ideia da sua autonomia global.

A análise das sequelas do idoso leva tempo: é necessário rastrear a cascada de acontecimentos que ocorreram levando a uma situação prejudicial, a uma perda de autonomia. É necessário recorrer a instrumentos, como o MMS, sempre que se trata de avaliar as funções cognitivas (sob reserva que seja efectuado num local um pouco protegido, o que torna difícil respeitar as ordens do contraditório).

É necessário planear a vítima na sua economia de vida e fazer o diferencial das ajudas humanas (importância do GIR), mas também determinar a esperança de vida residual no momento do acidente e a probabilidade de ser autónomo no momento do traumatismo.

Por fim, a síntese do perito deve ter em conta o traumatismo, os cuidados continuados, as sequelas objectivas no seu espaço anatómico mas também o impacto do traumatismo sobre a autonomia. O perito não se deve contentar em observar unicamente o campo anatómico do traumatismo mas integrá-lo na vida social e rastrear a autonomia do indivíduo antes e depois do evento.

Giré, P.; pp. 239-45 – *As demências degenerativas*

O autor aborda as demências de origem degenerativa colocando-as no seio da classificação DSM III de 1987. A demência degenerativa primária é um deficit múltiplo das funções cognitivas, nomeadamente mnésicas, de

etiologia orgânica e de evolução progressiva e que se repercutem na vida social ou profissional.

Em primeiro lugar na lista, a doença de Alzheimer em aumento constante (220000 novos casos por ano, dos quais 73% dos sujeitos com mais de 80 anos), atinge sobretudo o sexo feminino, tendo uma predisposição genética (pacientes portadores do alelo E4 do gene codificante para a apoproteína E). Os critérios diagnósticos estão definidos pela DSM IV. Ela atinge sucessivamente a memória episódica, depois a memória do trabalho, a memória semântica e, por fim, a memória processual, associada a um compromisso da linguagem, oral ou escrita, a uma apraxia, uma agnosia e uma alteração das funções executivas, uma apatia, possivelmente a uma depressão.

A demência fronto-temporal de Pick ou degenerescência lobar fronto-temporal (DLFT) é a segunda causa de demência degenerativa abaixo dos 65 anos. Ela prevalece na linguagem e comportamento.

O autor aborda por fim os outros tipos de demência degenerativa: degenerescência cortico-basal associando um compromisso cortical e sub-cortical, as demências sub-corticais das quais a paralisia supranuclear progressiva de Steele Richardson Olzewski, as alterações cognitivas tardias da doença de Parkinson, a demência do corpo de Lewy.

Du Boisgueheneuc, F.; pp. 247-53 – *Diagnóstico da demência no idoso após traumatismo craniano*

O autor procura identificar os critérios de correlação entre um traumatismo craniano e uma doença de Alzheimer, duas patologias extremamente frequentes e que podem coexistir.

Para estabelecer uma correlação anatomo-clínica, é necessário demonstrar que os três níveis distinguidos pela OMS (o handicap, a incapacidade, a lesão) estão ligados.

Contudo, é difícil reconstituir os factos, a sequência temporal num indivíduo que está frequentemente amnésico.

O equilíbrio neuropsicológico permite correlacionar o deficit cognitivo observado e a localização da lesão, mas os compromissos degenerativos e os traumatismos podem atingir as mesmas estruturas.

Aquando de uma queda, é por vezes difícil determinar se a queda é a causa das lesões ou se as lesões precederam e levaram à queda. É importante precisar o eventual sintoma inaugural.

Nos traumatismos violentos, quando há perda de consciência, é geralmente porque o parênquima cerebral foi atingido. É preciso procurar a ruptura de contacto de que são testemunhas das pessoas presentes nos locais do acidente.

O facto de que um traumatismo craniano possa ser um factor de risco ou o evento causal de uma doença de Alzheimer continua controverso. Actualmente, é impossível dizer se traumatismo craniano e doença de Alzheimer interagem por efeitos sinérgicos ou aditivos.

É necessário saber que todo o evento intercorrente pode descompensar uma demência.

Num paciente confuso na sequência de um traumatismo craniano, é preciso procurar uma perda da autonomia progressiva anterior, reconstruindo uma anamnese precisa a partir do testemunho dos próximos e julgar da evolução da afectação.

É, além disso, certo que o traumatismo leva a uma revelação mais precoce da doença e pode tornar um paciente sintomático. O paciente recupera mas a um nível que não é o anterior. Sob o efeito de um traumatismo há uma diminuição da reserva cognitiva que pode fazer aparecer, de uma forma mais precoce, uma doença degenerativa que se encontrava latente.

Gil, R.; pp. 255-62 – *Ética e envelhecimento*

É a partir de algumas reflexões sobre o envelhecimento normal e patológico, e sobretudo a doença de Alzheimer, que o autor nos define o verdadeiro lugar e significado da ética do envelhecimento, muitas vezes confundida com boa vontade, caridade, deontologia, por vezes justiça ou peritagem, e nos esclarece sobre estas questões.

O sonho do envelhecimento é o de uma longa juventude, de um longo percurso no fim do qual todos os desejos foram saciados, mas o aumento da duração da vida mostra-nos como o caminho é difícil e semeado de armadilhas.

O envelhecimento é uma realidade inevitável, anatómica, histológica, cognitiva e morfológica, mesmo se o desafio do homem é de se sentir o mesmo enquanto que a mudança é permanente.

A nossa sociedade, ligando a idade à reforma, tem tendência a desinvestir no idoso, a desqualificá-lo.

A doença de Alzheimer atinge a memória episódica, isto é a memória dos acontecimentos da vida e rompe a construção da identidade do indivíduo com as suas recordações, que deixam de existir. Com a sua progressão ela vai alterar a capacidade do ser humano encontrar as palavras adequadas (afasia), depois atinge a capacidade da pessoa se servir das mãos (apraxia), a capacidade de conhecer os mundos, as formas, as cores, os rostos, de reconhecer o seu próprio rosto num espelho (agnosia). Assim, a doença de Alzheimer quebra a identidade de um indivíduo.

Num plano ético, proclamar o respeito do ser humano atingido pela doença de Alzheimer quer dizer como, praticamente, se pode afirmar que existe um ser humano. O desafio é respeitar o homem Alzheimer e a sua história. Cabe à família, aos cuidadores e aos assistentes sociais planear este testemunho de humanidade.

A ética é sobretudo a atenção à fragilidade.

Respeitar é parar, olhar, girar, suspender a sua vida por alguns instantes para um outro que nós consideramos, apesar das aparências, como um irmão.

Laffolay, Ch.; pp. 269-76 – *A dor para o paciente e para o médico*

“A moralidade moderna quer que aceitemos as normas da sua época”, observa Oscar Wilde. Mas, acrescentava “que um homem culto possa aceitá-las parece-me a pior das imoralidades”. A dor poderia ser uma forma de abordar o sofrimento dos nossos contemporâneos, sem *a priori*, isto é, com objectividade. É um desafio difícil tanto mais que a dor pode-se revestir de aspectos subjectivos.

Mas quaisquer que sejam as circunstâncias, a dor deve ser tida em conta e medida pelo médico ou pelo cirurgião assistente. É a condição para o seu alívio, tendo em conta as particularidades do paciente e da importância da sua dor, cuja avaliação será feita no decurso de um exame atento adaptado à idade e respeitando as especificidades sociais ou culturais. Apesar da sua grande utilidade, as escalas habituais não podem substituir o colóquio singular entre o doente com dor e o seu médico.

Brémond, G.; pp. 277-82 – *Do pretium doloris às dores sofridas. Um pouco de história*

Ao longo dos anos, a avaliação médico-legal da dor evoluiu.

Primeiro nas palavras, com a passagem de *pretium* a *quantum* para terminar em dores sofridas, mas também na substituição de letras por números.

A seguir nos critérios de apreciação: à dor física juntou-se a dor psíquica, as dores após consolidação em certos casos particulares, depois as alterações nas condições de existência.

Finalmente, as tabelas propostas a título indicativo evoluíram, tendo em conta os progressos da medicina.

Mas uma questão se coloca: que avaliação pode ser feita hoje que tenha em conta os incómodos constitutivos de um deficit funcional temporário?

Carbonnie, C.; pp. 283-94 – *Os dores sofridas: dor ou incómodo?*

A visão da dor não é a mesma para aqueles que nunca a sofreram, aqueles que já conheceram o sofrimento e aqueles que sofrem ainda. A aproximação religiosa da dor é diferente para os cristãos, os muçulmanos ou os espirituais orientais. Cada povo, cada pessoa, tem a sua própria concepção da dor.

Ela é classicamente definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tecidual presente ou potencial. A percepção da dor e da sua intensidade é particularmente subjectiva. O mesmo fenómeno será sentido de forma diferente consoante a pessoa e a situação.

A gestão da dor tornou-se um dever para as pessoas em tratamento e para os que tratam, revestindo um aspecto legal, ético e moral, que cada cuidador deve integrar. Esta evolução faz com que a partir de agora os pacientes sofram menos e durante menos tempo. A dor é combatida desde ou mesmo antes do seu aparecimento.

Os juristas, pela nomenclatura Dintilhac, desejaram individualizar o incómodo constitutivo de um deficit funcional temporário que é objecto duma avaliação à parte. O maior problema é que a diferença entre a dor e o incómodo é por vezes difícil de isolar.

É a razão pela qual o período de incómodo vai terminar na consolidação ou mais exactamente a consolidação médico-legal será fixada a partir do momento em que o incómodo tenha cessado de ser um incómodo ou a partir do momento em que o incómodo estabilizou e não é susceptível de evolução. Tal corresponderá à cura ou ao momento a partir do qual é possível fixar a taxa de IPP, o incómodo temporário transformou-se em incómodo definitivo.

Não só as pessoas sofrem menos mas eles sofrem também menos tempo devido às novas técnicas médicas, mas tendo sido modificados os tipos de prejuízo, sendo agora a consolidação médico-legal uma consolidação médica, este sofrimento vai durar menos tempo.

A quantificação dos sofrimentos suportados é um elemento tão importante como a fixação dos períodos de perturbação, a quantificação do dano estético ou a avaliação da taxa de IPP. Esta deve ser um acto médico-legal reflectido fundamentando-se em critérios objectivos desprovidos de toda a conotação cultural, pessoal ou de preconceitos no que diz respeito à dor.

É a razão pela qual a grelha indicativa de avaliação destinada aos peritos médicos, elaborada pela Sociedade Francesa de Medicina Legal e a FFAMCE, deve ser agora o nosso livro de consulta.

O autor, em complemento a esta tabela e de acordo com ela, propõe igualmente uma tabela indicativa das avaliações em função das lesões.

Reuniões Científicas

1.ªs Jornadas Nacionais Ético-Jurídicas sobre a infeção VIH/SIDA – 25 de Fevereiro de 2010, Coimbra

Info: cdb@fd.uc.pt
fpccsida.coimbra@gmail.com
f.p.c.c.sida@mail.telepac.pt

Aportaciones de la Antropología y Odontología Forense a los Derechos Humanos
– 19 e 20 de Março de 2010, Donostia, San-Sebastian, Espanha

Info: paco.etxeberrria@ehu.es
Tel.: +34 943 0173 81
Fax: +34 943 0173 30

International Conference & Workshops on Missing Persons – 24 a 27 de Março de 2010, Prishtina, Republic of Kosovo

Info: www.icwmp.org

1ª Conferência Portuguesa sobre Abusos em Crianças e Jovens – 26 e 27 de Março de 2010, Porto

Info: www.acj.me
mjalves@med.up.pt

XIXèmes Journées Internationales Méditerranéennes de Médecine Légale – 7 a 10 de Abril de 2010, Tozeur, Tunísia

Info: majed.zemni@rns.tn
www.aefms.org/j.med.leg.tozeur

9th Annual Conference on European Tort Law – 8 a 10 de Abril de 2010, Viena, Áustria

Info: lisa.zeiler@oeaw.ac.at
www.acet.ectil.org

International Conference on Bioethics Education: Contents, Methods, Trends – 2 a 5 de Maio de 2010, Zefat, Israel

Info: seminars@isas.co.il
www.isas.co.il/bioethics2010

ESF-LiU Conference on ‘Violations of Human Rights and Humanitarian Law: investigation and prevention of torture and death in custody’ – 3 a 7 de Maio de 2010, Linköping, Suécia

Info: conferences@esf.org
www.esf.org/conferences/10318

Workshops on Child Abuse – 19 e 20 de Maio de 2010, Porto

Info: www.acj.me
mjalves@med.up.pt

XIX Congresso Nazionale dell’ Associazione Melchiorre Gioia – Micropermanenti: tra normative e sentenze alla ricerca di un centro di gravità permanente per il risarcimento del danno non patrimoniale – 21 e 22 de Maio de 2010, Pisa, Itália

Info: info@melchiorregioia.it
www.melchiorregioia.it

IX Reunião dos Peritos dos Gabinetes Médico-Legais do Norte – 4 e 25 de Setembro de 2010, Penafiel

Info: mjalves@med.up.pt

The 20th International Symposium on the Forensic Sciences – 5 a 10 de Setembro de 2010, Sydney, Austrália

Info: anzfss2010@tourhosts.com.au
www.anzfss2010.com

3rd International Bodily injury Association Congress – 20 a 25 de Setembro de 2010, Madrid, Espanha

Info: info@aidc2010.org
www.aidc2010.org

4th Meeting da AECVP (Association for European Cardiovascular Pathology) – 21 a 23 de Outubro 2010, Lisboa

Info: rhgouveia@mail.telepac.pt

The 10th World Conference on Injury Prevention and Safety Promotion – 21 a 24 de Setembro de 2010, Londres, UK

Info: safety2010@ljmu.ac.uk
www.safety2010.org.uk

10th Indo Pacific Congress on Legal Medicine and Forensic Science – 25 a 30 de Outubro de 2010, New Delhi, Índia

Info: INPLAMS, Indo-Pacific Association of Law, Medicine and Science
 Amity University, New Delhi, India
pkchattopadhyay@amity.edu
rksharma@gmail.com

IX Congresso Nacional de Medicina Legal – 4 a 6 de Novembro de 2010, Braga
Info: arebelo@inml.mj.pt

VII Congreso Latinoamericano de Derecho Médico – 10 a 12 de Novembro de 2010, Santiago do Chile, Chile
Info: derechomedico2010@mednet.cl
<http://www.mednet.cl/link.cgi/Eventos/DerechoMedico/4177>

II Workshop de Botânica Forense – 26 de Novembro de 2010, Porto
Info: mjalves@med.up.pt

19th International Association of Forensic Sciences Triennial Meeting – 12 a 17 de Setembro de 2011, Funchal, Madeira
Info: www.iafs2011.mj.pt

9th World Police Medical Officers Triennial Meeting – 12 a 17 de Setembro de 2011, Funchal, Madeira
Info: www.iafs2011.mj.pt
iafs2011@mj.pt

5th Meeting of the Mediterranean Academy of Forensic Sciences – 12 a 17 de Setembro de 2011, Funchal, Madeira
Info: www.iafs2011.mj.pt
iafs2011@mj.pt

22nd Congress of the International Academy of Legal Medicine – Outubro de 2012, Istambul, Turquia
Info: <http://www.ialm.info/>
iafs2011@mj.pt

Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-traumático

De Janeiro a Julho de 2009 decorreu na Delegação do Centro do INML, I.P. a 14.^a edição do Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático. Na Delegação do Norte do INML, IP decorreu também um Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático, entre Outubro de 2008 e Outubro de 2009.

XXI Congress of the International Academy of Legal Medicine (IALM)

O Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., com a colaboração do Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, organizou o 21.º Congresso da Academia Internacional de Medicina Legal (IALM), que decorreu na cidade de Lisboa, entre 28 e 30 de Maio de 2009.

Alguns dos maiores vultos da Medicina Legal mundial proferiram inesquecíveis conferências neste Congresso no decurso do qual se analisaram os mais relevantes avanços científicos, doutrinários e tecnológicos no âmbito da Medicina Legal e das Ciências Forenses em geral. Considerado como o melhor Congresso de sempre da IALM, contou com a participação de mais de 1200 congressistas de 78 países diferentes e nele foram apresentadas mais de 600 trabalhos sob a forma de comunicações orais e posters. No decurso da Assembleia Geral da IALM, realizada durante o Congresso, foi o Prof. Duarte Nuno Vieira reconduzido para mais um mandato como Presidente da IALM.

Previamente ao Congresso, nos dias 26 e 27, decorreram ainda quatro cursos temáticos, tendo esgotado o número máximo de inscrições estabelecido para cada um deles: *Pre-Congress Advanced Course I on Anthropology*, *Pre-Congress Advanced Course II on Anthropology*, *Pre Congress Advanced Course on “El Manejo de Cadáveres en Catástrofes”*, *Pre Congress Advanced Course on the Forensic Investigation of Human Remains from Armed Conflicts*.

No âmbito deste Congresso decorreram também importantes reuniões satélites, nomeadamente uma reunião do Conselho Europeu de Medicina Legal (tendo o Prof. Duarte Nuno Vieira sido eleito para a Direcção deste Conselho) e da Academia Ibero-americana de Ciências Forenses.

Doutoramentos Honoris Causa em Medicina

No dia 1 de Junho e na sequência do Congresso da IALM, decorreu na Universidade de Coimbra a cerimónia de doutoramento *Honoris Causa* em Medicina de quatro eminentes vultos da Medicina Legal europeia: Professor Ângelo Fiori (Itália), Bernard Knight (País de Gales), Bernd Brinkmann (Alemanha) e Enrique Villanueva (Espanha), estes dois últimos Past-Presidentes da Academia Internacional de Medicina Legal. Os novos Doutores foram apadrinhados neste acto pelo actual presidente desta Academia, Prof. Duarte Nuno Vieira.

3º Curso de Introdução às Ciências Médico-Legais e Forenses para Jornalistas

Na Delegação do Centro do INML, I.P. decorreu, nos dias 30 e 31 de Outubro de 2009, o 3.º *Curso de Introdução às Ciências Médico-Legais e Forenses para Jornalistas*. Na sequência dos cursos anteriores, esta iniciativa, organização conjunta do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. e do Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, teve como principal objectivo facultar aos auditores uma correcta perspectiva do alcance e das limitações dos diferentes tipos de perícias, de modo a que fiquem mais habilitados ao comentário ou notícia de casos de natureza médico-legal ou forense com que se defrontem no âmbito da sua actividade profissional.

Este terceiro curso foi frequentado por cerca de 70 jornalistas dos mais diversos órgãos de informação.

8.º Congresso Nacional de Medicina Legal

O 8.º Congresso Nacional de Medicina Legal teve lugar nos dias 6 e 7 de Novembro de 2009, no Centro de Negócios Transfronteiriço, em Elvas.

Organizado pela Delegação do Sul e Departamento de Investigação, Formação e Documentação do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. e pela extensão de Elvas do Gabinete Médico-Legal de Portalegre, em colaboração com o Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, contou com 330 participantes.

Foi antecedido por dois cursos pré-congresso: “CSI - Exame do corpo no Local” e “Avaliação do risco de violência pelo HCR-20”.

Foram apresentadas 120 comunicações no âmbito da Medicina Legal e Ciências Forenses.

Os conferencistas convidados abordaram temas da maior relevância na actividade médico-legal e forense, que proporcionaram ampla discussão entre os presentes.

Neste congresso, realizado *in memoriam* do Professor Oliveira Sá, foi também prestada uma justa homenagem a este eminente Mestre, recentemente falecido, e que foi, indiscutivelmente, o maior vulto da Medicina Legal Portuguesa da segunda metade do século XX e o principal dinamizador do estudo e desenvolvimento entre nós da avaliação do dano corporal, tendo sido também fundador da APADAC e da sua revista. Esteve presente nesta sessão de homenagem Sua Excelência o Secretário de Estado da Justiça, Dr. João Correia, e usaram também da palavra diversos professores estrangeiros. Desta homenagem será dada notícia pormenorizada no próximo número da revista.

Assembleia-Geral Extraordinária da APADAC

Em Assembleia-Geral extraordinária da APADAC, convocada nos termos do Artigo 5º dos Estatutos para o dia 28 de Março de 2009 e que decorreu na Delegação do Centro do INML, IP, procedeu-se à revisão dos Estatutos e Regulamento da APADAC, tendo sido aprovados os textos que a seguir se transcrevem.

Revisão dos Estatutos e Regulamento da APADAC, conforme deliberação tomada em Assembleia-Geral extraordinária, realizada em 28 de Março de 2009, na Delegação do Centro do I.N.M.L., I.P.

ESTATUTOS DA APADAC

Artigo 1º DENOMINAÇÃO

A Associação usa a denominação de «Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal» e a sigla «APADAC».

Artigo 2º OBJECTO

1 – O objecto da APADAC consiste no estudo e na discussão científica e técnica, numa perspectiva multidisciplinar, da avaliação médico-legal dos danos na integridade física e psíquica da pessoa, no âmbito do Direito Civil, Penal, e do Trabalho.

2 – No desenvolvimento do seu objecto, a APADAC estabelece como prioritários os objectivos fixados no seu Regulamento.

Artigo 3º SEDE

1 – A Associação tem a sua sede no Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., situada no Largo da Sé Nova, em Coimbra.

2 – Poderão ser criadas delegações ou outras formas de representação noutras localidades, nos termos do Regulamento da APADAC.

Artigo 4º ÓRGÃOS

1 – Os órgãos sociais da APADAC são a Assembleia Geral, a Direcção, e o Conselho Fiscal.

2 – O mandato dos associados para os órgãos sociais é de dois anos, renováveis.

3 – São permitidas reconduções, mas cada associado não poderá ser eleito ou designado para o mesmo órgão por mais de três mandatos consecutivos.

Artigo 5º

ASSEMBLEIA GERAL

1 – A Assembleia Geral é constituída por todos os associados no pleno gozo dos seus direitos e tem uma Mesa constituída por um presidente, um vice-presidente, e um secretário, à qual incumbe regular os trabalhos das respectivas sessões.

2 – A Mesa da Assembleia Geral é eleita ao mesmo tempo que a Direcção e cessa simultaneamente com esta o seu mandato e funções.

3 – O exercício de voto, sua forma, representação, o funcionamento da Assembleia Geral bem como os respectivos poderes de deliberação, são estabelecidos em Regulamento a elaborar pela Direcção e a aprovar em Assembleia Geral, pela maioria simples dos associados presentes em Assembleia Geral expressamente convocada para o efeito.

5 – À Assembleia Geral compete, nomeadamente:

- a) Eleger os associados da respectiva Mesa, da Direcção e do Conselho Fiscal;
- b) Deliberar sobre as alterações do Estatuto da Associação;
- c) Discutir os actos da Direcção, do Conselho Fiscal, e em geral quaisquer actividades da Associação, deliberando sobre eles;
- d) Apreciar o relatório e contas relativo ao ano findo, acompanhados de parecer do Conselho Fiscal;
- e) Aprovar o Regulamento da APADAC, versando sobre os objectivos prioritários da Associação, as formas de representação desta, o processo eleitoral, o funcionamento da Assembleia Geral, a admissão dos associados e o respectivo estatuto;
- f) Deliberar sobre a eventual dissolução da Associação.

Artigo 6º

DIRECÇÃO

1 – A Direcção é eleita em reunião da Assembleia Geral, por um período de dois anos, sendo constituída por um presidente, um vice-presidente e um secretário.

2 – O Presidente da Direcção tem voto de qualidade nas deliberações desta.

3 – A Direcção poderá delegar atribuições suas em qualquer dos seus membros bem como mandar pessoas estranhas à Associação para os efeitos que julgar convenientes.

4 – À Direcção compete:

- a) Representar a Associação;
- b) Prosseguir os seus objectivos prioritários, definidos no Regulamento da Associação;
- c) Gerir as actividades da Associação, cumprindo e fazendo cumprir as disposições dos estatutos e regulamento interno e as decisões da Assembleia Geral, e administrar os bens e fundos que lhe são confiados;
- d) Elaborar ou promover a elaboração ou alteração de regulamentos internos;
- e) Elaborar o relatório e contas relativos ao ano findo;

- f) Elaborar o programa de actividades e a estimativa orçamental relativos ao ano imediato e dar-lhe execução;
- g) Deliberar sobre a admissão e a exclusão de associados, desvinculá-los a seu pedido, ou suspendê-los;
- e) Criar comissões especializadas, núcleos regionais e grupos de trabalho e coordenar as suas actividades.

5 – Para representar e obrigar a Associação nos seus actos e contratos são necessárias as assinaturas de dois membros da Direcção.

Artigo 7º

CONSELHO FISCAL

1 – O Conselho Fiscal é eleito em reunião da Assembleia Geral, por um período de dois anos, sendo composto por um Presidente e dois Vogais.

2 – O Conselho Fiscal reúne ordinariamente uma vez em cada ano para apreciar e dar parecer ao relatório e contas da direcção e extraordinariamente sempre que o respectivo presidente o convoque.

3 – Ao Conselho Fiscal compete:

- a) Verificar os balancetes de receita e despesa, conferir os documentos de despesa e a legalidade dos pagamentos efectuados;
- b) Examinar a escrita da Associação;
- c) Dar parecer sobre o relatório e contas elaborados pela Direcção, para apreciação em Assembleia Geral;
- d) Participar nas reuniões da Direcção em que sejam versadas matérias da sua competência e emitir parecer sobre qualquer consulta que por aquela lhe seja feita.

Artigo 8º

ASSOCIADOS

1 – São associados fundadores da APADAC os prelectores, auditores e outros participantes dos Seminários integrados na leccionação do Primeiro Curso de Pós-Graduação sobre Peritagem Médico-Legal do Âmbito da Reparação Civil do Dano Pós-Traumático, ministrado pelo Instituto de Medicina Legal de Coimbra, no ano de mil novecentos e noventa e um.

2 – Poderão ser associados efectivos da APADAC os médicos e médicos dentistas, juristas, psicólogos e outros técnicos implicados profissionalmente na avaliação do dano corporal, sob proposta de dois associados no pleno exercício dos seus direitos.

3 – A Assembleia Geral poderá atribuir os títulos de associado honorário e de associado correspondente, em termos a definir no regulamento da APADAC.

4 – Aos associados cabem direitos e deveres, a explicitar no Regulamento da APADAC.

Artigo 9º

RECEITAS

- 1 – Constituem receitas da APADAC:
 - a) As quotas dos associados;
 - b) Os subsídios, legados ou donativos que lhe sejam atribuídos e sejam aceites pela APADAC;
 - c) O produto da venda das suas publicações;
 - d) A retribuição de quaisquer outras actividades enquadráveis no seu objecto e atribuições;
 - e) O rendimento de bens próprios e de serviços prestados.
- 2 – O valor das quotas e o modo de pagamento serão deliberados em Assembleia-Geral.

Artigo 10º

DESPESAS

As despesas da APADAC são as que resultam do exercício das suas actividades, em cumprimento do Estatuto e dos regulamentos internos, e as que lhe sejam impostas por lei.

Artigo 11º

DISPOSIÇÕES FINAIS

A Regulamentação prevista nestes Estatutos é aprovada em Assembleia Geral expressamente convocada para o efeito.

REGULAMENTO

(Elaborado de acordo com o disposto na alínea b) do n.º 5 do artigo 5º dos Estatutos)

I – OBJECTIVOS

Artigo 1º

Considerando o objecto da Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal, adiante designada por APADAC, consignado no artigo segundo dos seus Estatutos, a Associação estabelece como objectivos prioritários:

1. Promover a publicação da Revista Portuguesa do Dano Corporal, com periodicidade anual.
2. Diligenciar junto das entidades competentes no sentido de as perícias de avaliação do dano corporal serem preferencialmente atribuídas a médicos qualificados com o Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.
3. Divulgar, através do “*site*” da APADAC, a lista dos médicos habilitados com o Curso referido no número anterior.

4. Organizar ou colaborar na organização de reuniões científicas cujos temas assumam relevância para o estudo, compreensão e divulgação da problemática atinente à avaliação do dano corporal.
5. Assumir um papel dinamizador na evolução e no acompanhamento da temática da avaliação do dano corporal, mediante, designadamente:
 - a) emitindo parecer, sempre que solicitado, sobre questões relativas à avaliação do dano corporal ou ao ensino pós-graduado desta matéria;
 - b) integrando comissões ou grupos de trabalho no âmbito da avaliação do dano corporal.

II – FORMAS DE REPRESENTAÇÃO DA APADAC

Artigo 2º

1 – A criação de delegações, núcleos ou outras formas de representação da APADAC será decidida pela Direcção, mediante requerimento dos interessados onde constem as razões pelas quais requerem a sua constituição, o número de associados envolvidos e o programa de actividades.

2 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, todas as iniciativas e realizações a efectuar por quaisquer delegações, núcleos ou outras formas de representação da APADAC serão levadas a cabo em colaboração com a respectiva Direcção, de cuja autorização prévia dependem.

3 – O relatório das actividades das delegações, núcleos ou outras formas de representação da APADAC será apresentado pela Direcção à Assembleia Geral, juntamente com o seu próprio relatório anual.

4 – Compete à Direcção dissolver quaisquer formas de representação que tenha criado, desde que elas não cumpram o programa a que se vincularam ou ponham em causa o bom nome da APADAC.

III – ELEIÇÕES

Artigo 3º

1- As propostas de eleição para os órgãos sociais serão feitas por lista, subscrita por qualquer número de associados inscritos, no pleno exercício dos seus direitos, não podendo nenhum dos associados figurar em mais que uma lista.

2 – As propostas deverão ser dirigidas ao Presidente da Mesa da Assembleia Geral até 10 dias da data da Assembleia Geral de cuja ordem de trabalhos conste a eleição para os órgãos sociais.

3 – A eleição dos novos corpos gerentes far-se-á na Assembleia Geral Ordinária, a que se refere o número três do artigo quinto dos Estatutos, no ano civil em que se completar o biénio dos órgãos sociais em exercício.

4 – Uma vez terminado o respectivo mandato, os órgãos sociais da Associação continuarão em exercício até serem substituídos.

5 – No caso de eleições intercalares os órgãos sociais eleitos terminarão o seu mandato no fim do segundo ano civil subsequente ao da eleição.

IV – REUNIÕES DA ASSEMBLEIA GERAL

Artigo 4º

1 – A Assembleia Geral reúne ordinariamente uma vez por ano, no mês de Novembro, para:

- a) análise e votação do relatório da Direcção, as contas do exercício e o parecer do Concelho Fiscal sobre as mesmas, bem como para preencher as vagas ocorridas nos órgãos sociais sendo caso disso;
- b) proceder à eleição de novos órgãos, no ano em que cessem os mandatos dos órgãos sociais;
- c) ocupar-se de quaisquer outros assuntos que lhe sejam submetidos e constem da ordem de trabalhos.

2 – A Assembleia Geral reúne extraordinariamente, sempre que convocada pelo seu Presidente, pelo Presidente da Direcção, pelo Presidente do Conselho Fiscal ou a requerimento escrito de, pelo menos, quinze associados da Associação no pleno gozo dos seus direitos.

Artigo 5º

1 – A convocatória para as reuniões da Assembleia Geral será dirigida por escrito a todos os associados da Associação, com um mínimo de vinte e um dias de antecedência.

2 – Com a mesma antecedência será publicado no “*site*” da APADAC o aviso da convocatória para a Assembleia Geral.

3 – Serão convocados por correio electrónico os associados que declararem essa pretensão por escrito, dispensando nesse caso a convocatória via postal.

4 – As convocatórias indicarão o dia, a hora e o local da reunião e a respectiva ordem de trabalhos.

Artigo 6º

1 – A Assembleia Geral poderá validamente reunir e deliberar em primeira convocatória, desde que se encontrem presentes cinquenta por cento dos seus associados.

2 – Decorrida uma hora sobre a data marcada para o início dos trabalhos, a Assembleia poderá deliberar com qualquer número de associados presentes.

3 – Quando a Assembleia Geral reunir a requerimento dos seus associados, apenas se considera constituída desde que se encontrem presentes três quartos dos seus requerentes.

Artigo 7º

1 – As deliberações da Assembleia Geral são tomadas por maioria simples de votos dos associados presentes.

2 – As deliberações sobre alterações dos estatutos exigem voto favorável de três quartos do número dos associados presentes.

3 – As deliberações sobre dissolução ou prorrogação da Associação requerem o voto favorável de três quartos do número de todos os associados.

4 – Cada associado da Associação tem direito a um voto.

5 – A eleição dos corpos gerentes será feita por voto secreto; em relação aos demais assuntos, a votação far-se-á por braço no ar salvo se a Assembleia, por maioria simples dos presentes, deliberar o contrário.

6 – É admitido o voto por representação, desde que o representante seja associado no pleno exercício dos seus direitos; ninguém poderá representar mais de três associados na mesma Assembleia Geral.

7 – A representação, para efeito do disposto no número anterior, constará de carta dirigida ao Presidente da Mesa da Assembleia Geral, devidamente datada e assinada.

8 – Podem exercer o direito de voto os associados que não tenham quotas em atraso à data da Assembleia Geral.

Artigo 8º

1 – A Assembleia Geral, como órgão máximo da APADAC, pode deliberar sobre todos os assuntos que, não sendo da competência dos restantes órgãos, venham a ser submetidos à sua apreciação.

2 – Tratando-se de matéria da competência da Direcção ou do Conselho Fiscal a Assembleia apenas poderá deliberar sob proposta do órgão respectivo.

V – ASSOCIADOS

Artigo 9º

1 – Os associados fundadores são os referidos no número um do artigo oitavo dos Estatutos.

2 – As propostas a que se refere o número dois do artigo oitavo dos Estatutos serão dirigidas à Direcção da APADAC a quem cabe apreciar e decidir sobre a admissão dos novos associados.

3 – Por proposta da Direcção, podem ser atribuídos os títulos de:

associado honorário, a personalidades, nacionais ou estrangeiras, que tenham dado contributos excepcionalmente relevantes para a prossecução dos objectivos a que a APADAC se propõe, em Portugal ou a nível internacional;

associado correspondente, a individualidades ou instituições Portuguesas ou Estrangeiras de reconhecido mérito que se tenham destacado pelo seu contributo para a prossecução das actividades formativas, editoriais ou de investigação da APADAC, bem como no domínio da Avaliação do Dano Corporal em geral.

4 – Os associados honorários e os associados correspondentes participam na vida científica da APADAC e estão dispensados da obrigação do pagamento de quotas, e não dispõem do direito de voto.

Artigo 10º

1 – Todos os associados fundadores e efectivos da APADAC estão obrigados ao pagamento de uma quota a fixar anualmente em Assembleia Geral e que será preferencialmente liquidada por débito bancário.

2 – O não pagamento atempado implica a suspensão imediata dos direitos do associado, designadamente o direito de voto.

3 – No caso de incumprimento dos deveres de associado, este será notificado pela Direcção, via postal registada, da proposta fundamentada visando a sua exclusão, assistindo-lhe o prazo de quinze dias, após a recepção do aviso, para, querendo, contestar tal deliberação.

Artigo 11º

- 1 – Cabe aos associados no pleno gozo dos seus direitos:
 - a) aceder ao espaço do “*site*” da APADAC restrito a associados;
 - b) receber a revista da APADAC;
 - c) consultar a APADAC sobre questões no âmbito da avaliação do dano corporal;
 - d) assistir às sessões promovidas pela Associação e nelas exprimir a sua opinião sobre temas tratados;
 - e) colaborar na Revista da APADAC com estudos, artigos ou comunicações de interesse no âmbito médico-legal;
 - f) dirigir sugestões por escrito à Direcção;
 - g) representarem a APADAC quando dela receberem tal incumbência.
- 2 – Cabe aos associados fundadores e efectivos, no pleno gozo dos seus direitos:
 - a) eleger e ser eleito para os cargos da Direcção, do Conselho Fiscal e da Mesa da Assembleia Geral;
 - b) promover a reunião da Assembleia Geral e nela intervir nos termos fixados no presente Regulamento.

Artigo 12º

- 1 – São deveres dos associados fundadores e efectivos:
 - a) Cumprir as obrigações decorrentes dos estatutos e do presente regulamento e as que resultarem das deliberações dos órgãos da APADAC;
 - b) Liquidar pontualmente as suas obrigações monetárias para com a associação.
- 2 – O não pagamento atempado das quotas, implica a suspensão imediata dos direitos do associado, designadamente do direito de voto.
- 3 – É dever de todos os associados prestigiar a Associação e colaborar com os órgãos sociais na prossecução dos seus objectivos.

Artigo 13º

- 1 – Perdem a qualidade de associados da APADAC os associados que:
 - a) Solicitem a sua desvinculação, mediante comunicação por escrito, dirigida à Direcção;
 - b) Deixem atrasar mais de dois anos o pagamento das quotas;
 - c) Atentem contra os interesses e prestígio da Associação.
- 2 – A exclusão nos termos da alínea c) do número anterior será sempre decidida em Assembleia Geral, mediante inscrição do assunto em ordem do dia.

Lista dos Auditores com aproveitamento no XIV Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Centro do INML, I.P. – 2009

Alvaro Campagnoli Júnior (Lic. em Medicina Dentária)
CASCAIS

Ana Isabel Maia Fontes Lebre (Lic. em Medicina)
COIMBRA

Ana Sofia de Jesus Pimentel (Lic. em Medicina Dentária)
PENACOVA

António José Lopes Courinha (Lic. em Medicina)
CORUCHE

António Manuel C. das Neves Firmo (Lic. em Medicina)
COIMBRA

Avelina Maria P. Bettencourt Moniz (Lic. em Medicina)
MOSCAVIDE

Carla Michelle Marques Carreira (Lic. em Medicina)
COIMBRA

Carlos António M. Muller Pereira (Lic. em Medicina)
FUNCHAL

Carolina Sousa B. Fernandes Costa (Lic. em Medicina)
VILA NOVA DE GAIA

César Cunha Lares dos Santos (Lic. em Medicina)
COIMBRA

Cláudia Sofia da Silva Mendes (Lic. em Medicina Dentária)
GUARDA

Cristina Isabel de Paiva Figueiredo (Lic. em Medicina Dentária)
COIMBRA

David Ribeiro Pereira (Lic. em Medicina)
VISEU

Élcio Nascentes Coelho (Lic. em Medicina)
PORTIMÃO

Fernando Manuel Martins de Sousa (Lic. em Medicina)
BRAGA

Fernando Manuel Pereira Leite (Lic. em Medicina)
FARO

Filipa Maria M. dos Santos Silva (Lic. em Medicina)
LISBOA

Filipe Serra de Oliveira (Lic. em Medicina)
LISBOA

Francisco Santos Mercier E. Oliveira (Lic. em Medicina)
COIMBRA

Gonçalo Nuno Coimbra Castanheira (Lic. em Medicina)
COIMBRA

João Filipe Ferreira Brandão Vide (Lic. em Medicina)
PORTO

João Manuel da Silva Gouveia (Lic. em Medicina)
PONTA DELGADA

João Paulo Ribeiro de Sousa (Lic. em Medicina)
S. BRÁS DE ALPORTEL

João Pedro Delgado Caetano (Lic. em Medicina)
COIMBRA

João Pedro Ferraz Mendonça (Lic. em Medicina)
FUNCHAL

Joaquim Jorge M. Loureiro Nelas (Lic. em Medicina)
VISEU

José Alberto Silva Rodrigues (Lic. em Medicina)
ESPERANÇA ARR

José Alexandre M. Guimarães Marques (Lic. em Medicina)
COIMBRA

José António Fonseca Gomes (Lic. em Medicina)
VISEU

Karen Elódia Brito da Silva (Lic. em Medicina)
FARO

Maria Cristina da Silva M. Vila Maior (Lic. em
Medicina)
VISEU

Maria Cristina R. Matos Soares (Lic. em Medicina)
LISBOA

Maria Helena Lopes Silva Moura (Lic. em
Medicina)
LISBOA

Maria Teresa Antunes de Azevedo Xavier (Lic. em
Medicina Dentária)
COIMBRA

Nuno de Assunção Ribeiro (Lic. em Medicina)
PORTO

Patrícia Cristina Alves Ferreira Angélico (Lic. em
Medicina Dentária)
MACEIRA LRA

Raquel C. Cristo Miranda Ferreira (Lic. em
Medicina)
CRUZ QUEBRADA

Renata Sofia Fernandes Teixeira Veríssimo (Lic. em
Medicina)

Teresa Maria Fernandes Tomé (Lic. em Medicina)
LEIRIA

Lista dos Auditores com aproveitamento no Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Norte do INML, I.P. 2008/2009

António José Pereira de Andrade (Lic. em Medicina) MACEDO DE CAVALEIROS	Maria de La Salette Pinheiro Alves (Lic. em Medicina) FELGUEIRAS
Daniel Rolando Brás Lopes (Lic. em Medicina) VILA NOVA DE GAIA	Maria de Lurdes Domingues da Rocha (Lic. em Medicina) MATOSINHOS
David Alves de Sá (Lic. em Medicina Dentária) PENAFIEL	Nuno Gomes da Silva Quaresma (Lic. em Medicina) LEÇA DA PALMEIRA
Diviacante Cantilal Givane Samegy (Lic. em Medicina) PORTO	Otilia de Carvalho José (Lic. em Medicina) S. MAMEDE INFESTA
Domingos José Capas Peneda Barbosa Pereira (Lic. em Medicina) MAIA	Patrícia José Anastácio Jardim (Lic. em Medicina) PORTO
Domingues Fernandes Rodrigues (Lic. em Medicina) OLIVEIRA DO DOURO VNG	Paula Sofia da Costa Júlio (Lic. em Medicina Dentária) PORTO
Inês Alexandra Costa de Morais Caldas (Lic. em Medicina Dentária) SENHORA DA HORA	Paulo Jorge da Rocha Carvalho (Lic. em Medicina) SÃO FÉLIX DA MARINHA
Jorge Alberto Leite Pereira de Seabra (Lic. em Medicina) PORTO	Pedro Filipe Ferreira Cardoso (Lic. em Medicina) PORTO
José Carlos Lawrence da Costa (Lic. em Medicina) LEÇA DO BALIO	Pedro Manuel Pinhal Neves Salazar Norton (Lic. em Medicina) PORTO
José Carlos Moreira Salgueiro Carneiro (Lic. em Medicina) MATOSINHOS	Pedro Miguel Ribeiro da Fonseca Seabra (Lic. em Medicina) LEÇA DA PALMEIRA
Katerina Puentes (Lic. em Medicina) GUIMARÃES	Sara Lemos Costa Lobo de Macedo (Lic. em Medicina) PORTO
Luís Filipe Nogueira Coelho (Lic. em Medicina) CORDINHÁ	Virgílio José Ramos de Meireles Pereira (Lic. em Medicina) PORTO
Luís Miguel Alpendre Miragaia (Lic. em Medicina) GUARDA	
Manuel dos Santos Rego (Lic. em Medicina) LAVRA	

