



TRIBUNAL JUDICIAL DE VISEU

Referências

Processo Comum Singular n.º 1148/98.5TAVIS,
2.º Juízo Criminal do Tribunal Judicial de Viseu
Acórdão de 05 de Fevereiro de 2005
Juiz Relator: Dr. António José Fonseca da Cunha

Descritores:

Homicídio por negligência médica

Observação

Sentença integralmente confirmada pelo Tribunal da Relação de Coimbra
Transitada em julgado.



Título: SENTENÇA – HOMICÍDIO POR NEGLIGÊNCIA MÉDICA

Juiz Relator Dr. António José Fonseca da Cunha

Data de Publicação: Fevereiro de 2007

Classificação Direito Penal

Edição: Verbo Jurídico ® - www.verbojuridico.pt | .eu | .net | .org | .com.

Nota Legal: Respeite os direitos de autor. É permitida a reprodução exclusivamente para fins pessoais ou académicos. É proibida a reprodução ou difusão com efeitos comerciais, assim como a eliminação da formatação, das referências à autoria e publicação. Exceptua-se a transcrição de curtas passagens, desde que mencionado o título da obra, o nome do autor e da referência de publicação.



Ficheiro formatado para ser amigo do ambiente. Se precisar de imprimir este documento, sugerimos que o efective frente e verso, assim reduzindo a metade o número de folhas, com benefício para o ambiente. Imprima em primeiro as páginas pares invertendo a ordem de impressão (do fim para o princípio). Após, insira novamente as folhas impressas na impressora e imprima as páginas ímpares pela ordem normal (princípio para o fim).

Processo n.º 1148/98.5TAVIS (Processo Comum – Singular [Homicídio Negligente])
2.º Juízo Criminal
Autor: MINISTÉRIO PÚBLICO
Arguido: JMMCS

SENTENÇA

Determina o Tribunal por imperativo dos artigos 202.º/1¹ e 205.º/2² da Constituição da República Portuguesa:

I – RELATÓRIO:

1. ACUSAÇÃO:

O Digno Magistrado do Ministério Público acusa:

JMMCS, casado, nascido a, natural da,
filho de e de, médico cirurgião, residente na
....., Viseu, titular do Bilhete de Identidade n.º,
emitido em, pelo Arquivo de Viseu.

Imputando-lhe a prática de um crime de homicídio por negligência (*negligência médica*), previsto e punido pelo artigo 137.º/1 do Código Penal.----

2. DEFESA:

O arguido apresentou contestação escrita negando a prática dos factos. Arrolou testemunhas.-----

3. SANEAMENTO:

Efectuou-se o julgamento com cumprimento de todas as formalidades legais, inexistindo questões prévias ou incidentais que cumpra conhecer e que obstem ao conhecimento do mérito da causa.-----

¹ «Os tribunais são órgãos de soberania com competência para administrar a justiça em nome do povo.»
² «As decisões dos tribunais são obrigatórias para as entidades públicas e privadas e prevalecem sobre as de quaisquer outras autoridades.»

II – FUNDAMENTAÇÃO:

1. Da instrução e discussão da causa resultaram provados os seguintes factos:

FICOU PROVADO QUE:

- 1) No dia 01/11/1997 deu entrada no S.A.P. do Centro de saúde de Nelas, transportado por uma ambulância dos bombeiros da mesma localidade, José..., melhor identificado a fls. 3, em virtude de ter caído acidentalmente, de costas, na via pública, em Nelas, apresentando ferida inciso-contusa do couro cabeludo na região occipital;-----
- 2) No Centro de saúde de Nelas o dito doente foi atendido pelo Dr. A.... que, após o ter sujeitado a exame clínico e a exame sumário neurológico, detectou no mesmo traumatismo craniano occipital, com alteração do estado de consciência – descrito como quadro de estilismo com confabulação – associada a lateralização da comissura labial, que o levou a suspeitar de lesão interna, eventualmente de fractura na região occipital;-----
- 3) Perante tal diagnóstico e não dispondo o serviço de Nelas de qualquer meio de confirmação do mesmo ou recurso a médico da especialidade de neurologia, o Dr. A.... encaminhou, como devia, o doente para o Serviço de urgência do Hospital de S. Teotónio, em Viseu, para efeitos de realização de exame radiográfico e observação pela especialidade de neurologia;-----
- 4) Foi, então, o José...efectivamente transportado pelos Bombeiros Voluntário de Nelas para as urgências do Hospital de Viseu, onde deu entrada cerca das 22:37 horas do dia 01/11/97, tendo, aí, sido observado pelo arguido, médico do serviço de Cirurgia I, do dito Hospital;-----
- 5) Acontece que este, desvalorizando totalmente os motivos que haviam determinado a transferência do doente para o Hospital de Viseu, e que constavam dos respectivos elementos clínicos, que o acompanharam, limitou-se a suturar a ferida incisa que o mesmo apresentava na região occipital, sem providenciar pela realização de RX e/ou exame neurológico do doente, como se lhe impunha, considerando levemente não se justificar o envio do doente ao Hospital de Viseu para tais procedimentos;-----

- 6) Após o que, pelas 23:05 horas do mesmo dia 01/11/97, ordenou, sem mais, o transporte do doente a Nelas, área da sua residência, sem providenciar pelo seu retorno ao Centro de Saúde daquela localidade, dando apenas ordens para que fosse entregue ao Dr. A...., a carta que se encontra junta a fls. 33, por si manuscrita, que aqui se dá por reproduzida para todos os efeitos legais, onde manifestava o seu desacordo pelo facto do doente ter sido transferido para Viseu, afirmando nomeadamente que aquele «fez sutura de ferida do couro cabeludo por traumatismo craniano, em quadro de estilismo agudo evidente», não necessitando de «RX nem de observação pela neurologia»;-----
- 7) Logo de seguida, e de acordo com as instruções recebidas no Hospital de Viseu, conforme determinado pelo arguido, os Bombeiros dirigiram-se a Nelas, entregaram ao Dr. A...a carta mencionada e deixaram a vítima, já depois da 23:30 horas, na sua residência, na Quinta ..., situada na mesma localidade, onde permaneceu sozinho e onde acabaria por falecer pouco depois, no dia 02/11/97, a hora não apurada, mas seguramente anterior às 11:30 horas, vindo aí a ser encontrado, já sem vida, pelas 10:00 horas do dia 03/11/97;-----
- 8) A morte do José... (beneficiário n.º do C.N.P.) ocorreu como consequência necessária e directa *de traço de fractura das estruturas ósseas da cabeça, interessando a tábua interna e externa com inicio na cavidade orbitária, continuando pelo osso temporal à esquerda até à linha média do occipital, orientado da frente para trás e de baixo para cima, sensivelmente com 10 centímetros de comprimento e de hematoma de grandes dimensões, extradural na região temporo-occipital esquerda com abaulamento depressivo da massa encefálica na mesma região e abundante hemorragia subdural e subaracnoideia de predomínio na região occipital e temporal direita*; lesões essas que resultaram de traumatismo craniano encefálico, sofrido pela vítima em consequência da queda que determinou o seu transporte ao Centro de Saúde de Nelas e, posteriormente, o seu envio para as urgências do Hospital de Viseu, nas circunstâncias *supra* descritas;-----
- 9) Tais lesões só não foram detectadas pelo arguido quando atendeu o doente porque não solicitou a sua observação pela especialidade de neurologia ou neurocirurgia,

nem se socorreu dos exames complementares de diagnóstico que estavam indicados (RX simples ao crânio ou TAC), nem manteve o doente sob vigilância durante um período mínimo de 24 horas;-----

- 10) Procedimentos esses que se lhe impunham segundo as mais elementares regras da *praxis* médica e que se tivesse adoptado, como podia e devia, teriam levado ao diagnóstico das lesões sofridas pela vítima e ao seu tratamento, evitando, assim, a sua morte, resultado que não previu, mas devia ter previsto;-----
- 11) À data dos factos no Hospital de São Teotónio havia equipamento de RX, inexistindo TAC ou RM;-----
- 12) Tais exames de TAC e RM eram então efectuados nos Hospitais de Coimbra, para onde os doentes que tal necessitassem eram transferidos;-----
- 13) O arguido é primário;-----
- 14) O arguido é tido como profissional competente;-----
- 15) É médico cirurgião no Hospital de São Teotónio, em Viseu, auferindo um salário não concretamente apurado, mas não inferior a €3.500;-----
- 16) A esposa é médica no mesmo hospital, auferindo um salário não concretamente apurado, mas não inferior a €1.750;-----
- 17) São pais de 2 filhos menores, de 13 e 16 anos;-----
- 18) Com base no falecimento, em 97/11/03, do beneficiário n.º 121572702, José..., em consequência dos factos a que dizem respeito os autos, foram requeridas no ISSS/CNP, por Fernanda, as respectivas prestações por morte, as quais foram deferidas;-----
- 19) Em consequência o ISSS/CNP pagou à referida Fernanda ,... a título de despesas de funeral o montante de €399,04;-----

2. Factos não provados: NÃO SE PROVOU QUE:

- 1) O procedimento clínico do Dr. JMMCS é perfeitamente defensável e, como tal, tem de considerar-se aceitável;-----
- 2) O ora arguido não determinou e não transmitiu, a quem quer que fosse, quaisquer instruções para que o utente fosse transferido para a sua residência;-----
- 3) O que aconteceu na realidade foi que, o arguido decidiu transferir o utente para o

Centro de Saúde de Nelas, pois, ao tempo em que ocorreram os factos, este Centro tinha internamento, a fim de o utente ficar em observação, para ser vigiada a sua evolução neurológica, como também, o acompanhamento até remissão do seu estado de alcoolismo;-----

- 4) As conclusões havidas no Relatório da Autopsia, são em causa, pelo facto de o perito deste Relatório, não ter em conta as pequenas feridas e em grande número de aspecto recente, na hemiface esquerda e de predomínio na região malar e ainda três escoriações na face anterior do joelho esquerdo;-----
- 5) O arguido, contrariamente ao que vem escrito na douta acusação do Ministério Público, procedeu e manteve o doente sob vigilância, ao querer transferir o utente para o Centro de Saúde de Nelas;-----
- 6) Aquando da transferência inter-hospitalar só o modelo n.º 171 (modelo de transferência) é de preenchimento obrigatório em situações de transferência de doentes entre hospitais. Nos outros tipos de transferências, nomeadamente para outras instituições de saúde como Centros de Saúde ou Centros de Cuidados Continuados, desde que haja a indicação de que se faça uma informação clínica escrita dirigida à entidade de destino nem sempre tal procedimento é cumprido pêlos clínicos;-----
- 7) Não havendo um modelo próprio para a elaboração de tal informação;-----
- 8) No ano em que ocorreram os factos —1997 —já se encontrava em vigor, em fase experimental, um Protocolo Nacional para abordagem dos traumatismos crânio-encefálicos, o qual entrou definitivamente em vigor em 05.05:99, que define o conjunto de procedimentos a observar, em todos os níveis de prestação de cuidados, na abordagem e tratamento dos traumatismos crânio-encefálicos;-
- 9) Os aqui ofendidos e assistentes ao terem tido conhecimento do desaparecimento de forma brutal do seu irmão mais novo, sentiram-se chocados e revoltados com o modo trágico como o seu ente querido pereceu;-----
- 10) Os aqui ofendidos e assistentes tinham uma relação muito próxima com o seu irmão, pois tratava-se uma pessoa que optou pelo celibato tendo dedicado todo o seu tempo à família mais próxima, no caso os irmãos;-----
- 11) Eram eles que lhe tratavam da roupa, que lhe limpavam a casa, lhe faziam de

comer;-----

- 12) E, também era a eles que o irmão distribuía grande parte do ordenado que auferia, com os dias que prestava na agricultura;-----
- 13) Com a morte do irmão, as ofendidas sofreram e continuam a sofrer mágoa e angustia, sentindo-se ainda uma profunda sensação de vazio e de perda;-----
- 14) Eles formavam uma família muito feliz e unida, existindo entre si muito amor e carinho, tudo também fruto de terem ficado órfãos de mãe e pai muito cedo;-----
- 15) A ofendida Fernanda, também solteira, encontrava-se aliás, em termos psicológicos, fortemente dependente do seu falecido irmão, razão pela qual perdeu toda a alegria de viver, sendo hoje uma pessoa triste, sem confiança e frequentemente deprimida;-----
- 16) O falecido detinha muito vigor, genérica, energia, era excepcionalmente activo, robusto, saudável e bem constituído, e tinha uma alimentação invulgarmente regrada, pelo que seria altamente provável que viesse a durar até aos 80 anos de idade e que mantivesse uma capacidade de trabalho activa e plena posse das suas faculdades física e mentais até pelo menos aos 70 anos;-----
- 17) Acresce que era uma pessoa alegre simpática, equilibrada, feliz, dinâmica e sociável, bem como extremamente trabalhadora e dedicada à família, sendo um irmão devoto;-----
- 18) Além disso, era uma pessoa considerada, estimada e querida, quer no meio em que vivia e no seio do seu círculo de amigos e conhecidos, quer junto dos colegas de profissão;-----
- 19) Em virtude das lesões mencionadas na douta acusação, o malogrado José Cândido viveu os terríveis momentos, em que sofreu imenso, pois foi-se apercebendo, com cada vez mais clareza, que o seu fim estava próximo, padecendo ainda com o desespero de constatar que iria deixar os seus irmãos até dependentes emocionalmente e materialmente de si, entregues à sua própria sorte;-----

2. Enquadramento factual:

A convicção do Tribunal para considerar provados os factos resultou:-----

- a) Do teor do “auto de notícia”, de fls. 3, cuja genuinidade e fidedignidade não foi posta em causa;-----
- b) Do teor do Certificado de Óbito, de fls. 4, cuja genuinidade e fidedignidade não foi posta em causa;-----
- c) Do Auto de Exame de Cadáver e Autópsia, de fls. 5, sendo que “*o juízo técnico, científico ou artístico inerente à prova pericial presume-se subtraído à livre apreciação do julgador*” (artigo 163.º/1 do Código de Processo Penal);-----
- d) Da cópia do Boletim de Admissão (na urgência) do Centro de Saúde de Nelas, de fls. 14, cuja genuinidade e fidedignidade não foi posta em causa;-----
- e) Do teor da “informação” dos bombeiros de Nelas, de fls. 15, cuja genuinidade e fidedignidade não foi posta em causa;-----
- f) Da cópia da ficha de urgência do Hospital Distrital de Viseu, de fls. 18-19, cuja genuinidade e fidedignidade não foi posta em causa;-----
- g) Das certidões – assentos de nascimento – de fls. 333, 334, 335, 336, 337 – e de óbito de fls. 338, cuja genuinidade e fidedignidade não foi posta em causa;-----
- h) Do Relatório de Autópsia, de fls. 22-23, sendo que “*o juízo técnico, científico ou artístico inerente à prova pericial presume-se subtraído à livre apreciação do julgador*” (artigo 163.º/1 do Código de Processo Penal);-----
- i) Do teor da cópia certificada da “carta” manuscrita pelo arguido e dirigida ao Dr. A...., no dia dos factos, de fls. 33, cuja genuinidade e fidedignidade não foi posta em causa;-----
- j) Do Relatório de Análises Químico-Toxicológicas dos fluídos biológicos do falecido, de fls. 35-37, sendo que “*o juízo técnico, científico ou artístico inerente à prova pericial presume-se subtraído à livre apreciação do julgador*” (artigo 163.º/1 do Código de Processo Penal);-----
- k) Do Parecer Médico-Legal, de fls. 206, subscrito pelo perito médico que elaborou a autópsia, Dr. E...., que conclui pela responsabilidade do arguido na omissão de actos complementares de diagnóstico – TAC e RX – que a terem sido efectuados

poderiam detectar o estado de TCE da vítima, possibilitando tratamento susceptível de lhe salvar a vida, sendo que “*o juízo técnico, científico ou artístico inerente à prova pericial presume-se subtraído à livre apreciação do julgador*” (artigo 163.º/1 do Código de Processo Penal);-----

- 1) Do teor do Relatório Final certificado aos factos ora em apreciação, elaborado pela Inspeção-Geral da Saúde, de fls. 77-88 e 101-159, do qual consta um Laudo Pericial que conclui pela, cuja imparcialidade é de assinalar, prestado por Assistente Graduado de Neurocirurgia do Hospital de Santo António dos Capuchos, o qual peremptoriamente conclui que «(...) o Dr. JMMCS diagnosticou um quadro de etilismo agudo num doente com traumatismo craniano. Não confirmou a “lateralização da comissura labial” que por si só, como sinal focal de lesão do sistema nervoso, obrigaria a estudo diagnóstico complementar. A informação de “doente consciente e orientado” referida no ponto 4 da “História da situação” está em contradição com o “quadro de etilismo agudo” descrito na ficha de urgência do Hospital de São Teotónio. Mais provavelmente o doente estaria confuso, na classificação corrente ao estado de consciência (ser-lhe-ia atribuída uma pontuação de 14 na escala de Comas de Glasgow). Esta questão é fulcral e condiciona todas as considerações que se seguem. O Dr. JMMCS devia ter admitido a hipótese de o estado de confusão não se dever apenas ao etilismo, mas também ao traumatismo (...) o procedimento do Dr. JMMCS foi apenas parcialmente correcto e adequado. Procedeu a um exame neurológico sumário e não encontrou défices neurológicos. Teve contudo demasiada confiança no seu diagnóstico (certo) de etilismo agudo. Ao atribuir unicamente a esse etilismo o estado de consciência ao doente, foi induzido em erro e não manteve sob vigilância um traumatizado do crânio confuso nem lhe pediu os exames complementares de diagnóstico que estavam indicados. (...)», sendo que “*o juízo técnico, científico ou artístico inerente à prova pericial presume-se subtraído à livre apreciação do julgador*” (artigo 163.º/1 do Código de Processo Penal). Tal parecer vai no mesmo sentido dos vários artigos referentes aos TCE’s que *infra* se irão referir, no que aos sintomas, diagnóstico e tratamento diz respeito, conjugados com os sintomas detectados pelo Dr. A...do Centro de Saúde de Nelas, designadamente quando

observou uma “lateralização da comissura labial”, sintoma de parésia, fenómeno que indicia afectação do sistema nervoso central e TCE;-----

- m) Do esclarecimento prestado pelo Dr. Pereira, perito médico do Gabinete Médico-Legal de Viseu, detentor de Curso Superior de Medicina Legal, co-autor do Relatório de Autópsia da vítima, que foi peremptório em afirmar que:-----
- a) As lesões examinadas e descritas no Relatório de Autópsia tiveram a sua origem na queda que conduziu a vítima às instituições hospitalares, e têm ligação às lesões descritas pelo arguido na ficha de atendimento;
 - b) Tais lesões foram causa directa, necessária e adequada da morte da vítima;-----
 - c) Tais lesões nenhuma ligação têm com as “feridas recentes” examinadas e descritas no Relatório de Autópsia, as quais eram lesões superficiais, não sendo possível da sua existência concluir que a vítima tivesse voltado a cair, sendo que *“o juízo técnico, científico ou artístico inerente à prova pericial presume-se subtraído à livre apreciação do julgador”* (artigo 163.º/1 do Código de Processo Penal);-----
- n) Do esclarecimento prestado pelo Dr. Pereira, perito médico do Gabinete Médico-Legal de Viseu, detentor de Curso Superior de Medicina Legal, co-autor do Relatório de Autópsia da vítima, que foi peremptório em afirmar que a morte da vítima terá ocorrido nas circunstâncias temporais referidas em 7), sendo que *“o juízo técnico, científico ou artístico inerente à prova pericial presume-se subtraído à livre apreciação do julgador”* (artigo 163.º/1 do Código de Processo Penal);-----
- o) Do depoimento da testemunha Manuel, que à data dos factos explorava um estabelecimento de café no Largo da Estação, em Nelas, tendo referido que na noite em questão a vítima dirigiu-se ao seu estabelecimento, a fim de aí beber bebida alcoólica, o que habitualmente fazia. Uma vez que o mesmo se apresentava já embriagado, disse-lhe que não lhe servia mais bebidas alcoólicas, mandando-o sair do estabelecimento. A vítima saiu do estabelecimento pelo seu pé, dirigiu-se à porta, tendo ouvido barulho de queda. Dirigiu-se à porta, tendo visto a vítima caída, próximo da porta, tendo verificado que tinha caído e batido com a cabeça no lancil de pedra do passeio. Foi ao pé dele e verificou que tinha a cabeça “rachada”, com muito sangue na cabeça. Foi de imediato chamar os bombeiros, que ficam a

cerca de 150/200 metros, tendo os mesmos chegado pouco depois, tendo levado a vítima para o Centro de Saúde. Esclareceu que a vítima bateu com a cabeça no lancil em pedra do passeio, junto do “meio fio”. Referiu que no dia seguinte ouviu dizer que o mesmo tinha falecido. Mais referiu que a vítima era, por vezes, cliente do seu café, acrescentando que o mesmo, por diversas vezes, aparecia com sinais de embriaguez, sendo que “nunca o servia quando estava assim”. Depôs com conhecimento directo dos factos, de forma clara, isenta, convicta e desapaixonada;-

- p) Do depoimento da testemunha António ..., médico, que no dia em que a vítima caiu estava de serviço na “urgência” do Centro de Saúde de Nelas, entre as 20:00 e as 24:00 horas, aí tendo atendido a vítima, que aí foi transportada pelos bombeiros voluntários de Nelas, que o informaram que a mesma tinha caído de costas na via pública. Observou o doente, tendo verificado que o mesmo estava “manifestamente etilizado”, tendo observado que o mesmo tinha “uma ferida na região occipital” e apresentava “nítido desvio da comissura labial” – que constitui um dos sinais clássicos da existência de T.C.E. –, embora o doente “falasse e estivesse consciente”, pelo que suspeitou da possível verificação daquele quadro, entendendo ser necessário efectuar os necessários exames que pudessem confirmar ou infirmar a suspeita. Uma vez que não existiam – nem existem – meios complementares de diagnóstico no Centro de Saúde de Nelas enviou-o para o Hospital Distrital de Viseu, preenchendo a ficha clínica, onde descreveu os sintomas que o doente apresentava e as suas suspeitas. Foi então o doente levado para Viseu pelos mesmos bombeiros, que levaram a ficha clínica do doente. Já perto das 24:00 horas recebeu dos mesmos bombeiros a “carta” de fls. 33, escrita pelo arguido e a si dirigida, que leu, donde concluiu que para o arguido a situação não passava de um caso de uma pessoa etilizada. Referiu – e reafirmou – que não houve qualquer transferência do doente para o Centro de Saúde de Nelas, por determinação do arguido, apenas deste tendo recebido a referida “carta” e nada lhe foi referido pelos bombeiros. Referiu recordar-se muito bem da situação, uma vez que nesse dia a sua sogra havia sido operada e esperava terminar o serviço para a ir visitar. Efectivamente para que qualquer doente pudesse ser transferido de Viseu

para Nelas havia que obedecer a um determinado formalismo, ou seja, a mesma teria de ser feita “pelas vias legais” – existência de um boletim de transferência e/ou contacto prévio com o Centro de Saúde e/ou o médico, a fim de se assegurar a existência de vaga e a preparação necessária ao recebimento do doente, ser a transferência feita até às 17:00 horas, data em que encerrava (e encerra) a secretaria, *o que não sucedeu*, sendo que após aquela data não há recebimento de doentes transferidos e ser o doente acompanhado da ficha clínica (informação do médico) do Hospital de Viseu, *o que não sucedeu*, concluindo que fora dessas condicionantes o Centro de Saúde não pode receber doentes provindos de outro hospital. Mais acrescentou que à data o Centro de Saúde de Nelas apenas tinha médico até às 24:00 horas, não tinha vigilância médica após aquela hora, apenas um enfermeiro e um funcionário. Prestou um depoimento claro, isento, convicto, desapassionado, próprio de um cidadão consciente e profissional competente, visando a descoberta da verdade material e não se escudando – *ao contrário dos demais médicos ouvidos* – num grupo fechado de defesa da classe médica, postura que cumpre salientar e enaltecer;-----

- q) Do depoimento das testemunhas Sérgio ... e Rui, bombeiros do corpo dos Bombeiros Voluntários de Nelas, que estavam “de serviço” aquando dos factos no quartel, tendo sido alertados pela testemunha Manuel ..., dono de um café, que aí se deslocou a correr, dando conta da queda da vítima, e de que a mesma precisava de ser socorrida hospitalarmente, sendo que entre o local onde se situa o café (junto do qual a vítima caiu) e os bombeiros é de cerca de 150/200 metros. Arrancaram de imediato na ambulância, tendo chegado até ao local onde a vítima jazia no solo. Logo reconheceram de quem se tratava. A vítima estava deitada/sentado “emaranhada” para o lado direito, segurava a cabeça com as mãos, sangrava e tinha uma ferida na cabeça “de lado e atrás”, algo funda, notava-se que “estava um bocadinho tocado”, falou com os bombeiros e queixou-se de “que lhe doía a cabeça”, tendo-lhe sido prestados os primeiros socorros. Foi então levantado, colocado na ambulância e conduzido ao Centro de Saúde de Nelas, onde, de imediato, foi atendido pelo médico de serviço na urgência, Dr. A....., que o observou e lhes transmitiu que o doente teria de ser transferido para o Hospital

Distrital de Viseu, entregando-lhes a “carta” a fim de ser entregue naquele hospital. Foi então imediatamente conduzido a Viseu e ao Hospital de São Teotónio, tendo a “carta” do Dr. A...sido entregue na portaria, sendo preenchida a ficha de entrada e sendo o doente transferido em maca para o interior do Hospital, a fim de aguardarem. Pouco tempo “menos de 20 minutos” depois, quando arrumava a maca da ambulância e aguardava resposta, tendo surgido um porteiro dizendo-lhes que podiam levar o doente para casa e perguntando se podiam levar uma “carta” do médico ao Centro de Saúde de Nelas, a fim de ser entregue ao médico de serviço, sendo que aquele Centro fechava às 24:00 horas e se aproximava aquela hora, tendo respondido que podiam lá passar ainda. Nada mais lhes foi transmitido, sendo que a “carta” estava em envelope fechado. Neste tipo de situação, uma vez que nada mais lhes foi dito quanto ao destino do doente, tal significava que o mesmo tinha “alta” para casa, sendo que em 20 anos de bombeiro (1.ª testemunha) nunca tiveram uma situação em que o doente fosse “devolvido” ao Centro de Saúde donde proviera. Trouxeram a “carta” e o doente, passaram no Centro de Saúde, entregaram a “carta” ao Dr. A..., que a leu, dizendo-lhes que podiam ir embora e levar então o doente para casa, o que fizeram. Depois de tentarem que uma ex-cunhada da vítima, residente no Folhadal, pudesse ficar com a vítima, o que não quis, pelo que foram à G.N.R. de Nelas a fim de saber exactamente onde a vítima vivia, tendo um elemento reformado daquela força ido com eles a fim de lhes indicar o local, uma espécie “de palheiro” numa fazenda isolada, local “sem condições nenhuma”, onde o mesmo foi deixado na cama, tendo-lhe falado e agradecido, despedindo-se com um “boa-noite”. Depuseram com conhecimento directo dos factos, de forma clara, isenta, convicta e desapaixonada;-----

- r) Dos depoimentos das testemunhas José e António ..., funcionários do Hospital Distrital de Viseu, exercendo o 1.º (à data dos factos) funções de auxiliar de acção médica e o 2.º já exercia as mesmas funções à data dos factos, os quais referiram não terem conhecimento do caso ora em apreço, mas que referiram que no exercício das suas funções sempre que um doente era transferido do Hospital de Viseu para um Centro de Saúde era sempre necessário preencher um boletim de transferência. Esse impresso é preenchido pelo médico que o entrega ao enfermeiro

dê serviço, o qual por seu turno entrega ao pessoal administrativo ou ao pessoal auxiliar, sendo que quando é entregue ao pessoal auxiliar é este que o entrega ao pessoal administrativo, que por fim o entrega aos bombeiros que transportem o doente, para que estes o entreguem ao centro de saúde para onde vai transferido. Juntamente com o impresso próprio para a transferência o médico entrega também a ficha clínica referente ao atendimento do doente, a fim de que esta seja também entregue ao pessoal administrativo. Sempre que transfere um doente para outro estabelecimento de saúde não basta fazer constar na respectiva ficha clínica que o doente é transferido, sendo ainda necessário o preenchimento do documento de transferência. Depuseram com conhecimento directo dos factos, de forma clara, isenta, convicta e desapaixonada;-----

- s) Do ofício emitido pela Ex.^{ma} Directora do Centro de Saúde de Nelas, de fls. 600, a solicitação do Tribunal, no qual é referido o procedimento de doentes do Hospital de Viseu para o Centro de Saúde de Nelas, à data em que os factos ocorreram, o qual é exactamente aquele que foi narrado pela testemunha Dr. A...., ou seja, que «1 – Durante o ano de 1997 e até Abril do corrente ano, data em que encerrou o internamento, este Centro de Saúde só admitia doentes do hospital de Viseu, após alta hospitalar e desde que necessitassem de cuidados continuados. Era imprescindível um prévio contacto com este Centro de Saúde, afim de garantir a existência de vaga, devendo tal contacto necessariamente ser efectuado dentro do horário normal de expediente, pois era necessário dar entrada ao doente, mediante a apresentação ao boletim de transferência e de alta hospitalar. 2 – O horário de funcionamento e atendimento ao público, no Serviço de Atendimento Permanente (SAP), vulgarmente conhecido como “urgência”, era, em 1997, e continua a ser, do 8 às 24 horas, encontrando-se ininterruptamente médico de serviço dentro deste período. A partir das 24 horas e até às 8 horas do dia seguinte não existia, nem existe, médico de serviço. Enquanto houve internamento, havia sempre um médico de prevenção que podia ser contactado, para qualquer intercorrência clínica registada mas, exclusivamente em relação aos doentes já previamente internados, segundo as normas do ponto 1. No Centro de Saúde, e durante aquele período nocturno, apenas permaneciam um enfermeiro e um auxiliar, para prestarem

cuidados de saúde elementares, aos respectivos doentes do internamento.» A cuja veracidade, genuinidade e fidedignidade não foi posta em causa. Conjugado este elemento documental e o depoimento prestado pelo Dr. A...com os documentos juntos (pelo arguido) a fls. 569, 570 e 571, dos quais se constata claramente que as transferências para o Centro de Saúde de Nelas foram sempre efectuadas após prévio contacto com o mesmo e os clínicos do mesmo, antes das 17:00 horas (fls. 569 e 570), sempre com “cartas anexas”;-----

- t) Do depoimento da testemunha Fernando Ferreira de Oliveira, sargento da G.N.R., ao tempo comandante do Posto de Nelas, que referiu que numa manhã de Novembro foi alertado para a existência de um morto na cama, numa quinta entre Nelas e Póvoa da Roçada, tendo sido uma irmã da vítima quem o alertou, cerca das 09:00 ou 09:30 horas, tendo-se deslocado ao local, acompanhado pelo Procurador-Adjunto da comarca de Nelas e pelo Delegado de Saúde de Nelas. Referiu que o local era uma casa isolada, num local quase ermo, numa casa modestíssima em tijolo, semi-abandonada, estando a porta de casa aberta referiu que a vítima estava na cama, lado direito para baixo, inclinado para a parede. Não se verificava nada de anormal no local, estando “tudo direito”. Referiu não ter ideia de ver vestígios de sangue no local, nem feridas na cara da vítima. De igual modo não tinha “ideia de ver sinais de bebidas alcoólicas, pois caso as houvesse ter-lhe-ia chamado a atenção”. depôs com conhecimento directo dos factos, de forma, clara, isenta, convicta e desapaixonada;-----
- u) Do teor do C.R.C. do arguido, a fls. 161, cuja genuinidade e fidedignidade não foi posta em causa;-----
- v) Dos depoimentos das testemunhas de defesa, relativamente à situação pessoal, social e profissional do arguido;-----
- w) Das declarações do arguido, relativamente à sua situação profissional e económica. Relativamente aos factos, negou-os, não revelou qualquer tipo de culpa;-----
- x) *Relativamente aos factos não provados, não foi feita qualquer prova da sua verificação ou estão em contradição com a factualidade provada.-----*
 - *Relativamente aos depoimentos prestados pelas testemunhas de defesa e os esclarecimentos prestados, dir-se-á que todos eles, sem excepção, são colegas*

de profissão e de local de trabalho do arguido, tendo deposto e prestado esclarecimentos de forma claramente comprometida, defensiva, com desvios subtis às questões colocadas, fazendo enfoque num espírito claramente corporativo e hermético de defesa de classe e de procedimentos do arguido, os quais estão em manifesta contradição com a sintomatologia descrita da vítima e as normas das legis artis aplicáveis a tal sintomatologia, o que é de lamentar e condenar publicamente. Tal situação é tanto mais grave, lamentável e condenável que os próprios peritos médicos que efectuaram a autópsia prestaram esclarecimentos de forma manifestamente “defensiva”, visando claramente não comprometer um colega (o arguido), isto apesar de o arguido nas duas declarações – e, bem assim, os “pareceres” juntos pelo arguido e esclarecimentos prestados pelos seus autores – terem classificado a actividade pericial daqueles médicos legistas como incompetente, desconhecadora da literatura e praxis médico-legal, a quem é detentor de curso superior de Medicina Legal e faz parte do Gabinete Médico-Legal de Viseu e, mais grave, violadora das suas obrigações profissionais e legais, só sendo pena que os visados, antes de terem prestado os esclarecimentos determinados pelo Tribunal, não tenham tido a possibilidade de ouvir tais “amáveis” considerações. Relativamente ao “parecer” junto pelo arguido subscrito pelo Dr. João dir-se-á que – e nada pondo em questão quanto à competência profissional do subscritor – o mesmo é familiar directo do arguido (é sogro, como o declarou), sendo que nesta matéria não basta ser isento, sendo necessário também parecê-lo...;-----

- *Relativamente ao pedido cível formulado pelas assistentes, não foi produzida prova sobre o mesmo, sendo que o depoimento prestado por Fernanda ... nada de relevante trouxe para o apuramento da matéria alegada – isto para além de ser assistente e demandante cível – enquanto que o depoimento da testemunha Luís ... não logrou convencer o Tribunal da veracidade do seu depoimento, sendo certo também que referiu que o mesmo apenas “ganhava para ele”, não trabalhava diariamente, vivia sozinho numa quinta, que cultivava.-----*

3. O Direito:

PARTE CRIME:

A vida humana das pessoas é **inviolável**, como dispõe o artigo 24.º/1 da Constituição da República Portuguesa, constituindo esse direito à vida um dos direitos, liberdades e garantias pessoais dos cidadãos constitucionalmente consagrados, como decorre da sua inserção sistemática no texto constitucional português, com as garantias daí inerentes previstas na Lei Fundamental, desde logo as consagradas nos artigos 16.º, 18.º e 19.º da Constituição da República Portuguesa.-----

Conforme ensinam os Professores Gomes Canotilho e Vital Moreira³, o direito à vida é o primeiro dos direitos fundamentais constitucionalmente enunciados. É, logicamente, um direito prioritário, pois é condição de todos os outros direitos das pessoas. Ao conferir-lhe uma protecção absoluta, não admitindo qualquer excepção, a Constituição erigiu o direito à vida em direito fundamental qualificado. O valor do direito à vida e a natureza absoluta da protecção constitucional traduz-se no próprio facto de se impor mesmo perante a suspensão constitucional dos direitos fundamentais, em caso de estado de sítio ou de estado de emergência (artigo 19.º) e na proibição de extradição de estrangeiros em risco de serem condenados a pena de morte (artigo 33.º/3).-----

Continuando a seguir a lição dos mesmos autores⁴, o direito à vida significa, primeiro e acima de tudo, *direito de não ser morto*, de não ser privado da vida, sendo expressões deste direito, tipicamente, a proibição da pena de morte (n.º 2) e a punição do homicídio (artigos 131.º e seguintes do Código Penal). O direito à vida impõe-se contra todos, perante o Estado e perante os outros indivíduos. No que respeita do Estado (e aos poderes públicos, em geral), ele implica: a) não poder dispor da vida dos cidadãos, a qualquer título que seja; b) obrigação de proteger a vida dos cidadãos contra os ataques ou ameaças de terceiros; c) dever de abster-se de acções ou da utilização de meios que criem perigo desnecessário ou desproporcionado para a vida dos cidadãos (v.g. utilização de armas de fogo contra manifestações). No que diz respeito aos outros indivíduos, o direito à vida, além de proibir qualquer atentado contra a vida de outrem, pode em certas circunstâncias legitimar um dever de socorro ou de auxílio a quem se encontrar em perigo de vida (artigo 200.º do Código Penal).-----

Face à nossa Lei, a protecção penal da violação do direito fundamental à vida, contra qualquer atentado contra a vida de outrem é prevista nos artigos 131.º a 142.º do Código Penal.-----

³ Constituição da República Portuguesa anotada, 3.ª edição revista, Coimbra Editora, 1993, anotação I ao artigo 24.º, página 174.

⁴ Obra citada, anotação II ao artigo 24.º, página 174.

Dispõe o artigo 137.º/1 do Código Penal que «**quem, por negligência, causar a morte de outrem será punido com prisão até 3 anos ou com pena de multa**»; por seu lado o artigo 137.º/2 do Código Penal dispõe que «**em caso de negligência grosseira, o agente é punido com pena de prisão até 5 anos**».-----

Por seu lado o artigo 13.º do Código Penal dispõe que os factos praticados com negligência só são puníveis nos casos especialmente previstos na lei – como é o caso do homicídio por negligência. O artigo 15.º do Código Penal fornece-nos o conceito legal da **negligência**, dispondo que «**age com negligência quem, por não proceder com o cuidado a que, segundo as circunstâncias, está obrigado e de que é capaz**⁵: a) representa como possível a realização de um facto correspondente a um tipo legal de crime, mas actua sem se conformar com essa realização; b) não chega sequer a representar a possibilidade da realização do facto». No primeiro caso verifica-se uma situação de negligência consciente, e no segundo uma situação de negligência inconsciente.-----

Como ensina o Professor Figueiredo Dias⁶ a decisão político-criminal, comum à generalidade das legislações, de punir a negligência no crime de homicídio é inquestionavelmente justificada de um duplo ponto de vista: do ponto de vista da **dignidade penal**, uma vez que está em causa a tutela de um dos bens jurídicos – a *vida humana* – mais importante e significativos do catálogo⁷, seja qual for a perspectiva que se assuma; e do ponto de vista da **carência de pena**, por isso que o homicídio por negligência se tornou num fenómeno maciço, dadas as inúmeras fontes de perigo para a vida iminentes à “sociedade do risco” contemporânea (pense-se só, v.g., na circulação rodoviária, na adulteração de produtos alimentares e análogos, na propagação de doenças contagiosas graves, nas intervenções médico-cirúrgicas), bem se compreendendo, destes pontos de vista, a insistência do actual requisitório em favor de um tratamento penal cada vez mais severo do homicídio negligente; a ponto de não faltar mesmo já quem preconize para ele molduras penais cujo máximo exceda o limite mínimo da moldura penal do homicídio doloso simples.-----

⁵ Segundo a lição autorizada do Professor Figueiredo Dias, Pressupostos da Punição, Jornadas de Direito Criminal I, C.E.J., 1993, está-se em presença de um critério subjectivo e concreto, ou individualizante, que deve partir do que seria razoavelmente de esperar de um homem com as qualidades e capacidades do agente. Se for de esperar dele que respondesse às exigências do cuidado objectivamente imposto e devido – mas só nessas condições – é que, em concreto, se deverá afirmar o conteúdo de culpa própria da negligência, desse modo fundamentando a sua punição. No mesmo sentido, mais desenvolvidamente, Comentário, Tomo I, páginas 106-111.

⁶ Na obra colectiva Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial, Tomo I, Artigos 131.º a 201.º, obra dirigida pelo próprio Professor Figueiredo Dias, anotações ao artigo 137.º, I, § 1.º, página 106. Nas restantes anotações a tal tipo legal de crime o referido Mestre faz um estudo abarcante e aprofundado sobre as diversas questões atinentes a tal tipo legal de crime.

⁷ Para nós o mais importante e significativo bem jurídico, o primeiro e primordial bem jurídico a ser protegido. Veja-se a obra *supra* citada dos Professores Gomes Canotilho e Vital Moreira, que defendem tal posição, face ao próprio artigo 24.º da Constituição da República Portuguesa.

Ao lado dessa distinção (negligência consciente/negligência inconsciente) deve fazer-se também uma distinção entre negligência simples e negligência grosseira. Segundo o Professor Eduardo Correia⁸ a negligência grosseira corresponde à antiga «culpa lata» latina ou à «Leichtfertigkeit» alemã, a qual daria lugar a uma punição particularmente grave dentro dos quadros da negligência ou mesmo a uma punição dentro da moldura penal dolosa – precisamente a situação configurada pelo artigo 137.º/2 do Código Penal. Segundo o mesmo Professor é no **desrespeito pelo particular dever de representação, que a prática do crime fundamental doloso envolve** que reside a justificação para a pesada agravação da pena cominada⁹, ou, na opinião do Conselheiro Maia Gonçalves¹⁰, a negligência grosseira pode entender-se como a **falta das precauções exigidas pela mais elementar prudência ou das aconselhadas pela previsão mais elementar que devem ser observadas nos actos da vida; ou em uma conduta de manifesta irreflexão ou ligeireza, devendo tomar-se como ponto de referência a previsão de um homem normal, do homem médio suposto pela ordem jurídica, ou ainda, seguindo-se a Jurisprudência nacional, «a expressão “negligência grosseira”, utilizada no artigo 136.º/2 do Código Penal de 1982 (agora 137.º/2 do Código Penal de 1995), corresponde, na nossa tradição, à figura da “culpa temerária”, ou “esquecimento de deveres”, e só se verifica quando o condutor da viatura de demite dos mais elementares cuidados na condução, por temeridade, leviandade, ou total ausência de atenção ou de cuidados, em termos de, através dela, criar alto perigo de acidente¹¹», ou, noutra decisão¹², «a negligência grosseira a que se refere o artigo 136.º/2 do Código Penal de 1982 (agora 137.º/2 do Código Penal de 1995) existe, nos casos de acidente de viação, quando o condutor não põe na condução uma actuação prudente e antes se esquece dos mais rudimentares e elementares deveres de precaução e prudência revelando ligeireza e temeridade», ou, ainda, numa outra decisão¹³, «a negligência grosseira pretende abranger aqueles casos em que, de forma mais flagrante e notória, se omitem os cuidados mais elementares (básicos) que devem ser observados, ou aquelas situações em que o agente se comporta com elevado grau de irreflexão e insensatez».**-----

⁸ Direito Criminal I, Almedina, 1971, página 430, nota (2).

⁹ Obra citada (na nota anterior), página 443.

¹⁰ Código Penal Português anotado e comentado, Almedina, 14.ª edição, 2001, anotação 4 ao artigo 15.º, páginas 98-99.

¹¹ Acórdão da Relação de Évora de 19 de Novembro de 1991 (C.J., 91, 5, 260).

¹² Acórdão da Relação de Coimbra de 6 de Abril de 1996 (C.J., 96, 3, 59). No mesmo sentido o acórdão da Relação de Coimbra de 16 de Novembro de 1988 (C.J., 88, 5, 95).

¹³ Acórdão da Relação de Lisboa de 13 de Janeiro de 1999 (C.J., 99, 1, 43).

O exercício da medicina em Portugal é condicionado pela licenciatura em Medicina e à inscrição na Ordem dos Médicos (cfr. artigos 1.º, 8.º e 9.º do Estatuto da Ordem dos Médicos¹⁴).-----

De acordo com o disposto no Código Deontológico da Ordem dos Médicos, *cujas normas têm primariamente uma eficácia interna, dirigida para a própria classe médica*¹⁵, uma vez que o mesmo nunca foi publicado no Jornal Oficial (Diário da República), constituem princípios da deontologia médica, entre outros, *o princípio da independência dos médicos* (artigo 4.º). De entre os deveres gerais, destaca-se o de *actualização e preparação científicas* (artigos 11.º - *o médico deve cuidar da permanente actualização da sua cultura científica e da sua preparação técnica*).----

Quanto à qualidade dos serviços prestados, o princípio geral é o de que, ao acender um doente, todo o médico se obriga implicitamente «... à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, agindo com correcção e delicadeza, no exclusivo intuito de promover ou restituir a Saúde, suavizar os sofrimentos e prolongar a vida, no pleno respeito pela dignidade do Ser humano», «... a prestar-lhe os melhores cuidados ao seu alcance..., no pleno respeito da sua dignidade de ser humano» (artigo 29.º); recebe também consagração expressa a ideia *do respeito pelas suas qualificações e competência*, cujos limites o médico não deve ultrapassar, pedindo, quando lhe pareça indicado, a colaboração de um colega ou enviando o doente para o médico que julgue mais qualificado (artigo 32.º; cfr. artigo 112.º quanto ao dever de recomendar especialistas).-----

No capítulo atinente à responsabilidade do médico perante a comunidade, sob a epígrafe «responsabilidade», escreve-se (artigo 91.º) que «*o médico deve ter em consideração as suas responsabilidades sociais no uso do seu legítimo direito à independência na orientação dos cuidados e na escolha da terapêutica, assumindo uma atitude de responsabilização nos custos globais de saúde*». Como ressalva da independência, trata-se pois de dar acolhimento ao princípio de que o médico deve ter sempre presente uma ideia de economia dos custos de saúde, em larga medida suportados por toda colectividade¹⁶.-----

Refira-se, finalmente, que as disposições do Código Deontológico têm grande interesse na apreciação da culpa (basta pensar no «*dever de actualização e preparação científicas*» — artigo 11.º do código). Serão cambem um auxiliar precioso do juiz para decidir acerca da ilicitude da conduta do médico, podendo questionar-se se constituem «disposições legais que visam proteger interesses alheios» para os efeitos do artigo 483.º, n.º 1, do Código Civil (isto porque são normas

¹⁴ Aprovado pelo Dec.-Lei n.º 282/77, de 5/7.

¹⁵ Neste sentido a posição concordante dos Professores Figueiredo Dias e Sinde Monteiro, *in* Responsabilidade Médica em Portugal, B.M.J., 332.º (Janeiro de 1984), páginas 21 e seguintes.

¹⁶ Neste sentido os autores citados na nota anterior, página 26.

em sentido material). A sua utilidade revela-se ainda a propósito da interpretação e integração do «contrato de prestação de serviços médicos». Mas não deverão, em princípio, ser consideradas normas jurídicas, em paridade, v. g. com as contidas no Código Civil. Os seus destinatários primeiros são os próprios médicos, nomeadamente para efeitos de aplicação de sanções disciplinares pela sua violação¹⁷.-----

Dispõe o artigo 2.º do Dec.-Lei n.º 217/94, de 20/8, que aprovou o Estatuto Disciplinar dos Médicos, que *«comete infracção disciplinar o médico que, por acção ou omissão, violar dolosa ou negligentemente algum ou algum dos deveres decorrentes do Estatuto da Ordem dos Médicos, do Código Deontológico, do presente Estatuto, dos regulamentos internos ou das demais disposições aplicáveis»*, dispondo o artigo 3.º/1 do mesmo diploma que *«a responsabilidade disciplinar perante a Ordem dos Médicos concorre com quaisquer outras previstas por lei»*, desde logo a **responsabilidade criminal**.-----

De acordo com o disposto no artigo 284.º do Código Penal, impende sobre o médico o dever de tratamento, nos termos aí prescritos. Segundo a lição dos Professores Figueiredo Dias e Sinde Monteiro (cujas lições diziam respeito ao artigo 276.º do Código Penal de 1982, a que corresponde agora o artigo 284.º do Código Penal de 1995), «são estes os pressupostos sob os quais o médico tem o *dever jurídico* — e, na verdade, *jurídico-penal* — de assumir o tratamento. No restante é ele absolutamente livre de dispensar ou recusar o tratamento, tudo se passando em base puramente contratual — seja a que directamente se estabelece entre o médico e o doente, ou entre aquele e a instituição de saúde onde presta serviço e a que este recorre. Ressalva só poderia ser feita em atenção a eventuais normas especiais de direito público, que aqui não devem ser investigadas. É certo, por outro lado, que o artigo 219.º do Código Penal [agora 200.º do Código Penal] vigente impõe um *dever de auxílio* «em caso de grave necessidade, nomeadamente provocada por desastre, acidente, calamidade pública ou situação de perigo comum, que ponha em perigo a vida, saúde, integridade física ou liberdade de outrem». Trata-se porém aqui de um dever geral de auxílio, que nada tem particularmente a ver com a prestação de cuidados médicos e recai sobre qualquer pessoa em situação de afastar aquele perigo. Concluir-se-á porém daqui que, fora do caso previsto pelo artigo 276.º do Código Penal, não recai sobre o médico qualquer dever jurídico, penalmente sancionado, de tratar? De modo algum. Segundo o artigo 10.º, n.º 2 do Código Penal *«a comissão de um resultado por omissão e punível quando sobre o omitente recaia um dever jurídico*

¹⁷ Neste sentido os autores citados na nota anterior, página 25.

*que penalmente o obrigue a evitar esse resultado». E a doutrina portuguesa está há muito de acordo em que a aceitação pelo médico de um doente cria para aquele um dever jurídico (posição de garante) de evitar a verificação de um evento danoso para a saúde e a vida deste. Aceitação que, em nossa opinião, é bastante que se traduza numa relação *fáctica* de cuidado assumido pelo médico perante o doente, capaz de fundamentar a proximidade sócio-existencial de um e outro. Tanto basta para que daqui derive a exigência de solidarismo que verdadeiramente está na base da relevância jurídico-penal da comissão por omissão, sem que interesse, em último termo, a validade ou subsistência do vínculo jurídico contratual.»¹⁸.-----*

Relativamente ao enquadramento jurídico-penal da intervenção médica seguir-se-á a citação da posição dos Professores já referidos¹⁹.-----

«A doutrina de longe dominante e a jurisprudência praticamente unânimes, anteriores à entrada em vigor do novo Código Penal, eram no sentido de que todas as intervenções e tratamentos médicos, qualquer que fosse o seu tipo, constituíam tipicamente ofensas corporais. A não punibilidade do médico só podia pois ficar a dever-se à intervenção, no caso, de uma causa de justificação. E porque o velho Código Penal afirmava, no seu artigo 29.º, n.º 4, que o consentimento do ofendido só justificava o facto nos casos especificados na lei e nada dizia sobre aquele em matéria de ofensas corporais, considerava-se que a justificação da intervenção médica residia verdadeiramente no exercício de um direito (artigo 44.º, n.º 4) — o direito do médico exercer medicina —, de que todavia era pressuposto indispensável, de acordo com as próprias regras deontológicas, estivesse autorizado a prestá-la».-----

Não faltava já, porém, quem levantasse as maiores dúvidas à exactidão dogmática de uma tal posição e à sua adequação à realidade da vida. Punha-se nomeadamente em evidência a profunda distorção, que por esta via se opera, dos mais elementares sentimentos de realidade e justiça na análise do sentido social da conduta do médico — e que, na frase impressiva de Binding, permita equiparar «*o cirurgião como o faquista*»! E, por outro lado as consequências inaceitáveis que dali resultariam e deveriam conduzir à punição por ofensas corporais — e, na verdade, por ofensas corporais *dolosas*! — do médico que salvou a vida de um doente, quando a intervenção ocorreu sem o consentimento deste, ou o médico não cumpriu cabalmente o dever de esclarecimento que a eficácia do consentimento pressupõe, ou errou censuravelmente sobre o âmbito ou os limites daquele dever de esclarecimento.»-----

¹⁸ Obra citada, páginas 63-65.

¹⁹ Obra citada, páginas 67-69.

Reconhecendo certamente o valor decisivo destas dificuldades e objecções, o novo Código Penal modificou radicalmente a óptica jurídico-penal sob a qual devem ser encaradas as intervenções cirúrgicas. E assim — não concedendo sequer relevo à distinção hoje corrente v. g. numa parte da doutrina alemã-ocidental, entre intervenções que tiveram êxito e intervenções que falharam a finalidade terapêutica visada —, o artigo 150.º [agora artigo 150.º/1 do Código Penal] considera que as intervenções médicas não constituem em princípio ofensas corporais. Posto é que cais intervenções e tratamentos:

- a) Sejam medicamente indicados (isto é, nas palavras da lei, «*que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrem indicados*»);
- b) Sejam «*levados a cabo de acordo com as leges artis por um médico ou outra pessoa legalmente autorizada a empreende-los*»;
- c) Possuam finalidade terapêutica no mais amplo sentido, isto é sejam empreendidos «*com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar uma doença, um sofrimento, uma lesão ou fadiga corporal ou uma perturbação mental*».-----

Uma rápida pesquisa pelos três maiores motores de busca da Internet – **Google** (www.google.com; www.google.pt), **MSN** (www.msn.com) e **Yahoo** (www.yahoo.com), pesquisas “*traumatismo craniano*” e “*diagnóstico de traumatismo craniano*” – conduz-nos a uma extensa base de dados de conhecimentos sobre a matéria ligada aos traumatismos cranianos, em língua portuguesa escrita do Brasil, sendo surpreendente a falta de dados de conhecimento de português de Portugal, à excepção de um trabalho, de qualidade assinalável, do Hospital da Senhora da Oliveira (Hospital Distrital de Guimarães).-----
Sigamos aquele que se encontra publicado no sítio brasileiro www.sarah.br/paginas/doencas/po/p_07_traumatismo_cranioence.htm:

Classificação

Os TCEs podem ser classificados em três tipos, de acordo com a natureza do ferimento do crânio: traumatismo craniano fechado, fractura com afundamento do crânio, e fractura exposta do crânio. Esta classificação é importante, pois ajuda a definir a necessidade de tratamento cirúrgico.

O traumatismo craniano fechado caracteriza-se por ausência de ferimentos no crânio ou, quando muito, fractura linear. Quando não há lesão estrutural macroscópica do encéfalo, o traumatismo craniano fechado é chamado de concussão. Contusão, laceração, hemorragias, e edema (inchaço) podem acontecer nos traumatismos cranianos fechados com lesão do parênquima cerebral.

Os traumatismos cranianos com fracturas com afundamento caracterizam-se pela presença de fragmento ósseo fracturado afundado, comprimindo e lesando o tecido cerebral adjacente. O prognóstico depende do grau da lesão provocada no tecido encefálico.

Nos traumatismos cranianos abertos, com fractura exposta do crânio, ocorre laceração dos tecidos pericranianos e comunicação directa do couro cabeludo com a massa encefálica através de fragmentos ósseos afundados ou estilhaçados. Este tipo de lesão é, em geral, grave e há grande possibilidade de complicações infecciosas intracranianas.

Patologia

Lesões Cutâneas e Fracturas

Os TCEs podem acometer a pele da cabeça, o crânio, ou o cérebro em qualquer combinação. As lesões cutâneas têm pouca morbilidade por si só, mas em geral estão associadas a lesões do crânio e do tecido cerebral, além de poderem ser causa frequente de hemorragia e infecção.

As fracturas do crânio podem ser da convexidade do crânio ou da base. As da convexidade podem ser lineares, deprimidas, ou compostas. As fracturas lineares são comuns e não requerem tratamento específico. Entretanto, são sinais de alerta, podendo ser indicativas de que o TCE teve certa gravidade. Por isto, o paciente com esse tipo de fractura deve ser cuidadosamente observado por 12 a 24 horas na fase aguda. Exames neurológicos devem ser feitos periodicamente neste período, e deterioração do nível de consciência ou alterações ao exame físico podem ser indicativos da presença de hematoma intracraniano. Fracturas deprimidas do crânio são o resultado de lesões provocadas por objectos de baixa velocidade. A tábua interna do crânio sofre maior dano do que a tábua externa. Essas fracturas podem determinar laceração da membrana de revestimento externa do cérebro ou do tecido cerebral. O tratamento cirúrgico deve ser considerado, sobretudo se a depressão for maior que a espessura do osso do crânio. Fracturas compostas são caracterizadas pela laceração do osso. O tratamento é essencialmente o mesmo das fracturas simples, lineares: tratamento adequado das feridas cutâneas com fechamento da laceração. As fracturas da base do crânio são as mais frequentes e, como as fracturas lineares, são indicativas de que o TCE foi intenso. Elas podem levar a fístulas liquóricas, sendo fontes potenciais de meningite, abscesso, e outras infecções intracranianas. As fracturas da base também podem lesar os nervos cranianos, cujos forames estão aí localizados.

Lesões Encefálicas

As lesões encefálicas podem ser classificadas em primárias e secundárias. As lesões primárias são o resultado do impacto, e geralmente estão presentes já no momento do acidente. As lesões secundárias são aquelas de curso progressivo, ocorrendo como consequência de hematoma, edema, isquemia ou hipóxia, podendo levar a lesões neurológicas tardias.

O tecido cerebral pode ser lesado directamente no lugar do impacto (lesão por 'golpe'), ou em pontos diametralmente opostos ao impacto (lesão por 'contra-golpe'). As porções inferiores dos lobos frontais e temporais são as áreas mais acometidas pelas lesões por 'contra-golpe', pois os ossos da base do crânio, sobretudo nas fossas temporal e frontal, apresentam superfícies rugosas, cheias de acidentes anatómicos.

Tipos de Lesões Cerebrais

Concussão é o traumatismo craniano fechado sem lesão estrutural macroscópica do encéfalo. Há alteração temporária da função cerebral, mais evidente logo após o traumatismo, tendendo a melhorar em 24 horas. Pode ser acompanhada por bradicardia, hipotensão e sudorese. A concussão caracteriza-se pela perda de consciência, frequente, mas não invariável, amnésia (esquecimento) do evento, letargia temporária, irritabilidade, e disfunção de memória. Não tem curso fatal. A perda de consciência deve ser breve, sendo definida arbitrariamente, com duração inferior a 6 horas.

Lesão axonal difusa ocorre quando a perda de consciência é superior a 6 horas. Caracteriza-se por estiramento dos neurónios em decorrência dos movimentos súbitos de aceleração e desaceleração. Pode ser dividida de acordo com a duração do coma e o prognóstico depende da sua duração. Os comas mais prolongados podem estar associados a sinais focais ou edema, e têm prognóstico mais desfavorável. As lesões são microscópicas, e, em geral, afectam o corpo caloso e o tronco cerebral ou são difusas.

Tumefacção cerebral pode ser devida a edema cerebral (aumento do teor de água extra vascular) ou por aumento da volemia do cérebro pela vasodilatação anormal. A tumefacção pode ser difusa ou focal.

Contusão cerebral caracteriza-se por lesão estrutural do tecido encefálico e pode ser demonstrada pela tomografia computadorizada de crânio como pequenas áreas de hemorragia. Não há lesão da pia-aracnóide (membranas mais internas de revestimento do cérebro). Edema cerebral é comum. As contusões, em geral, produzem alterações neurológicas que persistem por mais de 24 horas. As manifestações clínicas são deficits neurológicos focais, como paralisias, transtornos da linguagem, alterações da memória e do afecto e, mais raramente, alterações visuais. Os deficits neurológicos podem persistir como sequelas.

Lacerações do tecido cerebral, em geral, ocorrem quando há fracturas, apesar de que movimentos bruscos de aceleração e desaceleração também podem levar a perda de substância encefálica. Laceração das meninges e dos vasos intracranianos acompanham esse tipo de lesão e, geralmente, levam a hemorragia intracraniana. Deficits neurológicos sempre estão presentes, e deixam sequelas, apesar de ocorrer certa melhora com o tempo.

Hematoma epidural (localizado entre a calota craniana e a membrana mais externa de revestimento do cérebro) ocorre entre 1 a 3 por cento dos TCEs. São lesões associadas a fracturas que laceram uma das artérias ou veias meníngeas. A apresentação clínica é variável. Em geral há perda da consciência logo após o trauma com recuperação após alguns minutos ou horas. Entretanto, posteriormente, o paciente começa a ficar letárgico e ocorre deterioração neurológica, podendo haver herniação cerebral se não tratado. Alterações pupilares e hemiparesia (dificuldade de movimento em um lado do corpo) contralateral ao local da lesão, associadas a alterações da consciência são os achados mais comuns ao exame físico. Cirurgia para drenagem do hematoma é o tratamento de escolha.

Hematoma subdural agudo (localizado entre as membranas que revestem o cérebro) é encontrado, frequentemente, em pacientes que sofrem traumatismo decorrente de aceleração e desaceleração em altas velocidades. Pode ser simples e tem bom prognóstico quando não há lesão cerebral associada. Hematomas subdurais complicados são acompanhados de laceração do parênquima e dos vasos. O quadro clínico se caracteriza, geralmente, por coma e por diversos graus de alterações focais. O tratamento pode ser cirúrgico ou não, dependendo do tipo e da extensão das lesões.

Hematoma subdural crónico tem apresentação tardia, pelo menos 20 dias depois do trauma. É mais comum em crianças e em idosos. Alcoolismo, epilepsia, uso de anticoagulantes, diálise renal predispõem os pacientes a terem essa complicação. O quadro clínico é insidioso, caracterizado por confusão, distúrbios

de memória, apatia e alteração de personalidade. Dor de cabeça é comum. O diagnóstico é feito através da tomografia computadorizada de crânio. Em geral, o tratamento é cirúrgico.

Diagnóstico

História clínica

As informações sobre o evento traumático devem ser colhidas de observadores. Deve-se procurar saber sobre a causa do traumatismo, a intensidade do impacto, a presença de sintomas neurológicos, convulsões, diminuição de força, alteração da linguagem, e, sobretudo, deve-se documentar qualquer relato de perda de consciência.

A amnésia para o evento é comum nas concussões. Pode haver, também, perda de memória retrógrada (para eventos ocorridos antes do trauma) ou anterógrada (para os eventos que se sucederam logo após o trauma). A amnésia é característica dos TCEs que cursam com perda de consciência. Amnésia cuja duração é superior a 24 horas é indicativa de que o TCE foi mais intenso, e pode estar relacionada com prognóstico menos favorável. A amnésia de curta duração não tem maior significado clínico.

A alteração da consciência é o sintoma mais comum dos TCEs. A breve perda de contacto com o meio é característica da concussão. O coma pode durar horas, dias ou semanas, dependendo da gravidade e localização da lesão. Lesões difusas do encéfalo ou do tronco encefálico podem levar a comas prolongados, sobretudo quando há contusão ou laceração de amplas áreas cerebrais, tumefacção ou edema importante. A melhora do nível de consciência tem relação directa com o grau de lesão.

Dor de cabeça intensa, sobretudo unilateral, pode indicar lesão expansiva intracraniana, sendo necessária investigação neurológica cuidadosa. Cefaléia intensa na região occipital pode ser indicativa de fractura do odontóide (estrutura da segunda vértebra que se articula com a primeira).

Exame Físico

O exame físico inicial, na fase aguda, deve ser rápido e objectivo. É importante lembrar que pacientes com TCE são politraumatizados, sendo frequente a associação com traumatismos torácicos, abdominais e fracturas. Hipóxia, hipotensão, hipo ou hiperglicemia, efeito de drogas narcóticas, e lesões instáveis da coluna vertebral devem ser procurados e convenientemente tratados.

O exame da pele da cabeça deve ser feito com cuidado. Fracturas no crânio devem ser procuradas. Fracturas da base do crânio podem ser suspeitadas pela presença de sangue no tímpano e pela drenagem de líquido cefalorraquidiano pelo ouvido ou nariz.

O propósito do exame neurológico inicial é determinar as funções dos hemisférios cerebrais e do tronco encefálico. Os exames subsequentes são importantes para verificar a evolução do paciente, se está havendo melhora ou deterioração do seu quadro clínico. Escalas neurológicas foram desenhadas para permitir quantificar o exame neurológico. A escala de coma de Glasgow é uma medida semiquantitativa do grau de envolvimento cerebral, que também orienta o prognóstico (Tabela 1). Entretanto, não é válida para pacientes em choque ou intoxicados. Existe uma escala modificada para crianças (Tabela 2). A presença de traumatismo dos olhos e da medula espinhal dificulta a avaliação. A escala consiste em pontuar os achados do exame neurológico, avaliando a resposta verbal, a abertura dos olhos, e a resposta motora.

Tabela 1. Escala de Coma de Glasgow

Parâmetros	Score
Melhor resposta verbal	
Nenhuma	1
Sons incompreensíveis	2
Palavras inadequadas	3
Confusa	4
Orientada	5
Abertura dos olhos	
Nenhuma	1
Resposta à dor	2
Resposta à fala	3
Espontânea	4
Melhor resposta motora	
Nenhuma	1
Descerebração (extensão anormal dos membros)	2
Decorticação (flexão anormal dos membros superiores)	3
Retirada	4
Localiza o estímulo doloroso	5
Obedece ao comando verbal	6
TOTAL	15

A soma de pontos para um paciente completamente lúcido e orientado é 15. A soma para um paciente afásico, imóvel e sem abertura dos olhos é 3.

O exame neurológico deve incluir, ainda, avaliação dos nervos cranianos e exame de fundo de olho (para verificar a presença de edema de papila presente no edema cerebral ou na hipertensão intracraniana). Os reflexos pupilares e os movimentos oculares devem, também, ser avaliados.

Exames Complementares

- Radiografia de crânio nas incidências ântero-posterior e lateral. As fracturas da convexidade são geralmente bem visíveis, mas as fracturas da base podem ser vistas em menos de 10% dos casos.
- A tomografia computadorizada de crânio pode demonstrar fracturas, hematomas intra e extra-cerebrais, áreas de contusão, edema cerebral, hidrocefalia, e sinais de herniação cerebral.
- A ressonância magnética permite verificar a presença de lesões de difícil visualização à tomografia computadorizada, como hematomas subdurais, além de definir melhor a presença de edema. Entretanto, é um exame prolongado, o que dificulta a sua realização de rotina em pacientes com TCE.
- A angiografia cerebral é indicada para avaliar lesões vasculares no pescoço ou na base do crânio.

Sigamos outro – Manual Merck – que se encontra publicado no sítio brasileiro www.msd-brazil.com/msd43/m_manual/mm_sec6_75.htm:

Os ossos do crânio, espessos e duros, protegem o cérebro. Apesar de possuir este “capacete” natural, o cérebro está sujeito a muitos tipos de lesões. Em comparação com qualquer outro tipo de lesão neurológica, os traumatismos crânio-encefálicos causam mais mortes e invalidez entre os indivíduos com menos de 50 anos. Depois dos ferimentos por projétil de arma de fogo, eles são a segunda causa de morte entre os homens com menos de 35 anos. Cerca da metade de todos os indivíduos que sofrem um traumatismo crânio-encefálico grave morre. Mesmo se a ferida não penetrar o crânio, o cérebro pode ser lesado. Muitas lesões são causadas por um impacto precedido por uma aceleração súbita (p.ex. um golpe forte na cabeça) ou por uma súbita desaceleração (p.ex., quando uma cabeça em movimento colide contra um objecto imóvel). O cérebro pode ser lesado tanto no ponto de impacto quanto no lado oposto. As lesões causadas por aceleração-desaceleração são algumas vezes denominadas coup contrecoup (o equivalente francês para golpe-contragolpe). Um traumatismo crânio-encefálico grave pode provocar laceração, cisalhamento ou ruptura de nervos, de vasos sanguíneos e dos tecidos localizados no cérebro ou ao seu redor. As vias nervosas podem sofrer rupturas e pode ocorrer sangramento ou edema graves. O sangramento, o inchaço e o acumular de líquido (edema) têm efeito semelhante ao causado por um tumor expansivo intra-craniano.

Como o crânio não pode se expandir, o aumento da pressão pode lesar ou destruir o tecido cerebral. Devido à posição do cérebro no crânio, a pressão tende a empurrar o órgão para baixo. A parte superior do cérebro pode ser forçada através da abertura que o conecta à parte inferior (tronco encefálico), condição denominada herniação. Um tipo semelhante de herniação pode comprimir o cerebelo e o tronco encefálico através da abertura existente na base do crânio (forame magno) até a medula espinhal. As herniações são potencialmente letais, pois o tronco encefálico controla funções vitais como, por exemplo, as frequências cardíaca e respiratória. Algumas vezes, pode ocorrer uma lesão cerebral grave consequente a um traumatismo craniano leve. Os indivíduos idosos são particularmente propensos a apresentar sangramentos em torno do cérebro (hematoma subdural) devido a um traumatismo craniano. Os indivíduos que utilizam medicamentos que previnem a formação de coágulos (anticoagulantes) também apresentam um grande risco de sangramento em torno do cérebro em consequência de um traumatismo craniano. Uma lesão cerebral frequentemente produz algum grau de disfunção permanente, o qual varia de acordo com a lesão ser limitada a uma área específica (localizada) ou ser mais disseminada (difusa). As funções comprometidas dependerão da área cerebral lesada. Sintomas específicos e localizados podem auxiliar na determinação da área lesada. Podem ocorrer alterações do movimento, da sensibilidade, da fala, da visão e da audição. O comprometimento difuso da função cerebral pode afectar a memória e o sono e pode acarretar a confusão mental e o coma.

Prognóstico

As consequências finais de um traumatismo crânio-encefálico variam desde uma recuperação completa até a morte. O tipo e a gravidade dos deficits dependem da localização e da gravidade da lesão cerebral. Muitas funções cerebrais são desempenhadas por mais de uma área e, em alguns casos, áreas não lesadas do cérebro assumem as funções perdidas em decorrência da lesão de uma determinada área, permitindo uma recuperação parcial. No entanto, à medida que o ser humano envelhece, o cérebro torna-se menos capaz de desviar as funções de uma área para outra. Nas crianças, por exemplo, as faculdades da linguagem são regidas por várias partes do cérebro, mas nos adultos elas estão concentradas apenas em um lado. Se as áreas da linguagem no hemisfério esquerdo forem gravemente lesadas antes dos 8 anos de idade, o hemisfério direito poderá assumir a função da linguagem praticamente normal. Por outro lado, uma lesão das áreas da linguagem durante a vida adulta poderá acarretar em um deficit permanente. Algumas funções, como a visão e os movimentos dos membros superiores e inferiores (controle motor), são controladas por regiões específicas de um lado do cérebro e, consequentemente, a lesão de qualquer uma dessas áreas pode causar um deficit permanente. Contudo, a reabilitação pode ajudar a minimizar o impacto desses deficits funcionais. Os indivíduos vítimas de um traumatismo crânio-encefálico grave algumas vezes apresentam amnésia e não

conseguem se lembrar do que ocorreu imediatamente antes e após o episódio de perda de consciência. Aqueles que recuperam a consciência durante a primeira semana apresentam maior probabilidade de recuperar a memória. Alguns indivíduos com um traumatismo crânio-encefálico, mesmo quando menor, apresentam a síndrome pós-concussão, na qual eles continuam a apresentar cefaléias e problemas de memória durante um período de tempo considerável após o traumatismo. Um estado vegetativo persistente ou crônico – a consequência mais grave de um traumatismo crânio-encefálico não fatal – caracteriza-se por um estado prolongado de inconsciência total acompanhado por ciclos praticamente normais de vigília e sono. Esta condição é consequência da destruição das partes superiores do cérebro que controlam as funções mentais sofisticadas. No entanto o tálamo e o tronco encefálico, os quais controlam os ciclos do sono, a temperatura corporal, a respiração e a frequência cardíaca, são poupados. Se o estado vegetativo persistir mais do que alguns meses, é improvável que o indivíduo recupere a consciência. Não obstante, um indivíduo que recebe assistência especializada poderá viver muitos anos nessa situação.

Diagnóstico e Tratamento

Quando um indivíduo com um traumatismo crânio-encefálico chega a um hospital, o médico e os enfermeiros verificam primeiramente os sinais vitais: frequência cardíaca, pressão arterial e respiração. Se o indivíduo não estiver respirando adequadamente por si mesmo, pode ser necessária a utilização de um respirador mecânico. O médico realiza uma avaliação imediata do estado de consciência e memória do paciente. Ele também avalia as funções cerebrais básicas através da checagem do tamanho das pupilas e sua reação à luz; avalia a resposta ao calor ou à picadas (sensibilidade) e a capacidade de mover os membros superiores e inferiores. A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) são solicitadas para se avaliar possíveis lesões cerebrais. As radiografias padrões podem identificar fraturas cranianas, mas não revelam nada sobre uma provável lesão cerebral. O aumento da sonolência e da confusão mental, o coma profundo, o aumento da pressão arterial e o pulso lento após um traumatismo crânio-encefálico são sinais de edema cerebral. Como o cérebro pode ser lesado rapidamente pela pressão do excesso de líquido, são administradas drogas que visam aliviar o edema. Também pode ser implantado no crânio um pequeno dispositivo para controlar a pressão e determinar a eficácia do tratamento.

Traumatismos Crânio-Encefálicos Específicos

Os indivíduos podem sofrer muitos tipos de traumatismos crânio-encefálicos como, por exemplo, fraturas, concussões, contusões e lacerações cerebrais e hematomas intracranianos.

Fraturas Cranianas

Uma fratura craniana é uma ruptura de um osso do crânio. As fraturas cranianas podem lesar artérias e veias, provocando sangramento nos espaços em torno do tecido cerebral. As fraturas, especialmente as da base do crânio, podem romper as meninges – as camadas de tecido que revestem o cérebro. O líquido cefalorraquidiano, o qual circula entre o cérebro e as meninges, pode sair pelo nariz ou pelo ouvido. Ocasionalmente, através dessas fraturas, ocorre invasão de bactérias no crânio, causando infecção e lesão cerebral graves. A maioria das fraturas cranianas não exigem cirurgia, excepto quando fragmentos ósseos comprimem o cérebro ou os ossos do crânio encontram-se mal alinhados em decorrência do impacto.

Concussão

A concussão é uma perda da consciência e, algumas vezes, da memória de curta duração que ocorre após uma lesão cerebral e que não causa nenhuma lesão orgânica evidente. As concussões causam uma disfunção cerebral, mas não acarretam lesão estrutural visível. Elas podem ocorrer mesmo após um traumatismo crânio-encefálico menor, dependendo da intensidade com que o cérebro foi mobilizado no interior da caixa craniana. Uma concussão pode deixar o indivíduo um pouco confuso, com cefaléia e com uma sonolência anormal. A maioria dos indivíduos recupera-se completamente em algumas horas ou dias. Alguns indivíduos apresentam tontura, dificuldade de concentração, esquecimento, depressão, falta de sensibilidade ou de emoções e ansiedade. Esses sintomas podem persistir por alguns dias ou várias semanas, mas, raramente, prolongam-se por mais tempo. Enquanto isso, o indivíduo pode apresentar dificuldades no trabalho ou nos estudos ou para se relacionar com os outros. Esse distúrbio é denominado síndrome pós-concussão. A síndrome pós-concussão é uma situação enigmática, pois não se conhece a razão pela qual esses problemas ocorrem após um traumatismo crânio-encefálico leve. Os especialistas discordam sobre a causa desses sintomas: se eles se manifestam devido a lesões microscópicas ou a factores psicológicos. A terapia medicamentosa e o tratamento psiquiátrico são eficazes para alguns pacientes, mas não para todos. Mais preocupante que a síndrome pós-concussão é o fato dos sintomas mais graves poderem se manifestar algumas horas ou mesmo dias após a lesão original. A piora das cefaléias e da confusão mental e o aumento da sonolência indicam a necessidade de uma atenção médica urgente. Geralmente, o tratamento não é necessário quando o médico determina a não existência de uma lesão mais grave. No entanto, todos os indivíduos vítimas de um traumatismo crânioencefálico são informados sobre os sinais de alerta da piora da função cerebral. Os pais de crianças pequenas são orientados como monitorizá-las no que diz respeito a essas alterações, durante as horas que sucedem o traumatismo. Desde que os sintomas não piorem, o acetaminofeno poderá ser administrado para aliviar a dor. Se a lesão não for grave, a aspirina poderá ser administrada após os primeiros 3 ou 4 dias.

Contusões e Lacerações Cerebrais

As contusões cerebrais são lesões traumáticas do cérebro, as quais geralmente são causadas por um impacto directo e violento na cabeça. As lacerações cerebrais são rupturas do tecido cerebral, frequentemente acompanhadas de feridas visíveis da cabeça e fracturas do crânio. As contusões e as lacerações cerebrais são mais graves que as concussões. A ressonância magnética (RM) mostra a lesão estrutural do cérebro, a qual pode ser mínima ou pode causar fraqueza de um lado do corpo com concomitante confusão mental ou até mesmo o coma. Se o cérebro edemaciara, a lesão cerebral pode aumentar. O edema muito grave pode acarretar herniação do cérebro. Como este é frequentemente o caso, o tratamento torna-se mais complexo quando uma lesão cerebral grave é acompanhada por outras lesões, especialmente lesões torácicas.

Hematomas Intracranianos

Os hematomas intracranianos são acúmulos de sangue no interior do cérebro ou entre o cérebro e o crânio. Os hematomas intracranianos podem ser decorrentes de uma lesão ou de um acidente vascular cerebral. Um hematoma intracraniano relacionado a uma lesão geralmente forma-se no revestimento externo do cérebro (hematoma subdural) ou entre essa membrana de revestimento e o crânio (hematoma epidural). Esses dois tipos de hematoma são facilmente visualizados na tomografia computadorizada (TC) ou na ressonância magnética (RM). A maioria dos hematomas apresenta um desenvolvimento rápido e produzem sintomas em minutos. Os hematomas crónicos, os quais são mais comuns em indivíduos idosos, são de progressão lenta e produzem sintomas somente após horas ou dias. Os hematomas grandes comprimem o cérebro, produzem edema e acabam destruindo o tecido cerebral. Eles também provocam herniação da parte superior do cérebro ou do tronco encefálico. Os hematomas intracranianos produzem perda da consciência, coma, paralisia em um ou em ambos os lados do corpo, dificuldade respiratória, problemas cardíacos ou mesmo a morte. Os hematomas também podem causar confusão mental e perda da memória, principalmente nos indivíduos idosos. Um hematoma epidural é consequência de um sangramento de uma artéria localizada entre as meninges (o tecido que reveste e protege o cérebro) e o crânio.

A maioria dos hematomas epidurais ocorrem quando uma fatura craniana suprajacente secciona a artéria. Como o sangue encontra-se sob uma maior pressão nas artérias que nas veias, ele sai com mais força e rapidez das artérias. Algumas vezes, os sintomas manifestam-se imediatamente, geralmente como uma cefaléia intensa, mas eles podem ser retardados por várias horas. Às vezes, a cefaléia desaparece, mas retorna após algumas horas e mais intensa. Em seguida, o indivíduo pode apresentar um aumento da confusão mental, sonolência, paralisia, colapso e coma profundo. O diagnóstico precoce é fundamental e geralmente depende de uma tomografia computadorizada (TC) de emergência. Os hematomas epidurais são tratados assim que são diagnosticados. É criado um orifício com o auxílio de uma furadeira para drenar o sangue acumulado e o cirurgião busca a fonte do sangramento e o interrompe. Os hematomas subdurais são consequência do sangramento de veias localizadas ao redor do cérebro. O sangramento pode iniciar subitamente após um traumatismo crânio-encefálico grave ou mais lentamente após um menos grave. Os hematomas subdurais de desenvolvimento lento são mais comuns nos indivíduos idosos, pois suas veias são frágeis, e nos alcoolistas, os quais podem ignorar traumatismos crânio-encefálicos leves a moderados. Em ambas as situações, a lesão inicial pode ser leve e os sintomas podem passar despercebidos durante várias semanas. Contudo, a RM ou a TC podem revelar o acúmulo de sangue decorrente da lesão. Em um lactente, um hematoma subdural pode aumentar o tamanho da cabeça, pois o crânio é mole e maleável. No mínimo por razões estéticas, os médicos geralmente realizam a drenagem cirúrgica do hematoma. Nos adultos, os hematomas subdurais pequenos frequentemente são absorvidos espontaneamente. Os hematomas subdurais grandes que causam sintomas neurológicos comumente são drenados cirurgicamente. As indicações de drenagem incluem a cefaléia persistente, sonolência intermitente, confusão mental, alterações da memória e paralisia leve no lado oposto do corpo.

Sigamos ainda um outro – Hospital da Senhora da Oliveira, Hospital Distrital de Guimarães – que se encontra publicado no sítio www.hguimaraes.min-saude.pt/ucip/tce.html:

TCE

Introdução	Perfusão Cerebral	Nível de Consciência	Lesão Cerebral Primária e Secundária	Hematomas Intracranianos Agudos	Hemorragia Subaracnoideia
Avaliação e Orientação	Avaliação Neurológica	Tratamento	Farmacos	Guidelines na Emergência	

Introdução

Cerca de 50% das mortes por trauma tem associadas Traumatismos Craneanos, que contribuem de igual modo, como factor de comorbilidade, em 25% dos outros tipo de traumatismos.

Como o neurocrânio é uma caixa fechada rígida, a pressão que se gera no seu interior – Pressão Intracraniana (PIC) – está dependente da relação entre o conteúdo e o volume. Em condições normais, o conteúdo do crânio é composto pelo cérebro, o LCR e o volume vascular que no conjunto condicionam, na posição de decúbito dorsal e avaliada ao nível do meato acústico externo, uma pressão de 5.8 a 13 mmHg.

Para que a PIC se mantenha normal, qualquer aumento do volume de um dos componentes deve ser acompanhado pela diminuição de um ou mais dos outros componentes. O LCR pode deslocar-se para o seu compartimento raquidiano e aumentar a sua absorção. O volume de sangue venoso cerebral, dentro dos seios venosos, também pode diminuir.

O cérebro é também um órgão dotado de elasticidade pelo que pode ser moldado e comprimido no sentido de se adaptar às alterações. Mas quando se atinge o limite dos mecanismos compensatórios a PIC sobe.

O traumatismo craniano provoca não só lesões expansivas, mas também alterações da permeabilidade dos capilares cerebrais. Estas alterações levam ao surgimento de edema intersticial e entumescimento cerebral, tornando o encéfalo relativamente mais "rígido" e menos distensível. Reduz-se assim a capacidade do encéfalo para se adaptar a aumentos do conteúdo intracraniano. Esta situação é ainda agravada se coexistirem alterações da função respiratória, uma vez que a hipóxia e a hipercapnia resultam em vasodilatação cerebral nas zonas não lesadas, aumentando o volume sanguíneo cerebral e consequentemente a PIC.

As alterações do encéfalo, do líquido e dos vasos sanguíneos provocam aumento da PIC e reduzem a capacidade de adaptação a qualquer aumento de um dos componentes intracranianos. Nesta situação limite da fisiologia, um pequeno aumento do volume do conteúdo intracraniano provoca aumento marcado na PIC.

Perfusão Cerebral

Para que ao encéfalo cheguem os nutrientes necessários – Oxigénio e Glicose – a oxigenação do sangue e a Perfusão Cerebral têm de ser adequadas. Esta última depende da pressão arterial média (PAM), da resistência ao fluxo sanguíneo oferecida pela PIC e, em menor extensão, da pressão venosa central (PVC).

$$PAM = \text{pressão diastólica} + 1/3 (\text{pressão sistólica} - \text{pressão diastólica})$$

A pressão de Perfusão cerebral (PPC) pode ser calculada pela seguinte equação

$$PPC = PAM - PIC$$

No politraumatizado a PIC pode estar aumentada em resultado do traumatismo craniano e a PAM estar diminuída em resultado das lesões associadas extracranianas. Nesta situação há motivos redobrados para redução da PPC.

Se a PPC for igual ou inferior a 70 mmHg estão criadas as condições para o desenvolvimento da isquemia cerebral. Este processo origina edema cerebral adicional e aumenta ainda mais a PIC, através do estabelecimento de um ciclo vicioso.

Uma PPC inferior a 30mmHg causa a morte.

Nível de Consciência

O nível de consciência depende de duas estruturas: a formação reticular, que é uma rede de neurónios localizados no mesencéfalo e do córtex cerebral. Se uma destas estruturas for lesada há perda de consciência. As alterações metabólicas e a hipercapnia podem levar à redução do nível de consciência. A hipóxia ligeira tende a cursar com agitação e só quando é profunda é que leva a perda da consciência.

Lesão Cerebral Primária e Secundária

Lesão cerebral primária é a lesão que resulta do impacto inicial, por exemplo o embate de um objecto contra a cabeça. Lesão cerebral secundária é a lesão neurológica produzida por alterações subsequentes como hipóxia, hipovolémia, desequilíbrios metabólicos, infecção ou elevação da PIC.

Lesão Primária

Quando a cabeça é sujeita às forças de aceleração e desaceleração, podem resultar lesões que vão da concussão na sua forma mais ligeira, até à lesão axonal difusa, na forma mais grave. Na concussão o doente tem geralmente amnésia para o incidente, mas pode haver também amnésia anterógrada e retrógrada. Se existir uma perda transitória de consciência, ela é quase sempre inferior a 5 minutos. No exame objectivo, os doentes não têm sinais neurológicos de lateralização, mas apenas náuseas, vômitos e cefaleias. Pensou-se, que nesta situação, não havia lesão estrutural do tecido cerebral, mas verificou-se que há lesões microscópicas a nível dos axónios. O efeito global após um episódio pode ser pouco importante mas pode ser cumulativo.

Na lesão axonal difusa existe uma ruptura generalizada do tecido cerebral, que se caracteriza por lesão axonal, hemorragias microscópicas, soluções de continuidade e edema intersticial. Como consequência a lesão axonal difusa pode provocar coma prolongado (dias a semanas) e está associada a uma mortalidade global de 33-50%. A disfunção autonómica com febre alta, hipertensão e hipersudorese, é comum nesta situação.

Contusão

O crânio, sujeito ao impacto dum força de contacto é submetido a uma série de alterações. O choque do objecto resulta na deformação do osso para dentro e na propagação das ondas de choque a partir do ponto de impacto. Estas ondas produzem dano neurológico grave, com hemorragia, morte neuronal e edema cerebral. O doente tem sempre perda de consciência e, na altura em que é examinado no Serviço de Urgência, habitualmente já desenvolveu sinais neurológicos focais. As manifestações mais frequentes são as alterações do nível de consciência, paresias, disfasia, ataxia e convulsões.

Nas contusões por contragolpe, desenvolvem-se forças de reacção do tecido cerebral e pequenos vasos sanguíneos opostas à força aplicada no ponto de impacto. Isto dá origem às lesões de contusão descritas. No entanto outro factor de lesão é o facto que o encéfalo continuar a chocalhar e a embater contra a parede do crânio oposta ao ponto de impacto. O resultado é uma lesão em duas zonas afastadas, sendo mais grave a mais distante do impacto.

Hematomas Intracranianos Agudos

Hematoma extradural agudo

Na maioria dos casos o hematoma extradural agudo (HEA) forma-se na região temporo-parietal após laceração da artéria meníngea média. Como a origem do hematoma é geralmente arterial, ele desenvolve-se rapidamente e produz aumento rápido da pressão intracraniana. A apresentação clássica só aparece em 1/3 dos casos:

1º perda transitória da consciência no momento do traumatismo por disfunção momentânea da formação reticular.

2º O doente recupera depois a consciência por um período de várias horas – período lúcido.

3º Aparecimento de sinais de localização, com défices neurológicos, cefaleias e eventualmente coma. A drenagem cirúrgica precoce é o tratamento de eleição do HED, pois vai reduzir o efeito de massa e a lesão neurológica secundária.

Hematomas intradurais agudos: (HSD), (HIC)

Frequentemente coexistem os dois tipos de intradurais (subdurais e intracerebrais), e são três a quatro vezes mais frequentes que os extradurais.

Os HSD são geralmente hemisféricos podendo ser bilaterais. A causa é geralmente venosa pelo que a acumulação de sangue é mais lenta e insidiosa. O hematoma intradural associa-se habitualmente a contusão cerebral focal ou difusa. Os sinais de apresentação habituais são: convulsões, geralmente

focais, deterioração do estado de consciência, hemiparesia contralateral e dilatação pupilar ipsilateral. Se HSD ocorrer isolado o doente pode ter um período lúcido, seguido de deterioração gradual no estado neurológico.

Hemorragia Subaracnoideia

O traumatismo craniano é a causa mais comum de hemorragia subaracnoideia (HSA). O doente apresenta frequentemente cefaleias intensas e fotofobia e pode ter sinais de meningismo. A flexão da coluna para pesquisa de rigidez da nuca nunca deve ser feita até ter sido excluído o traumatismo cervical clínica e imagiológicamente.

II

Avaliação e Orientação

Se a vítima poder responder de uma forma lógica a qualquer pergunta desde o acidente, a lesão neurológica primária não é grave. A deterioração subsequente poder-se-á dever a lesão neurológica secundária. O traumatizado de crânio, depois de estabilizado, do ponto de vista cardiovascular, **deve ser tratado numa maca que permita a elevação da cabeça a 15°**, para diminuir a PIC.

A via aérea deve ser limpa e protegida. Deve assegurar-se que o traumatizado esteja **adequadamente ventilado. Os doentes com TCE que apresentem os seguintes sintomas e sinais devem ser intubados orotraqueal e ventilados:**

1. **Incapacidade de manter a via aérea**
2. **Risco de aspiração**
3. **PaO₂ < 100 mmHg ou PCO₂ > 40 mmHg**
4. **Hiperventilação necessária para baixar o PaCO₂**
5. **Traumatismo torácico**
6. **GCS < 9**
7. **Edema pulmonar neurogénico**
8. **Convulsões recorrentes**
9. **Hipertermia**
10. **Protecção durante o transporte**

Deve ser prestada especial atenção à estabilização da coluna cervical na linha média com um colar rígido ou sacos de areia fixados com tiras adesivas.

As lesões torácicas devem ter correcção prioritária.

A hemorragia craniana não produz hipovolemia. Exceptuam-se os lactentes e crianças pequenas, nas quais o hematoma do couro cabeludo pode ser suficiente para provocar hipovolemia.

No traumatizado de crânio está proibido o uso de soros glicosados hipotónicos pelo agravamento do edema cerebral que condicionam. O balanço hídrico é muito importante nestes doentes.

Avaliação Neurológica

Envolve a avaliação do estado de consciência usando a Escala de Coma de Glasgow, a resposta pupilar e a presença ou ausência de sinais neurológicos de lateralização. Na fase aguda a ECG deve ser avaliada de 15 em 15 min. Deverá ser a mesma pessoa a avaliar, para aumentar a consistência dos resultados.

O álcool em grandes quantidades é um depressor do sistema nervoso central, no entanto a alteração do estado de consciência nunca lhe deve ser atribuída sem primeiro se excluir uma patologia secundária por hipóxia, hipovolemia ou hipoglicemia.

Convulsões

Não são raras após um TCE. Podem resultar de lesão primária, de hipóxia, de aumento da PIC ou podem ocorrer espontaneamente nos traumatizados com história prévia de epilepsia. As convulsões devem ser tratadas prontamente com 5 a 10 mg de diazepam no adulto com monitorização da função respiratória e da pressão arterial. Esta dose deve ser repetida se a convulsão continuar ou pode-se administrar em alternativa hidantina (dose de carga 17mg/Kg). A Perfusão de hidantina não deve ultrapassar os 50 mg/min. Se as convulsões persistirem pode ser necessário utilizar barbitúricos. Isto significa que o doente terá de ser entubado e ventilado. Estes doentes não devem ser paralisados.

Sinais de fractura da base do crânio

1. *Equimose sobre a mastóide (Sinal de Battle)*
2. *Hemotímpano*
3. *Perda de líquido com sangue pelo ouvido ou nariz*
4. *Equimose peri-orbitária (na ausência de traumatismo ocular directo)*
5. *Hemorragias esclerais sem margem posterior*

III

Tratamento Definitivo

A realização de exames complementares de diagnóstico no doente com TCE depende da presença de qualquer problema respiratório ou hipovolémico concomitante, pois estes devem ser corrigidos primeiro. Em certas situações isto pode requerer uma intervenção cirúrgica (por exemplo, uma laparotomia para esplenectomia) para estabilizar o doente do ponto de vista cardiorespiratório e diferir para um segundo tempo a investigação com TAC cerebral.

Quando o doente está estabilizado do ponto de vista cardiocirculatório e respiratório realiza-se TAC cerebral se:

1. *Houver alteração do estado de consciência com ECG <14*
2. *Apresentar sinais neurológicos focais*
3. *Tiver sido paralisado e ventilado*
4. *ECG = 15 mas tiver perda da consciência > 5 min., amnésia retrógrada, crises convulsivas, fractura de crânio, idade < 2 anos ou > 65 anos com cefaleias intensas e persistentes e náuseas ou vômitos.*
5. *Más condições sociais ou vigilância incerta em casa nas primeiras 24 horas.*
6. *Terapêutica anticoagulante ou doença prévia com risco de hemorragia (por exemplo hemofilia).*
7. *Dificuldade de avaliação por alcoolismo ou epilepsia.*

Traumatismos cranianos mínimos

Engloba a imensa maioria (80-85%) dos TCE, e diz respeito a doentes com ECG = 15, que não perderam a consciência nem se queixam de amnésia. Risco virtualmente de zero de desenvolver uma lesão intracraniana.

Traumatismos cranianos ligeiros Este termo aplica-se a TCE com ECG de 14 ou 15 com amnésia circunstancial, perda de consciência < a 5 min. Têm um risco aproximado de lesão intracraniana de 15% com necessidade de cirurgia em 2,5% dos doentes. A orientação e tratamento incluem avaliação neurológica com:

Alta hospitalar com indicação para voltar se surgirem sintomas e sinais de alarme, Triagem com Rx de crânio e realização de TAC cerebral apenas em caso de fractura. Se não existir fractura alta hospitalar.

Observação prolongada durante 6 horas no serviço de urgência com realização de TAC se o doente deteriorar, se não alta.

Realização imediata de TAC a todos estes doentes com alta para os que tenham TAC normal.

Conselhos Práticos após TCE Ligeiro e TAC Normal:

a. crianças: não é necessário mantê-las acordadas; verificar se estão bem de 1 em 1 hora; paracetamol se tiverem cefaleia ligeira.

b.adultos:

- # não beber álcool
- # não tomar nada que provoque sono
- # repousar 24 h
- # paracetamol ou aspirina se cefaleia ligeira

Sinais de Perigo

Cefaleia intensa ou que se agrava
Náuseas e vômitos repetidos
Visão turva ou diplopia
Incapacidade de acordar completamente
Perda da consciência
Deve-se vigiar o aparecimento de sinais de perigo durante as primeiras 24 horas.

Traumatismo craniano moderado

Aplica-se aos doentes com ECG entre 9 e 13, sinais neurológicos focais e perda da consciência > 5 min. Estes doentes requerem sempre TAC cerebral pelo risco elevado – 30% - de lesão intracraniana e 8% probabilidade de necessitarem de cirurgia.

Traumatismo craniano grave

Este termo aplica-se aos doentes que têm uma ECG < a 8 . Estes doentes depois de reanimados devem ser encaminhados para neurocirurgia antes ou depois de efectuar TAC cerebral. Está dependente das condições locais.

Fármacos

Manitol: é um diurético osmótico que diminui a água cerebral por gradiente osmótico entre o sangue e o cérebro em áreas com permeabilidade capilar normal (isto é no cérebro não lesado). A dose habitual é de 0,5 gr/Kg na forma de solução a 20% e deve ser administrado em bolus repetidos em vez de Perfusão. Actua em 10 –15 minutos, contudo, pode provocar inicialmente um ligeiro aumento da PIC devido a expansão do volume circulante. Com a instituição de doses repetidas estabelece-se tolerância ao efeito anti-edematoso e pode provocar hipovolémia, com diminuição da Perfusão cerebral, além das alterações eletrólíticas. O volume de fluidos perdidos na diurese deve ser repostado para manter um estado de euvolemia.. A osmolaridade do sangue deve ser mantida abaixo de 320 mOsm, devido ao risco de insuficiência renal com doses repetidas de manitol.

As indicações para o uso de manitol sem monitorização da PIC, resumem-se aos sinais de herniação transtentorial ou à instalação de défice neurológico progressivo não atribuível a causa sistémica.

Furosemida: é um diuretico de ansa potente, que tem a vantagem de não provocar o aumento inicial da PIC. Tem uma acção sinérgica com o manitol. Também actua reduzindo a formação de líquor. A dose habitual é de 0,5mg/Kg. Contudo, tem as mesmas desvantagens que o manitol em doses repetidas

Corticoesteróides: não há evidência na literatura que suporte o uso com objectivo de diminuir o edema cerebral traumático. Assim a sua prescrição deve ser abandonada uma vez que não diminui a PIC nem aumenta a sobrevida destes doentes. O seu uso condiciona uma maior incidência de infecção, hemorragia digestiva e hiperglicemia.

Hiperventilação: o benefício da hiperventilação (PaCO₂ de \pm 25 mmHg) resulta numa vasoconstrição cerebral induzida pela hipocapnia. A redução do volume vascular cerebral tem efeito benéfico na redução da PIC. Estudos recentes evidenciam que a hiperventilação "profilática" influencia negativamente a recuperação a longo prazo dos traumatizados de crânio que sobrevivem. Por esta razão o objectivo da ventilação é a optimização da oxigenação cerebral. A hiperventilação só pode ser utilizada por curtos períodos e sob monitorização rigorosa. É nas 24 – 48 horas pós traumatismo que ocorre a maior redução do fluxo sanguíneo cerebral, pelo que a hiperventilação "profilática" pode agravar as lesões isquémicas.

GUIA DE ACTUAÇÃO EM DOENTES COM TCE ADMITIDOS NA SALA DE EMERGÊNCIA DO HSO

Após a ocorrência da lesão traumática cerebral deverão ser activados todos os mecanismos na actuação médica, que visam minimizar a lesão cerebral secundária, e permitir tanto quanto possível uma melhor recuperação do SNC.

Na admissão dos doentes no Hospital, deverá ser realizado:

1. *Avaliação do estado neurológico (Escala Coma Glasgow), hemodinâmico (PAM>70 mmHg, FC> 50 bpm) e ventilatório (PaCO₂ >35 mmHg)*
2. *Se ECG < 9 pontos proceder a intubação orotraqueal com colar cervical.*
3. *Se for necessária sonda gastrica nunca introduzir pelo nariz.*
4. *A fluidoterapia de reanimação deve ser efectuada com cristalóides e colóides na proporção de 2/3 para 1/3 respectivamente.*
5. *Se após 1000 mL de cristalóides não se conseguir uma tensão arterial de Perfusão considerar causas secundárias associadas e iniciar aminas vasopressoras.*
6. *Nunca administrar soluções glicosadas a 5% que agravam a lesão neurológica*

7. *Considerar a terapeutica de sedação adjuvante, que pode contribuir para a diminuição do metabolismo cerebral: Morfina – 0.05 a 0.1 mg / Kg Tiopental – 2.5 a 5 mg /Kg Propofol – 1 a 2 mg/Kg Vecurónio – 0.1 mg /Kg*
8. *Nunca esquecer que as lesões secundárias são os factores mais importantes para diminuir a mortalidade e morbilidade após TCE. Assim devem ser intervenções todas as situações que possam estar a desencadear hipotensão, hipovolémia, hipóxia e hipoglicemia. Deverão ser corrigidas de imediato antes de enviar para neurocirurgia.*
9. *Deverá ser avaliado e tratado em função das lesões traumáticas associadas, procedendo-se a algaliação e imobilização de fracturas.*
10. *Nunca retirar objectos empalados e nunca explorar feridas penetrantes se não estiver no Bloco Operatório*

Refira-se, finalmente e para não alongar mais o número de citações, a lição especialmente autorizada do antigo Director do ex-Instituto de Medicina Legal de Lisboa, o Professor **Lesseps Lourenço dos Reys**: «é conhecido, por exemplo, que as radiografias do crânio ou os electrocardiogramas colhidos em face precoce do desenvolvimento de um hematoma subdural ou dum enfarte de miocárdio, respectivamente, dão resultados negativos ou duvidosos quando efectuados precocemente, pelo que não devem dispensar um período de observação mais prolongado.²⁰»-----

Maia Gonçalves escreve a propósito da negligência inconsciente (Código Penal Português Anotado, 14.^a edição, Almedina, páginas 97-98) “A negligência inconsciente é aquela que suscita maiores dificuldades. Nos casos subsumíveis a esta modalidade de imputação subjectiva, a lei, para evitar a realização dos resultados típicos antijurídicos, proíbe a prática das condutas idóneas para os produzirem, querendo que eles sejam representados pelo agente, ou permite tais condutas, mas rodeadas dos necessários cuidados, para que os resultados se não produzam. Esta permissão de condutas potencialmente perigosas é geralmente devida a imperativos de desenvolvimento científico, técnico ou económico. É o caso dos meios de transporte, das armas, da electricidade, da radioactividade, etc., meios em si perigosos, mas cujo uso é permitido mediante cuidados adequados a evitar desastres pessoais e danos. Quando estes cuidados são acatados, o risco esbate-se; na omissão dos mesmos cuidados se radica o fundamento principal da punição da negligência inconsciente”.-----

Do exposto resulta que em qualquer uma das modalidades em que a negligência se pode apresentar, exige-se a capacidade do agente para proceder com o cuidado a que, segundo as circunstâncias, está obrigado e de que é capaz.-

Assim o dever cuja violação a negligência supõe, consiste em o agente não ter usado aquela diligência que era exigida segundo as circunstâncias concretas para evitar o evento. Dever esse decorrente quer de normas legais, quer do uso e experiência comum.-----

Porém, fundamental é que a produção desse resultado seja previsível e que só o facto de se ter omitido aquele dever tenha impedido a sua previsão ou a sua justa previsão. Contudo, como refere Eduardo Correia (Direito Criminal, I, Vol., pág. 426) “A *previsibilidade e o dever de prever que assim objectivamente limitam a negligência não são todavia uma previsibilidade absoluta -mas uma previsibilidade determinada de acordo com as regras da experiência dos homens, ou de certo tipo profissional de homem. Mas, sendo assim, parece que deve haver um dever de prever, e, portanto, a objectiva possibilidade de negligência, sempre que uma conduta em si, sem as necessárias cautelas e cuidados, seja adequada a produzir um evento. Quer dizer, é um nexos de causalidade adequada que vem a fixar objectivamente os deveres de previsão, que, quando violados, podem dar lugar à negligência, ou seja, que vem dizer quando se deve prever um resultado como consequência duma conduta, em si ou na medida em que se omitem as cautelas e os cuidados adequados a evitá-lo.*”.-----

Do que se expôs conclui-se que para que o resultado em que se materializa o ilícito típico possa fundamentar a responsabilidade não basta a sua existência fáctica, sendo necessário que possa imputar-se objectivamente à conduta e subjectivamente ao agente. Significa isto que a responsabilidade apenas se verifica se existir um nexos de causalidade entre a conduta do agente e o resultado ocorrido.-----

É, pois, tendo presentes todos os elementos probatórios, os princípios expostos e as normas por que se deve pautar a actividade médica, que há que averiguar se a morte da vítima teve origem no comportamento activo ou omissivo do arguido.-----

Atenta a factualidade provada, dúvidas não existem de que cai pela base o 1.º fundamento de defesa invocado pelo arguido, ou seja, de que, após o ter observado e socorrido no serviço de urgência do H. D. Viseu, procedeu à sua transferência para o Centro de Saúde de Nelas. Tal decorre inequivocamente da factualidade provada, da mesma decorrendo ainda que o mesmo foi mandado para casa.-----

Daqui decorre inequivocamente que a infeliz vítima foi abandonada à sua sorte, num estado mórbido que o haveria de conduzir, de forma inelutável, à morte, visto que o mesmo vivia sozinho, numa casa isolada, no interior de uma propriedade, de difícil acesso...

²⁰ No estudo de ética médica intitulado Responsabilidade civil dos médicos, publicado na Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, Série III, volume 5, n.º 5, Setembro/Outubro, páginas 305-312, *maxime*, 309.

Tendo em conta o exposto enquadramento jurídico, bem como os factos apurados nestes autos [II.1.1) a II.1.10)], fácil é de concluir que os mesmos contêm todos os elementos constitutivos do tipo legal de crime pelo qual o arguido vem acusado. **De facto podemos – e devemos – considerar que o arguido, no exercício da sua actividade profissional de médico, não procedeu com o cuidado a que, atentas as circunstâncias – de tempo e lugar, bem como da prudência –, estava obrigado, e de que era capaz, como é exigido a um médico, uma vez que o arguido não tendo posto no atendimento da vítima uma actuação prudente e de acordo com as *legis artis* e os conhecimentos da medicina, antes omitindo negligentemente certos cuidados e o recurso a meios complementares de diagnóstico – nos termos supra referidos, quer nos *Laudos Periciais referidos na factualidade provada, quer nas várias citações extraídas de sítios de conteúdo médico sobre a matéria de TCE's da internet* –, dada a verificação por parte do médico que o havia atendido no Centro de Saúde de Nelas (Dr. A....) de uma alteração do estado de consciência (descrita como “quadro de etilismo” com “confabulação”), associada a uma “lateralização da comissura labial”, num doente em que uma ferida do couro cabeludo demonstrava a ocorrência de um traumatismo crânio-encefálico, decorrente de uma queda desamparada, pelo que se justificava que o arguido requeresse e/ou encaminhasse o doente para a efectivação de meios complementares de diagnóstico (permanência da vítima em observação no Hospital Distrital de Viseu, aí ser vigiado e reobservado, justificando-se um período de internamento de pelo menos 24 horas, até que desaparecessem os sinais de etilismo ou de confusão mental, recurso a RX, TAC, RM, estes dois últimos fazendo a vítima ser transportada a Coimbra, visto à data inexistirem tais meios em Viseu), os quais a terem sido efectuados – e atentas as lesões descritas no Relatório de Autópsia – certamente detectariam e confirmariam o quadro de T.C.E. grave, como claramente resulta da literatura supra referida extraída daqueles “sítios” da internet²¹, podendo, quiza, evitar a morte de um ser humano, único na sua identidade e “pessoalidade”.-----**

Da omissão negligente por parte do arguido dessas condutas – adequadas à verificação e confirmação do real quadro patológico da vítima, desse modo permitindo o recurso às necessárias medicas de socorro²² – resultou, como consequência directa, necessária e

²¹ Dos quais resulta inequivocamente que todas as lesões observadas e descritas no relatório de autópsia eram susceptíveis de serem detectadas e diagnosticadas, com o recursos aos meios técnicos disponíveis, seja as fracturas, hematoma subdural, hemorragia subdural e subaracnoideia.

²² Note-se que de acordo com a própria ficha clínica do Hospital Distrital de Viseu a vítima deu entrada na urgência às 22:37 horas, do dia 01-11-1997, tendo terminado o seu atendimento pelo arguido às 23:05 horas, desse mesmo dia, o

adequada as lesões descritas e examinadas no Relatório de Autópsia, as quais foram causa directa, necessária e adequada da morte da infeliz vítima, sendo certo que aquelas lesões tiveram como causa directa, necessária e adequada a referida queda da vítima, causando-lhe traumatismo crânio-encefálico, que determinou a sua condução ao Centro de Saúde de Nelas (em 1.º lugar), de onde foi transferido para o Hospital Distrital de Viseu, em virtude de inexistência dos meios de diagnósticos adequados à real concretização da situação da vítima (conduta perfeitamente correcta, face à inexistência de meios no local), lesões que tiveram como causa directa, necessária e adequada aquela conduta omissiva do arguido, ao não sujeitar o arguido a exames complementares de diagnósticos, capazes de confirmar ou infirmar a informação clínica de TCE dada pelo colega do arguido no Centro de Saúde de Nelas, quer na causa das lesões, natureza das mesmas e sinal objecto de TCE – a lateralização da comissura labial que o doente apresentava.-----

Assim, a conduta do arguido é subsumível, porque verificados todos os pressupostos legais, ao crime pelo qual vem acusado, o artigo 137.º/1 do Código Penal.-----

PARTE CÍVEL:

Responsabilidade por factos ilícitos:

II.2.1 – Responsabilidade por factos ilícitos:

Dispõe o artigo 483.º/1 do Código Civil, que «aquele que, com dolo ou mera culpa, violar ilicitamente o direito de outrem ou qualquer disposição legal destinada a proteger interesses alheios fica obrigado a indemnizar o lesado pelos danos resultantes da violação». Da simples leitura do normativo, verifica-se que para que se verifique a obrigação de indemnizar, decorrente de responsabilidade civil por factos ilícitos²³, é necessária a verificação de vários pressupostos, a saber: a) o facto; b) a ilicitude; c) a imputação do facto ao lesante; d) o dano; e) um nexo de causalidade entre o facto e o dano.-----

É necessário, em primeiro lugar, sendo mesmo o seu elemento básico, a **existência de um facto**,

que significa um período temporal de 25 minutos, sendo que durante esse período é preenchida a ficha clínica, é feita a triagem e só depois é feito o atendimento médico, donde decorre que o período de contacto e observação da vítima pelo arguido foi manifestamente curto, insusceptível sequer de proceder a uma adequada valoração do estado do arguido segundo a Escala de Coma de Glasgow, que exige a reapreciação de todos os seus parâmetros de 15 em 15 minutos.

²³ Seguir-se-á de perto a lição do Professor Antunes Varela, Das Obrigações em geral, volume I, Almedina, 9.ª edição, 1996, páginas 543 e seguintes.

facto esse que terá de ser um facto dominável ou controlável pela vontade, um comportamento ou uma forma de conduta humana, já que apenas quanto os factos desse tipo têm cabimento a ideia da ilicitude, o requisito da culpa e a obrigação de reparar o dano, de acordo com o disposto na lei. Tal facto consiste, em regra, numa acção, ou seja num facto positivo, que importa a violação de um dever geral de abstenção, do dever de não ingerência do titular de um direito absoluto, podendo no entanto traduzir-se num facto negativo, numa omissão (artigo 486.º do Código Civil), omissão que, sendo uma atitude negativa, apenas será causa do dano, sempre que haja o dever jurídico de praticar um acto que, seguramente ou muito provavelmente, teria impedido a consumação desse dano.-----

Facto voluntário significa apenas, facto objectivamente controlável ou dominável pela vontade, bastando, para fundamentar a responsabilidade civil, a possibilidade de controlar o acto ou omissão, apenas ficando fora do domínio da responsabilidade civil os danos causados por força maior ou pela actuação irresistível de circunstâncias fortuitas – pessoa que é irresistivelmente impelida por força do vento, por efeito da vaga do mar, por virtude de uma explosão, de uma descarga eléctrica, da deslocação de ar provocada pelo arranque de um avião, ou de outras forças naturais invencíveis²⁴.-----

O 2.º pressuposto da responsabilidade civil por actos ilícitos, é a própria **ilicitude do facto**. O artigo 483.º do Código Civil enuncia as duas variantes fundamentais, através das quais se pode revelar o carácter ilícito ou antijurídico do facto. São elas: a) a violação de um direito de outrem; b) violação da lei que protege interesses alheios.-----

Quanto à primeira forma de ilicitude, ela abrange a violação dos direitos subjectivos, desde os direitos absolutos, nomeadamente os direitos sobre as coisas ou direitos reais, os direitos de personalidade, os direitos familiares e a propriedade intelectual. A segunda forma de ilicitude abrange a infracção às leis que, embora protejam interesses particulares, não conferem aos respectivos titulares um direito subjectivo a essa tutela; e de leis que, tendo também ou até principalmente em vista a protecção de interesses colectivos, não deixam de atender aos interesses particulares subjacentes, de indivíduos ou de classes ou grupos de pessoas²⁵. Para além disso, a previsão da lei abrange ainda a violação das normas que visam prevenir, não a produção do dano em concreto, mas o simples perigo de dano, em abstracto²⁶.-----

²⁴ Autor e obra citada, página 548.

²⁵ Autor e obra citada, página 554-555.

²⁶ Autor e obra citada, página 555 e seguintes, onde se faz uma exposição pormenorizada desta segunda variante da ilicitude.

O 3.º pressuposto da responsabilidade civil é o **nexo de imputação do facto ao lesante**. Para que o facto ilícito gere responsabilidade, é necessário que o autor tenha agido com culpa, não bastando reconhecer que ele procedeu objectivamente mal. É necessário, de acordo com o disposto no artigo 483.º/1, que a violação ilícita tenha sido praticada com dolo ou mera culpa. Agir com culpa significa actuar em termos de a conduta do agente merecer a reprovação ou censura do direito; tal conduta será reprovável ou censurável, quando, pela sua capacidade e em face das circunstâncias concretas da situação, se concluir que ele podia e devia ter agido de outro modo²⁷. A conduta do lesante só se pode considerar reprovável ou censurável, depois de se saber que é imputável, ou seja, que requisitos são necessários para que a pessoa seja susceptível do juízo de censura ou reprovação traduzido na imputação do facto ilícito; uma vez determinado quem seja susceptível desse juízo genérico de censura, há que apurar se a pessoa imputável, a quem o facto é atribuído, agiu, no caso concreto, em termos que justifiquem a censura, ou seja, se a pessoa podia e devia ter agido de modo diferente e em que grau o podia e devia ter feito²⁸.-----

Considera-se imputável a pessoa com capacidade natural para prever os efeitos e medir o valor dos seus actos e para se determinar de harmonia com o juízo que faça sobre tais actos. Significa isto que, para que haja imputabilidade, a posse pelo agente de certo discernimento (capacidade intelectual e emocional) e de certa liberdade de determinação (capacidade volitiva), por isso se explicando que o artigo 488.º/1 do Código Civil estabeleça que não responde pelas consequências do facto danoso quem, no momento em que facto ocorreu, estava incapacitado de entender ou querer²⁹.-----

Para que o facto ilícito possa ser imputado ao agente, é necessário que o imputável tenha agido com culpa, ou seja, que haja certo nexo psicológico entre o facto e a vontade do lesante. É que a responsabilidade objectiva, ou independente de culpa é excepcional (artigo 483.º/2, «só existe obrigação de indemnizar independentemente de culpa nos casos especificados na lei»). A culpa exprime um juízo de reprovabilidade pessoal da conduta do agente, ou seja, o lesante, em face das circunstâncias específicas do caso, devia e podia ter agido de outro modo; é um juízo que assenta no nexo existente entre o facto e a vontade do autor, e que pode revestir duas formas distintas: a) o dolo; b) a mera culpa ou negligência. O dolo pode manifestar-se em quer através de dolo directo (o agente representa ou prefigura no seu espírito determinado efeito da sua conduta e quer esse

²⁷ Autor e obra citada, página 582.

²⁸ Autor e obra citada, página 583.

²⁹ Autor e obra citada, página 583.

efeito como fim da sua conduta, apesar de conhecer a ilicitude dele), quer necessário (o agente não querendo directamente o facto ilícito, todavia previu-o como consequência necessária da sua conduta), quer eventual (o agente previu a produção do facto ilícito, não como uma consequência necessária da sua conduta, mas com um efeito apenas possível ou eventual). Para além do nexo entre o facto ilícito e a vontade do lesante, nexo esse que constitui o elemento volitivo ou emocional do dolo, este compreende um outro elemento de natureza intelectual, ou seja, para que haja dolo é essencial o conhecimento das circunstâncias de facto que integram a violação do direito ou da norma protectora de interesses alheios e a consciência da ilicitude do facto. A mera culpa ou negligência consiste na omissão da diligência exigível do agente. Na mera culpa ou negligência cabem os casos em que o autor prevê a produção do facto ilícito como possível, mas por leviandade, precipitação, desleixo ou incúria actua convicto que tal facto ilícito se não verificará (negligência consciente), mas de igual modo as situações em que o agente não chega sequer a prever a possibilidade de o facto se verificar, por improvidência, descuido, imperícia ou inaptidão, podendo e devendo prevê-lo e evitar a sua verificação, se usasse da diligência devida (negligência inconsciente). A falta de diligência que leva o agente a confiar na não verificação do evento afere-se pela conduta do homem normal, medianamente prudente, face às circunstâncias concretas que se lhe deparam (Código Civil, artigo 487.º/2)³⁰.-----

O 4.º pressuposto da responsabilidade civil é a existência do dano. Para haver obrigação de indemnizar, é condição essencial a existência de um dano, que o facto ilícito culposo tenha causado um prejuízo a alguém. O dano real é a perda "*in natura*" que o lesado sofreu, em consequência de certo facto, nos interesses (materiais, espirituais ou morais) que o direito violado ou a norma infringida visam tutelar, enquanto o dano patrimonial é o reflexo do dano real sobre a situação patrimonial do lesado³¹. São realidades distintas, embora estreitamente relacionadas entre si.-----

Dentro do dano patrimonial cabem, não só o dano emergente (o prejuízo causado nos bens ou nos direitos já existentes na titularidade do lesado à data da lesão), mas também o lucro cessante (os benefícios que o lesado deixou de obter por causa do facto ilícito, mas que ainda não tinha direito à data da lesão) - cfr. artigo 564.º/1 do Código Civil³².-----

Contrapostos aos danos patrimoniais, como as dores físicas, os desgostos morais, os vexames, a

³⁰ Autor e obra citada, páginas 586 e seguintes.

³¹ Autor e obra citada, páginas 620-621.

³² Autor e obra citada, páginas 621-622.

perda de prestígio ou reputação, os complexos de ordem estética que, sendo insusceptíveis de avaliação pecuniária, porque atingem bens como a saúde, o bem estar, a liberdade, a beleza, a perfeição física, a honra ou o bem nome, que não integram o património do lesado, apenas podem ser compensados com a obrigação pecuniária imposta ao agente, a qual constitui mais uma satisfação do que uma indemnização - cfr. artigo 496.º do Código Civil³³.---

Os danos devem ser ressarcidos "*in natura*", ou seja, deverá ser reconstituída a situação que existiria, se não se tivesse verificado o evento que obriga à reparação (Código Civil, artigo 562.º); quando a reconstituição natural não seja possível, seja por não reparar integralmente os danos, seja por a reconstituição natural ser excessivamente onerosa para o devedor, a indemnização será fixada em dinheiro (Código Civil, artigo 566.º/1)³⁴.-----

O 5.º, e último, pressuposto da responsabilidade civil é o **nexo de causalidade entre o facto e o dano**. Aquele e este têm de estar numa relação de causa e efeito, desde que não tenham interferido circunstâncias extraordinárias que tornem inadequada aquela relação. De acordo com o disposto no artigo 563.º do Código Civil, «a obrigação de indemnização só existe em relação aos danos que o lesado provavelmente não teria sofrido se não fosse a lesão», norma essa que consagra, de forma inequívoca, a teoria da causalidade adequada. Faz-se apelo ao prognóstico objectivo que, ao tempo da lesão (ou do facto), em face das circunstâncias então reconhecíveis ou conhecidas pelo lesante, seria razoável emitir quanto à verificação do dano. A indemnização apenas cobrirá aqueles danos cuja verificação era lícito nessa altura prever que não ocorressem, se não fosse a lesão, ou seja, o autor do facto ilícito só será obrigado a reparar aqueles danos que não se teriam verificado sem esse facto e que, abstraindo deste, seria de prever que não se tivessem produzido. Todavia aquela norma não prescreve que basta a relação de condicionalidade concreta entre o facto e o dano, sendo ainda necessário que, em abstracto, o facto seja uma causa adequada desse dano³⁵.-----

O CASO "SUB JUDICE":

Ora da matéria de facto provada verifica-se que não ficará excluída a responsabilidade por facto ilícito. De facto verificam-se todos os pressupostos que condicionam este tipo de responsabilidade.

Todavia, para além disso e mais importante, a conduta do arguido integra todos os elementos constitutivos do crime de homicídio por negligência, pelo por aqui ficam preenchidos todos os elementos constitutivos da responsabilidade por factos ilícitos.-----

³³ Autor e obra citada, página 622.

³⁴ Autor e obra citada, páginas 624 e seguintes.

³⁵ Autor e obra citada, páginas 639 e seguintes.

Os danos indemnizáveis e o “*quantum*” indemnizatório:

Atento o disposto no artigo 562º do Código Civil, aquele que estiver obrigado a reparar um dano deve reconstituir a situação que existiria, se não se tivesse verificado o evento que obriga à reparação. A obrigação de indemnização só existe em relação aos danos que o lesado provavelmente não teria sofrido se não fosse a lesão: Código Civil, artigo 563º. O dever de indemnizar compreende não só o prejuízo causado, mas também os benefícios que o lesado deixou de obter em consequência da lesão (o dano emergente e o lucro cessante): idem, 564º/1; na fixação da indemnização pode o tribunal atender aos danos futuros, desde que previsíveis: idem 564º/2. A indemnização deve ser fixada em dinheiro, sempre que a reconstituição natural - que constitui a regra geral (562º) - não for possível, não repare integralmente o dano ou seja excessivamente onerosa para o devedor: idem, 566º/1; a indemnização em dinheiro tem como medida a diferença entre a situação patrimonial do lesado, na data mais recente que puder ser atendida pelo tribunal (entendendo a jurisprudência que tal data coincide com a sentença de 1.ª instância, entre outros, acórdão da Relação de Coimbra de 24/4/92, C.J., 92, 2,86) e a que teria nessa data se não existissem danos: idem, 566º/2.-----

Os danos indemnizáveis são todos aqueles – patrimoniais e não patrimoniais – causados à própria vítima –, ou seja, atenta a matéria de facto provada:-

- Da vítima:-----
 - a. O dano não patrimonial da sua própria morte;-----
 - b. O dano não patrimonial decorrente das lesões sofridas até ao momento da sua morte;-----

De entre os danos não patrimoniais indemnizáveis, destaca-se o dano da própria morte de vítima; esta é em si passível de reparação pecuniária por parte do seu causador, neste sentido se tem pronunciado a doutrina e a jurisprudência dominante, de entre os primeiros refiram-se, entre outros, os Professores **Pereira Coelho**, “Direito das Sucessões”, 1992, páginas 163 e seguintes, **Leite de Campos**, “A indemnização do dano da morte” e “A vida a morte e a sua indemnização”, **Pires de Lima** e **Antunes Varela**, “Código Civil anotado”, volume I, páginas 499 e seguintes, e **Antunes Varela** bem como no 1.º volume das “Obrigações em Geral”; na jurisprudência, os acórdãos da Relação de Lisboa de 20/2/90, C.J., 90, 1, 188 e 17/3/92, C.J., 92, 2, 167³⁶.-----

³⁶ Para um estudo abrangente da jurisprudência veja-se o estudo do Juiz de Direito Paulo Duarte Teixeira, intitulado “Direito Rodoviário. Breve análise Jurisprudencial”, publicado na revista Sub Judice, Justiça e Sociedade, n.º 17, Janeiro/Março de 2000, publicação de Maio de 2001, número intitulado “Direito Rodoviário: Responsabilizar/Reparar”, páginas 159 e seguintes.

Seguindo o pequeno, mas notável, estudo de **Leite de Campos**, “A vida, a morte e a sua indemnização”, suplemento do BMJ, n.º 365, entendemos que a indemnização pelo dano da morte deverá ser aferida pelo valor da vida para a vítima enquanto tal, não pelo custo da vida humana para a sociedade e para os que dependem da vítima; o prejuízo é igual para todos os homens e, conseqüentemente, a indemnização deve ser a mesma para todos. A indemnização deve ser medida por dois parâmetros: pela consideração de que a morte é o prejuízo supremo, envolvendo a desaparecimento do homem; pela finalidade (uma das finalidades ...) desta reparação: não deixar o agressor numa situação patrimonial melhor do que a que teria se não fora a morte da vítima. A destruição do «bem» vida envolve a destruição de todos os outros «bens» da personalidade: o ser humano não fruirá mais dos prazeres dos sentidos, da razão, do movimento, dos sentimentos. A morte é um dano único que absorve todos os outros prejuízos não patrimoniais. O montante da sua indemnização deve ser, pois, superior à soma dos montantes de todos os outros danos imagináveis, páginas 15-16. O mesmo autor defende que à jurisprudência cabe um papel importante da determinação do montante indemnizatório pela supressão da vida humana.-----

E a jurisprudência mais recente tem vindo a apontar valores que consideramos adequados, atendendo às circunstâncias da vida nas sociedades modernas e consumistas dos nossos dias, em situações de mortes resultantes de acidentes de viação, mas cujos fundamentos são aqui aplicáveis *mutatis mutandis*; nesse sentido apontamos os acórdãos da Relação de Lisboa de 20/2/90, C.J., 90,1,188 e 17/3/92, C.J.,92,2,167. No primeiro dos acórdãos escreveu-se que nos dias de hoje a indemnização pela morte de um ser humano pode, sem exagero, cifrar-se em 1.500 contos, já que a ser fixada em montante inferior, a vida humana valeria menos que um automóvel; no segundo dos acórdãos escreveu-se que, mantendo o mesmo raciocínio de que a vida humana valeria menos de que um automóvel, a indemnização pela perda de uma vida humana não deve cifrar-se em quantia inferior a 2.000 contos³⁷.-----

Ora no acórdão da Relação de Lisboa de 15/12/1994³⁸ escreveu-se que «na indemnização do dano da morte está em causa a definição de quantia que ajuste a reparar a dor que alguém teve com a perda de uma vida, mas também a censurar a conduta do agente motivador do dano. Justifica-se, nesta linha de orientação, uma quantia compensatória de 4.000 contos, embora a vítima tivesse mais de 80 anos, mas sendo detentora de capacidade para fazer toda a lide caseira até que foi

³⁷ Relativamente aos montantes que vêm sendo fixados pelos nossos Tribunais Superiores, veja-se a sua recensão no estudo referido na nota anterior, páginas 165-167, onde se dão conta de diversos montantes fixados em diversas decisões.

³⁸ C.J., 94, 5, 135.

atropelada mortalmente, quando transitava por uma passadeira de peões».-----

É igualmente este o nosso entendimento, razão pela qual fixamos em 4.000.000\$00 o montante indemnizatório pelo dano não patrimonial da perda da vida da vítima do acidente a que se reportam os autos, de acordo com o disposto no artigo 496.º do Código Civil.-----

Quanto aos danos não patrimoniais sofridos pela própria vítima antes da sua morte e como resultado do atropelamento de que foi vítima, entendemos, tal como se escreveu no acórdão da Relação de Coimbra de 11/03/98³⁹, *que é de presumir mesmo nos casos da chamada “morte súbita” por acidente de viação, e independentemente de prova palpável nesse sentido, que os ferimentos gravíssimos sobrevindos à vítima lhe tenham causado sofrimento*, pelo que entendemos como adequado o montante de 2.000.000\$00, por esse dano não patrimonial sofrido pela própria vítima, de acordo com o disposto no artigo 496.º do Código Civil.-----

Neste campo subsiste a *vexatio quaestio* relativo à transmissão do direito de indemnização pelo direito à vida dos familiares previstos no artigo 496.º/2 do Código Civil, continuando nós a alinhar pela posição maioritária, que na nossa jurisprudência continua a basear-se no “Assento” do acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 17/03/1971⁴⁰, o qual defendeu que esse direito de indemnização integra-se no património da vítima e, com a morte desta, transmite-se nos termos previstos no artigo 496.º/2 do Código Civil. Esta posição foi recentemente reforçada pelos acórdãos do Supremo Tribunal de Justiça de 23/04/1998⁴¹ e 10/02/1998⁴².-----

Aos montantes fixados relativos aos **danos não patrimoniais** não acrescerão juros vencidos, já que as quantias indemnizatórias fixadas se encontram devidamente actualizadas (nesse sentido, acórdão da Relação de Lisboa de 20/2/ 90, C.J., 90, 1, 188).-----

Relativamente aos **danos próprios** cuja verificação foi alegada pelos assistentes, não se tendo feito prova da sua existência e/ou verificação, impõe-se julgar o pedido improcedente, por não provado, e absolver o demandado do pedido.-----

³⁹ B.M.J., 475.º, 782.

⁴⁰ B.M.J., 205.º, 150.

⁴¹ C.J., S.T.J., 98, 2, 51.

⁴² C.J., S.T.J., 98, 1, 67.

Direito de sub-rogação invocado pelo I.S.S.S. (artigos 16.º da Lei n.º 28/84, de 14/8 – Lei de Bases da Segurança Social – e 3.º do Dec.-Lei n.º 59/89, de 22/2, relativamente às prestações pagas a título de subsídio de funeral).-----

É conhecida a querela jurisprudência sobre a matéria, designadamente quanto ao direito de reembolso do subsídio por morte⁴³.-----

O Instituto de Solidariedade e Segurança Social/Centro Nacional de Pensões veio deduzir pedido de indemnização civil contra o demandado José Manuel Marques Cabral Silveira, peticionando o reembolso das prestações por morte dispendidas com o falecimento do José....-----

No que concerne ao reembolso do subsídio por morte, é conhecida a querela jurisprudencial sobre a matéria. Entre outros, podemos atentar no Acórdão da Relação do Porto de 11/05/2004, publicado na Home-Page do I.T.I.J. (www.dgsi.pt) onde se refere: “...III- O direito de reembolso do CNP/ISSS não se estende ao subsídio por morte por este ser uma genuína prestação da Segurança Social, independente da causa da morte. IV- Já as prestações de sobrevivência tem o Instituto indicado direito ao reembolso”.-----

Ora, o artigo 16.º da Lei 28/84, de 14/8, preceitua o seguinte: “No caso de concorrência, pelo mesmo facto, do direito a prestações pecuniárias dos regimes de segurança social com o de indemnização a suportar por terceiros, as instituições de segurança social ficam sub-rogadas nos direitos do lesado até ao limite do valor das prestações que lhes cabe conceder”.-----

A nossa jurisprudência tem aceite, sem grandes hesitações, que este artigo 16.º abrange as prestações pagas a “título de pensão de sobrevivência” embora subsista divergência quanto ao âmbito das prestações a abranger (apenas até à propositura da acção, ou também as posteriores a esta data) e quanto ao subsídio por morte.-----

A título de exemplo podemos citar o Acórdão da Relação do Porto de 22 de Setembro de 2004, igualmente publicado na “home-page” do I.T.I.J., onde se expõe três linhas de orientação aceites por este Tribunal:-----

a) Uma posição que não admite a sub-rogação referida no citado artigo 16.º, quanto à pensão de sobrevivência e quanto ao subsídio por morte – Acórdão de 3-4-2003 (JTRP00036354): “o subsídio por morte e pensão de sobrevivência pagos pelo CNP em virtude de morte, provocada em acidente de viação, não são de reembolsar por serem típicos benefícios com vista à protecção social dos familiares da vítima, mas que, pela sua definição legal, saem fora do conceito de indemnização”;-----

⁴³ Para fundamentar a questão remetemos para a leitura dos acórdãos da Relação do Porto, de 11 de Maio de 2004 e 22 de Setembro de 2004, publicados na Home-Page do I.T.I.J. (www.dgsi.pt), processo n.º 0421315, n.º convencional JTRP00035963, n.º de documento RP200405110421315; processo n.º 0411905, n.º convencional JTRP00037167, n.º de documento RP200409220411905, respectivamente, nos quais são feitas completas recensões doutrinárias e jurisprudenciais sobre a matéria.

b) Uma posição que admite também a sub-rogação do subsídio por morte; cfr. Acórdão da relação do Porto, de 11-6-2003 (JTRP00035294): “o mesmo Centro tem também direito a ser reembolsado das quantias que pagou a título de subsídio por morte”; Acórdão da Relação do Porto, de 7-3-2001 (processo 11138), reconhecendo o direito do CNP a receber o que pagaram a título de subsídio por morte; Acórdão da Relação do Porto, de 29-3-2000 (JTRP00028753): “o CNP tem direito ao reembolso do subsídio por morte e do que, a título de pensões de sobrevivência, entretanto já liquidou... já que tal pagamento foi antecipado por causa imputável a conduta de terceiro, podendo mesmo as respectivas quantias (não fora o dito acidente) nem sequer ser prestadas ou sê-lo em menor grau”;-----

c) Finalmente, uma posição que admite apenas a sub-rogação relativamente às pensões de sobrevivência, mas não ao subsídio por morte - Acórdão da Relação do Porto de 9-3-2000 (JTRP00028094), reconhecendo apenas o direito às pensões de sobrevivência pagas, excluindo o subsídio por morte; Acórdão da Relação do Porto de 17-5-2000 (JTRP00028519), na mesma linha do anterior; Acórdão da Relação do Porto de 20-9-2000, não reconhecendo a sub-rogação quanto ao subsídio por morte, mas admitindo a ampliação do pedido, até ao encerramento da audiência em 1ª instância, relativamente às pensões de sobrevivência pagas; Acórdão da Relação do Porto de 2-5-2001 (JTRP00031825), também nesta linha, negando a sub-rogação das quantias pagas a título de subsídio por morte; Acórdão da Relação do Porto de 7-2-96 (JTRP00016778), também no mesmo sentido, com o argumento de que o “subsídio por morte sempre teria que ser concedido ainda que a vítima do acidente de viação tivesse morrido de morte natural”.-----

Ora, em nosso entender será de acolher este último entendimento e configurar o “dever de prestar” das instituições de segurança social, nos casos em que o facto gerador do pagamento às prestações seja causado por terceiro, como uma obrigação subsidiária e provisória, face ao dever de indemnizar do responsável civil, pelo que entendemos ser de julgar improcedente o pedido formulado pelo I.S.S.S./C.N.P., dele absolvendo do pedido o arguido.-----

4. Medida da pena:

O crime de **homicídio negligente** cometido pelo arguido *é punível com pena de um (1) mês a três (3) anos de prisão ou com pena de dez (10) a trezentos e sessenta (360) dias de multa (artigos 137.º/1 e 47.º/1 do Código Penal).*-----

Na determinação da medida concreta da pena observar-se-á o disposto nos artigos 29.º e 30.º da Constituição e 40.º/2, 70.º, 71.º, 72.º e 73.º do Código Penal.-----

No caso em apreço, sendo aplicável ao tipo legal de crime abstractamente punível a pena de prisão ou a pena de multa, ou seja, prevê-se **em alternativa medida privativa e medida não privativa da liberdade, entendemos não ser de lançar mão à medida não privativa da**

liberdade (pena de multa), uma vez que entendemos que no caso em apreço a pena não privativa da liberdade não realiza de forma adequada as finalidades da punição, ou seja, não protegerá os bens jurídicos violados (protecção da vida e integridade física de outrem, causado por uma conduta negligente de médico que assistiu o falecido), bem como a reintegração do agente na sociedade (artigo 40.º/1 do Código Penal), não obstante o arguido ser primário. Face ao exposto entendemos ser de aplicar ao arguido a pena privativa da liberdade.-----

A determinação da medida da pena dentro dos limites aplicáveis far-se-á em função da culpa do agente e das exigências de prevenção – geral e especial -, nos termos do disposto no artigo 70.º/1 do Código Penal.-----

O grau de ilicitude e a gravidade das suas consequências são inerentes são as inerentes ao tipo de crime de homicídio involuntário [71.º/2, a)], a negligência da conduta, tendo a morte ocorrido como consequência directa e necessária dessa conduta negligente do arguido, [71.º/2, b)], a violação das *legis artis* médicas destinadas, em última análise, a evitar a produção de efeitos letais – artigos 13.º/1, 14.º/1/2 do Código da Estrada) [71.º/2, c)], a concreta situação pessoal, familiar e profissional do arguido apurada nos autos [71.º/2, d)], atenta a idade do arguido, o facto de o arguido ser primário, tido pelo colegas como profissional competente, não ter admitido a prática dos factos e mostrar-se completamente insensível às trágicas consequências da sua conduta omissiva, não mostrando qualquer sinal de sofrimento, remorsos ou arrependimento pelo facto de a sua omissão ter tido como consequência a supressão de uma vida humana, o bem jurídico fundamental da nossa sociedade, sem esquecer o tempo decorrido, mantendo o arguido bom comportamento [71.º/2, e)], bem como de a culpa do agente ser o limite inultrapassável da pena a aplicar (artigo 40.º/2 do Código Penal), sem esquecer que a culpa faz já parte do tipo de crime⁴⁴, entendemos adequado fixar ao arguido uma pena de 1 (um) ano de prisão, sendo certo que tal pena não ultrapassa a culpa do arguido (artigo 40.º/2 do Código Penal).-----

Atenta a idade do arguido, a sua situação social e económica, com bom comportamento anterior e posterior aos factos, estar socialmente inserido, entendermos esta situação como uma situação episódica que se não tornará a repetir e não ser aconselhável o ingresso do arguido no meio prisional – com todos os inconvenientes daí decorrentes –, entendemos que a simples censura do facto e a ameaça da prisão realizam de forma adequada e suficiente as finalidades da punição (protecção dos bens jurídicos violados e a reintegração do agente na sociedade – artigo 40.º/1 do Código Penal), entendemos suspender a execução da pena aplicada ao arguido, de acordo com o disposto no artigo 50.º/1 do Código Penal, suspensão essa a vigorar por um período

⁴⁴ Neste sentido o acórdão da Relação do Porto de 7/2/90 (C.J., 90, 1, 252).

suficientemente longo, para que o arguido possa compreender e interiorizar a gravidade da sua conduta, fazendo-o recordar-se da omissão ocorrida e das nefastas consequências daí decorrentes e para que a sociedade receba e interiorize a necessidade de não actuar e/ou omitir de forma desadequada como sucedeu com o arguido, com a mais nefasta das consequências desse descuido – a supressão da vida de outrem –, bem como – em geral – a respeitar o Direito e a Lei, pelo que a suspensão vigorará pelo período de 3 (três) anos, de acordo com o disposto no artigo 50.º/5 do Código Penal.-----

III – DECISÃO:

Pelo exposto julgo a acusação procedente por provada e, conseqüentemente, condeno o arguido JMMCR, como autor de um crime de homicídio negligente, previsto e punido pelo artigo 137.º/1 do Código Penal, na pena de um (1) ano de prisão.-----

De acordo com o disposto no artigo 50.º/1/5 do Código Penal suspende-se a execução da pena pelo período de 3 (três) anos.-----

Uma vez que a pena em que o arguido foi condenado é susceptível de beneficiar do perdão previsto no artigo 1.º/1 da Lei n.º 29/99, de 12/5, tal perdão apenas poderá vir a operar no caso de vir a ser revogada a suspensão da execução da pena, de acordo com o disposto no artigo 6.º da mesma Lei.-----

Julgo improcedente, por não provado, o pedido cível deduzido pelo I.S.S.S./C.N.P., pelo que absolvo o demandado do pedido.-----

Sem custas cíveis.-----

Condena-se o demandado JMMCS no pagamento aos demandantes, FERNANDA..., MARIA ..., MARGARIDA ..., MARIA ..., das seguintes quantias:-----

- 1) De € 20.000 (vinte mil euros), o montante indemnizatório pelo dano não patrimonial da perda da vida da vítima;-----
- 2) De € 10.000 (dez mil euros), pelos danos não patrimoniais sofridos pela própria vítima, desde a omissão da assistência e até à sua morte;-----
- 3) Absolve-se o demandado do pedido quanto a tudo o demais peticionado.-----

Custas cíveis na proporção do decaimento, por demandantes e demandados.-----

Vai o arguido ainda condenado em **4 (quatro)** UC's de taxa de justiça e procuradoria – $\frac{1}{2}$ – (artigo 95.º do Código das Custas Judiciais), a favor dos Serviços Sociais do Ministério da Justiça.-----

Vai o arguido ainda condenado no pagamento da importância de **1%** do montante pago a título de taxa de justiça nos termos do disposto no artigo 13.º/3 do Decreto-Lei n.º 423/91, de 30 de Outubro, regulamentado pelo Decreto Regulamentar n.º 4/93, de 22 de Fevereiro (Sistema de Protecção às Vítimas de Crimes Violentos).-----

Notifique.-----

Boletim ao Registo Criminal.-----

Transitada, remeta certidão a sentença à Inspeção-Geral da Saúde.-----

Deposite – artigos 372.º/5 e 373.º do Código de Processo Penal.-----

(De acordo com o disposto no artigo 94.º/2 do Código de Processo Penal certifico que o presente documento foi por mim integralmente elaborado e revisto)

Viseu, d.s.