

Artigo Original/Original Article

Responsabilidade médica em Ginecologia/Obstetrícia – perspectiva portuguesa

Current Portuguese perspective of medical liability in Obstetrics and Gynaecology

Ana Patrícia Domingues*, Cristina Cordeiro**, Paulo Moura***, Duarte Nuno Vieira****

*Hospitais da Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
e Instituto Nacional de Medicina Legal*

ABSTRACT

Objective: To evaluate the current Portuguese situation on medical-legal litigation in Obstetrics and Gynaecology, its consequences, and the knowledge that clinicians in this area possess on the subject.

Study Design/Population/Methods: Cases of medical-legal litigation involving Obstetricians and Gynaecologists that were sent for technical-scientific evaluation by the Medical-Legal Council between 2001 and 2006 were retrospectively reviewed. A questionnaire evaluating knowledge and views of clinicians on this subject was sent to all Portuguese public hospitals providing care in Obstetrics and Gynaecology. A total of 850 questionnaires were sent, 677 to specialists and 173 to residents, and the overall response rate was 35.3%.

Results: Litigation involving Obstetricians and Gynecologists was the second most common of all specialities, but appears to have stabilized between 2004 and 2006. The most common motive for litigation in Obstetrics was perinatal asphyxia (62.8%), while in Gynecology it was surgical complications (70%). The majority of questionnaire responders considered that Obstetrics and Gynecology was one of the three specialities with greater involvement in litigation. A total of 47.9% of specialists and 9.8% of residents reported having already been involved in litigation, either as a witness or as an accused party. Of the specialists that reported involvement, 24.5% related participation in three or more processes, mainly in court cases as witnesses, but also as expert witnesses. Among those that were accused, 5.3% were found guilty. Approximately half of responders referred practicing a positive defensive medicine, while 25% of specialists and 10% of trainees admitted to a practice of negative defensive medicine.

Conclusions: Obstetrics and Gynaecology is a high risk speciality for litigation in Portugal, and this involves both specialists and trainees. This involvement affects daily professional practice and clinical decisions.

*Interna Complementar de Ginecologia/Obstetrícia; Mestre em Medicina Legal e Ciências Forenses

**Assistente de Medicina Legal; Assistente Convidada da Faculdade de Medicina; Mestre em Medicina Legal

***Professor Associado de Obstetrícia; Chefe de Serviço de Obstetrícia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

****Professor Catedrático de Medicina Legal; Presidente do Instituto Nacional de Medicina Legal

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem-se vindo a assistir a um crescente número de processos de responsabilidade profissional no âmbito da prestação de cuidados de saúde (mais vulgarmente conhecidos por processos de responsabilidade médica), tendência a que não está alheia a especialidade de Obstetrícia/Ginecologia.

Com os avanços clínicos e tecnológicos o público em geral adquiriu uma expectativa cada vez mais elevada por resultados favoráveis, considerando geralmente que qualquer desvio dessa expectativa é da responsabilidade do médico e/ou da equipa que prestou a assistência.

Classicamente, é percepção geral que, excepto para os acontecimentos relacionados com a prática médica e cirúrgica (inerentes à não valorização de queixas, sintomas ou exames complementares de diagnóstico e a complicações que possam advir das cirurgias realizadas e da sua realização não atempada), comuns às duas vertentes da especialidade, será a vertente obstétrica a mais visada por questões de responsabilidade médica, devido à especificidade de algumas das suas áreas. Talvez esta seja uma das razões que explica a escassa literatura específica sobre a responsabilidade profissional no âmbito da prestação de cuidados em Ginecologia, uma vez que esta se pode enquadrar na problemática geral inerente a uma especialidade cirúrgica. Já no que toca à Obstetrícia, a sua relevância no foro da responsabilidade médica é imensa, sendo alvo de aceso debate desde a década de 70, principalmente na literatura norte-americana.

Muitos dos especialistas norte-americanos desta área, declararam mesmo que, o medo ou o envolvimento anterior em questões de responsabilidade médica exercia grande impacto na sua actividade profissional diária, acreditando a maioria que este factor irá encurtar a duração das suas carreiras¹. Alguns estudos demonstraram mesmo que essa insatisfação é um importante indicador de mudanças laborais, descontentamento dos pacientes e não adesão destes aos tratamentos. Segundo Kravitz², 25 a 45% dos obstetras/ginecologistas aperceberam-se que, devido à constante ameaça de processos de responsabilidade profissional, existiam barreiras significativas para os cuidados de alta qualidade, as quais incluíam tempo insuficiente

com os doentes, falta de autonomia clínica e incapacidade para tomar determinadas decisões clínicas.

Em 1990³, um estudo do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) revelou que cerca de 75% dos obstetras haviam sido processados pelo menos 1 vez e que 13% o haviam sido mais que 3 vezes. Em 2003⁴, 76% dos membros da ACOG haviam sido processados pelo menos 1 vez e a média de processos era de 2,6 por membro.

O conhecimento que a maioria dos profissionais de saúde tem sobre esta temática é fruto da divulgação da realidade norte-americana, onde esta problemática está presente no dia-a-dia dos profissionais e tem consequências dramáticas ao nível da actividade diária e das escolhas profissionais. É já uma realidade com algumas décadas, que tem levado à escalada dos prémios de seguros, o que chega a pôr em risco, por exemplo, a prática obstétrica^{5,6,7}.

Na Europa, a consciencialização da população para a possibilidade de instauração de processos de responsabilidade profissional contra os médicos é um fenómeno recente (principalmente em alguns países), não existindo ainda muitos estudos sobre o tema. O mesmo acontece em Portugal, onde não existe noção da real dimensão do problema, nem das eventuais consequências na prática clínica diária dos profissionais^{5,6,7}.

Assim sendo, o objectivo deste trabalho foi a apreciação da realidade portuguesa, no que respeita às situações em que a responsabilidade profissional no âmbito da prestação de cuidados em Obstetrícia/Ginecologia é questionada. Para tal, pretendeu-se não só analisar os processos de responsabilidade médica na área de Obstetrícia/Ginecologia remetidos ao Conselho Médico-Legal desde a criação do Instituto Nacional de Medicina Legal (INML), em 2001, como também avaliar o grau de conhecimento e envolvimento que especialistas e internos da especialidade têm sobre esta temática e o impacto que este tipo de litígio tem (ou poderá vir a ter) nas escolhas profissionais e no exercício técnico diário da mesma.

MÉTODOS

Procedeu-se à revisão e estudo dos processos relativos a situações de responsabilidade médica examina-

dos em sede do Conselho Médico-Legal, durante o período decorrido entre 2001 e 2006, bem como dos respectivos pareceres emitidos.

Do total de 552 processos analisados, no período considerado, foram seleccionados os 98 referentes à especialidade de Obstetrícia/Ginecologia (78 referentes à Obstetrícia e 20 à Ginecologia). Nestes processos foram registados os motivos/causas que levaram à instauração dos processos e a qualidade do processo clínico enviado para consulta técnico-científica. Em Obstetrícia, os diversos motivos encontrados foram uniformizados em 4 categorias: asfixia perinatal (morte; sequelas neurológicas), lesões traumáticas no recém-nascido (resultado de partos instrumentados, parto vaginal em apresentação pélvica ou distócia de ombros), diagnóstico pré-natal/ecografia obstétrica e sequelas maternas (complicações pós-parto).

Em Ginecologia, as situações encontradas foram subdivididas em 3 categorias: falha na contraceção definitiva, avaliação/seguimento impróprio de sintoma/sinal ou exame de diagnóstico e complicações cirúrgicas. A qualidade dos processos clínicos foi avaliada pela ausência ou insuficiência de informação clínica relativa ao episódio em causa, pela má qualidade das cópias fornecidas e pela existência de incongruências entre os registos clínicos dos vários profissionais envolvidos.

Para a avaliação do grau de conhecimento e envolvimento que especialistas e internos da especialidade têm sobre o tema em estudo, procedeu-se à elaboração de um inquérito a ser respondido, exclusivamente, pelos profissionais médicos da especialidade com prática de Serviço de Urgência Obstétrica. Foram elaborados dois inquéritos – um a ser respondido por especialistas (contendo 11 questões) e outro para os internos da especialidade (com 10 perguntas), que apesar de distintos continham 9 perguntas comuns.

Para além dos dados demográficos (idade e género) e dados relativos à actividade profissional (anos de prática clínica e área de prática clínica diária), questionava-se sobre o envolvimento anterior em processos de responsabilidade médica: número de processos, sede dos mesmos (Ordem dos Médicos, Ministério da Saúde ou Tribunais), tipo de envolvimento (testemunha, perito ou arguido), fundamento

da queixa, desfecho do processo (arquivado, em curso ou resolvido e, neste caso, se absolvido ou responsabilizado), influência desse envolvimento na prática clínica diária posterior, influência que o receio de um processo de responsabilidade profissional exercia na tomada de decisões clínicas (independentemente do envolvimento anterior) e local onde esse facto ocorria (consulta, serviço de urgência, bloco operatório, bloco de partos ou outras), abandono de áreas específicas da especialidade em caso de absoluta liberdade de escolha e quais as áreas afectadas entre a urgência obstétrica/bloco de partos, ecografia obstétrica, ecografia ginecológica ou outra. Seguiam-se questões sobre a perspectiva dos profissionais acerca de aspectos gerais da responsabilidade médica em Obstetrícia/Ginecologia: a posição ocupada pela especialidade no total de processos de responsabilidade médica (1º lugar, 3 primeiros, 5 primeiros ou 10 primeiros); a proporção entre os processos de Obstetrícia e Ginecologia (1-2:1, 3-4:1, 5-6:1 ou >7:1); os motivos mais frequentes na origem dos processos em Obstetrícia (para ordenar por ordem decrescente de frequência a asfixia perinatal, o parto instrumentado, o parto pélvico, a distócia de ombros, o diagnóstico pré-natal - DPN e as sequelas maternas); os motivos mais frequentes na origem de processos em Ginecologia (também para ordenar por ordem decrescente de frequência a falha na contraceção definitiva, a avaliação/seguimento impróprio de sinal/sintoma ou exame diagnóstico e as complicações cirúrgicas); a importância de determinados elementos no momento da instauração de um processo (classificando segundo a escala 1-muito importante, 2-importante, 3-pouco importante e 4-irrelevante as opções: influência da comunicação social, má relação médico/doente, expectativas elevadas dos queixosos, incongruências entre informações prestadas pelos diversos profissionais e outros).

Sobre a organização dos processos clínicos hospitalares foi inquirido se os consideravam bem organizados e quais as falhas mais frequentes (classificando segundo a escala 1-muito frequente, 2-frequente, 3-pouco frequente as opções: história clínica incompleta, diário clínico incompleto/omisso/ilegível, indicações de intervenções incompletas ou ausentes, exames não identificados ou desacerto na data/hora e outros). No

inquérito dos internos era ainda colocada uma questão sobre se consideravam ou não existir, durante o internato complementar, alerta suficiente para as questões médico-legais inerentes à especialidade.

Estes inquéritos, após validação, foram distribuídos a todos os Hospitais (Centrais e Distritais) do Sistema Nacional de Saúde, com Serviço de Obstetrícia/Ginecologia. De um total de 850 inquéritos enviados (677 para especialistas e 173 para internos), foram recebidos 300 (238 de especialistas e 62 de internos), o que resulta numa taxa de resposta de 35,3% no total (35,2% para os especialistas e 35,8% para os internos).

Os dados recolhidos foram analisados numa base pessoal informatizada tratada em Microsoft Excel2003 e SPSS para Windows versão 15.0.

RESULTADOS

Na análise dos processos de responsabilidade médica avaliados no Conselho Médico-Legal de Janeiro de 2001 a Dezembro de 2006, foram encontrados 98 processos de Obstetrícia/Ginecologia - 78 de Obstetrícia e 20 de Ginecologia.

Estes números colocam a Obstetrícia/Ginecologia no segundo lugar entre as especialidades mais visadas no que toca a estes processos remetidos ao Conselho Médico-Legal, a seguir à Medicina Interna. Este segundo lugar verifica-se quer se considere o número total de processos da especialidade, quer apenas os relativos à Obstetrícia (Figura 1).

A sua variação, quer em relação ao número total/ano, quer em relação à proporção de processos entre Obstetrícia/Ginecologia ao longo dos 6 anos estudados encontra-se representada na Figura 2.

Nos 78 processos analisados no âmbito da Obstetrícia, verificou-se que as situações que levaram à sua instauração foram, por ordem decrescente de frequência (Figura 3), a asfixia perinatal (62,8%), as sequelas maternas (19,2%), as lesões traumáticas do recém-nascido (11,5%), o diagnóstico pré-natal (6,4%) e outras situações relacionadas com abortamentos e seu tratamento (6,4%). Em relação à qualidade do processo clínico enviado para consulta técnico-científica, observou-se referência à sua má qualidade (traduzida pela ausência de informação ou sua insuficiência e cópias de má qualidade) em 60,3% dos casos (50% devido a ausência ou deficiente informação e 10,3% devido a cópias de má qualidade). Registaram-se referências a incongruências entre os diversos profissionais de saúde (médico/médico; médico/enfermeiro) em 5,1% dos processos analisados.

As situações que levaram à instauração dos 20 processos de Ginecologia analisados foram, por ordem decrescente de frequência (Figura 4), as complicações cirúrgicas (70%), a avaliação/seguimento impróprio de sintoma/sinal ou exame complementar (25%) e a falha na contraceção definitiva (5%).

A qualidade dos processos clínicos enviados para consulta técnico-científica, foi considerada má em 20% dos casos (todos devido a ausência ou deficiente

Figura 1 – As doze especialidades mais visadas por processos de responsabilidade médica remetidos ao Conselho Médico-Legal (N= 475).

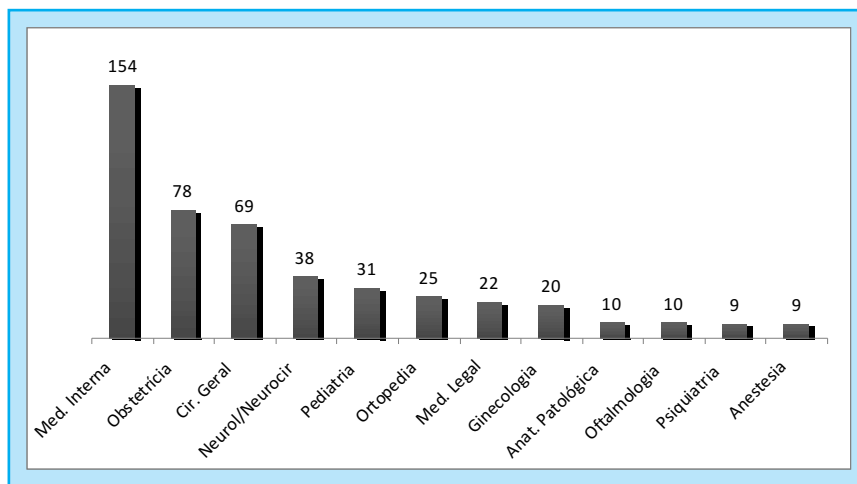


Figura 2 – Variação dos processos de Ginecologia/Obstetria ao longo dos anos e respectiva proporção entre as duas vertentes da especialidade.

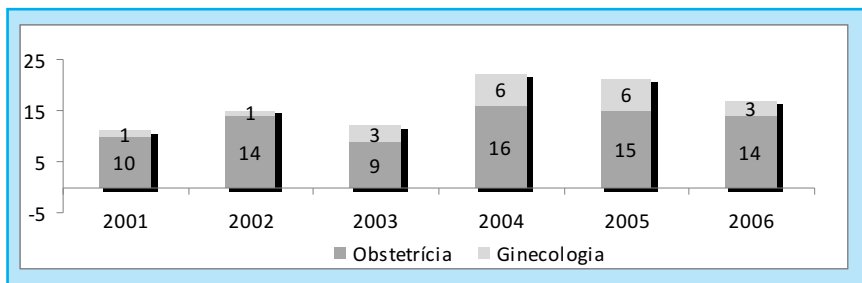


Figura 3 – Motivos mais frequentes de instauração processual em Obstetria (N= 78).

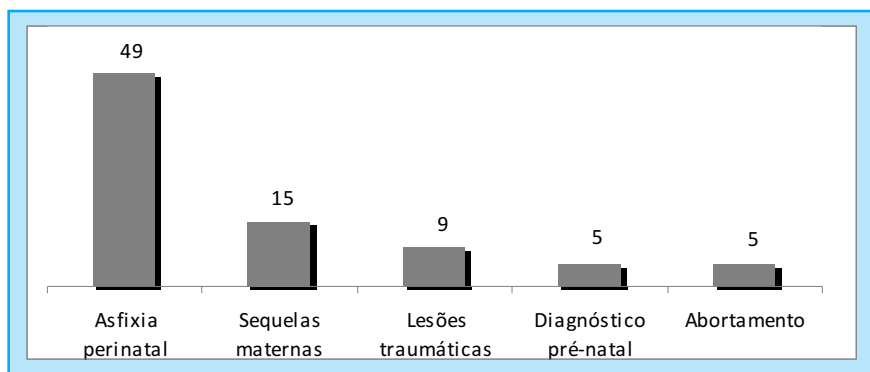
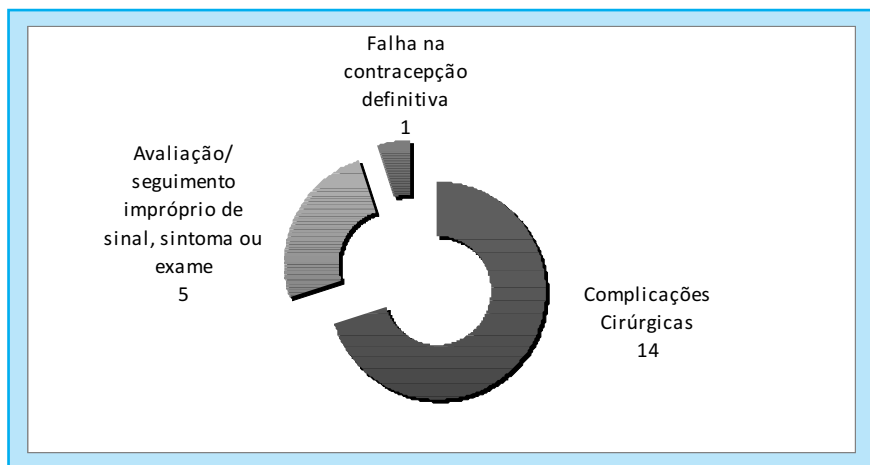


Figura 4 - Motivos mais frequentes de instauração processual em Ginecologia (N= 20).



informação) e não se verificaram incongruências entre os diversos profissionais de saúde nos processos de Ginecologia analisados.

Na análise dos inquéritos recebidos dos profissionais médicos da especialidade, verificou-se que a idade média dos inquiridos foi de 47,6±7,1 anos para os especialistas e de 27,9±1,9 anos para os internos, bem como que 62,6% dos especialistas são do sexo feminino, enquanto nos internos esse valor sobe para os 83,9% (p = 0,01). No que respeita aos anos de prática

clínica na especialidade, a média foi de 17,2±7,6 anos entre os especialistas e 2,6±1,5 anos para os internos.

Entre os 62 internos inquiridos, 61,3% consideraram não existir alerta suficiente, durante o Internato Complementar, para as questões de responsabilidade profissional no âmbito da prestação de cuidados na especialidade.

No que respeita à posição ocupada pela especialidade de Obstetria/Ginecologia no total de processos de responsabilidade médica, verificou-se que 50,8%

Figura 5 – Enquadramento feito pelos profissionais médicos de Ginecologia/Obstetrícia do volume de processos da especialidade.

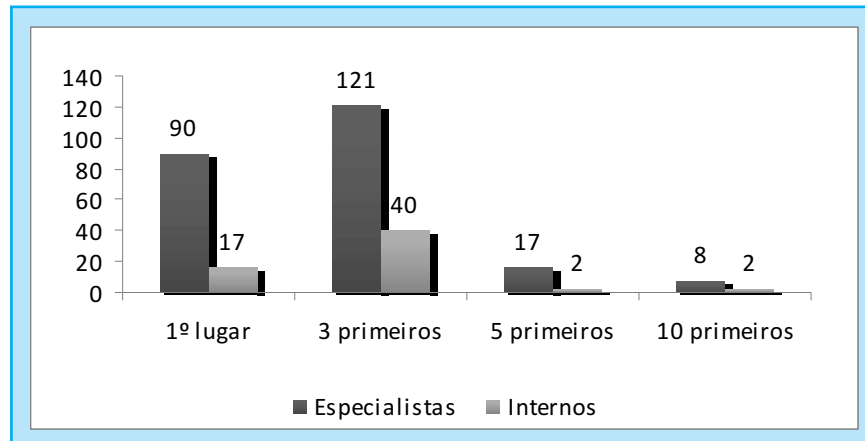
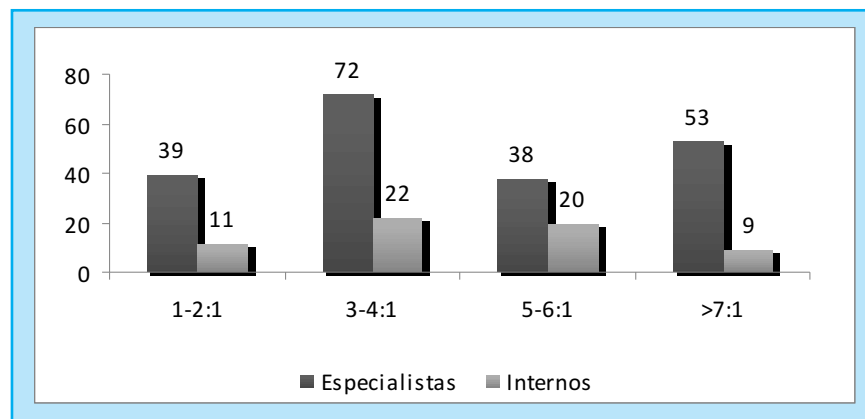


Figura 6 – Proporção entre os processos de Obstetrícia e Ginecologia considerada pelos profissionais inquiridos.



dos especialistas e 64,5% dos internos ($p = 0,04$) a colocam nos três primeiros lugares (Figura 5). Em relação à proporção entre os processos de Obstetrícia/Ginecologia, verificou-se que 30,3% dos especialistas e 35,5% dos internos, consideram existir 3-4 processos de Obstetrícia para cada processo de Ginecologia (Figura 6).

As áreas/situações consideradas mais frequentes na instauração destes processos em Obstetrícia foram, por ordem decrescente de frequência (segundo a escala fornecida), e considerando a média da classificação atribuída pelos inquiridos: no grupo dos especialistas, a asfíxia perinatal, os partos instrumentados, o DPN, a distócia de ombros, as sequelas maternas e por último o parto pélvico; no grupo dos internos, a asfíxia perinatal, o DPN, os partos instrumentados, as sequelas maternas, a distócia de ombros e, por último, o parto pélvico (Figura 7).

Em Ginecologia, os motivos considerados mais frequentes foram, em ambos os grupos e também por ordem decrescente de acordo com a média da classificação atribuída, as complicações cirúrgicas, a avaliação/seguimento impróprio de sinal/sintoma ou exame de diagnóstico e, por último, a falha na contraceção definitiva (Figura 8).

Nos factores que poderão ter interesse para as doentes na instauração de processo, tanto especialistas como internos classificaram como importantes, segundo a escala fornecida, os seguintes motivos: a influência da comunicação social, a má relação médico/doente, a falta de informação à doente, as expectativas elevadas e as incongruências entre informações prestadas pelos diversos profissionais de saúde.

No que toca aos processos clínicos hospitalares, 70% dos especialistas e 75,8% dos internos, consideram que, em geral, estes não estão bem organizados,

Figura 7 – Motivos considerados pelos inquiridos como mais frequentes na origem do litígio em Obstetrícia, por ordem decrescente de frequência e segundo a escala fornecida.

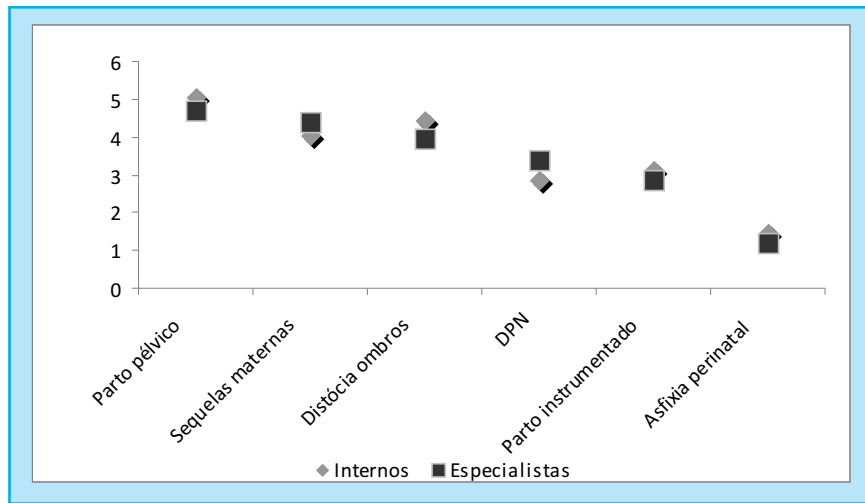
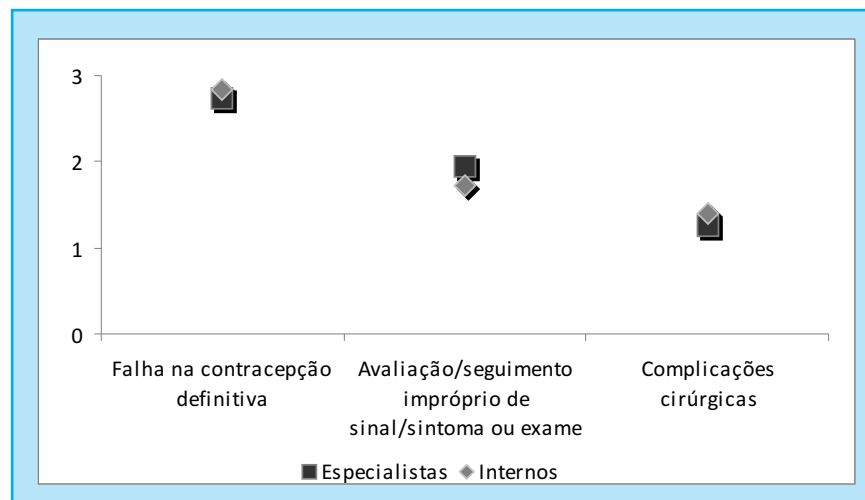


Figura 8 – Motivos considerados pelos inquiridos como mais frequentes na origem do litígio em Ginecologia, por ordem decrescente de frequência e segundo a escala fornecida.



sendo apontadas como frequentes as seguintes falhas: a história clínica incompleta, o diário clínico incompleto/omisso/ilegível e as indicações de intervenções incompletas ou ausentes (motivo de cesarianas ou instrumentação e condições de aplicabilidade; condições cirúrgicas e motivo da cirurgia). Os exames não identificados ou desacertos na data/hora dos acontecimentos foram classificados, em média, como pouco frequentes.

Verificou-se que 47,9% dos especialistas e 9,8% dos internos já haviam participado anteriormente em processos de responsabilidade médica. Dos 114 especialistas com envolvimento anterior neste género de

processos, verificámos que 50,9% referiram envolvimento em um processo, 24,6% em dois e os restantes em três ou mais. Quanto à sede de envolvimento, 81,6% refere que foi em sede Judicial/Tribunal, 29,8% no Ministério da Saúde e 16,7% na Ordem dos Médicos. Quanto ao tipo de envolvimento, 60,5% refere ter sido como testemunha, 52,6% como arguido e 24,6% como perito. No que respeita ao desfecho desses processos, 55,3% refere que foi arquivado, 34,2% que se encontra em curso e 35,1% que foi resolvido, dos quais com absolvição em 30,7% e responsabilização em 5,3% dos casos. Em termos de alteração da

conduta na prática clínica diária em virtude desse envolvimento anterior, 40,4% dos especialistas admitiu a sua ocorrência, traduzida na opção por critérios de auto-defesa nas decisões clínicas em 47,8%, seguido pelo pedido sistemático de consentimento informado e melhor preenchimento dos processos clínicos em 32,6%, respectivamente. Em 26,1% dos casos, foi referido o fornecimento de informação mais detalhada à doente e em 23,9% a requisição de mais exames complementares de diagnóstico.

Dos especialistas inquiridos, e independentemente de ter ocorrido envolvimento anterior, 45,8% confessam-se influenciados pelo receio de instauração de processos litigiosos no momento de tomar decisões clínicas. Essa influência, entre aqueles que responderam afirmativamente, verifica-se nas decisões clínicas do bloco de partos em 92,7%, na urgência em 86,2%, no bloco operatório em 58,7%, na consulta em 56,9% e noutras situações em 8,3% e é considerada uma influência positiva por 33% dos especialistas inquiridos.

Caso fosse possível e em total liberdade de escolha, 25,2% dos especialistas e 10% dos internos consideravam o abandono de áreas específicas da especialidade por receio de envolvimento em processos de responsabilidade médica. Entre aqueles que consideram este abandono, 21,4% dos especialistas e 6,7% dos internos referem a urgência obstétrica/bloco de partos, seguida da ecografia obstétrica, por 7,6% dos especialistas e 3,3% dos internos.

DISCUSSÃO

Se, por um lado, a inexistência de trabalhos publicados sobre o tema facilitou a escolha do trabalho e dos seus objectivos, por outro, dificultou a eleição e selecção das amostras que, apesar de nos parecerem adequadas, também apresentam algumas falhas, que desde já identificamos.

O Conselho Médico-Legal é composto pelo presidente do conselho directivo do INML (que preside), pelos directores das Delegações do Norte, Centro e Sul do INML, por um representante dos conselhos regionais disciplinares de cada uma das secções regionais da Ordem dos Médicos, por dois docentes do ensino superior de cada uma das áreas científicas

de Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Obstetrícia e Ginecologia e Direito, e por um docente do ensino superior de cada uma das seguintes áreas científicas: Anatomia Patológica, Ética e ou Direito Médico, Ortopedia e Traumatologia, Neurologia ou Neurocirurgia e Psiquiatria. Compete a este conselho, entre outras, exercer funções de consultadoria técnico-científica, designadamente emitir pareceres sobre questões técnicas e científicas de natureza pericial. A consulta técnico-científica e ética pode ser solicitada pelo Ministro da Justiça, pelo Conselho Superior da Magistratura, pela Procuradoria-Geral da República ou pelo presidente do conselho directivo do INML. Os pareceres técnico-científicos emitidos são insusceptíveis de revisão e constituem o entendimento definitivo do conselho sobre a questão concretamente colocada, salvo a apresentação de novos elementos que fundamentem a sua alteração.

Assim, pareceu-nos fundamental a revisão dos processos remetidos ao referido Conselho mas, apesar de provavelmente representarem grande parte dos processos judiciais instaurados na área da responsabilidade médica, não representam a totalidade dos processos instaurados em Direito Civil e Disciplinar os quais, muitas vezes, são analisados noutra sede e não remetidos ao Conselho.

A amostra dos profissionais de saúde ficou aquém das nossas expectativas (taxa de resposta de 35,3%), apesar de todo o esforço desenvolvido no sentido de aumentar a taxa de resposta aos inquiridos.

Do nosso estudo, pudemos apurar que a segunda posição ocupada pela especialidade de Obstetrícia/Ginecologia é concordante com os primeiros lugares ocupados nos E.U.A. e na Europa, e que a maioria dos inquiridos tem uma percepção correcta deste volume de processos.

Nos E.U.A. e no Canadá, o número de processos de responsabilidade médica envolvendo queixas obstétricas estabilizou, mas o valor dos prémios dos seguros de responsabilidade aumentou mais de 300%¹⁸.⁹¹ Em Portugal, e contrariamente à percepção geral, verificámos que após um aumento em 2004, o volume anual destes processos em Obstetrícia/Ginecologia estabilizou nos últimos três anos, apresentando mesmo uma ligeira diminuição do número total de processos,

à custa, essencialmente da diminuição dos processos em Ginecologia. Quanto à causa desta estabilização, poderemos supor estar relacionada com o aumento da prática de medicina defensiva (admitida por cerca de metade dos especialistas inquiridos) e/ou com o facto de existirem processos a decorrer noutras instâncias (nomeadamente em Conselho Disciplinar da Ordem dos Médicos) e que ainda não chegaram, ou não chegaram, ao Conselho Médico-Legal.

No período temporal analisado, verificámos ainda que, em média, existem 3,9 processos de Obstetrícia para cada processo de Ginecologia, proporção também concordante com a opinião dos inquiridos.

Acrescentadas às situações mais clássicas de litígio (ex: asfixia perinatal) surgem agora novas áreas de actuação potencialmente litigiosas, de que são exemplos¹⁰ o diagnóstico pré-natal e as decisões em Medicina Materno-Fetal. Para Laros¹¹, entre os tópicos mais visados em Obstetrícia encontram-se a monitorização intra-parto, o manejo de distócias, o uso de ocitocina, a ressuscitação do recém-nascido, o tempo de resposta a um alerta da enfermagem ou a não chamada do médico pelos enfermeiros especialistas quando confrontados com uma situação de risco. A vigilância da gravidez inclui toda a prática de DPN e todo o sector da perinatologia partilhada entre obstetras e neonatologistas¹⁰, terminando na vigilância materno-fetal intra-parto e no parto em si. Os domínios do DPN, apesar de vastos, tocam sempre o obstetra e incluem o aconselhamento genético, a ecografia pré-natal e a informação prestada ao casal¹⁰. No que se refere ao parto, as áreas mais polémicas situam-se em torno do rastreio e diagnóstico da asfixia periparto, nas extracções instrumentadas, nas situações de alto risco (macrossomia e apresentação pélvica) e na prática de cesariana¹⁰.

No nosso estudo, e em relação à Obstetrícia, verificámos existir concordância no motivo mais frequente de litígio entre as amostras estudadas – a asfixia perinatal, como de resto também era a nossa convicção inicial, uma vez que esta é, classicamente, o motivo tido como mais frequente para a instauração de processos de responsabilidade médica em Obstetrícia, particularmente relacionado com mortes fetais intra-parto ou sequelas neurológicas permanentes nos recém-nascidos.

O segundo lugar nos motivos mais frequentes de litígio em Obstetrícia (sequelas maternas), foi uma surpresa e alvo de discordância entre as amostras. Este resultado, poderá reflectir o ainda escasso volume de processos instaurados em Portugal, relativamente à Europa e E.U.A., onde este motivo não assume relevância no cômputo total das queixas da área, face à volumosa quantidade de processos relacionados com o diverso tipo de sequelas no recém-nascido.

As lesões traumáticas do nascituro, relacionadas maioritariamente com as distócias de ombros, surgem na terceira posição, verificando-se nova discordância com a opinião dos inquiridos.

O DPN, maioritariamente devido à ecografia obstétrica, surge então em 4º lugar. Neste caso, os inquiridos conferiam-lhe uma importância superior à verificada na realidade. Os internos atribuíram-lhe uma maior importância que os especialistas, facto que poderá resultar da circunstância do início da sua actividade profissional coincidir com o surgir da problemática litigiosa em torno desta área específica. A incorporação da ecografia no diagnóstico pré-natal e o envolvimento de obstetras na sua realização diária, levou a uma maior exposição destes ao risco litigioso, especialmente com a introdução da ecografia pré-natal de alta resolução, que admitiu elevadas expectativas em pacientes e médicos que podem sobrestimar os seus benefícios¹².

Por sua vez, em Ginecologia, Laros¹¹ considera a falha na contracepção definitiva, a falha na reacção a queixas de lesão genito-urinária, o atraso na resposta a sinais e sintomas de infecção da ferida operatória, a falha no diagnóstico de gravidez extra-uterina, a avaliação imprópria de nódulo mamário, a falha na realização de colposcopia e/ou biópsia na presença de uma citologia anormal e a falha no seguimento aquando de alterações laboratoriais. No nosso trabalho, em Ginecologia, verificámos total concordância, entre as amostras estudadas, nos motivos considerados mais frequentes na origem do litígio. As complicações cirúrgicas, surgem, sem surpresa, em primeiro lugar, inerente ao facto desta especialidade pertencer ao grupo das especialidades cirúrgicas.

No momento da instauração dos processos, foram considerados em média importantes, por ambos os

grupos de inquiridos, todas as opções fornecidas no inquérito.

No que toca à organização dos processos clínicos hospitalares, verificámos que 70 a 75,8% dos inquiridos consideram que estes não se encontram bem organizados, referindo como frequentes todas as falhas fornecidas como opções no inquérito. Esta deficiente organização dos processos clínicos foi também constatada na amostra do I.N.M.L., tanto nos processos de Obstetrícia (50% dos mesmos), como nos de Ginecologia (20% destes). Será importante ressaltar o facto de esta desorganização dos processos clínicos, muitas vezes incompletos, omissos, ilegíveis ou com informações incongruentes, poder influenciar as conclusões das consultas técnico-científicas e os desfechos dos processos. Se anteriormente se considerava que a ausência de dados correspondia a ausência de prova, actualmente a tendência é para considerar que a ausência de dados e a má organização dos processos clínicos, representam uma falta da parte dos próprios profissionais. Será importante alertar especialistas e internos para o correcto e completo preenchimento dos processos clínicos, bem como para o registo de todas as decisões clínicas e sua justificação, pois esta será a melhor forma de se defenderem.

Em relação ao envolvimento anterior em processos deste âmbito, verificámos que cerca de metade dos especialistas inquiridos já esteve envolvido em pelo menos um, e apesar de significativamente mais baixa, a percentagem de internos (9,8%) com envolvimento anterior não deixa de ser relevante.

Detalhando esse envolvimento (o que foi realizado apenas no grupo dos especialistas, pelo seu maior volume e relevância), constatámos que cerca de um quarto dos especialistas já esteve envolvido em 3 ou mais processos, maioritariamente em sede judicial e como testemunha. Entre os envolvidos é de salientar, contudo, que cerca de metade o estiveram como arguidos, o que representa 25,2% da totalidade dos especialistas inquiridos (ligeiramente menos que os 32% do estudo de MacLennan e Spencer¹³, mas bastante menos que os 76% dos membros da ACOG³).

Quanto ao resultado destes processos nos quais os especialistas estiveram envolvidos, a maioria foram arquivados e cerca de um terço dos casos ainda

se encontravam a decorrer. No entanto, encontrámos referência a responsabilização do arguido em 5,3%. Este último número não deixa de ser alarmante, se considerarmos que representa 2,5% do total de especialistas que responderam ao inquérito e que, quando comparado, por exemplo, com o estudo australiano de MacLennan e Spencer¹³, reflecte mais do dobro das condenações encontradas por estes autores.

Uma forma que os profissionais têm de evitar os processos litigiosos é limitar a exposição ao risco – medicina defensiva. Podem fazê-lo limitando a sua actividade de toda a prática obstétrica, à prática obstétrica de alto risco ou aumentando a sua prática em obstetrícia de baixo-risco - medicina defensiva negativa³. Outra forma de evitar conflitos é a medicina defensiva positiva, que se traduz no excessivo recurso a cesarianas e a técnicas de diagnóstico pré-natal como ecografias ou rastreios bioquímicos. No entanto, também estas actuações têm riscos e começam a ser alvo de processos de litígio.

Cerca de 40% dos especialistas com participação anterior em processos, refere-se influenciado na prática clínica diária, como consequência desse envolvimento, sendo essa influência traduzida essencialmente por uma medicina defensiva positiva.

Independentemente do envolvimento anterior neste tipo de processos legais, verificámos que 45,8% dos especialistas inquiridos se considerava influenciado pelo receio de instauração de processos de responsabilidade médica, especialmente no bloco de partos e urgência, sendo esta influência considerada negativa pela maioria (67%).

Estudos americanos e canadianos sugerem que a prática obstétrica declina entre os especialistas mais velhos e entre a população feminina⁸; no entanto, um estudo australiano de 2001¹³ revela que 24% dos novos membros do Colégio, e Obstetras e Ginecologistas nos últimos 2 anos de internato, citavam não quererem exercer Obstetrícia, sendo as principais razões apontadas o custo das indemnizações médicas (25%) e o medo do litígio (20%). Esta vertente negativa da medicina defensiva foi também verificada no nosso estudo, onde 25,2% dos especialistas e 10% dos internos considerava, caso fosse possível no nosso sistema de saúde, o abandono de áreas específicas da especia-

lidade. Sem surpresa, a área mais citada foi a urgência obstétrica, seguida da ecografia obstétrica.

Não deixa, também, de ser importante destacar que aproximadamente 2/3 dos internos inquiridos consideram não haver alerta suficiente, durante todo o Internato Complementar, para as questões de responsabilidade profissional no âmbito da prestação de cuidados inerentes à especialidade. Este facto pode justificar, em parte, as diferenças acima assinaladas, e salienta a necessidade de intervenção com sessões de esclarecimento.

O envolvimento dos especialistas como peritos neste tipo de processos apresenta particularidades importantes no desenrolar dos mesmos. Os pareceres emitidos por estes peritos, influenciam não só as decisões dos magistrados no processo em curso, mas também as decisões de processos posteriores, ao constituírem jurisprudência na área. Este facto leva à necessidade de qualificação dos peritos, a qual deveria passar por formação específica e creditação obrigatória^{14,15}. Esta creditação já é necessária em alguns países, como a Austrália e a Nova Zelândia¹⁵, mas não a nível europeu, nem em Portugal. A maioria dos magistrados, juristas e entidades hospitalares chama a emitir pareceres, profissionais que, apesar de serem especialistas, nunca obtiveram formação específica, nem tão pouco alguma vez se viram envolvidos em questões semelhantes, e por esse motivo enfrentam sérias dificuldades na realização desta tarefa. Constatámos que cerca de 12% do total de especialistas já interveio como perito (valor inferior aos 38% de envolvimento como peritos no estudo australiano¹³), e apesar de não podermos dizer quantos destes tiveram formação específica, acreditamos que apenas uma pequena minoria, se é que algum, a teve.

Esta qualificação dos peritos e o aproximar destes aos juristas e magistrados certamente levará a uma melhor compreensão por todos deste tipo de processos legais, e facilitará a tarefa de cada um dos intervenientes¹⁶.

Por último, não podemos deixar de sublinhar que a realização deste género de estudos nos ajuda a perceber o que podemos fazer para melhorar o nosso sistema de saúde e de justiça, pois a análise e reconhecimento dos erros cometidos são importantes para o avanço do sistema.

BIBLIOGRAFIA

1. Bettes B, Strunk A, Coleman V, Schulkin J. Professional liability and other career pressures: impact on obstetrician-gynecologists' career satisfaction. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 967-73
2. Kravitz R, Leigh P, Samuels S, Schembri M, Gilbert W. Tracking career satisfaction and perceptions of quality among US obstetricians and gynecologists. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 463-70
3. Dubay L, Kaestner R, Waidmann T. Medical malpractice liability and its effect on prenatal care utilization and infant health. *J Health Economics* 2001; 20: 591-611
4. Hammond C, Schwartz P. Ethical issues related to medical expert testimony. *Obstet Gynecol* 2005; 106:1055-58
5. Oliveira G. Estrutura Jurídica do Acto Médico, Consentimento Informado e Responsabilidade Médica. *Temas de Direito da Medicina* 1999;59-72
6. Fragata L, Martins L. O Erro em Medicina – Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade. 1ª Edição. Coimbra: Liv. Almedina; 2006
7. Hammond C. The decline of the profession of medicine. *Obstet Gynecol* 2002, 100:221-25
8. Chan B, Willett J. Factors influencing participation in obstetrics by obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 493-8
9. Queenan J. Professional liability crisis: a road map to success. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 429-30
10. Owolabi T, Farine D. Pour presenter une opinion sur un cas médico-legal. *J Obstet Gynecol Can* 2002; 24(7): 593-5
11. Laros R. Medical-legal issues in obstetrics and gynecology. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1883-9
12. Mavroforou A, Mavrophoros D, Koumantakis E, Michalodimitrakis E. Liability in prenatal screening. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21: 525-528
13. MacLennan AH, Spencer MK. Projections of Australian obstetricians ceasing practice and the reasons. *Med J Aus* 2002; 176: 425-8
14. Moura P. Erro médico e negligência em perinatologia: a perspectiva do perito em Obstetrícia. *Boletim do Centro de Estudos Perinatais, II Série*, Dezembro 2003
15. Guidelines for College Fellows participating in the RANZCOG expert witness register. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG) Statement, February 2003
16. Pearlman M, Gluck P. Medical liability and patient safety: setting the proper course. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 941-3