



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Filipe Manuel Rodrigues Martins
Conflito Médico-legal em Obstetrícia

Abril, 2010

FMUP

Filipe Manuel Rodrigues Martins
Conflito Médico-legal em Obstetrícia

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Obstetrícia

**Trabalho efectuado sob a Orientação de:
Dra. Ana Reynolds Magalhães Abreu Coutinho Castro Saraiva**

Revista: Acta Médica Portuguesa

Abril, 2010

Nome: Filipe Manuel Rodrigues Martins

Endereço electrónico: m04140@med.up.pt

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio:

Conflito Médico-legal em Obstetrícia

Nome completo do Orientador:

Ana Reynolds Magalhães Abreu Coutinho Castro Saraiva

Nome completo do Co-Orientador:

Ano de conclusão: 2010

Designação da área do projecto de opção:

Obstetrícia

É autorizada a reprodução integral desta Monografia apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 16/04/2010

Assinatura: Filipe Manuel Rodrigues Martins

Eu, Filipe Manuel Rodrigues Martins, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801140, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 16/04/2010

Assinatura: Filipe Manuel Rodrigues Martins

Conflito médico-legal em Obstetrícia

Medicolegal conflict in Obstetrics

Filipe MARTINS

Aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina do Porto.

Conflito médico-legal em Obstetrícia

Resumo

Introdução: A dimensão do conflito médico-legal é preocupante, sendo a Obstetrícia uma das especialidades médicas mais afectadas. Esta realidade, frequente nos Estados Unidos da América, começa a atingir a Europa e Portugal não está imune.

O objectivo deste trabalho é efectuar uma revisão sobre o conflito médico-legal em Obstetrícia, a nível nacional e internacional.

Material e Métodos: Procedeu-se à pesquisa de artigos indexados à *Medline*, nos últimos 15 anos, sobre o conflito médico-legal. A pesquisa concluiu 175 artigos tendo sido seleccionados 30. Foram ainda contactadas diversas entidades para obter dados nacionais relacionados: a Inspeção Geral de Actividades em Saúde (IGAS), a Ordem dos Médicos, o Colégio de especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, o Instituto Nacional de Medicina Legal (INML), o Instituto Nacional de Estatística (INE) e a Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte).

Conclusões: As principais causas de litígio em Obstetrícia incluem a asfixia perinatal, as lesões traumáticas do recém-nascido e os erros no diagnóstico pré-natal. A informação obtida relativamente ao conflito médico-legal em Portugal, e eventual erro na prestação de cuidados de saúde, é escassa e de difícil acesso, sendo de ponderar uma abordagem sistemática.

Palavras-chave: “obstetrícia”; “erro médico”; “litígio médico”; “conflito médico-legal”

Medicolegal conflict in Obstetrics

Abstract

Introduction: The extent of medico-legal conflict is worrisome, and Obstetrics is one of the medical specialties most affected, worldwide. This reality, common in the United States of America, is beginning to spread in Europe including Portugal.

The main goal of this revision paper is to address the issue of medical-legal conflict in Obstetrics concerning Portugal, other countries in Europe and in the United States of America.

Material and Methods: Published papers on medico-legal conflict were searched in the Medline online database. The inquiry found 175 articles and 30 were selected. In order to obtain national data some governmental entities were approached: Inspeção Geral de Atividades em Saúde (IGAS), Ordem dos Médicos, Colégio de especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, Instituto Nacional de Medicina Legal (INML), Instituto Nacional de Estatística (INE) and Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte).

Conclusions: The major causes of medico-legal conflict in obstetrics were perinatal asphyxia, traumatic lesions of the newborn and diagnostic errors during prenatal care. The information regarding medicolegal conflict in Portugal, and possible error in healthcare, is scarce and difficult to obtain. A more systematic approach is suggested.

Key-words: “obstetrics”; “medical error”; “litigation”; “medicolegal conflict”

Índice

Introdução	- 4 -
Material e métodos	- 5 -
Resultados	- 6 -
O Erro médico.....	- 6 -
A Contextualização legal.....	- 7 -
O litígio em Obstetrícia	- 8 -
Discussão	- 11 -
Conclusões.....	- 13 -
Agradecimentos.....	- 14 -
Bibliografia.....	- 14 -
Gráfico e Quadros.....	- 17 -

Introdução

A Medicina é uma ciência antiga e, indubitavelmente, uma das artes à qual o Homem contemporâneo deve longevidade e qualidade de vida. Contudo, está longe de ser perfeita ou segura.¹ O erro é inerente à condição humana e, no contexto clínico, pode resultar de falhas individuais ou do sistema organizativo em que o mesmo se insere. A preocupação resulta pelo facto do litígio em Medicina e, particularmente na Obstetrícia, ter atingido proporções alarmantes. Actualmente o doente deixou de considerar no médico uma figura paternalista, passando a reivindicar direitos e autonomia inseridos num sistema contratual de prestação de cuidados de saúde.²⁻⁴

A guerra médico-legal nos Estados Unidos da América surgiu na década de 70 e, desde então, tem aumentado de forma exponencial. O custo dos prémios de responsabilidade médica atingiu valores insustentáveis pelo que muitos profissionais abandonaram a prática clínica ou refugiaram-se na medicina defensiva. Uma das especialidades mais afectadas tem sido a Ginecologia/Obstetrícia, particularmente a Obstetrícia. Na Europa esta realidade apenas se começou a sentir no final do século XX.⁴⁻⁷

Em Portugal, os processos de responsabilidade médica têm aumentado e a Obstetrícia é também uma das áreas médicas mais atingidas. Curiosamente, a maioria dos profissionais de saúde parece estar alheio a esta realidade, provavelmente devido à escassa documentação sobre o tema ou à não abordagem do mesmo durante a formação específica.⁸

A prática obstétrica é pautada de momentos gratificantes, aos níveis profissional e emocional. A gravidez é tida pela população geral como um processo inócuo, cujo único desfecho possível é o nascimento de um “bebé” saudável. Na maior parte dos casos o conflito surge quando este não é o resultado obtido, ou seja, se ocorrem complicações no feto ou recém-nascido.^{3,6}

O objectivo principal deste trabalho é efectuar uma revisão sobre a problemática do conflito médico-legal em Obstetrícia, a nível nacional e internacional.

Material e métodos

Procedeu-se à pesquisa de artigos indexados à Medline, na Pubmed, com as seguintes palavras-chave e frases: “(obstetrics OR women healthcare) AND medical errors AND (patient safety OR patient advocacy OR professional-patient relations OR patient satisfaction OR patient rights OR healthcare OR outcome assessment OR dissent and disputes) AND (medicolegal conflicts OR legislation and jurisprudence OR legal medicine OR litigation)”. A pesquisa concluiu 175 artigos publicados no período de Janeiro de 1995 a Janeiro de 2010, escritos em inglês, francês, espanhol ou português. Destes, foram seleccionados 30 artigos sobre o litígio médico, o erro médico e a segurança do doente em Obstetrícia.

Na perspectiva de obter dados nacionais sobre o conflito médico-legal foram contactadas, por e-mail e carta registada, as seguintes entidades: a Ordem dos Médicos, o Colégio da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, o Instituto Nacional de Estatística (INE), a Inspeção Geral de Actividades em Saúde (IGAS), o Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) e a Administração Regional de Saúde do norte (ARS Norte). Foram solicitadas diversas informações, de acordo com as competências da entidade, tais como: o enquadramento legal do erro médico, o modo como é realizada a denúncia por alegada negligência/erro, a existência de formulários específicos nos locais de prestação de cuidados de saúde, a função do profissional de saúde na declaração do erro, a função da entidade prestadora de cuidados de saúde face ao erro, a existência de algum organismo responsável pelo levantamento das causas de erro, sua análise e posterior discussão, quais as estratégias adoptadas face às principais causas de erro na prestação de cuidados de saúde e, finalmente, os dados estatísticos relativos às principais causas de erro em Obstetrícia.

Resultados

Todas as entidades nacionais contactadas responderam à solicitação de informação. Contudo, apenas os dados enviados pelo Colégio da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, pelo INML e pela IGAS, respeitantes ao enquadramento legal da actividade médica e dados estatísticos relativos a processos litigiosos avaliados, se mostraram relevantes.

A terminologia do INE define período perinatal como período que “começa em 22 semanas completas, em (154 dias) de gestação, (época em que o peso de nascimento é normalmente de 500 gramas) e termina com 7 dias completos após o nascimento (isto é, 7 dias de vida e menos de 7 dias de idade)” enquanto que, apesar de não apresentar definição directa de período neonatal, ao remeter para mortalidade neonatal, define-o como os primeiros 28 dias após o nascimento.

O Erro médico

Ernst Mach, físico e filósofo austríaco, em 1905, referia que “o conhecimento e o erro fluem das mesmas fontes mentais, apenas o sucesso as consegue diferenciar”.⁷

O *Institute of Medicine* (IOM), órgão consultivo norte-americano que tem por objectivo melhorar a prestação nos cuidados de saúde, define o “erro médico” como “*the failure of a planned action to be completed as intended or the use of a wrong plan to achieve an aim*”, cuja tradução seria a concretização fracassada de uma acção planeada ou a implementação de um plano inadequado para atingir determinado objectivo.⁹

A existência do erro em Medicina é incontornável pois o mesmo é espectável em ambientes complexos, como aqueles subjacentes à prestação de cuidados na saúde.^{2,7} Nos EUA a taxa de erro no ano de 2000 foi aproximadamente 1%⁶ e em França, no mesmo ano, o *Groupe des Assurances Mutuelles Médicales* aponta para um valor de 1,72%¹⁰. Nos EUA, a mortalidade anual resultante do erro na prestação de cuidados de saúde excede aquela devido a acidentes de viação, cancro da mama ou complicações da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA).⁶ Salienta-se que a maioria dos profissionais de saúde envolvidos em acidentes graves é considerada como dotadas de competências adequadas à sua função. Todavia, o desempenho

clínico, e conseqüente desfecho, depende de competências cognitivas, técnicas, atitudes e regras de boa conduta, aos níveis individual e como membro de uma equipa ou organização.

Exemplificam-se como falhas comuns no quotidiano do profissional de saúde as seguintes⁹:

- Prescrever ibuprofeno a um asmático não tendo conhecimento das contra-indicações (**Erro cognitivo**);
- Prescrever salbutamol em vez de sotalol (**Erro por distração**);
- Ter a intenção de preencher um pedido de análises mas ser interrompido para efectuar uma analgesia com urgência (**Erro partilhado/organizacional**);
- Incapacidade em posicionar o cateter epidural correctamente (**Erro técnico**).

A Contextualização legal

De acordo com a legislação portuguesa, existe erro médico quando se verifica um desvio de conduta relativamente ao “comportamento padrão”. O “comportamento padrão” é determinado por peritos, chamados a intervir nos processos judiciais em curso. Estes emitem pareceres que constituem jurisprudência influenciando, por isso, a decisão final.

Perante a suspeita de erro médico, surgem duas questões fundamentais na avaliação judicial em Portugal:^{1,11}

1. A “**obrigação de meios**” e a “**obrigação de resultados**”. Quando um médico trata um doente, assume perante ele a obrigação de utilizar os meios mais adequados ao seu alcance, em conformidade com os conhecimentos científicos disponíveis. Contudo, o médico não pode exercer a sua profissão com a promessa de êxito garantido, assumindo obrigações de “resultado” pois, em estrito rigor ético e jurídico, a variabilidade e a imprevisibilidade das respostas do corpo humano à intervenção médica são factores que o médico não conhece em toda a sua dimensão e, por conseguinte, não controla através do conhecimento médico.

2. **O estabelecimento de nexos de causalidade.** É necessário provar que o comportamento (ou a sua ausência) esteve directamente implicado no desfecho, isto é, na causa do dano.

Sinteticamente, durante o exercício da sua profissão, os médicos podem incorrer num (ou vários) de três tipos de responsabilidade: responsabilidade disciplinar, civil e penal. O médico incorre em responsabilidade profissional e disciplinar quando viola os deveres éticos e deontológicos subjacentes ao Estatuto da Ordem dos Médicos. Sendo o médico agente da administração pública, fica ainda sujeito ao Estatuto Disciplinar da Função Pública podendo incorrer em responsabilidade disciplinar administrativa. No que concerne à responsabilidade civil, esta consubstancia-se na obrigação de reparação de dano, causalmente resultante da intervenção do profissional médico. Para existir responsabilidade civil terão que verificar-se simultaneamente alguns pressupostos: existência de uma conduta (acção ou omissão) voluntária de que resulte ilicitamente um dano sofrido pelo doente; existência de relação de causalidade adequada entre o dano sofrido e a acção ou omissão do agente e atribuição da responsabilidade pelo dano ao agente. Finalmente, a responsabilidade penal é aquela que decorre quando o agente comete um crime, definido em termos jurídicos, como toda a conduta típica, antijurídica ou ilícita, e culpável, praticada por um ser Humano. A responsabilidade disciplinar é averiguada pelo Conselho Disciplinar da Ordem dos Médicos ao contrário das demais cujo processo decorre nos tribunais.^{1, 8, 11}

O litígio em Obstetrícia

Os EUA representam o paradigma do conflito médico-legal, tendo atingido proporções alarmantes.^{3-7, 12} A Obstetrícia é, indubitavelmente, a especialidade médica mais afectada. No ano de 2003, as principais alegações foram consequentes a sequelas neurológicas do recém-nascido (34.4%), morte neonatal ou nado morto (15.3%), malformações congénitas não detectadas durante a gravidez (7.2%) e atraso ou falha no diagnóstico de patologia obstétrica (7.0%).⁴

O panorama europeu é sobreponível ao norte-americano. Na Suécia, Inglaterra, França, Grécia e Turquia, a Obstetrícia é também a especialidade mais afectada pelo conflito médico-legal. As causas subjacentes à asfixia perinatal são os motivos mais frequentes de discórdia. Na Suécia, no período de 1990 a 2005, das 472 queixas na área Obstétrica verificaram-se 177 casos (37.5%) de suposta asfixia intraparto.¹³⁻¹⁴

Em Portugal, a avaliação técnico-científica efectuada pelo Instituto Nacional de Medicina Legal, entre Janeiro de 2001 e Dezembro de 2006, englobou 552 processos litigiosos. Destes, 78 (14.1%) pertenciam à Obstetrícia, sendo esta especialidade somente ultrapassada pela Medicina Interna que incluía 154 processos (27.9%). Os motivos alegados nos processos relativos à Obstetrícia podem-se unificar em quatro grupos: asfixia perinatal (morte, sequelas neurológicas) – 49 casos (62.8%), sequelas maternas (complicações pós-parto) – 15 casos (19.2%), lesões traumáticas do recém-nascido (associadas ao parto instrumentado, parto vaginal em apresentação pélvica ou distócia de ombros) – 9 casos (11.5%) e erros de diagnóstico pré-natal/ecografia obstétrica – 5 casos (6.4%) (Gráfico I).⁸ No triénio de 2005 a 2007, de acordo com o relatório nº 454/2008 da Inspeção Geral das Actividades em Saúde (IGAS), de 2008, sobre “Inspeção da monitorização do erro médico e acções judiciais com pedido de indemnização por deficiente assistência médica”, a Obstetrícia surge em primeiro lugar (Quadro I). Os montantes indemnizatórios requeridos ascenderam a mais de 29 milhões de euros, incluindo todas as especialidades médicas.¹⁵

Desta forma, o motivo mais frequente de litígio em Obstetrícia, tanto na Europa como nos EUA, é a suspeita de asfixia perinatal por alegada má prática no intraparto com consequente encefalopatia hipóxico-isquémica, podendo resultar em morte neonatal ou sequelas neurológicas irreversíveis no recém-nascido.^{8, 12-14, 16-17} A asfixia perinatal é frequentemente entendida como sinónimo de asfixia intraparto. No entanto, somente 30 a 35% das situações parecem ter origem nesse período, 40% associam-se a ocorrências no anteparto e, aproximadamente, 25% resultam de acidentes neonatais.¹⁸

A definição de asfixia perinatal não é consensual, relativamente aos critérios utilizados e aos limites das variáveis quantitativas (índice de Apgar, gasimetria do sangue fetal/neonatal).¹⁸⁻

¹⁹ O *American College of Obstetricians and Gynecologists* define asfixia perinatal quando existe “hipoxia com acidose metabólica no período perinatal”. Esta definição, apesar de clara e objectiva, apresenta baixa aplicabilidade na prática clínica pois a determinação do pH do sangue fetal durante o trabalho de parto não é efectuada por rotina.²⁰

Os meios de detecção de sofrimento fetal agudo no intraparto incluem a monitorização contínua da frequência cardíaca fetal por cardiotocografia, a electrocardiografia STAN® e a determinação do pH do sangue fetal (escalpe ou vasos do cordão umbilical).²⁰ A monitorização fetal por cardiotocografia contínua no intraparto é utilizada na maioria dos países desenvolvidos como principal “meio” de prevenção do sofrimento fetal consequente à asfixia. Em Portugal, o seu uso está generalizado sendo o registo gráfico, designado por cardiotograma, solicitado e analisado na maioria dos casos presentes em acções judiciais.^{16-19, 21} A maioria das queixas relacionadas com asfixia perinatal baseiam-se na alegada inacção perante um traçado cardiotocográfico classificado como suspeito ou anormal. Este exame isoladamente apresenta um valor preditivo positivo que varia entre 15 e 42%, de acordo com a prevalência de desfechos imprevisíveis.^{20, 22} Mais ainda, tem baixa reprodutibilidade interobservador mesmo quando utilizados os mesmos critérios de interpretação²⁸.

Os critérios necessários para que um evento intraparto cause dano cerebral, incluem dados clínicos, bioquímicos e imagiológicos, por definição do *Internacional Cerebral Palsy Task Force* (Quadro II).²³ Nos casos judiciais por eventual asfixia perinatal o debate foca-se na comprovação de sofrimento fetal relevante, suficientemente persistente ou grave, culminando em lesão neurológica permanente. As questões mais pertinentes na atribuição de responsabilidade médica são quatro: “Quando teve início o sofrimento fetal?”, “Qual a severidade e natureza?”, “Qual a qualidade da resposta cardiovascular do feto?” e “Quando ocorreu o dano cerebral?”.

Por distócia de ombros entende-se a situação onde, após o nascimento da cabeça fetal, não é possível libertar os ombros com as manobras habituais de tracção inferior da cabeça. Trata-se de uma emergência obstétrica com uma incidência que ronda 1% dos partos vaginais. Os desfechos possíveis nesta situação podem incluir a lesão do plexo braquial, encefalopatia

hipóxico-isquémica ou morte. O principal factor de risco para esta complicação é a macrosomia fetal mas na maior parte dos casos é imprevisível.²⁴⁻²⁵

A principal complicação materna presente em processos do âmbito médico-legal em Portugal é a hemorragia pós-parto.⁸ Esta define-se como a perda sanguínea genital de volume superior a 1000 ml ou a perda de qualquer volume associada a compromisso hemodinâmico. Curiosamente e apesar de não representar uma causa importante de processo litigioso na Europa, nos EUA e no Canadá^{5-6, 8, 12-13}, ocorre em 1-5% dos partos nos países desenvolvidos, sendo uma das principais causas de morte materna.²⁶

A ecografia obstétrica é utilizada no rastreio pré-natal na maioria dos países desenvolvidos. O principal objectivo é detectar malformações fetais possibilitando a ponderação de interrupção da gravidez. É um meio auxiliar de diagnóstico que sofreu grandes avanços tecnológicos o que, por sua vez, induziu a uma sobrevalorização dos potenciais benéficos.²⁷⁻²⁸

Discussão

A Obstetrícia é uma das especialidades mais visadas em processos do foro médico-legal nos EUA e na Europa. O elevado grau de conflitualidade nesta área pode justificar-se pelo facto de estarem envolvidos dois seres, a mãe e o feto. O motivo mais frequente de discórdia resulta da eventual asfíxia perinatal e, conseqüentemente, a morte ou sequelas neurológicas no recém-nascido.^{8, 12-14}

Apesar do período analisado ser próximo, embora não coincidente, é plausível comparar os dados do INML com os da IGAS, devido à diminuta variabilidade anual relativa ao número de processos em Obstetrícia enviados para avaliação médico-legal. Verificou-se, a nível nacional, uma discrepância denunciada por estes dois organismos quanto às especialidades médicas mais afectadas pelo conflito médico-legal, a Obstetrícia e a Medicina Interna. Muito provavelmente nem todos os casos litigiosos são alvo de avaliação médico-legal.

Houve alguma dificuldade na obtenção da informação solicitada aos organismos nacionais contactados, pela inexistência de informação sistemática e pormenorizada. A percepção da

existência de falhas de comunicação entre as várias entidades, relativamente a esta matéria, foi evidente.

Os pareceres emitidos pelos especialistas chamados a intervir em processos judiciais de âmbito médico-legal influenciam seguramente a decisão dos magistrados e, ao constituírem jurisprudência, podem influenciar decisões em processos futuros. Torna-se necessária a existência de formação específica ou de critérios rigorosos na selecção dos peritos chamados a intervir. Tal não se verifica a nível europeu, incluindo Portugal, pelo que os profissionais enfrentam sérias dificuldades na realização desta tarefa. A implementação de programas de qualificação dos peritos permitiria uma melhor qualidade no serviço prestado, com todos os benefícios que daí poderiam advir.^{1-2, 8, 11}

Perante a suspeita de asfixia perinatal, na maioria dos casos não é possível estabelecer a cronologia do insulto hipóxico, isto é, se ocorreu no anteparto, intraparto ou no período neonatal. Mais ainda, a duração da asfixia e a qualidade da resposta cardiovascular do feto raramente são conhecidos pois o equilíbrio ácido-base não é habitualmente determinado. Infelizmente o acesso a todos os parâmetros necessários a uma avaliação completa na suspeita de encefalopatia hipóxico-isquémica é excepcional.^{16-17, 19, 21, 29-30}

No que concerne à distócia de ombros alguns estudos²⁴⁻²⁵ demonstraram que cerca de metade dos casos ocorre em fetos normossómicos. O seu carácter é imprevisível e nem mesmo o seguimento estrito dos protocolos assegura um desfecho favorável.^{24-25, 27}

A incorporação da ecografia de alta resolução no diagnóstico pré-natal permitiu admitir elevadas expectativas.^{8, 27-28} Em Portugal, o rastreio de cromossomopatias e malformações fetais encontram-se disponíveis a todos os envolvidos. Sendo generalizado a probabilidade de um maior número de falhas no diagnóstico aumenta.

O facto das complicações pós-parto surgirem em Portugal como uma das principais causas de litígio reflecte, provavelmente, o ainda escasso volume de processos médico-legais comparativamente a outros países europeus e EUA, locais onde este motivo tem pouca relevância.⁸

Torna-se necessário implementar protocolos de Serviço que possibilitem a obtenção de todos os dados clínicos imprescindíveis, incluindo normas de registo clínico, tendo em vista a evolução dos cuidados assistenciais pela implementação de medidas correctivas, eventualmente necessárias, e a defesa na atribuição de responsabilidade. Países como França e Inglaterra elaboraram formulários específicos e anónimos, dirigidos aos profissionais de saúde, para registo de ocorrência nos casos clínicos de desfecho desfavorável ou em que houve erros de actuação. Esta metodologia tem sido eficaz pois os dados obtidos são analisados e reportados, permitindo a identificação de falhas e a implementação de medidas correctivas. É uma estratégia a considerar na abordagem da segurança do paciente não só em Obstetrícia mas em todas as áreas da Medicina.^{2, 10, 12}

Conclusões

O número de processos litigiosos em obstetrícia é alarmante. A crise médico-legal demorou algum tempo a atingir a Europa mas parece estar a dar os primeiros passos. Em Portugal, apesar dos dados ainda serem escassos, a tendência parece acompanhar o resto do mundo.⁸

A Medicina não é uma ciência objectiva e exacta. Assim, é de esperar a possibilidade de desfechos clínicos adversos na ausência de negligência. O principal problema subjaz na incapacidade da sociedade actual, e mesmo dos sistemas de saúde, em admitir a inevitabilidade do erro na prestação dos cuidados de saúde. Melhorar a segurança do doente implica, primariamente, definir formas de identificação do incidente crítico/desfecho adverso, estabelecer o porquê e onde ocorreu a falha e finalmente estabelecer recomendações e proceder à sua divulgação.^{2, 12}

Agradecimentos

À Dra. Ana Reynolds pela disponibilidade, rigor científico e capacidade pedagógica.

Às entidades nacionais contactadas pelos dados disponibilizados.

À Dra. Sónia Tenreiro, Licenciada em Direito, pela revisão da dimensão legal do trabalho.

Bibliografia

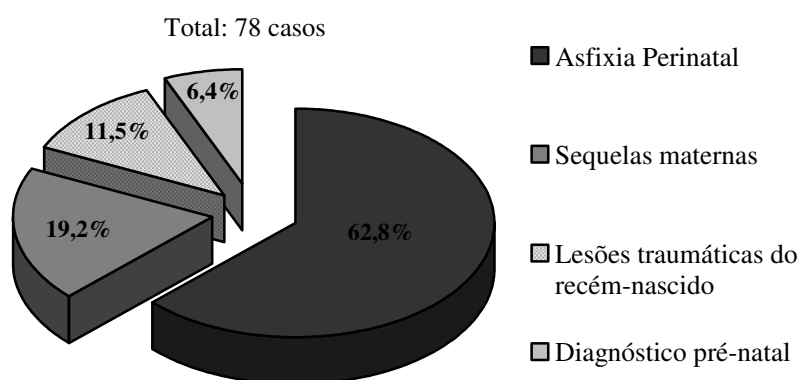
1. CASCÃO R. A responsabilidade civil e a segurança sanitária. *Lex Medicinæ - Revista Portuguesa de Direito da Saúde*. 2004;1(1).
2. PEARLMAN MD. Patient safety in obstetrics and gynecology: an agenda for the future. *Obstet Gynecol*. 2006 Nov;108(5):1266-71.
3. HANKINS GD, MACLENNAN AH, SPEER ME. Obstetric litigation is asphyxiating our maternity services. *Obstet Gynecol*. 2006 Jun;107(6):1382-5.
4. HALE RW. Legal issues impacting women's access to care in the United States-the malpractice insurance crisis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006 Sep;94(3):382-5.
5. LOW JA. The current crisis in obstetrics. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005 Nov;27(11):1031-7.
6. HICKSON GB, ENTMAN SS. Physician practice behavior and litigation risk: evidence and opportunity. *Clin Obstet Gynecol*. 2008 Dec;51(4):688-99.
7. YOUNG T. Presidential address: human error, patient safety and the tort liability crisis: the perfect storm. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Aug;193(2):506-11.
8. DOMINGUES A, CORDEIRO C, MOURA P, VIEIRA DN. Current portuguese perspective of medical liability in Obstetrics and Gynecology. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2009;3(1):24-34.
9. MULLIGAN MA, NECHODOM P. Errors and analysis of errors. *Clin Obstet Gynecol*. 2008 Dec;51(4):656-65.

10. GIUGLIANI C, GAULT N, FARES V. Evolution of patients' complaints in a French university hospital: is there a contribution of a law regarding patients' rights? BMC Health Serv Res. 2009;9:141.
11. GONÇALVES P. Peritos ouvidos em tribunal são factor crucial para definir erro médico. Revista Norte Médico. 2009;39:37-9.
12. LAROS RK. Presidential address: medical-legal issues in obstetrics and gynecology. Am J Obstet Gynecol. 2005 Jun;192(6):1883-9.
13. MAVROFOROU A, KOUMANTAKIS E, MICHALODIMITRAKIS E. Physicians' liability in obstetric and gynecology practice. Med Law. 2005 Mar;24(1):1-9.
14. BUKEN E, BUKEN NO, BUKEN B. Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: incidence, impact, causes and prevention. J Clin Forensic Med. 2004 Oct;11(5):233-47.
15. Inspecção Geral das Actividades em Saúde. Relatório nº 545/2008: Inspecção sobre monitorização do erro médico e acções judiciais com pedido de indemnização por deficiente assistência médica. Disponível em <http://igas.min-saude.pt/> (acedido a 26/3/10)
16. BERGLUND S, GRUNEWALD C, PETTERSON H. Severe asphyxia due to delivery-related malpractice in Sweden 1990-2005. Br J Obstet Gynaecol. 2008 Feb;115(3):316-23.
17. GREENWOOD C, NEWMAN S, IMPEY L. Cerebral palsy and clinical negligence litigation: a cohort study. Br J Obstet Gynaecol. 2003 Jan;110(1):6-11.
18. MOURA P. Vigilância Fetal Intraparto. Arquivos MAC. 2005;XVI(3):8-14.
19. PERLMAN JM. Intrapartum hypoxic-ischemic cerebral injury and subsequent cerebral palsy: medicolegal issues. Pediatrics. 1997 Jun;99(6):851-9.
20. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation and general management principles. Obstet Gynecol. 2009;106:1453-60.
21. WILLIAMS B, Arulkumaran S. Cardiotocography and medicolegal issues. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2004 Jun;18(3):457-66.

22. BERNARDES J, COSTA-PEREIRA A, AYRES-DE-CAMPOS D, VAN GEIJIN HP, PEREIRA-LEITE L. Evaluation of interobserver agreement of cardiotocograms. *Int J Gynaecol Obstet.* 1997;57:33-7.
23. ANNA MACLENNAN: INTERNATIONAL CEREBRAL PALSY TASK FORCE. A template for defining a causal relation between acute intrapartum events and cerebral palsy: international consensus statement. *Br Med J.* 1999;319(319):1054.
24. DOUCHMOUCHTSIS SK, ARULKUMARAN S. Are all brachial plexus injuries caused by shoulder dystocia? *Obstet Gynecol Surv.* 2009 Sep;64(9):615-23.
25. LEIGH TH, JAMES CE. Medicolegal commentary: shoulder dystocia. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998 Aug;105(8):815-7.
26. ACOG. Postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2006;108(4):1039-47.
27. SIMPSON K, KNOX G. Common areas of litigation related to care during labor and birth: recommendations to promote patient safety and decrease risk exposure. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2003 Apr-Jun;17(2):110-25.
28. CHERVENAK FA, CHERVENAK JL. Medical legal issues in obstetric ultrasound. *Clin Perinatol.* 2007 Jun;34(2):299-308.
29. BLUMENTHAL I. Cerebral palsy-medicolegal aspects. *J R Soc Med.* 2001 Dec;94(12):624-7.
30. SCHIFRIN BS, COHEN WR. Medical legal issues in fetal monitoring. *Clin Perinatol.* 2007 Jun;34(2):329-43.

Gráfico e Quadros

Gráfico I. Motivos mais frequentes dos 78 processos médico-legais em Obstetrícia, avaliados pelo Instituto Nacional de Medicina Legal, no período de Janeiro de 2001 a Dezembro de 2006.⁸



Quadro I. Especialidades médicas mais visadas em processos de responsabilidade médica em Portugal, no triénio de 2005 a 2007, de acordo com a Inspeção Geral das Actividades em Saúde.¹⁵

1	Obstetrícia
2	Ortopedia
3	Cirurgia Geral
4	Ginecologia
5	Medicina Interna

Quadro II. Critérios para definição de evento hipóxico intraparto suficiente para causar dano cerebral pelo *Internacional Cerebral Palsy Task Force*.²³

Critérios essenciais:

1. Evidência de acidose metabólica: $\text{pH} < 7$ e $\text{DB} \leq 12 \text{mmol/L}$ no sangue do cordão umbilical ou do neonato, no pós-parto imediato:)
 2. Encefalopatia neonatal precoce, moderada ou severa, se gestação ≥ 34 semanas
 3. Alterações motoras no RN do tipo discinético ou tetraplégico espástico
-

Critérios adicionais não específicos

- Presença de evento hipóxico imediatamente antes ou durante o parto;
 - Deterioração súbita e sustentada do padrão de frequência cardíaca fetal após o evento hipóxico sendo o anterior normal;
 - Índice de Apgar entre 0-6 por um período superior a 5 minutos;
 - Evidência neonatal precoce de envolvimento multissistêmico;
 - Evidência imagiológica neonatal precoce de alteração cerebral aguda;
-
-

Legenda: DB- Déficit de Bases; RN- Recém-nascido