

# RESPONSABILIDADE MÉDICA NA URGÊNCIA HOSPITALAR

LESSEPS LOURENÇO REYS

Instituto de Medicina Legal de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.

## RESUMO

Nos últimos anos as questões de responsabilidade médica nos serviços de urgência dos hospitais públicos têm vindo a aumentar. Várias razões podem contribuir para esta situação e algumas delas são analisadas: a organização dos serviços, a triagem, o trabalho em equipa e a co-responsabilização da administração hospitalar. A repartição da responsabilidade entre estas entidades é analisada no contexto da legislação portuguesa relativa à responsabilidade em geral e a dos médicos em especial.

## SUMMARY

### Medical responsibility at hospital emergency services

Questions of medical responsibility of doctors working at the emergency services of the public hospitals have been increasing during recent years in Portugal. Several reasons may be contributing to the present situation and some of them are analysed: the organization of the service, the triage, the team work and the co-responsibilization of the hospital administration. The sharing of the responsibility among these several entities is discussed within the framework of the Portuguese bylaws regarding the responsibility in general and that of the doctors in particular.

## INTRODUÇÃO

Desde há alguns anos assiste-se, em Portugal, a um crescente número de demandas judiciais contra médicos, por alegadas acções faltosas. Em algumas destas situações, já foram lavradas sentenças condenatórias, fixadoras de responsabilidade civil, criminal ou disciplinar dos médicos.

Algumas destas situações tiveram origem em serviços de urgência hospitalar (SUH). Em todo o mundo, este tipo de serviços são locais propícios ao despoletar de questões de responsabilidade médica<sup>1</sup>. Dir-se-ia, por este motivo, que os SUH são serviços de alto risco, em termos dos médicos se verem acusados de negligência.

Pese embora ser interessante para os juristas a análise das situações de responsabilidade médica, em especial da responsabilidade civil dos médicos, a verdade é que tais análises, por muito douradas que possam ser, correm o risco de propiciar uma aplicação injusta do direito. Por outras palavras, para além do ordenamento jurídico em abstracto, na análise da responsabilidade médica é importante que se tenha em conta a situação concreta em que actuou o médico arguido de negligência ou de outros actos faltosos.

São variadas as circunstâncias que tornam os SUH em serviços de alto risco, em termos de suscitarem questões

de reponsabilidade médica. Passaremos a aflorar alguns destes factores, sem a preocupação duma análise exaustiva, antes de alertar os colegas médicos para os aspectos da sua responsabilidade enquanto exercem nos SUH.

### A organização dos serviços de urgência hospitalar

No âmbito da organização de serviços de urgência há que considerar não só o serviço de urgência hospitalar propriamente dito, como também tudo o que se passa a montante e a jusante do mesmo. A montante situa-se todo o conjunto de condições que conduzem os doentes ao SUH. A jusante, estão sobretudo as condições de internamento dos doentes que passam pelo SUH, desde as salas de observação (SO), unidades de cuidados intensivos (UCI), enfermarias, etc. Estes aspectos já foram objecto de análise por vários colegas.

O número de doentes que chega ao SUH depende do que se passa a montante do mesmo. Segundo a Colega Geneviève Barrier, que é directora do Serviço de Ajuda Médica de Urgência (SAMU) de Paris desde 1984, dois conjuntos de factores condicionam a grande procura dos SUH nas grandes metrópoles<sup>2</sup>: o desaparecimento da medicina de família e o aumento catastrófico do número de acidentes, em especial os de viação.

O desaparecimento progressivo dos médicos da família nos grandes centros urbanos tem várias consequências negativas. Os doentes ficam entregues a si próprios, sem cuidados preventivos, e, ao menor sintoma de alarme, procuram um SUH. Muitos destes doentes, no entanto, não se encontram em situação de urgência propriamente dita, isto é, em risco de vida, de perda de órgão/membro ou de função importante. Desta forma sobrecarregam o SUH, em prejuízo da assistência a ser prestada aos doentes em situação de urgência real.

O aumento do número de acidentes de viação atinge números assustadores. De acordo com um responsável pela prevenção rodoviária no espaço comunitário europeu, estima-se que diariamente ocorrem 4000 feridos e 135 mortes em consequência de acidentes de viação no total dos países comunitários. Para estes números a contribuição portuguesa não é pequena, sabido que Portugal deteve nos últimos anos as estatísticas mais preocupantes neste âmbito.

Outros factores poderiam ser citados para explicar o grande afluxo de doentes aos SUH, como sejam as dificuldades em se obter consultas hospitalares, a necessidade de se conseguir um internamento por via da urgência, etc. Neste sentido, como afirmou Celestino da Costa<sup>3</sup>, *os serviços de urgência são apenas o espelho da desorganização e da incapacidade do nosso sistema de saúde, não a sua causa (sic)*.

A quase inexistência duma triagem prévia dos doentes que ocorrem ao SUH, obriga que a mesma seja feita no próprio serviço de urgência. A propósito dos factores extrahospitalares que contribuem para o grande afluxo de doentes aos SUH, escreviam, em 1986, os Colegas Fernando de Pádua e Pinto Correia:

... (Devido) à inexistência de uma triagem antes do acesso ao Hospital, seja à entrada, seja nos Serviços de atendimento à periferia (da cidade ou do país) – tudo converge para os Hospitais de Santa Maria e S. José, que reventam por todas as costuras.<sup>4</sup>

Desta maneira, a triagem que se processa aos balcões dos SUH tem um papel duplamente importante: por um lado serve para hierarquizar as prioridades na prestação dos cuidados e, por outro, dar conta ao doente ou aos seus familiares, do diagnóstico, do plano de tratamento e, eventualmente, do prognóstico da situação.

É preciso não olvidar que o conceito de triagem deriva da medicina militar, e originalmente aplicava-se à separação e classificação dos feridos em combate (ou em outros desastres), com o fim de determinar a prioridade das necessidades de tratamento bem como o local apropriado para o mesmo.

Modernamente a triagem é entendida como o *screening* médico dos doentes com o objectivo de se determinar a sua prioridade no tratamento<sup>5</sup>. Ela é aplicada, por exemplo, na Medicina de Catástrofe.

No caso dos SUH, no entanto, a triagem assume aspectos particulares pelos motivos já referidos: grande número de doentes que ocorrem aos mesmos não se encontram, de facto, necessitados de atendimento no referido serviço.

Assim, por exemplo, a triagem realizada no Serviço de Urgência Central (SUC) do H. Stª Maria, procura separar

os doentes atendidos aos balcões do mesmo, em 4 grupos prioritários, segundo a Classificação Internacional das Prioridades Terapêuticas nos Serviços de Urgência (*Quadro 1*).

*Quadro 1* – Classificação internacional das prioridades terapêuticas no Serviço de Urgência

Grupo 1	Tratamento imediato	Visa salvar a vida, órgão/membro e/ou função importante
Grupo 2	Tratamento urgente	Situação em que o tratamento pode ser diferido em algumas horas (a ser feito em menos de 6 horas)
Grupo 3	Tratamento mínimo	A ser feito em ambulatório (urgência não clínica)
Grupo 4	Tratamento expectante ou Tratamento desnecessário (DOA ou CC*)	

Não tratamento

\*DOA = Dead on arrival ou CC = Chegou cadáver

A experiência do SUC do H. Sta Maria, nos últimos anos, permite concluir que a grande maioria dos doentes que procuram o mesmo são classificados no Grupo 3, ou seja, doentes que necessitam de tratamento mínimo e a ser feito em ambulatório<sup>6</sup>. Num inquérito efectuado a 390 indivíduos que procuraram o mesmo serviço de urgência, durante um período de 24 horas, Sequeira *et al.* concluíam que somente em 20% dos casos se tratava de urgências propriamente ditas, passíveis de internamento<sup>7</sup>.

No entanto, nem sempre as condições de trabalho nos SUH são propícias para um trabalho de triagem cuidadoso da parte dos médicos. Como afirmava Fernando de Pádua, em 1985, a propósito do Banco do Hospital de Santa Maria<sup>8</sup>:

*Nos chamados Balcões acumulam-se dezenas de doentes a serem examinados, a aguardarem exames complementares ou observação por especialista, ou à espera do efeito duma primeira medicação de urgência. Isto numa área que não excede os 100 m<sup>2</sup>. No meio de todo o ruído, agitação e gemidos, jovens médicos em treino, tentam interrogar e examinar os doentes que vão chegando (6 a 8 centenas/dia).*

Esta situação não é de modo algum exclusiva do SUC do H. de Stª Maria, a dar crédito a notícias que os meios de comunicação veiculam de tempos a tempos<sup>9,10</sup>

No entanto, para o próprio doente, ou para familiares, amigos ou conhecidos que o acompanham, sobreleva mais a urgência por eles sentida, ou seja o seu estado de ansiedade, mesmo de angústia. Uma vez entrado no SUH, todo o compasso de espera pode ser contabilizado em desfavor dos médicos – sobretudo quando essa entra-

da é precedida pelo aparato do transporte e assistência prestados pelos serviços de emergência médica.

A hierarquização das prioridades, isto é, a ordenação dos doentes entrados segundo os graus de prioridade e o seu encaminhamento para os sectores apropriados, depende da decisão médica, baseada na experiência e critérios clínicos de quem está ao balcão, de qualquer modo a serem fundamentados em critérios técnicos e em conformidade com a *leges artis*, ou seja, com aquilo que, em consonância com os conhecimentos científicos vigentes, se considere acertado fazer. Em muitos SUH existem, escritos ou não, protocolos de actuação para as situações graves que se verificam com maior frequência.

Não é demais insistir na responsabilidade de quem faz a triagem. Como diz Ficarra (*op. cit.*), a crescer ao *stress* da equipa, permanentemente solicitada a intervir nas mais variadas situações, os médicos que estão na triagem têm a tremenda responsabilidade de passarem a ser os agulheiros que decidem entre a vida e a morte. Inclusive os próprios médicos já têm sido acusados de práticas que, no mínimo seriam qualificáveis de eutanásicas, por motivos económicos<sup>11</sup>. De qualquer forma, um erro ao nível da triagem pode ser desastroso não só para quem está de agulheiro, como envolver toda a equipa e a própria administração hospitalar.

A par desta vertente técnica da intervenção médica, é importante não se olvidar a vertente humana da mesma. Esta traduz-se no contacto médico/doente ou médico/família do doente. O doente e seus familiares vivem momentos de crise: uma palavra do médico torna-se indispensável, para lhes assegurar, quanto mais não seja, que o seu doente está a ser assistido, que todo o possível está a ser feito para o recuperar. Por outras palavras, a humanização no atendimento e a personalização no contacto médico-doente são tão importantes quanto a prestação de cuidados. A sua necessidade é sentida por todos quantos trabalham nos SUH, tendo-se inclusive já avançado algumas sugestões para se alcançar esta humanização<sup>12</sup>.

### O médico e a equipa médica de serviço no SUH

Há que reconhecer que o trabalho do médico num serviço de urgência não é facilitado, antes pelo contrário, pelas condições que levam os doentes a acorrer aos serviços de urgência, sobretudo dos hospitais centrais e pelos aspectos organizativos destes serviços.

A equipa de médicos e enfermeiros que trabalham num SUH tem de ser uma equipa coesa, tecnicamente experimentada em lidar com as situações graves que chegam ao serviço de urgência<sup>13</sup>.

A medicina de urgência é extraordinariamente difícil. Como afirma a Colega Geneviève Barrier (*op. cit.*), a urgência médica deveria ser considerada como uma especialidade ou uma competência de direito próprio.

De facto, tendo em conta o equipamento sofisticado que existe num SUH, seja para fins de diagnóstico (TAC, as ecografias, a ressonância magnética, os exames biológicos e microbiológicos, os exames toxicológicos, etc.,) seja para para fins de tratamento (cada vez mais dispendi-

os), é imprescindível que a equipa de urgência - médicos e enfermeiros - se encontrem bem preparados para utilizar esses meios com eficiência e economia. A prática da chamada medicina defensiva, em que os médicos tendem a pecar por excesso, muitas vezes para se prevenir de futuras acusações de falta de zelo ou mesmo de negligência, levam a um empolamento dos custos de saúde, incompatível com a escassez dos meios disponíveis, pelo menos nos estabelecimentos públicos de saúde. Em 1984, num estudo levado a cabo nos EUA, pela Comissão de Responsabilidade Profissional da Associação Médica Americana, calculou-se que a prática deste tipo de medicina defensiva, juntamente com as despesas administrativas inerentes, atingia anualmente mais de 15 biliões de dólares<sup>14</sup>.

É neste sentido que os cursos destinados a transmitir os conhecimentos mais actuais de como actuar nas situações de urgência - sejam elas a insuficiência cardíaca aguda, os comas, as intoxicações, as hemorragias digestivas, os politraumatizados graves, etc. - são extremamente importantes na formação contínua dos médicos. Os protocolos de actuação constituem aquilo que os juristas designam de *leges artis*, ou seja, a arte correcta de utilizar os meios disponíveis (de diagnóstico e/ou tratamento), em conformidade com os conhecimentos científicos mais actualizados. Geneviève Barrier defende mesmo que os médicos e enfermeiros que trabalham nos serviços de urgência deveriam ter, a par da sua formação pós-graduada em especialidades médicas ou paramédicas, cursos de formação contínua em urgências médicas.

A inexperiência num serviço de urgência é perigosa não só para o doente, cuja vida ou saúde podem ser postas em risco, como também para a própria equipa médica que se pode ver acusada de imperícia ou de negligência. Pode igualmente, no caso de SUH em hospitais ou serviços públicos de saúde, ser uma via de co-responsabilização da própria administração hospitalar, como se verá mais adiante.

Quando um médico ou uma equipa médica são demandados judicialmente por alegados actos faltosos cometidos num SUH, interessa definir, em primeiro lugar, a categoria da responsabilidade (penal, disciplinar ou civil).

As responsabilidades penal e disciplinar são responsabilidades de tipo individual. A primeira decorre da prática de actos criminosos e a segunda de infracção de deveres relativos ao desempenho de uma profissão ou de um função. Mesmo que o médico trabalhe em equipa, a sua responsabilidade penal ou disciplinar é sempre individual.

Já o mesmo não sucede quando se trata de responsabilidade civil. Como se sabe, esta está associada à compensação ou indemnização de pessoas dos prejuízos ou danos resultantes da prática de actos juridicamente condenáveis.

No contexto da responsabilidade civil, que é, muito provavelmente, o *primum movens* das acções judiciais movidas contra os médicos, também interessa a natureza contratual ou extra-contratual da relação médico/doente, e, por outro lado, a índole pública ou privada dos serviços de saúde em que se verificaram os alegados actos de negligência ou de imperícia.

Neste tipo de responsabilidade já é possível alguém ter de pagar pelos actos de outras pessoas, ou seja, o ónus da reparação ser dividido entre vários responsáveis.

Nos SUH os médicos habitualmente trabalham em equipa. Os aspectos jurídicos da responsabilidade médica dos médicos integrados em equipa foram já objecto de análise por vários AA<sup>16</sup>.

Para fins jurídicos, interessa, em primeiro lugar, definir se a responsabilidade civil é de índole contratual ou extra-contratual.

Considera-se que a responsabilidade civil é de natureza contratual quando existe um contrato entre o doente (ou seus representantes) e o médico (ou equipa médica). Entre os pré-requisitos para se configurar a existência de relação contratual, estão o livre consentimento de ambas partes e as obrigações assumidas por cada uma delas. O doente obriga-se a colaborar com os médicos e a pagar-lhe os honorários e os médicos a dar-lhe assistência adequada segundo os dados científicos mais actuais (*obrigação de meios*). A responsabilidade contratual rege-se pelos artigos 762º e seguintes do Código Civil. É o tipo de responsabilidade civil que se poderá verificar no âmbito da medicina privada, em que o doente firma um contrato com uma clínica ou com uma equipa médica para obter assistência médica.

Quando não existe contrato entre o médico ou médicos e o doente, a responsabilidade resultante é de natureza extracontratual e rege-se de acordo com o artigo 483º do Código Civil.

### Co-responsabilização da administração hospitalar

Considerando somente os SUH que, na sua grande maioria, no nosso país, são serviços públicos, é lícito concluir-se que, em casos de responsabilidade civil dos médicos que exercem nesses serviços, tem aplicação a lei reguladora da responsabilidade civil extracontratual do Estado, no domínio dos actos de gestão pública.

No entanto esta posição não é isenta de controvérsia entre os juristas que se debruçaram na sua análise. Por outro lado, também se constata alguma evolução no que diz respeito à legislação específica publicada sobre esta matéria.

Freitas do Amaral<sup>17</sup> sintetiza esta evolução em três fases:

- uma primeira fase, até 1979, em que a legislação portuguesa era omissa quanto a este problema;
- uma segunda fase, de 1979 a 1990, em que houve definição legislativa expressa no sentido de qualificar a responsabilidade por actos médicos praticados em estabelecimentos públicos de saúde como responsabilidade por actos de gestão pública<sup>18</sup>;
- uma terceira fase, com início em 1990, após publicação da Lei de Bases da Saúde (Lei nº 56/79, de 15 de Setembro), em que se omite qualquer referência a esta questão, o que obriga de novo a definição doutrinária sobre esta matéria.

Após uma análise das várias teorias em confronto, para qualificar os referidos actos médicos como actos de gestão privada ou de gestão pública, o referido Autor conclui que a actividade médica nos estabelecimentos públicos de saúde deve ser considerada como uma actividade de gestão pública.

Esta questão não é tão dispicienda para nós, médicos, como poderia parecer à primeira vista. Porque as conse-

quências jurídicas desta qualificação são diferentes, consoante se trate de actos de gestão privada ou pública.

Em se considerando os actos médicos nos SUH como actos de gestão pública, a competência para apreciação da eventual responsabilidade por esses actos é do foro administrativo, ou seja, pertence aos tribunais administrativos do círculo judicial.

Por outro lado, o direito aplicável não será o direito civil, mas o direito público, neste caso o Decreto-Lei nº 48051, de 21 de Novembro de 1967.

Note-se que, quanto à determinação dos sujeitos responsáveis, o regime estabelecido neste diploma - que estipulava a existência de responsabilidade solidária da Administração e do agente quando este tivesse actuado dolosamente no exercício das suas funções; e responsabilidade exclusiva da Administração perante o lesado, quando o agente tivesse actuado com negligência - *teve* que ser alterado por força do artigo 22º da actual Constituição. Segundo este *O Estado e as demais entidades públicas são civilmente responsáveis, em forma solidária com os titulares dos seus órgãos, funcionários ou agentes, por acções ou omissões praticadas no exercício, de que resulte violação dos direitos, liberdades e garantias ou prejuízo para outrem*.

Nesta conformidade, a responsabilidade é solidária tanto nos casos de dolo como nas situações de mera negligência.

Os doentes (ou os familiares), lesados por alegadas condutas ilícitas dos médicos, enquanto agentes da função pública, podem assim dirigir as suas demandas não apenas contra o Estado e demais entidades públicas, mas também - exclusiva ou conjuntamente - contra os próprios médicos que tenham agido como órgãos, funcionários ou agentes da Administração<sup>19</sup>.

É provável que este novo enquadramento jurídico da responsabilidade médica no nosso país se venha, no futuro, a traduzir numa maior responsabilização das administrações hospitalares. De facto, como afirmava Carneiro<sup>20</sup>, num trabalho publicado em 1978 sobre a responsabilidade da administração hospitalar, até essa data só muito raramente as administrações dos hospitais portugueses tinham sido demandadas judicialmente. Na quase totalidade dos casos, a responsabilidade por actos de negligência, inconsideração, imperícia, omissões, etc. as acções foram intentadas directamente contra os médicos ou outro pessoal de cuidados faltosos.

A tendência de responsabilização das administrações hospitalares é já manifesta em algumas situações, como sejam, por exemplo, no caso de hemofílicos contaminados com o HIV em França<sup>21</sup>, Itália e Alemanha<sup>22</sup>, ou, em Portugal, no caso das intoxicações aluminicas em doentes hemodialisados. Note-se, no entanto, que, nos casos de danos provocados em doentes, em consequência da utilização de produtos ou equipamentos defeituosos, pode igualmente ter lugar a co-responsabilização dos fornecedores (indústria farmacéutica, fabricantes do equipamento, etc)<sup>23</sup>

### CONCLUSÃO

Há poucos anos atrás seria inaceitável falar-se de responsabilidade médica nos serviços de urgência sem suscitar de imediato a questão das condições em que os

médicos trabalhavam nos mesmos. Denunciavam-se as condições caóticas em que sobreviviam os médicos e perguntava-se quantos doentes morriam por falha humana<sup>24</sup> ...*Trabalho louco por parte dos médicos, enfermagem e outros paramédicos, criando condições em que repetidas falhas humanas são quasi obrigatórias*<sup>25</sup>...

Entre as soluções propostas apontavam-se a necessidade de abertura de serviços de urgência em outros Hospitais Centrais de Lisboa e do Porto<sup>26</sup>, a transformação dos SUH em serviços autónomos de acção médica, com direcção própria, a implantação de Serviços de Atendimento Permanente, a activação do Instituto Nacional de Emergência Médica, o estabelecimento de um sistema de comunicações obrigatório entre hospitais periféricos e centrais para acerto de terapêuticas e de deslocação de doentes ou mesmo de médicos, e modificações nos aspectos organizativos dos próprios SUH dos hospitais centrais<sup>3,12,13</sup>.

Algumas destas sugestões têm vindo a ser concretizadas, na sequência, segundo cremos, das conclusões do Relatório da Comissão Técnica para o Estudo da Urgência na Área de Lisboa, bem como recomendações formuladas por uma Comissão de Emergência Médica, que funcionou, no I.N.E.M. Abriram-se mais S.U. (quatro na área de Lisboa), implantaram-se os SAP, melhorou-se consideravelmente o serviço de transporte dos doentes (ensaiando-se inclusivamente o sistema de ambulâncias medicalizadas, à semelhança do que já se faz noutros centros urbanos), etc.

Prevê-se igualmente a criação de um centro coordenador, que promoverá a articulação com os serviços de urgência hospitalar. Tal centro terá por missão dirigir os doentes urgentes para os hospitais mais bem apetrechados para os assistir<sup>27</sup>, evitando-se que os mesmos tenham de ser deslocados dum hospital para outro até obterem a assistência adequada.

Trata-se de um modelo que tem algumas analogias com o SAMU de Paris, o qual, nas palavras da respectiva Directora, tem dado resposta satisfatória na referida metrópole, podendo inclusivamente ser considerado como um modelo. Segundo ela própria confessa, no entanto, os resultados deste tipo de organização não foram ainda validados por um estudo científico.

Seja como for, e para concluir, a responsabilidade legal do médico deve ser equacionada no contexto das suas condições de trabalho. Os médicos são obrigados a fazer o máximo pelo doente urgente, mas só poderão fazer o que os meios disponíveis e condições existentes lhes permitirem que façam.

A medida que os cidadãos ganham maior consciência dos seus direitos e perdem a noção mítica da medicina infalível e irresponsável, é de esperar que cresça o número de acções judiciais contra os médicos, incluindo dos que trabalham nos serviços de urgência.

No sentido de evitar o pior, seria desejável que todos, sem excepção, assumissem desde logo a sua quota parte de responsabilidades: as faculdades na formação contínua dos médicos, os próprios médicos, enfermeiros e paramédicos no treino em medicina de urgência, as

administrações na criação de serviços de urgência funcionais, as autoridades de saúde na organização de uma rede de emergência médica em perfeita articulação com os serviços de urgência hospitalares. Finalmente, os próprios doentes devem ser instruídos sobre o real sentido da urgência, de modo a ser evitado o uso e abuso de meios tão sofisticados e dispendiosos, muitas vezes em prejuízo daqueles que, de facto, deles precisam.

## BIBLIOGRAFIA

1. GIBBS N: *We Do It All*, Time 1990; 28: 38-40
2. BARRIER G: La Médecine d Urgence. In *La Vie Entre les Mains*. Paris, Editions Odile Jacob 1992; 135-187
3. CELESTINO da COSTA J: O Serviço de Urgência. *Rev. Ordem dos Médicos* 1989; Junho, 22-30
4. DE PÁDUA F, PINTO CORREIA J: Os Problemas da Urgência Médica. Carta aberta de 15 de Janeiro de 1986
5. FICARRA B: *Medicolegal and Bioethical Responsibilities in Triage*. In *Legal Medicine* 1989, Ed. Cyril H. Wecht, Butterworth Legal Publishers, Salem (New Hampshire, USA), 1990; 201-219
6. PEREIRA HENRIQUES J M: A Questão Ética no S.U.C. - Memorando presente à Comissão de Ética Hospital Sta Maria/Faculdade de Medicina de Lisboa
7. SEQUEIRA JF et al: 24 Horas de Urgência num Hospital Central. *Rev Pat Clínica e Terapêutica* 1991; 13: 107-114
8. DE PÁDUA F: Carta dirigida ao Conselho de Gerência do Hospital de Santa Maria em 28 de Novembro de 1985
9. MALHEIROS JV: Vinte e Quatro Horas de Urgência. *Expresso Revista*, 10 de Julho 1988; 38R-43R
10. KRIEKEN JV: Os Corredores Gelados do Hospital de S. José. *Expresso*, 25 de Janeiro de 1992
11. PLACIDO JUNIOR J: Vida e Morte na Urgência. *O Jornal*, 14 de Setembro 1990; p. 19
12. PEREIRA HENRIQUES M: A Humanização dos Serviços de Urgência. *Revista da Ordem dos Médicos*, Março de 1992; pp. 24-30
13. SOARES-COSTA JTS: Urgência Hospitalar. *Rev do Interno* 1993; 3:199-208
14. HIRSCH HL: *Defensive Medicine - Friend Or Foe?* In *Legal Medicine* 1989, Ed. Cyril H. Wecht, Butterworth Legal Publishers, Salem (New Hampshire, USA), 1990; 145-180
15. op. cit.
16. FARIA PL: A Equipe Médica e a Definição de Responsabilidade. *Revista Faculdade Medicina de Lisboa* 1993; 1(3):89-93
17. FREITAS DO AMARAL D: Natureza da Responsabilidade Civil por Actos Médicos Praticados em Estabelecimentos Públicos de Saúde. In *Direito da Saúde e Bioética*; Ed. Lex-Edições Jurídicas, Lisboa 1991; 123-131
18. Cr. Artigo 8º, nº 3, do Estatuto do Médico (Decreto-Lei nº 373/79, de 8 de Setembro) e, mais tarde, no artigo 12º da Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde (Lei nº 5 6/79, de 15 de Setembro).
19. FREITAS DO AMARAL D: op. cit.
20. CARNEIRO J S: Responsabilidade da Administração Hospitalar. *Revista de Direito e Estudos Sociais* 1972; 19:123-307
21. GREILSAMER L: *Le Procès du Sang Contaminé*. Le Monde-Éditions, Paris, 1992
22. POST T, WALDROP T: *Germany's Tainted Blood*. *Newsweek*, 15 de Novembro de 1993; pp. 24-25
23. WOODSIDE III FC GRUNES A, COMODECA JA: *Medical-Legal Analysis and Considerations in Product Liability Cases Involving Pharmaceutical Companies*. In *Legal Medicine* 1989, Ed. Cyril H. Wecht, Butterworth Legal Publishers, Salem (New Hampshire, USA), 1990; 125-143
24. DE PÁDUA F: Carta dirigida ao Conselho de Gerência do Hospital de Santa Maria em 28 de Novembro de 1985
25. DE PÁDUA F PINTO CORREIA, J.: Os Problemas da Urgência Médica. Carta aberta de 15 de Janeiro de 1986
26. GUERRA L, MONTEIRO B, CERQUEIRA MAGRO F: Os Serviços de Urgência. *Arquivos de Medicina* 1987; 2: 197-200
27. RAIMUNDO O: Lisboa Vai Ter Urgências em Mais Quatro Hospitais. *Expresso*, 17 de Março de 1990