

Processo n.º 232/2019

(Autos de recurso de decisões jurisdicionais do TA)

Relator: Fong Man Chong

Data: 31 de Outubro de 2019

Assuntos:

- critério de avaliação de provas e sua impugnação

SUMÁRIO:

I - O critério para aferir a razoabilidade dos juízos de prova especificamente impugnados é o de análise crítica do material probatório constante dos autos, incluindo as gravações ou transcrições dos depoimentos, tendo em conta o respectivo teor, o seu nicho contextual histórico-narrativo, bem como as razões de ciência e a credibilidade dos testemunhos. Só assim se poderá satisfazer o critério da prudente convicção do julgador na apreciação da prova livre, em conformidade com o disposto, designadamente no artigo 390º do CCM, em conjugação com o artigo 558º do CPC, com vista a obter uma decisão que se possa ter por justa e legítima.

II – Quando todos os elementos probatórios constantes dos autos, mormente o depoimento das testemunhas, não permitem sustentar uma versão fáctica diferente da fixada pelo Tribunal recorrido, não obstante o Recorrente vir

impugnar a matéria de facto, é de manter a decisão sobre a matéria fáctica tomada pelo Tribunal *a quo*.

O Relator,

Fong Man Chong

Processo n.º 232/2019

(Autos de recurso de decisões jurisdicionais do TA)

Data : 31/Outubro/2019

Recorrente : - A (A)

Recorridos : - B (B)
- Serviços de Saúde (衛生局)

*

ACORDAM OS JUÍZES NO TRIBUNAL DE SEGUNDA INSTÂNCIA DA RAEM:

I - RELATÓRIO

A (A), Recorrente, devidamente identificado nos autos, não se conformando com a sentença proferida pelo Tribunal Administrativo (que julgou improcedentes todos os pedidos formulados), datada de 26/10/2018, veio, em 27/12/2018, recorrer para este TSI com os fundamentos constantes de fls. 2069 a 2095, tendo formulado as seguintes conclusões :

1. Salvo o devido respeito por opinião defendida pelo Tribunal *a quo*, o Recorrente não se conforma com a sentença recorrida (dando-se aqui por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais).

2. À luz dos artigos 1º a 7º das presentes alegações do recurso, o recurso interposto é tempestivo, o Recorrente tem legitimidade para recorrer, e ao TSI compete julgar o presente recurso.

3. O presente recurso fundamenta-se na violação da lei pela sentença recorrida

e na modificabilidade da decisão de facto.

4. No que concerne à violação da lei, de antemão, o Recorrente considerou que era ilegal a decisão proferida pelo Tribunal *a quo* que indeferiu o pedido de designação de um perito médico que reside no exterior de Macau e o pedido de impedimento de dois médicos do Centro Hospitalar Conde de S. Januário, formulados pelo Recorrente. (Vide fls. 1777 e 1812v. dos autos)

5. Primeiro, nos termos do disposto no n.º 1 do art.º 493º do Código de Processo Civil, as partes podem requerer o impedimento dentro do prazo de 10 dias a contar do conhecimento da nomeação. Assim, o Recorrente pode apresentar o requerimento de impedimento depois da realização da nomeação concreta, mesmo que não se tenha pronunciado, de forma nenhuma, sobre a pessoa escolhida pela 2ª Recorrida para o cargo de perito médico.

6. Segundo, nos termos do disposto no n.º 2 do art.º 495º do Código de Processo Civil, ao juiz cabe a nomeação do perito médico, de entre os peritos médicos oficiais ou, estando estes impossibilitados ou impedidos de realizar a perícia, de entre os restantes peritos médicos.

7. O serviço de neurocirurgia é um departamento médico de alta especialidade, verifica-se uma grande escassez de médicos dessa especialidade em Macau, e, conforme a relação nominal fornecida pela 2ª Recorrida, só existem seis médicos da neurocirurgia. Isto é, para além dos médicos da neurocirurgia constantes da relação em apreço, entre os médicos no sector privado na R.A.E.M., não se encontra pessoa adequada para o cargo de perito médico da presente causa.

8. Nesta conformidade, o requerimento apresentado, em 19 de Outubro de 2016, pelo Recorrente ao Tribunal *a quo* é compatível com o preceito legal, devendo o Tribunal *a quo* admitir o requerimento do Recorrente e nomear um médico especialista do Interior da China como perito médico da presente causa.

9. Na verdade, entre os três peritos médicos nomeados, apenas um exerce funções de neurocirurgião no Hospital Kiang Wu (Dr. C (C)) e os restantes dois peritos são neurocirurgiões do Centro Hospitalar Conde de S. Januário.

10. Nos termos do disposto no **art.º 30º do Decreto-Lei n.º 81/99/M**, o Centro

Hospitalar Conde de S. Januário é dirigido por um subdirector responsável pelos cuidados de saúde diferenciados. O 1º Recorrido, B (B), é justamente o director do Centro Hospitalar Conde de S. Januário, sendo dirigente máximo do Centro Hospitalar Conde de S. Januário, enquanto os dois peritos médicos nomeados, Dr. D (D) e Dr. E (E), são médicos especialistas do Centro Hospitalar Conde de S. Januário. Ou seja, os dois peritos nomeados são médicos especialistas recrutados pelos **Serviços de Saúde**, ora 2ª Recorrida, e o 1º Recorrido, B (B), é o superior hierárquico do centro hospitalar (sic) onde os referidos dois peritos exercem funções.

11. Nos termos do disposto no n.º 1 do art.º 492º e na alínea e) do n.º 1 do art.º 316º do Código de Processo Civil, tendo-se em conta que a aludida relação existente entre os dois peritos e os dois Réus na causa é suficiente para levar as pessoas a terem fundadas dúvidas sobre se os dois peritos médicos conseguem ou não exercer, de forma justa e imparcial, as suas funções periciais consoante os seus conhecimentos profissionais e deontologia.

12. Na verdade, os factos dados como provados nesta causa fundamentam-se, largamente, nos relatórios periciais e nas respostas dadas pelos três peritos médicos às questões lançadas na audiência de julgamento. (Mormente aos artigos 22º, 43º, 46º, 47º, 50º, 51º, 52º, 55º, 56º, 57º, 59º, 61º, 65º, 77º e 78º da base instrutória)

13. Pelo exposto, a sentença recorrida violou manifestamente o disposto nos artigos 493º, n.º 1, e 492º, n.º 1, em conjugação com os artigos 316º, n.º 1, al. e), e 495º, n.º 2 do Código de Processo Civil, pelo que deve a mesma ser revogada e substituída por uma decisão justa que concede provimento ao recurso interposto pelo Recorrente; ou deve ordenar-se ao Tribunal *a quo* que proceda à nova nomeação de peritos, a fim de realizar a nova perícia e, em consequência, proferir o novo acórdão.

14. No que concerne à modificabilidade da decisão de facto, antes de mais, o Recorrente impugnou a decisão sobre a matéria de facto proferida pelo Tribunal *a quo*, entendendo que era incorrecta a parte da decisão sobre a matéria de facto em que o Tribunal *a quo* deu como não provados os artigos 5º, 26º, 27º e 33º dos factos.

15. Dos factos provados acima expostos se constata que a implantação de vários dispositivos de desvio de fluxo sanguíneo e a cirurgia de implantação de aparelhos de triagem

hematológica podem causar risco de complicações ocultas. Em caso de pacientes idosos e de alto risco, tais medidas do tratamento elevam o risco de morte súbita e de apoplexia, bem como causam o enfraquecimento da capacidade de raciocínio e a disfunção neurológica.

16. Em 24 de Outubro de 2011, data em que foi realizada a 2ª intervenção cirúrgica cerebrovascular, o Recorrente tinha 62 anos de idade, por isso, a implantação de três dispositivos de desvio de fluxo sanguíneo nos vasos sanguíneos do Recorrente (dois na artéria carótica interna do lado direito e um no lado esquerdo) feita na 2ª intervenção cirúrgica cerebrovascular causou grande risco oculto ao Recorrente idoso.

17. Conforme a alínea M) dos factos assentes no despacho saneador constante de fls. 241 dos autos, o resultado dos exames MRI e MR submetidos, em 27 de Outubro de 2015, pelo Recorrente confirma a redução do fluxo sanguíneo no segmento cavernoso das artérias caróticas internas bilaterais do Recorrente, principalmente no lado direito, o estreitamento do calibre do segmento A1 do lado direito, e tal imagem pode estar relacionada com a presença do dispositivo do suporte. (Vide fls. 38 e 253 dos autos, cujo teor se dá aqui por integralmente reproduzido) Na verdade, conforme o relatório do exame imagiológico constante de fls. 26 dos autos, em 6 de Outubro de 2011, depois do Recorrente ter-se submetido à 1ª cirurgia, tal relatório do exame mostra o seguinte: “(...) *Bilateral anterior, middle and posterior cerebral arteries are nothing remarkable in morphology and distributed, (...)*”. Isto é, após o término da 1ª cirurgia, as artérias cerebrais eram normais. Provou-se na audiência de julgamento que, em uma semana posterior à 1ª cirurgia, o Autor se recuperou, conseguiu comer sozinho, teve raciocínio de fala normal e esteve consciente.

18. Todavia, durante a 2ª cirurgia, conforme as informações do exame clínico constantes de fls. 31 dos autos: “(...) but there is a intravascular clot developed in the M1-2 segment of the right MCA, prompt intra-arterial injection of Integrilin 8mg performed, the flow of right MCA becomes patente thereafter. Only terminal branch preent with certain flow delay”. Isto é, durante a 2ª cirurgia, verificava-se atraso de fluxo sanguíneo no ramo terminal da artéria carótica interna do Recorrente.

19. Porém, o médico assistente não procedeu a um tratamento mais profundo para resolver o atraso de fluxo sanguíneo no ramo terminal da artéria carótica interna surgido durante a cirurgia.

20. Deve indicar-se que uma das complicações relevante causada pelo dispositivo de desvio de fluxo sanguíneo é a oclusão de ramo arterial, geralmente, entende-se que a oclusão de ramo arterial resulta da alta taxa de cobertura metálica do dispositivo de desvio de fluxo sanguíneo, e, em consequência, os pequenos ramos de vaso sanguíneo podem ser ocluídos pelos fios metálicos do dispositivo de desvio de fluxo sanguíneo, causando enfarte de ramo arterial e depois a necrose isquémica da zona de subministração sanguínea de ramo arterial.

21. Assim sendo, o 1º Recorrido, não tendo efectuado a avaliação suficiente, mormente não tendo ponderado que o Recorrente era idoso, na 2ª cirurgia, implantou vários dispositivos de desvio de fluxo sanguíneo nos vasos sanguíneos do Recorrente, a par disso, no meio da cirurgia, surgiu-se a formação de coágulo no segmento M1-2 da artéria cerebral direita, na altura, embora tivesse sido aplicada tempestivamente a injeção de 8mg de anticoagulante, surgiu-se o atraso de fluxo sanguíneo no ramo terminal da artéria carótica interna e, enfim, apareceu o estreitamento do calibre do segmento A1 dos vasos sanguíneos do lado direito do Recorrente, o círculo Wills mostrou a isquemia no segmento cavernoso da artéria carótica interna direita, bem como os vasos sanguíneos intracranianos do Recorrente foram afectados pelos dispositivos de desvio de fluxo sanguíneo, pelo que se verificou a redução da subministração sanguínea cerebral, de que resultaram o enfarte cerebral isquémico subagudo e a doença isquémica vascular crónica. Nesta conformidade, os artigos 5º, 26º, 27º, 33º e 76º dos factos da base instrutória devem ser considerados como provados.

22. A par disso, o Recorrente impugnou a decisão sobre a matéria de facto proferida pelo Tribunal *a quo*, entendendo que era incorrecta a parte da decisão sobre a matéria de facto em que o Tribunal *a quo* deu como não provados os artigos 2º, 3º e 4º dos factos.

23. Das declarações prestadas pela testemunha F (F) se constata que o Recorrente só foi comunicado sobre a localidade e o número de tumor intracraniano que ele tinha, bem como, na altura, ele tinha risco de vida e saúde, mas nunca foi comunicado as informações especialmente relativas ao risco da 2ª cirurgia, à taxa de cura, às eventuais complicações e sequelas da cirúrgica, aos demais programas curativos ou às medidas preventivas aplicáveis, pelo que as informações pré-operatórias comunicadas ao Recorrente

são manifestamente insuficientes e incompletas. Assim sendo, os artigos 2º, 3º e 4º dos factos da base instrutória devem ser considerados como provados.

24. Verifica-se ilicitude no acto praticado pelo 1º Recorrido, já que, antes da cirurgia, o 1º Recorrido não cumpriu o dever de informação perante o Recorrente e, na realização da cirurgia, verificou-se falha evidente no programa curativo de implantação de dispositivo de desvio de fluxo sanguíneo adoptado pelo 1º Recorrido.

25. Pelo exposto, reque-se aos Venerandos Juizes do TSI que, nos termos do disposto na alínea a) do n.º 1 do art.º 629º do Código de Processo Civil, dêem como provados os artigos 2º, 3º, 4º, 5º, 26º, 27º e 33º da base instrutória, bem como, em caso de necessidade, nos termos do disposto nos n.ºs 3 e 4 do mesmo artigo, ordenem a renovação da prova, posteriormente, revoguem a sentença recorrida e substituam-na por uma decisão justa que concede provimento ao recurso interposto pelo Recorrente.

*

B (B), Recorrido, notificado do recurso interposto pelo Recorrente, veio, em 11/02/2019, a apresentar a sua resposta constante de fls. 2103 a 2133, tendo formulado as seguintes conclusões:

1. O Recorrente **A (A)** interpôs recurso contra a decisão que indeferiu todos os pedidos formulados pelo mesmo, entendendo que a decisão proferida pelo Tribunal *a quo* que indeferiu o pedido de impedimento de dois médicos do Centro Hospitalar Conde de S. Januário formulado pelo Recorrente, violou a lei, e que os quesitos 2º, 3º, 4º, 5º, 26º, 27º e 33º da base instrutória devem ser considerados como factos provados (doravante designada simplesmente por “sentença recorrida”).

2. O Recorrente interpôs recurso contra as decisões proferidas nos despachos constantes de fls. 1777 e 1812 dos autos que indeferiram o pedido de impedimento do Dr. D (D) e do Dr. E (E) formulado pelo Recorrente.

3. Ao abrigo do disposto no n.º 3 do art.º 494º (sic) do Código de Processo Civil aplicado por remissão do art.º 99º do Código de Processo Administrativo Contencioso, são irrecorríveis os aludidos despachos, por cima, o Recorrente foi notificado dos despachos em 2 de Dezembro de 2016 e 13 de Março de 2017, respectivamente, assim sendo, o recurso

interposto contra os despachos em apreço deve ser integralmente rejeitado, por ser extemporâneo, ou seja, não ter sido interposto dentro de 10 dias, a contar da notificação dos despachos.

4. Mesmo que assim não se entenda, nos termos do disposto no n.º 2 do art.º 10º da Lei n.º 10/2010, o médico deve exercer a sua actividade com autonomia técnico-científica, e, nos termos do disposto no n.º 2 do art.º 495º do Código de Processo Civil, apesar de os peritos serem recrutados pelos **Serviços de Saúde**, ora 2ª Recorrida, ou o 1º Recorrido ser superior hierárquico dos peritos, esta situação não reúne os fundamentos de recusa enumerados no art.º 316º do Código de Processo Civil.

5. Os pedidos de revogação da sentença recorrida e de ordenação da nova nomeação de peritos, para efeitos de prolação de novo acórdão, formulados pelo Recorrente não foram factual nem juridicamente fundamentados, devendo os mesmos ser integralmente rejeitados.

(II) Quanto aos quesitos 5º, 26º, 27º e 33º

6. Apontou o Recorrente que, em 2015, ele sofria do estreitamento do calibre do segmento A1 dos vasos sanguíneos do lado direito e da isquemia no segmento cavernoso da artéria carótica interna direita mostrada no círculo Wills, resultantes da implantação de vários dispositivos de desvio de fluxo sanguíneo feita na cirurgia realizada, em 24 de Outubro de 2011, pelo 1º Recorrido, consequentemente, causando-lhe enfarte cerebral isquémico subagudo e doença isquémica vascular crónica.

7. Porém, o 1º Recorrido não concorda plenamente com a aludida opinião, mormente os artigos 43º a 62º e 65º a 78º dos factos da decisão sobre a matéria de facto são suficientes para demonstrarem que o 1º Recorrido não provocou a isquemia intracraniana ou anormalidade de subministração sanguínea sofrida pelo Recorrente em 2015, excluindo o nexo de causalidade existente entre os aparelhos de triagem implantados nos vasos sanguíneos do Recorrente durante a cirurgia e o enfarte cerebral isquémico subagudo diagnosticado em 27 de Outubro de 2015.

8. Os artigos 23º e 24º da decisão sobre matéria de facto tratam meramente dos casos gerais e indeterminados, e não do caso concreto do Recorrente, tampouco retirar deles a conclusão da constituição de grande risco oculto referida pelo Recorrente.

9. A par disso, indicou o Recorrente que não se verificava anormalidade nas artérias cerebrais após a cirurgia realizada em 6 de Outubro de 2011, tese essa é infundada. Conforme o relatório do exame imagiológico constante de fls. 26 dos autos, em *impression* (IMP) revela-se claramente que havia quatro aneurismas cerebrovasculares, bem como se descreve concretamente a localidade dos referidos aneurismas. (Vide fls. 26 e 27 dos autos)

10. O artigo 1º do relatório pericial constante de fls. 1857 dos autos que corresponde ao quesito 5º afirmou expressamente que a 2ª cirurgia era indispensável, bem como explicou concretamente o motivo. (Vide fls. 1857 dos autos)

11. Conforme o artigo 7º do relatório pericial constante de fls. 1857 e 1858 dos autos que corresponde ao quesito 26º, o enfarto cerebral de tipo lacunar exibido no exame MRI realizado em 27 de Outubro de 2015 foi provocado pela mudança patológica de ramo penetrante de vasos capilares, além disso, o paciente sofria de hipertensão cuja razão fundamental era arteriosclerose cerebral, entretanto, não se verificava uma relação íntima entre essa arteriosclerose cerebral e a cirurgia em causa, uma vez que tal arteriosclerose cerebral apareceu em quatro anos depois da cirurgia. (Vide fls. 1857 e 1858 dos autos)

12. Conforme o artigo 8º do relatório pericial constante de fls. 1858 dos autos que corresponde ao quesito 27º, em 27 de Outubro de 2015, MRA mostrou que havia estreitamento do calibre do segmento A1 dos vasos sanguíneos do lado direito, mas o foco isquêmico fundamental estava no ramo penetrante da zona da subministração sanguínea vascular da artéria cerebral direita e no lobo parietal esquerdo, não havendo, portanto, uma relação íntima entre as situações em apreço e a artéria cerebral anterior direita, isto é, tais situações não estão relacionadas com os aparelhos de triagem hematológica. (Vide fls. 1858 dos autos)

13. Conforme o artigo 9º do relatório pericial que corresponde ao quesito 33º referido pelo Recorrente, não existe nenhuma relação entre os dispositivos de desvio de fluxo sanguíneo implantados nos vasos sanguíneos intracranianos, a cirurgia e a redução da subministração sanguínea cerebral. (Vide fls. 1858 dos autos)

14. Conforme o artigo 26º do relatório pericial constante de fls. 1860 dos autos, não existe nenhuma relação entre a parte do vaso sanguíneo onde apareceu o enfarte cerebral isquêmico e o segmento do vaso sanguíneo onde foi implantado o aparelho de

triagem hematológica. (Vide fls. 1860 dos autos)

15. Ainda assim, o artigo 11º do relatório pericial constante de fls. 1858 dos autos mostra que, geralmente, a complicação, se a tiver havido, deve aparecer entre 12 e 24 horas após a cirurgia, e não em quatro anos depois da cirurgia. (Vide fls. 1858 dos autos)

16. Na audiência de julgamento, o perito, Dr. C (C) do Hospital Kiang Wu, esclareceu sobre os sintomas das complicações e o princípio médico da inexistência da relação entre a isquemia ocorrida em 2015 e a cirurgia realizada em 24 de Outubro de 2011:

1) *“O vaso sanguíneo afectado, digamos que o segmento do vaso sanguíneo que tinha recebido tratamento intervencionista, é um vaso grande; se se tratar dum problema proveniente da mudança patológica do vaso grande, pode suscitar-se uma alteração isquémica de alcance mais amplo e não dessas alterações isquémicas de pequeno alcance. Esta é a minha opinião, por isso, com base na conclusão que defende a existência de arteriosclerose, na realidade, existe a mudança patológica de vasos capilares”*. (Cfr. Recorded on 17-Jan-2018 at 11.03.38 (2@EU(U3W00113582 中 16:09-16:43 段)

2) *“Se for na fase em que se acabou de fixar o suporte, este fica exposto a interior do vaso sanguíneo, os elementos sanguíneos assentam facilmente em cima deste, formando coágulos que tapam ou ocluem agudamente o vaso sanguíneo onde está fixado o suporte, o que pode causar o enfarte cerebral extensivo e, com o passar do tempo, a formação de células da parede intravascular vai provocar a cobertura da superfície da rede, você compreende? No interior do vaso sanguíneo, o suporte estimula o crescimento de células do endotélio vascular e, enfim, irão cobrir o suporte, efectivamente, o suporte tornar-se-á parte da parede vascular e não ficará exposto à corrente sanguínea em alguns anos depois, pelo que os problemas surgidos posteriormente não deverão directamente relacionados com o suporte”*. (Cfr. Recorded on 17-Jan-2018 at 11.03.38 (2@EU(U3W00113582 中 17:12-18:17 段)

17. O perito Dr. D (D) também esclareceu sobre a forma de revelação de complicações, a cronologia e a relação entre o enfarte cerebral isquémico agudo e o subagudo. Na audiência, o perito assinalou claramente que o enfarte cerebral isquémico subagudo exibido no exame MR realizado em 27 de Outubro de 2015 surgia entre 3 dias e 3 semanas, não sendo relacionado com a cirurgia realizada em Outubro de 2011. (Cfr. Recorded on 17-Jan-2018 at 11.03.38 (2@EU(U3W00113582 中 2:40-3:10 段; 3:52-4:40 段)

18. O perito Dr. D (D) acrescentou na audiência: “*O médico disse que o paciente sofria do enfarte nos vasos sanguíneos intracranianos, mas será que o enfarte foi causado pela implantação do suporte? Não existe nenhuma relação entre essas duas coisas. Pois, se o problema ocorrer nesse local, deve haver enfarte em toda a artéria carótica interna, ou seja, enfarte em todo o hemisfério, enfarte extensivo. O suporte está ligado directamente à artéria, portanto, se o problema for causado pelo suporte, não deve haver apenas o enfarte na artéria cerebral, mas sim na artéria inteira, o que causa coma, paralisia e, enfim, morte do paciente. Tal como uma árvore, se o tronco estiver estragado, a árvore inteira também vai estragar e morrer*”. (Cfr. Recorded on 17-Jan-2018 at 11.48.12 (2@EVDK@100113582)中 14:57-16:18 段)

19. A testemunha Dr. G (G) esclareceu sobre a conexão entre o risco do enfarte e o tempo do término da cirurgia: “*Você quer perguntar se o enfarte pós-operatório irá aparecer gradualmente ou irá agravar com o passar do tempo? A resposta é o contrário. Quanto mais longo for o tempo, menos risco existe, já que o suporte era um objecto estranho na altura em que foi implantado no corpo, mas, com o passar do tempo, este vai formar uma membrana falsa e, depois, deixa de ser um objecto estranho quando a membrana falsa está formada, a par disso, tal membrana é autógena e macia, nesta situação, torna-se cada vez menor o risco de enfarte, por isso, logo após a cirurgia de implantação de suporte, receitamos anticoagulante ao paciente, e, por seu turno, no início, o paciente precisa de tomar uma dose de dois comprimidos de coagulante, a seguir, a dose vai ser reduzida para um comprimido e, depois de um período entre mais de meio ano e um ano, o paciente pode deixar de usar a anticoagulante, visto que, na altura, a membrana falsa do suporte já está formada. Pois, o sentido da sua pergunta é justamente contrário à realidade, quanto mais longo for o tempo, menos risco de enfarte existe*”. (Cfr. Recorded on 24-Jan-2018 at 11.28.34 (2@O-U\$#100113582)中 12:10-13:22 段)

20. A testemunha Dr. F (F) também disse: “*O caso não está relacionado com o suporte se não houver complicação dentro de 3 meses*”. (Cfr. Recorded on 17-Jan-2018 at 15.51.48 (2@E)I99100113582)中 32:28-32:43)

21. Daí se vislumbra que embora o relatório do exame imagiológico realizado em 27 de Outubro de 2015, constante de fls. 38 dos autos, tenha indicado que havia enfarte

cerebral isquêmico subagudo, segundo a cronologia, a isquemia apareceu dentro de 3 semanas antes da realização do presente exame MRI e não foi provocada pela cirurgia realizada em Outubro de 2011.

22. O relatório do exame imagiológico de fls. 31 dos autos mostra que, em 24 de Outubro de 2011, às 9h30, foi concluída a cirurgia; e, às 17h21 e 17h22, foi feita a imagem angiográfica constante de fls. 160 dos autos, ou seja, o exame angiográfico foi realizado após a cirurgia. (Vide fls. 31 e 160 dos autos)

23. Tendo consultado o documento constante da aludida folha dos autos, a testemunha Dr. F (F) respondeu ao quesito 69º: *“De acordo com a imagem angiográfica feita em 24 de Outubro de 2011, não existe problema da subministração sanguínea”*. (Cfr. Recorded on 17-Jan-2018 at 17.06.02 (2@F\$1\$#W00113582) 中 2:50-3:00) (Vide fls. 31 e 160 dos autos)

24. A testemunha Dr. F (F) explicou: *“Porque a circulação de (sangue) flow não está obstaculizada”*, ou seja, a circulação do sangue nos segmentos anterior e posterior do vaso sanguíneo é normal, pelo que, embora alguns segmentos do vaso sanguíneo não possam ser vistos com clareza devido à ilusão causada por metal, a circulação do sangue no vaso sanguíneo ainda é normal, e, entende-se que, por esta razão, do relatório do exame imagiológico de fls. 38 dos autos consta o seguinte: *“Favourable status of follow-up post bilateral endovascular treatment”*, isto é, o paciente tem uma boa recuperação após a cirurgia realizada em Outubro de 2011. (Cfr. Recorded on 17-Jan-2018 at 17.11.40 (2@F\$8GF100113582) 中 2:37-2:39 段) (Vide fls. 38 dos autos)

25. Do relatório do exame imagiológico de fls. 38 dos autos consta o seguinte: *“No significant arterial stenosis is noted.”*. A testemunha Dr. G (G) expressou na audiência: *“A subministração sanguínea intracraniana do lado direito apresenta normal; conforme o relatório elaborado pelo radiologista, não há estenose manifesta, existe enfarte lacunar na ponta do vaso sanguíneo e nos vasos capilares, problema esse afecta frequentemente as pessoas que acabei de mencionar: Primeiro, os idosos; segundo, as pessoas que sofrem de hipertensão permanente e de cardiopatia. O MRA de 2015 não mostra nenhum sintoma especial. Posteriormente, é necessário acompanhar como por exemplo o exame DSA. Não vi esses sintomas”*. (Cfr. Recorded on 24-Jan-2018 at 12.47.38 (2@O2CULW00113582) 0:30-1:40 段)

26. Deste modo, conforme os artigos 46º, 65º e 69º da decisão da matéria de facto, não existe nenhuma relação entre os aparelhos de triagem hematológica implantados nos vasos sanguíneos do Recorrente durante a cirurgia e o enfarte cerebral isquémico subagudo sofrido pelo Recorrente que foi diagnosticado em 27 de Outubro de 2015, ou não existe nenhuma relação entre a alegada insuficiência de subministração de sangue e a cirurgia, problema esse resulta meramente da hipertensão e cardiopatia sofridas pelo Recorrente, ora factores mencionados nos artigos 49º, 66º, 74º e 75º da decisão da matéria de facto.

27. Ademais, foram desaparecidos os aneurismas exibidos no exame realizado em 27 de Outubro de 2015, daí se revela que a cirurgia produziu o efeito esperado. (Vide fls. 38 dos autos) (Cfr. Recorded on 24-Jan-2018 at 12.15.54 (2@O1D-2G00113582) 24:09-24:38 段)

28. Por conseguinte, à luz do relatório pericial, das provas documentais e dos depoimentos das testemunhas acima expostos, o 1º Recorrido não concorda plenamente com o Recorrente que invocou que o estreitamento do calibre do segmento A1 dos vasos sanguíneos do lado direito, a isquemia no segmento cavernoso da artéria carótica interna direita do círculo Wills e a redução da isquemia cerebral (sic) resultantes da cirurgia realizada em 6 de Outubro de 2011 pelo 1º Recorrido lhe causavam o enfarte cerebral isquémico subagudo e a doença isquémica crónica; a par disso, a invocação do Recorrente é expressamente incompatível com os artigos 46º a 49º, 74º, 75º, 77º e 78º dos factos da decisão da matéria de facto, portanto, os quesitos 5º, 26º, 27º e 33º invocados pelo Recorrente não devem ser dados como provados.

(III) Quanto aos quesitos 2º, 3º e 4º

29. O Recorrente pediu que fossem dados como provados os quesitos 2º a 4º que se tratam do incumprimento do dever de informação na cirurgia pelo 1º Recorrido.

30. Todavia, o 1º Recorrido não concorda plenamente com a opinião do Recorrente, mormente a alínea C) dos factos assentes mostrou que o Recorrente assinou o termo de consentimento para intervenção cirúrgica, onde se revelou que o Recorrente consentia com a realização da cirurgia e estava ciente da natureza, finalidade, risco principal e complicações eventuais da cirurgia. (Vide fls. 30 dos autos)

31. Segundo a alínea G) dos factos assentes, na altura o Recorrente era médico consultor da área profissional de hematologia do Centro Hospitalar Conde de S. Januário. À luz das regras da experiência comum, o Recorrente, como médico especialista, tinha plenamente conhecimentos médicos profissionais e capacidade de compreensão suficientes para efectuar uma comunicação pré-operatória profunda com o 1º Recorrido, bem como podia obter todas as informações destinadas a apoiar a tomada de decisões proporcionais que ele, como paciente, podia requerer em relação a seu estado de saúde.

32. Além do mais, registou-se em fls. 21 e 68 do processo clínico a situação de que o 1º Recorrido se deslocava ao serviço de internamento para prestar esclarecimento ao Recorrente. (Vide fls. 21 e 68 do processo clínico)

33. A par disso, os médicos dos dois serviços tinham prestado esclarecimento ao Recorrente sobre o tipo da cirurgia, as eventuais complicações, entre outros. Face a isso, a testemunha Dr. G (G) exprimiu claramente na audiência:

1) *“Em caso de rompimento do aneurisma, os médicos de dois serviços vão contactar o paciente, um deles sou eu próprio (neurocirurgião) que, em primeiro lugar, vou falar com o paciente sobre a direcção geral do tratamento, como por exemplo: Dr. Wong, o seu aneurisma está entupido, você ainda tem muitos aneurismas, esses problemas devem ser tratados, bem como lhe vou dizer o que deve fazer; a seguir, depois de ter o consentimento do paciente, vou contactar o radiologista Dr. B (B) que faz parte dos médicos que realizam cirurgia, e, por seu turno, Dr. B (B) também verifica se o paciente está apto ou não para se submeter a esses tratamentos; e, eles não vão realizar a cirurgia só por nós (neurocirurgiões) lhes termos exigido. Ou seja, é necessário que nós consideremos que existem sintomas e também eles considerem que existem sintomas, visto que eles são médicos operacionais, precisando de contactar pessoalmente o paciente e assinar o termo de consentimento para intervenção cirúrgica juntamente com o paciente, mas por que razão eles têm de o assinar? A cirurgia é executada por eles, por isso, antes do paciente se submeter a uma intervenção cirúrgica, o cirurgião do serviço de radiologia vai assinar juntamente com o paciente o termo de consentimento quando houve consentimento dos médicos dos dois serviços ou quando esses médicos consideram que existem sintomas, sendo assim a situação”.* (Cfr. Recorded on 24-Jan-2018 at 10.42.57 (2@O)7H)W00113582)中 7:45-9:21 段)

2) *“Com certeza, o serviço de radiologia vai falar novamente com o paciente e seus familiares”*. (Cfr. Recorded on 24-Jan-2018 at 10.42.57 (2@O)7H)W00113582) 中 10:21-10:23 段)

3) *“Nem sempre é necessária a nossa presença em todas as conversas entre eles, porque somos dois serviços diferentes, mas eu e o Dr. Kuok já falámos com vários pacientes, pois, eu sei que, certamente, eles não se esquecem deste passo”*. (Cfr. Recorded on 24-Jan-2018 at 10.42.57 (2@O)7H)W00113582) 中 10:28-10:41 段)

4) *“Nós salientamos que um risco é a hemorragia e outro é o enfarte, para além disso, também falamos sobre os outros riscos, um é o eventual enfarte noutros vasos sanguíneos causado pelos objectos estranhos saídos dos aneurismas que se deslocam à parte distal do vaso sanguíneo ou a outros vasos sanguíneos; também referimos sobre outros riscos, como por exemplo: infecções, entre outros. No meu entendimento, já dissemos aquilo que devemos dizer”*. (Cfr. Recorded on 24-Jan-2018 at 12.15.54 (2@O1D-2G00113582)2:20-3:20)

5) *“Não explicámos menos por ele ser um médico, uma vez que ele era médico especialista em hematologia, não tendo muitos conhecimentos quanto à matéria do serviço de intervencionista ou do serviço de cirurgia cerebral, como eu também não tenho perfeito conhecimento das situações dos pacientes que sofrem do cancro do sangue, por isso, esclarecemos-lhe os riscos e a operação; o Dr. Kuok também tratou-o como um paciente qualquer”*. (Cfr. Recorded on 24-Jan-2018 at 12.15.54 (2@O1D-2G00113582)3:38-4:10 段)

6) A advogada do Recorrente perguntou: *“Será indispensável a intervenção cirúrgica para tratar um tumor tão pequeno”?*

A testemunha Dr. G (G) respondeu: *“É indispensável, se se tratar simplesmente dum micro aneurisma que foi inesperadamente detectado ou detectado nos exames médicos, com o tamanho inferior a 7mm, pode ser dispensada a cirurgia, mas se se tratar dum caso em que o paciente tinha sofrido do rompimento de aneurisma, independentemente do tamanho do aneurisma, deve o mesmo submeter-se a cirurgia para eliminar os restantes aneurismas. Ele demonstrou que os aneurismas afectariam a sua vida, por isso, quando houver uma hemorragia, sobretudo hemorragia no aneurisma, é necessário realizar a cirurgia para eliminar os restantes aneurismas independentemente do seu tamanho”*. (Cfr. Recorded on

24-Jan-2018 at 10.42.57 (2@O)7H)W00113582)中 12:33-13:21 段)

34. O artigo 20º do relatório pericial mostra que o paciente tinha sofrido do rompimento e hemorragia no aneurisma, verificando-se uma elevação do risco de rompimento dos demais aneurismas em relação ao caso em que não houve nenhum rompimento, pelo que não se deve prorrogar a observação. (Vide o relatório pericial de fls. 1859 dos autos)

35. Quanto à questão de saber se o Recorrente consentiu ou não com a realização da cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica após ter tido conhecimento dos tipos da cirurgia e do risco de execução ou não da cirurgia, a testemunha Dr. G (G) assinalou: “*Tenho a certeza de que ele tinha vontade e, manifestamente, optou pelo tratamento intervencionista na altura em que falei com ele*”. (Cfr. Recorded on 24-Jan-2018 at 12.15.54 (2@O1D-2G00113582)4:46-4:57 段) “*Se falássemos com o paciente e este não concordasse connosco, não precisávamos de escrever o requerimento para o transferir ao Dr. Kuok*”. (Cfr. Recorded on 24-Jan-2018 at 12.15.54 (2@O1D-2G00113582)5:10-5:20 段)

36. Segundo os supracitados depoimentos, provas documentais constantes dos autos e relatórios periciais, averigua-se que o Recorrente se decidiu submeter à cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica realizada em 24 de Outubro de 2011 pelo 1º Recorrido após ter sido devidamente comunicado.

37. Nos termos do disposto no art.º 558º do Código de Processo Civil, o tribunal aprecia livremente as provas, decidindo os juízes segundo a sua prudente convicção acerca de cada facto. Conforme a jurisprudência geral de Macau, o Tribunal *a quo* goza de livre convicção na decisão de facto e na apreciação da prova. Deve manter-se a decisão de facto proferida pelo Tribunal *a quo* se não houver prova concreta nos autos que demonstre a violação do preceito legal e/ou das regras da experiência comum pelo Tribunal *a quo* na decisão de facto e na apreciação da prova.

38. Pelo exposto, *in casu*, não se verifica nenhum facto concreto que revele a violação manifesta da lei ou das regras da experiência comum pelo Tribunal *a quo* durante o processo da apreciação da prova, pelo que não se deve questionar o apuramento dos quesitos 2º, 3º, 4º, 5º, 26º, 27º e 33º feito pelo Tribunal *a quo*, devendo o pedido de nova apreciação da prova ser indeferido.

*

Serviços de Saúde (衛生局), Recorrido, notificada do recurso interposto pelo Recorrente, veio, em 18/02/2019, a apresentar a sua resposta constante de fls. 2135 a 2148, tendo formulado as seguintes conclusões:

1. Salvo o devido respeito pelos fundamentos e conteúdo invocados pelo Recorrente nas alegações do recurso, a 2ª Recorrida não se conforma com os aludidos fundamentos.

2. Nos artigos 8º a 38º das alegações do recurso, o Recorrente apontou que a sentença recorrida violava o n.º 1 do art.º 493º e n.º 1 do art.º 492º, em conjugação com a alínea e) do n.º 1 do art.º 316º e n.º 2 do art.º 495º do Código de Processo Civil, enfermado do vício de violação manifesta da lei, uma vez que o Tribunal *a quo* decidiu indeferir o pedido de designação de um perito médico que reside no exterior de Macau e o pedido de impedimento de dois médicos do Centro Hospitalar Conde de S. Januário, formulados pelo Recorrente (vide fls. 1777, 1812 e 1812v. dos autos, doravante designada simplesmente por “sentença de verificação dos obstáculos à nomeação”).

3. Todavia, 2ª Recorrida não se conformou com a invocação acima exposta.

4. É necessário indicar que, nos termos do n.º 3 do art.º 493º do Código de Processo Civil aplicado por remissão do n.º 1 do art.º 99º do Código de Processo Administrativo Contencioso, da “sentença de verificação dos obstáculos à nomeação” proferida pelo Tribunal *a quo* não cabe recurso.

5. Ou seja, nos termos do n.º 3 do art.º 582º do Código de Processo Civil aplicado por remissão do n.º 1 do art.º 99º do Código de Processo Administrativo Contencioso, a “sentença de verificação dos obstáculos à nomeação” considera-se transitada em julgado, não se verificando a violação da lei.

6. Se os Venerandos Juízes não concordarem com a aludida opinião da 2ª Recorrida, para efeito da cautela do processo, a 2ª Recorrida continua a impugnar o conteúdo dos artigos 8º a 38º das alegações do recurso apresentadas pelo Recorrente:

7. Certamente, nos termos do n.º 2 do art.º 495º do Código de Processo Civil aplicado por remissão do n.º 1 do art.º 99º do Código de Processo Administrativo Contencioso: *“O juiz só pode nomear peritos de fora quando os não haja em Macau com a idoneidade*

técnica necessária.”

8. Todavia, segundo a relação nominal dos médicos da neurocirurgia registados em Macau, constante de fls. 1780, 1783 e 1784 dos autos, fornecida pela 2ª Recorrida ao Tribunal *a quo*, existem em Macau seis médicos registados que têm conhecimentos profissionais (incluindo cinco médicos da neurocirurgia do Centro Hospitalar Conde de S. Januário: D (D), H (H) (sic), G (G), I (I) e J (J), e um médico da neurocirurgia do Hospital Kiang Wu: C (C)).

9. Por outras palavras, há em Macau um número não inferior a três peritos médicos, com a idoneidade técnica necessária para a perícia, que possam ser nomeados para o cargo de perito, não se verificando, portanto, a “inexistência de perito adequado em Macau” referida pelo Recorrente.

10. A par disso, no que concerne à relação de trabalho existente entre dois peritos e dois Réus no processo invocada pelo Recorrente, como mencionado pelo Tribunal *a quo* no despacho constante de fls. 1812 e 1812v. dos autos: “(...) *nesta causa trata-se da questão de saber se se verifica ou não a violação do preceito legal ou do princípio, ou da respectiva norma profissional da técnica médica e da rotina médica na actividade médica disponibilizada pelo 1º Réu ao Autor, e se a 2ª Ré, como pessoa colectiva pública do 1º Réu, necessita ou não de assumir a responsabilidade civil extracontratual proveniente do acto ilícito a provar. Deste modo, só por dois peritos médicos exercerem funções no Centro Hospitalar Conde de S. Januário e por 1º Réu ser director do Centro Hospitalar Conde de S. Januário, não se demonstra que esses dois peritos médicos tenham interesse igual ao dos dois Réus como parte principal, e também isso não leva as pessoas a duvidarem fundadamente que, devido à relação em apreço, os dois peritos médicos não exerçam, sincera e autonomamente, as suas funções periciais consoante os seus conhecimentos profissionais e deontologia (...)” (Negrito e sublinhado nosso)*

11. Vale aqui indicar que o Recorrente poderia requerer segunda perícia dentro do prazo de 10 dias, a contar da tomada de conhecimento do resultado da perícia em apreço, caso este, realmente, não concordasse com o aludido resultado. Porém, assim não fez o Recorrente.

12. Nesta conformidade, a 2ª Recorrida concorda com o despacho proferido pelo

Tribunal *a quo* em fls. 1812 e 1812v. dos autos, não se verificando a violação da lei pela sentença recorrida.

13. Por meio do conteúdo dos artigos 39º a 41º das alegações do recurso, o Recorrente impugnou a decisão da matéria de facto proferida pelo Tribunal *a quo*, entendendo que era incorrecta a parte da decisão da matéria de facto em que o Tribunal *a quo* deu como não provados os artigos 5º, 26º, 27º e 33º dos factos.

14. É indispensável indicar que, conforme os artigos 48º a 56º dos factos assentes mencionados pelo Tribunal *a quo* na decisão da matéria de facto, constata-se que o Recorrente sofria permanentemente de hipertensão que podia causar rompimento de aneurisma intracraniano, bem como tinha sofrido um rompimento de aneurisma intracraniano, elevando o risco de rompimento de aneurisma intracraniano. O Recorrente ainda não se afastou do período perigoso depois de ter-se submetido à cirurgia de embolia por bobina de mola em 6 de Outubro de 2011, já que parte da bobina de mola utilizada no preenchimento de aneurisma estava fora da área de preenchimento que devia ficar, verificando-se ainda o alto risco de novo rompimento do aneurisma que foi obstruído pela referida bobina de mola, portanto, se não se tratasse imediatamente, por meio da cirurgia, os aneurismas existentes nos vasos sanguíneos intracranianos do Recorrente, em curto período de tempo, o Recorrente teria alto risco de morte e de apoplexia. Assim sendo, conforme os sintomas clínicos do Autor, evidentemente, há urgência e necessidade da realização da 2ª cirurgia.

15. Ademais, conforme os artigos 57º a 61º, 61º (sic) e 64º dos factos assentes mencionados pelo Tribunal *a quo* na decisão da matéria de facto, constata-se que a cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica é uma cirurgia mais segura em relação ao tratamento cirúrgico aberto, bem como apresenta o mais baixo risco de complicação e uma taxa de cura de aneurisma de 93% no tratamento das pessoas que sofram do subtipo de aneurisma intracraniano que é dificilmente curado. Assim sendo, relativamente à 2ª intervenção cirúrgica cerebrovascular recebida, em 24 de Outubro de 2011, pelo Recorrente, o 1º Recorrido, tendo analisado os sintomas patológicos do Recorrente e efectuado suficientemente a respectiva avaliação, adoptou, de forma razoável, a cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica.

16. Em conjugação com os artigos 74º a 75º dos factos assentes mencionados

pelo Tribunal *a quo* na decisão da matéria de facto e a tese exposta pelo Tribunal *a quo* em fls. 2010 e 2010v. da sentença recorrida: “Primeiro, não existe nenhuma relação ou conexão entre o segmento do vaso sanguíneo onde foi implantado o aparelho de triagem hematológica e o lugar onde apareceu o enfarte cerebral isquémico (artigo 65º da base instrutória); segundo, geralmente, a morte e a deficiência física, ou seja, a paralisia no todo ou inteiro (sic), do corpo, acompanhada dos sintomas como apoplexia, são as principais formas da complicação resultante da cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica (artigo 62º da base instrutória), mas a complicação invocada pelo Autor, ou seja, o enfarte cerebral isquémico subagudo, resultou da doença isquémica microvascular crónica (artigo 66º da base instrutória), não sendo compatível com a complicação geralmente provocada pela cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica. A par disso, não se verifica neste caso a complicação geralmente resultante da aludida cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica; em 11 de Novembro de 2011, o Autor requereu que saísse do hospital, e regressou ao hospital em 14 de Novembro de 2011 (artigo 71º da base instrutória); o Autor se recuperou após a segunda cirurgia, tendo uma vida normal (artigo 72º da base instrutória). O Autor ainda está vivo, é capaz de raciocinar e conversar normalmente, bem como continuou a trabalhar durante 4 anos depois da cirurgia; daí se revela que a 2ª cirurgia foi bem-sucedida (artigo 78º da base instrutória). Este ponto é confirmado pelo relatório dos exames MRI e MR submetidos, em 27 de Outubro de 2015, pelo Autor; conforme o referido relatório, vários aneurismas cerebrais do Autor foram desaparecidos; daí se vislumbra que foi alcançado o objectivo da 2ª cirurgia (artigo 77º da base instrutória). Ademais, a corrente sanguínea nos vasos sanguíneos intracranianos do lado direito do Autor era normal, e não se afectou a subministração sanguínea intracraniana do lado direito do Autor (artigo 69º da base instrutória). (...)” (Negrito e sublinhado nosso)

17. Daí se vislumbra que a 2ª intervenção cirúrgica cerebrovascular recebida, em 24 de Outubro de 2011, pelo Recorrente foi bem-sucedida; as complicações e sequelas invocadas pelo Recorrente são sintomas sofridos pelos idosos, em geral, que sofram permanentemente de hipertensão e de arritmia, não se verificando, evidentemente, o nexo de causalidade entre os aludidos sintomas e a 2ª intervenção cirúrgica cerebrovascular recebida, em 24 de Outubro de 2011, pelo Recorrente.

18. Além disso, por meio dos artigos 55º a 64º dos factos das alegações do recurso, o Recorrente impugnou a decisão da matéria de facto proferida pelo Tribunal *a quo*, entendendo que era incorrecta a parte da decisão da matéria de facto em que o Tribunal *a quo* deu como não provados os artigos 2º, 3º e 4º dos factos.

19. O Recorrente ainda entendeu que das declarações prestadas pela testemunha F (F) na audiência não se vislumbrava que o 1º Recorrido tivesse fornecido ao Recorrente as informações relativas ao risco da 2ª cirurgia, à taxa de cura, às eventuais complicações e sequelas da cirurgia, aos outros programas curativos ou medidas preventivas aplicáveis, entre outros.

20. Vale aqui indicar que, nos termos do disposto no art.º 4º do Decreto-Lei n.º 28/91/M, de 22 de Abril, a culpa dos titulares dos órgãos ou dos agentes é apreciada nos termos do artigo 480º do Código Civil, e deve ser provada pelo lesado.

21. Todavia, nas alegações do recurso, o Recorrente citou meramente as declarações prestadas pela testemunha F (F) que são insuficientes para servirem de fundamentos de facto destinados a sustentar a sua tese: No decurso da 2ª intervenção cirúrgica cerebrovascular recebida pelo Recorrente, o 1º Recorrido não cumpriu o dever de informação.

22. A par disso, como referido “(...) *tendo-se ponderado analiticamente os seguintes dois factos provados: “Após a cirurgia, o 1º Réu disse ao Autor que o Autor ainda tinha alguns angiomas no cérebro e precisava de se submeter novamente a cirurgia.” (alínea B) dos factos assentes) e “Em 19 de Outubro de 2011, o Autor assinou o termo de consentimento para a segunda intervenção cirúrgica” (alínea OA) (sic) dos factos assentes).*”, averigua-se que o Autor foi comunicado sobre o objectivo e o risco da cirurgia na data em que se submeteu à 2ª intervenção cirúrgica cerebrovascular, bem como consentiu com a realização da cirurgia em apreço. Por cima, **mesmo que tenha provado o facto da falta de pleno cumprimento do dever de informação pré-operatório por parte do 1º Réu, isto não é suficiente para apurar a verificação da ilicitude no acto médico intervencionista disponibilizado pelo 1º Réu ao Autor** (...)” (Negrito e sublinhado nosso)

23. Ora, o Recorrente não apresentou provas suficientes para demonstrarem que o 1º Recorrido não tivesse cumprido o dever de informação durante a 2ª intervenção cirúrgica

cerebrovascular disponibilizada ao Recorrente, devendo, pelo que o Tribunal *a quo* deve continuar a considerar não provados o artigos 2º, 3º e 4º dos factos da decisão da matéria de facto.

24. Pelo exposto, salvo o devido respeito pelos fundamentos invocados pelo Recorrente nos artigos 39º a 64º das alegações do recurso, a 2ª Recorrida não se conforma com os aludidos fundamentos.

*

O Digno. Magistrado do Ministério Público junto do TSI emitiu o seguinte douto parecer (fls.2354 e 2355):

A demandou B e os **Serviços de Saúde** de Macau para efectivação de responsabilidade civil extracontratual decorrente de erro médico praticado no Centro Hospitalar Conde de S. Januário, alegando ter sofrido danos patrimoniais e não patrimoniais em resultado de facto ilícito imputável ao primeiro demandado, que trabalha no referido hospital, por cujo funcionamento é responsável o segundo demandado.

Pela sentença de 26 de Outubro de 2018, exarada a fls. 2003 e seguintes, a acção veio a ser julgada improcedente, insurgindo-se agora o autor contra tal sentença através do presente recurso jurisdicional, para o que aduz, em suma, que houve violação dos artigos 493.º, n.º 1, e 492.º, n.º 1, conjugados com os artigos 316.º, n.º 1, alínea e), e 495.º, n.º 2, todos do Código de Processo Civil, e que foi erradamente julgada parte da matéria de facto, cuja modificação preconiza.

Vejamos.

No que toca à violação das enunciadas normas do Código de Processo Civil, respeitantes à nomeação de peritos, estão em causa despachos de 25 de Novembro de 2016 e 9 de Março de 2017, de que o recorrente foi oportunamente notificado. O recorrente não impugnou esses despachos e vem agora atacar a sentença com base nos erros de julgamento que atribui a tais despachos.

Não pode ser.

Tendo as questões relativas à designação de peritos sido decididas através

daqueles despachos não impugnados, essa matéria firmou-se, não estando legalmente prevista a possibilidade da sua impugnação no recurso interposto da decisão final, contrariamente ao que sucede, v.g., relativamente à impugnação da selecção da matéria de facto.

Ante o exposto, haverá que declinar conhecer desta parte do recurso.

Insurge-se também o recorrente contra o julgamento da matéria de facto expresso nas respostas dadas aos quesitos 2.º, 3.º, 4.º, 5.º, 26.º, 27.º e 33.º da base instrutória, pretendendo que o tribunal de recurso considere provada a matéria desses factos, aos quais o tribunal de primeira instância respondeu negativamente.

Sustenta esta sua pretensão, no que toca aos factos 2.º, 3.º, 4.º, no depoimento de F, e, na parte atinente aos factos 5.º, 26.º, 27.º e 33.º, na desconformidade existente entre as respectivas respostas negativas e os factos resultados provados através do especificado em A) e das respostas dadas aos quesitos 22.º, 23.º e 24.º. Pois bem, temos para nós que nem o depoimento de F impõe respostas diversas aos quesitos 2.º, 3.º, 4.º, nem há incongruência entre as respostas negativas dadas aos quesitos 5.º, 26.º, 27.º e 33.º e o resultado de cariz positivo decorrente do especificado em A) e das respostas dadas aos factos 22.º, 23.º e 24.º da base instrutória. Do confronto entre as respostas e os passos seleccionados do depoimento não resulta óbvio que os quesitos 2.º, 3.º, 4.º devessem ter respostas de sentido diferente, até porque a testemunha F mostrou não se recordar de boa parte dos pormenores relativos à matéria desses quesitos. Além de que, como o acórdão sobre a matéria de facto explicou e justificou, o depoimento de F não foi o único elemento de prova a pesar nas respostas dadas a tais quesitos.

Por outro lado, e no que concerne aos quesitos 5.º, 26.º, 27.º e 33.º, não pode dizer-se que haja a apontada contradição, importando destacar a completa e criteriosa fundamentação vertida no acórdão sobre a matéria de facto, donde sobressai uma rigorosa análise crítica das provas, as quais, ponderadas e valoradas no seu conjunto, não podiam conduzir a julgamento diverso da matéria de facto da base instrutória. Donde a insubsistência das críticas avançadas pelo recorrente e a impertinência das respostas alternativas que sugere.

Improcede igualmente este fundamento do recurso.

Termos em que é de rejeitar conhecer do recurso, na parte relativa à prova pericial, e de lhe negar provimento no mais, devendo manter-se a sentença recorrida.

* * *

Foram colhidos os vistos legais.

Cumprido analisar e decidir.

* * *

II – PRESSUPOSTOS PROCESSUAIS

Este Tribunal é o competente em razão da nacionalidade, matéria e hierarquia.

O processo é o próprio e não há nulidades.

As partes gozam de personalidade e capacidade judiciária e são dotadas de legitimidade “*ad causam*”.

Não há exceções ou questões prévias que obstem ao conhecimento do mérito da causa.

* * *

III – FACTOS

São os seguintes elementos considerados assentes, extraídos do processo principal e do processo administrativo com interesse para a decisão da causa:

- Em 6 de Outubro de 2011, devido à hemorragia subaracnóide, o Autor submeteu-se à intervenção cirúrgica cerebrovascular (cirurgia de embolia por bobina de mola) no Centro Hospitalar Conde de S. Januário, obstruindo o aneurisma intracraniano com vista a impedir a hemorragia (alínea A) dos factos assentes).
- Após a cirurgia, o 1º Réu disse ao Autor que o Autor ainda tinha alguns

angiomas no cérebro e precisava de se submeter novamente a cirurgia (alínea B) dos factos assentes).

- Em 19 de Outubro de 2011, o Autor assinou o termo de consentimento para a segunda intervenção cirúrgica (alínea C) dos factos assentes).

- Em 24 de Outubro de 2011, o Autor submeteu-se à segunda intervenção cirúrgica cerebrovascular (cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica), na qual se implantaram directamente os três dispositivos de desvio de fluxo sanguíneo, com os tamanhos de 3,75mm x 16mm, 3,5mm x 20mm e 4mm x 16mm, no lugar situado entre os colos dos aneurismas (alínea D) dos factos assentes).

- Em 26 de Outubro de 2011, o Autor foi transferido para o serviço de internamento geral (alínea E) dos factos assentes).

- Em 15 de Novembro de 2011, o Autor pediu a alta hospitalar (alínea F) dos factos assentes).

- Na altura o Autor era médico consultor da área profissional de hematologia do Centro Hospitalar Conde de S. Januário (alínea G) dos factos assentes).

- De acordo com o cartão de registo de avaliação da deficiência emitido, em 18 de Agosto de 2014, pelo Instituto de Acção Social, a deficiência mental e ligeira é o tipo e o grau da deficiência sofrida pelo Autor (alínea H) dos factos assentes).

- Conforme o despacho proferido, em 26 de Novembro de 2014, pelo presidente do IAS, o Autor alcança o padrão da deficiência mental ligeira previsto no Regulamento Administrativo n.º 3/2011 (alínea I) dos factos assentes).

- Em 2011, o 1º Réu realizou 9 cirurgias de implantação de aparelhos de triagem hematológica (alínea J) dos factos assentes).

- Em Maio de 2012, o Autor auferiu a quantia de MOP21.143,60 como retribuição por trabalho extraordinário efectuado (alínea K) dos factos assentes).

- Por despacho proferido, em 7 de Maio de 2014, pelo Secretário para os Assuntos Sociais e Cultura, ao Autor foi aplicada a pena de demissão, por ter violado o dever de correcção previsto no art.º 279º, n.º 2, al. f), e n.º 8 do Estatuto dos Trabalhadores da Administração Pública de Macau, e o dever de isenção previsto no art.º 279º, n.º 2, al. a), e n.º 3 do mesmo Estatuto (alínea L) dos factos assentes).

- Pela organização do Dr. K (K), em 27 de Outubro de 2015, o Autor submeteu-se aos exames MRI e MR, cujo teor do respectivo relatório é o seguinte:

"MRI and MR Angiogram of the Head

Technique: Sagittal T1-FLAIR weighted images, axial T2 and T2 FLAIR weighted images, and diffusion with ADC map images and 3-D TOF MRA were acquired.

Findings:

There is no intracranial hemorrhage or space occupying lesion.

Restricted diffusion is noted in the right corona radiata suggesting small subacute ischaemic infarction. No abnormality is noted in the ADC map. On previous CT scan a small low-density lesions was noted in the same location in the right corona radiata.

Mild bilateral confluent images with high signal in the long TR images are noted in the periventricular white matter suggesting chronic microangiopathic inchaemic disease.

The angiographic evaluation of the circle of Willis shows reduced flow in the cavernous segment of the right internal carotid artery. No signs of aneurysms are noted. This image could be related with the presence of a stent device.

Minimal reduction of the luminal signal is noted in the cavernous segment of the left internal carotid artery.

No signs of aneurysms are noted in the anterior circulation bilateraly.

No significant arterial stenosis is noted.

Thin calibre of the right A1 segment is noted.

Impression:

Favourable status of follow-up post bilateral endovascular treatment. Flow reduction is noted in the cavernous segments of both internal carotid arteries predominant on the right side. No signs of aneurysms are noted in the circle of Willis. Calibre reduction of the right A1 segment is noted." (alínea M) dos factos assentes).

*

Finda a audiência de julgamento, foram provados os seguintes factos:

- Na alínea A) dos factos assentes indica-se que, em uma semana depois da cirurgia, o Autor se recuperou, conseguiu comer sozinho, teve raciocínio de fala normal e esteve consciente (artigo 1º da base instrutória).

- Após a 2ª cirurgia, o Autor permaneceu dois dias na Unidade de Cuidados Intensivos para ser observado (artigo 7º da base instrutória).

- Desde 2012, o Autor submeteu-se a tratamento no serviço de psiquiatria do Centro Hospitalar Conde de S. Januário, teve de usar medicamentos psicotrópicos para controlar a doença, bem como tentou se suicidar com corte no pulso (artigo 11º da base instrutória).

- Em 9 de Outubro de 2015, por se sentir dor de cabeça, o Autor foi levado pela ambulância para o serviço de urgência do Centro Hospitalar Conde de S. Januário, a fim de receber tratamento (artigo 16º da base instrutória).

- Em 12 de Outubro de 2015, por se sentir dor de cabeça, o Autor deslocou-se novamente ao serviço de urgência do Centro Hospitalar Conde de S. Januário, pedindo a submissão a tratamento, mas o médico não lhe disponibilizou nenhum tratamento de acompanhamento cerebral (artigo 18º da base instrutória).

- Actualmente, existem os seguintes programas curativos de aneurisma intracraniano: tratamento cirúrgico aberto (tratamento de recorte, entre outros), tratamento intervencionista intravascular (bobina de mola, dispositivo de desvio de fluxo sanguíneo, embolismo líquido, suporte, entre outros) e tratamento conservativo para o controlo dos factores de risco (artigo 22º da base instrutória).

- A implantação de vários dispositivos de desvio de fluxo sanguíneo pode aumentar o risco de complicação isquémica (artigo 23º da base instrutória).

- A cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica tem várias complicações ocultas e algumas delas são mortais, como por exemplo: as medidas do tratamento elevam o risco de morte súbita e de apoplexia, bem como causam o enfraquecimento da capacidade de raciocínio e a disfunção neurológica, especialmente para os pacientes idosos e de alto risco (artigo 24º da base instrutória).

- Após a cirurgia, era necessário efectuar periodicamente a avaliação imagiológica para verificar as posições da bobina de mola ou dos demais materiais de embolia, e a recorrência do aneurisma (artigo 25º da base instrutória).

- Após a cirurgia, o Autor regressou ao seu posto de trabalho, continuando a prestar serviço (artigo 28º da base instrutória).

- No período compreendido entre Janeiro de 2012 e Junho de 2014, o Autor não auferiu o vencimento de trabalho especial (artigo 31º da base instrutória).

- Em Dezembro de 2011, Abril de 2012, Junho de 2012 e Outubro de 2013, foram deduzidas as quantias de MOP9.920,00, MOP12.400,00, MOP587,00 e MOP623,00, respectivamente, dos vencimentos do Autor em consequência das faltas por doença (artigo 32º da base instrutória).

- O Autor tinha recebido os certificados de agradecimento e as cartas de elogio dos pacientes curados e das famílias auxiliadas (artigo 41º da base instrutória).

- Na 1ª cirurgia de embolia por bobina de mola, tratou-se um aneurisma existente no vaso sanguíneo intracraniano do lado esquerdo do Autor que se encontrava rompido, e não se trataram vários aneurismas existentes no vaso sanguíneo intracraniano do lado direito do Autor que ainda não estavam rompidos, uma vez que tal método cirúrgico não era adequado para o tratamento dos aneurismas ultimamente referidos (artigo 43º da base instrutória).

- O Dr. G (G) requereu que, em 19 de Outubro de 2011, o 1º Réu realizasse a junta médica relativa ao caso médico do Autor, mormente pediu-lhe que emitisse o parecer profissional da radiologia intervencionista face ao programa curativo do Autor (artigo 44º da base instrutória).

- Após a segunda cirurgia, o médico sugeriu ao Autor que se submetesse a consulta médica por um período de 3 meses (artigo 45º da base instrutória).

- A eventual complicação deve aparecer entre 12 e 24 horas após a cirurgia e não em Outubro de 2015 (ou seja, em 4 anos depois da cirurgia) (artigo 46º da base instrutória).

- Existem indicações de tratamento quando se verificarem simultaneamente vários aneurismas nos vasos sanguíneos intracranianos do paciente, independentemente de seu tamanho, em concurso com a hemorragia subaracnóide e quando houver aneurisma devidamente tratado (artigo 47º da base instrutória).

- A hipertensão é o principal factor de risco do rompimento de aneurisma intracraniano (artigo 48º da base instrutória).

- O Autor sofre permanentemente de hipertensão (artigo 49º da base

instrutória).

- O Autor tinha sofrido um rompimento de aneurisma intracraniano, por isso, elevou-se o risco de novo rompimento de aneurisma intracraniano no futuro e existe um alto risco de rompimento de aneurisma (artigo 50º da base instrutória).

- A taxa de paralisia dos membros e a taxa de mortalidade do Autor elevaram-se com o aumento do número de vezes do rompimento de aneurisma (artigo 51º da base instrutória).

- No que concerne aos sintomas clínicos do Autor, a mera observação contínua da situação de aneurisma e o controlo do factor de risco (como por exemplo: hipertensão) não são o óptimo programa curativo (artigo 52º da base instrutória).

- O Autor ainda não se afastou do período perigoso depois de ter-se submetido à cirurgia de embolia por bobina de mola em 6 de Outubro de 2011, já que parte do fio mole da platina (bobina de mola) utilizado no preenchimento de aneurisma estava fora da área de preenchimento que devia ficar, verificando-se alto risco da saída do fio inteiro ou do rolo inteiro do aneurisma preenchido (artigo 53º da base instrutória).

- A saída do fio mole da platina (bobina de mola) do aneurisma preenchido pode causar o novo rompimento do aneurisma que foi obstruído pela referida bobina de mola, a par disso, tal fio mole da platina (bobina de mola) será levado pelo sangue até à artéria ou aos ramos arteriais intracranianos, de que resultarão a embolia da artéria ou dos ramos arteriais, bem como a necrose, no todo ou em parte, do tecido cerebral do Autor devido à falta da subministração sanguínea intracraniana, causando, portanto, ao Autor a morte ou paralisia corporal e os demais sintomas como apoplexia (artigo 54º da base instrutória).

- Por esta razão, o Autor tinha a necessidade urgente de se submeter à 2ª cirurgia, a fim de impedir a continuação da saída do fio mole da platina (bobina de mola) do aneurisma preenchido através do aparelho de triagem hematológica implantado no corpo do Autor durante a cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica (artigo 55º da base instrutória).

- Se não se tratasse imediatamente, por meio da cirurgia, os aneurismas existentes nos vasos sanguíneos intracranianos do Autor, em curto período de tempo, o Autor teria alto risco de morte e de apoplexia (artigo 56º da base instrutória).

- A cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica recomendada pelo 1º Réu cura eficientemente os aneurismas de colo largo e fusiforme (artigo 57º da base instrutória).

- A cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica é um tratamento intervencionista intravascular, sendo uma cirurgia mais segura em relação ao tratamento cirúrgico aberto (ou seja, a realização da craniotomia ou, por exemplo, tratamento de recorte) e tendo uma relação custo-benefício razoável (artigo 58º da base instrutória).

- O uso do aparelho de triagem hematológica no tratamento do aneurisma situado nos pequenos vasos sanguíneos intracranianos apresenta o mais baixo risco de complicação (artigo 59º da base instrutória).

- O uso do aparelho de triagem hematológica no tratamento das pessoas que sofram do supracitado subtipo de aneurisma intracraniano que é dificilmente curado, apresenta uma taxa de cura de aneurisma de 93% durante 6 meses após a cirurgia (artigo 60º da base instrutória).

- É adequado aplicar a cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica no tratamento dos sintomas patológicos do Autor (artigo 61º da base instrutória).

- Geralmente, a morte e a deficiência física, ou seja, a paralisia no todo ou em parte, do corpo, acompanhada dos sintomas como apoplexia, são as principais formas da complicação resultante da cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica (artigo 62º da base instrutória).

- Na cirurgia realizada em 24 de Outubro de 2011, o 1º Réu não utilizou o aparelho de triagem hematológica sobreposto, mas sim, conforme as necessidades dos sintomas patológicos do Autor, utilizou três aparelhos de triagem hematológica para tratar os três aneurismas encontrados em diferentes partes dos vasos sanguíneos intracranianos (artigo 64º da base instrutória).

- Não existe nenhuma relação ou conexão entre o lugar onde apareceu o enfarte cerebral isquêmico e o segmento do vaso sanguíneo onde foi implantado o aparelho de triagem hematológica (artigo 65º da base instrutória).

- O Autor sofreu do enfarte cerebral isquêmico subagudo por ter tido a doença isquêmica microvascular crônica (artigo 66º da base instrutória).

- A corrente sanguínea nos vasos sanguíneos intracranianos do lado direito do Autor era normal, e não se afectou a subministração sanguínea intracraniana do lado direito do Autor (artigo 69º da base instrutória).

- O enfraquecimento da memória, da flexibilidade corporal e da habilidade executiva, bem como a obstrução da capacidade linguística são sequelas gerais da hemorragia subaracnóide resultante dos aneurismas intracranianos (artigo 70º da base instrutória).

- Em 11 de Novembro de 2011, o Autor requereu que saísse do hospital, e regressou ao hospital em 14 de Novembro de 2011 (artigo 71º da base instrutória).

- O Autor se recuperou após a segunda cirurgia, tendo uma vida normal (artigo 72º da base instrutória).

- O 1º Réu era médico do serviço de imagiologia, apenas se responsabilizava pela realização da 2ª cirurgia, enquanto os acompanhamentos pré-operatório e pós-operatório do Autor foram prestados pelo Dr. G (G) do serviço de neurocirurgia do Centro Hospitalar Conde de S. Januário (artigo 73º da base instrutória).

- Geralmente, os idosos que sofram permanentemente de hipertensão e de arritmia, costumam ter enfarte cerebral isquémico subagudo e doença isquémica vascular crónica (artigo 74º da base instrutória).

- Da hemorragia subaracnóide também resultam o enfarte cerebral isquémico subagudo e a doença isquémica vascular crónica (artigo 75º da base instrutória).

- Conforme o relatório mencionado na alínea M) dos factos assentes, vários aneurismas cerebrais do Autor foram desaparecidos; daí se vislumbra que foi alcançado o objectivo da 2ª cirurgia (artigo 77º da base instrutória).

- O Autor ainda está vivo, é capaz de raciocinar e conversar normalmente, bem como continuou a trabalhar durante 4 anos depois da cirurgia; daí se revela que a 2ª cirurgia foi bem-sucedida (artigo 78º da base instrutória).

* * *

IV - FUNDAMENTOS

Neste recurso são as seguintes questões que importa analisar e decidir:

- A sentença recorrida violou ou não o disposto nos artigos 493º/1, 492º/1, 316º/1-e) e 495º/2 do CPC, por os peritos médicos nomeados estarem numa situação de impedimento e como tal não podiam desempenhar tais funções:

- Veio a impugnar as respostas dadas aos factos constantes dos artigos 2º a 5º, 26º, 27º, 33º.

*

Comecemos pela primeira questão.

Estão em causa os despachos de 25/11/2016, 06/02/2016, e 9/03/2017, constantes de fls. 1777, 1785 e 1812, que têm o seguinte teor respectivamente:

第 1713 頁至第 1714 頁及其背頁：閱。

*

第 1710 頁至第 1711 頁及第 1715 頁至第 1773 頁：閱。

*

第 1712 頁：

針對原告聲請指定一名居於澳門以外地方之醫學鑑定人 (L 醫生，現任中國蘇州大學附屬腫瘤醫院副院長兼大外科主任，外科教研室主任，外科學三級教授及上海市傷殘鑒定委員會專家組成員)，原告只空泛地指出在本地區從事私人業務之醫生中不能找到適當人選擔任鑑定人。

根據《民事訴訟法典》第 495 條第 2 款之規定：“*僅當在所需之技術方面，澳門並無適當之鑑定人時，法官方得指定澳門以外地方之鑑定人。*”考慮本案醫學鑑定內容涉及顱腦外

科之專業技術知識，為更好了解有關情況，以便審理原告之上述指定鑑定人之聲請，同時讓法院了解本澳現時上述專科之註冊執業醫生，以按照《民事訴訟法典》第 490 條第 4 款之規定，指定第三名醫學鑑定人。故此，命令第二被告於 10 日期間內，向本院提供本澳上指專科之註冊執業醫生名單及其職業住所。

通知及採取必要措施。

第 1780 頁：

考慮第二被告提供之醫生名單，原告於接獲通知後並沒有就醫學鑑定人之入選提出任何意見，故此，根據《民事訴訟法典》第 490 條第 6 款之規定，本院決定委任仁伯爵綜合醫院 D 醫生及 E 醫生擔任本卷宗之醫學鑑定人。

根據《民事訴訟法典》第 501 條第 1 款及第 502 條第 1 款之規定，訂定於 2017 年 3 月 10 日下午四時進行醫學鑑定人之宣誓措施。

*

第 1783 頁及第 1784 頁：閱。

*

通知及採取必要措施。

第 1791 頁至第 1793 頁、第 1806 頁至第 1809 頁及第 1810 頁至第 1811 頁：

原告於獲通知本院於卷宗第 1785 頁所作之委任醫學鑑定人之批示後，指出獲委任的兩名醫學鑑定人 D 醫生及 E 醫生皆為第一被告之下屬，同時認為指定第二被告轄下之仁伯爵綜合醫院之技術專家進行鑑定屬不適當，使人相信兩名醫學鑑定人具有可使成為兩名被告之主當事人利益，請求免除上述兩名醫學鑑定人擔任職務。

兩名被告均針對原告之聲請提出反駁，要求駁回原告之上述請求。

正如兩名被告所指，本院已於卷宗第 1785 頁之批示作出說明，原告於接獲第二被

告提供之醫生名單後(當中已載有醫生之任職機構，除已委任之 C 醫生外，其餘均為衛生局)，並沒有就醫學鑑定人之入選提出任何意見。故此，根據《民事訴訟法典》第 493 條第 1 款之規定，不能認為原告僅於委任決定作出後才知悉兩名醫學鑑定人均為第二被告(衛生局)之員工。

此外，本案審理涉及第一被告針對原告進行之具體醫療活動，是否出現違反法律規定或原則，又或相關醫療技術專業規則及醫療常規之情況，以及第二被告作為第一被告所屬之公法人是否需就待證明之不法行為承擔相關非合同民事責任。因此，單純因為兩名醫學鑑定人於仁伯爵綜合醫院工作，而第一被告為仁伯爵綜合醫院院長，不足以說明兩名醫學鑑定人存在等同兩名被告之主當事人利益，又或足以讓人對兩名醫學鑑定人將因上述關係而不能認真並獨立按照其專業知識及道德操守履行其鑑定職務存在合理懷疑(見《民事訴訟法典》第 492 條第 1 款配合第 316 條第 1 款 a)項之規定)。

再者，法律亦沒有明確將上述情況視為委任鑑定人之障礙，甚至指出“*僅當在所需之技術方面，澳門並無適當之鑑定人時，法官方得指定澳門以外地方之鑑定人*”(見《民事訴訟法典》第 495 條第 2 款之規定)。

綜上所述，並根據《民事訴訟法典》第 493 條第 1 款之規定，本院決定不批准原告之請求。

此附隨事項之訴訟費用由原告承擔，司法費訂為 2UC，因原告之司法援助請求已獲得批准而無需支付(見第 13/2012 號法律《司法援助的一般制度》第 2 條之規定)。

通知及採取必要措施。

Todos estes despachos foram notificados ao patrono do Recorrente/Autor e aos mandatários dos Réus (fls. 1778 a 1790).

Nomeados os 2 médicos do CHSJ, o Recorrente veio a impugnar o despacho de nomeação com os seguintes argumentos:

1. 獲法院決定委任以擔任上述卷宗之醫學鑑定人，兩人皆為仁伯爵綜合醫院之在職醫生。
2. 根據仁伯爵綜合醫院的組織架構，醫院醫生都是由其上級領導工作，需遵從上級的合法指示並按醫院守則和澳門公共行政人員通則的相關規定，履行職務。

3. 醫院醫生每年的工作評核結果，對個人工作職位的影響，尤其重要，無論在工作合同的續期或終止，職位晉升，都直接影響被評核人的工作前途和機會。

4. 本案的第一被告，正是現任的伯爵綜合醫院院長，其作為醫院的最高上級領導，無論在直接或間接的情況，其權力都可對其屬下包括所有在職醫生的工作仕途作出影響。

5. 兩名被委任的醫學鑑定人都是第一被告的下屬，倘若要對其最高上級因醫療事故而被起訴的醫療行為執行鑑定工作，必然出現利益上的衝突。

6. 本案的第二被告，是一公法人，作為本案的當事人一方，由同一公法人部門下的技術專家執行鑑定工作，在法律意義上，是不應該及不適當的。

7. 對本案的當事人一方，原告，難以保證其在本民事訴訟程序中得到公平性和公正性的保障。

第四百九十二條

指定鑑定人之障礙

一、關於法官迴避及聲請迴避之現行制度，經作出必要配合後，適用於鑑定人。

第三百一十一條

法官迴避之情況

一、法官在下列情況下須迴避而不得履行其職務：

a) 本人或所代理之他人，為訴訟之當事人，或在訴訟中具有可使其成為主當事人之利益；

8. 被聲請迴避的兩名醫學鑑定人，客觀上使人相信具有可使其成為第一被告及第二被告作為本案中主當事之利益。(fls. 1791 a 1793)

Na sequência disto, foi proferido o despacho de fls. 1812, do qual o Recorrente não veio a recorrer!

O artigo 493º (Verificação dos obstáculos à nomeação) do CPC estipula:

1. As causas de impedimento, suspeição e dispensa do exercício da função de perito podem ser alegadas pelas partes e pelo próprio perito designado, consoante as

circunstâncias, dentro do prazo de 10 dias a contar do conhecimento da nomeação ou, sendo superveniente o conhecimento da causa, nos 10 dias subsequentes; e podem ser oficiosamente conhecidas até à realização da diligência.

2. A escusa a que se refere o n.º 3 do artigo anterior é requerida pelo próprio perito, no prazo de 5 dias a contar do conhecimento da nomeação.

3. Das decisões proferidas sobre os obstáculos à nomeação dos peritos não cabe recurso.

Discordando da conclusão dos peritos, o Recorrente podia lançar mão de nova peritagem com recurso a outros peritos e juntando com este recurso novo relatório, não o tendo feito, subsiste o relatório anterior que serve para a base da decisão.

Por ora, o Tribunal não dispõe de outros elementos para sustentar uma conclusão diferente.

Pelo que, julga-se improcedente o recurso nesta parte.

*

Relativamente à 2ª questão: impugnação de factos, importa ver o objecto de impugnação

São os factos dos artigos 2º a 5º, 26º, 27º, 33º que o Recorrente pretende que o Tribunal *ad quem* reaprecie.

Tais artigos têm o seguinte conteúdo:

2)

於簽署第二次手術同意書時，原告沒有被告知具體腦血管瘤的數量、大小、位置及對其身體健康的潛在風險？

3)

原告沒有被告知在不採取手術治療的情況下，有何其他治療方法，以及可採取的預防措施？

4)

原告沒有被告知將要進行何種手術、手術方法、功能、作用、手術風險、治癒成功率、手術併發症及後遺症等資訊？

5)

原告在第一次手術後，身體已逐漸康復並有良好進展的情況下，被安排接受非為必要的第二次手術？

*

26)

第一被告對原告的治療方案沒有作出充分評估，植入多條血流導向裝置，正是導致原告出現亞急性缺血性腦梗塞及慢性血管缺血性疾病的原因？

27)

原告自接受第二次手術後，右側血管 A1 段口徑變窄，Wills 環顯示右側頸內動脈海綿竇段缺血，與血管內血流導向裝置有關？

*

33)

原告顱內血管被血流導向裝置影響而造成大腦供血減少，病情將會日漸惡化及日益嚴重，在不久將來，身體中樞功能全部退化是必然之結果？

Todos estes factos receberam respostas NEGATIVAS após a audiência de julgamento (fls. 1973 a 1974 dos autos).

A propósito da impugnação da matéria de facto, o legislador fixa um regime especial, constante do artigo 599º (Ónus do recorrente que impugne a decisão de facto) do CPC, que tem o seguinte teor:

1. Quando impugne a decisão de facto, cabe ao recorrente especificar, sob pena de rejeição do recurso:

a) Quais os concretos pontos da matéria de facto que considera incorrectamente julgados;

b) Quais os concretos meios probatórios, constantes do processo ou de registo nele realizado, que impunham, sobre esses pontos da matéria de facto, decisão diversa da recorrida.

2. No caso previsto na alínea b) do número anterior, quando os meios probatórios invocados como fundamento do erro na apreciação da prova tenham sido gravados, incumbe ainda ao recorrente, sob pena de rejeição do recurso, indicar as passagens da gravação em que se funda.

3. Na hipótese prevista no número anterior, e sem prejuízo dos poderes de investigação oficiosa do tribunal, incumbe à parte contrária indicar, na contra-alegação que apresente, as passagens da gravação que infirmem as conclusões do recorrente.

4. O disposto nos n.os 1 e 2 é aplicável ao caso de o recorrido pretender alargar o âmbito do recurso, nos termos do n.º 2 do artigo 590.º

Ora, a especificação dos concretos pontos de facto que se pretendem questionar com as conclusões sobre a decisão a proferir nesse domínio delimitam o objecto do recurso sobre a impugnação da decisão de facto. Por sua

vez, a especificação dos concretos meios probatórios convocados, bem como a indicação exacta das passagens da gravação dos depoimentos que se pretendem ver analisados, além de constituírem uma condição essencial para o exercício esclarecido do contraditório, servem sobretudo de base para a reapreciação do Tribunal de recurso, ainda que a este incumba o poder inquisitório de tomar em consideração toda a prova produzida relevante para tal reapreciação, como decorre hoje, claramente, do preceituado no artigo 629º do CPC.

É, pois, em vista dessa função delimitadora que a lei comina a inobservância daqueles requisitos de impugnação da decisão de facto com a sanção máxima da rejeição imediata do recurso, ou seja, sem possibilidade de suprimento, na parte afectada, nos termos do artigo 599º/2 do CPC.

*

No que respeita aos critérios da valoração probatória, nunca é demais sublinhar que se trata de um raciocínio problemático, argumentativamente fundado no húmus da razão prática, a desenvolver mediante análise crítica dos dados de facto veiculados pela actividade instrutória, em regra, por via de inferências indutivas ou analógicas pautadas pelas regras da experiência colhidas da normalidade social, que não pelo mero convencimento íntimo do julgador, não podendo a intuição deixar de passar pelo crivo de uma razoabilidade persuasiva e susceptível de objectivação, o que não exclui, de todo, a interferência de factores de índole intuitiva, compreensíveis ainda que porventura inexprimíveis. Ponto é que a motivação se norteie pelo *princípio da completeude racional*, de forma a esconjurar o arbítrio¹.

¹ Sobre o princípio da completeude da motivação da decisão judicial ditado, pela necessidade da justificação cabal das

É, pois, nessa linha que se deve aferir a razoabilidade dos juízos de prova especificamente impugnados, mediante a análise crítica do material probatório constante dos autos, incluindo as gravações ou transcrições dos depoimentos, tendo em conta o respectivo teor, o seu nicho contextual histórico-narrativo, bem como as razões de ciência e a credibilidade dos testemunhos. Só assim se poderá satisfazer o critério da prudente convicção do julgador na apreciação da prova livre, em conformidade com o disposto, designadamente no artigo 390º do CCM, em conjugação com o artigo 558º do CPC, com vista a obter uma decisão que se possa ter por justa e legítima.

Será com base na convicção desse modo formada pelo Tribunal de recurso que se concluirá ou não pelo acerto ou erro da decisão recorrida.

*

Vejamos se tem razão ou não o Recorrente nesta parte.

Nas alegações do recurso, o Recorrente transcreveu o depoimento prestado por testemunhas que tem o seguinte teor:

在庭審之中，證人 F 曾表示：

法官：其實 X 醫生你當時在場，X 醫生當時點樣同病人講？

F：簽戈時我唔記得我係唔係在場。

法官：咁上去病房時，X 醫生有同病人講過狀況架嘛，當時講咗咩？

F：講戈粒野嘅位置，幾多粒。

法官：因為已經做咗手術架嘛，就解釋比佢聽仲有幾多粒腫瘤？仲有呢？

F：都係平時戈啲咋喎，唔係好記得。

razões em que se funda, com função legitimadora do poder judicial, vide acórdão do STJ, de 17-01-2012, relatado pelo Exm.º Juiz Cons. Gabriel Catarino, no processo n.º 1876/06.3TBGDM.P1 .S1, disponível na Internet – <http://www.dgsi.pt/jstj>

法官：你就記得有同佢解釋幾多粒？因為佢都係你地同事呀嘛，印象會唔會深啲？

F：我覺得反而係講少咗，我地一定係講少咗。

法官：點解呢？

F：因為佢係醫生。

法官：因為佢係醫生，反而講少咗？

F：嗯。

法官：咁醫生唔係各個專項都一樣架嘛？

F：我明，但佢好清楚。

法官：你點解會咁樣認為呢？

F：佢戈陣係好了解佢裡面血管瘤既情況。

法官：姐係你地覺得佢係好了解佢嘅病況？從何得知佢係好清楚佢既病況？

F：因為我感覺上佢知道危險性係好大同埋好迫切，想快啲做。

法官：但佢已經做左一次手術喇嗎？

F：但隨時會爆。

法官：但你認為佢所指嘅迫切就係唔需要你地解釋，同我做手術啦，係咁嘅意思？即係你地想同佢解釋戈個風險，但佢都唔聽，佢都知道囉？

F：呢個我唔記得，但我從佢嘅見證人位置填埋名.....我估姐，但我唔記得。

法官：咁醫生你到底記唔記得當時嘅狀況？

F：我淨係記得佢當時差唔多喊。

法官：你記得佢，見到 X 醫生戈時就好想喊，叫 X 醫生救佢？

F：係。

法官：咁佢都知道個狀況係好嚴重，佢同你咁描述？

F：佢大約就係話如果你唔救佢就死梗。

法官：咁你地點樣救佢？

F：就係做第二次手術。

法官：咁第二次手術做咩佢知唔知？

F：兩次手術嘅性質係差唔多，只係手術物料唔同，咁物料唔同我地好難同病人講，呢啲咁精細

嘅野。

(上述之庭審錄音載於檔案 256_16_RA;17_01_2018;CHINES;Recorded on 17-Jan-2018 at 15.14.30(2@E{B7!100313582) , 時段為 17:48 至 21:15)

É de ver que os depoimentos gravados, acima transcrito, não nos permitem responder positivamente aos factos quesitados. Melhor dito, não nos foram indicados concretamente quais pontos de factos que foram erradamente julgados pelo Tribunal Colectivo.

Ora, importa sublinhar que, para infirmar tal conclusão, não bastam as declarações ou depoimento em determinado sentido de testemunhas chamadas a depor, pois que o juiz não tem, necessariamente, de aceitar esse sentido ou tal versão.

Na verdade, o juiz não é um mero depositário de depoimentos, pois que a actividade judicatória na valoração dos depoimentos há-de atender a uma multiplicidade de factores que tem a ver, designadamente, com as razões de ciência, a espontaneidade dos depoimentos, a seriedade, o raciocínio, as lacunas, as hesitações, a linguagem, o tom de voz, o comportamento, as coincidências, as contradições, a linguagem gestual, etc., e, por isso, contrariamente ao que parece entender a Recorrente, o julgador pode atribuir credibilidade a parte de um depoimento e não a atribuir noutra parte. Foi o que o julgador recorrido fez e com razão e fundamentação bem clara.

O juízo formado do Tribunal recorrido não merece censura, sendo certo que os factos constantes dos artigos 26º, 27º e 33º são importantes para

demonstrar o facto danoso e dano, só que faltaram provas para sustentar uma resposta positiva.

Pelo que, esta parte de recurso há-de ser julgada improcedente.

*

Quanto ao mérito de recurso, vemos primeiro o que o Tribunal *a quo* decidiu.

Este afirmou:

I. Relatório

O Autor **A (A)**, com dados de identificação e endereço detalhadamente discriminados nos autos;

Contra

O 1º Réu **B (B)**, com dados de identificação e endereço detalhadamente discriminados nos autos, e

A 2ª Ré **Serviços de Saúde**

Intentou a presente acção para efectivação de responsabilidade civil extracontratual e,

Com fundamentos constantes de fls. 2 a 23 da petição inicial,

Requeru a este Tribunal que condenasse os dois Réus a pagarem solidariamente ao Autor:

a) A quantia total de MOP25.306.810,00, a título de indemnização por danos patrimoniais;

b) A quantia total de MOP3.000.000,00, a título de indemnização por danos não patrimoniais;

c) As despesas médicas futuras necessárias para o tratamento das lesões resultantes do erro médico em causa;

d) As custas processuais da presente causa; e

e) Os juros legais contados a partir da prolação da sentença até integral e efectivo pagamento das quantias de indemnização mencionadas nas alíneas a) e b).

*

Tendo sido devidamente citado, o 1º Réu contestou (vide fls. 120 a 138 dos autos), deduzindo excepção peremptória de prescrição do direito de indemnização por danos patrimoniais do Autor, bem como solicitando a negação de provimento aos fundamentos invocados pelo Autor na petição inicial e o indeferimento de todos os pedidos formulados pelo mesmo.

*

Tendo sido devidamente citado, a 2ª Ré contestou (vide fls. 86 a 111 dos autos), deduzindo excepção peremptória de prescrição do direito de indemnização por danos patrimoniais do Autor, bem como solicitando a concessão de provimento à impugnação deduzida na contestação.

*

O Autor apresentou réplica (vide fls. 228 a 233 dos autos).

*

Este Tribunal é competente em razão da matéria, da hierarquia e do terreno.
Inexiste a nulidade insanável.

As partes processuais têm personalidade e capacidade judiciárias.

Inexistem nulidades, excepções ou questões prévias que impeçam a apreciação do mérito da causa e sejam ofensiva e imediatamente resolvidas.

*

O julgamento do presente processo é efectuado, nos termos da lei, com intervenção do Tribunal Colectivo.

*

O Delegado do Procurador junto deste Tribunal emitiu parecer, promovendo julgar integralmente improcedentes os pedidos formulados pelo Autor, e deles absolver os dois Réus (vide fls. 1995 a 2002 dos autos, cujo teor se dá por integralmente reproduzido).

II. Factos

Discutida a causa, resultaram provados os seguintes factos:

(...)

III. Fundamentos de Direito

No entendimento do Autor, no decurso da 2ª intervenção cirúrgica cerebrovascular recebida pelo Autor, o 1º Réu não lhe comunicou, explicou nem aclarou sobre a doença, o tipo de cirurgia, a função da cirurgia, a taxa de cura, o risco da cirurgia, a complicação, a sequela, entre outras informações, bem como os demais programas curativos consideráveis de natureza específica, privando o Autor do direito à escolha do programa curativo.

Ainda entendeu o Autor que o 1º Réu não efectuou a avaliação prudente nem observou as precauções na aplicação do respectivo programa curativo, nomeadamente: a implantação excessiva de dispositivo de desvio de fluxo sanguíneo; o menosprezo da complicação eventualmente surgida durante a cirurgia, e da sequela da cirurgia; e, a adopção de atitude imprudente, negligente e descuidadosa na realização da cirurgia disponibilizada ao Autor, causando danos físicos permanentes ao mesmo.

Ademais, face ao trabalho do 1º Réu, a 2ª Ré não cumpriu o seu dever de fiscalização, tendo mera culpa, bem como deve a mesma assumir a responsabilidade civil

emergente do acto ilícito culposamente praticado pelo 1º Réu por causa do exercício das suas funções.

No que concerne à indemnização, o Autor exigiu aos dois Réus que pagassem solidariamente uma quantia global de MOP25.306.810,00, a título de indemnização por danos patrimoniais, nomeadamente por perda salarial e por perda de rendimento esperada; uma quantia global de MOP3.000.000,00, a título de indemnização por danos não patrimoniais resultante da dor e da depressão mental provocadas pela cirurgia; as despesas médicas necessárias para a continuação do tratamento das lesões, e os respectivos juros legais.

Na contestação, para além de ter deduzido excepção peremptória de prescrição do direito de indemnização do Autor, o 1º Réu impugnou também os factos invocados pelo Autor, considerando que tinha explicado claramente ao Autor as informações relativas ao tratamento cirúrgico; tinha avaliado prudentemente a doença do Autor e realizado a cirurgia, não se verificando dolo ou negligência no acto praticado pelo mesmo; a par disso, os danos sofridos pelo Autor resultaram da sua doença crónica, não havendo nexo de causalidade entre esses danos e o acto médico praticado pelo mesmo; enfim, entendeu o 1º Réu que se verificou a falta de prova para sustentar a indemnização reclamada pelo Autor, e que o *quantum* da indemnização era manifestamente excessivo.

Os fundamentos da contestação invocados pela 2ª Ré são similares aos invocados pelo 1º Réu; no entendimento da 2ª Ré, não se verificava ilicitude no acto médico praticado na 2ª cirurgia, os dois Réus não tinham mera culpa, bem como não havia nexo de causalidade adequado entre o acto praticado pelos dois Réus e as lesões e danos descritos pelo Autor.

Pelo exposto, é necessário analisar as seguintes questões:

1. A excepção peremptória de prescrição do direito de indemnização
2. O erro médico do caso e a sua causa
3. A eventual responsabilidade dos dois Réus
4. O eventual direito do Autor

*

1. A excepção peremptória de prescrição do direito de indemnização

De antemão, pelos factos provados, em 24 de Outubro de 2011, o Autor submeteu-se à segunda intervenção cirúrgica cerebrovascular (cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica). Declarou o Autor que as suas lesões resultavam da cirurgia recebida naquele dia.

Além disso, os factos provados ainda mostram que:

- Desde 2012, o Autor submeteu-se a tratamento no serviço de psiquiatria do Centro Hospitalar Conde de S. Januário (vide artigo 11º da base instrutória);
- Em 9 e 12 de Outubro de 2015, por se sentir dor de cabeça, o Autor deslocou-se, sucessivamente duas vezes, ao serviço de urgência do Centro Hospitalar Conde de S. Januário, a fim de receber tratamento (vide artigos 16º e 18º da base instrutória);
- Pela organização do Dr. K (K), em 27 de Outubro de 2015, o Autor submeteu-se

aos exames MRI e MR (alínea M) dos factos assentes).

Se, genericamente, os factos acima expostos são suficientes para demonstrarem a prescrição do direito de indemnização invocado pelo Autor contra os dois Réus?

Assim, o art.º 491º do Código Civil prevê:

“Artigo 491º

(Prescrição)

1. O direito de indemnização prescreve no prazo de 3 anos, a contar da data em que o lesado teve ou deveria ter tido conhecimento do direito que lhe compete e da pessoa do responsável, embora com desconhecimento da extensão integral dos danos, sem prejuízo da prescrição ordinária se tiver decorrido o respectivo prazo a contar do facto danoso.

2. Prescreve igualmente no prazo de 3 anos, a contar do cumprimento, o direito de regresso entre os responsáveis.

3. Se o facto ilícito constituir crime para cujo procedimento a lei estabeleça prescrição sujeita a prazo mais longo, é este o prazo aplicável; contudo, se a responsabilidade criminal ficar prejudicada por outra causa que não a prescrição do procedimento penal, o direito à indemnização prescreve no prazo de 1 ano a contar da verificação dessa causa, mas não antes de decorrido o prazo referido na primeira parte do n.º 1.

4. A prescrição do direito de indemnização não importa prescrição da acção de reivindicação nem da acção de restituição por enriquecimento sem causa, se houver lugar a uma ou a outra.”

Entenderam os dois Réus que o prazo de prescrição do direito de indemnização do Autor devia ser contado a partir de 24 de Outubro de 2011, data em que foi realizada a 2ª intervenção cirúrgica cerebrovascular, uma vez que, após a cirurgia realizada naquele dia, o Autor já tinha conhecimento das lesões invocadas.

Porém, afigura-se que o ponto de vista do mesmo é distinto das exigências do artigo supracitado, pois, tal artigo não só exige que o lesado tenha ou deva ter tido conhecimento do direito que lhe compete, mas também exige que o lesado tenha ou deva ter tido conhecimento da pessoa do responsável. Só assim o lesado é que reúne condições para exercer o seu direito à indemnização, e a partir desse momento é que existe razão para apontar que o referido direito se extingue por prescrição em consequência da falta do exercício do dito direito pelo lesado no prazo legal.

In casu, dos factos acima expostos se vislumbra que, após a cirurgia realizada em 24 de Outubro de 2011, várias vezes, o Autor se submeteu a consulta em diferentes serviços médicos do Centro Hospitalar Conde de S. Januário, portanto, verifica-se que o Autor não tinha conhecimento da causa concreta das lesões sofridas, não tendo associado directamente as suas lesões ao acto médico irregular praticado pelos dois Réus.

Deste modo, embora se considerasse que a dor sofrida pelo Autor teve início em 24 de Outubro de 2011, era difícil afirmar que, a partir daquele dia, o Autor tinha conhecimento da causa das lesões sofridas e da pessoa do responsável. Até 27 de Outubro de 2015, após a conclusão dos exames MR e MRI, o Autor é que, conforme o relatório dos exames, associou a

responsabilidade do erro aos aparelhos de triagem hematológica implantados nos seus vasos sanguíneos, e, com base nisso, formou a causa dos seus pedidos.

Assim sendo, no entendimento deste Tribunal, até a data da propositura da acção (28 de Janeiro de 2016), ainda não foi decorrido o prazo de prescrição do direito de indemnização do Autor.

Por conseguinte, julga-se improcedentes as excepções deduzidas pelos dois Réus.

2. O erro médico do caso e a sua causa

Entendeu o Autor que o enfarte cerebral isquémico subagudo e a doença isquémica vascular crónica sofridos após ter recebido a 2ª cirurgia eram relacionados com os dispositivos de desvio de fluxo sanguíneo implantados nos seus vasos sanguíneos durante a cirurgia, por fim, isto resultou do programa curativo errado escolhido pelo 1º Réu: face à doença do Autor, o 1º Réu não adoptou o programa curativo conservatório, ou seja, o 1º Réu provocou ao Autor as doenças em apreço por ter implantado os dispositivos de desvio de fluxo sanguíneo nos vasos sanguíneos do Autor, e, devido a essas doenças, o Autor sofreria lesões permanentes.

Contudo, a conclusão retirada dos factos provados é justamente contrária à situação acima exposta.

Por um lado, pode excluir-se a relação entre o enfarte cerebral isquémico sofrido pelo Autor e os aparelhos de triagem hematológica implantados:

Primeiro, não existe nenhuma relação ou conexão entre o segmento do vaso sanguíneo onde foi implantado o aparelho de triagem hematológica e o lugar onde apareceu o enfarte cerebral isquémico (artigo 65º da base instrutória).

Segundo, geralmente, a morte e a deficiência física, ou seja, a paralisia no todo ou em parte, do corpo, acompanhada dos sintomas como apoplexia, são as principais formas da complicação resultante da cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica (artigo 62º da base instrutória), mas a complicação invocada pelo Autor, ou seja, o enfarte cerebral isquémico subagudo, resultou da doença isquémica microvascular crónica (artigo 66º da base instrutória), não sendo compatível com a complicação geralmente provocada pela cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica.

A par disso, não se verifica neste caso a complicação geralmente resultante da aludida cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica; em 11 de Novembro de 2011, o Autor requereu que saísse do hospital, e regressou ao hospital em 14 de Novembro de 2011 (artigo 71º da base instrutória); o Autor se recuperou após a segunda cirurgia, tendo uma vida normal (artigo 72º da base instrutória). O Autor ainda está vivo, é capaz de raciocinar e conversar normalmente, bem como continuou a trabalhar durante 4 anos depois da cirurgia; daí se revela que a 2ª cirurgia foi bem-sucedida (artigo 78º da base instrutória).

Este ponto é confirmado pelo relatório dos exames MRI e MR submetidos, em 27

de Outubro de 2015, pelo Autor; conforme o referido relatório, vários aneurismas cerebrais do Autor foram desaparecidos; daí se vislumbra que foi alcançado o objectivo da 2ª cirurgia (artigo 77º da base instrutória). Ademais, a corrente sanguínea nos vasos sanguíneos intracranianos do lado direito do Autor era normal, e não se afectou a subministração sanguínea intracraniana do lado direito do Autor (artigo 69º da base instrutória).

Por outro lado, o Tribunal Colectivo iniciou a investigação da verdadeira causa do enfarte cerebral isquémico subagudo sofrido pelo Autor, obtendo a seguinte conclusão:

Primeiro, a causa da doença inerente do Autor: Geralmente, os idosos que sofrem permanentemente de hipertensão e de arritmia, costumam ter enfarte cerebral isquémico subagudo e doença isquémica vascular crónica (artigo 74º da base instrutória).

Segundo, a causa da doença provocada pela condição externa: Da hemorragia subaracnóide também resultam o enfarte cerebral isquémico subagudo e a doença isquémica vascular crónica (artigo 75º da base instrutória). A hemorragia subaracnóide resultante dos aneurismas intracranianos provoca, simultaneamente, o enfraquecimento da memória, da flexibilidade corporal e da habilidade executiva, bem como a obstrução da capacidade linguística, tais sequelas gerais (artigo 70º da base instrutória).

Os dois casos acima expostos não estão relacionados com a 2ª intervenção cirúrgica cerebrovascular (cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica) submetida pelo Autor.

*

3. A eventual responsabilidade dos dois Réus

Ao presente caso é aplicável o regime geral da responsabilidade civil extracontratual da R.A.E.M. e demais pessoas colectivas públicas por actos de gestão pública praticados pelos respectivos órgãos ou agentes administrativos, ou seja, o respectivo preceito do Decreto-Lei n.º 28/91/M, de 22 de Abril. Tal regime é semelhante ao regime jurídico da responsabilidade civil extracontratual estabelecido no Código Civil, dispondo concretamente a responsabilidade por factos ilícitos (artigos 2º a 8º do aludido Decreto-Lei), a responsabilidade pelo risco (art.º 9º do dito Decreto-Lei) e a responsabilidade por factos lícitos (art.º 10º do mesmo Decreto-Lei).

Das quais, a responsabilidade civil por factos ilícitos está prevista no art.º 2º do aludido Decreto-Lei: *“A Administração do Território e demais pessoas colectivas públicas respondem civilmente perante os lesados, pelos actos ilícitos culposamente praticados pelos respectivos órgãos ou agentes administrativos no exercício das suas funções e por causa desse exercício.”*

À luz da disposição supracitada, a verificação ou não do direito de reivindicação civil por parte do Autor depende da procedência cumulativa dos seguintes requisitos: A acção ou omissão dos órgãos administrativos ou dos seus trabalhadores; a ilicitude da acção ou omissão destes; a culpa dos referidos órgãos ou dos seus trabalhadores; e, os nexos de causalidade adequados entre o acto ilícito e o facto ofensivo, e entre o facto ofensivo e o dano. Exige-se a verificação cumulativa dos aludidos requisitos, portanto, é necessário observar os

factos dados como provados pelo Tribunal para saber se no caso concreto existem ou não os referidos requisitos.

Como mencionado anteriormente, *in casu*, a causa de pedir invocada pelo Autor apresenta dois aspectos: Primeiro, os dois Réus não cumpriram o dever de informação relativo à cirurgia, danificando o direito à informação do Autor; segundo, o 1º Réu adoptou um meio de tratamento cirúrgico irregular. Todavia, sem margem de dúvidas, seja qual for a direcção em que se baseia a causa de pedir, é indispensável o apuramento do nexo de causalidade adequado existente entre o facto ofensivo e o dano, ou seja, é necessário apurar que o dano sofrido e invocado pelo Autor resultou da 2ª intervenção cirúrgica cerebrovascular (cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica).

No entanto, como analisado anteriormente, do acórdão da matéria de facto não se revela a verificação do nexo de causalidade entre o facto ofensivo e o dano, tampouco a verificação do nexo de causalidade adequado.

*

Por outro lado, finda a análise dos factos provados, o Tribunal não conclui que haja ilicitude no acto médico praticado pelo 1º Réu.

Face à ilicitude do acto, o art.º 7º do Decreto-Lei n.º 28/91/M, de 22 de Abril, prevê o seguinte:

“1. Para os efeitos deste diploma, a ilicitude consiste na violação do direito de outrem ou de uma disposição legal destinada a proteger os seus interesses.

2. Serão também considerados ilícitos os actos jurídicos que violem as normas legais e regulamentares ou os princípios gerais aplicáveis e os actos materiais que infrinjam estas normas e princípios ou ainda as regras de ordem técnica e de prudência comum que devam ser tidas em consideração.”

Sub judice, temos de saber se se verifica ilicitude no comportamento factual adoptado pelo 1º Réu ao disponibilizar o tratamento intervencionista ao Autor, ou seja, saber se existe violação das normas legais e regulamentares ou dos princípios gerais aplicáveis, ou das regras de ordem técnica e de prudência comum que devam ser tidas em consideração.

Em primeiro lugar, apontou o Autor que, no decurso da 2ª intervenção cirúrgica cerebrovascular recebida pelo mesmo, o 1º Réu não cumpriu o dever de informação, mas essa tese não é sustentada por qualquer fundamento de facto.

Pelo contrário, tendo-se ponderado analiticamente os seguintes dois factos provados: *“Após a cirurgia, o 1º Réu disse ao Autor que o Autor ainda tinha alguns angiomas no cérebro e precisava de se submeter novamente a cirurgia (alínea B) dos factos assentes).”* e *“Em 19 de Outubro de 2011, o Autor assinou o termo de consentimento para a segunda intervenção cirúrgica (alínea C) dos factos assentes).”*, averigua-se que o Autor foi comunicado sobre o objectivo e o risco da cirurgia na data em que se submeteu à 2ª intervenção cirúrgica cerebrovascular, bem como consentiu com a realização da cirurgia em apreço.

Por cima, mesmo que tenha provado o facto da falta de pleno cumprimento do

dever de informação pré-operatório por parte do 1º Réu, isto não é suficiente para apurar a verificação da ilicitude no acto médico intervencionista disponibilizado pelo 1º Réu ao Autor, portanto, o Autor ainda necessita de alegar e demonstrar que, caso tenha conhecimento do risco da cirurgia, não aceitará a assinatura do termo de consentimento para cirurgia e a realização da cirurgia, bem como pedirá o anulamento do consentimento feito anteriormente.

Porém, evidentemente, o Autor não conseguiu invocar a sua pretensão conforme essa direcção, muito menos apresentar provas bastantes.

Em segundo lugar, também não se verifica ilicitude no acto médico disponibilizado pelo 1º Réu ao Autor.

Primeiro, do art.º 49º a art.º 56º dos factos assentes da base instrutória se vislumbra que não se verifica ilicitude na decisão de disponibilização da 2ª intervenção cirúrgica cerebrovascular ao Autor tomada pelo 1º Réu; o Autor sofre permanentemente de hipertensão e tinha sofrido um rompimento de aneurisma intracraniano, bem como teve alto risco de novo rompimento de aneurisma. Dos sintomas clínicos do Autor se vislumbra que o Autor ainda não se afastou do período perigoso depois de ter-se submetido à cirurgia de embolia por bobina de mola em 6 de Outubro de 2011, já que parte do fio mole da platina (bobina de mola) utilizado no preenchimento de aneurisma estava fora da área de preenchimento que devia ficar, podendo surgir novo rompimento do aneurisma que foi obstruído pela referida bobina de mola.

Além do mais, tal fio mole da platina (bobina de mola) será levado pelo sangue até à artéria ou aos ramos arteriais intracranianos, de que resultarão a embolia da artéria ou dos ramos arteriais, bem como a necrose, no todo ou em parte, do tecido cerebral do Autor devido à falta da subministração sanguínea intracraniana, causando, portanto, ao Autor a morte ou paralisia corporal e os demais sintomas como apoplexia.

Deste modo, há alta urgência e necessidade de submeter o Autor à 2ª cirurgia.

Segundo, o 1º Réu não escolheu o programa curativo inadequado, e a cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica disponibilizada pelo mesmo ao Autor apresenta certa relevância no tratamento da doença sofrida pelo Autor.

Conforme os factos provados:

- A cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica recomendada pelo 1º Réu cura eficientemente os aneurismas de colo largo e fusiforme (artigo 57º da base instrutória).

- A cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica é um tratamento intervencionista intravascular, sendo uma cirurgia mais segura em relação ao tratamento cirúrgico aberto (ou seja, a realização da craniotomia ou, por exemplo, tratamento de recorte) e tendo uma relação custo-benefício razoável (artigo 58º da base instrutória).

- O uso do aparelho de triagem hematológica no tratamento do aneurisma situado nos pequenos vasos sanguíneos intracranianos apresenta o mais baixo risco de complicação (artigo 59º da base instrutória).

- O uso do aparelho de triagem hematológica no tratamento das pessoas que

sofram do supracitado subtipo de aneurisma intracraniano que é dificilmente curado, apresenta uma taxa de cura de aneurisma de 93% durante 6 meses após a cirurgia (artigo 60º da base instrutória).

- É adequado aplicar a cirurgia de implantação de aparelhos de triagem hematológica no tratamento dos sintomas patológicos do Autor (artigo 61º da base instrutória).

Enfim, não se verifica omissão ou irregularidade manifesta no decurso da cirurgia disponibilizada pelo 1º Réu ao Autor. Na cirurgia realizada em 24 de Outubro de 2011, o 1º Réu não utilizou o aparelho de triagem hematológica sobreposto, mas sim, conforme as necessidades dos sintomas patológicos do Autor, utilizou três aparelhos de triagem hematológica para tratar os três aneurismas encontrados em diferentes partes dos vasos sanguíneos intracranianos (artigo 64º da base instrutória). Por outro lado, não existe nenhuma relação ou conexão entre o lugar onde apareceu o enfarte cerebral isquémico e o segmento do vaso sanguíneo onde foi implantado o aparelho de triagem hematológica (artigo 65º da base instrutória).

Pelo exposto, o acto médico disponibilizado pelo 1º Réu ao Autor não violou regulamento jurídico ou regra técnica, e nele não se verifica ilicitude.

Nesta conformidade, também não se verifica o problema de escassez de fiscalização do 1º Réu pela 2ª Ré.

Não é necessário analisar os restantes requisitos, já que, devido à insatisfação dos aludidos dois requisitos, são improcedentes todos os pedidos formulados pelo Autor.

*

4. O eventual direito do Autor

Assim sendo, não é necessário discutir sobre a questão relativa ao direito de indemnização do Autor, já que são improcedentes todos os pedidos formulados pelo mesmo.

IV. Dispositivo:

Face ao expendido, este Tribunal julga improcedente a acção intentada pelo Autor, absolvendo os dois Réus de todos os pedidos formulados pelo Autor.

*

Custas pelo Autor, delas o mesmo estar dispensado por lhe ter sido concedido o apoio judiciário.

*

Registe e notifique.

*

Ora, não obstante o Recorrente alegar vagamente que a sentença violou as normas aplicáveis, não encontramos concretamente tais vícios na decisão acima transcrita, pois:

Primeiro, o quadro fáctico não foi alterado;

Segundo, os factos provados não permitem estabelecer o estado de saúde que o Recorrente está hoje em dia se deve a alguns erros médicos cometidos por médicos da 2ª Ré;

Terceiro, depois da intervenção cirúrgica, o Recorrente chegou a trabalhar um ano e tal depois é que surgiram problemas que deram origem à cessação da relação laboral com a 2ª Ré (*vidé* os factos assentes das alíneas D) e K), e os constantes dos artigos 28º, 29º e 32º da BI).

Quarto, não encontramos de modo claro a existência de nexo de causalidade entre o dano sofrido e o facto danoso imputado aos Réus.

Pelo expendido, há-de julgar-se improcedente o recurso, pois, é da nossa conclusão que o Tribunal *a quo* fez uma análise ponderada dos factos e uma aplicação correcta das normas jurídicas aplicáveis, tendo proferido uma decisão conscienciosa e legalmente fundamentada, motivo pelo qual, ao abrigo do disposto no artigo 631º/5 do CPC, é de manter a decisão recorrida.

Tudo visto, resta decidir.

* * *

V - DECISÃO

Em face de todo o que fica exposto e justificado, os juízes do TSI acordam em **negar provimento ao presente recurso jurisdicional**, mantendo-se a sentença recorrida proferida pelo Tribunal Administrativo.

*

Custas pelo Recorrene, sem prejuízo da isenção legalmente prescrita.

*

Notifique e Registe.

*

RAEM, 31 de Outubro de 2019.

Fong Man Chong

Ho Wai Neng

José Cândido de Pinho

Mai Man Ieng