

**TJDFT**Poder Judiciário da União
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS**3VARCRICEI**
3ª Vara Criminal de Ceilândia

Número do processo: 0014587-04.2013.8.07.0001

Classe judicial: AÇÃO PENAL - PROCEDIMENTO ORDINÁRIO (283)

AUTOR: MINISTERIO PUBLICO DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITORIOS

RÉU: VENILTON CRUZ CAVALCANTE, ERIKA VIEIRA DE SOUZA JORDAO, BARBARA LETICIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

SENTENÇA

O Ministério Público do Distrito Federal denunciou **VENILTON CRUZ CAVALCANTE, ÉRIKA VIEIRA DE SOUZA JORDÃO e BÁRBARA LETÍCIA RODRIGUES DE OLIVEIRA**, qualificados nos autos, imputando-lhes a autoria do crime descrito no artigo 121, §§ 3º e 4º, c/c artigo 13, caput e § 2º, todos do Código Penal (em relação aos três denunciados).

Conforme a peça acusatória, *“no dia 01 de março de 2013, no Hospital Regional da Asa Norte/DF - HRAN, os denunciados, submeteram a vítima Michele da Silva Pereira a um parto cesariano, e agindo de forma imprudente e imperita durante tal procedimento cirúrgico, e violando o dever jurídico de cuidado e proteção que suas obrigações de médicos lhe impunham em relação a sua paciente, deixaram 2 (duas) compressas cirúrgicas em sua cavidade abdominal, que foram determinantes para o óbito da vítima”*. **(Id. 60923529)**

A denúncia foi recebida em 27 de outubro de 2017 **(Id. 60924247)**.

Os réus apresentaram respostas à acusação **em ID 60924253 (Érika), ID 60924255 (Venilton) e ID 60924258 (Bárbara)**.

Não houve hipóteses de absolvição sumária **(fls. 808/809 Pje download)**.

Durante a instrução probatória, foram colhidos os depoimentos das testemunhas/informantes *Sérgio P. P. S., Raquel P. M., Matheus P. A., Rita R. da S., Thiago B. V., Wilma S. L., Metódio R. R., Bruno M. C., Ana F. F., Sérgio P. M., Humberto G. F. F., Marco de O. B. e Luís César L. M.*. A Defesa dos réus dispensou a oitiva das testemunhas *Andressa G. A. G., Wilson A. R., Luciana da S. D., Noemi de S. R. e Lucimar G. da C.*, o que foi

homologado pelo juízo. Ao final, foi realizado o interrogatório dos acusados, encerrando-se a instrução (fls. 971/976 Pje download).

Na fase do artigo 402 do Código de Processo Penal, o Ministério Público nada requereu. A Defesa, por sua vez, reiterou o pedido de prova pericial indireta formulado às fls. 808/809 – Pje download, o que foi deferido pelo Juízo, sendo nomeado como perito o Dr. Paulo Machado Ribeiro Júnior - médico legista do IML, para fins de complementação dos laudos de exame de corpo de delito anteriores.

O Ministério Público e o Assistente de Acusação apresentaram seus quesitos (fls. 1000/1002 e 1006 – Pje download).

A Defesa dos acusados apresentou os seus quesitos e indicou assistente técnico - Dr. João Marcos Souza Gualberto, CRM/DF nº 20.746 – nos termos do artigo 159, §§ 4º e 5º, inciso II, CPP (fl. 995/997 - Pje download).

A perícia oficial apresentou aditamento ao laudo de exame de corpo de delito, com respostas aos quesitos formulados pelas partes (fls. 1022/1025 e 1038/1041 – Pje download).

Houve juntada do parecer técnico elaborado pelo médico assistente técnico indicado pela Defesa dos réus às fls. 1091/1112 – Pje download).

A Defesa requereu a oitiva do médico assistente João Marcos em audiência (fl. 1088 Pje download), o que foi indeferido por este Juízo (fl. 1122/1023).

O Ministério Público apresentou alegações finais, por memoriais, pugnando pela procedência da pretensão punitiva estatal deduzida na denúncia, para condenar os acusados nos exatos termos da peça acusatória, bem como a fixação do valor mínimo para a reparação dos danos morais causados pela infração penal no valor de R\$ 130.000,00 (fls. 1044/1075).

Do mesmo modo, o assistente de acusação apresentou seus memoriais, ocasião em que requereu a condenação dos réus, bem como ratificou as disposições finais dos memoriais apresentados pelo *parquet* (fls. 1130/1137 – Pje download).

Por fim, a Defesa apresentou as alegações finais, requerendo a absolvição dos réus, com fulcro no artigo 386, incisos I e II do Código de Processo Penal, e, subsidiariamente, com fundamento no artigo 368, incisos VI e VII, do mesmo diploma legal. Na hipótese de eventual condenação, a Defesa postulou: a) seja reconhecida a circunstância

atenuante da confissão espontânea; b) seja afastada a causa de aumento prevista no § 4º do artigo 121 do Código Penal; c) seja afastada a fixação de valor mínimo a título de dano moral, ante a impossibilidade de sua valoração no caso *sub judice* (fls. 1150/1205 – Pje download).

É o relatório. **FUNDAMENTO E DECIDO.**

Trata-se de ação penal pública, na qual se atribui aos réus a prática de crime de homicídio culposo, resultante de inobservância de regra técnica de profissão.

Preliminarmente, o Assistente de Acusação impugnou a apresentação de pareceres e laudos produzidos exclusivamente pela Defesa, ao argumento de que a prova pericial deferida por este Juízo e com a possibilidade de apresentação dos quesitos pela parte, foi devidamente cumprida por perito oficial, conforme fls. 1022/1025 – Pje download.

A objeção não merece acolhida.

A manifestação do assistente técnico indicado pela Defesa, subsidiada por pareceres e laudos, vai ao encontro do que apregoa o artigo 159, §§ 4º e 5º, inciso II do Código de Processo Penal, e deve ser mantida, sob pena de afronta aos princípios do contraditório e ampla defesa.

Rejeito, pois, a preliminar aventada pelo Assistente de Acusação.

Presentes as condições necessárias ao exercício do direito de ação, bem como os pressupostos processuais legalmente exigidos, e não havendo outras questões preliminares a analisar ou cognoscíveis *ex officio*, **passo ao mérito**.

A **materialidade** do delito indicado na denúncia encontra-se evidenciada pelos documentos acostados aos autos, em especial, pela portaria que instaurou o procedimento de investigação preliminar (fl. 17/18 Pje download); ocorrência policial (fls. 20/24 Pje download); documentos relativos aos prontuários médicos e guias de atendimento à vítima; laudo de exame de corpo de delito e seus respectivos aditamentos (fls. 1963/1969 Pje download) e também pela prova oral colhida em Juízo.

Quanto à **autoria**, é fato inconteste que os réus VENILTON, ÉRIKA e BÁRBARA, na qualidade de médicos supervisor, intervencionista e auxiliar, respectivamente, submeteram a vítima Michele da Silva Pereira a parto cesariano, realizado no Hospital Regional da Asa Norte, no dia 1º de março de 2013.

Contudo, os réus **negaram** o esquecimento de compressas no abdômen da vítima durante o parto cesáreo. Ademais, alegaram que a causa determinante da morte da paciente foi um pseudoaneurisma da artéria aorta, sem nexos de causalidade com a alegada presença de compressas no abdômen da vítima.

O réu **VENILTON**, em juízo, **negou** a autoria dos fatos, informou que: *“a conclusão não é verdadeira; no primeiro laudo cadavérico, emitido no mês de outubro de 2013, o mesmo médico que laudou o aditamento, baseado nos estudos que ele fez, macroscópico, microscópico e histopatológico, concluiu que não poderia evidenciar nexos de causa e efeito; na posse dele, naquele momento, não se poderia afirmar essa consequência, porque não tinha meios para uma definição para essa conclusão; o perito solicitou algumas provas, inclusive relatórios médicos e descrição cirúrgica; após o envio dessa descrição cirúrgica que relata o encontro de duas compressas, apesar de depoimentos na delegacia, relatos que existiam compressas, ele não tinha prova para que finalizasse um laudo com precisão; quando chegou a descrição cirúrgica, ele concluiu dizendo que: “apesar de não existir na literatura nenhum relato que demonstre que corpo estranho (tipo compressa), pudesse romper uma aorta, apesar de não ter relação de proximidade entre compressa e o vaso referido, ele confirma que do ponto de vista médico-legal poderia citar como provável causa do óbito da paciente”; achou contraditório o laudo do médico legista; única cirurgia que Michele teve foi a cesariana; aposentou do serviço público logo após estes fatos; Michele foi encaminhada para o HRAN já que não havia vaga em hospital da Ceilândia/DF; Michele tinha lesões de condilomatose, o que a impedia de ter parto transvaginal; a cesárea foi tranquila e dentro dos padrões normais; demorou em média 40 minutos; na hora de enxugar as cavidades, entram as compressas; não sabe dizer se as compressas tinham rastreadores; as compressas são desprezadas quando utilizadas; acompanhou/supervisionou as duas residentes (Érica e Barbara); Dra. Érica era a cirurgiã e Bárbara a auxiliar; as duas eram R3 (terceiro ano); não haveria nenhum motivo delas deixarem compressas na cavidade da vítima; não teve a necessidade de deixar a compressa para depois tirar; não se recorda de haver contagem das compressas; não há preocupação de contar compressas em cirurgias tranquilas como a da vítima; quem conta as compressas são os auxiliares de enfermagem; única informação de provas referentes às compressas são dos médicos/equipe da Ceilândia, os quais disponibilizaram 70 (setenta) compressas e na contagem final contabilizaram 72 (setenta e duas); Michele ficou no HRAN do dia 1º ao dia 4 sem nenhuma intercorrência; Michele no HRC queixou-se de dor abdominal e principalmente dor lombar; houve pedido de tomografia no dia 08 e marcada para o dia 22, porém no dia 11, quando a paciente estava já em estado de choque, anteciparam o referido exame; realizado o exame, o ginecologista que a examinou (exame físico) achou que Michele poderia estar com alguma intercorrência na cirurgia cesárea; ao abrir a paciente, não observaram nenhum sangramento na cavidade abdominal; havia um grande hematoma retroperitoneal; existe uma cavidade abdominal a qual é revestida por uma serosa chamada de peritônio; na região intraperitoneal (dentro da cavidade) é onde existe o útero, o ovário e alça intestinais; abaixo dessa camada que se chama peritônio existe os vasos importantes que é a região retroperitoneal como artérias, aorta, rim etc; quando os médicos de Ceilândia abriram a paciente na camada intra-abdominal*

não havia nada de sangramento; pensando que esse hematoma retroperitoneal fosse de origem do útero, os médicos resolveram realizar a histerectomia; ao fim da histerectomia o hematoma continuou; não era nenhum vaso uterino que estava sangrando; foi realizada uma cisão pequena, que começou a extravasar o sangue; o sangue advinha da cavidade retroperitoneal para a cavidade intraperitoneal; a cesárea não teve complicação, uma vez que foi aberto o abdômen e não foi encontrado sangue naquela região; antes de realizar a histerectomia, percebeu-se o grande hematoma; ao explorarem o retroperitônio e na hora que realizaram a clivagem, surgiu sangue para todo lado; tentaram tamponar; é possível que as compressas tenham aparecido nessa hora, já que na tentativa de conter aquele sangue, utilizasse muitas compressas; a despeito de não conter o sangramento, a equipe cirúrgica foi chamada; no momento em que a equipe cirúrgica entrou em cena, encontraram as duas compressas; não sabe se a compressa foi deixada naquele momento devido ao estresse; **tem absoluta certeza que as compressas não foram deixadas pela sua equipe (HRAN)**; sua hipótese em relação às compressas é que pode ter havido um erro de contagem, já que foram disponibilizadas 70 (setenta) compressas, porém os cirurgiões quando foram chamados para ajudar os ginecologistas entram paramentado para adentrar o campo; cada kit daquele tem uma compressa; o médico se escova; pega uma compressa que existe lá dentro da mesa, abre o capote todo e retira a compressa; enxuga a mão na compressa; despreza aquela compressa; coloca o capote e a luva e adentra ao campo cirúrgico; esse procedimento foi realizado com o primeiro e segundo cirurgião; a hipótese mais provável, se a contagem foi feita correta, são essas duas; não havia 4, 6 ou 1 e sim 2 compressas; é razoável pensar que essas compressas se juntaram com as outras que foram utilizadas (70 compressas); jogavam as compressas no ramper apropriado para isso; no estresse pode haver a possibilidade de terem jogado no em qualquer lugar; as compressas são contadas uma por uma; por coincidência, os dois médicos que entraram por último, são duas compressas que passaram a mais na contagem; todas compressas utilizadas são jogadas no balde; soube do falecimento da Michele pelas residentes, as quais noticiaram que a Dra. Wilma de Ceilândia havia ligado e informado que eles eram culpados, já que foram encontradas 2 compressas na cavidade abdominal de Michele; após, verificaram o prontuário eletrônico da paciente; **como uma paciente que fez uma cirurgia dia 1º, morre no dia 11 de uma cirurgia que não tem nada a ver com cesárea, a gente ser imputado por uma culpa dessa; a cesárea com o aneurisma são formações que não tem a ver**; a gravidez pode até pensar em aneurisma, mas a causa não; existem fatores que podem até acontecer, como foi relatado aqui, a paciente tinha infecções, infecções renais; ela teve HPV; há o HPV plano, é aquele que vê na mídia, que dá câncer; e há o HPV verrucoso, que foi indicado a cirurgia por esse motivo na região extensa vulvovaginal; infecções de uma maneira geral podem levar a um aneurisma; ela tinha esse HPV, porém, como é recente, não pode afirmar que esse HPV levou ao aneurisma; pode afirmar que durante a vida dela, na gravidez, 2 ou 3 episódios de infecções urinárias, mas não pode afirmar que isso levou a morte dela pelo aneurisma; **sabe que compressa não leva a pseudoaneurisma**; na cirurgia, fica ao lado da paciente e das cirurgiãs (staff); estava sem luvas no momento da cirurgia; não tocou na paciente; Dra. Érica era a cirurgiã; Dra. Bárbara era a assistente e estavam sendo supervisionadas por ele; a parte médica estava completa; chegou primeiro, foi chamado para fazer a supervisão; tem

enfermeira e auxiliares; a rede em si sempre é deficitária, sempre falta médico; o ideal era que se tivesse contado as compressas; não contaram as compressas; não contou as compressas porque foi uma cirurgia tranquila; não havia dúvidas no que estava fazendo; **as compressas foram achadas na região inferior; a lesão na aorta foi em outra região, perto da costela; não havendo essa relação; não tem como a compressa sair da parte inferior, ir lá na parte superior, romper a aorta e voltar;** não há na literatura locomoção de compressa dentro de um abdômen de uma pessoa; na literatura mundial também não há nenhum relato de que uma compressa rompeu uma aorta abdominal; foi falado pelo radiologista que pode acontecer quando há uma infecção; é difícil acontecer; contato íntimo com um órgão demanda meses para que ela seja fagocitada, para saber daquela estrutura oca; até ano; 40% dos casos, é dentro de 1 ano que pode acontecer dentro do intestino; não na aorta; **primeiro pela localização, se a compressa está na região abdominal, não tem como ela acessar o retroperitônio uma vez que ela tá lá embaixo da camada cerosa que foi falado; não há como a compressa se deslocar até a parte cerosa, ou voltar para uma outra área; não há relação de aneurisma com compressa de tudo que leu na literatura;** compressa não provoca aneurisma; compressa não rompe a aorta; a compressa foi deixada na cavidade abdominal e o órgão relatado é na região retroperitônio; não tem relação de continuidade; infecções acima de meses pode acontecer isso; não tem como saber quando vai acontecer o aneurisma (romper); **o que pode ter causado o pseudoaneurisma são infecções;** infecções podem causar aneurisma; a paciente tinha relato de infecções durante a gravidez; infecção urinária é uma delas; não pode afirmar que essa infecção levou ao aneurisma; **confirma, com toda a certeza que, não foi deixada compressa na cirurgia realizada no HRAN;** e o que pode ajudar é que há um laudo que afirma não haver compressa ali, porque não há nenhum dado que pode afirmar que havia compressa naquele local".

A ré ÉRIKA, em juízo, informou que **"não concorda que a causa da rotura da aorta abdominal tenha sido a presença de compressas no abdômen de Michele;** hipoteticamente, se houvesse compressas, elas foram encontradas no flanco esquerdo da paciente, sendo que a lesão da aorta foi à direita e bem acima; **não haveria contato das compressas hipoteticamente ali e a lesão da aorta;** uma infecção na paciente, como uma infecção urinária que ela apresentava antes do parto e após o parto, motivo pelo qual ela havia sido internada, poderia causar o pseudoaneurisma e a rotura da aorta; na cirurgia cesariana na vítima, cursava o 3º ano de residência médica de obstetrícia; era acompanhada por Dra. Bárbara e Dr. Venilton; Dra. Bárbara também era do mesmo ano de residência; Dr. Venilton era o staff do plantão médico com mais de 30 anos de formação na área e supervisor naquele ato cirúrgico; no dia 1º de março, entraram no plantão, juntamente com ela, Dr. Bárbara e Dr. Venilton às 19h; a paciente Michele estava internada desde tarde daquele dia para realização de cesárea; o procedimento foi autorizado pelo Dr. Venilton; foi um procedimento habitual que durou aproximadamente 40 minutos; não houve sangramento ou intercorrência a mais do que o esperado; foi uma cesárea tranquila de ser feita do início ao fim; **não deixaram nenhuma compressa na paciente; não havia motivo para deixar compressas ali; na cesárea habitual, a compressa entra e sai no mesmo momento para toalete, limpeza da cavidade abdominal;** não havia nenhum sangramento que necessitasse

de tamponamento; não se recorda de contagem de compressas; não sabe se as compressas utilizadas tinham rastreadores metálicos; após a cesariana, a paciente ficou aos cuidados do ritmo hospitalar, não tiveram mais contato com ela; quem deu alta à paciente foram os médicos responsáveis pela enfermaria; entende que as possíveis compressas encontradas, conforme os autos, é que a paciente foi abordada cirurgicamente de emergência na Ceilândia, numa urgência cirúrgica de fato, ela estava com hemorragia; e quando ela foi aberta, inicialmente, pela equipe da ginecologia, pela descrição que tem nos testemunhos, não havia nenhum sangue na barriga; havia um útero alto, amolecido e um grande hematoma; o hematoma estava na região retroperitoneal, atrás da barriga; foi realizada a histerectomia; durante esse ato inicial, não foi descrito a presença de nenhuma compressa a mais; após a retirada do útero (1 hora, 1h e pouco de procedimento), que foi explorado esse grande hematoma retroperitoneal, que a hemorragia volumosa, saiu do controle; como o radiologista falou a pouco, esse hematoma estava contingenciado, seguro pelo próprio peritônio; a partir do momento que a equipe explorou esse peritônio, o sangramento começou a extravasar; eles devem ter começado a tamponar com compressas; instintivamente era o que faria até tentar localizar a hemorragia; chamada a equipe de cirurgia geral, que lavaram as mãos; enxugaram as mãos nas compressas quem vêm no kit do capote; e essas compressas que eles usaram para enxugarem as mãos (2 cirurgiões, 2 compressas); podem ter sido descartadas no mesmo ramper de compressas da cirurgia em si ou durante a contagem juntaram todas as compressas, surgindo o número de duas compressas a mais; é o que entende lendo o processo; quem a informou da morte de Michele foi a Dr. Bárbara; na noite do óbito de Michele no HRC, Dra. Bárbara estava de plantão no hospital da Asa Norte, ocasião em que recebeu uma ligação do HRC a qual relatava a morte de Michele; após saber da morte da paciente, procurou o prontuário médico de Michele para avaliar o caso; analisou que foi uma cesárea padrão; viu que a paciente foi internada no dia 7 e veio a óbito dia 11; no mesmo laudo do IML, o próprio médico legista relata que não havia vestígios histopatológico de compressas; não havia sinal sequer microscópico que ali tenha havido uma compressa (na aorta, no abdômen e nas amostras que foram coletadas); não havia rastro de compressas; as compressas não foram enviadas ao IML; **a conclusão a que chegou é que haviam compressas ali porque alguém disse que ali elas estavam; exames de imagem como radiografia e tomografia não mostram presença de corpo estranho;** o próprio laudo do IML afirma: - não haver vestígios de compressas aqui; porém, não pode dizer nem que sim nem que não; de forma geral, como cirurgiã, ao lavar a mão, essa compressa de fato não vai para dentro do campo cirúrgico; ela é descartada num cesto (ramper); se as compressas, por exemplo, fossem descartadas no mesmo cesto em que as compressas que saíram do campo cirúrgico eram descartadas, poderia haver um conflito de contagem; ou se essas compressas fossem descartadas em um cesto ao lado, para compressas, com esse fim, poderiam ter juntado todas as compressas e surgir a diferença de duas compressas; inicialmente, a paciente não estava com hemorragia volumosa por isso não haveria a diferença de 4 compressas (já que 2 obstetra também manusearam a paciente); já se inicia a cirurgia com a contagem feita (tantas compressas vão entrar); as compressas que já forem utilizadas para enxugar as mãos já estão separadas; na urgência em que a paciente se encontrava, no momento em que os cirurgiões gerais foram chamados, esse detalhe pode ter passado

despercebido; a boa prática aponta que todos são responsáveis pelas compressas que entram e as compressas que saem da cirurgia (técnicos de enfermagem, enfermagem e médicos); de forma habitual o médico tem de perguntar se houve a contagem de compressas; não sabe informar se na Secretaria de Saúde existe um protocolo de contagem de compressas; na cesariana foi a cirurgiã e Dra. Bárbara a auxiliar; entre 15 e 20 compressas são utilizadas do início ao fim de uma cesárea; na cesárea há a participação de 1 técnico de enfermagem (que está instrumentando), 1 técnico de enfermagem circulando (fornecer materiais) e 1 enfermeiro supervisionando tudo; não se recorda se houve a contagem de compressas no final da cirurgia; durante a cesariana, utiliza as compressas para, após a retirada do neném, por exemplo, auxiliar na retirada da placenta e da limpeza dentro do útero; após a sutura do útero, limpar o líquido amniótico que cai dentro da cavidade abdominal; da mesma forma que usa sua mão para limpar o útero, essa compressa sai; não há a necessidade de se deixar uma compressa em uma cesárea padrão como foi a da paciente Michele; entra e sai com a compressa; ambos cirurgiões manipulam as compressas; Dr. Venilton estava o tempo todo dentro do campo cirúrgico, visualizava todo procedimento; não está claro quem localizou as compressas; na cirurgia obstetrícia não foi localizado compressa; compressa foi localizada após a presença do cirurgião em campo; foi uma fatalidade; **não havia presença de compressa após a cirurgia cesariana**; somente existe acusação verbal, não havendo provas físicas; não há imagens que demonstram a presença de compressas; **no laudo não há vestígios histológico que falam da presença de compressas**; o homicídio não é de sua responsabilidade".

A ré **BÁRBARA**, em juízo, relatou que: "a paciente veio oriunda de Ceilândia/DF, devido à superlotação; com indicação de condilomatose vulvoperineal extenso; com obstrução do canal, necessitando da realização de cesárea; conversou com a Dra. Érica e Dra. Venilton, momento em que entraram em consenso a respeito da necessidade da realização da cesárea; ela não tinha condições de ter um parto normal; entrou como a primeira auxiliar, Dra. Érika como a cirurgiã e Dr. Venilton era o observador; Dr. Venilton estava paramentado; a cirurgia transcorreu de maneira habitual; não houve sangramentos excedentes; não foram solicitadas compressas a mais do que a quantidade colocada na mesa; no geral, são utilizados 4 pacotes de compressas; cada pacote possui 5 compressas; não houve sangramento volumoso; a cirurgia durou 40 minutos aproximadamente; durante o procedimento, utilizam-se compressas para limpar as goteiras parietocólicas que ficam nos flancos e para limpar o útero; retira-se a placenta com a compressa; **a limpeza é realizada com a mão dentro da compressa; coloca a compressa e puxa; não coloca a compressa e deixa; por isso tem certeza absoluta que nunca foi deixada compressa ali**; era utilizada apenas uma compressa por vez; não existe possibilidade de se utilizar mais de uma por vez; ao final da cirurgia a paciente é suturada, feito o curativo e transportada de uma maca para o leito; não participou das contagens das compressas; segundo o relato não foi realizada a contagem de compressa no HRAN; não teve mais contato com a paciente; soube através de seu Chefe, Dr. Marcelo, a respeito da morte de Michele; Dr. Marcelo somente a informou que havia um questionamento sobre compressas; entende que pode ter havido uma contagem errada a respeito das compressas ou os médicos que a atenderam e realizaram a cirurgia

*emergencial poderiam sim usar as compressas que são para assepsia e terem as descartado em local inapropriado e, conseqüentemente, a contagem de compressas a mais; esse laudo do IML lhe casou surpresa já que no primeiro momento foi dito que não havia conexão alguma; no segundo laudo, elaborado 3 anos depois, ele diz que acha que pode haver alguma conexão com as compressas; não há vestígios de compressa; quando você deixa algum pano, ele deixa vestígios; consegue-se identificar pelo exame de necropsia; na região do retroperitônio não foi encontrado vestígio algum de compressas; quando se realiza um laudo cadavérico, investiga-se a cavidade como um todo; há muita contradição em relação a localização dessas compressas; houve pessoas ouvidas em juízo que relataram terem localizado as compressas na parte de cima, outras pessoas na parte de baixo, acharam no peritônio, no retroperitônio; não há consenso onde foram encontradas as compressas; **desconhece, pela sua formação acadêmica, a ruptura da artéria aorta causada pela presença de corpo estranho (compressas)**; se a relação existe, tecnicamente, desconhece; a ruptura da artéria aorta, no seu entendimento, foi causado por infecção urinária (repetições) durante a gestação e durante o parto também; no cartão pré-natal da vítima constava uso de medicações prévias para infecções urinárias; no momento, ela estava sem queixas de infecção urinárias; a cesárea é realizada em conjunto; uma médica limpa o lado direito e a outra limpa o lado esquerdo; Dra. Érica limpou o lado esquerdo; Dra. Érika fechou a cavidade abdominal da paciente; não se recorda de contagem de compressa antes de fechar; tem de ter de 2 a 3 técnicos de enfermagem na cirurgia; lembra que quando chegou a sala já estava aberta a mesa; no seu entendimento utilizou 3 kits de compressas; todas as compressas foram utilizadas; foi pega de surpresa já que foi uma cirurgia muito tranquila; tem a consciência tranquila que não teve envolvimento algum com a morte dela; a morte dela foi possivelmente devido às infecções que ela teve que a levou a ter esse pseudoaneurisma; não há relação com compressas que supostamente foram deixadas por eles”.*

Contudo, observo que a negativa manifestada pelos réus carece de sustentação no conjunto probatório angariado aos autos.

A prova oral colhida durante a fase policial e judicial é forte e coesa, no sentido de que, os réus, agindo de forma imprudente e imperita durante o procedimento cirúrgico, com violação do dever jurídico de cuidado e proteção, que suas obrigações de médicos lhe impunham, deixaram 2 (duas) compressas cirúrgicas na cavidade abdominal da vítima, sendo este fator determinante para o óbito.

Vejamos.

A testemunha Wilma Santiago Leite – médica ginecologista obstétrica – ouvida em juízo, asseverou que *“foi chamada para ver uma paciente que estava muito grave; a paciente estava gravíssima; a paciente estava chocada; havia uma tomografia sem laudo; viu algumas alterações; colocaram a paciente na mesa e quando a abriram viram uma coisa terrível; um hematoma retroperitoneal, uma coisa horrorosa; muito duro; dificuldade horrível de*

se fazer uma histerectomia; abriram uma incisão pequena nesse hematoma retroperitoneal e viram que estava sangrando; na ocasião, fecharam e chamaram a equipe da cirurgia; a paciente sempre muito mal e piorando o caso; perto do rim e da aorta, ele me mostrou uma lesão de aorta muito grande; até então não havia diagnóstico de aneurisma de aorta; **tinha um rombo, uma lesão enorme abaixo da renal; salvo engano, do lado direito; a paciente foi a óbito na sala; a causa da ruptura não sabe dizer;** abriu a paciente; esteve a todo momento com a paciente; as compressas não me chamaram a atenção; o que chamou a atenção foi esse hematoma enorme e a lesão de aorta; **quando entraram (na região), encontraram as compressas;** em nenhum momento as compressas foram relevantes no momento da cirurgia; ficou até o final da cirurgia para saber de onde vinha aquele hematoma enorme do retroperitônio; fizeram a histerectomia e na incisão uterina não havia sangramento importante ou vaso da região uterina para dar aquele hematoma; ficou curiosa; a compressa foi irrelevante; o que levou a esse quadro, bem como ao hematoma foi a ruptura de aorta; não sabe dizer a causa da ruptura da aorta; não achou nada na literatura para justificar a ruptura da aorta; **estava junto em campo com o cirurgião e viu o momento em que ele pegou as compressas; aliás foi conferido: abriram 70 compressas e tinham duas compressas a mais; é rotina a contagem e foi conferida; na Ceilândia esse é procedimento obrigatório (conferência de compressas);** a enfermagem é responsável pela conferência das compressas; não sabe se ela já estava há muito tempo com a ruptura; cirurgião não comentou nada se o intestino estava lesionado; parece que a paciente estava lá desde o dia 7; não se recorda nem do procedimento cirúrgico, lembrou agora pelo prontuário nos autos; a equipe de cirurgias não demorou para entrar em campo; entraram imediatamente na sala; não tentou conter o sangramento junto com Dr. Metódio; encontraram um hematoma retroperitônio na região pélvica; fizeram a histerectomia; achavam que havia algum ângulo lá embaixo sangrando; não teve sangramento; continuou o hematoma muito duro; ficaram receosos de subir para procurar; chamaram a cirurgia; até onde cabia para equipe de ginecologia, estava tudo bem; cesariana não obrigatoriamente acessa o retroperitônio somente se houver alguma suspeita de lesão nas ilíacas; até o momento, não havia nenhuma manipulação cirúrgica no retroperitônio; peritônio estava íntegro, porém com um hematoma muito grande por trás; antigamente as compressas vinham junto com os capotes, hoje é tudo separado; antigamente abria o capote, abria o campo, pegava a compressa, desprezava e pegava o capote; essas compressas também são contabilizadas; não se recorda o momento em que foram visualizadas as compressas; as compressas não chamaram a atenção; queria saber de onde vinha o sangramento para evitar que a paciente viesse a óbito; as referidas compressas, na minha opinião, jamais teria levado ao rompimento da aorta; a anatomia estava muito distorcida (devido ao hematoma grande, no retroperitoneal, todas as estruturas internas dos órgãos estavam distorcidas); a lesão foi do lado direito, abaixo da renal direita, sendo que as compressas foram encontradas no lado direito; não tinha nada haver; mas existia uma grande hemorragia ali dentro; na época não sabia o de que se tratava, hoje está muito claro que foi devido ao rompimento de aorta; compressa não causa hematoma; o que causa hematoma é vaso; ruptura de vaso; hemorragia causa hematoma; em relação ao relatório da cirurgia não se recorda se foi quem fez ou Dr. Metódio; o relatório faz parte do prontuário médico; todos

relatórios cirúrgicos são realizados após a cirurgia; não sabe se houve alguma diligência interna para apurar o óbito da paciente”.

A testemunha **Metódio Ribas Ramalho – médico ginecologista obstétrica e oncologista** – relatou que “*recorda-se da maioria dos fatos ocorridos; a paciente encontrava-se em uma sala de urgência; constatou que a paciente estava com quadro de abdômen agudo; sua concepção é que algo provocava hipovolemia; não havia laudo ainda, porém, como se tratava de caso grave, indicou a cirurgia; ela estava lúcida, consciente, mas em um estado bem grave; questionou o motivo dela ter ido ao HRC, uma vez que ela fez a cesariana no HRAN; acha que uma parente dela que trabalhava na limpeza do HRC a trouxe; inicialmente achou que era sangramento advindo do útero; não foi visto sangramento no útero; foi visto um sangramento no retroperitônio; peritônio é como se fosse uma bexiga, ali dentro estão os órgãos, atrás dessa bexiga passam os vasos sanguíneos maiores; dentro do peritônio (intra-abdominal), não havia sangue solto na cavidade; retiraram o útero e notaram que o sangramento não parou; não parava de aumentar o sangramento no retroperitônio; resolveram chamar a equipe da cirurgia geral para ajudar a abordar; chegaram Dr. Bruno e Dr. Sérgio; havia feito um pequeno corte no retroperitônio, a fim de que fosse visto sangue de algum local; quando aumentaram o corte no local, havia muito sangue ali; aproximadamente havia 3,5 a 4 litros de sangue no retroperitônio; os cirurgiões assumiram e, ao apalparem a aorta, viram que ela estava rompida lá em cima; poderia ser um aneurisma de aorta; salvo engano, perto da artéria renal esquerda; somente ajudaram os cirurgiões; quando eles chegaram na lesão, havia saído de campo, chorando; quando achou onde estava rompido, salvo engano ela já havia tido as paradas cardíacas; os órgãos estavam intactos; **após retirarem o útero, não havia visto as compressas; na hora da cirurgia geral, foram encontradas duas compressas, do lado esquerdo da paciente, chamada de goteira parietocólica; momento em que foi retirado; havia duas compressas lá dentro; viu o momento da retirada das compressas; elas estavam soltas e totalmente sem sinais de infecção; saíram facilmente; instaurou-se uma sindicância na secretaria de saúde; fez a descrição cirúrgica juntamente com a Dra. Wilma; o cirurgião geral participou a descrição, porém ele ia descrever a parte dele também; cada equipe participa (descreve) a parte que lhe convém; **pelas contagens, foram utilizadas 70 compressas, porém, na contagem havia 72;** cirurgia cesariana não aborda o retroperitônio; visivelmente, não havia manipulação cirúrgica desse retroperitônio; a equipe que realizou a cesariana não abordou o retroperitônio; **não utilizou compressa para conter sangramento; somente utilizou para dar campo cirúrgico;** para sangramento não porque o sangramento era retroperitoneal; toda cirurgia utiliza compressa para dar campo cirúrgico; **não acompanhou as contagens de compressa; quem fez a contagem foi a equipe de enfermagem; a anotação de número de compressa é anotado de praxe; sabe que contaram na hora e havia duas a mais;** todo kit vem com um capote e uma compressa; antes de se paramentar e colocar o capote, enxuga-se a mão na compressa, põe o capote, põe a luva e vai para cirurgia; todos fizeram isso; geralmente essas compressas também são contadas; geralmente essas compressas não fazem parte do contexto, pois são colocadas ao lado; **não colocou compressas na goteira parientocólica da paciente nem a Dra. Wilma; não colocou compressa no local em que*****

*ela foi encontrada; poderia, no caso, ter deixado na região pélvica, porém ela estava na parede parientocólica, na lateral; na cirurgia cesariana, quando se faz cirurgia cesariana, a gente limpa essas goteiras com compressas já que fica sangue e o sangue irrita a cavidade abdominal; para evitar essa irritação, a gente faz essa limpeza no útero, na frente, na lateral, na goteira parientocólica; isso é uma rotina; na histerectomia, no caso da paciente, ela tinha tão pouco sangue que nem sangrou muito a histerectomia; quando se coloca compressa a gente usa para jogar a alça mais um pouco para cá; já é uma conta certa; são duas compressas que se põem; já é rotina; já é prática; na histerectomia utiliza um aspirador para limpar; na cesária você tem que tirar sem queimar vaso e isso provoca muito sangramento; no útero vai pinçando e vai amarrando sem o sangramento; se houver um sangramento pontual, utiliza um aspirador para limpar; somente abriu o retroperitônio após encontrarem as compressas; foi na manipulação; algumas compressas têm um cordão que é radiologicamente encontrado, porém, quando há muito sangue fica coágulo, podendo confundir; não solicitou a necropsia; não sabe informar se as compressas foram para o IML juntamente com o corpo da vítima; durante a retirada do útero da paciente, não foi localizado compressas, já que, como o retroperitônio é como um balão, estando todo estufado, jogando a compressa para o lado, encostando na parede abdominal do lado esquerdo; não dava para identificar as compressas na histerectomia na situação em que a paciente se encontrava; o achado de compressas não teve relação com a ruptura da aorta abdominal; as compressas estavam próximas às fossas ilíacas; e a ruptura de aorta estava bem próxima à renal esquerda, ou seja, muito distante (aproximadamente uns 20 cm de distância); na verdade foi uma infelicidade; o hematoma e sangramento não estão associados à cirurgia cesariana; a cesariana pode aumentar a comorbidade dela de acordo com sentir pressão alta; a paciente que está no estado puerperal tem mais risco de ter alguma alteração de sangue tipo trombose; **na hora em que foi abordar o retroperitônio foi a hora em que foram encontradas as compressas;** o relatório foi feito comigo juntamente com a Dra. Wilma; um ditava e o outro escrevia; realizou a primeira etapa do relatório cirúrgico juntamente com a Dra. Wilma; automaticamente o relatório é assinado e inserido no trackcare; ele foi inserido com certeza no trackcare (sistema operacional). ”*

A testemunha Bruno Mariano Carvalho, médico cirurgião vascular, em juízo, afirmou que: “*recorda-se da paciente e que estava de plantão junto a outros três colegas na cirurgia geral, quando foram chamados para avaliar uma paciente no centro cirúrgico, ocasião do primeiro contato com a Michele; já haviam se passado cerca de duas horas de cirurgia e a paciente estava com um quadro de choque hipovolêmico, com frequência cardíaca muito rápida, pouca coagulabilidade, discrase sanguínea, já havia sangrado muito, pressão muito baixa, e o relato dos outros médicos de que havia um sangramento importante, pediram-no ajuda para resolver o sangramento; havia sido feito o procedimento de retirada do útero, histerectomia, porque estava sangrando muito e havia um hematoma retroperitoneal que originava o grande sangramento; ao entrar na cirurgia, **verificou-se o grande sangramento e iniciaram-se as manobras de exploração do retroperitônio em busca da origem do sangramento; após evacuar hematomas foi encontrada uma lesão bem extensa na aorta, mas a situação da paciente já era muito grave e não foi possível fazer o***

clampeamento da aorta a tempo de fazer a correção, não é possível determinar a causa ou consequência do rompimento, mas quando foi feita a manobra de disposição do retroperitônio, a anatomia estava muito distorcida, lembra-se de que evacuaram os hematomas e existiam duas compressas no flanco esquerdo da paciente, na fossa ilíaca esquerda, mas não consegue dizer se isso foi a causa, as compressas estavam na fossa ilíaca esquerda e a lesão era na aorta infra renal, não dá para afirmar se as compressas foram fator determinante para o rompimento da aorta; disse que não acompanhou a história geral da paciente, foi chamado na ocasião da cirurgia e o quadro que lhe foi apresentado era de choque hipovolêmico, compatível com os parâmetros se tinha de sangramento vultoso, de hematoma retroperitoneal muito grande, frequência alta, hipotensão, não foi falado em momento algum de sepse ou de foco infeccioso; o que foi dito a ele é que ele iria entrar lá para ajudar a equipe da ginecologia a conter um sangramento vultoso; **disse que, conforme foi falado no depoimento dado à 5ª DP, quando ele chegou à cirurgia as compressas já estavam lá envoltas naquele hematoma todo e não dá para afirmar o momento exato em elas forma colocadas;** há um protocolo de contagem das compressas, que, em geral, são disponibilizadas de cinco em cinco e que, ao final da cirurgia, quando o abdome do paciente será fechado é feito um pedido à enfermagem de que realize a contagem das compressas, por exemplo, se ao final a contagem for de 68 compressas, tem 2 compressas que terão de ser localizadas, mas em geral tem várias formas de se evitar que se deixe compressas dentro da cavidade; **disse que ao final da cirurgia no HRC, o relato da equipe da enfermagem, a responsável pela contagem das compressas, é de que parecia haver sobrado duas compressas, com base nisto, o relato da equipe da ginecologia foi de que as compressas haviam sido colocadas antes;** não se lembra se foi ele quem retirou essas compressas, pois estavam em quatro médicos, dois cirurgiões gerais e dois ginecologistas, um vai ajudando o outro e não dá para saber exatamente qual deles retirou as compressas; a experiência de deixar compressas propositalmente dentro do paciente ocorre nas situações de tamponamento em pacientes que estão com um sangramento muito importante, uma lesão muito grave, é o chamado second look, damage control, procedimento no qual colocam-se compressas visando bloquear um sangramento e o paciente é levado para a UTI onde se tenta recuperá-lo, melhorar a situação clínica dele, a fim de que após 48h, 72h ele possa voltar a ser operado, dessa forma, geralmente, as compressas são encontradas no local em que foram deixadas, que não tem experiência em dizer se uma compressa deixada solta no peritônio tem o potencial de se mobilizar, não sabe dizer se uma compressa livre na cavidade abdominal pode migrar para uma alça intestinal, causar uma obstrução intestinal na localidade em que foi encontrada, por não ter experiências em patologias causadas por compressas porque é um evento raro, não é algo visto habitualmente, em geral um corpo estranho evolui para problemas infecciosos; baseados nos 15 minutos em que esteve na cirurgia, a causa da morte foi hemorragia decorrente de uma lesão de aorta; tratava-se de uma lesão substancial na aorta; não seria prudente deixar uma pessoa com rompimento artéria aorta por mais de cinco dias; **lembra-se que a compressa estava envolta dos hematomas, na região da fossa ilíaca esquerda (goteira parietocólica); como se fosse um assoalho da pelve; encostada do lado esquerdo;** não houve nenhum tipo de resistência à tração; foi evacuada juntamente com os hematomas retirados; o hematoma já estava

instalado, não decorreu da retirada da compressa; a compressa não estava na topografia da aorta; **existem casos em que objeto estranho causa dores, vômitos, náuseas dentre outros e existem casos que a pessoa convive com corpo estranho durante muito tempo**; geralmente, dentro do kit para o médico se paramentar, vem uma compressa; não se recorda que seu kit havia compressa; pode acontecer de as compressas do kit se misturarem com aquelas utilizadas na cirurgia, porém não é para acontecer; quem faz esses descartes não são os médicos; não acompanhou a contagem das compressas; elas são contadas enquanto ainda estão em procedimentos; tem o costume de falar: - 1 compressa na cavidade, 2 compressas na cavidade; até para facilitar a contagem de retirada; a contagem do pessoal da enfermagem é uma questão adicional, mas o mais importante é a sua consciência de que você não deixou compressa lá dentro; não sabe informar se no HRC há relatório de contagem de compressas; não é regra nos hospitais em que trabalha os médicos especificarem: - contamos tantas compressas; não sabe informar qual equipe poderia ter deixado as compressas na cavidade abdominal da vítima porque não viu a cirurgia evoluir nesse período todo; **pode informar que as compressas estavam juntas do hematoma; nas duas horas de cirurgia, não havia relato de que haviam deixado compressas**; quando entrou em campo, a paciente já estava sangrando; quando viram o hematoma retroperitoneal era muito sugestivo um hematoma de grande vaso; a equipe anterior já havia realizado a abordagem no retroperitônio, eles somente aprofundaram; a princípio, não há abordagem do retroperitônio em uma cirurgia cesárea; ao realizar uma histerectomia, não há necessidade de se abordar o retroperitônio; a aorta é um órgão retroperitoneal; a lesão estava localizada na aorta; é difícil afirmar que as compressas achadas dentro da cavidade abdominal da paciente foi fator determinante para a morte dela; pode afirmar que a lesão na aorta levou a paciente à óbito; não lembra exatamente quem confeccionou o relatório de cirurgia no HRC, porém participou do relatório cirúrgico; o relatório deveria constar no trackcare; não é hábito fazer um relatório fora do sistema; o relatório dos autos condiz com a cirurgia realizada na vítima; relatório é confeccionado ao final da cirurgia; não solicitou a necropsia da vítima; em relação ao encaminhamento das compressas encontradas no corpo da vítima, até mesmo projétil de munição de arma de fogo, quem encaminha para o IML é a equipe de enfermagem; não tem conhecimento com que é feito com as compressas; não tem um protocolo de como agir em caso de compressas encontradas dentro de paciente, já que é muito raro de acontecer; entregou para enfermagem as compressas e não sabe qual foi o destino delas; não havia quadro infeccioso devido às compressas dentro da paciente; não havia elementos para dizer que havia infecção naquelas compressas; tem elementos para dizer que havia um grande sangramento devido a uma lesão na aorta.

A testemunha Sérgio Puttini Machado – médico cirurgião geral, em juízo, declarou que: “recorda da paciente Michele muito brevemente; foi chamado (juntamente com Dr. Bruno e Dr. Marcelo) ao centro cirúrgico pela equipe da ginecologia; Dr. Bruno adentrou a cirurgia primeiro e, ao perceber que a paciente necessitava de um cuidado maior, pediu para que ele entrasse e auxiliasse; não se recorda o tempo em que a paciente estava em procedimento cirúrgico; **a vestimenta consiste em: escovação, lavagem das mãos, colocação de capote e luvas; o kit fica à disposição do centro cirúrgico; no dia não se**

recorda se havia compressa no kit, normalmente vem para o médico lavar as mãos e colocar a paramentação; essas compressas quando usadas e descartadas há um ramper próprio fora do centro cirúrgico; usou uma compressa para enxugar as mãos; ela foi descartada num ramper próprio; foi ele quem secou as mãos e jogou num ramper próprio; lembra que a paciente estava em um estado gravíssimo; choque hipovolêmico; com alterações dentro da cavidade abdominal com hematoma grande que ajudou ao Dr. Bruno explorar no ato cirúrgico; recorda-se que foram achadas compressas no campo; foram achadas enquanto ele ainda estava em campo; estava no canto inferior, do lado esquerdo chamada de fossa ilíaca esquerda; as compressas estavam dentro da cavidade abdominal (intraperitoneal); não estava no retroperitônio da paciente; a morte se deu por choque hipovolêmico (ruptura entre artéria renal direita e a aorta abdominal; a localização dessa artéria aorta é retroperitoneal; uma cesárea não aborda essa região do organismo (do retroperitônio); não vê relação entre as compressas e a lesão vascular que ela tinha; não tem parâmetros para lembrar a quantos dias as compressas estariam ali; não se recorda se havia foco de infecção nas compressas, porém, possivelmente não; **questionaram as compressas à equipe da ginecologia e segundo eles não teriam colocado essas compressas na cavidade; não se recorda quem fez o relatório, talvez tenha sido feito em coparticipação das equipes; não se recorda de ter feito esse relatório até por conta da descrição da parte ginecológica; talvez tenha participado na elaboração do relatório referente à cirurgia geral, porém não se recorda quem fez; o relatório pode ter sido feito logo após o ato cirúrgico; não se recorda de ter visto algum exame de imagem que a paciente fez; tem notícia de que no dia ela tinha feito exames que sugeriam que ela tinha líquido na cavidade, é o que se lembra; **se houvesse compressa (corpo estranho), esse tipo de achado poderia ser identificado no exame de tomografia, porém não é especialista na área; muitas vezes aparece com sinal pertinente; pode não aparecer também já que a paciente tinha um hematoma muito grande; isso poderia está tudo misturado;** estava no procedimento e pediu para a enfermagem contar as compressas, contudo não viu o resultado dessa contagem; a contagem deve ser anotada, entretanto não sabe se foi anotada; **as duas compressas que sobraram não poderiam ser de seu material ou do material do Dr. Bruno; a sua ele descartou no ramper que não tinha nada a ver com a cirurgia; durante o processo operatório, todas as compressas que são utilizadas são descartadas em um recipiente específico que não é para misturar com os outros; no estresse da cirurgia é possível misturar esse material; não está falando mecanicamente; quando é um caso de urgência é possível, se aconteceu? Não sabe dizer; não conhece os réus; a pia de escovação é fora da sala de cirurgia; escova, vai com as mãos molhadas e entra na sala de cirurgia; dependendo da sala, pode ser mais perto ou mais distante da maca; lá pega-se a compressa que está à disposição; ou 1 kit ou um pacote de compressa que foi aberto no momento; seca-se a mão e se despreza essa compressa em um recipiente de descartar longe do campo cirúrgico (recipiente próprio); faz a paramentação, ou seja, coloca o capote, luva e entra no campo cirúrgico; não é razoável que o médico leve as compressas para o centro cirúrgico; sempre se descarta no ramper; a despeito de não se lembrar da documentação que a defesa lhe apresentou, a descrição que consta nela é razoável com a cirurgia realizada (é pertinente); **o local onde as compressas foram******

encontradas já havia sido mexido pela equipe da ginecologia uma vez que eles haviam realizado uma histerectomia, por conseguinte passou por essa região; uma compressa que foi esquecida na fossa ilíaca após uma semana pode se mover dentro do organismo; quando se fala de cavidade abdominal existe todo peristaltismo da alça intestinal; pode desaparecer também fagocitada e até evacuada pelo paciente por mais tempo, porém não em uma semana; **não é impossível as compressas não passarem nas alças intestinais;** não se recorda na hora da retirada das compressas haver aderência; não sabe dizer se a direção do hospital HRC abriu algum procedimento para apurar os fatos; prestou informação na secretaria de saúde para uma sindicância, porém não sabe informar quem instaurou a sindicância; foi ouvido na delegacia (IP); pelo que sabe não é possível modificar o prontuário depois que ele é lançado (com senha pessoal) no sistema.

A testemunha Humberto Gomes Ferreira Filho – técnico de enfermagem – ouvida em juízo, asseverou que: **“trabalha no HRC há 35 anos; participou da cirurgia da vítima no HRC; era o instrumentador da cirurgia;** quando a receberam, a paciente estava em estado de choque; solicitaram uma abertura de sala, o que foi feito; **acompanhou o início da entrada da paciente no centro cirúrgico;** estavam em campo Dra. Wilma e Dr. Metódio; começaram com eles a cirurgia; havia mais 3 colegas na sala; instrumentou a cirurgia do início ao fim; a cirurgia durou mais de 1 h aproximadamente; acompanhou o processo de histerectomia da paciente; desde o início, Michele sangrava muito; foram utilizadas compressas no procedimento em que participaram a Dra. Wilma e Dr. Metódio; **o circulante entrega as compressas aos médicos; um grupo de 5 compressas; os instrumentadores contam as compressas e vão anotando; no total foram 70 compressas; foram anotadas o número de compressas;** anota-se no trackcare do paciente; **tinha 70 compressas e mais 2 compressas extras; foram achadas as compressas na paciente; tem um rigoroso controle sobre compressas; o centro cirúrgico tem esse sistema; compressas que utilizaram foram 70 e 2 achadas na cavidade;** não se recorda o local em que as compressas foram achadas já que ficava do lado esquerdo da paciente; não se recorda se foi da parte da cirurgia ou da ginecologia que achou as compressas; **eles falaram: “ _ há umas compressas aqui”;** **no final do procedimento, ao realizar a contagem novamente se destacaram as 2 compressas;** a equipe cirúrgica entrou em campo quando já havia terminado a histerectomia; estavam fechando a cavidade da paciente, porém ainda estava sangrando; abriram novamente a paciente e chamaram a equipe da cirurgia geral já que não se conseguia conter o sangramento; a equipe cirúrgica pergunta o motivo de ter sido chamado; explica-se a situação, ocasião em que eles vão se paramentar; **tem o local dentro do centro cirúrgico para os médicos se escovarem e se paramentarem (usar o capote cirúrgico); junto com o capote tem compressa para enxugar as mãos, inclusive, já vem no kit; essas compressas não são jogadas no local da cirurgia; elas são jogadas no ramper separado; essas compressas sempre são colocadas no ramper onde se faz a limpeza das mãos; as compressas utilizadas na cirurgia são colocadas em um cesto do lado do instrumentador; nesse dia tem certeza que o procedimento foi esse; não houve descarte de compressa em local diferente; a despeito de ser uma cirurgia de estresse, tem-se um rigoroso controle justamente para**

não acontecer de se deixar alguma coisa na cavidade; o ramper fica perto da mesa onde se veste o capote; fica longe da mesa cirúrgica; o ramper é grande, formato grande; os médicos sabem que não podem jogar as compressas dentro do balde onde estão as compressas da cirurgia; cada pacote vem 5 compressas; cada pacote é dado individualmente para você; você abre e conta: “1, 2, 3 ,4 e 5”; aí você fala: “tantas compressas”; sendo anotadas no prontuário; essa contagem existe rigorosamente; essa contagem tem no prontuário já que eles que colocaram; a enfermagem que faz essa contagem e coloca no prontuário dela (trackcare); **confirmou o lançamento dessa contagem no trackcare com certeza com esse número de compressas; não conhece os réus; a contagem foi acompanhada com o outro colega (circulante); desde o início do achado das compressas, até a contagem final delas; havia 2 compressas a mais; a contagem é realizada no início do procedimento e no final; nunca foi chamado para sindicância; só fez um depoimento da 5º DP; não sabe se há condições de modificarem as informações prestadas por eles no trackcare; quando termina de prestar informações no sistema, ele é finalizado até para não se fazer observações a mais daquilo que foi relatado; crer que seu colega fechou”.**

A testemunha Luiz Cezar Loro Morejon – médico anestesiologia – perante este Juízo, informou que: **“participou do segundo procedimento cirúrgico; acompanhou desde o início a intervenção de Michele; era o plantonista do dia; geralmente trabalha em dupla; participou sozinho da cirurgia de Michele; a cirurgia durou aproximadamente entre 2 a 3 horas; quem iniciou a cirurgia foi a equipe da ginecologia (Dra. Vilma e Dra. Método); a cirurgia foi com bastante estresse já que se tratava de uma paciente jovem; recebeu a paciente em choque hipovolêmico; desde o início a paciente já apresentava um sangramento importante; fica ao lado que presencia os sinais vitais da paciente, assim não consegue prestar muita atenção no ato cirúrgico; recorda-se o momento em que a equipe da cirurgia geral entrou em campo; lembra-se que foi retirado o útero; existia um sangramento e a paciente hemodinamicamente estava instável; não estava bem apesar de sangue, drogas e soros; então foi solicitado a equipe da cirurgia; **recorda-se do comentário da equipe cirúrgica de terem encontrado compressas no abdômen na paciente; não sabe dizer se esse comentário foi da equipe de ginecologista ou da cirurgia; não viu as compressas; entende que esse comentário em relação às compressas foi do meio para o final da cirurgia; não acompanhou a contagem de compressas; com certeza foram contadas porque é rotina no HRC; trabalha no HRC desde 08/2010 sempre teve a contagem de compressas; tem de ficar anotado no prontuário da paciente a contagem de compressas; quem conta é o pessoal da enfermagem; enfermagem tem relatório; cirurgião tem relatório; todos tem relatórios; se o médico vai entrar no centro cirúrgico tem de se paramentar; cirurgião vai até o lavado e se escova; ele adentra ao centro cirúrgico; há um campo aberto onde tem o capote cirúrgico; geralmente as luvas já estão abertas; e tem compressa para ele secar a mão; dentro da sala de cirurgia; o cirurgião se escova fora; entra dentro da sala de cirurgia e tem esse procedimento; não sabe informar se essas compressas para o médico se paramentar são contadas antes; acredita que isso pode ser desprezado; acha muito difícil que as compressas sejam contabilizadas durante esse procedimento cirúrgico com as compressas****

dos médicos que entram em campo; utiliza compressa quando faz raquianestesia ou peridural, pois faz a escovação das mãos, entra na sala, pega a compressa e enxuga as mãos; na anestesia geral não; a anestesia da paciente foi a geral; não se paramentou para essa cirurgia; fez seu relatório de anestesista (trackcare); seu relatório médico é correspondente a ficha anestésica; não visualizou as compressas assim que as retiraram; não sabe informar se as compressas foram juntamente com o corpo da paciente para o IML; na sua vivência no HRC, foi a primeira vez que ouviu a notícia de compressas esquecidas dentro de paciente; o fato lhe chamou atenção; antes de qualquer início da cirurgia em si, a paciente já estava em choque; recebeu a paciente sudoreica, pálida, agitada, ou seja, sinais claros de choque; pressão arterial baixa; no início da cirurgia necessitou de reanimação volêmica; no centro cirúrgico em Ceilândia, você entra na sala tem um ou dois rampers grandes que entende que é para essas compressas não cirúrgicas; e **as compressas cirúrgicas são colocadas ao lado da mesa cirúrgica que geralmente quem tem acesso é o pessoal da enfermagem; descarta-se todas as compressas no local específico para elas; para que as compressas de fora fossem para dentro do campo cirúrgico, o médico tem de trazer em mão; não tem como equivocadamente descartar as compressas porque é longe um ramper de descarte do outro; é pouco provável que o médico equivocadamente descarte compressas em local inapropriado”.**

A testemunha **Sérgio Pires – médico radiologista** – informou, em juízo, que: “ingressou no hospital da Ceilândia em 2006; há 14 anos é especialista em radiologia; quem realiza o exame é o técnico em radiologia; quem analisa as imagens é o médico radiologista; tem uma vaga lembrança dos exames da vítima; analisou o laudo e tudo confere com o laudo realizado na ocasião; **o que chamou atenção de início é um aneurisma roto de aorta abdominal**; esse é o principal diagnóstico; a aorta é um dos maiores vasos do corpo; esse vaso é o que leva o sangue do coração para os membros inferiores e também irriga as estruturas abdominais; existe diferença de dilatação aneurismática e de aneurisma propriamente dito (pseudoaneurisma); o que viu foi um pseudoaneurisma; do ponto de vista técnico, o aneurisma é uma dilatação que vai acontecer ao longo do tempo; o vaso que é cilíndrico vai perdendo a sua complacência; ele vai se distendendo; formando uma saculação; isso é a definição do aneurisma; pseudoaneurisma é diferente; ele é um vaso que está íntegro que se rompe; ele é contingenciado pelas estruturas adjacentes; é uma formação sacular, porém ela não é contingenciada pela parede do vaso; o que segura o sangue é o próprio hematoma que se forma em volta; o histórico de Michele é que era uma paciente gestante; havia ganhado a criança há poucos dias através de uma cesárea; a região em que houve o rompimento do aneurisma, normalmente, não tem ligação com o procedimento cirúrgico (cesárea) em si, seja pela localização seja pelas características da lesão; na cesárea você faz uma incisão mais baixa (suprapúbica); a despeito de não ser obstetra de formação, mas de uma maneira geral, até onde tem conhecimento, na incisão cirúrgica, que é supracúbica, lá embaixo você faz a incisão, adentra em diferentes planos até chegar ao útero, ao chegar ao útero, você retira a criança e depois você faz a sutura; a aorta abdominal tem um trajeto retroperitoneal; o aneurisma se formou no retroperitônio; pela descrição, ele era logo abaixo das artérias renais, ou seja, a altura do pseudoaneurisma era bem mais alto do local onde foi

realizado o procedimento cirúrgico (cesárea); no procedimento cesariano, habitualmente, não aborda o retroperitônio; **o que havia no exame da paciente era um grande hematoma; esse hematoma, do ponto de vista de imagem, há dificuldade de analisar e afirmar que se trata exclusivamente de sangue; poderia sim até ter um corpo estranho lá, porém a maioria das compressas que são usadas nos centros cirúrgicos possuem marcador metálico; esse marcador metálico apareceria na tomografia sem sombra de dúvidas; existem compressas que possuem marcadores metálicos e as que não possuem; uma compressa sem marcador metálico pode sim se misturar com o grande hematoma e ser confundida com o próprio hematoma em si; todo material quando é estranho ao corpo (adentra dentro da cavidade) possui ar dentro; depois que você aprisiona à cavidade, esse ar fica preso, demora para ser absorvido, podendo ser encontrado bolha de gás até 6 meses no material, exames tomográficos; existem outras coisas que também causam bolhas como o próprio processo infeccioso; não pode afirmar que toda compressa vai estar permeada por bolhas, já que a compressa que fica embebida em sangue é como uma esponja, ou seja, ela chupa a água, fazendo com que o ar seja deslocado para compressa; não pode afirmar que não havendo ar, não havia compressa; o halo hiper denso acontece, no exame tomográfico, ao longo do tempo; o histórico clínico da paciente é que ela havia feito uma cesárea aproximadamente 7 dias antes do exame; não daria tempo de formar esse halo hiper denso; halo hiper denso acontece pelo processo inflamatório reacional em volta da compressa; há uma captação de contraste que sugere esse processo inflamatório em volta da compressa; isso não havia; não havia tempo hábil para se formar; não consegue assegurar ou não se havia corpo estranho na imagem; sem o marcador cirúrgico não pode jurar que essa compressa não existiu; não tem conhecimento se as compressas que são usadas pela Secretaria de Saúde contêm marcadores radiopacos; o nome dado ao achado de corpos estranhos pelos médicos radiologistas é gossipibomas; todos os achados descritos em seu laudo são frequentemente vistos em casos de rotura de aorta abdominal; eles não são decorrentes inicialmente do corpo estranho; nada impede que um corpo estranho pudesse estar nesse hematoma; um corpo estranho sem marcador, embebido em sangue e cujo gás que, às vezes, está presente como um achado radiológico, pode ser deslocado; a princípio todo diagnóstico acontece em volta da rotura do aneurisma; todos os achados abdominais; não pode afirmar qual a causa da rotura do aneurisma; aneurisma pode se romper por várias causas como: aumento da pressão arterial, fragilidade do vaso, trauma externo entre outros; a localização do hematoma era na região retroperitoneal que estava contingenciando a aorta a qual estava rota; esse hematoma descia pelo retroperitônio em direção à pelve, indo também às lojas renais; esse próprio hematoma acabou dilatando os rins; o rim filtra o sangue; a urina filtrada vai em direção à bexiga, mas o trajeto do ureter é retroperitoneal; qualquer massa ou o próprio hematoma retroperitoneal pode levar a dilatação renal; o hematoma não estava no peritônio; poderia haver sangramento para dentro da cavidade abdominal; não analisou o prontuário médico da paciente antes de laudar a tomografia; o laudo da tomografia somente foi realizado após o óbito da paciente porque a paciente estava em estado grave; ela entrou para fazer a tomografia em estado de choque, tendo imediatamente atendida pela equipe do centro cirúrgico; não houve tempo hábil de emitir um laudo nessas**

circunstância; não se emite laudo antes ou depois do óbito; existe um fluxo de exames que são feitos ao longo do dia; vários pacientes graves; a medida que os exames são feitos, os laudos são emitidos; muitas vezes não se têm notícias do desfecho do que aconteceu; não há mais imagens de exame da paciente devido ao decurso de prazo; se houvesse suspeita de corpo estranho no corpo da vítima, constaria em seu laudo; só pode falar no laudo do que tem certeza; quando há suspeitas, descreve a estrutura que está analisando; se houvesse suspeita forte de sua parte a respeito de corpo estranho, colocaria no laudo; o aneurisma propriamente dito pode se romper por diferentes causas, semelhantes ao pseudoaneurisma; **tem conhecimento na literatura médica de casos de erosão de vísceras rotas e passagem de corpos estranhos dentro do organismo, embora não seja frequente, possa acontecer; geralmente, são processos inflamatórios crônicos, de longa data; essas erosões ocorrem quando estão presente inflamações, ou seja, processo inflamatório exuberante que envolve pelo menos duas estruturas contíguas;** o relato que tem é que existia a suspeita de um processo infeccioso (abdômen agudo); abdômen agudo é grave; **o aneurisma roto é que foi a surpresa; não imagina nunca que uma puérpera vai ter uma rotura de um vaso; 16 anos de prática médica nunca teve um caso desse; rotura de aorta em uma puérpera é algo extremamente raro; quando a atendeu e olhou a imagem, ela já estava com a ruptura;** a ruptura de um pseudoaneurisma a correção é cirúrgica; no rompimento da aorta, a maioria das pessoas não chegam com vida no hospital; o ideal é que em questão de horas o paciente seja submetido à cirurgia; não se recorda de ter passado um pré-exame ou informação a Dra. Raquel ou a outra pessoa; aneurisma pode passar despercebido, não apresentando sintomas; um médico ao realizar um exame clínico pode notar essa formação sacular; a depender do aneurisma, o paciente pode relatar alguns sintomas, porém depende da localização; **a presença de corpos estranhos no organismo pode ensejar a ruptura da aorta abdominal, porém esse processo inflamatório tem de ser extenso e de longa data; tem processo inflamatório que às vezes fica 6 meses na cavidade no paciente sem manifestação clínica; processo infeccioso às vezes se estabelece em questão de horas;** para levar uma ruptura, na minha experiência, não tem conhecimento de nesse curto intervalo de tempo (cesárea ao óbito); [...em sentido abstrato, não necessariamente no caso da paciente, a presença de corpo estranho, em determinada localidade da cavidade abdominal, a uma certa distância do retroperitônio haveria essa relação de causa e efeito ou necessariamente essa ruptura para que aconteça no retroperitônio a presença do corpo estranho deve estar presente na região do retroperitônio?...]; na minha opinião, é necessário uma continuidade de um processo inflamatório infeccioso à estrutura adjacente; se as compressas estavam distantes do local da ruptura não vejo isso como responsável pela rotura do aneurisma (do ponto de vista técnico e dentro de minha experiência); é preciso sim ter um processo inflamatório acontecendo entre essas estruturas; por exemplo: rotura de vísceras ocas, o caso mais comum disso é pedra na vesícula (causa um processo inflamatório na vesícula); o corpo tenta conter esse processo inflamatório; é comum as alças intestinais se deslocarem, na verdade, elas “grudam” naquele processo inflamatório; essa continuidade é que faz com que esse processo inflamatório passe para a alça intestinal que até então estava saudável; essa continuidade vai fazer com que essas estruturas venham se comunicar no caso de um ruptura de vesícula biliar; por isso

acredita que para dizer que a rotura do aneurisma foi causado pelo processo inflamatório, esse processo deveria estar contíguo (próximo, junto)”.

A **testemunha Raquel Puttini Machado**, ouvida em juízo, informou que: “era, à época dos fatos, a **Diretora do HRC**, acompanhou a internação da vítima quando a família da dela a procurou na direção; foi procurada pela família da vítima porque a paciente estava Internada no Pronto Socorro de Clínica Médica, contudo distante do recém-nascido; a paciente primeiramente foi internada devido à dor importante; casou-lhe estranheza o fato da paciente está internada na Clínica Médica uma vez que nunca se passa pela Clínica Médica com a paciente obstetra; avaliou o quadro clínico da paciente; **a paciente estava no estado pré-choque; com hematose, pressão baixa, anemia e quadro infeccioso**; Michele faleceu na madrugada; não se recorda a quantidade de dias em que Michele ficou internada, mas acredita que foi em menos de 24 horas; realizaram exame de imagem; seu amigo Sergio que realizou os exames de imagem e **informou haver alterações abdominais importantes**; apesar dessa informação de seu colega, não se recordava desse fato; pela gravidade da situação, passou o caso para a equipe da ginecologia; soube na madrugada pela colega que foi para o centro cirúrgico que tiveram que abrir a paciente já que ela não estava melhorando seu quadro clínico; a colega a informou que a paciente havia falecido no centro cirúrgico; houve um retardo na realização do exame de imagens devido a trâmites normais; pessoal da radiologia desconhecia a gravidade da paciente; acompanhou o exame de imagem; acompanhou juntamente com Dr. Sérgio o qual, elaborou o laudo da radiografia; o laudo não saiu imediatamente já que tem de haver a gravação do exame; Dr. Sergio inicialmente realizou o laudo verbal por ser mais rápido; após seria impresso o laudo oficial do exame; não se recorda de ter visualizado algum corpo estranho nas imagens; não acompanhou as circunstância do óbito da paciente e sim o plantão noturno; a equipe cirúrgica informou que havia um vasto sangramento advinda de uma lesão de vaso venoso de difícil controle; essa foi a causa da morte de acordo com os cirurgiões que entraram em campo; **chegou a seu conhecimento a informação dada pelos cirurgiões de que a equipe obstetra encontrou compressas no abdômen da paciente**; não conversou com a equipe da obstetrícia sobre a existência ou não das compressas; existe o protocolo de que se encaminhe corpo estranho encontrado em pacientes ao IML, porém não sabe a destinação das possíveis compressas; se existiam compressas, **a possibilidade delas terem sido deixadas no corpo da vítima seria pela equipe que realizou o parto cesariano ou pelo procedimento de laparotomia exploratória realizadas pelos próprios médicos obstétricos do HRC**; uma boa qualidade de assistência médica existe uma contagem de compressas ao final de cada cirurgia; **como diretora, havia essa normatização de contagem de compressas**; conta-se a quantidade de compressas utilizadas no procedimento cirúrgico; quando a contagem de compressas era incompatível, já houve caso de terem de abrir pacientes para averiguar se foi esquecida dentro dela; **a obrigação de contagem de compressas são dos cirurgiões**; não há possibilidade da compressa de secagem parar dentro da paciente; pode ocorrer de a compressa de secagem entrar na contagem inicial; lembra-se de que havia muito líquido na cavidade abdominal de Michele; tentou tirar a paciente do estado de choque; ela tomou bolsa de sangue devido a uma anemia importante;

conhece todos os médicos da obstetrícia; os médicos da obstetrícia que atenderam Michele foram a Dra. Vilma e o Dr. Metódio; é obrigatório o médico fazer observações no trackcare; normalmente no trackcare há a assinatura de quem fez as observações; normalmente o enfermeiro realiza a alta do paciente do centro cirúrgico; **foi o Dr. Sérgio que a informou que haveria 2 (dois) corpos estranhos dentro da paciente;** quando Dr. Sergio adentrou a sala o foi informado pela equipe da obstetrícia de que haveria dois corpos estranhos dentro da paciente; Dr. Sergio a asseverou que a morte da paciente não haveria relação com os corpos estranhos encontrados no abdômen de Michele já que havia um sangramento importante sem relação com as compressas encontradas, porém o Dr. Sergio não descartou a hipótese; não foi aberto sindicância sobre este fato; o intercâmbio de informações pelo trackcare não existe o procedimento de um hospital ligar para o outro; que realiza a contagem de compressa é a equipe de enfermagem circulante, porém os cirurgiões ainda estão em campo; o responsável pela equipe dos enfermeiros circulantes é o técnico escalado para sala e há o enfermeiro supervisor do centro cirúrgico no plantão; eles reportam esses casos ao cirurgião; os cirurgiões não foram acionados em relação às compressas; **o cirurgião tem que questionar se houve a contagem ou não das compressas;** na clínica médica havia um diagnóstico da paciente de sepse (infecção) por suspeita de ocorrência de quadro cirúrgico; aneurisma na aorta abdominal é defeito congênito da formação de um vaso da artéria aorta; não é de fácil diagnóstico; não há sintomas aneurisma na aorta abdominal, na verdade, a pessoa tem um pouco de dor na região abdominal; como todo aneurisma ele é um “achado”; não há protocolo médico para realizar um diagnóstico sobre aneurisma; é identificada a existência dessa doença ou pela necropsia ou como um “achado” de exame de imagem; no exame realizado na vítima seria possível identificar a doença; não se recorda se foi identificado o aneurisma em Michele”.

Ainda, o **companheiro da vítima, Matheus Pereira Araújo**, em seu depoimento judicial, relatou que, ao ser comunicado do falecimento de Michele, recebeu informações no HRC, de que foram encontradas 2 (duas) compressas no interior do corpo da vítima, conforme o seguinte trecho que destaco: “(...) **ela faleceu na cirurgia; os médicos encontraram 2 (duas) compressas dentro dela; uma pessoa que veio informar o óbito dela; não teve contato com nenhum médico que realizou a segunda cirurgia; a pessoa que informou o óbito de sua esposa asseverou que as compressas encontradas no interior do abdome de Michele poderiam ter sido esquecidas durante a cirurgia do parto cesariano; seria o primeiro filho deles.**”

A **testemunha Ana Freitas Fernandes – técnica de enfermagem** – ouvida em Juízo, informou que: “conhece os médicos com os quais já trabalhou; estava na sala de cirurgia cesárea de Michele; era técnica de enfermagem – circulante; não ficava diretamente na sala; no dia do caso, era um dia tumultuado; tinha pouca gente; necessitava acompanhar outra cesárea; ficou de prontidão; lembra que Michele era muito jovem; a cesárea dela foi devido a uma doença venérea; acompanhou a recuperação dela; ela estava muito bem na recuperação; já abre a sala já com as compressas; antigamente, no HRAN, não tinha a rotina

de anotar; os médicos que sabem a hora de contar a compressa; no dia do caso em tela, não foi conferido; o médico chama e a técnica confere; a responsabilidade é do médico de conferir as compressas; não chegou a contar as compressas porque quando entrou na sala, sua colega que lhe ajudara a recolher o material; misturou tudo; não deu para contar; **não é comum não haver a contagem de compressa**; atualmente, chama-se a técnica de enfermagem para contar as compressas ainda com o paciente aberto; naquela época não era assim; só se fazia a contagem no final do procedimento; na cesárea, entraram as duas residentes e o Dr. Venilton permaneceu ao lado delas somente observando; ele era o Staff; as residentes estavam no último ano de residência; ficou sabendo da morte da paciente porque o HRC ligou para o HRAN; **disseram que a paciente havia falecido porque encontraram duas compressas dentro dela**; hoje em dia, contam-se as compressas antes de abrir a sala de cirurgia, anotar, depois que termina a cirurgia, conta-se novamente, anota e escreve no prontuário da paciente; **a responsabilidade de se saber se ficou alguma compressa dentro de paciente é do médico responsável pela cirurgia**; **quando foi conferir o material após a cesárea de Michele, sua colega já havia misturado tudo; não houve a contagem nesse dia**; junto com o capote há compressas que ficam abertas sobre a mesa; os médicos têm compressas que enxugam as mãos, geralmente elas ficam em cima dos capotes; junto do kit para os médicos se paramentarem, existem outras compressas; às vezes são descartadas todas juntas; geralmente são 3 compressas, 1 para quem vai abrir a sala e 1 para cada médico que entra; na época da cesárea de Michele, não se anotava o número de compressas; quando realizava a conferência, não anotava; são “pacotinhos” de compressa; sempre com 5 compressas em cada pacote; a cesárea de Michele foi muito tranquila; Dr. Venilton é um médico cuidadoso com os pacientes; as médicas Dra. Bárbara e Dra. Érika eram cuidadosas.

”

A testemunha Marco de Oliveria Belles - médico radiologista – ouvida perante este Juízo, afirmou que: “recorda-se se realizar um exame de ecografia renal da Michele; recorda-se do laudo da época; o exame de ecografia renal não mostraria se houvesse compressa porque foi um exame direcionado mais por lado renal; a ecografia também não mostra essa parte intestinal, de estômago, principalmente, pela sobreposição de gases; não mostraria uma compressa cirúrgica localizada no flanco esquerdo da paciente; na época do exame, a suspeita era direcionada para cálculo renal; não houve um direcionamento para corpo estranho; mesmo que fosse direcionado para corpo estranho, com esse exame não seria possível; provavelmente exame de Raio X mostraria essas compressas; o mais indicado para localizar as compressas seria um exame de tomografia computadorizada de abdômen total; raio-x não identificaria corpo estranho na vítima; teria de ser radiopaco; Raio X identificaria se houvesse um marcador radiopaco nas compressas; não tem conhecimento se há esses marcadores nas compressas; teve notícias de que a paciente estava no puerpério; feito uma cesariana e estava em acompanhamento; internada no hospital; o resultado do laudo foi: “aspecto ecográfico compatível com hidronefrose à direita, demais aspectos sem anormalidade no momento”; hidronefrose é causada por uma dilatação do sistema coletor renal que no caso é do lado direito; as demais coisas avaliadas não havia importância clínica ecográfica;

o exame foi realizado dia 08/03/2013; na maioria dos casos, o médico direciona a indicação clínica e a gente direciona o exame para aquele sentido; não se recorda se no caso de Michele houve essa indicação clínica”.

Vê-se, portanto, que a autoria do homicídio culposo, restou demonstrada pelas provas coligidas aos autos e pelos depoimentos prestados em Juízo.

Conforme depoimentos acima transcritos, tem-se que todos os médicos e enfermeiros participantes da cirurgia realizada no dia 11 de março de 2013, no Hospital Regional de Ceilândia – HRC, foram unânimes em informar sobre o achado das compressas na cavidade abdominal da vítima, fato este corroborado pela divergência na contagem inicial e final das compressas, que indicaram duas unidades sobressalentes.

Importante ressaltar trechos do depoimento da testemunha **Sérgio Pires Netto – médico radiologista** –, uma vez que há questionamento da defesa em relação a não identificação das compressas nos exames de imagem realizados na paciente. A referida testemunha informou:

“(…) o que havia no exame da paciente era um grande hematoma; esse hematoma, do ponto de vista de imagem, há dificuldade de analisar e afirmar que se trata exclusivamente de sangue; poderia sim até ter um corpo estranho lá, porém a maioria das compressas que são usadas nos centros cirúrgicos possuem marcador metálico; esse marcador metálico apareceria na tomografia sem sombra de dúvidas; existem compressas que possuem marcadores metálicos e as que não possuem; uma compressa sem marcador metálico pode sim se misturar com o grande hematoma e ser confundida com o próprio hematoma em si” (…).

Outrossim, há de se consignar o esclarecimento prestado pelo perito oficial, ao quesito nº 8, formulado pela Defesa (fls. 1022-1025 Pje download), *in verbis*:

“Há de se esclarecer que tanto o Raio-x como a ultrassonografia são exames inadequados para o fim de detecção de compressas abdominais, seja por não serem radiopacas (exceto compressas com marcadores radiológicos), seja pela dificuldade de visualização gerada pelo gás presente em alças intestinais. A tomografia computadorizada apresenta boa acurácia para tal detecção e, no caso em tela temos um laudo tomográfico apenas descritivo, em que o radiologista não apresentou conclusões sobre os achados tomográficos. A descrição da lesão aórtica se deu nos seguintes termos:

‘Presença de dilatação focal multilobulada da aorta abdominal infra-renal, medindo aproximadamente 5,1 x 4,4 x 5,3 cm nos seus maiores eixos, associado a grande coleção heterogênea bilateral, um pouco maior à esquerda. Considerar a possibilidade de

rotura da aorta abdominal, com formação de hematoma retro-peritonal subagudo contingenciando pseudoaneurisma da aorta abdominal infra-renal.'

Quando o radiologista descreve dilatação focal multilobulada e mais à frente uma coleção heterogênea, mostra que parte da imagem que se apresentava era sólida, quando o que se espera de um pseudoaneurisma é que seu conteúdo seja predominantemente líquido. Tal porção sólida do pseudoaneurisma é compatível, dentre outros diagnósticos, com a presença de compressas cirúrgicas."

No mais, a testemunha **Marco de Oliveira Belles, médico radiologista**, esclareceu que o exame de ecografia realizado em Michele não poderia identificar a presença de compressas em seu corpo. Confira-se:

"o exame de ecografia renal não mostraria se houvesse compressa porque foi um exame direcionado mais por lado renal; a ecografia também não mostra essa parte intestinal, de estômago, principalmente, pela sobreposição de gases; não mostraria uma compressa cirúrgica localizada no flanco esquerdo da paciente; na época do exame, a suspeita era direcionada para cálculo renal; não houve um direcionamento para corpo estranho; mesmo que fosse direcionado para corpo estranho, com esse exame não seria possível (...)".

Frisa-se, ainda, que essas compressas encontradas na cavidade abdominal da vítima foram deixadas no momento da cirurgia cesárea já que, conforme o apurado nos autos, o HRC tem um protocolo rígido em relação à contagem de compressas, bem como todos os médicos ouvidos em Juízo descreveram detalhadamente como é realizado o descarte e contagem de compressas naquele nosocômio, sendo que, neste ponto, também foram uníssonos.

Ademais, o argumento defensivo de que não existe qualquer vestígio de compressas no corpo de delito periciado é superado, pois, sequer era esperado encontrar vestígio de compressas no estudo histológico conforme afirmou o perito oficial: (...) *"Nem tampouco tais vestígios microscópicos eram esperados, uma vez que a malha dos fios trançados das compressas é fabricada com o fim de não deixarem resíduos uma vez que sejam retiradas"* (...). Id. 60924263, resposta quesito 11.

Lado outro, como foram utilizadas várias compressas durante o procedimento cirúrgico em que ocorreu o óbito de Michele, é cediço que a identificação de resquícios desses instrumentos no laudo não seria elemento conclusivo, porquanto poderia se referir a outras compressas manipuladas e utilizadas no ato.

De mais a mais, os acusados afirmaram, em juízo, que não conferiram a contagem de compressas após o parto cesáreo, procedimento esse que os incumbia uma vez que a responsabilidade é do(s) cirurgião(ões) presente(s) na sala de cirurgia essa contagem ou conferência, sendo que, inobservado esse procedimento, os acusados agiram, ao menos, com culpa no resultado que vitimou Michele.

Assim, a tese da Defesa de que os acusados não deixaram 2 (duas) compressas cirúrgicas na cavidade abdominal durante o parto cesáreo não prospera.

Do mesmo modo, não deve ser acolhida a tese defensiva de que inexistente nexos de causalidade entre o óbito de Michele e as compressas encontradas em sua cavidade abdominal.

Primeiramente, o Laudo de Exame de Corpo de Delito nº 10.936/2013, indicou como causa da morte “*choque hipovolêmico devido a ruptura da artéria aorta de causa indeterminada*” (fls. 680/684 Pje download).

Após o encaminhamento de documentação complementar, foi produzido aditamento ao Laudo de Exame de Corpo de Delito nº 10.936/2013, em 14/4/2017, com a seguinte conclusão: “*a presença de compressas cirúrgicas na cavidade abdominal não tem suporte técnico na literatura médica e, **embora não tenha sido descrito o contato íntimo destas com o vaso retroperitoneal roto, esta é a hipótese mais provável para ocorrência da rotura de aorta que deu causa ao óbito da pericianda.***”

Para o fim de complementar o Laudo Cadavérico nº 10936/13 e aditamento realizado em 14/4/2017, este Juízo deferiu a produção de prova pericial reclamada pela Defesa. Em resposta aos quesitos apresentados pelas partes, o i. expert concluiu, que a única causa material encontrada para as múltiplas lacerações da camada média da aorta abdominal foi a presença de duas compressas na cavidade abdominal de Michele, deixadas pelos réus, durante o parto cesáreo, no HRAN, consoante se verifica dos excertos a seguir (fls. 1.022-1.024 – Pje download):

(...) “*No caso em tela, não se observou fragilidades intrínsecas, mas sim erosão de um ponto específico da aorta distal, mais intensas nas camadas adventícia e média e menos intensa, na camada íntima indicando que **o processo erosivo ocorreu de fora para dentro da artéria. Tal achado se confirmou tanto no exame necroscópico (macroscopia), no átomo-patológico (microscopia) quanto no exame tomográfico realizado ainda em vida, contudo, juntado ao laudo após a realização do exame necroscópico***” (...).

“*Conforme discutido no aditamento ao laudo cadavérico de 14/04/2017, esta é a hipótese médico legal mais provável, uma vez que **o pseudoaneurisma encontrado no***

caso em tela pressupõe uma fonte de agressão extrínseca à artéria, sendo a presença de corpos estranhos (compressas cirúrgicas) o único indício materialmente encontrado na presente perícia como fonte de tal agressão.”

“A hipótese médico legal mais provável para a causa da rotura da aorta é o contato íntimo das compressas deixadas na cavidade abdominal levando a erosão da parede do vaso. Não foram encontrados vestígios de infecção nos tecidos próprios do vaso ou nos tecidos perivasculares que pudessem dar causa a um pseudoaneurisma e à ruptura do mesmo.”

Ainda, ao responder o questionamento do Ministério Público em relação à documentação médica juntada aos autos, notadamente quanto à descrição cirúrgica do procedimento realizado no HRC, se indicava a presença de compressas cirúrgicas na cavidade abdominal da paciente, o perito oficial foi claro:

“(…) A descrição cirúrgica explica a presença prévia de compressas na cavidade abdominal nos seguintes termos: “Realizadas as manobras de Mattox e de Catell que evidenciaram duas compressas deixadas em flanco esquerdo. Conforme conversado com ginecologistas que estavam presentes desde o início da cirurgia, estas compressas foram deixadas por ocasião de cesariana realizada previamente (inclusive na contagem de compressas, fomos informados pela enfermagem que sobraram 02 compressas” (...).

Quanto à compatibilidade entre a doença aneurismática da aorta com as múltiplas lacerações da camada média dessa artéria abdominal de Michele, o perito informou:

*“(…) A ruptura de aneurisma ocorre de dentro para fora da artéria, através das camadas fragilizadas, podendo ser apenas parciais, quando ocorre apenas a ruptura da camada íntima e da dissecação da camada média, gerando aneurismas dissecantes. **O que se observou no caso em tela foi uma ruptura que se deu de fora para dentro, o que é característico de pseudoaneurismas, devido à lesão extrínseca à artéria.**(…) (resposta referente ao quesito do *parquet* nº 2 - fls. 1.022-1.024 – Pje download).*

Insta salientar que, a despeito das testemunhas, inicialmente, sustentarem a ausência de relação entre a ruptura da artéria aorta abdominal da vítima e as compressas encontradas em sua cavidade abdominal, parte delas não descartaram a ocorrência de tal hipótese, em consonância com o laudo pericial.

Cumprido consignar, ainda, o seguinte registro constante do aditamento ao Laudo nº 10.936/2013, realizado em 14/04/2017 (fl. 685 –Pje download):

“A presença de corpos estranhos na cavidade abdominal gera uma reação orgânica, de base inflamatória, com a intenção de expulsar tais corpos estranhos. Especificadamente na cavidade abdominal, são descritos, na literatura médica, casos de erosão de vísceras ocas (principalmente alças intestinais), com passagem dos tais corpos para luz dessas vísceras (...).”

Reforça este entendimento os relatos da genitora e do companheiro da vítima, Rita Rodrigues da Silva e Matheus Pereira Araújo, respectivamente, que informaram sobre o surgimento de dores na região abdominal da vítima, logo após o parto cesário, mesmo antes de receber alta hospitalar, e seu agravamento nos dias subsequentes.

O informante **Matheus Pereira Araújo** narrou, em juízo, que: *“acompanhou a gestação de Michele, que foi tranquila; um posto de saúde realizou o pré-natal dela; procedeu-se o parto cesário no Hospital regional da Asa Norte – HRAN; o procedimento foi tranquilo; não se recorda o período em que ela ficou internada; logo após o parto, Michele reclamava de dores na região abdominal; achou que as dores sentidas por Michele eram normais devido ao Parto Cesária; havia melhora das dores quando medicada, porém elas retornavam; não quis retornar ao HRAN já que ela foi liberada do hospital mesmo sentido dores; ela questionou a equipe médica sobre as dores, contudo os médicos a informaram que eram referentes a cirurgia cesariana; levou sua esposa ao Hospital Regional de Ceilândia – HRC – no dia seguinte à cirurgia uma vez que Michele não aparentava normalidade; Michele queria cuidar da criança, mas as dores a impossibilitavam; foi medicada no HRC e liberada; ninguém comentou que poderia ser cálculo renal; persistiram no medicamento, mas não havia resultado; era levada ao médico novamente; essas idas e vindas ao médico duraram aproximadamente 20 dias, porém não se recorda ao certo; sua esposa foi submetida à cirurgia sem que ele soubesse; sua esposa foi encaminhada a uma sala amarela, porém não poderia haver acompanhante; quando ligou para o hospital, o informaram que Michele já estava em procedimento cirúrgico; ela faleceu na cirurgia; os médicos encontraram 2 (duas) compressas dentro dela; uma pessoa que veio informar o óbito dela; não teve contato com nenhum médico que realizou a segunda cirurgia; a pessoa que informou o óbito de sua esposa asseverou que as compressas encontradas no interior do abdome de Michele poderiam ter sido esquecidas durante a cirurgia do parto cesariano; seria o primeiro filho deles.*

A informante **Rita Rodrigues da Silva**, ouvida em Juízo, asseverou que: *“acompanhou a gestação da Michele; foi uma gravidez tranquila; o parto (cesária) foi realizado no HRAN; fizeram a cesária e deixaram duas compressas dentro dela, no dia 1º de março; no dia 2 de março, ela amanheceu sentido muita dor; sua filha sentia muita dor de cabeça, febre e vômito; informou aos médicos os sintomas dela, porém o médico passou o remédio de sempre; no dia 3 de março, as dores continuavam, ocasião em que falou com o médico; o médico deu uma receita para Matheus (esposo da vítima) comprar, o que foi feito; no dia 4 de março, ela recebeu alta médica; ela sempre com dor*

(dor de cabeça, vômito e febre); os médicos não falavam nada dos sintomas; os remédios eram para dores; ao chegar em casa, ela chorava a todo o tempo, já que sentia muita dor; não se recorda da fisionomia dos médicos; no dia 5 de março, foram ao HRC; os médicos colocavam apenas buscopan no soro; no dia 6 ou 7 foram até o HRT, já que não havia médicos no HRC; no hospital de Taguatinga, receitaram os mesmos remédios daqueles receitados no HRC; no dia 7 de março, retornaram ao HRC, momento em que Michele foi internada; ela ficou em uma maca na emergência; ficou, juntamente com Matheus, a todo o tempo ao lado dela; foi realizado um exame ecográfico; o médico falou que tinha uma água nos rins dela; no dia 10 de março, ela piorou, gritava de dor; ela tomou 3 (três) morfina; aliviou só um pouco a dor; ela continuava a gritar (...)”.

Lado outro, em relação às compressas serem encontradas na região do flanco esquerdo da cavidade abdominal e a ruptura do pseudoaneurisma da aorta à direita, o perito oficial esclareceu que não houve controvérsia, conforme aventado pela Defesa, nos seguintes termos:

(...) **“Cabe esclarecer que em momento algum o laudo que a ruptura ocorreu lado direito do abdômen. A artéria aorta se posiciona no lado esquerdo do abdômen em toda sua extensão, mesmo local onde foram encontradas as compressas cirúrgicas. O único momento em que a palavra direita ocorre no laudo é quando da transcrição da descrição do procedimento cirúrgico no HRC, o cirurgião salienta que o “retroperitônio estava extremamente infiltrado com hematomas e com anatomia completamente distorcida”. Em seguida descreve que “a identificação correta do vaso foi extremamente prejudicada pela distorção da anatomia e debilidade dos pulsos centrais”. Na própria descrição fica claro que o cirurgião não conseguiu identificar qual era o vaso lecionado, não conseguindo afirmar se o vaso era a Aorta ou a veia Cava. Portanto não há o que se falar em divergência de posição entre o local onde se encontravam as compressas cirúrgicas e o local da ruptura da Aorta” (...)** Id. 60924263 – resposta quesito nº 12.

A informação de que as compressas foram encontradas em local relativamente distante da lesão da aorta, por si, não afasta o contato anterior entre suas superfícies, pois, segundo constatou a perícia judicial, o exame de tomografia computadorizada registrou a **“presença de dilatação focal multilobulada da aorta abdominal infra-renal, medindo aproximadamente 5,1 x 4,4 x 5,3 cm nos seus maiores eixos, associado a grande coleção heterogênea bilateral, um pouco maior à esquerda”,** concluindo que tal registro **“mostra que parte da imagem que se apresentava era sólida, quando o que se espera de um pseudoaneurisma é que seu conteúdo seja predominantemente líquido. Tal porção sólida do pseudoaneurisma é compatível, dentre outros diagnósticos, com a presença de compressas cirúrgicas.”**

Não se pode olvidar, ainda, que as compressas foram encontradas quando a maior parte da cirurgia já havia transcorrido, inclusive, em momento posterior ao procedimento

de histerectomia, o que pode ter levado ao seu deslocamento.

Ademais, consoante os depoimentos das testemunhas Metódio Ribas Ramalho e Sérgio Pires Netto Safatle, médicos ginecologista/oncologista e radiologista, respectivamente, é possível que corpos estranhos se movimentem dentro do corpo humano. Destaco os seguintes trechos:

“(...) uma compressa que foi esquecida na fossa ilíaca após uma semana pode se mover dentro do organismo; quando se fala de cavidade abdominal existe todo peritaitismo da alça intestinal; pode desaparecer também fagocitada e até evacuada pelo paciente por mais tempo, porém não em uma semana; não é impossível as compressas não passarem nas alças intestinais (...) – Dr. Metódio Ribas Ramalho

“(...) tem conhecimento na literatura médica de casos de erosão de vísceras rotas e passagem de corpos estranhos dentro do organismo, embora não seja frequente, pode acontecer; geralmente, são processos inflamatórios crônicos, de longa data; essas erosões ocorrem quando estão presente inflamações, ou seja, processo inflamatório exuberante que envolve pelo menos duas estruturas contíguas; o relato que tem é que existia a suspeita de um processo infeccioso (abdômen agudo); abdômen agudo é grave (...)”

No mesmo sentido consignou o i. perito judicial em seu aditamento ao Laudo nº 10.936/2013, realizado em 14/04/2017 (fl. 685 –Pje download), cujo trecho transcrevo novamente: “ (...) *Especificadamente na cavidade abdominal, são descritos, na literatura médica, casos de erosão de vísceras ocas (principalmente alças intestinais), com passagem dos tais corpos para luz dessas vísceras (...)*”.

Em relação à contradição aventada pela Defesa entre o laudo de exame de corpo de delito cadavérico nº 10936/13 (fls. 680/684 Pje download) e seus aditamentos (fls. 685 e 1022-1024 Pje download), na verdade não existiu, já que o laudo pericial nº 10936/13 teve como supedâneo a ocorrência policial. Por outro lado, os aditamentos, realizados em 2017 e 2019, tiveram por base novos documentos, tais como, prontuários médicos e relatórios de descrição dos procedimentos cirúrgicos do HRC e HRAN, ou seja, foram confeccionados após a disponibilização de outra parte das informações técnicas e necessárias para a emissão de laudo conclusivo.

E mais, a despeito do assistente técnico - Dr. João Marcos Souza Gualberto, CRM/DF nº 20.746 -, em seu parecer, divergir do laudo pericial elaborado pelo Dr. Paulo Machado Ribeiro Júnior - médico legista do IML (perito oficial), no sentido de que as compressas cirúrgicas encontradas na cavidade abdominal da vítima não seriam aptas a causar a ruptura da artéria aorta abdominal de Michele, o referido parecer tem de ser

sopesado com as demais provas dos autos, cabendo a este Juízo avaliar o peso que deve merecer dentro do conjunto probatório.

Há de se ressaltar que o perito oficial é auxiliar da justiça, nomeado pelo Estado, ao qual é imposto *múnus* da imparcialidade e o ônus de expressar a verdade, devendo fundamentar suas conclusões de acordo com o conjunto probatório, **é o caso dos autos.**

Diante disso, tendo as compressas se posicionado estreitamente à artéria aorta, houve erosão na parede deste vaso e, por conseguinte, sua ruptura, com significativo extravasamento de sangue, que levou a vítima Michele a choque hipovolêmico e à morte.

A tese defensiva de que o pseudoaneurisma foi gerado por um quadro de pielonefrite (infecção renal) também não prospera. As respostas e conclusões constantes do laudo pericial permitem a plena compreensão da questão em análise, conforme trechos a seguir destacados:

“(…) Não foram encontrados vestígios de infecção nos tecidos próprios do vaso ou nos tecidos perivasculares que pudessem dar causa ao pseudoaneurisma e à ruptura do mesmo.” (resposta ao quesito nº 13 da Defesa - fls. 1.022-1.024 – Pje download)

“(…) o quadro descrito não é patognomônico de pielonefrite aguda. Este mesmo quadro clínico pode acontecer com qualquer processo inflamatório que atinja a região lombar. De fato este era o diagnóstico suspeitado quando da entrada da pericianda no Pronto Socorro do HRC, tanto que foi iniciado tratamento empírico para tal quadro e solicitado urocultura (sem resultado no prontuário) e tomografia computadorizada de abdome, na qual não havia sinais de pielonefrite.” (resposta ao quesito nº 3 do Ministério Público - fls. 1.022-1.024 – Pje download)

“(…) Tanto a tomografia computadorizada, quanto o exame histopatológico não encontraram um pseudoaneurisma de origem infecciosa no caso em tela. Os pseudoaneurismas, de forma genérica, podem ser causados por infecções próprias nos vasos (neste caso os mais comuns são infecções fúngicas) ou por abscessos adjacentes ao vaso acometido. No caso em tela não há qualquer indício de infecção no vaso acometido (aorta), o qual, se existisse, seria visualizado no exame histopatológico, assim como também não há nenhum achado de abscesso perioaórtico, o qual, se existisse, seria visível na tomografia computadorizada, no procedimento cirúrgico, no exame microscópico e no histopatológico.” (resposta ao quesito nº 6 da Defesa - fls. 1.022-1.024 – Pje download)

Ademais, os exames de cultura de urina e hemocultura da vítima, realizados em 7/3/2013, foram juntados posteriormente nos autos, e confirmam a conclusão pericial, porquanto apresentaram resultados negativos (fls. 1799-1802 – Pje download).

Por fim, cumpre registrar que o arquivamento da sindicância realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal não vincula este juízo, haja vista a independência entre as instâncias penal e administrativa, bem como a maior amplitude do conjunto probatório coligido aos presentes autos.

Os acusados VENILTON, ÉRIKA e BÁRBARA foram responsáveis pela condução do parto cesário da vítima Michele, exercendo as funções de supervisor, intervencionista e auxiliar, respectivamente, de forma que cumpria a todos a responsabilidade de impedir a ocorrência do fato a eles atribuído no presente feito.

Com efeito, tenho que a tipicidade está bem definida, pois conforme as provas acima elencadas, não há dúvida quanto à subsunção do fato à norma definida no artigo 121, §§ 3º e 4º, c/c artigo 13, caput e § 2º, todos do Código Penal (em relação aos três denunciados), uma vez que os agentes, mediante condutas imprudentes e negligentes, deixaram 2 (duas) compressas cirúrgicas na cavidade abdominal de Michele, após a cirurgia cesárea, ocasionando, por conseguinte, a ruptura da artéria aorta abdominal e o óbito da paciente.

Incide ainda a causa de aumento prevista no § 4º, do art. 121, do Código Penal, já que o crime foi praticado sob inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, consistente no esquecimento de 2 (duas) compressas cirúrgicas na cavidade abdominal da paciente, durante parto cesáreo, o que culminou em seu falecimento.

Quanto ao *iter criminis*, este se concluiu, eis que todos os elementos do fato típico foram realizados. Outrossim, os acusados são imputáveis e inexistem, a serem consideradas, quaisquer excludentes de antijuridicidade ou de culpabilidade.

Pelo exposto, **JULGO PROCEDENTE** a pretensão punitiva lançada na denúncia para **CONDENAR VENILTON CRUZ CAVALCANTE, ÉRIKA VIEIRA DE SOUZA JORDÃO e BÁRBARA LETÍCIA RODRIGUES DE OLIVEIRA**, nas penas do artigo 121, §§ 3º e 4º, c/c artigo 13, caput e § 2º, alínea "a", todos do Código Penal (em relação aos três denunciados).

Passo à individualização da pena, fazendo-a fundamentadamente para que se possa cumprir o disposto no art. 93, inciso IX da Carta Magna.

1. Em relação ao acusado **VENILTON CRUZ CAVALCANTE**:

Na análise da **culpabilidade**, o grau de reprovabilidade da conduta do réu é condizente com a natureza do crime, não há nenhum indicativo com relação ao juízo crítico de reprovação social.

Não registra **maus antecedentes**.

A **conduta social** é boa, pois exerce trabalho honesto.

Quanto aos **motivos, circunstâncias e personalidade**, nada há nos autos que permitem sua valoração negativa.

Existiram **consequências**, já que a vítima morreu muito jovem e deixou filha recém-nascida, que irá crescer sem a presença materna. À sua família restou não apenas a ausência e saudade, mas também a privação de contribuição material, que provavelmente poderia ocorrer em razão do trabalho.

O **comportamento da vítima** não contribuiu para a ação delitiva.

Tendo em vista que as circunstâncias judiciais desfavoráveis, fixo-lhe a pena base **em 01(um) ano e 03 (três) meses de detenção**.

Na segunda fase, não existem atenuantes e agravantes.

Na terceira fase de aplicação da pena, não existem causas de diminuição da pena, porém há a causa de aumento prevista no § 4º, do art. 121, do Código Penal, pelo que deve ser a pena aumentada em 1/3(um terço), a qual torno definitiva em **01 (um) ano e 8 (oito) meses de detenção**.

Atendendo ao que dispõem o artigo 33, § 1º, "c" e § 2º, "c", § 3º e o artigo 59, todos do Código Penal, determino que a pena privativa de liberdade imposta ao réu seja cumprida inicialmente em regime aberto.

O réu permaneceu solto durante o processo, não havendo que falar em incidência do artigo 387, § 2º, do CPP.

O acusado respondeu ao processo em liberdade e não verifico motivos para que seja decretada a prisão.

Presentes os requisitos do art. 44 do Código Penal, autorizo a substituição da reprimenda por **DUAS RESTRITIVAS DE DIREITOS**, a serem definidas pelo Juízo da Execução

2. Em relação à ré ÉRIKA VIEIRA DE SOUZA JORDÃO:

Na análise da **culpabilidade**, o grau de reprovabilidade da conduta da ré é condizente com a natureza do crime, não há nenhum indicativo com relação ao juízo crítico de reprovação social.

Não registra **maus antecedentes**.

A **conduta social** é boa, pois exerce trabalho honesto.

Quanto aos **motivos, circunstâncias e personalidade**, nada há nos autos que permitem sua valoração negativa.

Existiram **consequências**, já que a vítima morreu muito jovem e deixou filha recém-nascida, que irá crescer sem a presença materna. À sua família restou não apenas a ausência e saudade, mas também a privação de contribuição material que provavelmente poderia ocorrer em razão do trabalho.

O **comportamento da vítima** não contribuiu para a ação delitiva.

Tendo em vista que as circunstâncias judiciais desfavoráveis, fixo-lhe a pena base em **01(um) ano e 03 (três) meses de detenção**.

Na segunda fase, não existem atenuantes e agravantes.

Na terceira fase de aplicação da pena, não existem causas de diminuição da pena, porém há a causa de aumento prevista no § 4º, do art. 121, do Código Penal, pelo que deve ser a pena aumentada em 1/3(um terço), a qual torno definitiva em **01 (um) ano e 8 (oito) meses de detenção**.

Atendendo ao que dispõem o artigo 33, § 1º, "c" e § 2º, "c", § 3º e o artigo 59, todos do Código Penal, determino que a pena privativa de liberdade imposta à ré seja cumprida inicialmente em regime aberto.

A ré permaneceu solta durante o processo, não havendo que falar em incidência do artigo 387, § 2º, do CPP.

A acusada respondeu ao processo em liberdade e não verifico motivos para que seja decretada a prisão

Presentes os requisitos do art. 44 do Código Penal, autorizo a substituição da reprimenda por **DUAS RESTRITIVAS DE DIREITOS**, a serem definidas pelo Juízo da Execução

3. Em relação à ré **BÁRBARA LETÍCIA RODRIGUES DE OLIVEIRA**:

Na análise da **culpabilidade**, o grau de reprovabilidade da conduta da ré é condizente com a natureza do crime, não há nenhum indicativo com relação ao juízo crítico de reprovação social.

Não registra **maus antecedentes**.

A **conduta social** é boa, pois exerce trabalho honesto.

Quanto aos **motivos, circunstâncias e personalidade**, nada há nos autos que permitem sua valoração negativa.

Existiram **consequências**, já que a vítima morreu muito jovem e deixou filha recém-nascida, que irá crescer sem a presença materna. À sua família restou não apenas a ausência e saudade, mas também a privação de contribuição material que provavelmente poderia ocorrer em razão do trabalho.

O **comportamento da vítima** não contribuiu para a ação delitiva.

Tendo em vista que as circunstâncias judiciais desfavoráveis, fixo-lhe a pena base **em 01(um) ano e 03 (três) meses de detenção**.

Na segunda fase, não existem atenuantes e agravantes.

Na terceira fase de aplicação da pena, não existem causas de diminuição da pena, porém há a causa de aumento prevista no § 4º, do art. 121, do Código Penal, pelo que deve ser a pena aumentada em 1/3(um terço), a qual torno definitiva em **01 (um) ano e 8 (oito) meses de detenção**.

Atendendo ao que dispõem o artigo 33, § 1º, "c" e § 2º, "c", § 3º e o artigo 59, todos do Código Penal, determino que a pena privativa de liberdade imposta à ré seja cumprida inicialmente em regime aberto.

A ré permaneceu solta durante o processo, não havendo que falar em incidência do artigo 387, § 2º, do CPP.

A acusada respondeu ao processo em liberdade e não verifico motivos para que seja decretada a prisão

Presentes os requisitos do art. 44 do Código Penal, autorizo a substituição da reprimenda por **DUAS RESTRITIVAS DE DIREITOS**, a serem definidas pelo Juízo da Execução

4. Disposições Finais:

Deixo de fixar valor mínimo, a título de reparação de danos, nos termos do comando contido no inc. IV, do art. 387 do Código de Processo Penal, pois verifico que a família da vítima ajuizou ação cível com esta finalidade, na qual já houve prolação de sentença (**processo que tramita na 4ª Vara de Fazenda Pública do DF, distribuída sob o nº 0701106-03.2018.8.07.0018**), conforme fl. 1136 – Pje download.

Condeno os réus ao pagamento das custas, proporcionalmente, consignando que eventual causa de isenção deverá ser apreciada pelo Juízo da Execução, no momento do cumprimento da pena.

Ocorrendo o trânsito em julgado, façam-se as devidas anotações e comunicações de estilo.

Em momento oportuno, archive-se o feito com as cautelas de praxe.

Sentença registrada e publicada eletronicamente.

Intimem-se.

Ceilândia/DF, 25 de janeiro de 2021.

Verônica Torres Suaiden

Juíza de Direito