

**Homicídio culposo - Cirurgia - Hérnia inguinal -
Pós-operatório de evolução satisfatória - Erro
médico - Não comprovação - Dores abdominais -
Nova cirurgia - Choque séptico e parada
cardíaca - Evento morte - Perfuração intestinal
tardia - Provável consequência da retirada
mesmo da hérnia - Fragilidade do tecido -
Imperícia - Abandono - Omissão - Circunstâncias
inocorrentes - Dever de cuidado observado -
Absolvição imposta**

Ementa: Apelação criminal. Homicídio culposo. Quebra do dever de cuidado não evidenciado. Absolvição. Necessidade. Recurso provido.

- É de rigor a absolvição do médico quando inexistente demonstração inequívoca de que ele se tenha omitido ou atuado em desacordo com o procedimento adequado de tratamento do paciente, máxime quando não se evidencia

a quebra dos deveres objetivos de cuidado exigíveis na ocasião dos fatos.

APELAÇÃO CRIMINAL Nº 1.0313.07.233302-1/001
- Comarca de Ipatinga - Apelante: Juliano Nogueira Morais - Apelado: Ministério Público do Estado de Minas Gerais - Vítima: Irineu Rosa Maciel - Relator: DES. JÚLIO CÉSAR LORENS

Acórdão

Vistos etc., acorda, em Turma, a 5ª Câmara Criminal do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, na conformidade da ata dos julgamentos, à unanimidade, EM DAR PROVIMENTO AO RECURSO.

Belo Horizonte, 18 de setembro de 2012. - *Júlio César Lorens* - Relator.

Notas taquigráficas

DES. JÚLIO CÉSAR LORENS (Relator) - 1 - Relatório. Perante o Juízo de Direito da Comarca de Ipatinga/MG, o Ministério Público do Estado de Minas Gerais ofereceu denúncia em face de Juliano Nogueira Morais, pela suposta prática do crime de homicídio culposo.

Notícia a inicial acusatória que, no dia 10 de março de 2006, na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Márcio Cunha, o paciente Irineu Rosa Maciel veio a falecer em decorrência da conduta negligente do médico Juliano Nogueira Morais.

Narra a exordial que a vítima, no dia 15 de fevereiro de 2006, havia se submetido a uma cirurgia para tratamento de hérnia inguinal, tendo o procedimento sido realizado pelo denunciado. A alta hospitalar ocorreu no dia 17 de fevereiro. Entretanto, a vítima retornou ao hospital no dia seguinte, apresentando quadro de dor abdominal forte, febre alta, diarreia e sinais de irritação peritonal, ocasião em que fora atendida, às 18 horas, pelo denunciado, que determinou a realização de diversos exames, bem como a internação da vítima.

Ocorre que, após a internação do paciente, o denunciado negligentemente saiu do hospital, permanecendo incomunicável até o dia seguinte. Depois de várias tentativas de localizar o denunciado, a esposa da vítima solicitou a presença do médico plantonista, Dr. Sérgio Torres Saito. Assim, a vítima somente foi novamente atendida à 0h42min, sendo que os exames solicitados pelo denunciado ainda não estavam prontos, em virtude de negligência do mesmo, visto que deveriam ter sido pedidos em caráter de urgência.

Relata a peça acusatória que, por volta da 1 hora do dia 19 de fevereiro, o médico plantonista, de posse dos exames realizados, constatou uma perfuração no intestino do paciente, ocorrida na cirurgia do dia 15.02.06, causa do chamado abdômen agudo, com evidência de pneumoperitônio, que é a presença de gás na cavidade

abdominal, como provável decorrência de perfuração de víscera abdominal.

Consta que, apenas às 9 horas do dia 19 de fevereiro, o denunciado fora localizado para prestar assistência a seu paciente, e somente às 10h30min entrou novamente em contato com a vítima. E, ao ver seus exames, ele confirmou o quadro de pneumoperitônio e de infecção generalizada, sendo necessária a realização de nova cirurgia.

Ainda segundo a denúncia, às 14 horas do dia 19, a vítima foi submetida a uma cirurgia de exploração abdominal, durante a qual ocorreu uma parada cardiopulmonar e choque séptico. Foi confirmada a perfuração no intestino. Diante da gravidade da situação, a vítima foi encaminhada para a UTI. Entretanto, o estado geral da vítima continuou piorando, com novos episódios de parada cardiopulmonar, insuficiência renal, permanecendo em coma profundo até a constatação definitiva de morte encefálica, insuficiência de múltiplos órgãos e óbito, ocorrido às 4h45min do dia 10.03.2006.

Após regular trâmite, sobreveio a r. sentença de f. 1.679/1.698, que, julgando procedente a pretensão punitiva estatal, condenou o acusado, como incurso nas sanções do art. 121, § 3º, do CP, às penas de 1 (um) ano de detenção, em regime aberto, substituindo a reprimenda física por prestação pecuniária no valor de 40 (quarenta) salários mínimos em favor de uma creche.

Inconformado com o *decisum*, apelou o réu. Em suas razões recursais (f. 1.740/1.755), suplica por sua absolvição, alegando que não restou evidenciada a existência de um fato delituoso, ante a falta de comprovação do nexo de causalidade, bem como de sua conduta culposa. Subsidiariamente, pede a redução do *quantum* fixado na pena substitutiva.

Contrarrazões às f. 1.764/1.781, em que o *Parquet* pugnou pelo desprovemento do recurso, tendo a d. Procuradoria-Geral de Justiça, nessa instância revisora, opinado no mesmo sentido (f. 1.782/1.785).

É, em síntese, o relatório.

2 - Juízo de admissibilidade.

Presentes os pressupostos de admissibilidade, conheço do apelo interposto.

3 - Fundamentação.

Inexistindo questionamentos preliminares e não vislumbrando nos autos qualquer nulidade ou irregularidade que deva ser declarada de ofício, passo ao exame do mérito do recurso.

Como relatado alhures, o apelante suplica por sua absolvição, argumentando que o conjunto probatório não comprova a sua culpa no resultado morte da vítima.

Analisei com extrema cautela as provas constantes dos autos e verifiquei que razão assiste à combativa defesa.

Registre-se, inicialmente, que a materialidade delitiva se encontra sobejamente comprovada pela certidão de óbito (f. 47), pelo relatório de necropsia (f. 675/676),

bem como pela vasta documentação médica colacionada aos autos.

Lado outro, os elementos de convicção carreados ao presente caderno processual não demonstram, estreme de dúvidas, que a vítima veio a óbito por quebra do dever de cuidado de seu médico, ora apelante, que teria agido com negligência e imperícia.

Consta dos autos que a vítima, depois de ter convivido por anos com uma hérnia inguinal esquerda, se submeteu, no dia 15.02.2006, a uma cirurgia, procedimento que fora realizado pelo Dr. Juliano Nogueira de Moraes, que deu alta ao paciente no dia 17.02.2006.

Nesse ponto, considero relevante colacionar o histórico lançado no relatório de f. 42.

Paciente submetido a herniorrafia inguinal, apresentando evolução satisfatória, bom estado geral, aceitando bem dieta oral, deambulando, passando bem a noite. Diurese mantida, hábito intestinal preservado. Abd: plano, flácido, discretamente doloroso a palpação em fo, peristalse presente, atímpanico. Fo com bom aspecto. Cd: alta hospitalar.

Como visto, o paciente recebeu alta após constatação de que estava em um bom estado geral.

Aliás, segundo sua esposa,

no dia 17, Irineu passou bem o dia todo, somente no dia 18, por volta das 16h, o mesmo começou a sentir fortes dores abdominais (f. 670).

É fato incontroverso que, no dia seguinte à alta, o paciente sentiu fortes dores abdominais e febre, razão pela qual retornou ao hospital, sendo atendido por seu médico, ora apelante, que solicitou a realização de diversos exames. Entretanto, antes de receber os resultados, deixou o hospital.

Consoante relato do apelante, após examinar o paciente, isso por volta das 18 horas, chegou ao diagnóstico imediato de abdômen agudo inflamatório, motivo pelo qual decidiu por sua imediata internação (f. 642).

O apelante afirmou, ainda, que permaneceu no hospital aguardando o resultado dos exames até as 19h30min. Todavia, em face da superlotação, os exames somente ficariam prontos por volta da 1 hora da manhã do dia seguinte, quando ele já estava em sua residência. Como o plantonista não teria visto maior gravidade no quadro, aguardou o retorno do apelante para reavaliar o paciente, o que foi feito aproximadamente às 8 horas do dia 19.02.2006. Nesta mesma data, às 13 horas, o paciente foi submetido a uma nova cirurgia. Daí em diante, seu quadro clínico passou por sucessivas pioras, vindo a culminar com o falecimento do paciente no dia 10.03.2006.

É bem verdade que existem divergências entre os horários informados pelo apelante e os apontados pela família do paciente, notadamente quanto ao seu retorno ao hospital. Entretanto, a meu ver, essas inconsistências

não influenciam de forma decisiva no resultado do julgamento, conforme se perceberá adiante.

Questão relevante a ser esclarecida é se, durante a primeira cirurgia, o apelante teria causado uma perfuração intestinal no paciente.

Acerca desse assunto, o acusado, ao ser ouvido na presença da autoridade judiciária, declarou

que ao descolar a hérnia que por longos anos permaneceu 'colada' na parede do intestino, o interrogando não causou qualquer perfuração neste último órgão, esclarecendo que por causa de tal tempo decorrido, ao fazer a retirada da hérnia, a parede do intestino onde está o epiplon certamente estava enfraquecido e o interrogando acredita que com o esforço na evacuação, possa ter ocorrido uma perfuração intestinal; [...] que se realmente tivesse havido a perfuração intestinal no 1º ato cirúrgico, imediatamente o paciente sentiria febre, distensão abdominal, dor intensa, respiração ofegante e sudorese (f. 709/710).

Os médicos Renato Rosa Almeida e Marcos Roberto de Paiva Villela, em juízo, corroboraram a versão do apelante, ao afirmarem

[...] que, aventando a hipótese de existir perfuração no intestino e não ser detectada no momento da cirurgia, nas 5 horas seguintes, o paciente sentiria dores abdominais e vômitos, sendo que certamente nem receberia alta; que eventual perfuração no intestino é logo vista, pois o conteúdo do mesmo aparece imediatamente; que, caso um paciente tivesse uma perfuração intestinal não detectada, três dias depois da cirurgia, ele apresentaria vômitos, peritonite (abdômen em forma de tábua) e choque bacteriano, o qual ocasionaria diminuição da pressão arterial; que neste caso, um hemograma constataria aumento do número de leucócitos; que, como a hérnia da vítima já estava há muito tempo no local, sua retirada poderia fragilizar o tecido da alça intestinal, o que também poderia ocasionar uma perfuração tardia, através do desgaste do tecido; que em razão do grande tempo de existência da hérnia da vítima e dos fatos retro descritos, pode acontecer da perfuração ocorrer naturalmente após a cirurgia, em razão da fragilidade do tecido já mencionado; [...] (f. 1.416).

[...] que um paciente com hérnia antiga, exemplo, mais de 10 anos, apresenta mais dificuldade de ser operado, ressaltando que o depoente já fez várias cirurgias deste tipo; que depende do tamanho da hérnia e do conteúdo abdominal para que se avalie o risco ou não da cirurgia; que qualquer procedimento cirúrgico pode ter consequências mínimas ou máximas; que se porventura numa operação de hérnia houver perfuração do intestino, no máximo em 12 horas, o paciente sentirá dores fortíssimas no abdômen, taquicardia, distensão abdominal, abdômen em 'tábua'; que existem pacientes onde se verificam distensões abdominais súbitas, que às vezes nem mesmo estão relacionadas ao local operado; [...] (f. 1.418).

Com tais relatos, ao que tudo indica, eventual perfuração intestinal não ocorreu durante a primeira cirurgia, de vez que o paciente permaneceu internado por dois dias e, como informam os especialistas, os sintomas desse evento jamais demorariam tanto tempo para começarem a surgir.

De igual modo, conquanto não seja possível afirmar com exatidão, tanto o réu quanto os demais médicos ouvidos disseram ser admissível a hipótese de que uma perfuração intestinal tenha ocorrido tardiamente, ou seja, quando o paciente já estava em sua residência, inclusive porque a hérnia do paciente já estava há muito tempo no local, de modo que sua retirada poderia fragilizar o tecido.

Portanto, não se comprovou a existência de erro médico na primeira cirurgia.

E agora outro ponto relevante emerge, qual seja: o médico teria faltado com seu dever de cuidado ao ausentar-se do hospital, deixando o paciente em estado de emergência?

Certo é que a vítima retornou ao hospital com dores e febre no dia 19.02.2006, ocasião em que fora atendido pelo apelante, que solicitou vários exames e determinou a sua internação. Ocorre que, antes de receber o resultado dos exames requeridos, o apelante foi para sua residência. A família tentou, nas horas seguintes, manter contato telefônico com ele, porém não obteve nenhum sucesso nas tentativas de localizá-lo.

Segundo o acusado,

[...] com a dor abdominal reclamada pelo paciente, não era possível se fazer de cara um diagnóstico de perfuração intestinal, necessitando exames para se investigar a causa da dor mencionada [...]

e, quando

viu a vítima depois da 1ª intervenção cirúrgica, ao ser acionado, não teve qualquer percepção da gravidade do quadro, mas apenas vislumbrou a necessidade de interná-lo para o correto diagnóstico (f. 709/710).

A narrativa da esposa da vítima confirma que o apelante não percebeu imediatamente a gravidade do quadro do paciente, pois, segundo ela, o “réu disse que a vítima poderia estar sofrendo de apendicite” (f. 1.415). Idêntica narrativa apresentou o irmão da vítima, ao narrar que

o acusado informou que as dores por ela (vítima) sentidas não tinham qualquer relação com a cirurgia, que poderiam estar ligadas a um quadro de apendicite (f. 1.435).

Dessa forma, por não vislumbrar uma situação de emergência médica, é plausível que o apelante tenha deixado o nosocômio e ido para a sua residência após cumprir seu horário normal de trabalho.

Afinal, a vítima estava internada em um hospital com infraestrutura adequada, provido com médicos plantonistas, cuja função é exatamente prestar atendimento aos pacientes, internos ou não, inclusive realizando intervenções cirúrgicas de urgência, caso evidenciada a sua necessidade.

Oportunamente, confirmam-se estes relatos:

[...] que o plantonista não necessariamente é cirurgião, mas, se algum paciente necessitar de cirurgia de urgência, o plantonista logo aciona o cirurgião de prontidão; [...]; que a lista dos médicos de prontidão é de fácil acesso ao médico plantonista [...] (médico Renato Rosa Almeida, f. 1.416).

[...] que no HMC também existem cirurgões no regime de prontidão; que, se o caso for de urgência ou de emergência, não há impedimento algum para que o médico que esteja no hospital opere um paciente antes operado por outro médico; que sudorese e febre podem até ocorrer depois de uma perfuração intestinal, como também podem acontecer em outros casos clínicos; [...] (médico Marcos Roberto de Paiva Villela, f. 1.418/1.419).

[...] que a declarante é profissional médica, tendo feito estágio no Hospital Márcio Cunha, sabendo ser um dos melhores equipados da América Latina (médica Maria Cristina Maciel Marques, irmã da vítima, f. 1.448).

Nesse contexto, não se constata que o apelante tenha abandonado o paciente à própria sorte.

Não considero demasiadamente grave, a ponto de ensejar uma condenação criminal, o fato de o acusado estar com seu celular indisponível durante a madrugada, principalmente porque deixou o paciente aos cuidados do plantonista, sem ter constatado, de plano, que o seu quadro estava se agravando.

Analiso com respeito, mas com reservas, a indignação dos familiares quanto ao fato de o apelante não ter sido prontamente localizado para iniciar, de imediato, o procedimento cirúrgico que “poderia” ter salvado a vida da vítima.

O ideal realmente seria que o médico tivesse acompanhado a vítima em tempo integral, acompanhando a evolução de seu quadro, ainda que não tenha elementos suficientes para acreditar em uma complicação premente. Todavia, mesmo o mais combatente dos cirurgiões, vez ou outra, precisa descansar. É da sua natureza humana.

Se o apelante tivesse perfurado o intestino do paciente, em uma situação de imperícia; se o apelante se tivesse negado a atender o paciente que o procurou com dores após uma cirurgia; se o apelante tivesse deixado o hospital sabendo da necessidade urgente de uma intervenção cirúrgica; se o apelante tivesse abandonado o paciente em local inadequado e sem profissionais capacitados para atendê-lo; nessas condições, estaríamos diante de um homicídio culposo.

Essas situações não se evidenciaram no presente caso.

Em arremate, vale mencionar a decisão de absolvição, em âmbito administrativo, do Conselho Regional de Medicina acerca dos fatos ora *sub judice*, cuja ementa restou assim aprovada:

Não comete ilícito ético o médico que, ao tratar de um paciente, atende e age no sentido de resolver possíveis complicações, mesmo não obtendo sucesso (f. 1.675).

Pelo exposto, considerando que as provas constantes dos autos não demonstram que o apelante se

omitiu ou atuou em desacordo com o procedimento médico esperado para o caso, quebrando seu dever de cuidado, é de rigor absolvê-lo da imputação descrita na inicial acusatória.

4 - Dispositivo.

Com tais considerações, dou provimento ao recurso, para, com fulcro no art. 386, VII, absolver o apelante Juliano Nogueira de Moraes das imputações feitas na denúncia de f. 02/04.

Custas, na forma da lei.

DES. ALEXANDRE VICTOR DE CARVALHO (Revisor)

- De acordo com o Relator.

DES. PEDRO COELHO VERGARA - De acordo com o Relator.

Súmula - DERAM PROVIMENTO AO RECURSO.