



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2021.0000527073

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1008837-85.2014.8.26.0309, da Comarca de Jundiaí, em que é apelante JOSIANE GARCIA DOS SANTOS MARQUES (JUSTIÇA GRATUITA), são apelados RENATA MARTINUZZO DE AGUIAR, PEDRO HENRIQUE LEMOS MOREIRA, THIAGO SALDANHA RODRIGUES, FREDERICO MICHELINO DE OLIVEIRA, HOSPITAL DE CARIDADE SAO VICENTE DE PAULO- HSVP, GLAUCO MARIO BOLELLI, CATIA LUCIANE MARINI, SAMIR ELIAS ZURI e NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S.A, EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Negaram provimento ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ALVARO PASSOS (Presidente sem voto), MARIA SALETE CORRÊA DIAS E JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES.

São Paulo, 5 de julho de 2021.

HERTHA HELENA DE OLIVEIRA
Relatora
Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apelação Cível 1008837-85.2014.8.26.0309

Apelante: JOSIANE GARCIA DOS SANTOS MARQUES

Apelados: RENATA MARTINUZZO DE AGUIAR, PEDRO HENRIQUE LEMOS MOREIRA, THIAGO SALDANHA RODRIGUES, FREDERICO MICHELINO DE OLIVEIRA, Hospital de Caridade Sao Vicente de Paulo- Hsvp, GLAUCO MARIO BOLELLI, CATIA LUCIANE MARINI, SAMIR ELIAS ZURI e Nobre Seguradora do Brasil S.a, Em Liquidação Extrajudicial

Interessado: Hospital Santa Elisa Ltda

Jundiaí

Procedimento Comum Cível

Juiz prolator da sentença: Dirceu Brisolla Geraldin

Voto nº 6322

REPARAÇÃO CIVIL POR ERRO MÉDICO - SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA - INSURGÊNCIA DA AUTORA - DESCABIMENTO - PROVA PERICIAL DECISIVA NA FORMAÇÃO DO CONVENCIMENTO DO JULGADOR, VERSANDO A MATÉRIA CONTROVERTIDA SOBRE SUPOSTA FALHA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR- TODOS OS PONTOS CONTROVERTIDOS FORAM ESCLARECIDOS PELO PERITO JUDICIAL, QUE AFASTOU QUALQUER CONDUTA DE MÁ PRÁTICA MÉDICA DOS PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO DA APELANTE, ASSEVERANDO QUE TANTO O TRATAMENTO, QUANTO O PARTO PREMATURO FORAM ADEQUADAMENTE REALIZADOS, RAZÃO PELA QUAL NÃO SE CONFIGURA O NEXO CAUSAL, INEXISTINDO DEVER DE INDENIZAR - SENTENÇA MANTIDA POR SEUS PRÓPRIOS FUNDAMENTOS, NOS TERMOS DO ART. 252 DO REGIME INTERNO DO TJSP – RECURSO NÃO PROVIDO.

Trata-se de apelação cível, interposta em face da sentença proferida a fls. 1.616/1.648 nos autos da ação de reparação civil em decorrência de erro médico, que dera pela improcedência do

pedido formulado pela parte autora.

Inconformada, insurge-se autora **JOSIANE GARCIA DOS SANTOS MARQUES**, pela reforma da r. sentença.

Em síntese, reitera a argumentação aduzida à inicial, qual seja, de que procurou atendimento médico em 17/05/2011, quando se encontrava com 26 (vinte e seis) semanas de gestação, em razão de dores abdominais e vômito, ocasião em que aguardou por cerca de 03 (três) horas, para só então ser atendida, sem qualquer diagnóstico.

Após a piora do quadro de saúde da paciente, fora indicada a realização de procedimento cirúrgico, entretanto, durante a sua preparação, ocorreu o parto normal do bebê, prematuro, que faleceu após 17 (dezessete dias).

Ademais, a autora, ora apelante, alega que fora operada, após diagnóstico com torção do intestino, com retirada parcial do órgão, seguido por longo e penoso período de pós-operatório.

Neste sentido, ajuizou a presente demanda aduzindo que, se aplicada a melhor técnica médica, o falecimento do bebê e as complicações da autora poderiam ter sido evitados, configurando a negligência da equipe médica que os atendeu.

Com efeito, alega que resta inequívoco o erro médico pelo atraso de quase 23 horas no devido atendimento à autora, gerando perda de uma chance de tratar clinicamente com procedimento menos invasivo e mais adequado para o quadro clínico que a autora apresentou no momento da entrada no hospital réu.

Não obstante, arrazoa que o próprio perito judicial se manifestou no sentido de que *"houve retardo no tratamento da obstrução e isquemia intestinal"*, uma vez que *"o quadro de suboclusão e necrose já estava estabelecido pelo menos desde o atendimento obstétrico do dia anterior"*.

Portanto, tendo em vista que os corréus, mesmo cientes do quadro grave e da gestação da autora, deixaram-na sem atendimento e sem diagnóstico por 23 (vinte e três) horas, resta incontroverso a imperícia e/ou negligência, que acabou por ceifar a vida do nascituro, configurando o nexo de causalidade.

Deste modo, ante o prejuízo irreparável sofrido, pugna pela condenação dos corréus ao pagamento de indenização por danos morais, em patamar não inferior a R\$400.000,00 (quatrocentos mil reais).

Recurso processado com gratuidade; respondido a fls. 1690/1696; 1697/1711; 1712/1717; 1718/1733.

Sem oposição ao julgamento virtual.

Este é o relatório.

O presente recurso não comporta provimento.

Em que pesem as presentes razões recursais, tem-se que o douto juízo de primeira instância brilhantemente decidiu acerca da presente questão, de acordo com o conjunto probatório formado nos

autos, em uma irretocável sentença de 32 laudas.

De plano, é imperioso destacar que, versando sobre suposta falha na prestação de serviço médico-hospitalar, caracteriza-se que a prova técnico-pericial detém maior relevância para formar o convencimento do julgador, ainda que não fique adstrito a ela.

Nestes termos, todos os pontos controvertidos foram esclarecidos pelo Sr. Perito, no laudo pericial juntado a fls. 769/775, que afastou qualquer conduta de má prática médica dos profissionais responsáveis pelo atendimento da apelante, asseverando que tanto o tratamento quanto o parto prematuro foram adequadamente realizados, razão pela qual não se configura o nexo causal em questão, inexistindo o dever de indenizar.

Com efeito, a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais deve ser apurada mediante a verificação de culpa, imprescindível para a imputação pelo evento danoso, conforme dispõe o art. 14, §4º, do Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078/90):

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

(...)

§ 4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.

Ou seja, o direito à pretensão indenizatória tem como

pressuposto indispensável a comprovação de nexo de causalidade entre o comportamento do agente e o dano, o que não se vislumbra. Ao não restar evidenciada a responsabilidade do médico, visto que somente decorre de culpa provada, afasta-se a obrigação de indenizar.

Deste modo, uma vez que o laudo pericial médico é conclusivo no sentido de que o procedimento cirúrgico adotado fora o adequado para a situação da paciente, bem como que as condutas foram compatíveis com a prática médica, não há que se falar no pleito indenizatório, sendo de rigor a manutenção da sentença de improcedência.

Logo, a r. sentença deve ser confirmada por seus próprios fundamentos, os quais ficam inteiramente adotados, nos termos do art. 252 do Regimento Interno deste E. Tribunal de Justiça:

"Nos recursos em geral, o relator poderá limitar-se a ratificar os fundamentos da decisão recorrida, quando, suficientemente motivada, houver de mantê-la, apreciando, se houver, os demais argumentos recursais capazes de, em tese, infirmar a conclusão adotada no julgamento".

Portanto, ratificar os fundamentos da brilhante sentença proferida pelo MM. Juiz Dirceu Brisolla Geraldini é medida que se impõe, uma vez que oportunamente aduziu acerca da matéria ora guerreada:

"Trata-se de ação indenizatória, em que a autora imputa aos médicos réus a prática de erro médico, em pré e pós operatório, que ocasionou o falecimento da filha de que estava grávida, após o nascimento prematuro, deformidade no abdome

consistente com dano estético e quadro de depressão grave, sustentando que tais ocorrências poderiam ter sido evitadas pela aplicação de melhor técnica médica.

Quando da narrativa dos fatos, discorreu sobre haver conduta negligente, por não terem sido considerados seus antecedentes médicos e realizados exames, imprudente, em razão de ter sido permitida pelos médicos a evolução do quadro de dor abdominal aguda à perda da vitalidade fetal, e imperita, relativa à demora de diagnóstico, além omissão de socorro relacionada à falta de registro no prontuário médico.

Ao hospital imputou responsabilidade com base no art. 932, inciso III, do Código Civil: "São também responsáveis pela reparação civil: o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele".

Pois bem.

De primeiro, é de ressaltar-se que o Código de Defesa do Consumidor é aplicável à hipótese dos autos, independentemente de o atendimento da autora ter sido custeado pelo Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido: "AGRAVO DE INSTRUMENTO DIGITAL Indenização Por Danos Morais Decorrente De Erro Médico Saneador que afastou a prescrição trienal PRESCRIÇÃO RESPONSABILIDADE CIVIL ERRO MÉDICO ATENDIMENTO EM HOSPITAL PRIVADO PELO SUS INCIDÊNCIA DO PRAZO PRESCRICIONAL PREVISTO NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR Hipótese em que ocorre repasse ao prestador de serviços Remuneração direta ou indireta que diferencia o atendimento do serviço público prestado diretamente pelo Estado, e equipara o prestador de serviço à saúde ao fornecedor Exegese dos arts. 17 e 3, § 2º, do CPC Incidência do prazo quinquenal previsto no art. 27 do CPC Contado o lapso quinquenal a partir da terceira internação (14.02.2013), o autor teria seu prazo encerrado em 14.02.2018, mas propôs a ação em 20.06.2016 Pretensão não alcançada pela prescrição quinquenal Decisão mantida Recurso de Agravo de Instrumento improvido." (TJSP, 3ª Câmara de Direito Público, Rel. Des. Maurício Fiorito, Agravo de Instrumento nº 2065918-24.2017.8.26.0000, j. 20/06/2017, destaquei).

O diploma consumerista trata, em seu artigo 14, da responsabilidade pelo fato do produto e do serviço. De acordo com o § 1º de referido artigo, considera-se

defeituoso o serviço que "não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais: I - o modo de seu fornecimento; II - o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam; III - a época em que foi fornecido".

Pelo fato do serviço, responde o fornecedor "independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços" (art. 14, caput); porém, tratando-se de profissional liberal, sua responsabilidade será apurada mediante a verificação de culpa (art. 14, § 4º).

Dito isso, é preciso assinalar que "o hospital não responde objetivamente, mesmo depois da vigência do Código de Defesa do Consumidor, quando se trata de indenizar dano produzido por médico integrante de seus quadros (TJSP, AgI 179.184-1, 5ª Câm. Civ.), pois é preciso provar a culpa deste, para somente depois se ter como presumida a culpa do hospital." (GONÇALVES, Carlos Roberto. Responsabilidade civil. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 412).

Tem-se, portanto, que a responsabilidade do hospital é objetiva, contudo para responsabilizá-lo do ocorrido, por tratar-se de conduta de seus prepostos, e não de atos inerentes à atividade prestada (como suas instalações, seus equipamentos, dentro outros), faz-se necessária a prova da culpa, além da ação ou omissão, do nexo de causa e do dano.

Já a responsabilidade dos médicos tem natureza subjetiva, nos termos esculpidos no § 4º do art. 14 do Código de Defesa do Consumidor, acima mencionado.

Assim, para verificação da existência ou não de responsabilidade dos réus quanto aos fatos narrados, passo à análise das provas produzidas.

Em perícia realizada nos autos, relatou o expert que a autora desenvolveu, durante a segunda gestação, quadro de necrose intestinal causado por bridas de cirurgias prévias, quais sejam: colecistectomia aberta por pancreatite, gastroplastia redutora e cesariana (fls. 773).

Descreveu todo o atendimento por que passou a autora, sendo constatada a ocorrência de extensa necrose do intestino delgado, por meio de laparotomia de emergência, tratada com enterectomia com anastomose e peritoniotomia, o que considerou

adequado (fls. 773).

Quanto ao óbito do bebê, considerou que "o nascimento expulsivo de prematuro de extremo baixo peso em instituição não especializada para lidar com tais casos incorre inevitavelmente em alto risco de óbito neonatal, o que ocorreu neste caso. O atendimento prestado ao recém-nascido, no entanto, foi correto e competente dentro das restrições técnicas locais. A pronta intervenção no parto, a ressuscitação eficaz do nascituro por duas pediatras e rápido encaminhamento ao serviço especializado infelizmente não foram suficientes para garantir um bom resultado" (fls. 773).

Relatou encontrar-se a autora em bom estado de saúde atual, com capacidade alimentar adequada e estado nutricional preservado, atribuindo a maior frequência de evacuações à prévia gastroplastia realizada e descrevendo o aspecto da parede abdominal igual ao que possuía anteriormente ao procedimento discutido nos autos, pois já incluía as cicatrizes mediana e subcostal (fls. 773/774).

Concluiu que (fls. 774):

"Mesmo orientada pelo obstetra, autora optou por não seguir diretamente do Hospital Universitário, onde ainda não se caracterizava uma emergência absoluta, para o hospital réu".

"No atendimento no hospital réu houve dúvida diagnóstica complicada pela gestação e pelas múltiplas cirurgias prévias. Os exames auxiliares adequados ao caso foram realizados e o tratamento inicial adequado foi realizado".

"Houve retardo demasiado na instituição do tratamento cirúrgico. O quadro de suboclusão e necrose já estava estabelecido pelo menos desde o atendimento obstétrico do dia anterior, que corretamente encaminhou a paciente para o serviço de cirurgia".

"A necrose intestinal com contaminação da cavidade foi adequadamente tratada e o tratamento obteve bom resultado final".

"Dentro das limitações de um hospital sem serviço de obstetrícia o parto prematuro foi adequadamente conduzido e o recém-nascido corretamente reanimado com manobras avançadas e encaminhado para serviço especializado".

Quanto ao serviço anestésico, com a resposta aos quesitos, enfatizou-se que a técnica utilizada foi

adequada e dela não sobrevieram intercorrências nem houve sequela física ou neurológica a ela relacionada (fls. 774).

Como resposta aos quesitos formulados pelos réus Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, Catia Luciane Marini e Glauco Mario Bolelli, observou-se que: havia registro de cirurgia bariátrica anterior no prontuário da autora; as comorbidades da autora não afetaram o caso em discussão; não havia abordagem invasiva (cirúrgica), para tratamento de subocclusão intestinal, sem risco à gestação e ao feto; a expulsão do feto constitui mecanismo de defesa do organismo frente ao caso apresentado; a gestação é fato de risco para a gestante com prévia cirurgia bariátrica; o tratamento da necrose intestinal, após a expulsão do feto, foi adequado; não seria adequado o fechamento da cirurgia abdominal no caso e a opção pela peritoniotomia foi a mais segura; como erro médico, houve retardo no início do tratamento cirúrgico; nenhum erro médico poderia ser atribuído à ré Catia Luciane Marini; as cicatrizes decorreram de tratamentos e incisões necessárias ao procedimento cirúrgico e à salvaguarda da vida da paciente; não existe incapacidade laborativa (fls. 774/775).

Como resposta aos quesitos formulados pela autora, esclareceu-se que: entre o início do quadro, em 16/05/2011, e o tratamento cirúrgico, na tarde de 18/05/2011, transcorreram dois dias de progressiva piora, estando a autora sob o cuidado dos réus a partir da manhã do dia 17/05/2011; o quadro de infecção apresentado pela autora constituiu fator determinante para o parto prematuro; a autora correu risco de vida durante a internação em unidade de terapia semi-intensiva; a autora passou por momentos de grande padecimento pessoal, físico e psicológico, após a alta da terapia semi-intensiva; houve pouca alteração sobre as cicatrizes já existentes, decorrentes da cirurgia bariátrica, sendo as novas cicatrizes necessárias ao tratamento, com a ressalva de que o retardo no diagnóstico não afetou a posição ou a extensão das incisões (fls. 918).

Em outros esclarecimentos, sobre os antecedentes da autora, o expert disse que "a periciada negou episódios prévios de trombose do membro inferior. Tem referência indireta de tratamento de TVP durante a primeira gestação e foi internada 20 dias antes dos fatos em questão para tratamento de celulite dos membros inferiores (erisipela)" (fls. 1406).

Repetiu ter havido "retardo no tratamento da obstrução e isquemia intestinal", esclarecendo que "peritoniotomia é procedimento bem estabelecido em emergências cirúrgicas e não configura erro técnico"; à indagação sobre a autora possuir patologia de grave evolução incaracterística, incomum e desfavorável, respondeu que "possuía associação pouco comum de múltiplos diagnósticos: obesidade mórbida, pós-operatório múltiplo, obstrução intestinal por volvo de delgado e gestação" (fls. 1407).

Sobre o registro relativo ao exame físico (DB-ou descompressão brusca dolorosa negativa), referiu tratar-se de "insuficiência do sinal propedêutico para avaliação da inflamação peritoneal em paciente obesa, previamente operada e no 3º trimestre de gestação ou como simples erro diagnóstico" (fls. 1407/1408).

Questionado sobre recomendação de tratamento cirúrgico imediato para pessoa grávida de sete meses em caso de suboclusão intestinal por bridas, explicou que "deve sempre ser a tentativa de descompressão do trato digestivo para retomada do trânsito (mesmo em não-grávidas)", pontuando ter sido "o retardo em iniciar esta descompressão que permitiu a progressão do quadro clínico" (fls. 1408).

Pela análise de prontuários médicos anteriores, o perito descreveu, sobre a cirurgia bariátrica, que "o volvo de delgado, causa da obstrução e necrose intestinal ocorridas em maio de 2011, é complicação tardia da perda de peso que a cirurgia objetiva e não decorre de erro de técnica operatória. É tão mais frequente quanto maior o número de cirurgias prévias do paciente"; sobre a internação por TVP em 26/04/2011, que "a hipótese diagnóstica não foi confirmada durante a internação e a periciada recebeu alta em tratamento por erisipela" (fls. 1409).

Indagado sobre as consequências do mencionado retardo para início do tratamento, afirmou que "gerou perda de oportunidade de tratar clinicamente (apenas com descompressão por sonda nasogástrica) o quadro suboclusivo presente desde o dia 16/05. Seria especulativa qualquer consideração sobre a presença ou não da necrose intestinal caso o tratamento tivesse sido iniciado logo que indicada a transferência do H. Universitário para o hospital requerido (um dia antes do atendimento prestado pela requerida). O retardo de início de tratamento foi causado em parte pela opção da requerida em cumprir o encaminhamento ao H. São

Vicente apenas no dia seguinte e pela condução do caso após sua entrada nas dependências da requerida. Não restaram sequelas funcionais da enterectomia realizada, o hábito intestinal atual é compatível com a cirurgia bariátrica prévia" (fls. 1410).

Sobre o papel de cada réu no tratamento da autora, o perito relatou que: "Pedro Henrique Lemos Moreira, Renata Martinuzzo de Aguiar e Thiago Saldanha Rodrigues eram médicos residentes, conduzindo o caso sob orientação de Frederico Michelino de Oliveira, professor assistente de cirurgia geral que 'atendeu e realizou de próprio punho o preenchimento da ficha de atendimento da requerente'. Cátia Luciane Marini anestesista responsável pelos procedimentos realizados na autora em 18/05/2011. Não participou do atendimento no pronto-socorro, do diagnóstico nem dos cuidados pós-operatórios. Glauco Mario Bolelli participou do atendimento ao recém-nascido prematuro e preencheu a documentação de internação. Não foi localizado nenhum registro de atividade de Samir Elias Zuri nos documentos médicos-legais juntados e em inicial não lhe é atribuído nenhum ato específico" (fls. 1410/1411).

Também houve a produção de prova oral em audiência.

A autora Josiane Garcia dos Santos Marques, em depoimento pessoal, relatou: foi submetida à cirurgia bariátrica por volta do ano de 2007. Antes de tal cirurgia, passou por acompanhamento durante um ano com psicólogos, nutricionistas e outros profissionais. Emagreceu antes de ser submetida a ela, entre quinze e dezoito quilos, porque era necessário, e pesava cento e cinquenta e seis quilos quando de sua realização. Quando engravidou da segunda filha, pesava cerca de setenta quilos. Não soube especificar o tipo de cirurgia por que passou, apenas teve o estômago grampeado. Após a realização da cirurgia, manteve vida normal com relação à alimentação e à atividade física. Os hábitos alimentares foram modificados. Atualmente pesa noventa quilos, pois engordou depois dos fatos relatados nos autos, devido à desnutrição. Não tem restrições alimentares, mas também não come como antes da cirurgia bariátrica. Entre a cirurgia bariátrica e a cirurgia relatada nos autos, não tinha qualquer tipo de desconforto abdominal, gástrico ou estomacal, como azia, gastrite e cólicas intestinais. Não havia sentido dor abdominal como a que a levou ao hospital. Não houve recomendação contrária à gravidez após a cirurgia

bariátrica, até porque muita gente realiza-a por pretender engravidar. Não houve recomendação de restrição ou cuidado especial no tocante à gravidez. A autora não pretendia engravidar e houve recomendação da cirurgia plástica para que engravidasse, se pretendesse, antes da realização de cirurgia plástica de retirada de peles, o que entendeu como ausência de restrição. Com o cirurgião da cirurgia bariátrica (Doutor Arthur) não foi tratado o assunto de futura gravidez. Quando estava acometida pela dor abdominal, pagou consulta particular com o Doutor Arthur para ver se era do estômago e não era. Sentiu a dor e dirigiu-se ao Hospital Universitário, porque estava grávida. O atendimento foi bom e a gravidez não apresentou problema, recebendo uma carta para que fosse imediatamente ao Hospital São Vicente. Saiu do Hospital Universitário e foi para o Hospital São Vicente, onde o atendimento foi péssimo. Estava ainda com muitas dores e tremores. Ficou mais de um mês no Hospital São Vicente. Saiu do Hospital Universitário durante a noite e foi ao Hospital São Vicente, onde foi liberada, porque já estava medicada, e orientada a voltar caso houvesse piora. Voltou antes do horário indicado. Contou ao advogado que havia realizado uma cirurgia bariátrica.

O réu Samir Elias Zuri, em depoimento pessoal, relatou que: tomou conhecimento dos fatos apenas com o processo. Chegou ao plantão às 19h00min e rendeu o colega, cujo plantão se encerrava e o qual iniciara a cirurgia, para o fim de concluí-la. É cirurgião geral. Não indicou a cirurgia à autora. Quando chegou ao hospital, a cirurgia já estava em andamento, quase finda. O médico que a realizava passou-lhe o que havia encontrado e o que já havia feito. Acredita que chegou à sala de cirurgia por volta de 19h30min ou 19h40min e que a tenha terminado por volta de 21h00min, razão pela qual acredita ter lavado a cavidade abdominal e dado o término ao procedimento, uma vez que os atos principais da cirurgia haviam sido realizados pelo cirurgião anterior. Desconhece se a autora estava grávida. Soube pelo outro cirurgião que foi necessária a retirada de parte do intestino da autora. Explicou que o intestino tem três camadas, mucosa, muscular e cerosa; quando do desfazimento de aderências, a parte cerosa pode abrir e é feita a aproximação, para evitar um processo mais grave, como um cisto ou a exclusão da mucosa por falta da camada externa que a contém. Verificou no prontuário ter realizado a aproximação, lavado a cavidade abdominal e deixado a paciente em peritoniotomia porque, segundo o cirurgião anterior,

havia muita secreção purulenta. Não presenciou, mas consta do prontuário que a autora teve uma infecção anterior à cirurgia. A aderência normalmente ocorre por cirurgias prévias, mas pode ocorrer sem cirurgias prévias, embora não seja comum. Peritonostomia é o protocolo médico para quando há muita secreção purulenta na cavidade abdominal, a fim de que, dali a setenta e duas horas, sejam lavados novos abscessos, o que pode ser repetido por três ou quatro vezes, a depender do grau de infecção, sendo fechada a cavidade apenas quando não houver mais infecção. A finalidade da sonda nasogástrica é observar o volume que retorna, aliviar sintomas de acúmulo de secreção na câmara gástrica e evitar que a paciente vomite e bronqueaspire. A prescrição feita à paciente observa três aspectos: primeiro, manter a fisiologia, hidratar e dar suporte calórico; segundo, quando já estabelecido um diagnóstico, entrar com os medicamentos terapêuticos; e, terceiro, tratar os sintomas, para o que serve a sonda nasogástrica, que não é terapêutica. Assim, no caso de suboclusão, evita que a paciente vomite e bronqueaspire e haja uma infecção pulmonar. Pode ser indicada para qualquer paciente, independentemente da patologia, para evitar sintomas de vômito e broncoaspiração. Pode ser usada, não para evitar aquele diagnóstico, mas que se crie um novo. Quando a paciente adentra o hospital, na área cirúrgica, avalia-se a gravidade inicial do quadro, sendo cirúrgico imediato ou não cirúrgico nesse momento, e investiga-se a causa e se tem natureza cirúrgica. É recomendado que em vinte e quatro horas o diagnóstico seja realizado, após os exames e cruzamento de seus resultados com a avaliação clínica da paciente e com a evolução a partir da primeira observação, que é o parâmetro para verificar a progressão da patologia, que pode até resolver-se espontaneamente. Existem patologias mais complexas em que não se fecha um diagnóstico em vinte e quatro horas. A partir do momento em que assumiu o caso, não observou nenhuma conduta incorreta da equipe médica e de enfermagem.

A ré Renata Martinuzzo de Aguiar, em depoimento pessoal, relatou que: era residente do segundo ano no pronto-socorro, isto é, último ano em cirurgia geral. Acredita que a autora ficou internada mais de dois meses. Não atendeu a autora e acompanhou em alguns momentos o caso, sem tomar decisões, pois atuava no local como estudante de medicina. Entrava em cirurgias na função de instrumentação, não de conduzir ou realizar a cirurgia. Lembra-se de ser um caso grave,

mas não se recorda de detalhes. Recordou-se de ter opinião na época de que o caso havia sido bem conduzido e de que tudo havia sido feito para salvar a paciente. Lembra-se de que a gravidade do caso era relativa ao fato de a autora estar grávida e ter passado por uma cirurgia bariátrica anteriormente. Afirmou que a prioridade do atendimento é sempre a paciente; se a paciente está grávida, tenta-se preservar mãe e bebê; se não for possível, a prioridade é a mãe. O fato de ela estar grávida dificulta o diagnóstico, pois alguns exames são mais complicados de serem realizados.

O réu Frederico Michelino de Oliveira, em depoimento pessoal, relatou que: foi quem primeiro atendeu a autora no pronto-socorro e indicou a internação. Pelos prontuários, verificou que a autora primeiramente foi atendida no Hospital Universitário, recebeu alta em condição satisfatória e foi direcionada a uma avaliação no Hospital São Vicente, a que compareceu somente no dia seguinte, sendo classificada como caso que necessita de atenção, mas não de intervenção imediata. Ao chegar, a autora estava gestante de vinte e seis semanas e apresentava dores abdominais difusas e vômitos, o que significa quadro inespecífico, que pode indicar uma série de patologias, cirúrgicas e não cirúrgicas. A conduta nesse caso visa à melhora da dor, hidratação, avaliação dos sinais vitais (estavam estáveis) e solicitação de exames gerais. É possível que um paciente com sinais estáveis e dores intensas evolua a óbito em horas. A classificação em cores para o atendimento (vermelho, amarelo, azul e verde) é definida pelo SUS. Chamou atenção para o sinal de descompressão brusca dolorosa negativo, que é sinal clínico que mostra se existe sinal de irritação dentro do abdome e se há indicação de cirurgia imediata. A autora foi atendida, internada e medicada (melhora da dor e hidratação). Foram requisitados os exames iniciais básicos (hemograma, função renal, urina 1 e ultrassonografia). Não é comum para uma paciente gestante, como exame inicial, a requisição de raio X e tomografia, por causa da radiação. Não fez o acompanhamento sequencial, porque o turno acabou às 13h00min. No dia seguinte, voltou a trabalhar às 07h00min e avaliou novamente a autora, juntamente com o Doutor Glauco, e ela estava com piora da dor, episódio de vômito, mas mantinha-se estável (pressão, pulso, frequência e temperatura) e os resultados dos exames, especialmente a ultrassonografia, possuíam achado inespecífico, que era de distensão de alça com líquido. Com tudo isso, não foi possível obter um

diagnóstico preciso. Foi feita a transferência da autora do quarto para a sala de emergência. Foi indicada a passagem de sonda, com o objetivo de observar o aspecto do líquido e quantificá-lo, mas não era imposição terapêutica, ou seja, de tratamento. Para o depoente, a passagem de sonda nasogástrica não era tratamento específico para o quadro da autora e não evitaria o volvo (torção) da alça, que tem tratamento cirúrgico obrigatório. Diz que o perito refere que a autora tinha uma associação pouco comum de patologias: gestação, pós-operatório de cirurgia bariátrica e antecedente de colecistectomia (retirada de vesícula). É um diagnóstico difícil de ser feito, não considerando ter havido demora para o tratamento. Sentiu surpresa quanto ao achado operatório, porque a situação era extremamente grave. Toda vez que há cirurgia prévia, há aderência. Pode haver aderência sem cirurgia, mas é muito raro. A aderência pode ser sintomática ou não. É uma reação cicatricial a uma operação cirúrgica. O que a autora teve foi uma torção. A existência de aderência pode favorecer o aparecimento de torção. O protocolo de atendimento a uma gestante, sem descompressão brusca do abdome, é chegar a um diagnóstico mediante a realização dos exames. Não mais atendeu a autora após ela sido levada à sala de emergência, sendo o caso conduzido pelo Doutor Glauco. Quando a paciente está no Hospital Universitário e apresenta estado grave ou necessita de intervenção imediata, não recebe alta, mas é transferida. O fato de ela ter recebido alta do Hospital Universitário e ter procurado o Hospital São Vicente no dia seguinte significa que o estado dela não era dramático e não indicava a necessidade de intervenção imediata. Nenhum dos médicos que atendeu a autora agiu com imperícia, imprudência ou negligência ou agiu fora dos protocolos médicos. A dificuldade de diagnóstico foi pré-operatória e foi dada alta à paciente após longo período de tempo. A paciente foi levada ao centro cirúrgico sem diagnóstico e pelos mesmos motivos que a cirurgia havia sido contraindicada anteriormente, isto é, ausência de sinais de irritação e de instabilidade. Foi uma cirurgia exploradora. O achado foi intraoperatório e isso é uma prática médica que se aplica há muito tempo e persiste até hoje.

A testemunha Marcelo Pedro da Silva relatou que: trabalha no Hospital São Vicente. Participou do atendimento à autora, em conjunto com colegas. Recorda-se de que se tratava de paciente com dor abdominal, obesa, com pós-operatório em cirurgia bariátrica e grávida. Normalmente, explora-se mais a fim

de dar o diagnóstico da paciente, com exame de sangue e imagem, cabível no momento o ultrassom. Foi verificada distensão da alça abdominal, que é comum a diversas patologias. Atuou após a paciente ter permanecido vinte e quatro horas em observação, quando apresentava instabilidade hemodinâmica, pressão aumentada, distensão abdominal e baixa de pressão arterial. Daí ocorreu o parto expulsivo, o que é sinal de que existe uma doença. Foi dado à autora o melhor atendimento possível. Só participou da visita anterior ao procedimento, não participou da cirurgia nem a viu mais depois dela. Evita-se a realização de tomografia, normalmente que leva contraste, durante a gravidez, para não prejudicar o feto. Opta-se pela laparotomia exploratória. O ultrassom não foi conclusivo. Quando a autora deu entrada no hospital, não havia indicação para a realização de cirurgia imediata. Não observou qualquer conduta médica que tenha sido inadequada. A laparotomia exploratória tem objetivo terapêutico e de diagnóstico.

A testemunha Lilian Bitar da Silva relatou que: estava no terceiro mês de residência em ginecologia e obstetrícia no Hospital Universitário e não se recorda dos fatos tratados. Comunicada sobre ter feito o atendimento inicial à autora e questionada sobre ter encaminhado a autora por meios próprios, e não por ambulância, ao Hospital São Vicente, disse precisar verificar o prontuário da paciente e os exames realizados, em razão do tempo decorrido.

Disse que devem ter sido feitos os exames completos e a autora deve ter sido avaliada pela residente e pelo chefe da residência. Não se recordou dos motivos de a autora ter-se negado a ir de ambulância ao Hospital São Vicente. Para que a paciente tivesse alta, seria necessário que apresentasse um quadro estável; caso contrário seria convocada a equipe cirúrgica para avaliação da necessidade de transferência no próprio Hospital Universitário. Se houvesse sinal de irritação peritoneal, a paciente teria ficado internada. Se houver necessidade de realização de cirurgia imediata, a paciente não recebe alta.

Diante da análise das provas produzidas, o pedido da autora é improcedente, pois não constatada a ocorrência de erro médico.

O laudo pericial e a oitiva das partes e das testemunhas evidenciaram que os antecedentes médicos da autora foram levados em consideração e justamente

por eles é que foi dificultada a obtenção de diagnóstico, o qual só foi possível devido à laparotomia exploratória. Também foram realizados os exames exigidos pelo protocolo médico de atendimento inicial.

Ademais, embora o perito judicial indique como erro médico a ocorrência de retardo demasiado, com perda de oportunidade de tratamento da suboclusão, estabelecida desde o atendimento no Hospital Universitário, mediante descompressão por sonda nasogástrica, também ressalta não ser possível afirmar se já se encontrava presente a necrose intestinal ou se surgiu durante o tempo decorrido entre o primeiro atendimento prestado à autora no hospital réu e a realização da laparotomia exploratória.

Por outro lado, dois dos réus, em depoimento pessoal, afirmaram não ter a passagem de sonda nasogástrica o objetivo terapêutico, isto é, de tratar o mal que acometia a autora, mas sim de amenizar os sintomas e obter diagnóstico.

Não fosse só, o perito judicial ressalta que parte do retardo observado ocorreu por demora da própria autora, a qual, já medicada e estável, não se dirigiu diretamente do Hospital Universitário ao Hospital São Vicente, não obstante ter indicação para tanto.

Aliás, ainda que a autora, em depoimento pessoal, tenha afirmado o contrário, ou seja, que teria saído do Hospital Universitário diretamente ao Hospital São Vicente, onde teria sido encaminhada para sua residência, com orientação de retorno em caso de agravamento do quadro, não há qualquer documentação médica nesse sentido e, também, não foram os fatos relatados dessa forma na petição inicial, tratando-se, portanto, de nova versão apresentada durante a produção da prova oral.

Assim, não se pode atribuir aos réus o retardo para tratamento do quadro, mediante afirmação de que, de forma imprudente, teriam eles permitido a evolução do quadro de dor abdominal aguda à perda da vitalidade fetal.

Quanto a esta, aliás, tem-se que a prova pericial foi incisiva no sentido de indicar que a expulsão do feto constituiu mecanismo de defesa do organismo frente ao caso apresentado, tendo sido causada, portanto, pelo quadro médico da autora, não pela conduta dos réus.

Também não se mostra pertinente atribuir aos réus conduta de demora no diagnóstico, uma vez que o

tempo necessário para ser obtido o diagnóstico decorreu das próprias condições da autora e só foi possível mediante a realização de laparotomia exploratória, o que por si só já denota a gravidade e a complexidade da situação.

Finalmente, não há que se falar em falta de registro no prontuário, haja vista que tudo como narrado pela autora nos autos foi devidamente documentado nos papéis médicos.

Pode-se concluir, por isso, que não houve má prática médica, seja em pré-operatório, seja em pós-operatório quanto a este, não obstante se admita ter havido penosa situação física e psicológica à autora, é protocolo médico para o caso de infecção na cavidade abdominal e serviu à salvaguarda da vida da autora, tampouco que o óbito da recém-nascida tenha decorrido da conduta dos réus.

Sequer foi verificada a ocorrência de lesão estética, uma vez que as cicatrizes dos procedimentos médicos realizados pelos réus sobrepuseram-se às cicatrizes que já existiam em decorrência da cirurgia bariátrica, causando pouca alteração à aparência da autora.

Observa-se, portanto, não ter sido constatada nos autos a presença dos requisitos configuradores da responsabilidade civil, notadamente que da ação ou da omissão dos médicos réus tenham decorrido os fatos relacionados como danos pela autora, ou que tenham agido com imprudência, negligência ou imperícia ou, ainda, praticado omissão de socorro.

Ante tudo quanto ocorrido, nota-se que o sofrimento psicológico e físico, de que adviria o dano moral, foi causado pela condição médica da autora, e não pela conduta dos médicos réus; as cicatrizes relacionadas aos procedimentos realizados em quase nada alteraram o aspecto físico pré-existente da autora; e não decorreu dos procedimentos médicos realizados qualquer incapacidade física, parcial ou total, da autora, a qual sequer exercia atividade remunerada anteriormente aos fatos narrados, o que afasta a possibilidade de condenação dos réus ao pagamento de qualquer indenização.

Há que se pontuar que o serviço prestado deve ser reputado como adequado, na medida em que envolve obrigação de meio, e não de resultado, de modo que eventuais complicações, embora infelizes, podem

ser inevitáveis e impossíveis de ter fácil resolução pela ciência médica.

Sob tal perspectiva, não ficou evidenciada nenhuma falha no atendimento prestado pelos réus à autora. Todos os procedimentos foram bem realizados, conforme determina a literatura médica para o caso, não havendo indícios de alguma conduta culposa, ainda que por omissão, por parte dos médicos réus.

Nesse sentido: "RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO. Ação de indenização. Razões recursais que enfrentam de forma suficiente os fundamentos da sentença Requisitos do art.1.010do CPC preenchidos. Inépcia recursal não caracterizada. Cerceamento de defesa não caracterizado. Prova pericial que foi bem produzida. Desnecessidade de nova perícia, que somente se justifica na hipótese do art.480 do CPC. Mérito. Presença de restos placentários após parto normal. Necessidade de curetagem. Complicação possível, embora não desejável. Iatrogenia. Prova pericial que afasta a conduta culposa dos médicos que assistiram a autora. Inexistência de erro médico ou defeito na prestação do serviço médico-hospitalar. Inexistência de obrigação de indenizar. Ação improcedente. Sentença mantida. RECURSO DESPROVIDO." (TJSP, 3ª Câmara de Direito Privado, Relator Alexandre Marcondes, Apelação nº 1025386-87.2015.8.26.0002, j. 08/03/2019).

Destaque-se, outrossim, que é preciso cessar o imenso desconforto causado aos médicos réus pelo ajuizamento da ação.

A petição inicial de mais de quarenta laudas não foi capaz de descrever a conduta atribuída a cada um dos médicos ou a modalidade de culpa de cada um deles.

A perícia judicial, por sua vez, esclareceu que os réus Pedro Henrique Lemos Moreira, Renata Martinuzzo de Aguiar e Tiago Saldanha Rodrigues atuavam como residentes, sob a orientação do réu Frederico Michelino de Oliveira, professor assistente de cirurgia geral, de modo que nenhuma conduta diagnóstica ou decisória poder-lhes-ia ser atribuída.

Já a ré Catia Luciane Marini atuou como médica anestesista, sobre o que não houve qualquer reclamação da autora, razão pela qual sua inclusão no polo passivo da ação mostrou-se completamente descabida.

De igual modo pode ser afirmado quanto ao réu Glauco Mario Bolelli, que participou do atendimento

prestado à recém-nascida, que a perícia considerou correto, não tendo a ele sido imputada qualquer conduta de má prática médica pela autora.

Ainda, o réu Samir Elias Zuri confirmou sua atuação no caso da autora apenas para término do procedimento cirúrgico já iniciado, em conformidade com os achados e as diretrizes já traçadas pelo cirurgião que o antecedeu.

A conduta da autora, portanto, de inserir no polo passivo da ação todos os médicos que, de alguma forma, relacionaram-se com o atendimento prestado, ainda que não lhes fosse atribuída qualquer má prática médica, não se mostrou apropriada e infligiu grandes transtornos a médicos aos quais nada era imputado.

Anote-se que, de acordo com os arts. 344 e 345 do Código de Processo Civil, não se presumem verdadeiras as alegações de fato feitas pela autora se um dos réus não contestar a ação, mas havendo pluralidade de réus, os demais o fizerem. É o que ocorreu no caso em exame, pois apenas o réu Samir Elias Zuri foi citado e não apresentou contestação.

Ademais, além de ter havido inclusão no polo passivo de pessoa a quem nada foi atribuído e ter sido dado à causa valor exorbitante, o que se mostra desconexo com a realidade e causa verdadeira dificuldade ao exercício da ampla defesa, tem-se que a autora e seu advogado não compareceram à audiência do dia 14/02/2019, não intimaram as testemunhas arroladas e não comprovaram a distribuição da carta precatória necessária para a oitiva de outra testemunha arrolada.

A partir de tais considerações, por inexistir culpa ou sequer nexo de causalidade entre a conduta dos médicos e os fatos que lhes foram imputados, pressupostos inafastáveis para o reconhecimento da responsabilidade civil, a improcedência da ação é medida que se impõe, com o afastamento de todos os pedidos de indenização e pensão.

Por todo o exposto, com fulcro no artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil, julgo improcedente o pedido formulado pela autora.

Condeno-a ao pagamento das custas iniciais, das despesas processuais e da verba honorária, devida aos advogados dos réus, que fixo, por equidade, em 10% (dez por cento) sobre o valor da causa. Por ser a autora beneficiária da gratuidade, suspendo a



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

exigibilidade da obrigação, em conformidade do art. 98, § 3º, do Código de Processo Civil.

Por consequência, julgo improcedente o chamamento ao processo da Nobre Seguradora do Brasil S/A, formulado pela ré Catia Luciane Marini, que arcará com o pagamento do que a seguradora despendeu com custas e despesas processuais, bem como de verba honorária, que fixo em 10% (dez por cento) do valor da causa (TJSP, 7ª Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Mary Grün, Apelação nº 1002920-52.2014.8.26.0320, j. 26/07/2018).

Nos termos do § 2º do artigo 4º da Lei nº 11.608/2003, fixo o valor atribuído à causa como base de cálculo de preparo de eventual apelação e recurso adesivo.

Oportunamente, arquivem-se os autos, com as cautelas de praxe”.

Ante o exposto, por meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao presente recurso, mantendo-se a r. sentença por seus próprios fundamentos. Uma vez sucumbente, elevo a condenação da parte autora ao pagamento dos honorários recursais para 15% do valor da causa, nos termos do art. 85, §11º do Código de Processo Civil, observada a gratuidade judiciária deferida em seu favor.

HERTHA HELENA DE OLIVEIRA

Relatora

Assinatura Eletrônica