

Vistos, etc?

Autos: 201800232750

Acusadas: Thamyres Costa Borges Teodoro e Maria Angélica Pinheiro Moura Carvalho

Infração Penal: artigo 121, § 3º, do Código Penal

## 1. Relatório

O Representante do Ministério Público, no uso de suas atribuições legais, denunciou **Thamyres Costa Borges Teodoro e Maria Angélica Pinheiro Moura Carvalho**, qualificadas às fls. 02, e as incurvou nas penas do artigo 121, § 3º e § 4º, do Código Penal.

A denúncia foi recebida no dia 28 de setembro de 2018, ocasião em que a causa de aumento de pena prevista no § 4º, do artigo 121, do Código Penal, foi afastada, cominando ao caso apenas as disposições do crime previsto no artigo 121, § 3º, do Código Penal (fls. 127/131).

Na mesma ocasião, em atendimento ao requerimento ministerial, determinou-se a realização de perícia médica pela Junta Médica Tribunal de Justiça do Estado de Goiás.

A defesa da acusada Thamyres juntou aos autos cópia da interposição de *Habeas Corpus*, perante o Tribunal de Justiça do Estado de

Goiás, visando o trancamento da presente ação penal e, ainda, formulou pedido de retratação quanto ao recebimento da denúncia por entender estar ausente a justa causa para a propositura da ação penal, nos termos do artigo 395, inciso III, do Código Penal (fls. 135/154).

Às fls. 156, este juízo, manteve a decisão de recebimento da denúncia.

Este juízo às fls. 169/171, encaminhou ao Tribunal de Justiça do Estado de Goiás as informações solicitadas às fls. 167v, quanto ao pedido de *habeas corpus*.

Foi oportunizado às acusadas os benefícios da Lei nº 9.099/95, as quais recusaram a proposta de suspensão condicional do processo (fls. 176).

Às fls. 191/200, a defesa da acusada Thamyres indicou assistente técnico e apresentou quesitos para a perícia médica. Já a defesa da acusada Maria Angélica ficou-se inerte, e não indicou assistente técnico, tampouco apresentou quesitos.

Devidamente citadas (fls. 158 e 176) as acusadas apresentaram resposta escrita à acusação às fls. 201/204 e 207/224, através de defensor constituído.

Por não ter sido verificada a presença de causa que autorizasse a absolvição sumária das acusadas, foi designada audiência de instrução e julgamento (fls. 232/235).

A junta médica do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás informou a este juízo a impossibilidade de realização da perícia médica solicitada, sob a justificativa da ausência em seu quadro de médico especialista em cardiologia, bem como por não possuir cadastro de médicos particulares nessa especialidade para indicar como perito (fls. 237).

Ouvido às fls. 244, o Ministério Público desistiu da perícia médica requerida, pugnando pelo prosseguimento normal do feito.

No decorrer da instrução foi admitida assistente de acusação, bem como, foram inquiridas três testemunhas arroladas pela acusação, três testemunhas arroladas pela defesa da acusada Maria Angélica, uma testemunha arrolada pela defesa da acusada Thamyres e por fim, uma testemunha do juízo. Juntou-se ainda aos autos prontuário médico da vítima, pretérito aos fatos em apuração trazidos pela testemunha do juízo. Realizou-se ainda o interrogatório das acusadas (fls 272/275, 292/295 e 374/387).

A defesa da acusada Thamyres juntou aos autos parecer técnico de fls. 303/306, comprovantes da especialidade médica das testemunhas de defesa da acusada Maria Angélica às fls. 307, bem como a bula do remédio Dimorf às fls. 308/329.

A testemunha Simone Del Nero, esposa da vítima, juntou aos autos às fls. 331/343, um CD contendo conversas via WhatsApp, em áudios e escritas com a vítima, realizadas nos dias em que os fatos descritos na denúncia ocorreram, bem como fotos da vítima, conforme deferido por este juízo às fls. 292/293.

Vieram aos autos às fls. 349/371, informações do Superior Tribunal de Justiça, comunicando o trânsito em julgado do acórdão, no Recurso Ordinário em *Habeas Corpus*, interposto pela defesa da acusada Thamyres, que indeferiu o trancamento da presente ação penal.

Na fase de diligências, prevista no artigo 402 do Código de Processo Penal, as partes nada requereram (fls. 374).

Encerrada a instrução, os sujeitos processuais apresentaram suas alegações finais (fls. 397/408, 412/427 e 428/424).

O assistente de acusação, apesar de devidamente

intimado, ficou-se inerte e não apresentou suas alegações finais (fls. 411).

É pretensão do Ministério Público a improcedência da denúncia em relação a acusada Thamyres Costa Borges Teodoro, nos termos do artigo 386, IV do Código de Processo Penal, e a condenação da acusada Maria Angélica Pinheiro Moura, nos termos constantes da denúncia.

A defesa da acusada Maria Angélica Pinheiro Moura Carvalho, requereu a sua absolvição nos termos do artigo 386, incisos IV, V, e VII do Código de Processo Penal, sob o fundamento de que ela não praticou os fatos a ela imputados na denúncia, bem como, sustentou que a ausência de provas deixa dúvidas de que a ré tenha agido de forma imprudente ou negligente.

Já a defesa da acusada Thamyres Costa Borges Teodoro, pleiteou a improcedência da denúncia sob a alegação de inexistir nos autos provas de que a ré tenha atuado com imprudência, negligência ou imperícia, requerendo, portanto, a sua absolvição nos termos do artigo 386, incisos III ou IV do Código de Processo Penal.

Após, vieram-me os autos conclusos.

Relatei. Decido.

## 2. Fundamentação

Trata-se de ação penal pública incondicionada que tem como objeto a apuração da conduta tipificada no artigo 121, § 3º, do Código Penal.

Narra a denúncia que, no dia 01 de abril de 2017, por volta das 21:05 horas, a vítima **Victor Hugo Regis Mendes**, veio a óbito, por choque misto, em consequência de tamponamento cardíaco, por ruptura de dissecção

aórtica, em decorrência da atuação negligente, imperita e imprudente das acusadas Thamyres Costa Borges Teodoro e Maria Angélica Pinheiro Moura Carvalho, no exercício de suas profissões de médicas.

Consta da exordial, que a acusada Thamyres fez o primeiro atendimento à vítima no dia 31/03/2017, no Hospital do Coração Anis Rassi, concedendo-lhe alta hospitalar no mesmo dia com prescrição de Dorflex.

Já a acusada Maria Angélica prestou atendimento à vítima no dia 01/04/2017, no Pronto Socorro da UNIMED, ocasião em que após algumas horas da sua admissão naquela unidade de saúde concedeu alta a vítima com prescrição para refluxo, quais sejam, Omeprazol e Molutium.

Não havendo questões de ordem procedimental a serem analisadas, tampouco nulidade processual a ser proclamada de ofício, passo ao exame da conduta das acusadas no plano da responsabilidade penal.

Consta no artigo 121, §3º, do Código Penal:

**Art. 121. Matar alguém:**

(?)

§ 3º. Se o homicídio é culposo:

Pena ? detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos?.

A doutrina define o homicídio culposo como **?conduta voluntária que produz um resultado morte antijurídico não querido, mas previsível, ou excepcionalmente previsto, de tal modo que podia, com a devida atenção, ser evitado. Exige sua caracterização, a demonstração da culpa,**

**ou seja, da inobservância do dever de cuidado objetivo derivado de imprudência, imperícia ou negligência e a previsibilidade do evento, além de, como em todo crime, nexos causal?** (Código Penal Interpretado ? Júlio Fabbrini Mirabete, Quarta edição, Editora Atlas S.A, 2003, p. 823).

As modalidades de culpa, ou seja, as formas de inobservância do dever de cuidado objetivo são a imprudência, a negligência e a imperícia.

A respeito das modalidades de culpa, ensina o doutrinador Cezar Roberto Bitencourt, no seu Código Penal Comentado, Ed. Saraiva, 8ª edição, página 455:

**Imprudência** é a prática de uma conduta arriscada ou perigosa e tem caráter comissivo. É a imprevisão ativa (*culpa in faciendo* ou *in committendo*). Conduta imprudente é aquela que se caracteriza pela intempestividade, precipitação, insensatez ou imoderação.

**Negligência** é a displicência no agir, a falta de precaução, a indiferença do agente, que, podendo adotar as cautelas necessárias, não o faz. É a imprevisão passiva, o desleixo, a inação (*culpa in ommittendo*). É não fazer o que deveria ser feito.

**Imperícia** é a falta de capacidade, despreparo ou insuficiência de conhecimentos técnicos para o exercício de arte, profissão ou ofício.?

No presente caso foi imputado às acusadas a violação do dever objetivo de cuidado, atribuindo-lhes a conduta negligente, imperita e imprudente ao deixarem de observar os procedimentos e requisitos técnicos recomendáveis ao caso, desconsiderando ou, não dando a devida importância às queixas da vítima, negligenciando fatos relevantes para a definição das condutas a serem adotadas, bem como, por não realizarem exames para estabelecer o correto diagnóstico para o mal que estava acometida a vítima, e ao final sendo imprudentes ao darem alta médica à vítima que estava acometida de ruptura de dissecção da aorta.

Assim, descreve a denúncia que tais condutas de forma conjugada permitiram e ou contribuíram decisivamente para a ocorrência do resultado morte da vítima.

A materialidade do crime restou comprovada pelo registro de atendimento integrado (fls. 13/15); pelos prontuários médicos da vítima (fls. 16/42 e 65/66); pela certidão de óbito em nome da vítima **Victor Hugo Regis Mendes** (fls. 44); pelo laudo Epidemiológico Necroscópico (fls. 47/53); pela guia de encaminhamento de cadáver (fls. 54/55); pelo laudo de necrópsia de órgãos (fls. 57); bem como pelo laudo pericial de exame de corpo de delito de forma indireta (fls. 85/119).

Quanto a autoria delitiva, resta apurar se as acusadas, no exercício de suas profissões, agiram com imprudência, negligência e imperícia no atendimento e diagnóstico, oferecidos à vítima.

A luz desse cenário, é necessário trazer à baila a documentação médica acostada aos autos, referentes aos atendimentos médicos realizados, bem como as considerações técnicas acerca da matéria em análise, disposta no laudo pericial indireto constante nos autos às fls. 85/119.

A documentação médica da vítima, carreada aos autos às fls. 16/18, comprova que ela foi admitida no Hospital do Coração Anis Rassi, no dia 31/03/2017 às 08:14:57 horas, ocasião em que ao ser atendida pelo setor de triagem relatou estar sentido dor na garganta, sensação de sufocamento e aperto no peito (fls. 16).

Ao serem aferidos os sinais vitais da vítima, constatou-se que ela apresentava pressão arterial (PA) em 130X60, frequência cardíaca: (FC) de 62 bpm, frequência respiratória (FR) de 20, temperatura (TEMP) em 36,28°C, e saturação de oxigênio (SATO<sup>2</sup>) em 97% (fls. 16).

Ainda, verifica-se que a vítima ao ser questionada negou doenças preexistentes, como diabetes melito (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), insuficiência cardíaca obstrutiva (ICO), índice cardíaco (IC), insuficiência renal crônica (IRC), asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), neoplasia ou outras patologias, tendo referido apenas que sofria de apneia do sono e utilizava CPAP, era

ex-tabagista, não estava sob o uso de medicamentos e não era alérgico a nenhuma substância (fls. 16).

Posteriormente, a vítima foi submetida a eletrocardiograma às 08:16 horas, o qual teve resultado normal (fls. 29).

Em seguida, às 08:24 horas, a vítima foi encaminhada para atendimento com a acusada Thamyres, que após realizar o exame físico, consignou em sua ficha de atendimento que a vítima referia sentir *?dor precordial durante atividade física, irradiada para região orofaríngea, sem outras queixas. História de apneia do sono em uso de CPAP noturno?*, e ainda diante dos sintomas apresentados e relatados pela vítima, prescreveu medicação para tratamento da dor na unidade de saúde e solicitou a realização imediata de exames de sangue (fls. 18 e 33/40).

Às 08:36 horas, o técnico em enfermagem Marcelo Neves consignou-se no prontuário médico da vítima, que a mesma havia sido admitida na UE queixado de dor precordial (fls. 16v).

Após, às 08:40 horas a vítima foi encaminhada para observação sendo ministrados via intravenosa os remédios AC. ACETIL. 100 mg (AAS CP, Ticagrelor 90 mg(brilinta), Ranitidina 50 mg/2 ml, Isossorbida Subl Dinit 5 mg, Tramal 100 SF 0,9% 100 às 10:05 horas, e por fim, às 10:30 horas foi ministrado Dimorf 2 AD, mantendo a vítima em observação(fl. 17).

Consta ainda dos autos, que às 09:44 horas, foi coletado o sangue da vítima para realização de exames solicitados pela acusada Thamyres (fls. 19/22).

Verifica-se que dos exames realizados, os que apresentaram enzimas alteradas foram: a) Creatinafosfoquinase/Soro, cujo resultado foi de 698 Ui/L, acima do valor referencial de 0-190 Ui/L (fls. 20); e b) CK-MB, Creatinafosfoquinase, Fração Cardíaca, que apontou resultado de 37,2 Ui/L, portanto, acima do valor referencial de 2,0 a 24,0 Ui/L (fls. 21).



Às fls. 21, nota-se que o exame de Troponina T Quantitativa HS, apresentou resultado de < 3,00 ng/L, portanto normal, já que dentro do valor referencial de <= 15,00 ng/L (fls. 21).

Infere-se dos autos, que em decorrência da alteração nos exames Creatinafosfoquinase/Soro e CK-MB, Creatinafosfoquinase, Fração Cardíaca os mesmos foram repetidos, após um período de três horas e meia, às 13:20 horas (fls. 23/24).

Após a repetição dos exames, constatou-se que a Creatinafosfoquinase/Soro, estava em 556 Ui/L, ainda acima do valor referencial de 0-190 Ui/L (fls. 23).

Já o exame de CK-MB, Creatinafosfoquinase, Fração Cardíaca, que apresentou resultado anormal no primeiro exame, ao ser repetido algumas horas mais tarde, teve resultado de 20,6 Ui/L, portanto, dentro valor referencial de 2,0 a 24,0 Ui/L (fls. 23).

O exame de Troponina T Quantitativa HS, embora tenha apontado resultado normal, também foi repetido, às 13:20, e apresentou o mesmo resultado anterior, qual seja, < 3,00 ng/L, desta forma, dentro do valor referencial de < 15,00 ng/L (fls. 24).

Assim, de acordo com o prontuário médico, foi concedida alta hospitalar para a vítima do Hospital do Coração Anis Rassi com orientações, às 14:10 horas (fls. 16, verso).

Não consta no prontuário médico da vítima um provável diagnóstico aferido pela acusada Thamyres, e quais foram as orientações dadas à vítima no momento de sua alta.

Desta forma, o que se observa, diante da alta hospitalar dada à vítima pela acusada Thamyres é que a mesma afastou naquele momento a possibilidade da vítima estar acometida com doença cardíaca, dando-lhe alta.

Já em relação ao prontuário médico da vítima do Pronto Socorro da UNIMED, extrai-se que no dia 01/04/2017, às 15:29:11 horas, a vítima foi admitida naquele nosocômio, com nível de urgência do atendimento classificado como "risco iminente" (fls. 30 e 65).

Não constam no referido prontuário médico, qualquer indicação de aferição dos sinais vitais da vítima ao dar entrada na unidade de saúde, ou ainda a realização da anamnese, conforme se observa às fls. 30 e 65.

Às 15:42:17 horas, a vítima foi encaminhada para atendimento com a acusada Maria Angélica, a qual consignou no prontuário que a vítima tinha como queixa principal dor precordial, e que os exames realizados no Hospital do Coração Anis Rassi estavam normais, e ainda que a vítima apresentava do retroesternal, referia refluxo e tinha tosse (fls. 30 e 65).

Quanto a avaliação clínica realizada pela acusada Maria Angélica, os sintomas analisados foram caracterizados como normais, em relação ao exame físico cardiovascular, do sistema respiratório e abdominal, constando apenas a observação de que a vítima acusava dor quando da palpação da porção inferior da tireoide (fls. 30 e 65).

Ainda, verifica-se que após a avaliação física da vítima a hipótese diagnóstica feita pela acusada Maria Angélica foi de DRGE (doença de refluxo gastroesofágico) e tireoidite, ocasião em que esta prescreveu medicação para a vítima a ser administrada na unidade de saúde (fls. 30).

Em seguida, às 16:17 horas a vítima foi conduzida para o leito, sendo-lhe ministrada de forma intravenosa Ranitidina 50 mg, Dimenidrinato B6 DI, Buscopam, momento em que a vítima alegou não ter alergias ou outras comorbidades e ficou em observação (fls. 66).

Consta que às 18:02:20 horas a vítima relatou melhora após a medicação e observação e foi liberada pela equipe de enfermagem (fls. 66).

Posteriormente, a vítima recebeu alta hospitalar, com receita médica da lavra da acusada Maria Angélica que prescreveu Omeprazol e Motilium a serem ministrados em casa e solicitou a realização de exames de Endoscopia Digestiva Alta e USG da Tireoide, a serem realizados, posteriormente, pela vítima (fls. 30 e 31/32).

O laudo pericial indireto acostado às fls. 85/119, ao discorrer a cerca do procedimento utilizado na medicina para atendimento de pacientes que chegam nas emergências médicas com dor torácica, utilizou como embasamento considerações técnicas da diretriz de dor torácica da Sociedade Brasileira de Cardiologia, do modelo de Diagnóstico da Faculdade de Medicina da Virgínia, bem como do protocolo de dor torácica do Hospital Israelita Albert Einstein, e ainda a literatura médica afeta a dissecação da aorta, mal que acometeu a vítima, e foi a causa de sua morte.

Nesse sentido, extrai-se do laudo pericial indireto, que a diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia no que diz respeito as causas da dor torácica e diagnóstico diferencial, menciona que: *“A variedade e possível gravidade das condições clínicas que se manifestam com dor torácica faz com que seja primordial um diagnóstico rápido e preciso das suas causas. (?)*. **Como a síndrome coronariana aguda (infarto agudo do miocárdio e angina instável) representa quas 1/5 das causas de dor torácica nas salas de emergência, e por possuir uma significativa morbimortalidade, a abordagem inicial desses pacientes é sempre feita no sentido de confirmar ou afastar este diagnóstico.** *Vários estudos têm sido realizados para determinar a acurácia diagnóstica e a utilidade da história clínica e do ECG em pacientes admitidos na sala de emergência com dor torácica para o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. A característica anginosa da dor torácica tem sido identificada como dado com maior poder preditivo de doença coronariana aguda. O exame físico no contexto da doença coronariana aguda não é expressivo. Entretanto, alguns achados podem aumentar a sua probabilidade, como a presença de 4ª bulha, um sopro de artérias carótidas, uma diminuição de pulsos em membros inferiores, um aneurisma abdominal e os achados de seqüela de acidente vascular encefálico. Da mesma forma, doenças não coronarianas causadoras de dor torácica podem ter o seu diagnóstico suspeitado pelo exame físico, como é o caso do prolapso da válvula mitral, da pericardite, da embolia pulmonar?”* (fls. 95/96).

Ainda, a referida diretriz aduz que: *“as principais causas de dor torácica devem ser consideradas no seu diagnóstico diferencial, na dependência das informações da história clínica, do exame físico e dos dados laboratoriais?”* (fls. 96).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia: *?A descrição clássica da dor torácica na síndrome coronariana aguda é a de uma dor ou desconforto ou queimação ou sensação opressiva localizada na região precordial ou retroesternal, que pode ter irradiação para o ombro e/ou braço esquerdo, braço direito, pescoço ou mandíbula, acompanhada frequentemente de diaforese, náuseas, vômitos ou dispneia. A dor pode durar alguns minutos (geralmente entre 10 a 20) e ceder, como nos casos de angina instável, ou mais de 30 min, como nos casos de infarto agudo do miocárdio. O paciente pode também apresentar uma queixa atípica como mal estar, indigestão, fraqueza ou apenas sudorese, sem dor. Pacientes idosos e mulher frequentemente manifestam dispneia como queixa principal no infarto agudo do miocárdio, podendo não ter dor ou mesmo não valorizá-la o suficiente?* (fls. 96).

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia, à luz d que preconiza a sua diretriz, *?A dissecação aguda de aorta ocorre mais frequentemente em hipertensos, em portadores de Síndrome de Marfan ou naqueles que sofreram um traumatismo torácico recente. Estes pacientes se apresentam com dor súbita, descrita como ?rasgada?, geralmente iniciado-se no tórax anterior com irradiação para dorso pescoço ou mandíbula. No exame físico podemos encontrar um sopro de regurgitação aórtica. Pode haver um significativo gradiente de amplitude de pulso ou de pressão arterial entre os braços?* (fls. 97).

Na mesma linha do raciocínio transcrito acima, o modelo de diagnóstico de dor torácica da Faculdade de Medicina da Virgínia, consignado no laudo pericial de fls. 85/119, também adota como método de diagnóstico a análise da história clínica do paciente, seguido da realização do ECG (eletrocardiograma), para estratificá-lo em cinco níveis distintos de risco, para em seguida adotar os procedimentos adequados ao nível de risco em que o paciente foi inserido.

Nesse sentido consta às fls. 101, que: *?A associação do tipo de dor torácica e do ECG de admissão, permite a estratificação da probabilidade pré-teste de síndrome coronariana aguda e alocação dos pacientes em diferentes rotas diagnósticas (figura na página 102). Enquanto os da rota 1 têm elevadíssima probabilidade de IAM (75%) os da rota 5 têm dor não-cardíaca e são liberados. Os pacientes das rotas 2 e 3 têm probabilidade de síndrome coronariana aguda de 60% e 10%, respectivamente, e são avaliados com dosagem de CK-MB seriadas e de troponina I: na rota 2, por 9h; na rota 3, por 3h?* (fls. 101).

De sua vez, o protocolo de dor torácica confeccionado e adotado pelo Hospital Israelita Albert Einstein, citado no laudo pericial, indica que: *“A dor torácica é queixa comum de procura aos serviços de emergência. Pode ser manifestação de situação com ameaça à vida e, portanto, implica avaliação imediata e padronizada. Destas causas, a mais prevalente é a síndrome coronariana aguda (SCA) representando no máximo 20% dos casos. A maioria dos casos são condições não cardíacas e benignas em curto prazo, onde os pacientes podem ser dispensados e reavaliados ambulatorialmente, desde que estratificados com segurança?”. (?)* **Dor torácica é um sintoma subjetivo, logo a avaliação de suas características é passo fundamental para a distinção entre SCA e diagnósticos diferenciais. São considerados as seguintes características: qualidade, localização, intensidade, irradiação, fatores desencadeantes e sintomas associados** (fls. 104).

Dessa forma, nos parâmetros do protocolo de dor torácica do Hospital Israelita Albert Einstein, o paciente pode ser classificado em grupos estabelecidos pelo estudo CASS em 1981, da seguinte forma:

*“Dor torácica anginosa tipo A: definitivamente anginosa: Dor ou desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitado pelo esforço físico, podendo irradiar para ombro, mandíbula ou face interna do braço (ambos), com duração de alguns minutos e aliviada pelo repouso ou com uso de nitrato. As características da dor dão a certeza do diagnóstico de SCA, independente de exames.*

*Dor torácica anginosa tipo B: Tem a maioria mas não todas as características da dor definitivamente anginosa. Nesse caso, as características da dor torácica fazem de SCA a primeira hipótese, necessitando de exames complementares para confirmação diagnóstica.*

*Dor torácica tipo C: provavelmente não anginosa: Tem poucas características de dor definitivamente anginosa (dor atípica, sintomas de equivalente anginoso). Nesse caso, as características da dor torácica não fazem de SCA a primeira hipótese, necessitando de exames complementares para descartar o diagnóstico.*

*Dor torácica tipo D: definitivamente não anginosa. Nenhuma característica da dor anginosa, fortemente indicativa de diagnóstico não cardiológico. Nesses casos, apesar das características da dor não remeterem a SCA, em casos selecionados este sintoma pode ser uma apresentação atípica de SCA. Principalmente em pacientes com múltiplos fatores de risco para a doença arterial coronária? (fls. 104/105).*

Ainda, de acordo com o protocolo do Hospital Israelita Albert Einstein, os fatores clássicos para síndrome coronariana aguda são: *?aterosclerose manifesta (incluindo alta carga de placa no escore de cálcio); diabetes mellitus; hipertensão arterial sistêmica; tabagismo, dislipidemia, idade (homens >45 anos e mulheres >55 anos); história familiar de doença cardiovascular precoce em parentes de primeiro grau (homens <55 anos e mulheres <65 anos)?* (fls. 105).

Segundo o mesmo protocolo, os fatores de risco emergentes são: *?insuficiência renal crônica; HIV em uso de antirretroviral; doença inflamatória crônica; menopausa; reposição de testosterona, uso de cocaína?* (fls. 105).

Ainda, importante consignar que o protocolo do Hospital Israelita Albert Einstein, descreve quais os pacientes deverão ser triados para protocolo de dor torácica, sendo eles: **?Dor torácica referida e/ou epigastralgia (independente da característica) como queixa principal, em qualquer idade, sem diagnóstico diferencial óbvio;** Idade >50 anos com sintoma acima e /ou dispneia agudamente manifesta e/ou síncope e ou dor nos membros superiores e/ou sintomas ac esforço ? sem diagnósticos diferenciais óbvios; Idade >70 anos e/ou diabéticos com sintomas acima e/ou náuseas e/ou vômitos e/ou dor abdominal superior (OBS.: a enfermagem tem autonomia para incluir no protocolo pacientes que não se enquadram nos critérios acima, mas cujo julgamento aponta para possível SCA). Em seguida nesse protocolo, montam uma sistematização para que o médico consiga identificar aqueles com alta probabilidade de IAM com supradesnível do segmento ST ou com SCA sem supra de ST, baseando-se em características do eletrocardiograma, exame físico, características da dor e exames complementares. Os pacientes de baixo risco e moderado risco de apresentarem SCA, serão caracterizados através de escores como muito baixa, baixa e intermediária probabilidade de SCA. Os escores usam idade, fatores de risco e alterações no eletrocardiograma. Após estratificado, terão exames complementares solicitados e condutas de acordo com esses resultados? (fls. 105/106)

Por conseguinte, em relação a dissecação da aorta, segundo a literatura médica, mencionada no laudo pericial às fls. 108, os sintomas mais comuns são: **?O sintoma mais comum é a dor, que está presente em até 96% dos casos. Tipicamente intensa, início súbito,** atingindo sua intensidade máxima no seu início. Padrão que guarda algum contraste com a dor do infarto agudo do miocárdio, que tem início do tipo crescente e não é tão intensa. **Muitas vezes a dor é acompanhada de sensação de morte e pode forçar o paciente a ficar em sofrimento ou andar agitado da tentativa de obter alívio. A qualidade da dor é descrita com adjetivos lacerante, penetrante, cortante (adjetivos usados na metade dos casos).** As vezes há descrição de estar sendo apunhalado no peito ou atingido nas costas com um bastão de beisebol. Algumas vezes se apresenta com queimação no peito, pressão ou desconforto pleurítico. Em alguns casos (<5%) não há, de modo

algum, referência à dor. A dor da dissecação aguda pode ser migratória em 17% dos casos, tendendo a seguir o trajeto da dissecação através da aorta. Pode irradiar-se do peito para costas e vice-versa. A presença de dor no pescoço, garganta, mandíbula ou cabeça prognóstica envolvendo a aorta ascendente. (?). Pode ocorrer também dor abdominal, e às vezes, náuseas e vômitos intensos?.

Além disso, o referido laudo pericial indica que os achados no exame físico em paciente com dissecação da aorta são variáveis, descrevendo que: **achados podem mostrar complicações relacionadas à dissecação como regurgitação de aorta, pulsos periféricos anormais, acidente vascular encefálico ou insuficiência cardíaca.** Tais achados devem aumentar a suspeita clínica de dissecação da aórtica. (?). **A hipertensão está presente em 70% dos pacientes com dissecação aórtica aguda?** (fls. 109).

Já quanto aos achados laboratoriais o laudo pericial segue mencionando que: **A radiografia de tórax pode dar o primeiro indício para diagnóstico, mas os achados desta não são específicos,** sendo sujeito à variabilidade entre observadores e, em muitos casos, são completamente normais. (?). Quando existe suspeita de dissecação aórtica é imperativo confirmar o diagnóstico de maneira rápida e acurada. **A escolha do método depende muitas vezes da disponibilidade de local e da experiência, sendo a tomografia computadorizada intensificada com contraste e o ecocardiograma transesofágico as mais realizadas.** Se a probabilidade de dissecação for muito alta, um segundo teste diagnóstico deverá ser realizado, caso o primeiro seja negativo ou não conclua o diagnóstico. (?). **Assim, pelo alto nível de sensibilidade e especificidade, bem como de disponibilidade à base de emergência a tomografia com contraste normalmente é o teste de escolha para o diagnóstico de dissecação aórtica. Ocasionalmente, a ETE (ecocardiograma transesofágico) pode diagnosticar a dissecação da aórtica ascendente aguda e, se houver qualquer preocupação com a demora na realização de outras modalidades de imagens, ela pode ser útil em situação de emergência a beira de leito. Uma ETE negativa, contudo, não exclui a dissecação de aorta?** (fls. 110).

Desta forma, diante das considerações acima, para comprovação da autoria delituosa das imputações feitas na denúncia, faz-se necessário a análise, de forma individualizada, da conduta médica de cada acusada acerca da adoção ou não, do protocolo médico recomendado para o caso, sob a égide de todo conjunto probatório carreado ao feito.

## **2.1. Da conduta da acusada Thamyres Costa Borges Teodoro**



Pois bem. Em relação a autoria delituosa imputada acusada Thamyres Costa Borges Teodoro, concluo que as provas colhidas no feito foram suficientes para demonstrar que ela não praticou o crime narrado na inicial acusatória.

Isso porque, a prova produzida durante a instrução processual, comprovou que a acusada Thamyres no atendimento médico dispensado a vítima por ocasião de sua admissão no Hospital do Coração Anis Rassi no dia 31/03/2017, diante dos elementos clínicos que possuía naquele momento, agiu de acordo com o protocolo médico indicado para a investigação de dor torácica.

Extrai-se do laudo pericial indireto de fls. 85/119, que todas as abordagens técnicas acerca dos métodos adotados para investigação e diagnóstico da dor torácica, indicam que o recomendado ao profissional médico, quando da admissão de um paciente na emergência com queixa de dor torácica/precordial é, inicialmente, a obtenção da história clínica do paciente através da realização da anamnese, onde serão considerados os fatores de risco do paciente por exemplo, a realização do eletrocardiograma, seguido do exame físico pelo médico, com a análise das características da dor e, em seguida, realização dos exames laboratoriais como de sangue, e, se necessário, com base na conclusão dos exames iniciais, procede-se a realização de exames complementares, a fim de afastar uma possível síndrome coronariana aguda, situação esta de risco de vida do paciente.

Nesse sentido, valiosa é a prova testemunhal colhida, especificamente, o depoimento dos médicos cardiologistas que relataram o protocolo a ser adotado na emergência médica para dor torácica, bem como quais os sintomas típicos e condições clínicas de uma pessoa com dissecação da aorta e a apuração do seu diagnóstico, os quais confirmam que a acusada Thamyres agiu dentro dos padrões médicos recomendados.

Ainda, a prova testemunhal foi importante para se estabelecer um ambiente de certeza quanto as comorbidades pretéritas que afetavam a vítima, as quais foram por ela ocultadas da acusada Thamyres, que são consideradas fatores de risco para doenças cardíacas, e também os sintomas por ela apresentados quando procurou atendimento médico, fatores esses que influenciaram a conduta adotada pela acusada Thamyres.

A testemunha **Saulo Roberto Aquino e Silva**, que é médico cardiologista conhecido da família da vítima não relatou qual o protocolo de



atendimento que deve ser seguido nos casos de dor torácica, apenas discorreu que a dissecação da aorta é uma doença que ocorre de forma aguda e tem início no momento em que a dor começa, bem como, pode ser uma dor progressiva, ou ainda, pode ser interrompida com medicamentos e, após passar o efeito, voltar a doer.

Ainda, discorreu que não é muito comum ocorrer a dissecação e para chegar a um diagnóstico tem que realizar vários exames como RX, ecotomografia, eletro, e outros exames laboratoriais.

Informou ainda que a causa da dor deve ser diagnosticada no pronto socorro, observando se o paciente tem fatores de risco como hipertensão, tipo físico, obesidade e com exames complementares (fls. 275).

De sua vez, a testemunha **Maria Rita da Costa Vasconcelos**, médica que realizou a necrópsia da vítima e concluiu que a *causa mortis* da mesma foi a dissecação da aorta, ou seja, que a vítima faleceu após apresentar problemas cardíacos, alegou que não tem condições de informar a cronologia do rompimento da aorta, bem como alegou não estar apta a responder perguntas sobre problemas cardíacos, por não ter especialização em cardiologia (fls. 275).

A testemunha **Simone Del Nero Santos**, esposa da vítima quando ouvida contou que a vítima começou a passar mal por volta das 07:00 horas, no dia 31/03/2017, durante uma relação sexual, ocasião em que a mesma se queixou de forte dor no peito, ficou branca e falou que estava tendo um infarto, momento em que, deu a vítima duas aspirinas.

Ao ser questionada, a referida testemunha descreve como intensa a dor que a vítima aparentava sentir.

Contou que a vítima ao se recuperar foi sozinha para o Hospital do Coração Anis Rassi dirigindo seu veículo, que fica a menos de 2 quilômetros de sua casa.

Declarou ainda que ficou em contato com a vítima pelo telefone celular e ela lhe relatou que realizou exames de sangue, tomou soro com medicação, inclusive Morfina, e ficou em observação até receber alta.

Discorreu que a vítima após chegar em casa, continuou a se queixar de dor e que ela só conseguia se sentir um pouco melhor quando ficava encolhida na posição fetal.

Relatou que a acusada Thamyres após a alta apenas prescreveu Dorflex para a vítima, sob a alegação de que sua dor foi causada por excesso de exercício físico e o liberou para voltar para casa.

Asseverou que a médica que tratava da apneia do sono da vítima, mencionou após o falecimento da mesma, que ela provavelmente tinha a Síndrome de Marfan, e que essa síndrome é detectável ao exame clínico, a qual deveria ter sido identificada por quem prestou o atendimento médico à vítima, já que pode causar problemas no coração.

Ainda, a testemunha Simone afirmou em juízo que a vítima tinha intolerância a insulina e fazia o uso de glifase, era obeso, pois tinha 130 quilos e estava em processo de emagrecimento, bem como já havia feito o uso de medicação para hipertensão a dois anos atrás (fls. 295).

Por sua vez, a testemunha do juízo **Joseany Cardoso de Souza**, médica neurologista que prestou assistência médica para a vítima no período de 2013 até 2016, para apneia do sono, ao ser ouvida contrariou o depoimento da testemunha Simone ao afirmar que em momento algum falou para a família da vítima que ela teria a Síndrome de Marfan, esclarecendo, na oportunidade, que só conversou com Simone após receber a intimação para esse depoimento, não sabendo informar as circunstâncias que envolveram a morte da vítima.

Na ocasião, relatou que a vítima tinha picos de pressão, insulina aumentada, era ex-tabagista e lhe foi orientado o acompanhamento com cardiologista, e que não pode afirmar que a vítima teria a Síndrome de Marfan, simplesmente, pelo peso e altura do paciente, já que não é especialista (fls. 387).

Nesse compasso, as testemunhas de defesa **Ivon da Cunha Bastos Filho** e **Valéria Thatiane de Rezende**, que são médicos cardiologistas e a enfermeira **Gercilene Souza Bonfim**, que prestou atendimento à vítima no Hospital

do Coração Anis Rassi, quando ouvidas em juízo, sustentaram de forma harmoniosa que a acusada Thamyres realizou o protocolo de emergência para investigação da dor torácica, quando pediu o eletrocardiograma, exames de sangue e verificou o quadro clínico da vítima segundo seus relatos e com base neles, concluiu que o paciente estava estável e afastou, naquele momento, um problema de comprometimento cardíaco (fls. 295).

As testemunhas de defesa, médicos cardiologistas **Luis Carlos Costa e Valéria Thatiane de Rezende**, explicaram que a enzima CK-MB, Creatinafosfoquinase e Fração Cardíaca que estava alterada no primeiro exame de sangue da vítima não é específica para o músculo do coração, podendo ocorrer por várias outras doenças e que o fato de tal enzima estar no primeiro momento alterada e após novo exame já estar normalizada afasta uma doença coronária aguda.

A testemunha **Valéria Thatiane de Rezende** asseverou ainda, que o exame da troponina que é o mais confiável para demonstrar um doença coronária aguda, e que o referido exame realizado na vítima estava normal. Já o exame de CK-MB pode indicar alterações em qualquer músculo, portanto, não é confiável para detectar problemas cardíacos, tanto que ao ser realizado na vítima em um primeiro momento teve resultado alterado, contudo ao ser repetido algumas horas depois teve resultado normal, o que fala contra uma provável doença coronária aguda.

Ainda as testemunhas **Ivon da Cunha Bastos Filho, Luis Carlos Costa e Valéria Thatiane de Rezende**, bem como a enfermeira **Gercilene Souza Bonfim**, ouvidos em juízo, foram unânimes em informar que a dissecação da aorta pode ser diagnosticada com base na predisposição, e principalmente pela dor extrema que leva o paciente a perder o controle dos músculos chegando a urinar e/ou defecar nas vestes, provoca vômito, sudorese, altera a pressão e sinais vitais.

As testemunhas de defesa **Luis e Valéria** explicaram ainda que pessoas com a Síndrome de Marfan são pré dispostas a terem doenças cardíacas, a qual deve ser diagnóstica com exames, bem como que a obesidade, o tabagismo e a hipertensão são fatores de risco para doenças coronárias (fls. 295).

A acusada **Thamyres Costa Borges Teodoro**, ao ser interrogada, alegou não serem verdadeiras as imputações que lhe são feitas na denúncia, pois seguiu o protocolo correto de atendimento para quem chega no Hospita

do Coração Anis Rassi queixando-se de qualquer dor precordial na região torácica.

Afirmou que a vítima chegou no hospital pela manhã e a encaminhou para o eletrocardiograma, cujo resultado foi normal, e em seguida atendeu a vítima pessoalmente no momento da triagem, ocasião em que ela se queixava de dor precordial que irradiava para a região cervical e garganta, sendo que sua pressão estava normal, sem sudorese, sinais vitais normais, ausculta normal, ou seja, um paciente que apresentava estabilidade hemodinâmica.

Relatou que foi aberto para o atendimento da vítima o protocolo do hospital para casos de dor torácica, razão pela qual medicou a vítima com AAS e Tramal, bem como, após ela sentir enjojo com o Tramal suspendeu a medicação e ministrou a dose mínima de Morfina, mesmo não tendo recebido relatos de aumento da dor.

Alegou que solicitou os exames de sangue e o primeiro resultado da enzima CK-MB, Creatinafosfoquinase, Fração Cardíaca, constou alteração, contudo, a vítima lhe contou que havia começado a sentir a dor após atividade física, o que pode provocar essa alteração no exame, já que o mesmo apenas indica uma lesão muscular e não necessariamente lesão do músculo cardíaco.

No entanto, sustentou que mesmo assim, realizou uma curva enzimática com novo exame três horas após o primeiro e as enzimas caíram permanecendo dentro do valor referencial.

Disse que a troponina em nenhum dos dois exames de sangue restou alterada, o que ocorre em caso de infarto, e como não houve em nenhum momento sinais clínicos de rompimento da aorta na vítima descartou a causa cardíaca.

Afirma que não foi pedido exame de imagem para verificar uma possível dissecação da aorta pelo fato da vítima não apresentar nenhum sintoma que justificasse essa conduta médica, já que ela não tinha dispneia, falta de ar, a pressão estava normal, sem sudorese, a dor não era intensa, entretanto, se ela apresentasse qualquer destes sintomas teria investigado dissecação da aorta e pedido

uma tomografia de tórax com contraste que é o exame adequado para investigar dissecação, esclarecendo que o hospital tem o aparelho para o referido exame e o plano de saúde da vítima cobria os custos, mas não foi o caso.

Alegou que a vítima omitiu fatores de risco para problemas cardíacos, como diabetes, hipertensão, tendo informado apenas o uso do aparelho CPAP para a apneia do sono.

Declarou que trabalha há sete anos na emergência cardíaca e já viu alguns casos de dissecação da aorta neste período, sendo que, o paciente chega pálido, hipocorado, com sudorese, pressão baixa devido ao fato do sangue não chegar onde deveria e assim para compensar, o coração do paciente dispara para tentar bombear sangue, o que não era o caso da vítima.

Alegou que o quadro apresentado pela vítima era para a investigação de infarto ou angina, o que foi afastado e que pode afirmar, categoricamente, que no dia em que a vítima procurou o Hospital do Coração Anis Rassi, ela não estava dissecando a aorta tendo em vista as condições clínicas apresentada por ela.

Declarou que a foto de fls. 342, dos autos mostra um paciente corado, sem face de dor, sem aparência de sudorese, ou seja, é um paciente que está bem e lúcido, que consegue enviar fotos e conversar via WhatsApp, correspondendo exatamente com o paciente que descreveu no prontuário médico.

Discorreu que o rompimento da aorta tem duas fases sendo que a primeira começa a dissecar e após rompe com o vazamento de sangue que pode ter uma vazão rápida ou mais lenta, contudo, não leva muito tempo entre as fases sendo um quadro súbito e rápido, de dor intensa, por acabar o sangue do corpo do paciente e, no caso da vítima, tendo em vista o laudo da necrópsia, o rompimento ocorreu na parte de cima do corpo, sendo um quadro rápido e agudo.

A acusada Thamires mencionou ainda que quem tem a Síndrome de Marfan pode dissecar a aorta, contudo, não tem como diagnosticar paciente somente pelo exame físico e ver determinadas características (fls. 387).

Perante a Autoridade Policial, a acusada Thamyres às fls. 68/70, informou que considerando a situação clínica apresentada pela vítima, que estava normal, os exames realizados no primeiro momento do atendimento, bem como reavaliação do paciente, por meio da repetição dos exames, e que o mesmo estava sem dor e estável hemodinamicamente, chegou a um diagnóstico de lesão muscular, já que a vítima havia lhe relatado que tinha iniciado a dor durante a realização de atividade física, e a orientou para procurar um cardiologista e retorno caso a dor voltasse.

O laudo pericial indireto, quanto ao protocolo de dor torácica conclui às fls. 112, que: **“Como se pode observar, o protocolo de dor torácica do Hospital Albert Einstein é baseado na avaliação e detecção da possibilidade de síndrome coronariana aguda ou infarto, por serem as entidades nosológicas mais frequentes e maiores causadores de desfechos letais. Não se verificam recomendações para a realização de exames de imagem como radiografias, angiotomografias ou ecocardiogramas como estratégias de rotina (para todos os casos) na avaliação do paciente com dor torácica na emergência. Da mesma forma, na Diretriz de Avaliação de Dor Torácica da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2002 todos os esforços também estão voltados para identificação e adequada estratificação dos indivíduos com dor torácica de natureza anginosa. Essa diretriz aborda a necessidade de investigação de dissecação de aorta caso ocorram sintomas característicos?”.**

Assim, de acordo com a prova documental, pericial e testemunhal colhida, a imputação constante na denúncia de que a acusada Thamyres deixou de seguir o protocolo de dor torácica quando do seu atendimento dispensado à vítima, bem como que a mesma negligenciou fatos relevantes para o diagnóstico e deixou de realizar exames necessários, e ainda que a mesma foi imprudente ao dar alta para a vítima, não prospera.

Faço constar que esse juízo não está a analisar, se a acusada Thamyres tinha o dever como médica de diagnosticar a vítima com o mal que a acometeu. Mas sim, se a mesma atuou de acordo com o protocolo médico indicado para a dor torácica, tendo como base os sintomas apresentados pela vítima no momento do seu atendimento e as informações clínicas que a referida ré teve acesso.

Infelizmente, a medicina não é uma ciência exata, mas sim uma ciência biológica, por essa razão, para se chegar a um diagnóstico objetivo é necessário a conjugação de diversos fatores, sendo estes afetos tanto ao médico quanto a cooperação do paciente, vez que quando este deixa de indicar fatores de risco que por ventura lhe são afetos, a atuação médica fica comprometida.

E nesse sentido, os elementos de prova contidos nos autos demonstram que a acusada Thamyres, ao atender a vítima, seguiu o protocolo para dor torácica, posto que, imediatamente, investigou a origem da dor que a vítima relatou sentir, e somente descartou a possibilidade de a mesma, naquele momento, ser de origem cardíaca após a realização dos exames necessários, e de forma conjugada com os sintomas apresentados pela vítima e ainda das informações por ela trazidas sobre a sua saúde e o que desencadeou a dor.

Verifica-se dos autos que a vítima ao ser admitida no Hospital do Coração Anis Rassi, submeteu-se a triagem, onde os seus sinais vitais foram conferidos, estando estes todos normais e realizada a sua anamnese, com a solicitação de informações a vítima acerca de seus antecedentes médicos, inclusive com o acompanhamento pela acusada Thamyres, segundo seu depoimento em juízo.

Logo após a vítima foi, imediatamente, submetida a eletrocardiograma, que apresentou resultado normal, em seguida atendida pela acusada Thamyres, ocasião em que esta realizou o exame clínico, medicou a vítima, realizou exames de sangue, a deixou de repouso/observação por algumas horas, repetiu exames de sangue e após todos os exames realizados terem apresentado resultados normais para os padrões médicos e feita a análise da situação clínica da vítima, é que foi concedida alta hospitalar a mesma pela acusada Thamyres.

Importante ressaltar, que os exames de CK-MB, Creatinafosfoquinase, Fração Cardíaca, Creatinafosfoquinase Soro, e de troponina T, tratam-se de exames diferentes, conforme demonstrou a prova testemunhal, em especial os médicos ouvidos em juízo, sendo que os exames de CK-MB Creatinafosfoquinase e o Creatinafosfoquinase Soro, podem indicar alguma lesão no músculo esquelético, podendo esta ser cardíaca ou não. Já o exame de troponina T, é específico para indicar lesão do músculo cardíaco.

Nesse sentido, a prova documental e testemunhal, comprovou que os primeiros exames de CK-MB, Creatinafosfoquinase, Fração Cardíaca e o de Creatinafosfoquinase Soro realizados pela vítima apresentaram resultados alterados, contudo o exame de troponina T estava normal, conforme se vê à fls. 20/21.

Assim, em decorrência da alteração apresentada no

exames citados (CK-MB, Creatinafosfoquinase, Fração Cardíaca e Creatinafosfoquinase Soro), a acusada Thamyres algumas horas após a realização dos primeiros exames, determinou a repetição dos mesmos, assim como o exame de troponina T, por cautela, embora esse exame não tenha apresentado qualquer alteração

Ao proceder a repetição dos exames, foi possível identificar que o exame CK-MB, Creatinafosfoquinase, Fração Cardíaca, normalizou e o de troponina T, manteve-se dentro da normalidade, ou seja, ambos estavam sem alterações.

Apenas o exame de Creatinafosfoquinase Soro continuou alterado, embora tenha apresentado baixa da taxa em relação ao primeiro exame.

A prova testemunhal foi clara ao indicar que as alterações nos exames de CK-MB, Creatinafosfoquinase, Fração Cardíaca e Creatinafosfoquinase Soro, ainda mais quando identificada a normalização das taxas do primeiro exame, não indicam problemas cardíacos.

Dessa forma, foi possível verificar que a acusada Thamyres buscou confirmar ou descartar o diagnóstico de síndrome coronariana aguda ou infarto, conforme recomenda as diretrizes médicas.

Constata-se ainda da prova contida nos autos que a vítima ocultou, da acusada Thamyres informações acerca da origem da dor precordial que estava sentido, bem como dos seus antecedentes de saúde, que são considerados fatores de risco para doenças cardíacas, especificamente a dissecção da aorta.

Nesse sentido, extrai-se da solicitação de exame anotamo-patológico de fls. 182/184, que contém informações prestadas pela companheira da vítima, Sra. Simone Del Nero Santos e dos seus relatos em juízo, que dor precordial da vítima teve início no dia 31/03/2017 durante ato de relação sexual.

Como citado no laudo pericial indireto às fls. 104, fator desencadeante da dor torácica, é dentre outros, circunstância fundamental para a



distinção entre uma síndrome coronariana aguda e um diagnóstico diverso. No entanto essa informação foi omitida pela vítima.

Ficou ainda comprovado nos autos, que a acusada Thamyres não teve conhecimento, por negativa da própria vítima na anamnese (fls. 16 e também por desconhecimento da própria vítima, no caso da Síndrome de Marfan, que ela possuía fatores de risco para doenças cardíacas, como histórico de hipertensão e o pré-diabetes, inclusive com uso de medicação.

Ademais, conforme restou apurado através das testemunhas de defesa Luis, Valéria e a testemunha do juízo Joseany, que são todas médicas, a Síndrome de Marfan, não é uma doença diagnosticada apenas de forma clínica, mas sim, por exames, devendo ser pesquisada em regime ambulatorial.

Assim, a acusada Thamyres não tinha condições de diagnosticar a vítima como portadora da Síndrome de Marfan durante o seu atendimento na emergência, bem como a hipertensão e a pré-diabetes, e, por conseguinte, não poderia considerar esses fatores de risco para a vítima quando do seu atendimento.

Quanto a obesidade, é certo que esta é considerada um fator de risco para doenças cardíacas como mencionado alhures, e que era visível que a vítima não era uma pessoa magra, mas tinha uma compleição física avantajada e estatura alta, conforme se observava da foto de fls. 343, contudo a obesidade ou pré-obesidade, por si só, não indica que uma pessoa tem problemas cardíacos, tampouco que está acometida pela dissecação da aorta.

E ainda, segundo o disposto na literatura médica conforme transcrito alhures, e a prova testemunhal e documental carreada ao feito, a vítima, quando foi atendida pela acusada Thamyres, não apresentava sintomas típicos de uma dor provocada por uma dissecação da aorta.

As testemunhas de defesa ouvidas, que são médico cardiologistas e uma enfermeira, bem como a literatura médica (indicada no laudo pericial indireto), indicam que uma pessoa com dissecação da aorta apresenta dor

intensa constante, dilacerante, insuportável, refletida para o dorso, sudorese, fica inquieto e que o médico percebe esse sofrimento pelos sintomas, diante da pressão alterada, arritmia, náuseas e vômito que são marcadores desta patologia.

E, em que pese os relatos da testemunha Simone de que a vítima saiu de casa sentindo dor extrema e pálido, as provas colhidas não convergem nesse sentido.

Primeiro porque a vítima, de forma consciente se dirigiu até o Hospital do Coração Anis Rassi, na condução do seu veículo automotor e sozinha, fato este que foi devidamente provado nos autos.

Lado outro, temos ainda a foto anexada pela testemunha Simone às fls. 342, a qual mostra a vítima no soro às 09:17 (fls. 335 e 342), pouco mais de uma hora da sua entrada no Hospital do Coração Anis Rassi, com um semblante corado e sem apresentar fisionomia de dor ou sudorese, bem como pelos áudios (fls. 332), é possível notar uma fala tranquila e estável da vítima, o que vai contra a alegação de dor intensa e os sintomas de quem está sofrendo uma dissecação da aorta, conforme a prova testemunhal e pericial acima transcrita.

As conversas anexadas pela testemunha Simone (fls. 339), também deixam transparecer que a vítima minutos antes de receber alta hospitalar pela acusada Thamyres estava sem dor, tanto que ao ser indagada se ainda estava com dor, respondeu às 13:59 horas, que naquele momento não tinha dor.

Ademais, a alegação feita pelo órgão ministerial de que a acusada Thamyres deu alta a vítima com provável redução da dor em decorrência do efeito de fortes analgésicos, em especial a morfina, está não procede, haja vista a testemunha de defesa Valéria esclareceu, que a dosagem de Morfina ministrada na vítima é uma dose de protocolo, com duração em torno de duas horas se o paciente apresentar dor leve, já no caso de apresentar dor aguda pode durar apenas meia hora.

Segundo o prontuário médico os medicamentos foram ministrados entre 08:40 e 10:30 horas e a alta do paciente ocorreu às 14:10 horas, ou seja, a vítima foi liberada quase quatro horas após ser ministrado a última

medicação (morfina), assim, de acordo com a prova colhida durante a instrução processual, a vítima, provavelmente, já estava sem o efeito da medicação ministrada quando recebeu alta devido ao decurso do tempo (fls. 16, verso e 17).

Importante ainda consignar que as testemunhas de defesa, médicos cardiologistas, esclareceram que a medicação ministrada pela acusada Thamyres na vítima, não seria capaz de mascarar a dissecação da aorta.

Ademais, a testemunha Gercilene, que é enfermeira no Hospital do Coração Anis Rassi esclareceu que é o procedimento do hospital a liberação do paciente apenas quando ele está sem dor e os exames não apresentam alterações, caso contrário, o paciente precisa assinar um termo de responsabilidade para receber alta.

No que diz respeito a dissecação da aorta, o laudo pericial indireto concluiu que: **?? não se pode afirmar que os sintomas eram clássicos como esses de alerta para a possibilidade de dissecação aguda de aorta. O periciando (paciente) em questão não apresentava os fatores de risco que chamam a atenção para uma possibilidade forte de dissecação de aorta (?). Sem esses elementos, diante de uma dor anginosa tipo C ou D, o preconizado seria no máximo afastar a possibilidade de uma síndrome coronariana aguda de alto risco o que foi realizado no Hospital Anis Rassi?** (fls. 112).

Assim, comprovado está que a vítima no momento em que foi atendida pela acusada Thamyres não apresentava sintomas típicos de dissecação da aorta, bem como que os exames apresentarem-se normais, a vítima estava estável clinicamente e sem dor.

Desta feita, constato que a ocultação da informação de que a dor torácica que acometeu a vítima teve início durante uma relação sexual, que poderia ter despertado um alerta, bem como dos fatores de risco para doenças cardíacas que acometia a vítima e a alegação de que a dor teve início durante atividades físicas, aliada aos resultados normais dos exames realizados e os sintomas apresentados contribuíram para o diagnóstico da acusada Thamyres de uma provável lesão muscular.

Portanto, é certo que a acusada Thamyres, quando atendeu a vítima, não tinha elementos clínicos, que indicassem que a vítima estava

sofrendo uma dissecação da aorta. Ademais ficou demonstrado pelo vasto conjunto probatório contido nos autos que a acusada Thamyres sequer tinha indícios para suspeitar que tal mal poderia acometer a vítima.

Dessa forma, não haviam razões médicas para a acusada Thamyres, no primeiro atendimento dispensado à vítima, solicitar a realização de exames complementares, como um RX do toráx ou tomografia, para investigar uma eventual dissecação da aorta.

O Ministério Público em suas alegações finais concluiu que: ***??Considerando os elementos probatórios mencionados, à médica Thamyres não há que se importar imperícia, eis que agiu de forma técnica e adequada a situação que se apresentou, não incorrendo em erro de execução afeto ao ofício; não há que se imputar imprudência, eis que adotou integralmente o protocolo médico recomendado ao caso, segundo a classificação do tipo de dor apresentada pelo paciente, mantendo-o sob observação até o afastamento da possibilidade de infarto e o completo controle da dor; não há que se imputar negligência, eis que atendeu o paciente com presteza e cuidado, buscando formas de conferir-lhe atendimento rápido e eficaz??*** (fls. 406).

Por conseguinte, a prova produzida nos autos, durante a instrução processual, corroborada pela prova pericial e documental, foi fundamental para comprovar que a acusada Thamyres desde o início do seu atendimento à vítima procedeu de acordo com as diretrizes médicas recomendadas para os sintomas relatados pela vítima, bem como para as condições clínicas que a vítima apresentava ao ser atendida. Ficou demonstrado que a acusada Thamyres trabalhou com os elementos que possuía, adotando o protocolo para investigação da dor torácica.

Importante consignar que não existem provas suficientes nos autos para afirmar que caso a acusada Thamyres tivesse pedido exames de imagens fora do protocolo inicial, que ela conseguiria estabelecer o diagnóstico de ruptura de dissecação da aorta, já que existe a possibilidade, considerando o quadro clínico descrito, de que quando a vítima procurou o Hospital do Coração Anís Rassi com queixas de dor precordial, a dissecação da aorta ainda não havia iniciado.

Sabe-se ainda, que a vítima teve seu óbito declarado cerca de 36 horas após sua admissão naquela unidade de saúde, e que a dissecação da aorta ocorre de forma rápida, de acordo com a literatura médica contida no feito e a prova testemunhal.

Nesse prisma, como consignado no laudo pericial indireto às fls. 113, concluir, mediante os sintomas apurados junto ao paciente ou a história clínica dele extraída de que deveria ter sido solicitado radiografia de tórax, angiotomografia de tórax ou ecocardiograma transesofágico como primeira abordagem como aduziu o órgão ministerial na peça acusatória, seria o mesmo que determinar a inserção, nos protocolos já consagrados mundo afora, da obrigatoriedade de se realizar esses exames de forma rotineira, contudo, não é essa a conduta que a literatura médica preconiza.

Como pontuou o perito subscritor do laudo pericial indireto *?Quando se faz o raciocínio inverso, ou seja, parte-se do diagnóstico confirmatório incontestável de ruptura de aneurisma de aorta ascendente, estabelecido pelo exame anatomopatológico, é fácil concluir que deveriam ter sido realizados exames de imagem para melhor tratamento do paciente (periciando). Infelizmente, na prática médica, ratificado pela literatura médica, parte-se da história clínica, exame físico para exames complementares mais simples, depois os mais complexos?* (fls. 113/114).

Desta feita, após examinar os elementos de convicção colhidos durante a instrução probatória, concluo que ficou provado que a acusada Thamyres não atuou de forma negligente, imperita e imprudente, conforme descrito na denúncia.

Assim, a absolvição da acusada Thamyres é medida que se impõe.

## **2.1. Da conduta da acusada Maria Angélica Pinheiro Moura Carvalho**

A autoria delituosa ficou amplamente demonstrada na pessoa da acusada Maria Angélica Pinheiro Moura Carvalho, e ainda, o conjunto probatório foi suficiente para comprovar a violação do dever de cuidado objetivo por parte da ré, na modalidade negligência e imprudência.

Em primeiro lugar, importante também destacar qu

este juízo não está analisando se a acusada Maria Angélica tinha o dever de diagnosticar a vítima com dissecação da aorta no momento em que a atendeu, mas sim, se ela como médica atuou conforme preconiza o protocolo para casos em que o paciente chega na emergência médica com dor precordial recorrente.

E, nesse sentido, a prova produzida durante a instrução processual, comprovou que a acusada Maria Angélica no atendimento médico dispensado a vítima por ocasião de sua admissão no Pronto Socorro da UNIMED no dia 01/04/2017, não agiu de acordo com o protocolo médico indicado para o caso.

Como mencionado em linhas pretéritas, todas as abordagens técnicas acerca dos métodos adotados para investigação e diagnóstico da dor torácica, indicam que o recomendado ao profissional médico, quando da admissão de um paciente na emergência com queixa de dor torácica/precordial é, inicialmente, a obtenção da história clínica do paciente através da realização da anamnese, onde serão considerados os fatores de risco do paciente por exemplo, a realização do eletrocardiograma, seguido do exame físico pelo médico, com a análise das características da dor e, em seguida, realização exames laboratoriais como de sangue, e, se necessário, com base na conclusão dos exames iniciais, procede-se a realização dos exames complementares, a fim de afastar uma possível síndrome coronariana aguda, causa mais recorrente no seio hospitalar e cujo índice de mortalidade é alto.

Em vista disso, a prova testemunhal assume grande importância, vejamos.

A testemunha **Saulo Roberto Aquino e Silva**, que é médico cardiologista, quando ouvido em juízo não esclareceu qual é o protocolo médico adotado na emergência para pacientes que chegam acometidos de dor torácica, mas alegou que a persistência da dor na vítima geraria a necessidade de internação e a realização de outros exames complementares para uma investigação.

Revelou ainda que no atendimento o médico deve fazer perguntas ao paciente a fim de averiguar a sua história clínica (fls. 275).

Já a testemunha **Maria Rita da Costa Vasconcelo** médica que realizou a necrópsia da vítima apenas indicou que a vítima veio a óbito pela dissecação de aorta, ou seja, problema cardíaco, e esclareceu que não é apta a prestar

esclarecimento sobre questões afetas a cardiologia pois não é especialista na área, atuando na clínica geral (fls. 275).

De seu turno, a testemunha **Simone Del Nero Santos**, esposa da vítima, contou em juízo que a vítima no dia 01/04/2017, continuava com dores, razão pela qual, pela manhã, foi até ao Pronto Socorro da UNIMED, dirigindo e sozinha.

Elucidou que soube que a vítima no referido pronto socorro tomou soro com remédios e voltou para casa com o diagnóstico realizado pela acusada Maria Angélica de problemas gástricos e com prescrição médica para refluxo.

Disse que ao receber alta hospitalar, a vítima lhe relatou que a dor estava mais amena, mas a noite a vítima continuou se queixando de dor, tendo afirmando para a mesma que deveria aguardar a medicação fazer efeito, no entanto, logo em seguida a vítima alegou sentir uma dor muito forte e caiu morta no sofá.

Por último, a testemunha ainda sustentou que a vítima, provavelmente, tinha a Síndrome de Marfan, bem como que a mesma tinha intolerância a insulina e fazia o uso de glifase, era obesa, pois tinha 130 quilos e estava em processo de emagrecimento, bem como já havia feito o uso de medicação para hipertensão a dois anos atrás (fls. 295).

A testemunha de defesa **Ivon da Cunha Bastos Filho**, que é médico cardiologista relatou que o protocolo inicial de atendimento para um paciente que chega na emergência com a dor torácica é primeiro aliviar a dor com prescrição de remédios, para que o médico tenha condições de avaliar o paciente e obter dele informações sobre seu estado e após, pede-se exames complementares como eletrocardiograma e exame de sangue, e após se necessário realizam outros exames mais complexos.

Informou que a dor torácica abrange todo o tórax, e que um paciente que chega na emergência relatando náuseas, queimação e dor precordial pode ser confundido com refluxo.

Disse ainda que o fato de a vítima ter se submetido a uma investigação de problemas cardíacos no dia anterior não impediria que a acusada Maria Angélica também procedesse a referida investigação já que alguns sintomas podem apresentar um pouco mais tarde.

Sustentou ainda que o paciente pode apresentar dois problemas ao mesmo tempo, como cardíaco e gástrico.

Declarou que os sintomas da dissecação da aorta é uma dor súbita, intensa, descrita como dilacerante que provoca inquietação, sudorese e que reflete para o dorso (fls. 295).

A testemunha de defesa **Luis Carlos Costa**, explicou que o médico que está na emergência alivia a dor e após realiza o diagnóstico que é confirmado por exames complementares, e ao chegar a uma hipótese de diagnóstico é que se pede exames mais complexos com base na sua conclusão.

Disse ainda que acredita que uma suposta esofagite pode ter mascarado o diagnóstico.

Afirmou que a dissecação da aorta é uma doença que se instala devido a fatores de risco como o tabagismo, diabetes, pressão arterial, triglicérides que degeneram as artérias, bem como que a Síndrome de Marfan também é considerada um fator de risco, mas ela não pode ser diagnosticada de forma clínica, e sim por exames (fls. 295).

A testemunha de defesa **Valéria Tatiane de Resende**, médica cardiologista, declarou que o protocolo de atendimento para uma pessoa que chega na emergência com dor torácica é em primeiro lugar categorizar o paciente pela enfermagem de acordo com os dados coletados com o paciente, após realiza um eletrocardiograma, e, em seguida o médico conversa com o paciente para avaliação clínica do seu quadro e, posteriormente solicitam novos exames de acordo com a hipótese levantada pelo médico.



Alegou que um paciente com dores a dois dias pod levar a um diagnóstico de refluxo, mas é uma dor que se confunde com dor torácica de origem cardíaca.

Descreveu que o que marca o diagnóstico de dissecção de aorta é a dor aguda lacerante, que o médico percebe esse sofrimento pelos sintomas de sudorese, pressão e arritmia do paciente.

Explicou que pessoas com a Síndrome de Marfan são predispostas a terem doenças cardíacas, a qual deve ser diagnosticada com exames bem como que a obesidade, o tabagismo e a hipertensão são fatores de risco para doenças coronárias (fls. 295).

A testemunha do juízo **Joseany Cardoso de Souza** médica neurologista que prestou assistência médica para a vítima no período entre 2011 até 2016, para apneia do sono, relatou que a vítima tinha picos de pressão, insulina aumentada, era ex-tabagista e lhe foi orientado o acompanhamento com cardiologista, que não pode afirmar que a vítima teria a Síndrome de Marfan, simplesmente, pelo peso e altura do paciente, já que não é especialista (fls. 387).

A acusada **Maria Angélica Pinheiro Moura Carvalho**, quando interrogada em juízo, relatou que é médica com especialidade em clínica médica e terapia intensiva, bem como, afirmou que os fatos narrados na denúncia não são verdadeiros.

Relatou que todo paciente que chega na emergência da UNIMED passa primeiro por uma triagem que é realizada pela enfermeira e após, o paciente é encaminhado para o médico, o que ocorreu com a vítima.

Relatou ainda, que no início do atendimento a vítima lhe informou que sentia dor no peito e que já teria feito exames no Hospital do Coração Anis Rassi e que lá descartaram problema cardíaco.

Contou que ficou tranquila pelo fato de já ter sido afastada a causa cardíaca para a dor que a vítima apresentava, já que conhece o

protocolo de atendimento do Hospital do Coração Anis Rassi, mas que mesmo assim, ainda fez algumas perguntas à vítima para ver se obteria alguma informação diferente do já informado e, com base nos exames realizados no Hospital do Coração Anis Rassi e na conversa que teve com a vítima também afastou doença coronariana.

Declarou que o médico tem como avaliar a dor do paciente ao olhar sua expressão, ao aferir a pressão, medir os batimentos cardíacos e que tais dados lhe passaram que a vítima estava com uma dor tranquila.

Alegou que como a causa de dor torácica mais frequente depois da cardíaca é a doença do refluxo gástrico esofágico, começou a investigar tal possibilidade, perguntando à vítima onde sentia a dor, se durante a noite tinha tosse que vem e vai, se sentia a comida subindo pela garganta após se alimentar e deitar, obtendo resposta afirmativa para essas perguntas.

Disse que ao apalpar a traqueia da vítima ela sentiu dor na região da tireoide, ou seja, a vítima apresentava uma clínica que indicava a presença de refluxo e resolveu administrar Buscopan, Dramim e Ranitidina.

Disse que algum tempo depois de administrar a medicação a enfermeira lhe avisou que a vítima estava sem dor e assim, pediu para que a vítima fosse até o consultório, momento em que, ela lhe confirmou que não sentia mais dor.

Contou que pediu exames de endoscopia e ultrassonografia da tireoide em regime ambulatorial e como a vítima estava bem, passou receita com remédios para tratamento gástrico.

Relatou que não pediu novos exames, nem mesmo para confirmar os resultados já obtidos pelo Hospital do Coração Anis Rassi.

Alegou ainda que a clínica do paciente não sugeria doença cardíaca e o fato dele ter recebido alta do Hospital do Coração Anis Rassi lhe tranquilizou quanto a hipótese de doença cardíaca.

Declarou que a vítima foi atendida na parte da tarde permaneceu por duas horas em observação quando obteve alta, e após soube que ela faleceu em casa no mesmo dia (fls. 357).

Sabe-se que os protocolos médicos de atendimento de emergência são elaborados e adotados para afastar possibilidade de erro médico, contudo, a prova colhida demonstrou que a acusada Maria Angélica não seguiu o protocolo recomendado para a dor torácica quando prestou atendimento a vítima.

Verifico do conjunto probatório carreado aos autos especialmente o prontuário médico de fls. 30 e 65/66 que embora a vítima tenha sido admitida no Pronto Socorro da UNIMED com a classificação de risco descrita como ?imminente?, a conduta médica escolhida pela acusada Maria Angélica não acompanhou tal classificação.

Vê-se às fls. 30 e 65 que em nenhum momento os sinais vitais da vítima foram aferidos pela acusada, os quais poderiam auxiliar na identificação da intensidade da dor que a vítima sentia ao chegar na referida unidade de saúde, o que contribuiria para o levantamento da hipótese diagnóstica.

Ainda, extrai-se do prontuário médico que não foi realizada pela acusada Maria Angélica a anamnese da vítima, para obtenção de informações quanto aos seus antecedentes clínicos, principalmente, em relação aos fatores de risco relativos a doenças cardíacas, o que também direcionaria melhor a atuação médica da acusada Maria Angélica na busca de um diagnóstico mais preciso.

Segundo a prova documental a vítima ao ser atendida pela acusada alegou os seguintes sintomas: dor precordial, dor retroesternal (dor no peito), referia refluxo, dor na palpação da tireoide (fls. 30 e 65/66).

Ficou provado nos autos que a vítima tinha importantes fatores de risco para doenças cardíacas, como pré-diabetes, histórico de hipertensão, peso elevado, ex-tabagista, contudo estes foram totalmente negligenciado pela acusada, posto que não questionou a vítima acerca da existência dos mesmos, já que nada relativo a essa conduta foi consignado no prontuário médico.

Os elementos de prova constante no feito demonstram a importância da realização de uma boa anamnese pelo profissional médico a qual assume fundamental papel na investigação da enfermidade do paciente. Incluso o laudo pericial indireto às fls. 113/114, menciona: ***?na prática médica, ratificada pela literatura médica, parte-se da história clínica e exame físico para exames complementares mais simples, depois os mais complexos?***.

Assim, verifico que a acusada Maria Angélica ignorou completamente procedimentos médicos relevantes no atendimento a vítima e ainda deixou de adotar o protocolo para a investigação de dor torácica, mesmo tendo pleno conhecimento que a dor da vítima era recorrente, e ainda que a vítima apresentava outros sintomas, que embora fossem característicos de refluxos, também eram recorrentes a pessoas acometidas com problemas cardíacos.

Corroborando essa assertiva, consta no laudo pericial indireto às fls. 110, em relação aos sintomas da dissecação da aorta: ***?Os sinais e sintomas são altamente variáveis (?). Pode simular outros distúrbios comuns (?), doença esofágica, doença gástrica (?)?***.

De maneira semelhante, o Parecer Técnico de fls. 303/306, menciona: ***?a causa mais comum de dor torácica é a musculoesquelética, sendo a gastrointestinal a segunda mais comum; a sintomatologia desses tipos de dor pode mimetizar a dor atípica de IAM ou dissecação da aorta?***.

Ademais, importantíssimo destacar que o protocolo de dor torácica do Hospital Israelita Albert Einstein, mencionado no laudo pericial indireto às fls. 105, ***informa que pacientes que indicam dor torácica referida e epigastralgia como queixa principal devem ser triados para o protocolo de dor torácica, independente da característica da dor ou da idade do paciente.***

De acordo com o dicionário<sup>1</sup> epigastralgia, significa: ***?dor no estômago; dor na região do estômago; dor localizada na região epigástrica, na região superior e média do abdome?***.

Nesse compasso, diante dos vastos elementos de prova contidos no feito, bem como com base nas diretrizes médicas indicadas no laudo pericial indireto, é certo que diante do novo quadro clínico apresentado pela vítima (dor torácica recorrente, dor quando da palpação na tireoide, indicativo de refluxo alimentar), a acusada deveria ter imediatamente iniciado o protocolo de investigação de dor torácica, para confirmar ou afastar o diagnóstico de uma provável síndrome coronariana aguda, e, só então ter elementos médicos concretos para indicar um diagnóstico para a vítima.

A acusada Maria Angélica, por mera liberalidade sua, deixou de considerar os sintomas associados a dor torácica e optou por confiar em uma atuação médica diversa da sua, e descartou qualquer possibilidade de a vítima estar acometida por uma doença cardíaca, sem realizar nenhum exame, quando deveria ter primeiro investigado essa possível patologia conforme prevê as diretrizes médicas.

Destaca-se que a acusada Maria Angélica, ao ser interrogada afirmou claramente que não solicitou a realização de qualquer exame para a vítima, para confirmar o diagnóstico anterior e que também não pediu qualquer exame de imagem para complementar os exames realizados anteriormente.

O laudo indireto relata ainda às fls. 118, que: **??O retorno do paciente ao Pronto-socorro do SAU da UNIMED poderia ter acionado um alerta um pouco maior na médica assistente Dra. Maria Angélica, já que a do recorreu, levando o periciando (paciente) a procurar um serviço de urgência e emergência novamente??.**

Verifica-se ainda, pelo laudo indireto às fls. 111, não ser protocolo de dor torácica na emergência a realização de exames de imagens como radiografias, angiotomografia ou ecocardiogramas como estratégia de rotina, contudo, quando a vítima procurou o atendimento do Pronto Socorro da UNIMED, ela se queixava de dor precordial recorrente, bem como apresentou outros sintomas, cujo diagnóstico inicial foi de dor muscular.

Assim, restou claro, que deveria a acusada Maria Angélica ter iniciado o protocolo de atendimento na emergência da UNIMED para dor torácica e requisitado novo eletrocardiograma, exames de sangue e com base nos novos resultados, caso necessário, pedir os exames complementares, como os de imagens, para só então, dar o seu diagnóstico com base em resultados recentes.

Desta forma, a acusada foi displicente no agir e faltou com a precaução que lhe era necessária, quando deixou de iniciar por cautela, o protocolo de dor torácica.

O fato da acusada simplesmente acreditar no diagnóstico anterior e não realizar qualquer tipo de exame para confirmá-lo ou afastá-lo, deixa claro sua negligência, mesmo diante de uma possível dor atípica para doença coronariana.

De igual modo, a imprudência por parte da acusada é confirmada quando ela deixou de considerar fatos relevantes para a definição da sua conduta, consistente na realização da anamnese, bem como ao desconsiderar que os sintomas de doenças gástricas confundem-se os de origem cardíaca, afastando essa última, sem elementos clínicos concretos diante do novo quadro que a vítima apresentava.

Ademais, a acusada Maria Angelica agiu de forma imprudente ao conceder alta para a vítima que queixava-se de dor precordial recorrente e que apresentou apenas melhora em sua dor ao ser medicada para doença do refluxo (fls. 66).

No que se refere a imperícia, verifico que está não ficou caracterizada no caso vertente, uma vez que os autos revelam que a acusada Maria Angélica é uma profissional com 31 anos de experiência, com especialidade em clínica médica e terapia intensiva, portanto a mesma tinha a devida capacidade técnica para prestar o atendimento médico a vítima. O que lhe faltou foi a cautela e prudência na sua atuação.

Sabe-se ainda, pela certidão de óbito que a vítima faleceu cerca de três horas após receber alta do Pronto Socorro da UNIMED, assim, fica evidente que se a acusada tivesse seguido o protocolo da emergência para dor torácica e realizado os exames recomendados, provavelmente, o mal que acometia a vítima teria sido constatado, ou ainda, o mal súbito poderia ocorrer no interior do hospital onde certamente teria uma equipe para de imediato prestar atendimento e evitado a evolução rápida da doença que levou a vítima à morte.

Entendo ainda, que caso a doença evoluísse com o resultado morte da vítima, mesmo após a realização dos procedimentos indicados no protocolo para dor torácica, com a correta investigação da causa da dor recorrente e os demais sintomas, a acusada Maria Angélica não teria a responsabilidade (culpa) no resultado morte, já que, teria tomado todas as medidas que estavam ao seu alcance para investigar o mal que acometia a vítima.

Como bem ponderou o Ministério Público ?? a **médica Maria Angélica, ao optar por não reiniciar o protocolo de dor cardíaca ou reencaminhar o paciente de volta ao Hospital Anis Rassi para reavaliação, agiu com imprudência, inviabilizando a adoção de medidas voltadas ao correto diagnóstico e, eventualmente, ao encaminhamento do paciente para tratamento atempado?** (fls. 408).

Assim, ressalto que, diante da situação constatada nos autos, era previsível a acusada a ocorrência do resultado danoso em razão da sua conduta imprudente e negligente, no exercício da sua profissão de médica, de faltar com a cautela e os cuidados necessários no atendimento prestado a vítima, bem como lhe dar alta apenas com a melhora da dor, emergindo evidente o resultado morte, como infelizmente aconteceu. Em vista disso, o perigo era conhecido.

A relação causal também mostra-se presente, já que o resultado morte é consequência direta da inobservância do dever de cuidado objetivo a que estava obrigada a acusada.

Presentes, portanto, todos os elementos caracterizadores do crime culposo: conduta voluntária; inobservância do dever de cuidado objetivo por parte da acusada; resultado lesivo; relação de causalidade entre a conduta e o resultado; previsibilidade e a tipicidade.

Não vingam a tese defensiva de absolvição por ausência de provas da conduta praticada pela acusada Maria Angélica, já que os elementos colhidos nos autos comprovaram com segurança que a acusada agiu com culpa e foi a responsável pelo resultado morte da vítima, conforme acima amplamente explanado.

Assim, provada a materialidade do crime descrito na denúncia e a autoria na pessoa da acusada, impõe-se a condenação.

Não existem ainda nos autos causas excludentes da ilicitude ou da culpabilidade que possam beneficiar a ré.

### 3. Dispositivo

Ao teor do exposto, julgo parcialmente procedente pretensão constante da denúncia para:

1 ? absolver a acusada **Thamyres Costa Borges Teodoro**, das imputações feitas contra a sua pessoa, com fundamento no artigo 386, inciso IV, do Código de Processo Penal; e

2 ? condenar a acusada **Maria Angélica Pinheiro Moura Carvalho**, devidamente qualificada nos autos, nas penas do artigo 121, § 3º, do Código Penal.

Passo a dosar a pena a ser aplicada a acusada, na forma do artigo 59 do Código Penal:

1. CULPABILIDADE ? Trata-se de conduta com elevado grau de reprovabilidade, já que ficou comprovado que a acusada errou em seu diagnóstico e terapia médica prescrita o que levou a vítima ao óbito cerca de três horas após receber alta; 2. ANTECEDENTES ? primária (fls. 392/393); 3. CONDUTA SOCIAL ? favorável a acusada, vez que se tem notícia de que a acusada é pessoa de boa índole, boa conduta em seu ambiente de trabalho, não tendo notícias de nada que a desabone; 4. PERSONALIDADE ? dentro dos padrões da normalidade; 5. MOTIVOS ? não há motivos determinantes para a prática do fato, que decorreu de negligência e imprudência médica; 6. CIRCUNSTÂNCIAS ? graves, vez que, de acordo com a prova técnica constante dos autos, bastava a acusada ter seguido o protocolo de emergência de dor torácica e realizado novos exames para investigar o motivo da dor precordial recorrente e assim, possivelmente teria evitado o resultado morte da vítima; 7. CONSEQUÊNCIAS ? desfavoráveis a acusada, tendo em vista que a morte da vítima,



que estava com apenas 32 anos trouxe profunda tristeza aos seus familiares, deixando vítima dois filhos pequenos, e ainda que a ré não prestou nenhum tipo de assistência, seja moral ou material para os familiares da vítima; 8. **COMPORTAMENTO DA VÍTIMA** ? não existem elementos que indiquem que a vítima tenha contribuído para o evento danoso; 9. **CONDIÇÃO ECONÔMICA** ? os elementos colhidos indicam que a acusada possui uma boa condição econômico-financeira, percebendo renda mensal de R\$ 20.000,00 (fls. 357).

Diante das circunstâncias judiciais analisadas, fixo pena-base **em 01 (um) ano e 03 (três) meses de detenção**, que torno definitiva ante a ausência de circunstâncias atenuantes, agravantes, causas de diminuição ou de aumento de pena a serem consideradas.

O cumprimento da pena privativa de liberdade será no regime inicial aberto e na Casa do Albergado. Considerando que a acusada não cumpriu prisão cautelar, não há tempo de prisão provisória a ser considerada para fins de fixação do regime de pena (artigo 387, § 2º, ambos do Código de Processo Penal).

Tendo em vista que a acusada preenche os requisitos legais, substituo sua pena privativa de liberdade por duas penas restritivas de direito, previstas no artigo 43, incisos I e IV, do Código Penal, consistentes em: **1 ? pena pecuniária no valor de 5 (cinco) salários-mínimos em favor dos filhos da vítima, devendo o depósito ser efetuado no prazo máximo de 30 dias, após o trânsito em julgado da sentença; 2 ? prestação de serviços à comunidade em entidade a ser indicada pelo órgão da Execução Penal, devendo ser cumprida à razão de 01 (uma) hora de tarefa por dia de condenação, fixadas de modo a não atrapalhar a jornada normal de trabalho (§ 3º, artigo 46, CP).**

Não aceitando a acusada as penas alternativas, a pena privativa de liberdade deverá ser cumprida nos termos em que foi anteriormente fixada.

Atenta as diretrizes do artigo 387, inciso IV, do Código de Processo Penal, **condeno a acusada ao pagamento de danos materiais e morais mínimos devidos aos herdeiros da vítima, segundo a ordem estabelecida pelo artigo 1.829 do Código Civil, cujo valor fixo em R\$ 20.000.00 (vinte mil reais** Tal quantia arbitro orientada por critérios estabelecidos pela doutrina e jurisprudência, tais como a peculiaridade do caso concreto, o grau de culpa e as condições financeiras/econômicas das partes.

A comprovação de qualquer pagamento feito anteriormente aos beneficiários poderá ser aproveitado como cumprimento total ou parcial desta obrigação.

O valor descrito acima deverá ser depositado em conta judicial, com prazo de 30 dias, contados do trânsito em julgado da sentença.

Condeno a acusada ao pagamento das custas processuais.

Deixo de decretar a prisão preventiva da acusada por não se encontrarem presentes os requisitos necessários à sua decretação.

Intime-se a acusada, da sentença no endereço constante dos autos. Não sendo a ré encontrada no endereço informado, faça-se a intimação da sentença por edital, com prazo de 90 (noventa) dias.

Intimem-se os familiares da vítima.

**Proceda a escrivania com a correção no SPG do nome da acusada Maria Angélica Pinheiro Moura, fazendo acrescentar ao final, o sobrenome Carvalho, conforme documento de fls. 67.**

Após o trânsito em julgado da sentença, adote a serventia as seguintes providências:

1 ? Remetam-se os autos ao Contador para o cálculo das custas processuais;

2 ? Após, expeça-se a guia de execução penal e a encaminhe ao juízo da execução competente, acostando-se nela a conta das custas processuais e demais peças necessárias.

3 ? Informe-se o juízo da execução através de certidão:

a) o endereço atual da condenada;

b) o tempo de prisão provisória ou de medidas diversas de prisão, informando o tipo de medida aplicada;

c) o valor da indenização mínima, se houve pagamento voluntário e endereço dos familiares da vítima.

4 ? Oficie-se ao TRE comunicando a condenação transitada em julgado (artigo 15, inciso III, CF);

5 ? Oficie-se ao Instituto Nacional de Identificação (INI), da Polícia Federal, para as anotações de praxe;

6 ? Em caso de não pagamento voluntário da indenização, deverá a escritania, quando solicitado pela parte interessada, expedir certidão narrativa informando a qualificação do (a) acusado (a) e do (a) beneficiário (a) da indenização, o número do processo, o valor da dívida (indenização) e a data do decurso do prazo para pagamento voluntário, nos termos do artigo 517 e § 2º do CPC, para a entrega aos beneficiários ou seus familiares, pois caberá a ela(s) providenciar(em) a execução no juízo competente (Juízo cível ou Juizado Especial Cível), bem como, requerer(em) o protesto desta sentença, e/ou a inscrição do(a) condenado(a) nos cadastros de inadimplentes, nos termos do artigo 782, § 3º e § 5º do CPC, através de advogado constituído ou pela defensoria pública.

P.R.I.

Goiânia, 18 de outubro de 2019.

**Maria Umbelina Zorzetti**

**Juíza de Direito**

1 <https://www.dicio.com.br/epigastralgia/>.