

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO  
ESTADO DO AMAZONAS

**NOTIFICAÇÃO DE JULGAMENTO**

OFICIO SP 2274/2011

PEP n°: 000002/2007

Prezado(a) Senhor(a)

Nos termos do artigo 32 do Código de Processo Ético-Profissional (Resolução CFM n° 1.897/2009), NOTIFICAMOS V.Sa. de que no próximo dia 12/01/2012, às 20:00 horas, na sede do Conselho Regional de Medicina do Estado DO AMAZONAS, situado no(a) AV. SEN. RAIMUNDO PARENTE, 06 - ALVORADA. Cep: 69048661 MANAUS - AM, realizar-se-á o julgamento dos autos do processo em epígrafe, no qual figura como DENUNCIANTE.

Na referida sessão de julgamento V.Sa. poderá usar da palavra pelo prazo improrrogável de 10 (dez) minutos, pessoalmente ou por intermédio de advogado, sem, contudo, apresentar novas provas.

Após os esclarecimentos e discussão será concedido o tempo final de 5 (cinco) minutos para novas manifestações orais.



**ALOYSIO ALVES VIEIRA FILHO**  
CORREGEDOR

MANAUS-AM, 12 de Dezembro de 2011

Ilmo(a) Sr.(a)

ALY JORGE ALMEIDA

ENDEREÇO: RUA RIO JAVARI, N°18

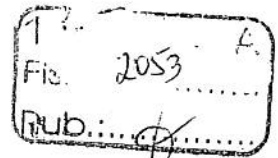
BAIRRO: NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

CEP: 69053110 MANAUS - AM



*Universidade de São Paulo*  
*Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*  
*Departamento de Patologia e Medicina Legal*  
*Centro de Medicina Legal*

Rua Tenente Catão Roxo, 2418 - Ribeirão Preto, SP - Brasil CEP: 14051-140 Tel: (16)3602-3360 Fax: (16)3633-4476 e-mail: mag@fmrp.usp.br



Manaus, 08 de abril de 2011.

Meritíssima *Lia Maria Guedes de Feitas*  
Excelentíssima Juíza  
11ª. Vara Cível da Comarca de Manaus - AM

Meritíssima,

Venho através desta encaminhar o laudo pericial, com um total de 19 (dezenove) páginas, referente ao processo 001.08.214774-5 movido por *Aly Jorge Almeida* contra *UNIMED de Manaus - Cooperativa de Trabalho Médico e outros*.

Na expectativa de ter cumprido a contento a designação que me foi feita, agradeço a confiança depositada em minha atividade pericial.

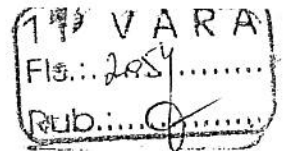
Atenciosamente,

Prof. Dr. *Marco Aurelio Guimarães*  
Docente do Departamento de Patologia e Medicina Legal  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto  
Universidade de São Paulo



**Universidade de São Paulo**  
**Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**  
**Departamento de Patologia e Medicina Legal**  
**Centro de Medicina Legal**

Rua Tenente Catão Roxo, 2418 – Ribeirão Preto, SP – Brasil CEP:14051-140 Tel:(16)3602-3360 Fax: (16)3633-4476 e-mail:mag@fmrp.usp.br



Eu, Prof. Dr. **Marco Aurelio Guimarães**, Médico graduado pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP); Mestrado e Doutorado pela FMRP-USP; Pós-doutorado pela University of Sheffield no Reino Unido (UK); Professor Doutor do Departamento de Patologia e Medicina Legal da FMRP-USP nas disciplinas de Medicina Forense e Bioética, incluindo os conteúdos de ética profissional e deontologia; Membro da Câmara Técnica de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), tendo sido designado pela Excelentíssima Juíza da 11ª. Vara Cível da Comarca de Manaus (AM), Meritíssima **Lia Maria Guedes de Feitas**, para realizar o exame pericial nos autos do processo 001.08.214774-5 movido por **Aly Jorge Almeida** contra **UNIMED de Manaus – Cooperativa de Trabalho Médico e outros** apresento a seguir o meu -----

**LAUDO PERICIAL**

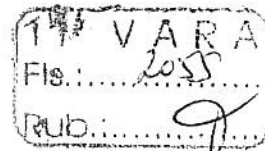
**I- IDENTIFICAÇÃO** -----

1- Trata-se de uma AÇÃO ORDINÁRIA DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS / LUCROS CESSANTES E DANOS EMERGENTES movida por **Aly Jorge Almeida** contra **UNIMED de Manaus – Cooperativa de Trabalho Médico e outros (Representante Legal e Presidente Asdrubal Francisco Epaminondas de Melo; os médicos sócios Ageu Silva; Mauro Carvalho de Lima; José Francisco dos Santos Vieira; Enrique Carlos Frias Cespedes e o enfermeiro/funcionário Sandro Farias da Silva)** em virtude da morte de sua filha **AYLLA BOTELHO ALMEIDA**, ocorrida às 9:50h em 11 de agosto de 2006, no Pronto Socorro UNIMED de Manaus - AM.-----

**II- HISTÓRICO E DESCRIÇÃO SUMÁRIOS DO CASO** -----

**A- SEGUNDO O AUTOR DA AÇÃO (informações resumidas obtidas dos autos do processo)** -----

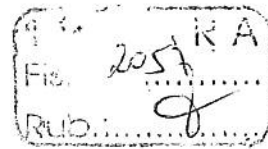
- 2- Na data de 11 de agosto de 2006, às 3:52 h da manhã, **AYLLA BOTELHO DE ALMEIDA**, que se encontrava em uma confraternização entre amigos sentiu o início de uma crise asmática, quadro patológico com o qual convivia desde a infância. -----
- 3- Procurou atendimento médico no Pronto Socorro UNIMED de Manaus, do qual era cliente há 14 anos. ---
- 4- Foi atendida com descaso pela equipe de enfermagem que solicitou ao médico clínico geral **Ageu Silva** a



- avaliação do estado clínico da paciente.-----
- 5- O referido médico diagnosticou “ansiedade” e prescreveu a medicação “prometazina” por via intramuscular e solicitou que a paciente ficasse em observação, deixando-a sob cuidados da equipe de enfermagem. -----
- 6- Como não apresentou melhora e tendo a equipe de enfermagem percebido que se tratava de um quadro de crise asmática, foi colocada em balão de oxigênio e recebeu “hidrocortisona” via intra-venosa, mesmo sem a prescrição do médico *Ageu Silva*, responsável pelo atendimento. -----
- 7- Depois de terminada a medicação e mais de meia hora de repouso, solicitou ao seu namorado *Erick G. V. Bandeira de Melo*, que a acompanhava, que providenciasse sua liberação do atendimento pois se preocupava com o pai, devido ao horário avançado. -----
- 8- O médico *Ageu Silva*, ao constatar a paciente de pé no corredor teria dito que a mesma estava bem melhor e poderia ter alta, sem contudo fazer qualquer observação ou recomendação a respeito da medicação ministrada à paciente ou ao seu acompanhante, principalmente com relação à restrição da condução de veículos. -----
- 9- Depois de liberada pela enfermagem, a paciente saiu do hospital e conduziu seu próprio carro, sendo seguida por seu namorado *Erick*, que após breve tempo de condução (cerca de 2 minutos) presenciou a perda de controle do carro que a paciente conduzia, pois a mesma dormiu ao volante, o que levou-a a uma colisão frontal com um poste. -----
- 10- A paciente foi socorrida pelo namorado *Erick* que levou-a novamente ao Pronto Socorro UNIMED, solicitando urgência à equipe de funcionários, que ao recebê-la, colocaram-na em uma sala, sendo chamado o médico cirurgião *Mauro Carvalho de Lima*, que ao constatar ferimentos no joelho direito, efetuou suturas nas lesões e prescreveu uma medicação que foi entregue ao acompanhante da paciente na saída da sala. -----
- 11- O namorado *Erick* solicitou a realização de radiografias de tórax e abdome da paciente, tendo em vista que no acidente ela entortou o volante do veículo com o peito, mas foi solicitado a retirar-se da sala pois estava sendo inconveniente. -----
- 12- *Erick* percebeu a palidez da paciente e solicitou novamente a realização dos exames, sem obter sucesso.-
- 13- Não foram tomadas outras condutas dignas de nota até a chegada do pai da paciente, *Aly Jorge Almeida* (autor da ação), às 6:30h da manhã, no Pronto Socorro Unimed. -----
- 14- Ao chegar, o pai da paciente, *Aly*, encontrou a filha deitada de lado em uma maca, completamente lívida, com a pele do rosto, lábios e mãos completamente amarelada, um semblante cadavérico, sem vida, sem forças e sem ação para nada, tendo se limitado a esboçar verbalmente “desculpa paizinho” e afirmar que estava com muito sono e não conseguia abrir os olhos. -----
- 15- O pai da paciente procurou então qualquer médico que pudesse socorrer sua filha tendo em vista a constatação de seu mau estado, não tendo sucesso, mas ao retornar ao local onde a paciente estava encontrou o médico *José Vieira* (neurologista de sobreaviso) verificando se a mesma estava lúcida através de



- questionamentos, mas sem examiná-la fisicamente. -----
- 16- O médico *José Vieira* afirmou que daria alta para a paciente e o pai, inconformado solicitou que o médico realizasse um exame melhor de sua filha, tendo em vista que o mesmo reconhecia que a aparência da paciente denunciava a gravidade de seu estado. -----
- 17- O médico *José Vieira* afirmou então que a paciente estava de alta e que podia ir para casa, mas o pai ao questionar e solicitar novamente um exame mais acurado da paciente recebeu como resposta “Sou médico daqui pra cima (apontando para a testa) e pra mim, ela está de alta. Se o senhor não quer levá-la deixe ela aí”. -----
- 18- O pai da paciente telefonou então para amigos médicos, *Sócrates Lotte* (radiologista) e *Fernando Fonseca* (cirurgião) explicando a situação e pedindo suas presenças ao Pronto Socorro UNIMED.-----
- 19- O médico *Sócrates Lotte* chegou minutos após o chamado e foi reconhecido pela paciente. Ao examiná-la constatou seu estado anêmico e procurou pelo cirurgião de plantão.-----
- 20- O mesmo encontrou o médico cirurgião *Paulo Freire* (cirurgião) que acabava de chegar ao hospital, por volta das 7:00 h, que ao tomar conhecimento do quadro clínico da paciente fez “exames de praxe” e solicitou um exame de ultrassom, mas foi informado que o ultrassonografista não estava no Pronto Socorro.-
- 21- Solicitou ao médico *Sócrates Lotte*, por este ser radiologista, se ele poderia realizar o exame, obtendo resposta afirmativa, mas ao solicitar a abertura da sala onde se encontrava o equipamento foi informado que a chave não estava na UNIMED, pois o serviço era terceirizado, encerrava-se às 19:00h e o médico levava a chave com ele, devendo o serviço ser reaberto à partir das 7:00h. -----
- 22- Na impossibilidade de realização do exame de ultrassom o médico cirurgião *Paulo Freire* solicitou exames de raios X de tórax e abdome, sendo que a paciente só chegou a realizar o de tórax, pois desfaleceu na sala do exame. -----
- 23- O médico *Paulo Freire*, tendo em vista a gravidade da situação, realizou punção abdominal e constatou sangue na cavidade abdominal. Encaminhou a paciente imediatamente para cirurgia, que se iniciou por volta das 8:10h da manhã.-----
- 24- Durante a cirurgia o médico cirurgião *Paulo Freire* constatou não haver disponibilidade de sangue o suficiente para um caso como o que atendia, além de não ter medicamentos que solicitava para o caso e a ausência de instrumentos cirúrgicos obrigatórios como a “caixa de tórax”.-----
- 25- Um motorista da UNIMED, a pedido do cirurgião, teve que buscar os instrumentos cirúrgicos no Hospital Central da Unimed. -----
- 26- Foi constatada a presença de grande quantidade de sangue na cavidade abdominal da paciente e apesar dos esforços no procedimento cirúrgico, a paciente AYLLA BOTELHO ALMEIDA, morreu às 9:50h do dia 11 de agosto de 2006. -----
- 27- Após o óbito da paciente o prontuário da mesma foi requisitado, tendo sido verificadas alterações nos registros que levavam a informações não verdadeiras sobre os fatos ocorridos no atendimento. -----



28- Uma delas foi realizada pelo enfermeiro *Sandro Farias*, que anotou na ficha de enfermagem que "...após a medicação a paciente evadiu-se por conta própria, sendo avisada a permanecer após a medicação em observação, após a orientação a paciente não aceitou permanecer em observação evadindo-se do pronto socorro, depois de uns 20 minutos a paciente retornou ao pronto socorro, devido ter dormido no volante..."

29- Uma outra seria na anotação do médico cirurgião *Mauro Carvalho de Lima*, na qual após o registro de seu atendimento surge a indicação "Receita", seguida da anotação "observação (rasura) cirúrgica" sendo a rasura para encobrir o que seria a palavra "alta". -----

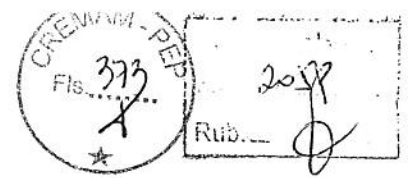
30- Foram detectadas rasuras também nos horários de atendimento, sendo o primeiro uma alteração para o horário de 5:45 h em referência ao primeiro atendimento da paciente após o acidente de trânsito e o segundo sobre o novo atendimento na Cirurgia Geral registrado como às 7:30h. -----

**B- SEGUNDO OS REQUERIDOS NA AÇÃO (informações resumidas obtidas dos autos do processo)-**

31- Os requeridos na ação, *UNIMED de Manaus – Cooperativa de Trabalho Médico (Representante Legal e Presidente Asdrubal Francisco Epaminondas de Melo)*; os médicos *Ageu Silva, Mauro Carvalho de Lima, José Francisco dos Santos Vieira, Enrique Carlos Frias Cespedes* e o enfermeiro *Sandro Farias da Silva* apresentaram defesa dos fatos que lhes foram imputados. -----

32- O médico clínico *Ageu Silva*: alegou que o diagnóstico que elaborou sobre o estado da paciente *AYLLA* era de ansiedade e não de crise de asma, pelo fato de ter sido informado pelo namorado dela, *Erick*, de uma discussão entre o casal pouco antes do atendimento. Que não prescreveu que a paciente fosse colocada para receber oxigênio ou hidrocortisona intra-venosa. Que a prescrição de prometazina via intra-muscular foi adequada para o caso por se tratar de medicamento com ação ansiolítica. Que solicitou que a paciente permanecesse em observação médica. Que ao ser solicitado a dar alta para a paciente, deu as orientações sobre o efeito sedativo da medicação e que entendeu que a paciente estava acompanhada pelo namorado e seria conduzida por ele para casa e não que a mesma iria conduzir seu próprio carro. Que deu a alta solicitada às 5:12h, conforme anotado na ficha de atendimento. -----

33- O médico cirurgião *Mauro Carvalho de Lima*: que atendeu a paciente *AYLLA* após o acidente automobilístico às 5:45h e no atendimento notou que a paciente estava sonolenta, mas lúcida, que respondia suas perguntas, que não se queixava de dor e como já estava monitorada por equipamentos notou que a mesma estava com traçado cardíaco normal e a saturação de oxigênico estava normal (98%). Que realizou exame físico, tendo verificado que estava eupneica (respiração normal), lúcida, orientada, mas sonolenta. Que apresentava ausculta pulmonar normal, abdome sem alterações e pressão arterial de 120x70 mmHg. Que a paciente apresentava um ferimento corto-contuso no joelho direito e escoriações no joelho esquerdo, tendo realizado sutura e curativo na lesão do joelho direito, tendo inclusive a paciente queixado de dor no local no momento do procedimento. Que cometeu um erro no momento da anotação e rasurou-a pois achou melhor manter a paciente em observação, e não dar alta, devido à sonolência provocada pela medicação administrada no atendimento anterior. Que prescreveu diclofenaco sódico 75mg intra-muscular devido à



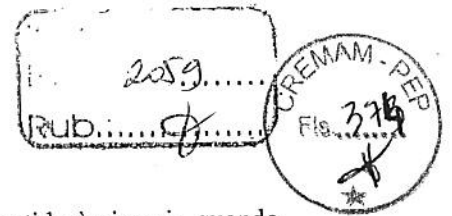
lesão no joelho direito que foi suturada. Que anotou solicitações de avaliação da clínica médica e do neurocirurgião, antecipando inclusive um pedido de exame de raio-X de crânio, isso tudo às 5:50h. Declarou em sindicância que não questionou sobre a forma ou a gravidade do acidente, tendo atendido a paciente somente sabendo que se tratava de um acidente de trânsito, sem entrar em detalhes. Que antes de sair para trabalhar em um outro hospital por volta das 7:00h teria visto a paciente e seu estado clínico estava mantido. Que não havia motivo, pelo estado clínico da paciente, para seguir o ABC da ATLS (protocolo de atendimento preconizado em suporte de vida avançado em situações de trauma). -----

34- O médico neurocirurgião *José Francisco dos Santos Vieira*: que realizou o exame neurológico da paciente por solicitação, tendo em vista que era plantonista de sobreaviso. Que iniciou os exames de praxe e constatou que a paciente estava consciente, orientada, sem sinais de comprometimento neurológico, respondendo corretamente à todas as perguntas que fez, não emitindo nenhuma queixa do ponto de vista neurológico, nem de outro sintoma além de sonolência, o que era compatível com o fato de ter tomado a medicação do primeiro atendimento. Que verificou o exame de raio-X de crânio e constatou não haver nenhum trauma na região craniana, resultado este compatível com o aspecto neurológico ao exame da paciente. Que no momento de seu exame havia somente um acompanhante, tendo o pai da paciente chegado depois. Que o pai de AYLLA não teria perguntado nada e ainda dito ao mesmo que a mesma estava liberada da parte neurológica e que não havia assumido responsabilidade nenhuma por qualquer outra especialidade a não ser a sua própria, tendo testemunha deste momento. -----

35- O médico *Enrique Carlos Frias Céspedes*: que não participou do atendimento da paciente AYLLA BOTELHO ALMEIDA e na data de seu atendimento e morte era administrador da Unidade de Emergência da UNIMED de Manaus (Pronto Socorro UNIMED). Afirmou ainda que a Unidade de Emergência da UNIMED de Manaus estava plenamente em acordo com a regulamentação exigida. Questionou que o namorado da paciente *Erick Bandeira*, quando socorreu-a e levou-a ao atendimento médico no Pronto Socorro UNIMED, não informou suficientemente sobre as condições do acidente para que o atendimento pudesse ter ocorrido de modo mais correto. -----

36- O enfermeiro *Sandro Farias da Silva*: Que preencheu a ficha de enfermagem com a informação de que a paciente AYLLA teria evadido-se do Pronto Socorro Unimed sem retornar ao consultório do médico com base em informações de terceiros, por volta das 5:00 h. Que não realizou este ato com intenção de alterar a veracidade dos fatos ocorridos. -----

37- A UNIMED de Manaus – *Cooperativa de Trabalho Médico (Representante Legal e Presidente Asdrubal Francisco Epaminondas de Melo)*: Que o óbito da paciente AYLLA BOTELHO DE ALMEIDA deveu-se à gravidade das lesões apresentadas pela paciente e não por falhas ou erros no seu atendimento que fossem de responsabilidade da instituição. Que na data dos fatos ocorridos, a Unidade de Emergência da UNIMED Manaus, funcionava de acordo com a legislação vigente e em condições técnicas adequadas, salientando a existência do serviço de radiologia funcionando conforme exigência regulamentar. Que não omitiu ou



negligenciou o socorro à paciente, tendo em vista que a mesma chegou a ser submetida à cirurgia quando constatado o agravamento de seu quadro por parte do médico cirurgião *Paulo Freire*. -----

**C- OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES (informações resumidas obtidas dos autos do processo)** -----

38- No texto da **descrição da operação** realizada em AYLLA BOTELHO DE ALMEIDA, realizada pelo médico cirurgião *Paulo Freire*, consta: 1- Antissepsia, assepsia, campos operatórios; 2- Incisão mediana xifo infra umbilical; 3- Encontrada grande quantidade de sangue em cavidade abdominal com lesão do hilo esplênico e desinserção da cava próximo ao diafragma e também das veias supra-hepáticas; 4- Realizado esplenectomia e toracotomia anterior mediana, ausência de lesão cardíaca, realizada bolsa de tabaco em aurícula direita com abertura da mesma para passagem de cânula traqueal até a cava (shunt átrio-caval), paciente apresentou PC (parada cardíaca) sendo feita massagem cardíaca interna, sem sucesso pela exanguinação. Utilizado desfibrilador sem sucesso, constatado o óbito após 40 min de PC e tentativas de reanimação cardíaca. Óbito às 9:50 h; 5- Síntese da incisão tóraco-abdominal em chuleio com nylon 0; 6- Curativo. -----

39- No texto do **laudo de exame necroscópico** realizado no corpo de AYLLA BOTELHO DE ALMEIDA consta que ao exame externo verificou-se incisão cirúrgica de laparotomia abdominal, equimose e edema periorbitário direito; duas feridas corto-contusas medindo 4 e 2 cm de extensão na região anterior do joelho direito; três escoriações não maiores que 1,5 cm na região anterior do joelho esquerdo; duas equimoses arredondadas medindo 4 e 2,5 cm nos maiores diâmetros na região do terço distal anterior da coxa direita e no terço anterior proximal da perna direita respectivamente. Consta ainda que no exame interno verificou-se esplenectomia cirúrgica com sutura do hilo e presença do baço na cavidade abdominal; avulsão dos ligamentos hepáticos da face diafragmática; coração íntegro com câmaras cardíacas vazias, incisão cirúrgica em aurícula direita por procedimento cirúrgico; nada encontrado no exame do crânio. -----

40- No texto do **laudo de exame necroscópico** realizado no corpo de AYLLA BOTELHO DE ALMEIDA consta como causa da morte *anemia aguda / choque hemorrágico por ruptura de vísceras maciças sendo esta produzida por ação contundente*. -----

41- Nos oito volumes do processo analisado há documentos de procedimento de sindicância interna da própria UNIMED, de Comissão Parlamentar de Inquérito da Câmara Municipal da Prefeitura de Manaus, depoimentos de testemunhas, textos de regulamentações e cópias das folhas de registro de atendimentos da paciente no Pronto Socorro da UNIMED referentes ao atendimento em 11/08/2006 e anteriores até o ano de 2001, além de jornais com notícias referentes ao caso, entre outros. -----

**III- DISCUSSÃO** -----

42- Trata-se de um caso de perícia indireta (documental) que trata de um caso de possível erro de conduta médica ocorrido no atendimento de AYLLA BOTELHO DE ALMEIDA, no qual o pai da vítima, *Aly Jorge*

*Almeida*, pleiteia junto à Justiça Civil a reparação de DANOS MORAIS E MATERIAIS / LUCROS CESSANTES E DANOS EMERGENTES, frente a *UNIMED de Manaus – Cooperativa de Trabalho Médico e outros (Representante Legal e Presidente Asdrubal Francisco Epaminondas de Melo; os médicos sócios Ageu Silva; Mauro de Carvalho de Lima; José Francisco dos Santos Vieira; Enrique Carlos Frias Cespedes e o enfermeiro/funcionário Sandro Farias da Silva)*. -----

43- O processo conta com 8 (oito) volumes de documentos que foram devidamente analisados em busca das informações necessárias para responder aos quesitos formulados de forma a mais correta e completa possível. -----

44- Salienta-se que as informações constantes do processo foram resumidas de forma a facilitar a organização e o entendimento do seu conteúdo e a elaboração das conclusões e respostas aos quesitos formulados. -----

45- A análise dos fatos médicos constantes do processo será apresentada a seguir, em partes, de acordo com as etapas do atendimento realizado à paciente AYLLA BOTELHO DE ALMEIDA. -----

**A- COM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO INICIAL REALIZADO PELO MÉDICO CLÍNICO AGEU SILVA**-----

46- Os dados constantes do processo evidenciam um conflito de informações entre o motivo da ida da paciente ao Pronto Socorro (crise de asma desencadeada por nervosismo) e o diagnóstico dado pelo médico clínico que a atendeu (ansiedade).-----

47- Não há elementos clínicos documentados na ficha de atendimento datada de 11/08/2006 que permitam comprovar ou não a possibilidade de crise asmática.-----

48- Contudo, pode-se afirmar que o diagnóstico de "ansiedade" é inadequado, pois o termo *ansiedade* refere-se a um tipo de distúrbio específico que corresponde a uma combinação complexa de sentimentos de medo, apreensão e preocupação, geralmente acompanhada de sensações físicas como palpitações, dor no peito e/ou falta de ar, podendo existir como uma desordem cerebral principal, ou ainda estar associada a outros problemas médicos, incluindo desordens psiquiátricas, tendo como possíveis nomenclaturas oficiais

pela Classificação Internacional de Doenças em vigor (CID-10) F06.4- Transtornos da ansiedade orgânicos;

F41.0- Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica) e F41.1- Ansiedade generalizada.-----

49- Considerando-se que o médico tenha baseado seu diagnóstico na história de que a paciente teria brigado com seu namorado, o diagnóstico correto deveria ser *nervosismo* (R45.0) ou outro descritivo adequado dentro do capítulo XVIII, descritivo 45 da CID-10.-----

50- Com relação à prescrição de prometazina (droga da classe dos anti-histamínicos) por via injetável intramuscular como tratamento, há que se considerar que esta droga produz um efeito sedativo que seria desejável para uma situação de nervosismo. Contudo, não há indicação primária para este tipo de situação clínica, sendo seu efeito sedativo recomendado para pré-anestesia ou potencialização de efeito analgésico. Nas informações sobre a utilização desta droga, que constam inclusive da bula, verifica-se que anti-

112 / A R A  
Fis.: 261  
RUB.: 7

CREMESP  
Fis. 376  
2

histamínicos como a prometazina não são indicados para pacientes com asma brônquica e a paciente tinha o histórico dessa doença, com atendimento no mesmo Pronto Socorro em 06/12/2002.

51- Há que se considerar ainda que o efeito sedativo da prometazina é bastante potente, sendo clara a advertência nas bulas das diferentes apresentações farmacêuticas da mesma, que "Durante o tratamento, o paciente não deve dirigir veículos ou operar máquinas, pois sua habilidade e atenção podem estar prejudicadas". Sua ação dura de 4 a 6 horas, podendo chegar a 12 horas.

52- Em outros atendimentos prestados no mesmo local, quando a paciente apresentava o diagnóstico de "ansiedade" a prescrição era de diazepam, medicamento da classe dos benzodiazepínicos (dose de 5 a 10 mg) normalmente mais indicado para situações como a descrita, devido ao fato da sua ação durar cerca de 3 horas, tendo este medicamento inclusive sido prescrito em atendimento prévio pelo mesmo médico, Ageu Silva, em 14/04/2006.

53- Não há anotação na ficha de atendimento sobre a recomendação de permanência da paciente para observação. Com relação a alta a pedido ter sido dada à paciente pelo médico e este ter fornecido ou não as informações sobre a não condução de veículos, esta avaliação também fica prejudicada pela falta de anotações na ficha de atendimento da paciente. Nos depoimentos relativos ao caso há conflito de afirmações entre o acompanhante da paciente no momento do atendimento, Erick, e o médico Ageu Silva, não sendo possível avaliar do ponto de vista pericial a veracidade das informações.

54- Consta da ficha de atendimento que o médico clínico Ageu Silva assinou a alta da paciente na condição de "melhorada".

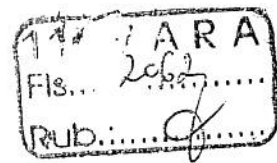
55- Do atendimento prestado pelo médico clínico Ageu Silva, através dos dados analisados, pode-se notar a ocorrência de falta de detalhamento adequado de informações e procedimentos médicos nas anotações da ficha de atendimento, diagnóstico indevido de "ansiedade", uso de medicação inadequada para o diagnóstico (prometazina) com efeito sedativo maior do que o recomendado para a situação, falta de detalhamento das condições de alta da paciente.

#### **B - COM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO REALIZADO APÓS O ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO PELO MÉDICO CIRURGIÃO MAURO CARVALHO DE LIMA**

56- Os dados constantes do processo evidenciam falhas importantes na avaliação cirúrgica.

57- O médico cirurgião declarou em sindicância que não questionou sobre a forma ou a gravidade do acidente, tendo atendido a paciente somente sabendo que se tratava de um acidente de trânsito, sem entrar em detalhes, o que o levou aparentemente a subestimar a gravidade do caso. Segundo Wilkinson e Skinner (2000) "Todo o doente politraumatizado deve ser tratado como portador de um traumatismo abdominal, até prova em contrário. Um traumatismo abdominal não diagnosticado passa a ser uma causa comum de morte evitável após um politraumatismo".

58- Apesar do exame inicial aparentemente ter respeitado os protocolos básicos de atendimento ao trauma realizando a avaliação ABCDE (Via aérea, Respiração, Circulação, Disfunção neurológica e Exposição -



Wilkinson e Skinner, 2000), cujos dados registrados na ficha de atendimento são compatíveis, não há registro na ficha de atendimento sobre reavaliações da paciente. A mesma referência anteriormente citada (Wilkinson e Skinner, 2000) coloca que "Em cerca de 20% dos doentes com hemoperitônio agudo (coleção de sangue na cavidade peritoneal), não há sinais de irritação peritoneal na primeira exploração; insistir na suspeita clínica de traumatismo abdominal e reavaliar repetidamente estes doentes".



59- Considerando-se ainda a referência de Wilkinson e Skinner (2000) o exame abdominal deveria ter incluído uma exploração retal detalhada, para determinar o tônus do esfíncter anal, a integridade da parede e a presença de sangue. Levando em consideração que os traumatismos fechados do abdome são muito difíceis de avaliar, deveria ter-se considerado a necessidade de uma lavagem peritoneal diagnóstica (LPD) útil para detectar a presença de sangue ou líquido peritoneal livre após um traumatismo abdominal. Entre as indicações para realizar uma lavagem peritoneal, inclui-se "Qualquer doente com traumatismo abdominal e com alteração do nível de consciência (drogas, álcool, dano cerebral)", como era o caso da paciente, que havia recebido prometazina, de efeito sedativo potente como mencionado anteriormente. Poderia ter-se verificado também as indicações de "traumatismo na parte inferior do tórax", caso a história detalhada do acidente tivesse sido obtida e "Hipotensão, ou queda do hematócrito sem causa aparente", caso tivessem sido realizadas as reavaliações recomendadas.

60- Caso ainda permanecesse dúvida, uma laparotomia exploradora estaria indicada (Wilkinson e Skinner, 2000).

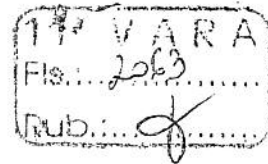
61- Nota-se que os procedimentos que levaram ao diagnóstico de trauma abdominal grave na paciente AYLLA BOTELHO DE ALMEIDA incluíram a LPD e a laprotomia exploradora, mas somente foram realizadas tardiamente, quando da avaliação do outro médico cirurgião, Paulo Freire, quando a paciente já se encontrava em um estado de evolução demasiado grave.

62- As rasuras nas anotações da ficha de atendimento, apesar de não modificarem substancialmente a situação, acabaram por levantar ainda mais suspeitas sobre a avaliação equivocada realizada na paciente. A possível troca da palavra "alta" por "observação" cirúrgica não modificou a conduta de realização do exame neurológico e a permanência da paciente no Pronto Socorro da UNIMED para o posterior exame pelo médico cirurgião Paulo Freire. Não é possível pela análise dos autos concluir se a rasura ocorreu meramente por falta de zelo na anotação da ficha de atendimento ou intencionalmente, para modificar uma posterior avaliação dos registros. Contudo, a simples presença desta rasura levanta suspeição sobre a qualidade do atendimento, o que não deveria ocorrer no exercício correto da profissão médica.



63- Do atendimento prestado pelo médico cirurgião Mauro Carvalho de Lima, através dos dados analisados, nota-se a ocorrência de falta de detalhamento adequado na obtenção de informações para o atendimento, falhas nas anotações da ficha de atendimento, além de descuido no registro, evidenciado pela produção de rasuras. Soma-se a isso um diagnóstico equivocado de menor gravidade para o caso, baseado somente em uma avaliação médica, em uma paciente reconhecidamente sob efeito de droga sedativa (que pode mascarar





a sintomatologia inicial que já exige atenção pela dificuldade de detecção). A não realização de exames que seriam fundamentais para o diagnóstico da gravidade do caso (LPD e finalmente a laparotomia) culminou num diagnóstico demasiado tardio da gravidade do caso, que por sua vez colaborou para a morte da paciente.

**C- COM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO REALIZADO APÓS O ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO PELO MÉDICO NEUROCIRURGIÃO JOSÉ FRANCISCO DOS SANTOS VIEIRA**

64- Os dados constantes do processo evidenciam que a avaliação neurológica realizada pelo médico neurocirurgião ocorreu por solicitação do médico cirurgião *Mauro Carvalho de Lima*.

65- As anotações na ficha de atendimento transcrevem os dados da avaliação de maneira bastante resumida ocupando 4 (quatro) linhas e uma menção ao exame de raio-X de crânio. Estas anotações são compatíveis com as informações prestadas em sindicância.

66- Um ponto que não fica esclarecido das anotações do neurocirurgião se refere ao horário em que foram realizadas, pois ao lado do texto da avaliação neurológica há uma anotação de horário "6:30 PA= 90 x 50" mas não necessariamente associada ao atendimento.

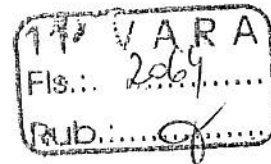
67- De qualquer modo, caso esta aferição de pressão arterial tenha sido fruto da avaliação neurológica, caberia ao neurocirurgião comunicar o médico cirurgião *Mauro Carvalho de Lima* sobre o fato da paciente ter manifestado uma evolução com redução da pressão arterial (hipotensão) indicativa de evolução para choque circulatório e de ocorrência de hemorragia (interna). Caso a aferição não tenha sido realizada no exame neurológico, sendo aferida e anotada posteriormente por outro profissional, fica a evidência de que o exame realizado não foi completo e deve-se salientar que a avaliação da pressão arterial é fundamental em pacientes traumatizados, quer no crânio ou em outros segmentos corporais. Wilkinson e Skinner (2000) colocam que "O atraso na avaliação inicial dos doentes com traumatismo cranioencefálico pode ter consequências desastrosas em termos de prognóstico e sobrevivência do doente. A presença de hipoxia e hipotensão em tais doentes duplica a sua mortalidade".

68- Com relação ao conflito de informações sobre o neurocirurgião ter sido solicitado ou não pelo pai da paciente para que realizasse uma avaliação médica mais detalhada e a possível recusa associada a limitar-se a sua área de especialidade, não é possível chegar a uma conclusão, tendo em vista que não há registros médicos do fato e o conflito baseia-se em confronto de depoimentos.

69- Do atendimento prestado pelo médico neurocirurgião *José Francisco dos Santos Vieira*, através dos dados analisados, nota-se a ocorrência de falta de detalhamento adequado na obtenção de informações para o atendimento, falhas nas anotações da ficha de atendimento, falha na não aferição e/ou na comunicação do valor da pressão arterial verificado no cirurgião que prestou o atendimento inicial, colaborando para o atraso no diagnóstico da hemorragia abdominal que levou a paciente ao óbito.

**D- COM RELAÇÃO ÀS ANOTAÇÕES NA FICHA DE ENFERMAGEM REALIZADAS PELO**





**ENFERMEIRO SANDRO FARIAS DA SILVA** -----

70- O próprio enfermeiro admitiu em depoimento ter anotado que a paciente AYLLA BOTELHO DE ALMEIDA teria evadido-se do Pronto Socorro Unimed sem retornar ao consultório do médico com base em informações de terceiros por volta das 5:00 h nas data dos fatos. -----

71- Esta anotação choca-se frontalmente com o fato de que a paciente teve sua alta assinada pelo médico clínico responsável pelo primeiro atendimento, Ageu Silva. -----

72- Do ato profissional realizado pelo enfermeiro *Sandro Farias da Silva* deve-se considerar que mesmo que a sua anotação não tenha sido realizada com a intenção de modificar o conteúdo dos fatos (a intencionalidade ou não deste ato não é cabível neste exame pericial), há que se considerar o erro de conduta do profissional de saúde, que assina como verdadeiro, fato que não testemunhou, baseado em informação de terceiros, sem verificação de sua veracidade, que gerou confusão na avaliação do caso e no julgamento do comportamento da paciente. -----

**E- COM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO PRESTADO PELA UNIMED DE MANAUS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO E OUTROS (REPRESENTANTE LEGAL E PRESIDENTE, ASDRUBAL FRANCISCO EPAMINONDAS DE MELO) E SUA UNIDADE DE EMERGÊNCIA (RESPONSÁVEL À ÉPOCA DOS FATOS, ENRIQUE CARLOS FRIAS CESPEDES)** -----

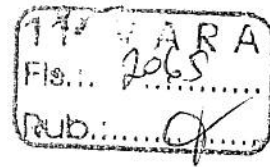
73- *Asdrubal Francisco Epaminondas de Melo e Enrique Carlos Frias Cespedes* são citados nos autos como responsáveis administrativos pela UNIMED de Manaus e não participaram diretamente do atendimento à paciente AYLLA BOTELHO DE ALMEIDA segundo a documentação constante dos autos do processo. ----

74- Apesar da abundante documentação referente à *UNIMED de Manaus – Cooperativa de Trabalho Médico* constante dos autos, não é possível, somente com a documentação presente, avaliar a possível interferência que os representantes legais pela instituição tiveram ou não nos fatos relacionados ao atendimento de AYLLA BOTELHO DE ALMEIDA e que culminaram em seu óbito. Para tal, teriam sido necessárias perícias à época dos fatos, quer de caráter administrativo, quer de avaliação técnica das condições de funcionamento dos locais onde transcorreram os eventos. -----

75- Contudo, há que se considerar o fato da sala de ultrassom estar fechada (o ultrassom teria valor diagnóstico equivalente ao LPD, sem oferecer maiores riscos à paciente) e da não realização deste ou de outros exames de imagem (à exceção do raio-X), principalmente tomografia computadorizada de abdome, que é considerado um exame mandatório em casos de trauma de abdome pelo protocolo ATLS, independente do estado clínico inicial da vítima. -----

76- No entanto, a alegação de que o óbito da paciente AYLLA BOTELHO DE ALMEIDA deveu-se à gravidade das lesões apresentadas pela paciente e não por falhas ou erros no seu atendimento, não pode ser totalmente considerada. -----

77- Apesar do médico cirurgião *Paulo Freire*, responsável pela laparotomia exploradora executada na



paciente ter dado os diagnósticos de rotura do baço, do fígado e ruptura das veias supra-hepáticas e da veia cava, o exame necroscópico aponta "*esplenectomia cirúrgica com sutura do hilo e presença do baço na cavidade abdominal; avulsão dos ligamentos hepáticos da face diafragmática*". Considerados os diagnósticos cirúrgico e necroscópico em conjunto, é sabido da literatura médica que se trata de um quadro muito grave e com alta letalidade, (aproximadamente de 43 a 54%), segundo referências da época dos fatos ocorridos – Rovito, 1987 e Baeshko, 2006). -----

78- Todavia, a evolução da paciente de cerca de 4 horas entre o trauma e o óbito evidencia que as rupturas de vasos levaram a uma perda gradativa de sangue, que se diagnosticada no tempo correto, poderia ter evitado o desfecho fatal. A ruptura da veia cava, apesar de muito grave, pode não levar a uma morte imediata (ou pelo menos muito rápida, em minutos), por ser possível a compartimentalização do sangue extravasado em retroperitônio, exercendo uma função de tampão ao próprio sangramento, levando à sua limitação e perda gradual e lenta. -----

79- Deve-se considerar os diagnósticos cirúrgico e necroscópico verificados no caso em questão como uma imagem final estática de uma série de eventos fisiopatológicos de desenvolvimento gradual, que, se interrompidos a tempo poderiam ter evitado a morte da paciente AYLLA BOTELHO DE ALMEIDA. -----

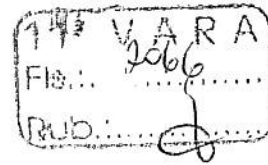
#### IV- CONCLUSÕES -----

80- Trata-se de um caso de evolução trágica no atendimento de uma paciente vítima de acidente de trânsito, que culminou em óbito, conseqüente a alta hospitalar após uso de droga de efeito sedativo, que interfere sabidamente na atenção e condução de veículos, seguido de atendimento com avaliações limitadas de condições clínicas, sem reavaliações da paciente e com restritos exames subsidiários. -----

81- O atendimento médico inicial realizado pelo médico clínico Ageu Silva foi determinante na ocorrência do acidente de trânsito sofrido pela paciente. Ao dar a alta a pedido, após a administração de uma droga de alto poder sedativo e de efeito de longa duração, sem ter resguardado os devidos cuidados de registro dos fatos e devidas orientações, partindo do fato da paciente estar acompanhada, fica demonstrada a inadequação do atendimento oferecido. -----

82- Na sequência, após o acidente, o atendimento realizado pelo cirurgião Mauro Carvalho de Lima foi limitado, baseou-se no estado geral inicial de uma paciente sob efeito de uma droga sedativa, sem fazer reavaliações, contrariando as normas de conduta médica para casos de trauma, não tendo realizado todos os exames que seriam necessário para o diagnóstico do trauma abdominal grave que havia na paciente, postergando assim o diagnóstico definitivo e seu tratamento cirúrgico, sendo isto determinante para a evolução ao óbito da paciente AYLLA BOTELHO DE ALMEIDA. -----

83- A avaliação neurológica realizada pelo médico neurocirurgião José Francisco dos Santos Vieira restringiu-se ao aspecto da especialidade do profissional, não levando em consideração o estado clínico da paciente, que não detectou ou não considerou a hipotensão presente no momento de sua avaliação, já sinal -----



indicativo de evolução para o choque hipovolêmico consequente à hemorragia interna que ocorria na paciente, também não comunicando o fato ao cirurgião que solicitou a avaliação, postergando ainda mais o diagnóstico, colaborando para a evolução da paciente ao óbito. -----

84- Que as anotações feitas pelo enfermeiro *Sandro Farias da Silva* foram realizadas de modo não compatível com o dever de um profissional da saúde, baseadas em informações de terceiros, sem que fosse averiguada sua veracidade e causando transtornos ao andamento do esclarecimento sobre o caso e problemas de ordem social aos familiares. -----

86- Que a alegação feita pela UNIMED de Manaus de que a gravidade das lesões observadas na paciente, por si só foi determinante para seu óbito e de que não houve contribuição por falhas no atendimento, não é correta, pois o diagnóstico das lesões de forma mais precoce, através das reavaliações recomendadas e exame de ultrassom, poderia ter evitado a evolução da paciente para o óbito, principalmente levando em consideração que houve uma evolução próxima de 4 horas entre o acidente e a morte da mesma. -----

#### V- QUESITOS E RESPOSTAS

-----

87- A seguir são apresentados os quesitos e suas respectivas respostas, apresentados pelas partes após a nomeação deste perito. Nos autos do processo há quesitos anteriores a esta nomeação, datados de 17 de julho de 2009. Salienta-se que, por entender que estes quesitos anteriores têm seu conteúdo contemplado pelos quesitos apresentados quando da nomeação para a perícia, os mesmos não foram transcritos individualmente. -----

#### A- QUESITOS DA UNIMED

-----

1- Se a paciente tivesse apresentado sangramento interno, imediato, logo após o trauma (acidente de trânsito), a paciente poderia estar com pressão arterial de 120/70 mmHg e saturação de Oxigênio de 98%, conforme registrado no verso da ficha de atendimento, a ser atendida pelo cirurgião por volta de 6hs da manhã? -----

RESPOSTA: ~~Sim. O sangramento pode não ocorrer de forma maciça após um trauma abdominal fechado,~~ sendo tamponado em sua origem pelo retroperitônio, pelo próprio sangue ou outro fatores, deixando o paciente aparentemente em estado hemodinâmico estável logo após o acidente. Por isso a necessidade de reavaliações constantes para verificação da evolução do paciente preconizado pelos protocolos de atendimento ao trauma, como o ATLS.-----

2- Se a paciente que se apresentava, eupneica, lúcida e orientada, sonolenta, ausculta pulmonar normal, abdome sem alterações significativas, pressão arterial de 120/70 mmHg e saturação de 98% conforme descrito pelo cirurgião, Dr. Mauro Carvalho, no verso da ficha de atendimento, por volta das 6 hs da manhã, sem dor abdominal, sem equimoses, hematomas ou escoriações no abdome, como se poderia desconfiar de trauma abdominal fechado com lesão tão grave como encontrado no ato cirúrgico? -----

RESPOSTA: O protocolo da ATLS prevê que todo paciente traumatizado deve ser considerado como

portador de trauma abdominal fechado e deve ser mantido em reavalições constantes até que seja descartada esta possibilidade diagnóstica, procedimento este que não ocorreu no atendimento de AYLLA BOTELHO DE ALMEIDA. -----

3- Conforme a evolução feita na página 102 da “folha de evolução do paciente”, em que o Dr. Paulo Henrique Freire, descreve o procedimento, assim que identificou que a paciente apresentava sinais de perda de sangue, estes procedimentos são eficazes para elucidação diagnóstica? -----

RESPOSTA: Sim, são eficientes para elucidação diagnóstica da ocorrência de sangramento, mas não para elucidação da fonte do sangramento. -----

4- Conforme a descrição cirúrgica da lesão hepática gravíssima, encontrado durante o ato operatório, como a paciente permaneceu viva, consciente e relativamente estável até a descompressão da cavidade durante a abertura da mesma? -----

RESPOSTA: Apesar da gravidade, este tipo de lesão pode apresentar sangramento lento e gradual que leva a demora no aparecimento de sintomas e sinais, ainda mais em uma paciente que estava sob efeito de droga sedativa (prometazina), o que deveria ter desencadeado ainda maior atenção na investigação diagnóstica. -----

5- Conforme solicitação do Dr. Mauro de Carvalho de parecer do neurocirurgião, este descreve o exame no verso da ficha de atendimento em que a paciente encontrava-se consciente, sonolenta, sem sinais de trauma de crânio, sem queixas neurológicas, considerando-a neurologicamente normal, com RX de crânio normal (anexo) a causa mortis da paciente tem relação com o trauma de crânio? -----

RESPOSTA: Não. A causa da morte da paciente não tem a ver com o trauma de crânio, mas a avaliação neurológica incompleta, principalmente não detectando a hipotensão, colaborou para a morte pelo trauma abdominal. -----

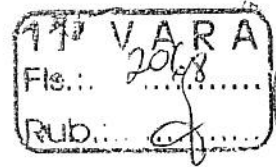
6- Diante das lesões descritas, no ato operatório, como lesão do hilo esplênico, desconexão das três veias supra-hepáticas e secção completa da cava a nível do diafragma, qual o índice de mortalidade descrito na literatura mundial? -----

RESPOSTA: ~~É sabido da literatura médica que se trata de um quadro muito grave e com alta letalidade,~~ (aproximadamente de 43 a 54%), segundo referências compatíveis para a época dos fatos ocorridos – Rovito, 1987 e Baeshko, 2006). Verifica-se, em contraposição, que as chances de sobrevivência podem ser estimadas como de 46 a 57 %, isso em virtude do conhecimento da possibilidade das apresentações tardias da ruptura de vasos abdominais, como a veia cava, descrita em trabalhos mais antigos como o de Manny e Durst (1976), quando a mortalidade era mais alta. -----

#### **B- QUESITOS DO AUTOR DA AÇÃO, ALY JORGE ALMEIDA** -----

1- É correto técnico de enfermagem ou enfermeiros administrarem soro e/ou medicamentos em pacientes sem a prescrição de um médico? -----

RESPOSTA: A prescrição de medicamentos é competência do profissional enfermeiro, que está disciplinada pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – Lei Nº 7.498/1986 –, em seu Artigo 11, inciso II, alínea



c, bem como pelo Decreto Nº 94.406/1987, Artigo 8º, inciso II, alínea c, dispondo sobre as atividades do Enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, atribui-lhe a prerrogativa de prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, pública ou privada.-----

2- É correto administrar prometazina em paciente com um quadro de asma? -----

RESPOSTA: Não. Há recomendação constante de diferentes bulas desta droga que expressam que a mesma não é recomendada para pacientes com asma. -----

3- Ante um farto histórico clínico registrado nas várias entradas da paciente no Pronto-Socorro da própria Ré, dando conta de várias entradas com crise de asma, notadamente por crises nervosas. Pergunta-se: É correto afirmar que o médico deveria ter olhado o prontuário da paciente, para não confundir crise de asma com ansiedade? -----

RESPOSTA: É sempre prudente que o médico consulte o histórico anterior do paciente, mas a decisão do diagnóstico deve ser feita baseada no quadro clínico atual do paciente e não somente em informações pregressas. -----

4- É prudente a um médico ao administrar prometazina no momento da alta hospitalar, que informe ao paciente e seu acompanhante que a paciente não pode dirigir ou exercer qualquer atividade motora? -----

RESPOSTA: Sim. Para que os mesmos saibam como se conduzir daquele momento em diante. -----

5- É correto um Pronto Socorro de Urgência e Emergência não ter disponível todos os instrumentos cirúrgicos, e faltar-lhe, por exemplo, o instrumental caixa de tórax, para a realização de uma cirurgia do tipo da vítima? -----

RESPOSTA: Não. Um serviço com estas características deve ter todos os materiais e equipamentos necessários ao atendimento de diferentes tipos de urgência e emergência. -----

6- É correto um Pronto Socorro de Urgência e Emergência não possuir auto-clave? -----

RESPOSTA: Não, pois este equipamento é necessário para a esterelização de materiais hospitalares. Só seria aceitável não possuí-lo caso haja equipamento alternativo para a mesma finalidade. -----

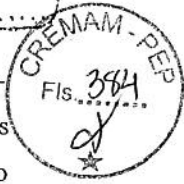
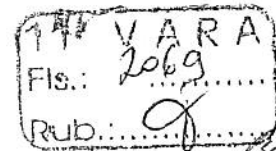
7- É correto um Pronto Socorro de Urgência e Emergência não possuir estoque de bolsa de sangue? -----

RESPOSTA: Os estoques de bolsas de sangue normalmente são de competência dos bancos de sangue e hemocentros que fornecem este produto aos diferentes hospitais. -----

8- É correto se iniciar uma cirurgia com a equipe médica incompleta e ainda se utilizando de um acadêmico de medicina do terceiro período, como assistente, até a chegada dos titulares? -----

RESPOSTA: Quesito prejudicado. Isso vai depender da situação de gravidade do caso e da disponibilidade de profissionais para atuar no momento, assim como da autorização do estabelecimento para o estágio de estudantes de medicina. -----

9- É correto uma cooperativa de médicos que recebe de seus associados um pagamento para oferecer um CENTRO CIRÚRGICO num Pronto Socorro de Urgência e Emergência, oferecer quando muito uma sala



improvisada de cirurgia? -----

RESPOSTA: Não. Mas a avaliação da qualidade da sala cirúrgica não pode ser feita com base nos dados presentes no processo analisado. Tal avaliação deveria ter sido realizada por perícia técnica especializada no local à época dos fatos. -----

10- É correto um Pronto Socorro de Urgência e Emergência não dispor de equipamento de ULTRA-SOM 24hs e tão pouco de profissional para operá-lo? -----

RESPOSTA: Quesito prejudicado. A priori a resposta seria não, mas isso depende de regulamentação específica e da presença ou não de recursos para outros exames de imagem. Não foi possível avaliar este item com base nos dados do processo em pauta. -----

11- É correto um Pronto Socorro de Urgência e Emergência, manter a porta do equipamento de ULTRA-SOM trancado e a contratada sequer deixar a chave no PS? -----

RESPOSTA: Manter a porta trancada é correto para preservação e segurança do equipamento, desde que o acesso ao mesmo seja garantido em caso de necessidade. -----

12- É correto no atendimento de paciente politraumatizado quando da sua entrada não se fazer a coletar de sangue para futuras intercorrências? -----

RESPOSTA: Quesito prejudicado. O conteúdo do questionamento não é inteligível e não faz sentido em termos médicos. -----

13- É correto no atendimento de paciente politraumatizado não realizar avaliações intermediárias? -----

RESPOSTA: Não. O protocolo ATLS para pacientes traumatizados exige reavaliações intermediárias frequentes, independentemente do estado clínico inicial do paciente. -----

14- É correta a alegação de que a inobservância do ATLS a um paciente politraumatizado nenhuma consequência poderá advir ou afetar o paciente? -----

RESPOSTA: Não. A inobservância deste protocolo de atendimento médico pode resultar em consequências graves para um paciente. -----

15- A falta de atenção no prontuário da paciente pode trazer consequências desastrosas para um paciente politraumatizado? Explica-se: porque consta na ficha/papeleta/prontuário da paciente uma evolução brusca de queda de pressão de 14X9, para 12X8 e 9X5 num espaço de tempo menor que 2 horas, tudo, numa paciente de 24 anos? Essa queda brusca de PA, não seria indicação de choque hipovolêmico? E isso não foi levado em consideração nem pelo cirurgião que atendeu a paciente que acabara de sair dirigindo medicada com prometazina e nem pelo cirurgião que mesmo vendo o prontuário não foi diligente para observar esse indicativo, limitando a fazer perguntas de orientação da paciente, e quando solicitado pelo pai da paciente para que examinasse a paciente do ponto de vista clínico, vez que a mesma estava muito pálida e com abdome distendido, o médico apontando para a testa, diz-se especialista daqui para cima sem pelo menos chamar os especialistas para continuar o atendimento da paciente? -----

RESPOSTA: Sim. Vide detalhamento no item IV- CONCLUSÕES no presente laudo. -----

PS 28 de agosto, tem condições físicas, biológicas, profissional e humana para manter todos os reflexos, atenção, paciência para bem atender um paciente como no caso vertente? -----

RESPOSTA: Em termos de condições de trabalho, não seria recomendável que um médico atendesse um paciente, qualquer que fosse, nas condições descritas. -----

23- Um médico neurocirurgião, está impedido, ou está desqualificado para verificar qualquer evolução do quadro clínico da paciente? Em caso de não possuir qualificação para perceber a evolução do quadro da paciente, não teria o neurocirurgião, obrigação de chamar o cirurgião ou o Clínico para verificar a gravidade do caso, sobretudo quando o pai da paciente lhe suplica que o faça? E mais, o fato de ser neurocirurgião, está impossibilitado de fazer qualquer outra análise, mesmo fazendo parte da equipe multidisciplinar, ainda que como plantonista de sobre-aviso? -----

RESPOSTA: Não, sim e não, respectivamente para as três perguntas presentes no quesito. -----

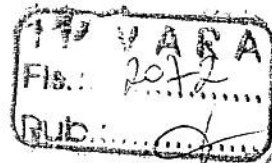
24- Suponhamos que num exame de ultra-som (no caso não realizado) se detectasse que todos os órgãos internos de um paciente estivessem estourados, e que fatalmente esse paciente fossa morrer, este fato em si, justificaria a não tentativa de salvá-lo, ou de se esgotar os meios diligentemente na tentativa de salvá-lo? ----

RESPOSTA: Independente da gravidade do quadro detectado é obrigação do profissional médico usar todos os meios possíveis ao seu alcance para salvar a vida de uma pessoa ou pelo menos prestar-lhe o melhor tratamento possível. -----

25- Em todos os depoimentos dos réus, e pelo laudo de necropsia, eles dizem que a paciente era para ter morrido no ato do acidente, uma vez que a secção da veia cava e da supra e retro hepática, a pessoa falece no máximo em 2 minutos. Pergunta-se: Como explicar que a paciente fique quase 5 horas a espera de um médico diligente como foi o Dr. Paulo Freire, para o diagnóstico correto da lesão e providências corretas? O fato é que quando foram fazer a cirurgia a paciente já estava seca, segundo relato dos médicos como consta dos autos. -----

RESPOSTA: Considerados os diagnósticos cirúrgico e necroscópico em conjunto, é sabido da literatura médica que se trata de um quadro muito grave e com alta letalidade, (aproximadamente de 43 a 54%), segundo referências da época dos fatos ocorridos – Rovito, 1987 e Baeshko, 2006). Todavia, a evolução da paciente de cerca de 4 horas entre o trauma e o óbito evidencia que as rupturas de vasos levaram a uma perda gradativa de sangue, que se diagnosticada no tempo correto, poderia ter evitado o desfecho fatal. A ruptura da veia cava, apesar de muito grave, pode não levar a uma morte imediata (ou pelo menos muito rápida, em minutos), por ser possível a compartimentalização do sangue extravasado em retroperitônio, exercendo uma função de tampão ao próprio sangramento, levando à sua limitação e perda gradual e lenta. Deve-se considerar os diagnósticos cirúrgico e necroscópico verificados no caso em questão como uma imagem final estática de uma série de eventos fisiopatológicos de desenvolvimento gradual, que, se interrompidos a tempo poderiam ter evitado a morte da paciente AYLLA BOTELHO DE ALMEIDA. -----

26- É correto afirmar que quanto mais rápido o diagnóstico correto e mais rápidas forem as medidas de



tratamento, maiores são as possibilidades de salvamento?-----

RESPOSTA: Sim. -----

27- O que justifica um enfermeiro fazer um relatório afirmando que a paciente no primeiro atendimento quando entrou no PS com crise de asma, foi medicada e contrariando e desobedecendo ordens médicas se evadiu, fugiu do hospital, sem, sequer ter mantido qualquer contato com a paciente quando do primeiro atendimento? Dito ele mesmo em todos os depoimentos. Contrariando tudo que consta nos próprios boletins e relatórios médicos, onde o médico responsável assina e atesta a alta hospitalar e reafirma seus depoimentos em todos os procedimentos investigativos de ter dado alta. -----

RESPOSTA: Quesito prejudicado. Não cabe a esta avaliação pericial buscar as motivações dos atos profissionais, mas averiguar se foram executados de modo correto ou não dentro do aspecto técnico profissional. -----

28- O que justificaria o neurocirurgião afirmar em seu depoimento de sindicância interna da UNIMED, na qual consta nos autos a transcrição da fita de seu depoimento dizendo: "que a paciente estava liberada do ponto de vista neurológico, e que não assumi responsabilidade nenhuma por qualquer outra especialidade, a não ser a própria" Isso não é prova concreta de que o pai efetivamente pediu para o neurocirurgião examinar do ponto de vista clínico e ele soberbamente se negou, apontando para a testa dizendo "ser médico daqui para cima".-----

RESPOSTA: Quesito prejudicado. Não cabe a esta avaliação pericial buscar as motivações dos atos profissionais, mas averiguar se foram executados de modo correto ou não dentro do aspecto técnico profissional. -----

## VI- BIBLIOGRAFIA -----

- 1- Organização Mundial da Saúde (OMS) – Classificação Internacional das Doenças, 10ª edição (CID-10), 2006. -----
- 2- D. A. Wilkinson e M. W. Skinner – Manual de abordagem primária ao trauma, Federação Mundial das Sociedades dos Anestesiologistas (WFSA) e Royal College of Anaesthesiologists, 2000. -----
- 3- Programa Avançado de Apoio Vital em Trauma para Médicos ATLS. Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. Manual do Curso, 7ª Edição. -----
- 4- P.F. Rovito – Atrial caval shunting in blunt hepatic vascular injury. Ann Surg. 1987 Mar;205(3):318-21.-----
- 5- A. A. Baeshko et al. – Injury of inferior vena cava. Khirurgiia (Mosk). 2006;(4):12-9. -----
- 6- J. Manny, A.L. Durst – Survival following complete disruption of inferior vena cava with delayed presentation. J Trauma. 1976 Feb;16(2):155-6. -----
- 7- F.R.G. Ximenes Neto, F.A.M Costa, M.I.O Chagas, I.C.K.O. Cunha. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentosa na Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm 2007 mar-abr; 60(2):133-40.-----

Manaus, 08 de abril de 2011.

Prof. Dr. *Marco Aurelio Guimarães*  
CREMESP: 78.828