

LAUDO MÉDICO PERICIAL.

Preâmbulo.

Aos dezoito dias do mês de julho do ano 2003, o Perito Dr. OSCAR LUIZ DE LIMA E CIRNE NETO, designado pelo MM Juiz de Direito da 11.^a Vara Cível da Comarca da Capital, para proceder ao exame pericial em **JOANA JORGE DE OLIVEIRA**, nos Autos do processo **N.º: 2004.301.135502-4**, onde consta como Réu **Maria da Graça Bertrand e/outras.**, descrevendo com verdade e com todas as circunstâncias, o que vir, descobrir e observar, bem como responder aos quesitos das partes. Estiveram presentes ao Evento Pericial, os Ilustres Assistentes Técnicos da 1^a Ré, o Dr. Luiz Carlos Prestes e o da 2^a Ré, Dr. Paulo A. Alves. Em conseqüência, passam ao exame pericial solicitado, as investigações que julgaram necessárias, as quais findas, passa a declarar:

Identificação.

Joana Jorge de Oliveira, brasileira, solteira, nascida no dia 06/12/71, natural do Rio de Janeiro, portadora da C.I. N. ° RG 09666909-8 IFP, vivendo e residindo a Rua Palas 656, casa 7, Pavuna, RJ.

Histórico.

Alega a Autora em sua inicial, que em março e abril de 2001 procurou a Dra. Maria da Graça, pois estava sentindo fortes dores em sua barriga. Ao ser examinada, foi informada que estava com uma gravidez tubária e, que deveria se abster do uso da pílula anticoncepcional.

Em 22 de maio, realizou Autora um exame de sangue que não demonstrou qualquer gravidez. Sendo que a Dra. Maria da Graça, a encaminhou para fazer uns exames de ultra-sonografia na Clínica Eco-Rio Glicor, que demonstrou ausência de gestação tópica e presença de grande quantidade de líquido livre na pelve.

No dia 25 de maio, a Autora foi novamente encaminhada a exame de ultra-sonografia, sendo que a médica ao tomar conhecimento do resultado, lhe comunicou da necessidade de fazer uma cirurgia de urgência, pois o seu diagnóstico seria de gravidez tubária. Foi inclusive alertada pela Dra. Maria da Graça da possibilidade de complicações fatais se não fosse operada.

Em face de tudo isto, foi encaminhada a clica Renaud Lambert, e submetida a uma cirurgia de video-laparoscopia pelo Dr. Edgard Renaud, que ao final informou que a cirurgia era desnecessária, pois só encontrara 60 ml de líquido e ruptura de um folículo ovariano à direita.

A Autora informa ainda, que a Dra. Maria da Graça não se conformou com o diagnóstico e solicitou nova avaliação por ultrassonografia, foram inclusive feitos dois exames por dois profissionais diferentes, um pela manhã e outro pela tarde. Estes exames demonstraram dúvidas de diagnóstico entre uma doença inflamatória pélvica ou uma gestação ectópica.

Aduz que foi solicitada a sua nova internação em outro hospital sendo que desta vez a Dra. Maria da Graça apresentou-se pessoalmente para fazer a operação tendo previamente alertado a Autora de que ela, a Dra. Maria da Graça, não fazia a cirurgia laparoscópica e que faria portanto, a cirurgia aberta também conhecida como convencional.

No entanto o plano de saúde, negou a internação em face do diagnóstico ser o mesmo da semana anterior, tomando conhecimento disto, a Autora demonstrou intranqüilidade quanto ao seu futuro e chegou a perguntar à médica, quanto seria a operação.

Sendo que a médica calculou em cerca de dez mil reais a despesa quantia esta superior ao que poderia pagar e em face do problema foi registrada queixa na polícia.

Em 01 de junho e em 5 de junho houve por sua própria conta realizar exames de sangue com vistas à gravidez e o resultado foi positivo (229 e 1533 mU/ml).

Alega que em face desta negligencia médica apesar de seus esforços corre o risco do bebe nascer prematuro. Esclarece ao final que não estava grávida quando foi se tratar com a primeira ré e que foi por ordem da Dra. Maria das Graças que a Autora deixou de tomar o anticoncepcional e por causa disto, é que ela hoje está grávida, sendo uma gravidez indesejada, pois ela não tem condições de ter mais um filho.

Ao final nos disse que o seu filho nasceu e não tem problemas mas ela tem inclusive um câncer.

A Dra. Maria da Graça, em sua peça de bloqueio, alega que a prestação do serviço de saúde é feita com base na ética e no progresso científico e que não pode ser responsabilizada se a sua orientação vier a não dar certo.

Nega ainda, a Dra. Maria da Graça, que a Autora tivesse procurado seus serviços em março ou abril de 2001, mas sim em 17 de novembro de 2000, com uma gravidez de cerca de seis semanas, tendo logo depois de desaparecido.

Que só retornou em 22 de maio de 2001 quando informou que tinha tido um aborto espontâneo sem que tivesse sido vacinada muito embora fosse Rh negativo, nesta ocasião a Autora já havia feito uma ultra-sonografia solicitada pelo médico Dr. Abraão Fics, cujo laudo indicava que não havia gestação com mais de 5 semanas porém determina que existia grande quantidade de líquido na pelve.

Aduz que em nenhum momento sugeriu ou recomendou, alteração de proposta contraceptiva, afirmando que o que ocorreu foi que a Autora teve relações sexuais de forma irresponsável o que resultou em gravidez.

Assim neste mesmo dia (22 de maio) a 1ª ré afirma que solicitou o parecer de um cirurgião geral uma vez que a ultra-sonografia solicitada pelo Dr. Abraão, demonstrou que não havia gravidez em evolução.

O médico cirurgião, ao se manifestar teria aventado um resultado de β hCG positivo e uso irregular de contraceptivo, levantando a hipótese de aborto tubário ou prenhez tubária, aduz com firmeza a 1ª ré que tal relatório, teria sido de um atendimento de 22 de maio.

Nos dá conta, que a Autora retornou ao seu consultório em 25 de maio afirmando fortes dores, que então ela, Dra. Maria da Graça pede uma ultra-sonografia, transvaginal, cujo laudo sugere gravidez ectópica (*fora do útero, quando a gravidez é no útero é dita gravidez tópica*). Informa que este diagnóstico constitui uma emergência médica e que, em face disso solicitou encaminhamento para que fosse submetida a uma vídeo laparoscopia.

Tal procedimento foi levado a cabo na Clínica Renaud Lambert, onde foi submetida ao procedimento pelo cirurgião Dr. Edgard Renaud Batista de Oliveira.

Ressalta que a video-laparoscopia é ao mesmo tempo um método de diagnóstico e tratamento, com muitas vantagens .

Uma semana depois a Autora retorna ao consultório da dra Maria da Graça com muitas dores encurvada e cambaleante, a 1ª Ré então solicitou outra ultra-sonografia, com a hipótese diagnóstica de Doença Inflamatória Pélvica ou gestação ectópica (???)

Alega ainda que levou a Autora ao hospital em seu próprio veículo, sendo que o plano de saúde negou a autorização para a internação. Alega ainda que tão logo a Autora soube que não poderia ser internada e que deveria procurar um hospital público, as dores como por encanto desapareceram e ela saiu andando sem qualquer dificuldade.

Alega ao final que solicitou pareceres, de outros médicos e exames de ultra-sonografias feitas em mais de um serviço, houve inclusive contradição entre o laudo da EcoRio e o laudo da Cardiolab sendo que este último não excluiu uma gestação incipiente.

Alega ainda uma vez que a análise de todos os testes e exames demonstram que a Autora engravidou em início de maio de 2001 e, portanto quando se consultou com a 1ª ré em 22 de maio já estava grávida.

A Clínica de ultra-sonografia (2ª ré), alega que a ultra-sonografia, como alertado nos laudos é um exame complementar e deve ser analisado em conjunto com outros dados (clínica, laboratório, outros métodos de imagens) para fundamentação da decisão terapêutica. Ou seja, exime-se de qualquer responsabilidade dando a entender que ao final de tudo, a decisão em face do interpretado cabe ao médico assistente.

Sendo assim, informa que a Autora foi submetida a exame de ultra-sonografia em 22 de maio de 2005, tendo como diagnóstico a presença de grande quantidade de líquido em pelve; ausência de gestação tópica com mais de 5 semanas e não conseguiu este exame visualizar os ovários.

Aduz que a Autora retorna em 25 de maio para fazer um novo exame e o resultado sugere a possibilidade de gravidez ectópica e reafirma a presença de líquido na pelve.

Diz ainda, que em 1 de junho, o novo exame demonstrou presença de moderada quantidade de líquido na pelve e interroga a existência de doença inflamatória pélvica ou de prenhez ectópica. Ocorre que no mesmo dia a Autora foi submetida a novo exame ultra-sonográfico cujo objetivo seria um resultado mais conclusivo que o anterior, cujos limites técnicos só permitiram evidenciar uma imagem de 3 cm de extensão acima do útero, sugestiva de prenhez ectópica. Afirma este exame, que existe uma grande quantidade de líquido na pelve.

Afirma ao final, que tudo foi feito dentro da moderna ciência com o objetivo de elucidar o diagnóstico.

Em sua peça de bloqueio o terceiro Réu diz, que em verdade não foi feita uma cirurgia e sim um exame de video-laparoscopia, e argúi que a Autora só foi submetida àquele procedimento e não a qualquer outro.

Em sua réplica Autora, afirma que o motivo de ter parado de usar o contraceptivo oral foi porque a ré (Dra. Maria da Graça) afirmou que a Autora estava com uma gravidez na trompa, portanto a gravidez indesejada é culpa exclusiva da 1ª Ré.

Reafirma que ao procurar a Autora não estava grávida e que seu bebê era para fevereiro e devido ao ocorrido –erro de diagnóstico- seguido de cirurgia houve uma alteração na gestação da Autora o que ocasionou o parto prematuro.

Afirma ainda que os exames de 5 de junho de 2001 não foram solicitados pela dra Maria da Graça e que esta médica não encaminhou a Autora a nenhum outro médico.

Com relação à segunda ré, afirma a Autora na contestação de fls. 166, que ela teria de ter feito um correto diagnóstico da Autora o que os exames de fls. 98 a 101 não demonstram, pois os fatos ali demonstrados não são verdadeiros, pois a Autora estava com uma gravidez tópica, ou seja, normal.

Quanto ao terceiro réu, entende a Autora que ele não teve o cuidado de averiguar o diagnóstico da 1ª Ré, realizando uma cirurgia desnecessária.

Exame Físico.

A paciente ao exame é uma mulher de cor parda, que deu entrada caminhando por seus próprios meios e sem o auxílio de aparelhos; está em bom estado físico, bom estado de nutrição e aparenta uma idade física compatível com a idade cronológica.

Está lúcida, orientada, no tempo e no espaço, o pensamento tem forma, curso e conteúdo normal, a memória está presente e preservada, o humor igualmente presente e adequado às situações propostas. Não notamos a presença de delírios ou alucinações.

O exame físico direcionado demonstrou.

- a) Cicatrizes quase imperceptíveis das chamadas portas de acesso cavidade abdominal;

- b) cicatriz cirúrgica do tipo Pfanestiel, encoberta pelos pêlos pubianos;

Discussão.

Trata-se de um processo de Responsabilidade Civil, por alegado erro médico, estando a Autora na condição de paciente.

Em primeiro lugar antes de adentrarmos ao cerne, da discussão devemos aclarar algumas situações que ficaram imersas em cones de sombra.

Assim, a gonadotrofina coriônica humana (*Human Corionic Gonadotrophin* - hCG), é um hormônio que é secretado pela placenta.

Dentro de oito a dez dias após a concepção os níveis de hCG, atingem cerca de 25 miliunidades internacionais por mililitro (mUI/ml).

Os níveis de hCG duplicam a cada dois dias, durante as seis primeiras semanas de gestação e podemos encontrar níveis de cerca de 500 mUI/ml dentro de 14 a 18 dias após a concepção.

A molécula da hCG é constituída de duas subunidades a subunidade alfa (α) que entra na composição de diversos outros hormônios como LH, FSH e TSH, podendo gerar resultados falsos positivos e a subunidade beta (β) que sendo diferente para cada hormônio pode ser mais específica.

No final da década de 70, foram desenvolvidos testes capazes de detectar a subunidade beta (β) no sangue, estes métodos conseguem hoje detectar a gravidez com níveis hormonais de 3 a 50 mUi/ml, **o que corresponderiam a uma evolução de uma a duas semanas de gestação.**

Os testes atuais (ditos rápidos) comparam reações entre a amostra fornecida pelo paciente e uma amostra que contenha uma quantidades conhecidas de β -hCG, geralmente 25 mUI/ml.

Assim resultados superiores ao padrão, significam mais de 25 mUI/ml e portanto a existência de uma gravidez. Há também o método quantitativo absoluto que mede o valor real do hormônio no sangue.

Gostaríamos de deixar claro, que com a morte do conceito, os níveis séricos de β – hCG tendem a parar de subir, estacionar ou mesmo entrar em franco declínio, razão pela qual uma única dosagem, feita de maneira isolada, não tem valor diagnóstico para qualquer uma destas situações.

Por esta razão é absolutamente necessária, na forte suspeita de qualquer situação que envolva a viabilidade do conceito, ou mesmo uma situação de suspeita de gravidez incipiente a repetição do exame em 48 horas, após a primeira dosagem.

Se a dosagem não dobrar ou mesmo decair, a suspeita de morte do conceito aumentará em muito e, outras providências serão necessárias, utilizando-se normalmente dentre outras a ultrasonografia transvaginal, como método auxiliar de diagnóstico.

A gravidez, deverá iniciar-se cerca de 8 horas após o coito, na ampola tubária (1/3 inicial da trompa) imaginando-se como data da ovulação entre o 12º e 14º dia do ciclo de 28 dias (ciclo normal) de uma mulher.

A união do óvulo com o espermatozóide (óvulo fertilizado ou fecundado) dá origem a uma célula nova, que se chama ovo ou zigoto, que passa a se reproduzir. Passa pelo estágio de duas células, quatro células, oito células e finalmente mórula. Estaremos então com cerca de 3 a 4 dias de gravidez, e o volume de células ainda informe deve estar chegando ao útero.

Neste período, a mulher ainda não sabe que está grávida, mas é neste momento em torno do 5º dia de gravidez que há a formação do blastocisto, que delimita de toda a massa celular, o que será o embrião e o que será placenta.

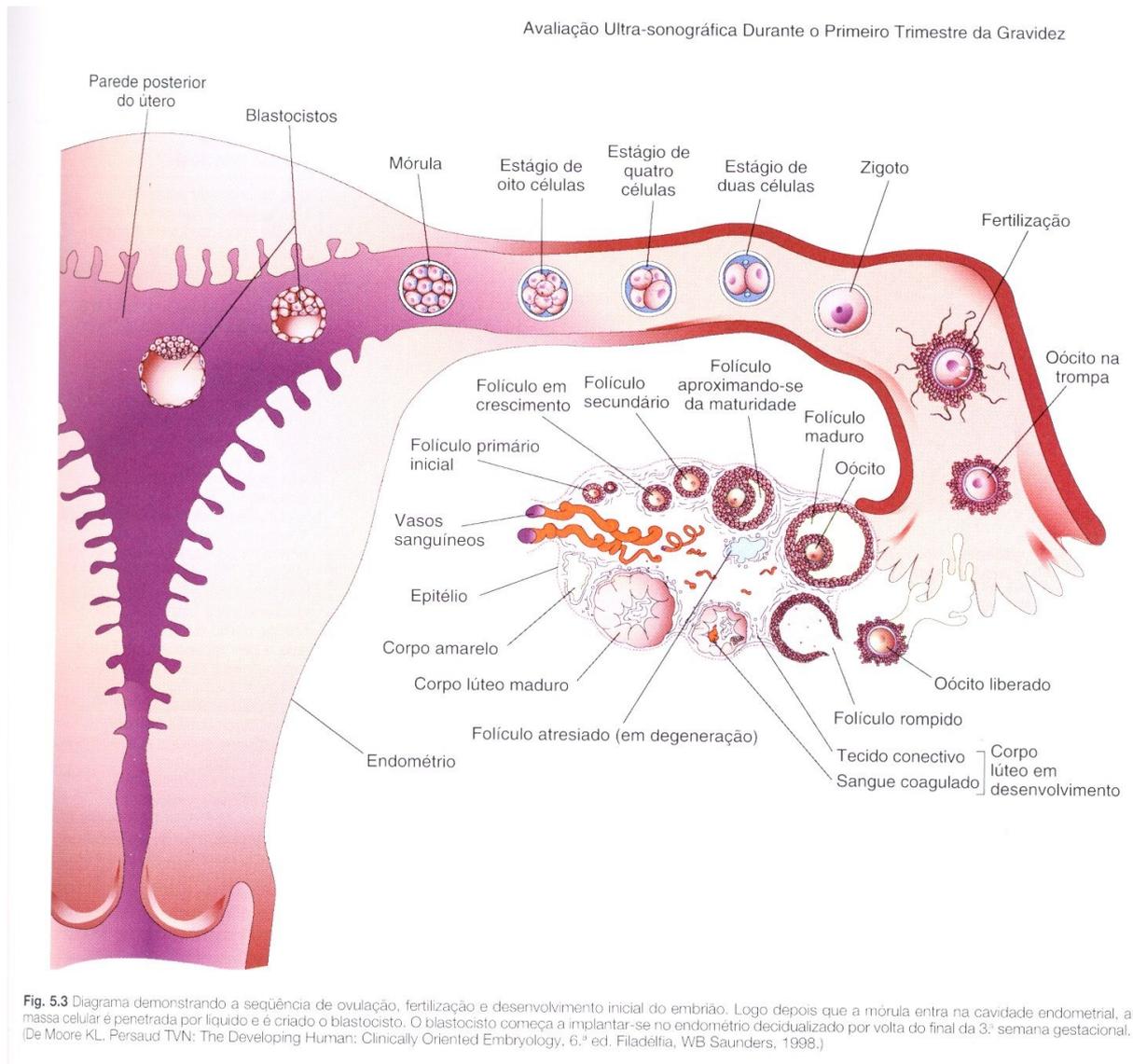
No final da 3ª semana ou seja cerca de 18 - 20 dias, haverá enfim a nidação ou seja, a implantação do blastocisto na parede uterina.

O ovo caminha pela trompa através de uma série de mecanismos, os quais não iremos estudar neste trabalho, por falta de objetivo prático, mas, para que a dinâmica de transporte do produto da concepção pela trompa até o útero, ocorra corretamente, deve existir um adequado suporte hormonal de estrogênio e de progesterona.

Após a ovulação, o sítio no interior do ovário que abrigava o óvulo, sofre ligeira regressão, enche-se com líquido formando inicialmente como um pequeno cisto (corpo lúteo) que após breve tempo sofre a sua transformação em corpo amarelo.

Tanto o corpo amarelo como o corpo lúteo, são secretores de hormônios (principalmente estrogênio e progesterona) que participam da manutenção hormonal da gravidez, até que a placenta possa secretar hormônios suficientes para “assumir” o seu papel.

Através da ultra-sonografia, poderemos identificar o corpo lúteo como uma imagem que cística que mede até 8 centímetros, mesmo o corpo amarelo pode ser identificado como uma massa menor e mais densa com discreto conteúdo líquido.



Mas a ultra-sonografia ainda tem limitações.

Devemos ter em mente que a ultra-sonografia não “vê” os órgãos, o transdutor, que é aquele aparelho que se coloca sobre o ventre ou no interior da vagina, emite um feixe de som. Atendendo ao mesmo princípio do sonar, o transdutor capta o eco, destas ondas sonoras refletidas nos órgãos do paciente e através de um programa de computador este som refletido, é transformado em imagem.

Assim, a imagem que todos vêem, não é dos órgãos, mas do programa de computador que é utilizado no aparelho. Os órgãos ocos que contêm gás por exemplo (estômago, intestinos) não podem ser examinados por este aparelho, pois a presença de gás inviabiliza ao exame.

Já os órgãos ocos que contêm líquidos (bexiga e vesícula), são muito bem estudados e permitem diagnósticos muito precisos. Daí a necessidade de que a bexiga esteja cheia nos exames ginecológicos pois é através de sua identificação que o examinador poderá identificar o útero e os ovários.

Sobre a video-laparoscopia, temos a informar, que esta foi a uma grande revolução da medicina. Através de um sistema ótico de alta definição conjugado a uma câmera de vídeo-imagens e a um monitor de alta resolução (mais de 300 linhas de vídeo), podemos hoje investigar o conteúdo de toda a cavidade abdominal estabelecendo diagnósticos precisos e por vezes, determinar tratamentos cada vez mais complexos.

Assim hoje, a cirurgia do apêndice, da vesícula, das trompas e dos ovários, deixou de ser um privilégio da laparotomia, sendo executadas sem maiores dificuldades pelos video-laparoscopistas.

Também cirurgias de porte, como cânceres do estômago, retirada do útero, hérnias do hiato e etc. são cada vez mais realizadas por este método, que já garantiu o seu espaço na cirurgia dos grandes obesos, com morbidade muito menor, recuperação mais rápida e uma média de internação de cerca de 12 horas nas cirurgias mais simples, diminuindo o tempo internação e também diminuindo a exposição do paciente ao ambiente hospitalar.

Mas vamos ao cerne da questão.

A alegação da Autora de que esteve com a Dra. Maria da Graça, em março ou abril e que esta médica, neste evento suspendeu o contraceptivo oral, após o diagnóstico de gravidez tubária não encontra qualquer consubstanciação nos autos.

Muito embora se houvesse gravidez, o uso contraceptivo oral, ou de qualquer outro, deveria ser suspenso, pois totalmente supérfluo.

Não há, portanto, qualquer documento que comprove nem a visita da paciente à médica em março/abril, nem a ordem de suspensão do contraceptivo, nem gravidez em março ou abril.

As fichas médicas, no entanto anexadas às fls. 63/65, são de tal forma difíceis de entender, em face da péssima caligrafia, que muito do que elas contêm, não se pode decifrar. Porém é possível identificar em fls. 64, uma anotação datada de 17 de novembro de 2000, relacionada à palavra “parto” e, uma outra, onde se pode ler que a ultra-sonografia datada de 30/11/00 mostrava uma gestação de seis semanas.

Outra anotação referente a uma data de 1/12/00 não se consegue entender a que se relaciona.

Em fls. 65, conseguimos ler as frases “... não tomou vacina ...”; correspondendo à data de 22/05/01 a frase “... aborto espontâneo em 12/12/00 – ILEGÍVEL- em abril ... β – hCG ... de 4/? ILEGÍVEL/01 – ILEGÍVEL- US de 22/05/01 Ut(útero)=9,1 x 5,1 x 6,1 líquido em ILEGÍVEL na pélvis OD 4,4 x 2,4 OE 9,5 x 2”

Não temos mais nenhuma anotação sobre a paciente ou sobre qualquer conduta tomada, planejada ou mesmo imaginada com relação à Autora, que conste da ficha de consultório; igualmente estão ausentes quaisquer anotações sobre hipóteses diagnósticas.

Assim, o documento que nos parece mais importante pois esclarece algumas dúvidas e traz informações importantes é exatamente o de fls. 75. Este documento-relatório, feito pelo médico Dr. Mario Beltrão Boulitreau, traz informações que mudam por completo o curso do raciocínio pericial.

Assim constam deste documento:

- Que o atendimento foi feito em 22 de junho (corrigido depois para 22 de maio);
- Que a Autora estava com alteração menstrual de um dia;
- Que a Autora usa irregularmente contraceptivos orais;

- Que havia feito um exame de β -hCG cujo valor era de 3500 mUI/ml;
- Que havia feito naquela data (22/de maio ?) um exame de ultra-sonografia que apontara um útero levemente aumentado e com ovários normais (??);
- Que a Autora havia feito uma dosagem de β -hCG que havia dado negativo (exame de fls.09 ?);
- Que na opinião dele era sugestivo de aborto tubário ou de gravidez ectópica;
- Sugere ao final uma video-laparoscopia;

Este exame, que deu positivo para gravidez, com valores de 3 500 miliunidades, não está encartado nos cadernos processuais, nem a Autora refere ou menciona a sua existência em qualquer tempo.

Partindo, porém, da premissa de que ele possa ter existido e se tendo existido foi seguido do resultado que consta de fls. 09 (negativo para gravidez); considerando-se a associação destes dois resultados de exame de gonadotrofina, com o resultado de ultra-sonografia de fls. 10 e 11, a obrigação da médica assistente, seria necessariamente partir para uma conduta intervencionista, **principalmente se considerarmos as informações constantes do exame de fls. 11.**

Se houve um exame positivo para gravidez com níveis altos de β - hCG;

Se este exame foi seguido de um outro negativo (menor que 25 mUI/ml);

Se há uma massa próximo ao ovário e há líquido na cavidade;

O DIAGNÓSTICO QUE SE IMPÕE DESCARTAR É O DE GRAVIDEZ ECTÓPICA TUBÁRIA ROTA.

Assim em termos de conduta diagnóstica, a mais adequada, para uma paciente com suspeita de uma gravidez ectópica tubária rota, o exame que em termos de definir a patologia, averiguar outras possibilidades diagnósticas e dentro das melhores possibilidades da moderna medicina, iniciar um tratamento eficaz,

definitivo e seguro, **seria sem qualquer dúvida a vídeo-laparoscopia.**

Não recebeu o devido destaque, durante todo o curso da discussão processual, mas acho que V. Excia deva devidamente informada, que gravidez ectópica tubária rota é **uma emergência médica, que só comporta um tratamento: cirúrgico.**

É uma emergência, pois cursa com hemorragia interna abdominal, por vezes incipiente, outras vezes muito rápida e, portanto, na presença de uma suspeita bastante forte desta patologia, **a perpetuação da investigação por qualquer outro método** de imagens (tomografia, ressonância e etc.) ou de laboratório, **nos dias atuais, não teria a menor justificativa técnica.**

A espera, em busca de um diagnóstico “*mais preciso*”, como quer a inicial e as peças de réplica, poderia perfeitamente ser enquadrada como **desvio de conduta profissional, por expor desnecessariamente, a saúde e a vida da paciente a perigo direto e iminente.**

Portanto que fique definitivamente estabelecido **que a indicação** de a Autora ser submetida ao **exame/cirurgia de vídeo-laparoscopia**, em 22 de maio de 2001, pela Dra. Maria da Graça Durand, **só pode ser entendida como uma conduta acertada que atende aos melhores objetivos da moderna medicina.**

Nenhum desvio técnico se lhe pode imputar neste momento. Qualquer profissional de bom senso e com razoáveis conhecimentos da moderna medicina, teria feito a mesma coisa.

Entenda V. Excia, que a vídeo-laparoscopia é um método diagnóstico, que pode ser convertido em método de tratamento cirúrgico, em apenas poucos segundos e sem nenhum prejuízo para o paciente, quer do ponto de vista da técnica, da estética, de morbidade cirúrgica, agravamento do pós-operatório ou mesmo de tempo de internação.

Portanto, que fique igualmente claro à V. Excia que é nosso entendimento, que naquele momento a realização da vídeo-laparoscopia só teria vantagens.

No entanto da internação da Autora, do procedimento em si ao qual ela foi submetida (vídeo-laparoscopia), do que foi encontrado na cavidade abdominal, nada consta dos autos.

Sobre os achados de laparoscopia então, nada foi descrito, na forma de um laudo técnico e dirigido ao médico que solicitou o procedimento/ encaminhou o paciente. Como testemunho deste importante momento da história clínica da paciente, só se encontra o lacônico documento de fls. 13, sucinto demais, obscuro por vezes e atrasado, pois datado de 4/06/01.

Portanto embora a vídeo-laparoscopia tivesse sido realizada em 25 de maio de 2001, a médica assistente não tinha ainda em primeiro de junho, qualquer referência oficial sobre o que se havia encontrado no interior do abdome.

Como estava o peritônio? Como estava superfície do fígado? O baço era de tamanho normal? E a pélvis? O líquido seroso, que se informa foi encontrado na quantidade de 60 ml, em que local da pélvis estava? Qual era a sua viscosidade? Era límpido ou levemente turvo? Era viscoso ou extremamente fluido? Foi enviado para exame? Dosaram proteínas? Glicose? Células neoplásicas foram procuradas? Bacilo da tuberculose (BK)?

Havia aderências na pélvis? Foi feita irrigação da pélvis em busca de outros achados (lavado peritoneal sob visão direta)? Qual o estado real das trompas? Foram elas visualizadas? Eram tortuosas? A vascularização pélvica estava ingurgitada? Havia sinais de endometriose?

São tantas as perguntas e tantas as respostas que estão faltando, que fica quase impossível chegar a qualquer conclusão baseado apenas naquele documento.

Se hoje, me é difícil concluir com segurança, imagine-se a médica assistente, que recebe de volta a paciente, com quadro doloroso semelhante ao anterior, uma semana depois de tê-la enviado à laparoscopia, imaginando que ela seria corretamente diagnosticada e provavelmente tratada, sem nenhum laudo explicativo do que fora feito e do que fora encontrado.

Ressalto que o documento de fls. 13, está datado de 4 de junho e, portanto, só foi emitido depois de todos os desacertos e confusões de 1 de junho.

O que será que foi dito à paciente no hospital Renaud Lambert, sobre o resultado da vídeo-laparoscopia? O que foi que baseada nesta informação, se é que houve informação, a paciente disse a sua médica assistente sobre aquele procedimento médico de vídeo-laparoscopia?

Assim, pelo que podemos inferir, a paciente retornou ao médico assistente em 1/06/01, sem que lhe pudesse apresentar nenhum documento médico oficial, **sobre o resultado do procedimento que ocorrera no hospital 3º Réu.**

Destaco, que o “laudo” de fls. 13, muito embora, só emitido quatro dias depois de 1/01/06, de tão lacônico que é, não faz qualquer menção a massa pélvica, sugestiva de gravidez ectópica, que a ultra-sonografia de 25 de maio descreveu (fls. 11) e que a ultra-sonografia de fls. 14, datada de 1 de junho de 2001 voltou a descrever.

Perguntamos todos afinal:

O que era esta massa?

Ela não existia?

Era um artefato de técnica (incidentaloma)?

Ou será que a vídeo-laparoscopia não conseguiu vê-la?

Se não conseguiu vê-la, foi por dificuldades locais insuperáveis ao método, ou por dificuldades do executor do método?

Foi procurada e não encontrada ou não foi procurada?

Como afinal estava o outro ovário (o esquerdo)?

E digo a V. Excia, que dentre uma das possíveis explicações para tudo que ocorreu à Autora, esta informação pode ser fundamental.

O documento de fls 10 descreve um ovário direito normal, mas medindo, porém quase 75% mais que o esquerdo.

O documento de fls 11, descreve um ovário direito normal e o esquerdo alterado (massa anexial).

O documento de fls 14, descreve um ovário direito alterado e o esquerdo normal.

O documento de fls. 15 descreve um ovário direito alterado e o esquerdo normal, mas a massa anexial identificada é supra-uterina e está direita.

Portanto, neste momento não temos como determinar se houve uma doença à direita e outra, uma semana depois à esquerda, ou se houve um equívoco de descrição em algum dos exames e todas as patologias eram à direita.

E POR QUE NÃO PODEMOS DETERMINAR?

PORQUE O EXAME QUE PODERIA DIZÊ-LO, SIMPLEMENTE OMITIU QUALQUER INFORMAÇÃO QUANTO AO OVÁRIO ESQUERDO.

Imagine-se agora, a médica assistente, sem um laudo com a descrição da vídeo-laparoscopia, tendo que resolver de qualquer forma o problema da paciente, que praticamente voltava a ela como dela havia saído, uma semana antes!

E mais!

Confrontada com os resultados de exames de ultrasonografia que estão anexados às fls. 14 e 15 que reafirma não só a suspeita de gravidez tubária, mas ainda demonstram líquido livre na pelve.

A esta profissional, só caberia uma conduta em meu entendimento: **indicar uma laparotomia exploradora.**

Se a médica assistente não tomou conhecimento de que havia um folículo ovariano roto em 25 de maio, os ultrasonografistas também não e, portanto, não puderam correlacionar os achados de ultra-sonografia com esta informação.

Não sabemos se ela chegou a tomar conhecimento do documento de fls. 19, um exame de gravidez que foi por ela solicitado e que informava valores de β - hCG, compatíveis com uma gravidez incipiente.

Mas se tivesse visto este exame, cremos que a confusão só iria aumentar.

O teste de dosagem, que em 22 de maio era negativo, agora em 1 de junho era positivo em 229 mUI/ml. Se imaginarmos apenas para fazer um exercício de aritmética, que os valores dobram a cada 48 horas, isto iria colocar o possível coito fecundante por volta de 20 de maio.

Mantendo o mesmo espírito investigativo, vejamos o resultado da ultra-sonografia de fls. 21.

Este exame, que descreve um descolamento do implante embrionário, informa como idade gestacional 9 semanas.

Ora, se esta paciente tinha 9 semanas de gestação em 9 de julho, isto colocaria o dia zero e, portanto, o possível momento da fecundação em torno do dia 7 a 10 de maio, pouco mais ou menos (variação de no máximo 2 dias para frente e para traz e, portanto entre 5 e 12 de maio) e assim muito antes da video-laparoscopia que só foi feita em 25 de maio.

Mas em 1 de junho a gestação em curso era incipiente. Tanto é verdade que o exame de **β - hCG, seguindo a regra de dobrar em 48 horas, passa de 229 em 1 de junho, para 1533 mUI/ml em 5 de junho.**

Se raciocinarmos na mesma linha, mas em sentido inverso, esta gravidez se teria iniciado, por volta de 18 a 20 de maio, como, aliás, já foi dito.

Pelos dados da ultra-sonografia, datada de 20 de agosto que aponta para uma idade gestacional de 16 semanas, variando de 15 a 17 semanas, o possível coito fecundante estaria muito provavelmente no final da primeira semana de maio.

Como justificar então que em 22 de maio houvesse uma **β - hCG, negativa**, que segundo informações estivera em 3 500 mUi/ml e depois volta a subir a partir de um valor de 229 ?

O bebê nasce em 7 de janeiro de 2002, com cerca de 36 semanas e, portanto, prematuro. Tal dado de certa forma confirma todos os cálculos anteriores jogando o início da gravidez para a primeira semana de maio.

Assim dentro de possibilidades matemáticas de pequenas variações, esta gravidez cujo resultado foi um bebê prematuro de 36

semanas em 7 de janeiro de 2002, iniciou-se entre o final da primeira semana e o final da terceira semana de maio.

Portanto, é muito provável que esta paciente estaria já grávida, com cerca de 1 a 3 semanas de gestação (\pm 1 semana) em 22 de maio, data em que o exame de fls. 09 indica um resultado laboratorial negativo.

Mas como explicar o exame anterior de 3 500 mUI/ml ?

A única explicação possível é exatamente a de um aborto tubário, seguido quase imediatamente de nova ovulação, cópula, fecundação e gestação superveniente.

Impossível ?

Claro que não, a literatura obstétrica está cheia de relatos semelhantes, inclusive de mais de uma gravidez tópica e com idades diferentes (superfetação).

Há relatos de abortamento de um feto, com seguimento normal do outro, para um parto a termo e feliz.

Mas esta hipótese, de duas gestações quase que consecutivas, que é levantada somente agora na perícia, poderia ser mais bem testada se o resultado da vídeo-laparoscopia fosse fornecido, dentro dos padrões do costume, com descrição detalhada de todos os órgãos visualizados e entregue ao paciente, **na data da alta**, para que o seu médico fosse notificado.

Talvez, se o laudo que só foi emitido 4 de junho, já estivesse disponível e de forma completa em 1 de junho, os resultados das ultra-sonografias pudessem ter sido mais bem interpretados, correlacionados que seriam àqueles achados **e todos os médicos envolvidos poderiam ter se aproximado mais da verdade e não induzidos a erro, por absoluta falta de informações.**

Talvez **a informação de que havia um folículo roto em ovário direito**, seguida da uma descrição detalhada do ovário direito e do esquerdo, **permitisse a todos** que investigavam a paciente **imaginar que tudo poderia ser apenas complicação da ovulação, ou mesmo de um aborto tubário recente.**

Quanto a possibilidade de uma vídeo-laparoscopia realizada em maio de 2001, durante a gravidez da paciente, estar relacionada ao parto prematuro do produto daquela gravidez, em janeiro de 2002, esta hipótese não tem qualquer consubstanciação lógica.

No entanto, a ultra-sonografia de fls. 21 demonstra um sítio de nidação (implante embrionário na parede uterina) baixo e que já havia sinais de descolamento; todos os documentos médicos tanto com relação ao menor Gabriel como da mãe que estão nos autos às primeiras folhas do 2º volume processual, demonstram que a Autora durante toda a gravidez fez uso de medicação “*para segurar*” a gravidez (Dactil OB e Inibina).

De mais a mais, há em fls. 234 a informação de que esta era a 5ª gestação, com dois abortos espontâneos e dois partos sendo que um deles prematuro aos 5 meses, que ao nascer ficou na UTI por 73 dias.

Neste mesmo local, consta também a informação de que a Autora evoluiu na gravidez com leucorréia (corrimento vaginal).

Muito embora não tenhamos evidenciado nos autos, informação escrita pelo médico que acompanhou o parto, o porquê de ele ter indicado uma cesariana, supomos que tenha sido esta realizada, pelo fato de ter havido uma ruptura prematura das membranas amnióticas já evoluindo 16 horas (fls. 202) e sem a resolução do trabalho de parto.

Aliado a isto, a posição fetal era pélvica (sentado como dizem os leigos), uma posição sujeita a maior número de complicações no parto vaginal.

São fatores predisponentes ao parto prematuro: as infecções ginecológicas, que inclusive concorrem para a ruptura da bolsa amniótica e a ocorrência de partos prematuros anteriores.

Portanto, esta paciente por si só e sem a concorrência de ninguém, já teria maiores chances de um parto prematuro em qualquer gestação e, aliada a isto, há história de dois abortos espontâneos anteriores, cuja causa, nestes autos pelo menos permanece obscura.

Finalmente apenas a situação baixa do implante embrionário na parede uterina, pode perfeitamente explicar a ocorrência de sangramentos e do parto prematuro.

Portanto, relacionar estas intercorrências obstétricas, com a laparoscopia de 25 de maio, não resiste a menor análise técnica e, esta hipótese levantada pela inicial, não tem nenhum embasamento científico.

Segundo os documentos de fls. 274/277, reforçado por outros documentos arrecadados durante a entrevista pericial, a Autora apresenta hoje diabetes insipidus, conseqüente a uma possível hiperplasia da hipófise e, também, foi acometida de carcinoma pilífero multifocal (câncer em vários focos da tireóide), sendo submetida a tireoidectomia total com esvaziamento cervical.

Ambas as patologias, não guardam qualquer relação com os acontecimentos descritos na inicial e compõem patologias autônomas, porém supervenientes a todo o evento.

Conclusão.

Na documentação dos autos, não encontramos nenhuma falha de conduta médica perpetrada pela Dra. Maria da Graça Guilhon Durand.

A indicação da vídeo-laparoscopia era não só desejável, mas no meu entendimento a melhor e mais moderna conduta a ser tomada frente as informações de que dispunha àquela profissional.

Os exames de ultra-sonografia falharam na avaliação da hipótese de gravidez ectópica, porém, a imagem que eles descreveram permanece até hoje um verdadeiro mistério, uma vez a ausência de um laudo técnico e pormenorizado da vídeo-laparoscopia.

Há que se ressaltar que se as nossas avaliações matemáticas estiverem corretas em 25 de maio não deveria haver nenhuma forma de gravidez uterina e em 1 de junho poderia ainda não ter havido a nidação e, portanto, a gravidez ainda não estaria tópica por estar o produto da concepção no caminho para o útero, porém ainda não implantado.

É nosso entendimento que a ausência de um laudo técnico e pormenorizado da vídeo-laparoscopia, não só permitiu como também fomentou as dúvidas e desacertos por parte dos médicos envolvidos no diagnóstico ultra-sonográfico, assim como também da Dra Maria da Graça, que frente ao dilema em que foi colocada, se viu forçada a decidir por uma cirurgia de laparotomia, que por pura sorte não se realizou, mas que com os dados de esta profissional dispunha, naquele momento, estava plenamente indicada.

Resposta aos quesitos:

Da Autora.

1- Queira o Dr. Perito informar o primeiro diagnóstico para detectar a gravidez;

R: *Nos autos só existe o diagnóstico de gravidez em 1/06/01 (fls. 19), há no entanto um relato de diagnóstico anterior por uma dosagem de β - hCG que revelou valores de 3500; no entanto não temos notícia de quando foi feito este exame;*

2- Queira descrever o que é a Gravidez Tubária e Ectópica;

R: *Gravidez ectópica é toda a gravidez que se desenvolve fora do útero; gravidez tubária é a gravidez ectópica que se desenvolve na trompa; os sítios de gravidez ectópica mais freqüentes são: a trompa, o corno uterino; o ovário; o fígado e o peritônio (esta última pode evoluir para uma gestação a termo);*

3- Qual o diagnóstico no caso de ser encontrado grande quantidade de líquido livre na Pelve. Tal caso é sintoma de Gravidez;

R: *Diversas são as causas de líquido livre no interior do peritônio, em sua maioria maciça, são patológicas; uma delas e que está relacionada à gravidez é a gravidez ectópica rota, seja ela tubária ovariana ou do corno uterino; neste caso, este “líquido livre” seria então sangue, conseqüente a uma hemorragia interna, por ruptura do órgão onde a gravidez estava evoluindo;*

4- É Preconizado para tal situação Operação de Emergência;

R: *A cirurgia de emergência é preconizada para a gravidez ectópica rota ou na iminência de romper, não para o líquido livre no abdome;*

5- O que vem a ser DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA – Como se origina;

R: *Doença inflamatória pélvica é o nome atual para as doenças ginecológicas causadas por microorganismo (bactérias, fungos e etc), que tem como sítio principal os órgãos genitais femininos; estão freqüentemente acompanhadas por corrimento vaginal e podem evoluir para abscessos intra-cavitários, ou mesmo para peritonite franca;*

6- Existe na terminologia médica semelhança entre alguns dos termos acima mencionados? Ou seja, diferentes termos faz menção a mesma doença;

R: *Desculpe, não alcancei a inteligência da pergunta;*

7- Que em havendo cirurgia, no caso em análise, qual o tempo da recuperação plena da paciente;

R: *Por video-laparoscopia a alta pode ser dada entre 12 a 24 horas após o procedimento em média; a paciente deverá estar completamente recuperada na maioria das vezes em 72 horas;*

8- Quais as conseqüências da cirurgia comentada, estando a paciente grávida? Acarretaria problemas de saúde a criança;

R: *Se o trauma cirúrgico viesse a causar problemas, seriam estes imediatos e relacionados à gravidez (abortamento p.ex.) nunca tardios e relacionados à criança;*

9- Queira o Dr. Perito informar se quando da Consulta Médica, o Profissional, de posse dos exames tem o dever de originar o paciente nos procedimentos a ser prescritos;

R: *Quero crer que a pergunta se refira ao dever de informar e nossa resposta é sim; o profissional médico está obrigado a informar o seu paciente;*

10- Queira o Sr. Perito informar se a Ultra-Sonografia aproximasse o mais próximo possível do resultado. Ou seja, dá um dos mais exatos resultados;

R: *Desculpe não alcancei a inteligência da pergunta;*

11- Doutor Perito, a paciente encontra-se com diabetes insipidus (tumoração em sela turca), acompanhada de nódulo tiruridiano. Queira o Dr. Perito informar se foi devido ao fato ocorrido. Peço-lhe o esclarecimento sobre o diagnóstico supra mencionado;

R: *Não pode haver relação entre uma tumoração hipofisária e/ou tireoidiana e video-laparoscopia;*

12- Queira, pôr final informar todo e qualquer elemento necessário ao deslinde da questão;

R: *Vide inteiro teor do Laudo;*

Da 1ª Ré.

1) É de conhecimento da Autora que a não utilização, ou o uso descontinuado de anticoncepcional oral, poderia ocorrer uma gestação;

R: *Sendo a Autora adulta e já tendo engravidado previamente por 4 vezes, entendemos que deva saber a maneira pela qual se possa engravidar e as maneiras de evitá-la;*

2) A Autora tem conhecimento de outros métodos anticoncepcionais? Quais?

R: *Prejudicado, não foi objeto da perícia;*

3) Os exames de ultra-sonografia são métodos que sempre confirmam o diagnóstico de gravidez ectópica;

R: *Não, mas tem alta sensibilidade;*

4) Quais os fatores que podem influenciar na interpretação das imagens ultra-sonográficas;

R: *Vide corpo do Laudo;*

5) A video-laparoscopia é um bom método diagnóstico e terapêutico para os casos de gravidez tubária ou ectópica;

R: *Sim;*

6) Numa paciente com resultado de exame ultra-sonográfico sugestivo de gravidez ectópica, exame laboratorial indicando gravidez e exame clínico indicando dor abdominal, qual a melhor conduta para a elucidação e tratamento;

R: *Prejudicado; não há nos autos, exames indicando gravidez na época da laparoscopia;*

7) A Autora, antes de ser submetida ao exame de video-laparoscopia, foi examinada pelo cirurgião que o realizou e emitiu o competente parecer médico;

R: *Não há documentos nos autos que permitam uma resposta conclusiva;*

8) Existem dados técnicos que possam atribuir o parto pré-termo da Autora, no final da gestação, ao exame de video-laparoscopia realizado no início da gestação;

R: *Não só não há dados técnicos como tal hipótese configura um verdadeiro absurdo;*

9) A Autora já tinha história patológica pregressa de complicações gestacionais ou abortos espontâneos;

R: *Sim;*

10) Baseado na história patológica pregressa obstétrica da Autora, poderia se considerar a última gravidez de risco;

R: *Não temos dados de pré-natal, mas haveria um risco a mais de outro parto prematuro ou mesmo de abortamento; vide corpo do Laudo;*

11) Houve alguma(s) intercorrência(s) na última gestação da Autora? Quais;

R: *Sangramento e ameaça de parto prematuro;*

12) É possível ocorrer amniorrexe com conseqüente parto pré-termo, em pacientes com história de prematuridade e abortos espontâneos anteriores;

R: *Sim;*

13) Que fatores influenciaram para o desencadeamento do parto pré-termo sofrido pela Autora;

R: *Vide corpo do laudo;*

14) Pode se vincular nexo de causa e efeito de tais intercorrências com algum ato praticado pela 1ª Ré;

R: *Não encontramos qualquer nexo de causa e efeito;*

15) Qual o atual estado de saúde da Autora;

R: *A Autora atualmente apresenta diabetes insipidus e já foi operada de carcinoma tireiodiano;*

16) Qual o atual estado de saúde de seu filho, Gabriel;

R: *Prejudicado, não foi objeto da perícia;*

17) Qual efetivamente o dano sofrido pela Autora;

R: *Prejudicado; se dano houve trata-se de dano moral e descabe ao médico Perito manifestação este respeito;*

18) Em caso afirmativo, se tal dano foi decorrência de negligência, imperícia ou imprudência por parte da 1ª Ré;

R: *Prejudicado; em face do parecer 19/99 do Conselho Federal de Medicina, descabe ao médico Perito manifestar-se sobre culpa estrito sensu;*

19) Queiram os Doutos Peritos prestar quaisquer esclarecimentos que julgarem necessários ao deslinde da presente demanda;

R: *Vide inteiro teor do Laudo;*

Da 2ª Ré.

1) Queira o Sr. Perito esclarecer se nos três exames procedidos na Autora houve coerência quanto a imagem ecográfica descrita no laudo;

R: *Os achados são coerentes entre si, porém não há como avaliá-los frente à clínica da paciente, pois na obtivemos uma descrição correta dos achados da laparoscopia;*

2) Houve afirmativa concreta que se tratava de gravidez ectópica;

R: *Não;*

3) Nos laudos emitidos encontrava-se destacado tratar-se a ultrasonografia de exame complementar;

R: *Sim;*

4) Poderia ser realizado outro tipo de exame para diagnóstico mais apurado;

R: *Sim e foi feito a vídeo-laparoscopia;*

5) Através de exame ultra-sonográfico gravidez, há possibilidade de diagnosticar gravidez com menos de cinco semanas;

R: *Não;*

6) Qual o tempo de gravidez da Autora em 22/05/2001;

R: *Em torno de uma a três semanas (± 1 semana);*

7) Queira o Sr. Perito acrescentar o que mais achar necessário para o esclarecimento da presente Ação;

R: *Vide inteiro teor do Laudo;*

Do 3º Réu.

1) Qual foi o dano causado a paciente em decorrência da Vídeo Laparoscopia Diagnóstica feita no início da gravidez;

R: *Considerando que a paciente foi liberada sem um laudo médico técnico e descritivo, entendemos que os procedimentos do dia 1º de junho poderiam ter um outro rumo, se os dados da laparoscopia pudessem ser avaliados em conjunto com os demais;*

2) Das patologias referidas pela paciente, qual delas (tumor de hipófise, tireóide e diabetes) foi provocada pela Vídeo Laparoscopia Diagnóstica;

R: Não há relação entre os presentes diagnósticos e os procedimentos que envolveram a paciente entre 22 de maio e 1 de junho de 2001;

É o relatório.

Oscar Luiz de Lima e Cirne Neto
CRM 52 32 861-0