

OEA/Ser.L/V/II.XX
Doc. 272
31 de outubro de
2022
Original: espanhol

RELATÓRIO No. 267/22
CASO 12.242
MÉRITO

CLÍNICA PEDIÁTRICA DA REGIÃO DOS LAGOS
BRASIL

Aprovado pela Comissão em sua sessão Nº 2255 realizada em 31 de outubro de 2022.
185º período ordinário de sessões

Citar como: CIDH, Relatório No. 267/20, Caso 12.242. Mérito. Clínica Pediátrica da Região dos Lagos. Brasil. 31 de outubro de 2020.

INFORME No. 267/22
CASO 12.242
MÉRITO
CLÍNICA PEDIÁTRICA DA REGIÃO DOS LAGOS
BRASIL

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	3
II. POSIÇÃO DAS PARTES.....	3
A. Parte peticionária.....	3
B. Estado.....	5
III. DETERMINAÇÕES DE FATO	6
A. Mortalidade infantil no Brasil	6
B. Quadro normativo relativo ao controle de infecções hospitalares.....	8
C. Informação sobre as supostas vítimas	9
D. Sobre a Clínica Pediátrica da Região dos Lagos.....	10
1. Pessoal, infraestrutura e condições de higiene.....	11
2. Controle de infecções hospitalares	12
E. Internação e morte das supostas vítimas na CLIPEL	13
1. Tratamento médico e condições de higiene.....	13
2. Sobre as mortes dos recém-nascidos e suas causas	14
F. Processos internos seguidos pelos fatos do presente caso.....	18
1. Procedimentos administrativos e inspeções na CLIPEL.....	18
2. Investigação e processo penal.....	20
3. Processos civis.....	26
IV. ANÁLISE DE DIREITO	27
A. O direito das crianças à vida, à saúde, à integridade pessoal e aos direitos da infância (artigos 4, 26, 5 e 19 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos) com relação à obrigação de respeitar os direitos (artigos 1.1 da Convenção)	27
1. Considerações gerais sobre a atribuição de responsabilidade ao Estado.....	27
2. Considerações sobre o direito à vida, saúde e integridade pessoal, assim como os direitos da infância no contexto dos hospitais e das UTIs neonatais	29
5. O direito à saúde de crianças na primeira infância.....	33
6. Análise do caso.....	34
B. O direito às garantias judiciais, à proteção judicial com relação ao direito à saúde e à obrigação de respeitar os direitos (artigos 8 e 25 da Convenção Americana com relação aos artigos 1.1 e 26 do mesmo instrumento).....	39
1. Considerações gerais	39
2. Análise do presente caso	41
C. O princípio da igualdade e não discriminação com relação aos estereótipos de gênero. Direitos das mulheres em estado de pós-parto e à igualdade perante a lei, com relação ao artigo 1.1 da Convenção Americana e o artigo 7 da Convenção de Belém do Pará....	44
1. Considerações gerais.....	44
2. Análise do caso.....	47

D. Direito à integridade psíquica e moral (artigo 5.1 da Convenção Americana) com relação à obrigação de respeitar os direitos (artigo 1.1 da Convenção)	48
V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	49
ANEXO I: Lista das supostas vítimas	
ANEXO II: Matriz das supostas vítimas	

INFORME No. 267/22
CASO 12.242
MÉRITO
CLÍNICA PEDIÁTRICA DA REGIÃO DOS LAGOS
BRASIL

I. INTRODUÇÃO

1. Em 10 de janeiro de 2000, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (doravante “Comissão Interamericana” ou “CIDH”) recebeu uma petição na qual se alega a responsabilidade internacional da República Federativa do Brasil (doravante “Estado” ou “Brasil”) pela morte de 96 bebês entre junho de 1996 e março de 1997 em consequência da negligência médica de funcionários da Clínica Pediátrica da Região dos Lagos (doravante “CLIPEL”), localizada na cidade de Cabo Frio (Estado do Rio de Janeiro), e da negligência dos agentes estatais responsáveis pela supervisão das atividades da CLIPEL. Alega-se também que o Estado é responsável pelo sofrimento e pelas violações das garantias judiciais e proteção judicial em detrimento dos pais e mães desses recém-nascidos. A petição foi apresentada pela Organização de Direitos Humanos – Projeto Legal, que posteriormente foi substituída pela Associação de Mães de Cabo Frio (doravante “peticionários”).

2. A Comissão aprovou o Relatório de Admissibilidade Nº 70/08 em 16 de outubro de 2008 e o transmitiu às partes em 2 de dezembro de 2008¹. As partes contaram com os prazos regulamentares para apresentar observações adicionais sobre o mérito. Toda a informação recebida foi transmitida devidamente às partes.

II. POSIÇÃO DAS PARTES

A. Parte peticionária

3. Segundo os peticionários, entre junho de 1996 e março de 1997, 96 bebês (mais de 33% dos bebês internados) teriam morrido na CLIPEL em consequência de atos ou omissões de médicos da unidade de terapia intensiva (doravante “UTI”) neonatal e da negligência dos agentes estatais responsáveis pela supervisão das atividades da CLIPEL. Os peticionários afirmam que as crianças morreram em consequência de uma infecção hospitalar e da negligência médica. Destacam que isto ocorreu em um contexto de casos similares em diferentes partes do Brasil e que, apesar de terem sido denunciados na imprensa, em geral permanecem na impunidade.

4. Indicam que a CLIPEL foi constituída como clínica privada, localizada fisicamente no Hospital Irmandade de Santa Isabel, no município de Cabo Frio (Estado do Rio de Janeiro), que prestava serviços de UTI neonatal. Informam que a CLIPEL recebia fundos do Estado no âmbito do sistema público de saúde do Brasil — o Sistema Único de Saúde (doravante “SUS”) — e era a única em ter uma UTI neonatal na Região dos Lagos. Ressaltam que a maioria das crianças nascidos na CLIPEL provêm de famílias com poucos recursos econômicos e sua atenção médica foi financiada com recursos do SUS.

5. Afirmam que, quando os bebês foram internados, já havia sido verificada a existência de infecção hospitalar na CLIPEL e que, mesmo conhecendo o risco para suas vidas, os médicos decidiram interná-los na UTI. Indicam que os médicos e enfermeiras do hospital não tomavam medidas básicas de higiene, como usar luvas, lavar as mãos depois de tocar nas crianças, trocar de roupa ou desinfetá-la antes de examiná-los, ou descartar os aventais usados por visitantes e enfermeiras. Acrescentam que tampouco havia um médico pediatra de plantão. Indicam que isso gerou um quadro de contaminação dos bebês por diversas bactérias existentes na CLIPEL, como *klesiellas*, *pseudomonas*, *staphilococcus*, *serratias*, *aeromnas*, entre outras, levando à sua morte. Segundo os peticionários, os médicos tentaram omitir a verdadeira causa da morte de alguns bebês afirmando que algumas mães eram responsáveis pela infecção, dado que a doença teria sido desenvolvida no útero ou por condições preexistentes, como diabetes. Afirmam que, não obstante, teria sido comprovado que os bebês morreram devido a uma infecção contraída na CLIPEL.

¹ CIDH, Relatório No. 70/08, Petição 12.242 Clínica Pediátrica da Região dos Lagos, Brasil, 16 de outubro de 2008. A CIDH declarou admissível a petição por supostas violações dos artigos 4.5.1, 8.1, 19 e 25 da Convenção Americana com relação ao artigo 1.1 do mesmo instrumento.

6. Declaram que ao menos desde 1993 o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro realizou várias tentativas de fiscalizar a CLIPEL e investigar suas condições de insalubridade, mas seus representantes foram impedidos de entrar no centro hospitalar. Segundo os peticionários, algumas mães iniciaram uma investigação dos fatos no Cartório de Cabo Frio e no Laboratório Osmane Sobral Rezende, onde obtiveram provas da existência de vários surtos infecciosos na CLIPEL. Além disso, indicam que tiveram conhecimento de que os médicos e o Laboratório Osmane Sobral Rezende retinham e falsificavam os documentos da UTI da CLIPEL.

7. *Procedimentos administrativos.* Afirmando que a contaminação da UTI neonatal da CLIPEL foi denunciada às Secretarias de Saúde do Estado e do Município, assim como para o Ministério da Saúde. Nesse sentido, destacam que a CLIPEL funcionava com superpopulação e que os surtos de infecção hospitalar eram comuns. Não obstante, indicam que só depois das mortes das supostas vítimas e das referidas denúncias foram realizadas inspeções na CLIPEL. Nesse sentido, os peticionários indicam que após várias inspeções, e apesar de que a Coordenação de Fiscalização Sanitária da Secretaria de Saúde contava com relatórios e documentos apresentados por familiares e especialistas, o referido órgão estatal emitiu um ofício no qual concluiu que não se havia constatado infrações que explicassem as mortes ocorridas na UTI. Os peticionários acrescentam que apresentaram denúncias ao Departamento de Direitos Humanos do Ministério de Justiça e à Secretaria de Justiça e Direitos Humanos do Rio de Janeiro.

8. *Processos civis.* Alegam que alguns familiares das crianças iniciaram individualmente ações civis de indenização pelos danos causados pelas mortes. Não obstante, indicam que essas ações estavam viciadas devido a irregularidades tais como a adulteração de laudos médicos. Afirmando que, devido à falta de recursos econômicos, não contaram com o assessoramento de advogados e, portanto, não tiveram acesso aos processos civis já que a Primeira Vara Cível de Cabo Frio somente permitia que os advogados examinassem estes documentos. Por outro lado, indicam que apresentaram denúncias ao Ministério Público para que iniciasse uma ação civil pública a fim de determinar a responsabilidade relacionada com a morte das crianças. Informaram que a ação civil concluiu com a decisão do Ministério Público de arquivar o caso, adotada em 9 de maio de 2006. Indicam que apresentaram um pedido de reconsideração dessa decisão, no qual reiteraram ao Ministério Público as irregularidades processuais. Não obstante, o Ministério Público rejeitou o pedido de revisão em 24 de outubro de 2006. Acrescentam que, quando o Ministério Público decidiu arquivar as ações civis, levou em conta o estado das novas instalações da CLIPEL, que não eram o lugar onde ocorreram os fatos do caso.

9. *Investigação e processo penal.* Indicam que, em 7 de abril de 1997, os pais e mães das supostas vítimas do caso apresentaram uma denúncia ao Ministério Público para que se investigasse a morte de seus filhos e filhas na CLIPEL. Em 8 de abril de 1997, o Ministério Público solicitou ao Chefe da 4ª Delegacia Regional da Polícia Civil que iniciasse uma investigação penal dos fatos denunciados e enviou cópia do processo ao Promotor da Infância e da Juventude e ao Promotor de Justiça de Cabo Frio. Assim, em 20 de abril de 1997 iniciou-se a investigação policial para indagar sobre os homicídios ocorridos na CLIPEL. Os peticionários acrescentam que a investigação penal foi concluída em 4 de setembro de 1997 com a determinação de que o diretor técnico da CLIPEL era responsável pelo crime de homicídio tipificado no artigo 121 do Código Penal. De acordo com o relatório final da investigação policial, este acusado teria atuado com dolo eventual, o que significa que tinha consciência da possibilidade de que houvesse um dano, mas assumiu o risco de que se produzisse esse resultado. Segundo os peticionários, em 21 de dezembro de 1999, o Ministério Público apresentou sua denúncia ao juiz de primeira instância da Vara Criminal de Cabo Frio. Indicam que, apesar da investigação penal, a Clínica continuou internando crianças na UTI neonatal sem adotar nenhuma medida para erradicar as condições sépticas denunciadas. Manifestam que, mesmo conhecendo os riscos da internação, os médicos decidiram internar os bebês pelo dinheiro que era destinado à CLIPEL por meio de um acordo com o governo brasileiro e o SUS.

10. Alegam que, durante a investigação e a instrução do processo penal, ocorreram diversas irregularidades: (i) atraso injustificado nas investigações; (ii) falta de incorporação ao processo das provas de hemocultura que, apesar de terem sido oferecidas pelos peticionários, não foram requeridas pelo juiz ao Laboratório Osmane Sobral Rezende e compreendiam 50 (cinquenta) hemoculturas de crianças diagnosticadas com infecção, que na sua opinião eram fundamentais para determinar a causa das mortes e a responsabilidade dos supostos

responsáveis; (iii) a atitude arbitrária do Ministério Público de impedir sua participação na acusação e a falta de resposta deste órgão às denúncias apresentadas com relação às irregularidades do processo, como a adulteração de provas. Denunciam que a negligência do Ministério Público se evidencia na sentença emitida pelo juiz de primeira instância, na qual constatou que a formulação não individualizou a conduta de cada um dos acusados. Mencionam também (v) a rejeição por parte da Vara Criminal da solicitação dos petionários para a prática de perícias técnicas; (vi) a avaliação da prova não baseada em investigação de dados técnicos como as hemoculturas e os históricos médicos das crianças; (vii) perda de declarações testemunhais e de alguns acusados que constavam no processo; (viii) dificuldade para obter cópias do processo. Além disso, sublinham que, apesar de solicitá-lo, não contaram com assistência jurídica na maior parte do processo, situação que os colocou em clara desvantagem para exercer a defesa de seus direitos.

11. Declaram que, neste contexto, em 24 de fevereiro de 2003, o juiz absolveu os acusados por ausência de provas em conformidade com o artigo 386, inciso II, do Código de Processo Penal. Segundo os petionários, as mães foram responsabilizadas pelas mortes de seus filhos. O Ministério Público apelou dessa decisão em 26 de fevereiro de 2003. Em 15 de março de 2005, a Quarta Câmara Criminal do Tribunal de Justiça reformou parcialmente a sentença de primeira instância: confirmou a absolvição dos acusados e modificou somente o arrazoado, indicando que o caso se enquadrava no inciso VI do artigo 386 do Código de Processo Penal, isto é, estabeleceu que não havia provas suficientes para determinar a responsabilidade dos acusados pelo crime de homicídio culposo. Em 20 de abril de 2005, os acusados interpuseram embargos infringentes e recurso de nulidade perante o Tribunal de Justiça, alegando que o texto da decisão era ambíguo. Em 11 de outubro de 2007, o Tribunal proferiu acórdão a favor desse recurso mediante decisão publicada em 29 de janeiro de 2008.

B. Estado

12. O Estado afirma que proporcionou os recursos judiciais efetivos aos pais e mães do presente caso e que as autoridades nacionais atuaram de maneira apropriada, conforme previsto no direito brasileiro. Declara que não é responsável pelas mortes das crianças na CLIPEL, já que as supostas violações de direitos humanos não foram cometidas por agentes do Estado; e que o Ministério Público, a Polícia e o Poder Judiciário ofereceram as condições necessárias para garantir o acesso dos familiares a investigações imparciais e efetivas a fim de identificar e punir os responsáveis pelos crimes alegados. Além disso, afirma que não é possível presumir a responsabilidade dos médicos da CLIPEL.

13. Alega que o Ministério Público tomou conhecimento das irregularidades observadas na CLIPEL em 7 de abril de 1997, com a denúncia dos pais e mães, razão pela qual pediu à 4ª Delegacia Regional da Polícia Civil que iniciasse uma investigação. O relatório da investigação policial assinalou o diretor técnico da CLIPEL como responsável pelos fatos. Depois de receber o relatório do delegado, o Ministério Público considerou que era necessário aprofundar a investigação e devolveu autos à 126ª Delegacia de Cabo Frio a fim de que se realizassem novas diligências. Em particular, indica que isso incluiu a tomada de declarações dos médicos e enfermeiros, a realização de testes de laboratório e diversos relatórios de peritos médicos do Instituto Médico Legal, do Instituto Fernández Figueira e da Secretaria Estadual de Saúde. Informa que deste modo se constatarem as irregularidades no funcionamento da CLIPEL.

14. Consequentemente, manifesta que, em 21 de dezembro de 1999, o Ministério Público denunciou oito médicos da CLIPEL por homicídio culposo, agravado pela inobservância das normas técnicas de sua profissão. De acordo com o Estado não houve nenhuma intenção, por parte do Ministério Público, de facilitar a absolvição dos acusados, mas que, pelo contrário, a denúncia por homicídio culposo foi formulada em conformidade com a legislação brasileira. Afirma que a Vara Criminal da Comarca de Cabo Frio que recebeu a denúncia considerou que não houve culpa por parte dos médicos. Nesse sentido, indica que o processo penal se desenvolveu em conformidade com as normas e jurisprudência internas, motivo pelo qual cumpriu sua obrigação de investigar os fatos relativos a violações de direitos humanos. Alega que a Comissão não pode fazer uma revisão das decisões dos tribunais internos e que as decisões mediante que absolveram os supostos responsáveis foram adotadas em virtude do princípio *in dubio pro reo*.

15. Com relação à contaminação da UTI, o Estado afirma que a mesma ocorreu devido a que se excedeu a capacidade de internação de pacientes e por irregularidades constatadas pelo Departamento de Vigilância

Sanitária do Estado do Rio de Janeiro. Acrescenta que, no sistema processual penal, a reparação do dano causado por um crime não faz parte da pena, motivo pelo qual não é necessária uma condenação penal para que a parte lesada atue no âmbito civil, e não há nenhum impedimento para que os peticionários reclamem uma indenização por essa via. Assinala que, se os peticionários precisam de assistência judicial gratuita, a Defensoria Pública pode proporcioná-la. O Estado não faz referência às afirmações dos peticionários com respeito ao arquivamento da investigação civil.

16. Por outro lado, manifesta que adotou novas políticas para pôr fim à mortalidade infantil. A esse respeito, indica a criação do SUS, do “Pacto pela Vida”, política dirigida a reduzir os índices de infecção neonatal, e do Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, criado pela Lei nº 9.131/1997.

III. DETERMINAÇÕES DE FATO

A. Mortalidade infantil no Brasil

17. A Constituição brasileira de 1988 consagrou no artigo 227 a proteção especial das crianças e adolescentes². Dois anos depois da promulgação dessa Constituição, o Brasil foi o primeiro país da região em adotar uma lei geral sobre os direitos das crianças e adolescentes. Mediante a Lei Nº 8.069/1990 de julho de 1990, foi adotado o Estatuto da Criança e do Adolescente (doravante “ECA”), que criou as condições de exigibilidade dos direitos definidos no artigo 227 da Constituição.

18. Segundo o UNICEF, embora o ECA seja uma lei pioneira na região, os maiores déficits de proteção e garantia dos direitos das crianças e adolescentes no Brasil se registram em outras leis gerais³. Nesse sentido, o Comitê dos Direitos da Criança das Nações Unidas, em seu relatório de 2002 sobre o Brasil, manifestou que, embora a Constituição brasileira e o ECA consagrem o princípio do interesse superior da criança, era necessário que esse princípio se refletisse devidamente em todas as disposições legislativas, políticas e programas, bem como nas decisões judiciais e administrativas que afetam as crianças⁴. Destacou também que os fatores de raça, classe social e gênero dificultavam consideravelmente a plena garantia dos direitos das crianças e adolescentes no Brasil⁵.

19. A Constituição brasileira de 1988 consagrou em seus artigos 196, 197 e 199 que o direito à saúde é um direito de todos, e que é dever do Estado garanti-lo, sem prejuízo de que a atenção à saúde possa ser proporcionada pela iniciativa privada, devendo o Estado dispor de legislação específica sobre regulação, fiscalização e controle dessas atividades privadas. Dois anos depois da promulgação de sua Constituição, o Brasil adotou a Lei Nº 8.080/1990 com a finalidade de regular os serviços de saúde. Essa legislação criou um sistema público de saúde, chamado SUS, permitindo que a iniciativa privada participe do SUS em caráter complementar⁶.

20. No caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, a Corte Interamericana teve a oportunidade de analisar as referidas normas que regulam o Sistema Público de Saúde do Brasil, concluindo “que no Estado a prestação de serviços de saúde pode ser pública ou privada; neste último caso, as prestações são privadas e cobertas pelo próprio

² Esse artigo indica: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. § 1º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas e obedecendo aos seguintes preceitos. I - aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil; § 4º A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente”.

³ Nações Unidas. UNICEF. [A adequação normativa à Convenção sobre os Direitos da Criança na América Latina. Avanços e dívidas com a infância](#). 2019, p. 103-119

⁴ Nações Unidas. Comitê dos direitos da criança. 37º período de sessões. [Observações finais: Brasil](#). 3 de novembro de 2004, par. 32-33

⁵ Nações Unidas. Comitê dos direitos da criança. 37º período de sessões. [Observações finais: Brasil](#). 3 de novembro de 2004, par. 12

⁶ O artigo 4º dispõe: O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). § 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

paciente, mas o Estado conserva seu poder de supervisá-las”⁷. Além disso, a Corte indicou que “em ambas as situações, seja que o paciente esteja internado num hospital público ou num hospital privado que tenha convênio ou contrato com o SUS, a pessoa se encontra sob os cuidados do serviço público de saúde brasileiro, isto é, do Estado”⁸.

21. A CIDH acompanhou as violações de direitos humanos, em especial do direito à saúde, contra crianças no Brasil. Conforme observado pela Comissão, embora o ECA proclame o direito de crianças à proteção de sua vida e saúde através de políticas sociais públicas e garanta à mãe grávida, através do SUS, a atenção “pré e perinatal”, sua aplicação encontrou resistência⁹. Em particular, no que diz respeito à mortalidade infantil no Brasil, a Comissão considerou em seu *Relatório sobre a situação dos direitos humanos no Brasil de 1997*, mesma época dos fatos do presente caso, que a taxa de mortalidade infantil no Brasil era uma das mais altas das Américas. A Comissão observou também que os problemas de saúde no Brasil se enquadravam em um contexto de acentuada desigualdade de renda e desigualdade no acesso a serviços básicos¹⁰.

22. Do mesmo modo, outras entidades nacionais e internacionais se referiram à mortalidade infantil no Brasil, focando a falta de garantia no acesso à saúde. Assim, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (doravante “UNICEF”) e a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (doravante “CEPAL”) reconheceram que, nos anos 90, época dos fatos do presente caso, de cada 1.000 crianças que nasciam no Brasil entre 80 e 70 faleciam. Além disso, indicaram que os índices apontavam uma diferença entre 55% e 61% de mortalidade infantil nas zonas rurais em comparação com os centros urbanos. As mesmas entidades assinalaram que, nessa data, o sistema de estatísticas vitais do Brasil não era confiável para estimar a mortalidade infantil¹¹. A partir de uma perspectiva interseccional, essas entidades destacaram que, no Brasil, se observam diferenciais de mortalidade de indígenas e afrodescendentes em comparação com brancos e mestiços, que flutuam entre 40% e 90% para os primeiros e entre 30% e 80% para os outros¹².

23. Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde reconheceram que entre 2000 e 2014 a mortalidade infantil no Brasil caiu de 16,0 para 14,1 por 1.000 nascidos vivos, o que demonstra uma queda com relação aos anos 90¹³. O UNICEF também assinalou que até 2017 a taxa de mortalidade de recém-nascidos no Brasil era de “renda média-alta”, e que o país contava com um número reduzido de trabalhadores de saúde qualificados para atender a mães e bebês¹⁴.

24. As limitações da saúde no Brasil, especialmente no que se refere às crianças, também foram reconhecidas pelo Comitê dos Direitos da Criança, que indicou que a taxa de mortalidade infantil no país era muito alta em 2014, apesar de haver apresentado uma tendência descendente no período de 1990 a 2007. Além disso, a análise das causas de mortes de crianças revelava que em sua grande maioria (71%) eram evitáveis, porcentagem que não havia mudado desde 1997¹⁵.

25. Por outro lado, o Ministério da Saúde do Brasil reconheceu que, embora tenha havido uma redução da mortalidade infantil entre 1980 e 2002, em consequência da implementação de ações de promoção, proteção e apoio à amamentação, saneamento básico e ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde, a mortalidade neonatal estaria vinculada com causas preveníveis, relacionadas ao acesso e utilização de serviços de saúde, à qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, além de estar relacionada a causas infecciosas.

⁷ Corte IDH, *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentença de 4 de julho de 2006, par. 94.

⁸ Corte IDH, *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentença de 4 de julho de 2006, par. 95.

⁹ Comissão Interamericana de Direitos Humanos. *Capítulo V - Violência contra os menores*. Em: Relatório sobre a situação dos direitos humanos no Brasil. OEA/Ser.L/V/II.97 Doc. 29 rev.1, 29 de setembro de 1997, par. 6-7, 10

¹⁰ Comissão Interamericana de Direitos Humanos. *Capítulo II. Os direitos sociais e econômicos no Brasil*. Em: Relatório sobre a situação dos direitos humanos no Brasil. OEA/Ser.L/V/II.97 Doc. 29 rev.1, 29 de setembro de 1997, par. 6 e 14.

¹¹ UNICEF; CEPAL. *Mortalidade na infância. Uma base de dados da América Latina desde 1960*. 2000, ponto IV, p. 58-73

¹² UNICEF; CEPAL. *Mortalidade infantil e na infância de povos indígenas e afrodescendentes da América Latina: desigualdades estruturais, padrões diversos e evidência de direitos não cumpridos*. 2010, p. 22

¹³ OPAS; OMS. *Saúde nas Américas. Resumo: panorama regional e perfis de país*. 2017, p. 100

¹⁴ UNICEF. *Cada vida conta. A urgente necessidade de pôr fim às mortes dos recém-nascidos*. 2018, p. 2, 21

¹⁵ Committee on the Rights of the Child. *Consideration of reports submitted by States parties under article 44 of the Convention - Combined second to fourth periodic reports of States parties due in 2007 - Brazil*. CRC/C/BRA/2-4, 8 de dezembro de 2014, ponto B.1.1.

Ante essa preocupação, em 2004 foi criado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal¹⁶.

26. Por sua vez, a Fundação Oswaldo Cruz, instituição vinculada ao Ministério de Saúde, reconheceu que em 1997 havia no Estado do Rio de Janeiro, lugar onde ocorreram os fatos do presente caso, um contexto de falta de leitos para terapia intensiva neonatal, o que levava a um excesso da capacidade de atenção das UTI. De acordo com a referida instituição, os estabelecimentos credenciados pelo SUS deveriam ter fornecido os leitos necessários para oferecer uma atenção adequada e evitar mortes por causas evitáveis¹⁷.

27. Do mesmo modo, segundo reportagens jornalísticas apresentadas pelas partes, entre 1996 e 1998 houve uma série de surtos de infecção hospitalar em UTIs neonatais de diferentes hospitais do serviço público de saúde de diversas regiões do Brasil. Segundo tais fontes, os surtos estavam diretamente relacionados às condições sanitárias e à superlotação dos hospitais. Essa informação indica que somente em 1996 mais de 104 recém-nascidos morreram por contaminação de bactérias como *Klebsiella*, *Acinetobacter* nas incubadoras e UTIs neonatais dos hospitais brasileiros¹⁸.

B. Quadro normativo relativo ao controle de infecções hospitalares

28. As normas brasileiras que regulam o controle de infecções hospitalares tiveram sua origem antes do SUS ser criado. O Decreto Nº 77.052 de 19 de janeiro de 1976 estabeleceu como dever das autoridades sanitárias “a fiscalização sanitária das condições de exercício de profissões e ocupações técnicas e auxiliares, relacionadas diretamente com a saúde”. Em seu artigo 2, inciso IV, o referido Decreto estabelece que o “desempenho da ação fiscalizadora” incluía a obrigação de adotar “meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, dos clientes, dos pacientes e dos circunstantes”.

29. Posteriormente, mediante a Portaria 196 de 24 de junho de 1983, o Ministério da Saúde dispôs que todos os hospitais do país, independentemente de sua fonte de financiamento, devem manter uma Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (doravante “CCIH”). Após a adoção da Constituição de 1988, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, atribuiu ao Ministério da Saúde, na qualidade de órgão diretor nacional do SUS, as tarefas de coordenar a aplicação das medidas de vigilância epidemiológica, participar delas e estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos e substâncias de interesse para a saúde¹⁹.

30. Em 4 de setembro de 1992 foi publicada a Portaria 930, de 27 de agosto de 1992, emitida pelo Ministério da Saúde, que revogou a Portaria 196 de 1983, com o fim de atualizar a regulamentação na matéria levando em conta os “avanços técnicos e científicos” e a “experiência nacional acumulada” desde então. Foi mantida a

¹⁶ **Anexo 1.** Ministério da Saúde. Manual para os comitês de prevenção da morte infantil e fetal. Escrito do Estado de 12 de julho de 2002

¹⁷ **Anexo 2.** Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 10 de agosto de 1997. Resposta ao Ofício 0520/1834/97 da 4ª Delegacia de Repressão a Contravenções de Araruama. Petição inicial de 10 de janeiro de 2000

¹⁸ **Anexo 3.** Bactéria contamina incubadora em Niterói. O Globo. Escrito da parte peticionária de 19 de junho de 2002; **Anexo 4.** Um chiqueiro. Negligência e imundície provocam a morte de recém-nascidos em maternidade de Roraima. Veja. 6 de novembro de 1996. Escrito da parte peticionária de 19 de junho de 2002; **Anexo 5.** Em 18 dias, 49 mortes em maternidade de Fortaleza. O Globo. 20 de novembro de 1996. Escrito da parte peticionária de 19 de junho de 2002; **Anexo 6.** Quatro bebês morreram em maternidade de Vitória. O Globo. 21 de novembro de 1996. Escrito da parte peticionária de 19 de junho de 2002; **Anexo 7.** Maternidade tem dez mortes em 4 dias. O Globo. 1999. Escrito da parte peticionária de 19 de junho de 2002; **Anexo 8.** Infecção mata três bebês em hospital de Minas. O Globo. 17 de dezembro de 1999. Escrito da parte peticionária de 19 de junho de 2002; **Anexo 9.** Infecção hospitalar pode ter matado 6 bebês em hospital em Bonsucesso. O Globo. 24 de dezembro de 1999. Escrito da parte peticionária de 19 de junho de 2002; **Anexo 10.** Cinco mortes na maternidade. Rio. O Globo. 23 de dezembro de 1999. Escrito da parte peticionária de 19 de junho de 2002; **Anexo 11.** Infecção hospitalar mata três bebês em Niterói. Rio. O Globo. 20 de maio de 2002. Escrito da parte peticionária de 19 de junho de 2002; **Anexo 12.** Direção de hospital admite que UTI neonatal teve mais 3 bebês mortos. Rio. O Globo. Escrito da parte peticionária de 19 de junho de 2002; **Anexo 13.** Oito bebês morreram em maternidade de Fortaleza. O Globo. 6 de junho de 2002. Escrito da parte peticionária de 19 de junho de 2002; **Anexo 14.** Maternidade do Ceará tem mais 2 bebês mortos. O Globo. 7 de junho de 2002. Escrito da parte peticionária de 19 de junho de 2002; **Anexo 15.** Maternidade tem 7 mortes em 24 horas. O Globo. 22 de janeiro de 1998. Escrito da parte peticionária de 19 de junho de 2002; **Anexo 16.** Cinco bebês morreram em maternidade superlotada. O Globo. 23 de janeiro de 1998. Escrito da parte peticionária de 19 de junho de 2002; **Anexo 17.** Superlotação em UTIs mata mais 2 bebês e coloca 74 em risco. O Globo. 30 de janeiro de 1998. Escrito da parte peticionária de 19 de junho de 2002

¹⁹ Em particular, artigo 16, incisos VI, VIII e XII da Lei 8.080.

mesma obrigação principal: “todos os hospitais do país deverão manter um programa de controle de infecções hospitalares, independentemente da índole da entidade que os financie”.

31. Por sua vez, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (doravante “CREMERJ”), órgão competente para supervisionar a conduta ética dos profissionais médicos envolvidos nos fatos do presente caso, emitiu a Resolução CREMERJ Nº 83/1995, publicada no Diário Oficial desse estado em 19 de janeiro de 1995. De acordo com tal resolução, o CREMERJ “resolve [...] tornar obrigatória a criação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em todos os estabelecimentos hospitalares” (artigo 1). Seu artigo 2 estabelece que tal comissão “será criada por designação da Direção da Unidade, por eleição do Corpo Clínico, ou por qualquer outro mecanismo que a unidade julgar adequado, devendo ser formada preferencialmente por profissionais com treinamento específica na área”. O CREMERJ estabelece um prazo de noventa dias “contados a partir da publicação da presente resolução” para que as “direções das unidades” criassem as respectivas comissões (artigo 2, parágrafo segundo). Além disso, a resolução estabelece a obrigação das comissões de, “através das Direções Técnicas das Unidades, comunicar ao CREMERJ a sua criação, composição e alteração de seus membros” (artigo 2, parágrafo primeiro). Por último, a resolução ressalta que a CCIH “deverá se manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade” (artigo 3) e reforça o papel dos “Diretores Técnicos das unidades” na qualidade de “responsáveis pelo fiel cumprimento da presente Resolução” (artigo 4).

32. Em 6 de janeiro de 1997 foi aprovada a Lei Nº 9.431 com o fim de ampliar as obrigações dos hospitais de todo o país. Em particular, estabeleceu a obrigação dos hospitais de manter um programa de controle de infecções hospitalares (artigo 1)²⁰ e determinou as condições para a implementação adequada desse programa (artigo 2)²¹. Com base nas disposições dessa lei, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria Nº 2.616, de 12 de maio de 1998, que revogou a Portaria Nº 930 de 1992, e determinou as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, estabelecendo os parâmetros de organização que os Programas de Controle de Infecções Hospitalares deveriam possuir (artigo 1 e Anexo I).

33. Posteriormente, foi publicada a Lei Nº 9.782 de 26 de janeiro de 1999 que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (doravante “ANVISA”). No mesmo ano o Programa Nacional de Controle de Infecções passou a estar sob o controle da ANVISA. Em 24 de fevereiro de 2010 a ANVISA publicou a Resolução Nº 7, estabelecendo os requisitos mínimos para o funcionamento das UTI. Em particular, quanto às UTI neonatais, a Seção I (artigos 67 a 71) de tal resolução estabelece os requisitos específicos para essas unidades, tais como materiais e equipamentos mínimos com que devem contar. Além disso, o artigo 13 regula a formação que os médicos da UTI neonatal devem ter, o artigo 18 menciona serviços que as UTI devem oferecer e o artigo 67 estabelece a necessidade de diferenciar as atividades da UTI neonatais das outras existentes nos centros de saúde. A Resolução Nº 7 determinou que as UTI devem cumprir as medidas de previsão de controle de infecções hospitalares definidas pelo Programa de Controle de Infecção Hospitalar do qual fazem parte (artigo 37) e que as unidades devem contar com funcionários exclusivos para realizar sua limpeza (artigo 14, inciso VII, e artigo 54).

C. Informação sobre as supostas vítimas

34. As supostas vítimas do caso são 96 crianças que morreram entre 1996 e 1997 na CLIPEL, assim como seus pais e mães. A CIDH observa que, durante os processos internos, o Ministério Público, ao apresentar uma denúncia contra o pessoal da clínica em 1999, não conseguiu identificar todos os pais e filhos afetados, e

²⁰ O artigo 1 da Lei 9.431 estabelece: “Os hospitais do Brasil são obrigados a manter Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH). § 1 Considera-se programa de controle de infecções hospitalares, para os efeitos desta Lei, o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. § 2º Para os mesmos efeitos, entende-se por infecção hospitalar, também chamada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após a entrada de um paciente em hospital e que se manifeste durante a hospitalização ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização”.

²¹ O artigo 2 da Lei 9.431 dispõe: “Objetivando a adequada execução de seu programa de controle de infecções hospitalares, os hospitais deverão constituir: I - Comissão de Controle de Infecções Hospitalares; II - (VETADO)”. Antes do veto do art. 2 inc. II estipulava: “II. Serviço de Controle de Infecções Hospitalares”. Foi vetado pelo Presidente da República em 6 de janeiro de 1997.

inclusive se referiu a muitas das supostas vítimas não por seu nome, mas como filho ou filha de “fulano de tal”. O mesmo ocorreu na sentença de primeira instância que não mencionou a identidade das supostas vítimas²².

35. Sem prejuízo do exposto anteriormente, a Comissão observa que, segundo informação fornecida pela parte petionária, o universo de supostas vítimas inclui as seguintes pessoas, entre outras: **i) crianças:** (1) Nicolás Ganzúela Éboli; (2) Allan Jorge de Souza Lima; (3) Paloma dos Santos Souza; (4) Jennifer Ribeiro de Souza; (5) Jéssica Ribeiro de Souza; (6) Hítalo Vieira Coímbra; (7) Bruna Pacheco Martins; (8) Luiz Guilherme de Abreu; (9) Izabele Alves dos Santos; (10) filho(a) de Alianai Correia da Silva; (11) Edvaldo da Costa Silva; (12) Rayelle Ramalho da Silva Evangelista; (13) Anderson Silva; (14) Ângelo Júnior Azevedo Freitas; (15) filho(a) de Sandra Maria Sabino; (16) filho(a) de Carmen Terezinha; (17) filho(a) de Rita de Cássia Carcereri; (18) Wagner Souza Pereira; (19) filho(a) de Vilma de Oliveira; (20) filho(a) de Andrea Pereira; (21) filho(a) de Élide Cristina C. Moura; (22) filho(a) de Eliane Pereira; (23) filho(a) de Andrea Fonseca; (24) filho(a) de Josilene Rezende; (25) filho(a) de Jane Maria Ribeiro Guimarães; (26) filho(a) de Fernanda Valsechy; (27) Gabriela Vitorino; (28) filho(a) de Maria de Fátima Reinaldo; (29) filho(a) de Lucinda Marins Gomes; (30) Hélio P. Campo; (31) filho(a) de Flávia Quinanilha; (32) filho(a) de Priscila Leal; (33) filho(a) de Gesusa Juvenal da Silva; (34) filho(a) de Elizabeth Souza; (35) filho(a) de Ivana da Silva Mendes; (36) filho(a) de Maria Estela B. Souza; (37) filho(a) de Marinalva da Silva; (38) Maria R. P. Oliveira; (39) filho(a) de Suzana B. Santos; (40) filho(a) de Vanderleia S. Brito; (41) filho(a) Maria Celina da S. Leôncio; (42) filho(a) de Eliana Avelino Pereira; (43) Gisele Jovenal Silva; (44) Fernando da Conceição Santos; (45) Talita da Silva Sotinho; (46) Hullari Barbosa Ribeiro; (47) Ana Janaina da Silva Timóteo; (48) Thamiris Oliveira Soares da Silva; (49) Evaldo da Costa Silva; (50) William da Conceição Ribeiro; (51) Elen Souza Pichini; (52) Matheus Vitorio da Silva; (53) Luiz Fernandes dos Santos; (54) Ariane Soares Guida; (55) Danilo Ramalho dos Santos; (56) Welliton Martins de Souza; (57) Jéssica dos Santos Porto; (58) Carolina Coelho Aud; (59) Ayrton da Silva Bragança; (60) Victor da Conceição Tavares; (61) filho(a) de Marinez (o Maria Inês) Grizor de Souza; (62) Jomaike Mendes dos Santos; (63) Márcia de Souza Rangel; (64) filho(a) de Lucianete de Oliveira; (65) Juselo Sais Soares; (66) Késia Barreto Félix de Macedo; (67) Gabriel Paraízo Rosendo; (68) Carlos Magos Victorino Pinto; (69) Eric Fernandes dos Santos; (70) Wliana Correia da Conceição; (71) Carla Gomes da Silva; (72) Anderson Monteiro Borges; (73) Grassiele Marinho da Silva; (74) Robert Francisco de Almeida; (75) Bianca dos Santos Nascimento; (76) Luiz Felipe Nascimento Viana; (77) Natália Marins dos Santos; (78) Letícia da Costa Souza; (79) Letícia de Oliveira Castro; (80) Laura Oliveira de Jesus; (81) Matheus Liporaci Batista; (82) Ana Cecília Oliveira Porffrio; (83) Mariney Ferreira de Souza Júnior; (84) Pedro Henrique Mendes Rangel; (85) Pedro Henrique Oliveira Alves; (86) Claudiane Oliveira da Silva; (87) filho(a) de Lucilene M. de Carvalho; (88) Filho de Andrea Pereira; (89) Filho de Lucinete de O. Severino; (90) Filho(a) de Maria de Fátima Reinaldo (mellizo 2); (91) Jefferson Danilo; (92) Filho de Adriane G. de Oliveira; (93) Filho de Ana Lucia Carvalho de Lima; (94) Regna Maria Alves de Souza; (95) Filho (a) de Cleuza de Remedios Rocha; (96) Filho(a) de Carla Santos Soares, assim como **ii) seus pais e mães** nos termos do Anexo I do presente relatório.

D. Sobre a Clínica Pediátrica da Região dos Lagos

36. A CLIPEL foi criada, em 1995, como uma clínica privada com fins lucrativos. Estava localizada na área interna do Hospital Santa Izabel, na cidade de Cabo Frio (Estado do Rio de Janeiro), encontrando-se fisicamente dentro desse hospital. A CLIPEL recebia fundos do Estado no âmbito do SUS para a UTI neonatal²³. Os médicos Geraldo Francisco de Carvalho, Fernando Roberto Wermelinger, Carlindo de Souza Machado e Silva Filho e Luiz Cavalcante Lopes eram os sócios proprietários da CLIPEL, sendo este último seu diretor técnico²⁴.

²² **Anexo 18.** Denúncia do Ministério Público de 10 de janeiro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 19.** Relação de mortes por sepsis ocorridas de 16/12/96 a 08/04/97. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 20.** Relatórios de pacientes que faleceram no período de maio/96 a abril/97. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008

²³ **Anexo 21.** Laudo dos peritos forenses César Fernandes Palmeira e Flávio Felicíssimo de Oliveira, do Instituto Médico Legal. Araruama, 29 de agosto de 1997. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 22.** CREMERJ. Relatório da visita de fiscalização da UTI neonatal e pediátrica do Hospital Santa Izabel realizada em 30 de abril de 1997. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000

²⁴ **Anexo 23.** Contrato social. Clínica pediátrica da Região dos Lagos. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 24.** Alteração contratual. Clínica Pediátrica da Região dos Lagos. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 25.** Segunda alteração contratual. Clínica Pediátrica da Região dos Lagos. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008;

37. De acordo com os peritos do Instituto Médico Forense e do CREMERJ, a CLIPEL era a única clínica em toda a região dos Lagos a contar com o serviço de terapia intensiva neonatal. Em particular, sua área de cobertura incluía as seguintes cidades: Niterói, Macaé, Cabo Frio, Búzios, Arraial do Cabo, São Pedro d'Aldeia, Iguaba Grande, Araruama e Saquarema. Segundo a mesma fonte, a região dos Lagos não possuía um serviço de transporte adequado com recursos tecnológicos para garantir o bem-estar dos recém-nascidos quando era necessário seu traslado para a CLIPEL²⁵. De acordo com os mencionados peritos, havia uma pressão social para que as crianças fossem internadas na CLIPEL, e se o médico de turno recusasse uma internação poderia ser culpado pelo crime de “omissão de socorro”²⁶.

38. Nesse sentido, a doutora Denise Garcia de Freitas Machado e Silva, médica pediatra da CLIPEL, afirmou que havia muitos bebês internados na UTI, provenientes de toda a região dos Lagos, que eram levados à UTI de maneira inadequada, com um transporte inadequado; “como era o único setor especializado na região, não havia forma de se negar a internação dos bebês”²⁷. Igualmente, diversas declarações dos acusados relativas à admissão coincidem ao indicar que, às vezes, havia um número excessivo de pacientes internados na CLIPEL, provenientes de diferentes lugares, dado que era a única UTI neonatal da região²⁸.

1. Pessoal, infraestrutura e condições de higiene

39. Com relação ao pessoal médico e de enfermagem, de acordo com o senhor Charles Souliman Al Odeh, perito do Instituto Fernandes Figueiroa da Fundação Oswaldo Cruz (doravante “IFF/Fiocruz”), órgão subordinado ao Ministério da Saúde, entre maio de 1996 e abril de 1997 não havia suficientes enfermeiros graduados na equipe permanente da CLIPEL, nem havia informação sobre a escala de serviço, o número de profissionais era insuficiente com relação à demanda e não havia um registro dos bebês internados na UTI²⁹. Isso coincide com a declaração do então diretor médico da CLIPEL³⁰, e é corroborado pelos peritos do Instituto Médico Forense³¹. Segundo um relatório de visita do CREMERJ realizado em 30 de abril de 1997, até então a

²⁵ **Anexo 21.** Laudo dos peritos forenses César Fernandes Palmeira e Flávio Felicíssimo de Oliveira, do Instituto Médico Legal. Araruama, 29 de agosto de 1997. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 22.** CREMERJ. Relatório da visita de fiscalização da UTI neonatal e pediátrica do Hospital Santa Izabel realizada em 30 de abril de 1997. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

²⁶ **Anexo 21.** Laudo dos peritos forenses César Fernandes Palmeira e Flávio Felicíssimo de Oliveira, do Instituto Médico Legal. Araruama, 29 de agosto de 1997. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

²⁷ **Anexo 26.** Ata notarial. Denise Garcia de Freitas Machado e Silva. 126ª Delegacia do Estado do Rio de Janeiro. 8 de outubro de 1998. Escrito da parte petionária de 27 de novembro de 2000.

²⁸ **Anexo 26.** Ata notarial. Denise Garcia de Freitas Machado e Silva. 126ª Delegacia do Estado do Rio de Janeiro. 8 de outubro de 1998. Escrito da parte petionária de 27 de novembro de 2000; **Anexo 27.** Investigação policial, segunda fase. Declaração de Luiz Cavalcante Lopes. 23 de novembro de 1998. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 28.** Ata do interrogatório do acusado Luiz Cavalcante Lopes de 23 de fevereiro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 29.** Ata do interrogatório do acusado Geraldo Francisco de Carvalho de 23 de fevereiro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 30.** Ata do interrogatório do acusado Fernando Roberti Wermelinger de 23 de fevereiro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 31.** Ata do interrogatório da acusada Maria de Lourdes Guerson de 23 de fevereiro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000; anexo sem número. **Anexo 32.** Ata do interrogatório da acusada Kátia Maria Almeida Henriques de 23 de fevereiro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 33.** Ata do interrogatório do acusado Carlindo de Souza Machado e Silva Filho de 23 de fevereiro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 34.** Ata do interrogatório do acusado Luiz Antônio Ferreira do Nascimento de 23 de fevereiro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 35.** Ata do interrogatório da acusada Denise Garcia de Freitas Machado e Silva de 23 de fevereiro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

²⁹ Em particular, assinalou: “Não há enfermeiras graduadas durante as 24 horas do dia. É inconcebível que um serviço de tal complexidade não conte com a presença permanente destes profissionais na equipe. Quanto à situação do pessoal auxiliar e técnico, não se anexa uma escala de serviço aos documentos para que se possa saber quantas pessoas integram as equipes. Seu número, que sobe para nove profissionais, nos leva a crer que há dois ou, no máximo, três profissionais por equipe que trabalham 12 horas com 36 horas de descanso. Esse número é suficiente para atender entre 8 e 10 pacientes. Na documentação tampouco há um censo diário que permita saber quantos pacientes internados havia por dia na UTI. A partir dos resumos de internação, concluímos que, em meses como junho e julho de 1996, havia cerca de 12 ou 13 pacientes por dia em média, com um mínimo de 9 e um máximo de 17”. **Anexo 2.** Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueiroa. Rio de Janeiro, 10 de agosto de 1997. Resposta ao Ofício 0520/1834/97 da 4ª Delegacia de Repressão a Contravenções de Araruama. Petição inicial de 10 de janeiro de 2000

³⁰ Segundo sua declaração, o número de funcionários e a infraestrutura eram insuficientes. **Anexo 28.** Ata do interrogatório do acusado Luiz Cavalcante Lopes de 23 de fevereiro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

³¹ **Anexo 21.** Laudo dos peritos forenses César Fernandes Palmeira e Flávio Felicíssimo de Oliveira, do Instituto Médico Legal. Araruama, 29 de agosto de 1997. Petição inicial de 10 de janeiro de 2000.

clínica contava com três médicos que trabalham na UTI, sete médicos pediatras, um enfermeiro-chefe e um médico de turno³².

40. Com relação à estrutura física da CLIPEL, a informação disponível indica que tinha oito leitos de UTI neonatal e cinco leitos de UTI pediátrica, na qual se atendiam crianças de até cinco anos³³. Desses leitos, oito eram destinadas a pacientes do SUS e cinco a pacientes que tinham plano de saúde ou eram particulares³⁴. Segundo o Ministério Público, em 1996 houve uma superlotação na CLIPEL, particularmente na UTI da unidade³⁵. A esse respeito, o Departamento de Fiscalização Sanitária do Estado do Rio de Janeiro reconheceu que em abril de 1997 a clínica apresentava as seguintes irregularidades: altura insuficiente de torneiras, número insuficiente de lavabos, insuficiente número de lugares para limpeza de materiais, insuficiência de forno de micro-ondas para esterilização de mamadeiras e ausência de dispensadores de sabonete com pedal³⁶.

41. Em sentido contrário, a Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento de Cabo Frio afirmou que em 28 de abril de 1997 as estruturas físicas e recursos materiais da CLIPEL estavam de acordo com as normas do município de Cabo Frio. O CREMERJ afirmou que a UTI era de boa qualidade e que as notícias sobre as mortes dos bebês careciam de veracidade³⁷. Por sua vez, a doutora Denise Garcia de Freitas Machado e Silva, médica pediatra da CLIPEL, afirmou que a UTI tinha um aspecto de higiene e limpeza adequada³⁸. No entanto, tal informação foi rejeitada pelos peritos do Instituto Médico Forense, que informaram: i) as avaliações da Secretaria Municipal de Saúde não levaram em conta as condições de higiene da CLIPEL; e ii) era necessário desconsiderar o relatório do CREMERJ, porque a inspeção não incluiu “nenhuma avaliação higiênico-sanitária ou microbiológica nem dos prontuários e dos resultados dos testes de laboratório dos últimos doze meses investigados”³⁹.

42. Com relação às condições de limpeza e higiene, o médico Geraldo Francisco de Carvalho declarou: “em geral, se limpava a UTI constantemente e, quando se constatava a presença de uma bactéria, se fechava a UTI [,] se isolavam as crianças infectadas e se esterilizava todo o material da Unidade”⁴⁰. Em sentido contrário, o médico Fernando Roberti Wermelinger indicou a respeito das saboneteiras que continham sabão líquido em um recipiente como “os que se usam nas estações de ônibus, acionadas por toque”⁴¹.

2. Controle de infecções hospitalares

43. Surge do expediente ante a CIDH que não se encontraram provas da existência de uma CCIH na CLIPEL durante o período em que ocorreram as mortes, nos termos da legislação então vigente (*supra* seção III.B). A ata de constituição da CCIH pelo diretor técnico da CLIPEL, Luiz Cavalcante Lopes, tem data de 1 de junho de 1999⁴².

³² **Anexo 22.** CREMERJ. Relatório da visita de fiscalização da UTI neonatal e pediátrica do Hospital Santa Izabel realizada em 30 de abril de 1997. Escrito da parte peticionária de 15 de novembro de 2000.

³³ **Anexo 22.** CREMERJ. Relatório da visita de fiscalização da UTI neonatal e pediátrica do Hospital Santa Izabel realizada em 30 de abril de 1997. Escrito da parte peticionária de 15 de novembro de 2000.

³⁴ **Anexo 36.** Despacho DIAD/RJ, em 21/05/2001. Ministério da Saúde. Escrito da parte peticionária de 13 de fevereiro de 2008

³⁵ **Anexo 37.** Alegações finais. Ministério Público. 10 de outubro de 2001. Escrito da parte peticionária de 19 de julho de 2002

³⁶ **Anexo 21.** Laudo dos peritos forenses César Fernandes Palmeira e Flávio Felicíssimo de Oliveira, do Instituto Médico Legal. Araruama, 29 de agosto de 1997. Petição inicial de 10 de janeiro de 2000.

³⁷ **Anexo 22.** CREMERJ. Relatório da visita de fiscalização da UTI neonatal e pediátrica do Hospital Santa Izabel realizada em 30 de abril de 1997. Escrito da parte peticionária de 15 de novembro de 2000.

³⁸ **Anexo 26.** Ata notarial. Denise Garcia de Freitas Machado e Silva. 126ª Delegacia do Estado do Rio de Janeiro. 8 de outubro de 1998. Escrito da parte peticionária de 27 de novembro de 2000.

³⁹ **Anexo 21.** Laudo dos peritos forenses César Fernandes Palmeira e Flávio Felicíssimo de Oliveira, do Instituto Médico Legal. Araruama, 29 de agosto de 1997. Petição inicial de 10 de janeiro de 2000.

⁴⁰ **Anexo 38.** “Ação Penal”. Ata da declaração de Geraldo Francisco de Carvalho do 9 de outubro de 1998, folio 994. Escrito do Estado de 13 de maio de 2008.

⁴¹ **Anexo 30.** Ata do interrogatório do acusado Fernando Roberti Wermelinger do 23 de fevereiro de 2000. Escrito da parte peticionária de 15 de novembro de 2000

⁴² **Anexo 39.** Ata de constituição da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares da Clínica Pediátrica da Região dos Lagos (CLIPEL) de 1 de junho de 1999. Escrito da parte peticionária de 8 de abril de 2008, Anexo 4.

44. De acordo com o programa de controle de infecções hospitalares da CCIH da CLIPEL, criado em junho de 1999⁴³, seus “objetivos são a lavagem de mãos; o estabelecimento de um sistema de vigilância epidemiológica; o uso racional de antimicrobianos; procedimentos de risco; limpeza e desinfecção ambiental; e limpeza, desinfecção e esterilização de artigos”. O mesmo documento estabelece uma “metodologia” para a lavagem de mãos focada no “fornecimento e na acessibilidade dos materiais e equipamentos necessários para a lavagem das mãos”, entre eles uma “lata de lixo com pedal”⁴⁴. Além disso, foi adotado um Regulamento Provisório da CCIH da CLIPEL, no qual se dispõem as medidas que a CCIH devia tomar como executora do programa de controle de infecções hospitalares⁴⁵. Nesses documentos se faz referência ao Decreto Nº 2616/1998.

45. Por outro lado, em 22 de abril de 2002 a empresa Profilaxia Consultoria e Assessoria apresentou uma proposta de consultoria e assessoramento para a CLIPEL sobre o controle de infecções hospitalares em resposta a uma solicitação feita por sua direção. Na proposta, Profilaxia destacou que era necessário realizar as seguintes atividades para garantir um padrão de qualidade aos pacientes: “visita técnica da UTI neonatal”; “formação da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH); elaboração do estatuto e da ata de constituição da CCIH e inscrição na Secretaria de Saúde do estado”; “formulação do programa de controle de infecções hospitalares de acordo com o Decreto 2616/98”; módulo sobre “lavagem básica e antisepsia das mãos”, “vigilância epidemiológica das infecções hospitalares”, “procedimentos de risco e infecções hospitalares”, e módulo sobre “limpeza e desinfecção ambiental” e “esterilização e desinfecção de artigos”⁴⁶.

E. Internação e morte das supostas vítimas na CLIPEL

46. A informação ao alcance da CIDH indica que as supostas vítimas nasceram no Estado do Rio de Janeiro com estado normal de saúde, e a maioria das mães não teve problemas de saúde durante a gravidez que poderiam ter colocado a vida dos bebês em risco⁴⁷. Além disso, segundo o Ministério Público, as supostas vítimas e seus familiares eram pessoas de poucos recursos⁴⁸. Devido a diversas questões (como “malformação anorretal”, “complicações respiratórias”, “prevenção”, prematuridade ou falta de vagas em outros hospitais), os bebês foram levados à UTI neonatal da CLIPEL⁴⁹. A CIDH toma nota de que, segundo a declaração de Cirlene Gavina da Costa, seu filho foi levado à UTI da CLIPEL sem sua autorização⁵⁰.

1. Tratamento médico e condições de higiene

47. Uma vez que as supostas vítimas foram internadas na CLIPEL, seus familiares declararam às autoridades internas ter observado irregularidades no tratamento médico e falta de higiene. Em particular, a senhora Cleide Ramalho Evangelista relatou, entre outras coisas, que: (i) quando foi visitar sua filha que estava internada na UTI da CLIPEL, os profissionais de saúde lhe disseram que lavasse as mãos e os braços até o cotovelo, mas lhe deram um jaleco que havia sido usado por outras pessoas, ato que viu que se repetia com os pais dos demais bebês internados; (ii) ao entrar na UTI, não lhe disseram que cobrisse a boca com uma máscara; (iii) os enfermeiros e médicos tinham contato com várias crianças sem lavar as mãos ao passar de uma para outra; (iv) os médicos vestiam a mesma roupa que tinha sido usada por outros médicos antes de entrar na UTI e tampouco

⁴³ **Anexo 40.** Ata de constituição. Comissão de controle de infecção hospitalar. CLIPEL. 1 de junho de 1999. Escrito da parte petionária de 8 de abril de 2008

⁴⁴ **Anexo 41.** Programa de controle de infecções hospitalares da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares da Clínica Pediátrica da Região dos Lagos (CLIPEL). Escrito da parte petionária de 8 de abril de 2008, Anexo 6.

⁴⁵ **Anexo 42.** Regulamento Interno da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares da Clínica Pediátrica da Região dos Lagos (CLIPEL). Escrito da parte petionária do 8 de abril de 2008

⁴⁶ **Anexo 43.** Proposta de Profilaxia Consultoria e Assessoria sobre o controle de infecções hospitalares para a direção da CLIPEL de 22 de abril de 2002. Escrito da parte petionária do 8 de abril de 2008, Anexo 5.

⁴⁷ **Anexo 44.** Declaração. Eliane da Conceição Vieira. 02/05/97. DRPC - Araruama. Escrito da parte petionária de 10 de janeiro de 2000;

Anexo 45. Declaração. Marilucy Dias de Souza. 02/05/97. DRPC - Araruama. Escrito da parte petionária de 10 de janeiro de 2000; **Anexo 46.** Ata da declaração de Cirlene Gavina da Costa de 2 de maio de 1997. Petição inicial de 10 de janeiro de 2000

⁴⁸ **Anexo 37.** Alegações finais. Ministério Público. 10 de outubro de 2001. Escrito da parte petionária de 19 de julho de 2002

⁴⁹ **Anexo 44.** Declaração. Eliane da Conceição Vieira. 02/05/97. DRPC - Araruama. Escrito da parte petionária de 10 de janeiro de 2000;

Anexo 45. Declaração. Marilucy Dias de Souza. 02/05/97. DRPC - Araruama. Escrito da parte petionária de 10 de janeiro de 2000; **Anexo 37.** Alegações finais. Ministério Público. 10 de outubro de 2001. Escrito da parte petionária de 19 de julho de 2002; **Anexo 48.** “Ação Penal”. Ata da declaração testemunhal de Cleide Ramalho Evangelista de 24 de janeiro de 2001, folhas 1294 a 1296. Escrito do Estado do RJ de 13 de maio de 2008.

⁵⁰ **Anexo 46.** Ata da declaração de Cirlene Gavina da Costa de 2 de maio de 1997. Petição inicial de 10 de janeiro de 2000.

usavam máscara; e (v) alguns médicos que saíam da UTI penduravam o jaleco, fumavam cigarros, botavam a mesma roupa e entravam de novo na UTI⁵¹. Assim também declararam Marcela Beatriz Granzella (mãe de Nicolás Granzella Eboli), Marilucy Días de Souza (mãe de Alan de Souza Lima) e Eliane da Conceição Vieira (mãe de Hítalo Vieira Coimbra)⁵².

48. Além disso, a senhora Marcela Beatriz Granzella (mãe de Nicolás Granzella Eboli) afirmou ao Ministério Público que seu filho foi internado em bom estado de saúde por razões preventivas. Igualmente, a senhora Cleide Ramanho Evangelista (mãe de Rayelle) afirmou que sua filha foi transferida para a UTI sem necessidade e pelo simples fato de ter nascido prematura. Por outro lado, a senhora Eliane da Conceição Vieira (mãe de Hítalo Vieira Coimbra) afirmou que enquanto seu filho esteve internado na CLIPEL ela não conseguiu falar com nenhum médico⁵³. Também de acordo com a declaração da senhora Marilucy Días de Souza (mãe de Alan de Souza Lima), enquanto seu filho esteve internado, os médicos lhe disseram que comprasse medicamentos de alto custo para seu bebê⁵⁴.

49. Por outro lado, denunciou-se que algumas mães tentaram acessar os prontuários de seus filhos, pedido que foi negado pela direção da CLIPEL. Nesse sentido, de acordo com a declaração da senhora Marilucy Dias de Souza (mãe de Alan de Souza Lima), depois da morte de seu filho, o doutor Luiz Lopes negou seu primeiro pedido do prontuário sobre o estado de seu filho, e só lhe foi entregue depois da denúncia pública e cobertura televisiva⁵⁵.

2. Sobre as mortes dos recém-nascidos e suas causas

50. De acordo com o CREMERJ, entre 1995 e 1997, a taxa de mortalidade das crianças internadas na CLIPEL foi de aproximadamente 21,20% (dos 481 internados, 102 faleceram). Segundo a mesma fonte, dessas mortes, ao menos 37 teriam como causa “sepsis”⁵⁶. Por outro lado, de acordo com o IFF/Fiocruz entre maio de 1996 e abril de 1997 a taxa de mortalidade infantil na UTI neonatal da CLIPEL era “totalmente anormal”. Em particular, esse instituto indica que durante esse período havia sepsis neonatal pelo menos em 60,8% dos óbitos e que, em dezembro de 1996, 10 das 11 (90,9%) crianças que morreram tinham sepsis⁵⁷. Nesse contexto, entre abril de 1996 e março de 1997 morreram mais de 80 bebês recém-nascidos na CLIPEL.

51. Segundo a denúncia, tais mortes teriam sido causadas por infecções hospitalares e negligência médica⁵⁸. Os atestados de óbito apresentados à CIDH indicam “sepsis neonatal”, “hemorragia pulmonar”, “prematividade”, “dificuldade respiratória”, “parada cardiopulmonar”, “síndrome de angústia respiratória” ou

⁵¹ **Anexo 48.** “Ação Penal”. Ata da declaração testemunhal de Cleide Ramalho Evangelista de 24 de janeiro de 2001, folhas 1294 a 1296. Escrito do Estado de 13 de maio de 2008.

⁵² **Anexo 37.** Alegações finais. Ministério Público. 10 de outubro de 2001. Escrito da parte petionária de 19 de julho de 2002

⁵³ **Anexo 37.** Alegações finais. Ministério Público. 10 de outubro de 2001. Escrito da parte petionária de 19 de julho de 2002

⁵⁴ **Anexo 45.** Declaração. Marilucy Dias de Souza. 02/05/97. DRPC - Araruama. Escrito da parte petionária de 10 de janeiro de 2000.

⁵⁵ **Anexo 45.** Declaração. Marilucy Dias de Souza. 02/05/97. DRPC - Araruama. Escrito da parte petionária de 10 de janeiro de 2000.

⁵⁶ **Anexo 22.** CREMERJ. Relatório da visita de fiscalização da UTI neonatal e pediátrica do Hospital Santa Izabel realizada em 30 de abril de 1997. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

⁵⁷ **Anexo 49.** Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 13 de agosto de 1997. Resposta ao Ofício 0520/1834/97 da 4ª Delegacia de Repressão a Contravenções de Araruama. Petição inicial de 10 de janeiro de 2000.

⁵⁸ **Anexo 50.** Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 10 de agosto de 1997. Resposta ao Ofício 0520/1834/97 da 4ª Delegacia de Repressão a Contravenções de Araruama. Petição inicial de 10 de janeiro de 2000.

“rubéola” como causa de morte⁵⁹. O atestado de óbito de Allan Jorge de Souza Lima indica que era “recém-nascido de mãe diabética”⁶⁰.

52. Segundo a declaração da senhora Cirlene Gavina da Costa, o diretor da CLIPEL, doutor Luiz Cavalcanti Lopes, lhe informou que seu filho teve uma infecção hospitalar, e dois dias depois o bebê faleceu. Não obstante, o referido médico não lhe ofereceu maiores explicações sobre a razão da morte de seu filho, e lhe teria dito que “aceitasse, que isso era normal”⁶¹. O senhor Cesar Alejandro Nicolás Éboli (pai de Nicolás Granzella Éboli) afirmou que, quando seu filho foi contaminado, os médicos da CLIPEL lhe disseram que a infecção estava controlada e que não devia se preocupar, apesar de que seu filho apresentava sintomas de infecção (como marcas vermelhas nas costas), motivo pelo qual indicou que os médicos e enfermeiros não lhe deram a devida atenção⁶².

53. De acordo com as declarações das mães e pais dos bebês, e com os resultados das hemoculturas realizadas pelo Laboratório de Bioquímica Clínica Osmani Sobral Rezende, constatou-se que os bebês haviam sido infectados por um germe de origem hospitalar, sendo reconhecida a presença da bactéria *Klebsiella Pneumoniae* no sangue das supostas vítimas⁶³. A esse respeito, o laudo pericial do IFF/Fiocruz concluiu que era impossível atribuir a taxa anormal de mortalidade na CLIPEL a outros fatores que não seja a contaminação hospitalar. Destacou que se encontrou *Klebsiella pneumoniae* em mais de 50 hemoculturas, resultado “anormal, indesejável e grave” que “demonstra que este germe coloniza de forma quase permanente esse ambiente

⁵⁹ **Anexo 51.** Atestado de óbito de Nicolas Grazella Eboli. Escrito da parte peticionária de 10 de janeiro de 2000; **Anexo 52.** Atestado de óbito de Allan Jorge de Souza Lima. Escrito da parte peticionária de 10 de janeiro de 2000; **Anexo 53.** Atestado de óbito de Jéssica Ribeiro de Souza. Escrito da parte peticionária de 10 de janeiro de 2000; **Anexo 54.** Atestado de óbito de Jennifer Ribeiro de Souza. Escrito da parte peticionária de 10 de janeiro de 2000; **Anexo 55.** Atestado de óbito de Hítalo Vieira Coimbra. Escrito da parte peticionária de 10 de janeiro de 2000; **Anexo 56.** Atestado de óbito de Paloma Santos de Souza. Escrito da parte peticionária de 10 de janeiro de 2000; **Anexo 57.** Atestado de óbito de Fernando da Conceição Martins. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 58.** Atestado de óbito de Izabele Alves dos Santos. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 59.** Atestado de óbito de Welliton Martins de Souza. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 60.** Atestado de óbito de Hullarri Barbosa Ribeiro. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 61.** Atestado de óbito de Jéssica dos Santos Porto. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 62.** Atestado de óbito de Carolina Coelho Aud. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 63.** Atestado de óbito de Thamiris Oliveira Soares da Silva. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 64.** Atestado de óbito de Evaldo da Costa Silva. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 65.** Atestado de óbito de Elen Souza Pachini. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 66.** Atestado de óbito de Jomaike Mendes dos Santos. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 67.** Atestado de óbito de Matheus Vitorio da Silva. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 68.** Atestado de óbito de Bruna Pacheco Martins. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 69.** Atestado de óbito de Luiz Guilherme de Abreu. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 70.** Atestado de óbito de Juseli Sais Soares. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 71.** Atestado de óbito de Késia Barreto Felix de Macedo. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 72.** Atestado de óbito de Pedro Henrique Oliveira Alves. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 73.** Atestado de óbito de Gabriel Paraízo Rosendo. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 74.** Atestado de óbito de Carlos Magno Victorino Pinto. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 75.** Atestado de óbito de Wliana Correia da Conceição. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 76.** Atestado de óbito de Eric Fernandes dos Santos. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 77.** Atestado de óbito de Claudiane Oliveira da Silva. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 78.** Atestado de óbito de Anderson Borges Monteiro. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 79.** Atestado de óbito de Carla Gomes da Silva. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 80.** Atestado de óbito de Robert Francisco de Almeida. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008

⁶⁰ **Anexo 52.** Atestado de óbito de Allan Jorge de Souza Lima. Escrito da parte peticionária de 10 de janeiro de 2000; **Anexo 81.** Atestado de óbito de Grassiele Marinho da Silva. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 82.** Atestado de óbito de Bianco dos Santos Nascimento. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 83.** Atestado de óbito de Luiz Felipe Nascimento Viana. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 84.** Atestado de óbito de Natália Marins dos Santos. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 85.** Atestado de óbito de Gisele Jovenal da Silva. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 86.** Atestado de óbito de Talita da Silva Soltinho. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 87.** Atestado de óbito de Ana Janaína da Silva Timóteo. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 88.** Atestado de óbito de Ayrton da Silva Bragança. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 89.** Atestado de óbito de Victor da Conceição Tavares. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 90.** Atestado de óbito de William da Conceição Ribeiro. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 91.** Atestado de óbito de Márcia de Souza Rangel. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 92.** Atestado de óbito de Danilo Ramalho dos Santos. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 93.** Atestado de óbito de Letícia da Costa Souza. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 94.** Atestado de óbito de Rayelle Ramalho da Silva Evangelista. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 95.** Atestado de óbito de Laura Oliveira de Jesus. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 96.** Atestado de óbito de Matheus Liporaci Batista. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 97.** Atestado de óbito de Ana Cecília Oliveira Proffrio. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 98.** Atestado de óbito de Mariney Ferreira de Souza Júnior. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 99.** Atestado de óbito de Pedro Henrique Mendes Rangel. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 100.** Atestado de óbito de Ariane Soares Guida. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008

⁶¹ **Anexo 46.** Ata da declaração de Cirlene Gavina da Costa de 2 de maio de 1997. Petição inicial de 10 de janeiro de 2000.

⁶² **Anexo 101.** Ata da declaração de Cesar Alejandro Nicolás Éboli de 24/04/97. Escrito da parte peticionária de 31 de março de 2008

⁶³ **Anexo 44.** Declaração. Eliane da Conceição Vieira. 02/05/97. DRPC - Araruama. Escrito da parte peticionária de 10 de janeiro de 2000; **Anexo 45.** Declaração. Marilucy Dias de Souza. 02/05/97. DRPC - Araruama. Escrito da parte peticionária de 10 de janeiro de 2000

hospitalar”. Segundo o perito do IFF, “uma vez constatada a presença desta bactéria no ambiente e, principalmente, na corrente sanguínea dos recém-nascidos, deveriam ter sido tomadas medidas de controle óbvias”, inclusive a suspensão imediata das internações, o que não ocorreu⁶⁴. Complementarmente, o perito Charles Souliman Al Odeh, do IFF-Fiocruz, declarou que o índice excessivo de infectados exigia a adoção de medidas pelos médicos e pela direção do hospital, já que tanto o médico que havia ordenado a internação como o médico de plantão tinham acesso suficiente a essa informação⁶⁵.

54. Além disso, os peritos César Fernandes Palmeira e Flávio Felicíssimo de Oliveira, do Instituto Médico Legal, emitiram um laudo no qual afirmaram as hemoculturas positivas para a bactéria *Klebsiella Pneumoniae* das supostas vítimas compatíveis com infecções hospitalares; a taxa de mortalidade neonatal e a incidência de sepsis neonatal da CLIPEL superaram os valores que costumam ser encontrados em outras UTI neonatais; a direção da CLIPEL deveria ter suspenso de imediato as internações, transferido os pacientes internados para outras unidades e efetuado uma “desinfecção da unidade com métodos intensivos de esterilização”⁶⁶. Segundo declaração do médico Flávio Felicíssimo de Oliveira, era possível constatar a presença de um surto momentâneo de infecção hospitalar na CLIPEL, prova disso eram os índices excessivos de mortalidade perceptíveis na análise mensal do período de maio de 1996 a abril de 1997, e da taxa de mortalidade de 53% observada em dezembro de 1996, muito superior aos índices de tolerabilidade de 5% a 8% das internações⁶⁷.

55. De acordo com o médico Alexandre Adler Pereira, contratado pela CLIPEL para a elaboração de um laudo, “a bactéria [*Klebsiella pneumoniae*] geralmente aparece devido à falta de higiene em hospitais e estabelecimentos de saúde”. O especialista explicou “que, na maioria dos casos, a contaminação ocorre por um dos deslizamentos mais comuns dos profissionais da saúde: não lavar as mãos com água e sabão”⁶⁸.

56. A Comissão observa que diferentes autoridades governamentais e profissionais que trabalhavam na CLIPEL tentaram explicar as mortes das supostas vítimas. Em particular, o Ministério da Saúde afirmou que as “infecções eram esperadas” e que os bebês haviam sido contaminados antes de entrar na CLIPEL e que alguns deles faleceram devido à condição de saúde de suas mães⁶⁹. Isso coincide com o indicado pelo doutor Jacob Samuel Kierszenbaum do CREMERJ⁷⁰, assim como pelo diretor técnico da CLIPEL⁷¹. O Ministério de Saúde afirmou que os bebês foram “contaminados por suas mães, que tiveram cuidados pré-natais de maneira irregular, ou que eram portadoras de diversas infecções. A propósito, a própria senhora Marcela Beatriz Granzella era uma portadora de infecção e estava usando antibióticos”⁷². Sobre esta última, de acordo com o médico que atendeu a senhora Marcela Beatriz Granzella (mãe de Nicolas Granzella Eboli), ela não apresentou nenhum sintoma de infecções durante a gravidez e tampouco no pós-parto⁷³.

57. A esse respeito, o perito do IFF/Fiocruz concluiu que os bebês foram infectados na CLIPEL e que a situação preexistente de suas mães não provocou suas mortes⁷⁴. Isso coincide com o assinalado pelo técnico de enfermagem Andrey Luz de Carvalho da CLIPEL, o qual afirmou que havia vários bebês infectados e que as

⁶⁴ **Anexo 2.** Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 10 de agosto de 1997. Resposta ao Ofício 0520/1834/97 da 4ª Delegacia de Repressão a Contravenções de Araruama. Petição inicial de 10 de janeiro de 2000

⁶⁵ **Anexo 101.** Ata da declaração testemunhal de Charles Souliman Al Odeh de 11 de maio de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

⁶⁶ **Anexo 21.** Laudo dos peritos forenses César Fernandes Palmeira e Flávio Felicíssimo de Oliveira, do Instituto Médico Legal. Araruama, 29 de agosto de 1997. Petição inicial de 10 de janeiro de 2000.

⁶⁷ **Anexo 102.** Ata da declaração testemunhal de Flávio Felicíssimo de Oliveira de 5 de junho de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

⁶⁸ **Anexo 103.** Reportagem de “O Globo” [Nelito Fernandes. *Clínica tem 80 recém-nascidos mortos em 9 meses*. O Globo, 17 de abril de 1997, p. 23]. Escrito da parte petionária de 19 de junho de 2002.

⁶⁹ **Anexo 104.** Declaração. Situação de saúde da senhora Marcela Beatriz Granzella. Escrito da parte petionária de 10 de janeiro de 2000;

⁷⁰ **Anexo 105.** Ata da declaração testemunhal de Jacob Samuel Kierszenbaum de 10 de agosto de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

⁷¹ **Anexo 27.** Investigação policial, segunda fase. Declaração de Luiz Cavalcante Lopes. 23 de novembro de 1998. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

⁷² **Anexo 105.** Ata da declaração testemunhal de Jacob Samuel Kierszenbaum de 10 de agosto de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

⁷³ **Anexo 106.** Ministério da Saúde. DISAD-SEDIS. Escrito da parte petionária de 19 de junho de 2002

⁷⁴ **Anexo 101.** Ata da declaração testemunhal de Charles Souliman Al Odeh de 11 de maio de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

infecções eram constatadas somente depois de sua entrada na clínica⁷⁵. Igualmente, a doutora Denise Garcia de Freitas Machado e Silva, médica pediatra da CLIPEL, atribuiu o número de mortes ao “grande número de bebês internados na UTI, provenientes de toda a Região dos Lagos”⁷⁶. Isso é corroborado pelo doutor Luiz Cavalcanti Lopes, que afirmou que a “superlotação condenável” explicava “o maior número de mortes”⁷⁷.

58. De acordo com informação da Coordenação de Fiscalização Sanitária da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, após uma série de inspeções na CLIPEL não teria sido possível detectar infrações por parte da clínica que justificassem as mortes ocorridas na UTI⁷⁸. A esse respeito, o perito Charles Souliman Al Odeh do IFF/Fiocruz e os peritos do Instituto Médico Forense afirmaram que o laudo da COFISA deveria ser desconsiderado, porque se limitava a descrever equipamentos, condições físicas e pessoal, assim como o estado da unidade no momento da visita, e não durante o período em que se efetuaram as internações⁷⁹.

59. Diferentes peritos afirmaram que, uma vez constatado o surto de infecção hospitalar, os médicos e diretores da CLIPEL deveriam ter ordenado a interdição da clínica e a realização da esterilização do lugar. Nesse sentido, o perito Cezar Fernandes Palmeira indicou algumas medidas de controle que poderiam ter sido tomadas para evitar a infecção hospitalar, como a “interdição da UTI e outras [medidas] terapêuticas”⁸⁰. Por sua vez, o médico Geraldo Francisco de Carvalho declarou que não havia informação acerca de quando se teria efetuado o isolamento e a esterilização nem a razão pela qual não se adotou o mesmo procedimento de isolamento e esterilização no caso das infecções constatadas⁸¹.

60. Segundo o relatório da investigação policial, os laudos permitiram concluir que houve negligência por parte dos diretores da CLIPEL, e que os profissionais de saúde tratavam os bebês neonatais de maneira negligente e com descuido, como “se não tivessem o menor valor”⁸². De acordo com a polícia, ao Diretor da UTI neonatal da CLIPEL, doutor Luiz Cavalcante Lopes, “não lhe importou que isso [a morte previsível dos bebês] ocorresse e preferiu continuar com as internações, isto é, o meio que tinha para obter lucro de uma maneira vergonhosa e imoral”⁸³.

61. Por sua vez, o Ministério Público concluiu que as mortes das supostas vítimas estavam relacionadas com a superlotação da UTI da CLIPEL, e afirmou que tal superlotação ocorreu porque os diretores da clínica estavam interessados no dinheiro que o SUS pagaria ao internar os bebês. Nesse sentido, indicou que “é evidente que a superação da capacidade da UTI neonatal está diretamente relacionada à necessidade do aporte financeiro pago pelo Ministério da Saúde, desprezando, assim, o acusado Luiz Cavalcanti Lopes, diretor de tal UTI, qualquer sentimento de respeito à vida humana, transformando o que seria um lugar para salvar vidas em um verdadeiro açougue humano, com o apoio, para isso, da omissão criminosa dos outros médicos”⁸⁴. Segundo o Ministério Público, as mortes das supostas vítimas foram resultado do “excesso da capacidade de internação na UTI neonatal da CLIPEL, e das irregularidades materiais [...]. Esses fatores permitiram a colonização permanente de bactérias no ambiente da UTI neonatal, caracterizando-se como infecção hospitalar, gerando a

⁷⁵ **Anexo 107.** Ata de declaração. Andrey Luz de Carvalho. 126.^a Delegacia do Estado do Rio de Janeiro. 19/08/98. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008

⁷⁶ **Anexo 26.** Ata de declaração. Denise Garcia de Freitas Machado e Silva. 126.^a Delegacia do Estado do Rio de Janeiro. 8 de outubro de 1998. Escrito da parte peticionária de 27 de novembro de 2000.

⁷⁷ **Anexo 27.** Investigação policial, segunda fase. Declaração de Luiz Cavalcante Lopes. 23 de novembro de 1998. Escrito da parte peticionária de 15 de novembro de 2000.

⁷⁸ **Anexo 21.** Laudo dos peritos forenses César Fernandes Palmeira e Flávio Felicíssimo de Oliveira, do Instituto Médico Legal. Araruama, 29 de agosto de 1997. Escrito da parte peticionária de 15 de novembro de 2000.

⁷⁹ **Anexo 101.** Ata da declaração testemunhal de Charles Souliman Al Odeh de 11 de maio de 2000. Escrito da parte peticionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 21.** Laudo dos peritos forenses César Fernandes Palmeira e Flávio Felicíssimo de Oliveira, do Instituto Médico Legal. Araruama, 29 de agosto de 1997. Petição inicial de 10 de janeiro de 2000.

⁸⁰ **Anexo 108.** Declaração. César Fernandes Palmeira. 03/11/98. 126.^a Delegacia Policial- Cabo Frio Escrito da parte peticionária de 10 de janeiro de 2000;

⁸¹ **Anexo 38.** “Ação Penal”. Ata da declaração de Geraldo Francisco de Carvalho de 9 de outubro de 1998, folio 994. Escrito do Estado de 13 de maio de 2008.

⁸² **Anexo 109.** Investigação 006/97. Chefia da Polícia Civil. Relatório. Araruama, 4 de setembro de 1997. Delegado Juaraci Rodrigues Cardoso Vieira. Escrito da parte peticionária de 10 de janeiro de 2000.

⁸³ **Anexo 109.** Investigação 006/97. Chefia da Polícia Civil. Relatório. Araruama, 4 de setembro de 1997. Delegado Juaraci Rodrigues Cardoso Vieira. Escrito da parte peticionária de 10 de janeiro de 2000.

⁸⁴ **Anexo 37.** Alegações finais. Ministério Público. 10 de outubro de 2001. Escrito da parte peticionária de 19 de julho de 2002

contaminação das vítimas”. Além disso, reconheceu que os médicos da CLIPEL não cumpriram seu dever de cuidado e não interromperam a internação de crianças na UTI para que se realizasse a desinfecção da clínica⁸⁵.

F. Processos internos seguidos pelos fatos do presente caso

62. A seguir, a CIDH se referirá aos processos internos relativos aos fatos denunciados no presente caso, isto é: (1) investigações administrativas e inspeções na CLIPEL, (2) investigação e processo penal, e (3) processos civis.

1. Procedimentos administrativos e inspeções na CLIPEL

63. Na presente seção, a CIDH aborda a informação recebida sobre investigações administrativas e/ou inspeções na CLIPEL realizadas pelas seguintes entidades públicas: (a) Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, (b) Coordenação de Fiscalização Sanitária da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COFISA), (c) Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), (d) Ministério da Saúde e (e) Câmara de Vereadores de Cabo Frio.

a. Conselho Regional de Enfermagem

64. Segundo informação apresentada à CIDH, o Hospital Santa Izabel, onde estava localizada fisicamente a CLIPEL, era inspecionado desde 1993 pelo Conselho Regional de Enfermagem. Esse Conselho afirmou que desde suas primeiras inspeções a CLIPEL não correspondia às exigências técnicas para seu funcionamento⁸⁶. A CIDH não conta com mais informações a esse respeito, nem com elementos que indiquem especificamente as exigências técnicas das quais a CLIPEL teria carecido.

b. Coordenação de Fiscalização Sanitária da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COFISA)

65. Em 16 de dezembro de 1996 Marilucy Dias de Souza, Jorge Ovideo Lima, Eliane da Conceição Vieira, Emerson Souza Coimbra, Marcela Beatriz Granzella, Alejandro Nicolás Eboli e Genilse Ferreira Martins Pachecho denunciaram à COFISA as condições da UTI neonatal da CLIPEL e as mortes de seus filhos por infecção, e solicitaram que se realizasse uma investigação dos fatos⁸⁷. A denúncia foi recebida pelo então chefe da COFISA, doutor Edmilson Ramos Migowski de Carvalho⁸⁸.

66. De acordo com informação da COFISA, a CLIPEL foi inspecionada por esse órgão nos seguintes dias: 20 de janeiro, 27 de fevereiro, 17 de abril, 18 de abril, 22 de abril, 24 e 28⁸⁹ de abril e 22 de maio de 1997. Em seu relatório de 22 de maio de 1997, a COFISA afirmou que não encontrou “infrações que justificassem as mortes ocorridas”⁹⁰. De acordo com o laudo de dois peritos do Instituto Médico Legal com relação a tais visitas, foram coletados materiais como *swabs* e material para realização de exames, mas não foi possível acessar o registro dos pacientes⁹¹. Segundo declarou o chefe da COFISA, ele não constatou “irregularidades dignas de menção”, motivo pelo qual a CLIPEL não foi punida por irregularidades, mas somente intimada para que efetuasse

⁸⁵ **Anexo 18.** Denúncia do Ministério Público de 10 de janeiro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

⁸⁶ **Anexo 110.** Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Hospital Santa Isabel. Escrito da parte petionária de 8 de abril de 2008.

⁸⁷ **Anexo 111.** Denúncia à Coordenação de Fiscalização Sanitária do Ministério da Saúde do Estado do Rio de Janeiro. 16 de dezembro de 1996. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

⁸⁸ **Anexo 112.** Ata da declaração testemunhal de Edmilson Ramos Migowsky de Carvalho de 10 de agosto de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

⁸⁹ **Anexo 113.** Relatório de inspeção – UTI neonatal. 28/04/97. Secretaria Municipal de Saúde. Escrito da parte petionária de 13 de maio de 1997.

⁹⁰ **Anexo 114.** Relatório da Coordenadora de Fiscalização Sanitária (COFISA) de 22 de maio de 1997. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

⁹¹ **Anexo 21.** Laudo dos peritos forenses César Fernandes Palmeira e Flávio Felicíssimo de Oliveira, do Instituto Médico Legal. Araruama, 29 de agosto de 1997. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 115.** Visita de fiscalização realizada na UTI neonatal. CREMERJ. 17/04/97. Escrito da parte petionária de 8 de abril de 2008.

reparações sob pena de multa⁹². A esse respeito, o perito Charles Souliman Al Odeh do IFF/Fiocruz e os peritos do Instituto Médico Forense afirmaram que o laudo da COFISA deveria ser desconsiderado, porque se limitava a descrever equipamentos, condições físicas e pessoal, assim como o estado da unidade, no momento da visita, e não durante o período em que se efetuaram as internações⁹³.

67. Diante da ausência de respostas, os denunciantes notificaram extrajudicialmente a COFISA em 18 de março de 1997⁹⁴. Em 22 de abril de 1997 o senhor Alejandro Nicolás Eboli denunciou ao Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro a omissão da COFISA em apresentar respostas sobre a denúncia apresentada por ele e outros familiares⁹⁵. Em 25 de outubro de 2000 os petionários reiteraram sua denúncia ao Ministério Público, indicando que a COFISA não lhes informou os resultados de suas investigações⁹⁶.

c. Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ)

68. Segundo a declaração de Jacob Samuel Kierszenbaun (membro do CREMERJ), houve uma denúncia ao Conselho de Medicina, por meio do qual se iniciou um procedimento administrativo para investigar os fatos do presente caso⁹⁷. Em 30 de abril de 1997 a CLIPEL foi inspecionada pelo CREMERJ devido a uma publicação na imprensa sobre a atenção prestada na UTI⁹⁸. Em seu relatório sobre a visita, o CREMERJ afirmou que “a UTI pediátrica é de boa qualidade. As notícias difundidas pela imprensa [sobre as mortes dos bebês] [...] carecem de veracidade”. Ao não mencionar o central — as atividades da UTI neonatal —, limitou-se à frase “prontuários com parâmetros técnicos adequados”⁹⁹. Os peritos César Fernandes Palmeira e Flávio Felicíssimo de Oliveira, do Instituto Médico Legal, emitiram um laudo em 29 de agosto de 1997, no qual indicaram que era necessário desconsiderar o relatório do CREMERJ, preparado após essa visita de fiscalização, porque a inspeção não incluiu “nenhuma avaliação higiênico-sanitária, microbiológica, dos prontuários ou dos resultados dos testes de laboratório dos últimos doze meses investigados”¹⁰⁰.

69. Posteriormente, o CREMERJ iniciou *ex officio* um processo ético disciplinar contra o médico Luiz Cavalcanti Lopes, diretor da CLIPEL, pelos fatos do presente caso. Em 24 de março de 2000 o CREMERJ concluiu que o médico não havia cometido nada ilícito, e que as mortes estavam relacionadas com contaminações prévias das supostas vítimas e com o fato de que a CLIPEL era a única UTI neonatal da região¹⁰¹.

70. Em 25 de outubro de 2000 os petionários denunciaram o CREMERJ ao Ministério Público, afirmando que esse Conselho não havia informado os familiares dos bebês sobre suas investigações, e que as declarações e laudos de seus membros tiveram como objetivo reconhecer a inocência dos médicos envolvidos¹⁰². Na mesma data, um grupo de aproximadamente 400 mulheres da Região de Lagos, onde estava localizada a CLIPEL, assinaram um abaixo-assinado em que pediam justiça pelos fatos do presente caso e expressavam seu receio de que os médicos responsáveis continuassem trabalhando na clínica¹⁰³. Em 12 de maio de 2004 e em 18 de

⁹² **Anexo 112.** Ata da declaração testemunhal de Edmilson Ramos Migowsky de Carvalho de 10 de agosto de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

⁹³ **Anexo 101.** Ata da declaração testemunhal de Charles Souliman Al Odeh de 11 de maio de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 21.** Laudo dos peritos forenses César Fernandes Palmeira e Flávio Felicíssimo de Oliveira, do Instituto Médico Legal. Araruama, 29 de agosto de 1997. Petição inicial de 10 de janeiro de 2000.

⁹⁴ **Anexo 115.** Notificação extrajudicial. 18 de março de 1997. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

⁹⁵ **Anexo 116.** Denúncia ao Ministério Público. César Alejandro Nicolás Eboli. 22/04/97. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

⁹⁶ **Anexo 117.** Reiteração de denúncia ao Ministério Público. Associação Mães de Cabo Frio. 25 de outubro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

⁹⁷ **Anexo 105.** Ata da declaração testemunhal de Jacob Samuel Kierszenbaum de 10 de agosto de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

⁹⁸ **Anexo 22.** CREMERJ. Relatório da visita de fiscalização da UTI neonatal e pediátrica do Hospital Santa Izabel realizada em 30 de abril de 1997. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

⁹⁹ **Anexo 22.** CREMERJ. Relatório da visita de fiscalização da UTI neonatal e pediátrica do Hospital Santa Izabel realizada em 30 de abril de 1997. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

¹⁰⁰ **Anexo 21.** Laudo dos peritos forenses César Fernandes Palmeira e Flávio Felicíssimo de Oliveira, do Instituto Médico Legal. Araruama, 29 de agosto de 1997. Petição inicial de 10 de janeiro de 2000.

¹⁰¹ **Anexo 118.** CREMERJ. Decisão. 24 de março de 2000. Escrito da parte petionária de 8 de abril de 2008

¹⁰² **Anexo 119.** Denúncia ao Ministério Público contra o CREMERJ. Associação Mães de Cabo Frio. 25 de outubro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

¹⁰³ **Anexo 120.** Petição. Mulheres da região dos Lagos. 25 de outubro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

abril de 2006 os petionários reiteraram sua denúncia destacando que até a referida data o Ministério Público não lhes havia informado sobre a existência de uma investigação administrativa contra os órgãos de fiscalização¹⁰⁴.

d. Ministério da Saúde

71. Em 20 de fevereiro de 1998 instaurou-se no Ministério da Saúde uma Comissão de Inquérito Disciplinar para determinar a responsabilidade do diretor da clínica. Em seu relatório final, a referida Comissão concluiu que não se caracterizou qualquer imprudência, negligência ou imperícia por parte dos médicos da CLIPEL, e que não havia provas de que os bebês tinham sido infectados na clínica¹⁰⁵. Além disso, a Comissão do Ministério da Saúde afirmou que “um recém-nascido faleceu nos primeiros dias de sua vida na UTI neonatal pediátrica. Sua mãe, devastada pela dor, sem buscar uma justificativa plausível para o fato, ocultando que usou antibióticos, contou o que se passou, sendo certo para os que escutaram lhe darem razão em vez de ponderar”, e concluiu que o médico não era responsável pelas mortes, que as mães haviam dado conotação exagerada à morte de seus filhos, que algumas mães tinham condições preexistentes, como a senhora Marcela Beatriz Granzela, e que não se chegou a provar que os bebês foram infectados na CLIPEL em vez de terem sido infectados por suas mães¹⁰⁶. Segundo esse órgão, as infecções “eram esperadas”, não houve provas da responsabilidade dos médicos e as denúncias dos familiares eram “alvorço, sensacionalismo, falta de atenção e atitudes de encobrimento”¹⁰⁷.

e. Câmara de Vereadores de Cabo Frio

72. Em 28 de abril de 1997 a Câmara de Vereadores de Cabo Frio criou uma comissão especial para investigar os fatos ocorridos na CLIPEL. Em seu relatório de agosto de 1997, a Comissão Especial recomendou que se criasse uma Comissão permanente de inspeções na CLIPEL e nas outras UTIs de Cabo Frio¹⁰⁸.

2. Investigação e processo penal

a. Investigação penal

73. Em 7 de abril de 1997 a senhora Marilucy Dias de Souza e outros familiares dos bebês falecidos na CLIPEL denunciaram ao Ministério Público a morte de mais de 30 recém-nascidos nessa clínica, assim como a suspeita de que havia um surto de infecção hospitalar e negligência do pessoal¹⁰⁹. Em 8 de abril de 1997 o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro solicitou à 4ª Divisão Regional da Polícia Civil que iniciasse uma investigação dos fatos¹¹⁰.

74. Em 2 de maio de 1997, as seguintes pessoas prestaram declaração à Delegacia de Araruama: Eliane da Conceição Viera (mãe de Hítalo Vieira Coimbra), Marilucy Dias de Souza (mãe de Allan Jorge de Souza Lima) e Cirlene Gavina da Costa (cujo filho faleceu na CLIPEL)¹¹¹.

¹⁰⁴ **Anexo 121.** Reiteração de denúncia ao Ministério Público. Associação Mães de Cabo Frio. 12 de maio de 2004. Escrito da parte petionária de 19 de fevereiro de 2008; **Anexo 122.** Reiteração de denúncia ao Ministério Público. Associação Mães de Cabo Frio. 28 de abril de 2006. Escrito da parte petionária de 19 de fevereiro de 2008

¹⁰⁵ **Anexo 123.** Relatório final. Ministério da Saúde. Comissão de Inquérito. 30 de abril de 1998. Escrito da parte petionária de 31 de março de 2008

¹⁰⁶ **Anexo 123.** Relatório final. Ministério da Saúde. Comissão de Inquérito. 30 de abril de 1998. Escrito da parte petionária de 31 de março de 2008

¹⁰⁷ **Anexo 123.** Relatório final. Ministério da Saúde. Comissão de Inquérito. 30 de abril de 1998. Escrito da parte petionária de 31 de março de 2008

¹⁰⁸ **Anexo 124.** Relatório. Comissão Especial. Câmara de Vereadores de Cabo Frio. Agosto/97. Escrito da parte petionária de 31 de março de 2008

¹⁰⁹ **Anexo 125.** Denúncia ao Ministério Público. Marilucy Dias de Souza e outros. 07/04/97. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

¹¹⁰ **Anexo 126.** Solicitação de abertura de inquérito. Ministério Público. 8 de abril de 1997. Escrito da parte petionária de 10 de janeiro de 2000;

¹¹¹ **Anexo 44.** Declaração. Eliane da Conceição Viera. 02/05/97. DRPC - Araruama. Escrito da parte petionária de 10 de janeiro de 2000; **Anexo 45.** Declaração. Marilucy Dias de Souza. 02/05/97. DRPC - Araruama. Escrito da parte petionária de 10 de janeiro de 2000; **Anexo 46.** Ata da declaração de Cirlene Gavina da Costa de 2 de maio de 1997. Petição inicial de 10 de janeiro de 2000

75. Segundo o relatório do inquérito policial, determinou-se a realização de diligências ao Departamento de Fiscalização e Vigilância Sanitária do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde de Cabo Frio (onde se solicitou a realização de uma inspeção na CLIPEL), Laboratório Osmane Sobral Rezende, IFF/Fiocruz e Instituto Médico Forense¹¹².

76. Em 13 de agosto de 1997 o IFF/Fiocruz apresentou um laudo no qual reconheceu que a taxa de mortalidade infantil observada na UTI neonatal da CLIPEL entre maio de 1996 e abril de 1997 era “totalmente anormal” e que as infecções hospitalares haviam sido contraídas pelas supostas vítimas nessa UTI neonatal¹¹³. Além disso, em 29 de agosto de 1997 os peritos Flávio Felicíssimo de Oliveira e César Fernandes Palmeira, do Instituto Médico Forense apresentaram seu laudo pericial, indicando que, quando os diretores da CLIPEL tiveram conhecimento do surto de infecção hospitalar, deveriam ter paralisado as internações, transferido os pacientes e determinado a desinfecção da clínica¹¹⁴.

77. O relatório do inquérito policial de 4 de setembro de 1997 concluiu que o Diretor da UTI neonatal da CLIPEL, doutor Luiz Cavalcante Lopes, devia ser acusado de homicídio por haver causalidade entre sua conduta e as mortes em questão. Assim, determinou-se a notificação do acusado e do Conselho Regional de Medicina para que se instaurasse um processo disciplinar (*supra* parágrafo 69)¹¹⁵.

78. Em 3 de novembro de 1997 os denunciantes apresentaram novos fatos ao Ministério Público, indicando que: i) o Laboratório Osmane Sobral Resende estava retendo informação das mães dos bebês; ii) ainda que a bactéria predominante fosse a *Klebsiella Pneumoniae*, foram detectados surtos de pelo menos outras quatro bactérias; iii) todos os médicos da CLIPEL, e não só o doutor Luiz Cavalcante Lopes, assim como os enfermeiros, tinham conhecimento da contaminação; e iv) não existia uma comissão de infecção hospitalar no Hospital Santa Izabel onde ficava a CLIPEL¹¹⁶.

79. Posteriormente, o Ministério Público solicitou que se complementassem as diligências e que o inquérito fosse transferido para a 126ª Delegacia de Cabo Frio. Essa Delegacia solicitou as cópias dos registros da CLIPEL e mais informações sobre o funcionamento da CCIH¹¹⁷.

80. Além disso, nos dias 9 e 10 de julho de 1998 as técnicas de enfermagem da CLIPEL Neusimar Rodrigues da Silveira e Ana Barbara Motta Tito prestaram declaração; em 19 de agosto de 1998 o técnico de enfermagem da CLIPEL, Andrey Luz de Carvalho, e em 26 de agosto de 1998 a senhora Marlene de Souza Chagas, que trabalhava como auxiliar de limpeza na CLIPEL, prestaram declaração¹¹⁸. Por outro lado, em outubro e novembro de 1998 os médicos Luis Antônio Ferreira do Nascimento, Denise Garcia de Freitas Machado e Silva, Fernando Roberti Wermelinger, Geraldo Francisco de Carvalho, Luiz Cavalcante Lopes que trabalhavam na CLIPEL prestaram declaração na 126ª Delegacia de Polícia¹¹⁹.

¹¹² **Anexo 109.** Inquérito 006/97. Chefia da Polícia Civil. Relatório. Araruama, 4 de setembro de 1997. Delegado Juaraci Rodrigues Cardoso Vieira. Escrito da parte peticionária de 10 de janeiro de 2000.

¹¹³ **Anexo 49.** Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 13 de agosto de 1997. Resposta ao Ofício 0520/1834/97 da 4ª Delegacia de Repressão a Contravenções de Araruama. Petição inicial de 10 de janeiro de 2000.

¹¹⁴ **Anexo 21.** Laudo dos peritos forenses César Fernandes Palmeira e Flávio Felicíssimo de Oliveira, do Instituto Médico Legal. Araruama, 29 de agosto de 1997. Escrito da parte peticionária de 15 de novembro de 2000.

¹¹⁵ **Anexo 109.** Inquérito 006/97. Chefia da Polícia Civil. Relatório. Araruama, 4 de setembro de 1997. Delegado Juaraci Rodrigues Cardoso Vieira. Escrito da parte peticionária de 10 de janeiro de 2000.

¹¹⁶ **Anexo 127.** Denúncia. Novos fatos. 03/11/97. Escrito da parte peticionária de 15 de novembro de 2000

¹¹⁷ **Anexo 128.** Memorando nº 558/126/98. 02/02/98. 8 de outubro de 1998. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008.

¹¹⁸ **Anexo 129.** Ata notarial. Neusimar Rodrigues da Silveira. 126ª Delegacia do Estado do Rio de Janeiro. 9/07/98. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 130.** Ata de declaração. Ana Bárbara Motta Tito. 126ª Delegacia do Estado do Rio de Janeiro. 10/07/98. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 131.** Ata de declaração. Marlene de Souza Chagas. 126ª Delegacia do Estado do Rio de Janeiro. 26/08/98. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 107.** Ata de declaração. Andrey Luz de Carvalho. 126ª Delegacia do Estado do Rio de Janeiro. 19/08/98. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008

¹¹⁹ **Anexo 26.** Ata de declaração. Denise Garcia de Freitas Machado e Silva. 126ª Delegacia do Estado do Rio de Janeiro. 8 de outubro de 1998. Escrito da parte peticionária de 27 de novembro de 2000; **Anexo 132.** Ata de declaração. Luis Antônio Ferreira do Nascimento. 126ª Delegacia do Estado do Rio de Janeiro. 22 de outubro de 1998; Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 133.** Ata de declaração. Fernando Roberti Wermelinger. 126ª Delegacia do Estado do Rio de Janeiro. 15 de outubro de 1998. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 134.** Ata de declaração. Geraldo Francisco de Carvalho. 126ª Delegacia do Estado do Rio de Janeiro. 9 de outubro de 1998.

81. Em 3 de novembro de 1998 o perito Cezar Fernandes Palmeira prestou declaração à mesma Delegacia, e destacou que somente havia revisado a perícia sobre as condições da UTI neonatal da CLIPEL, mas que não compareceu ao local. Também afirmou que algumas medidas de controle poderiam ter sido tomadas para evitar a infecção hospitalar, como “interdição da UTI, e outras [medidas] terapêuticas”¹²⁰. No dia seguinte, o perito Flávio Felicíssimo de Oliveira também prestou declaração, afirmando que a paralização das internações na UTI, o traslado dos pacientes para outros hospitais, ou a desinfecção da unidade por meio da esterilização poderiam ter colocado “em risco de vida os neonatos ali internados, e que a não internação de novas crianças, certamente, geraria novas mortes”¹²¹.

82. Em 25 de novembro de 1998 o delegado da 126ª Delegacia de Cabo Frio publicou o relatório do inquérito, no qual concluiu que o diretor da CLIPEL, doutor Luiz Cavalcante Lopes, era responsável pelo homicídio culposo das mortes dos bebês. Segundo indica, essa decisão se baseou nos seguintes elementos: resultados de hemocultura, atestados de óbito, relatoria de visita de Secretaria Municipal de Saúde de Cabo Frio, análise de documentação referente à UTI neonatal, laudo médico legal e informação jornalística sobre a matéria. Consequentemente, determinou que o inquérito fosse enviado ao Ministério Público¹²².

b. Processo penal

83. Em 21 de dezembro de 1999 o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro apresentou sua denúncia ao juiz de primeira instância da Vara Criminal de Cabo Frio. Nela indicou que os médicos i) Luiz Cavalcante Lopes (médico e diretor da CLIPEL), ii) Geraldo Francisco de Carvalho, iii) Fernando Roberti Wermelinger, iv) Maria de Lourdes Guerson, v) Kátia Maria Almeida Henriques, vi) Denise Garcia de Freitas Machado e Silva, vii) Carlindo de Souza Machado e Silva Filho e viii) Luis Antônio Ferreira do Nascimento eram responsáveis pelo homicídio culposo dos recém-nascidos, por infecção hospitalar, internados na UTI da CLIPEL. Segundo a denúncia:

Foram o resultado direto da superlotação da UCI e das irregularidades materiais encontradas pelo Departamento de Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro, que consistiram em uma altura insuficiente das torneiras, um número insuficiente de laboratórios, uma área de limpeza insuficiente, um número de leitos superior ao permitido, a falta de um forno de micro-ondas para a esterilização das mamadeiras, a falta de um pedal para ativar a saída do sabonete. Assim, tais fatores enumerados e conjugados permitiram a colonização permanente de bactérias no ambiente da UCI neonatal, caracterizando-se como uma infecção hospitalar, levando à contaminação das vítimas.

Os médicos acusados, não cumprindo o dever de cuidado, constituído pela desatenção e não cumprimento das normas técnicas antes descritas, assim como por não proceder à paralização imediata das hospitalizações e à desinfecção das unidades com métodos agressivos de esterilização, omitiram quando deviam e podiam atuar para evitar os previsíveis resultados lesivos, o que deu lugar ao elevado número de mortes¹²³.

84. Em 23 de fevereiro de 2000 foi realizada a primeira audiência na Vara Criminal de Cabo Frio, na qual os acusados foram interrogados¹²⁴. Posteriormente, tomaram-se declarações de dois peritos: em 11 de maio de

Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 135**. Ata de declaração. Luiz Cavalcante Lopes. 126ª Delegacia do Estado do Rio de Janeiro. 04/11/98. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008

¹²⁰ **Anexo 108**. Declaração. Cezar Fernandes Palmeira. 03/11/98. 126ª Delegacia Policial- Cabo Frio Escrito da parte petionária de 10 de janeiro de 2000;

¹²¹ **Anexo 136**. Declaração. Flávio Felicíssimo de Oliveira. 04/11/98. 126ª Delegacia Policial - Cabo Frio. Escrito da parte petionária de 10 de janeiro de 2000;

¹²² **Anexo 137**. Relatório. 126ª Delegacia do Estado do Rio de Janeiro. 25 de novembro de 1998. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

¹²³ **Anexo 18**. Denúncia do Ministério Público de 10 de janeiro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000.

¹²⁴ **Anexo 138**. Assentada. 23 de fevereiro de 2000. Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 139**. Ata do interrogatório do acusado Luiz Cavalcanti Lopes do 23 de fevereiro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 29**. Ata do interrogatório do acusado Geraldo Francisco de Carvalho de 23 de fevereiro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 31**. Ata do interrogatório da acusada Maria de Lourdes Guerson de 23 de fevereiro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 32**. Ata do interrogatório da acusada Kátia Maria Almeida Henriques de 23 de fevereiro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 35**. Ata do interrogatório da acusada Denise Garcia de Freitas Machado e Silva de 23 de fevereiro de 2000. Escrito da parte petionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 30**. Ata do interrogatório do acusado Fernando Roberti Wermelinger de 23 de fevereiro de 2000. Escrito da

2000 o perito do IFF/Fiocruz, Charles Souliman Al Odeh, e em 5 de junho de 2000 o perito Flávio Felicíssimo Oliveira¹²⁵. Em 10 de agosto de 2000 foi realizada uma nova audiência na qual prestaram declaração as seguintes testemunhas: Edmilson Ramos Migowski de Carvalho (coordenador da Fiscalização Sanitária do Estado do Rio de Janeiro), Jacob Samuel Kierszenbaum (responsável pelo relatório pericial do CREMERJ), Artur Cesar Rocha de Oliveira (presidente da Comissão de Inquérito Disciplinar do Ministério da Saúde), Mario Emmanuel Novais (consultor do diretor da CLIPPEL na época da construção da clínica) e Charles Souleyman Al Odeh (perito do IFF/Fiocruz)¹²⁶. Os familiares das supostas vítimas também prestaram declaração¹²⁷. Em 10 de outubro de 2001 o Ministério Público apresentou suas alegações finais, solicitando a condenação dos acusados¹²⁸.

85. Em 24 de fevereiro de 2003 foi proferida a sentença mediante a qual, com base no inciso II do artigo 386 do Código Processual Penal, os acusados foram absolvidos da acusação de homicídio culposo. A sentença começa indicando que lhes é imputado o cometimento de crimes culposos que teriam sido praticados de forma omissiva imprópria, isto é, os chamados “crimes comissivos por omissão” em posição de garantidor. Não obstante, o Juiz assinala que “não se pode deixar de fazer alguns comentários sobre a denúncia, porque, apesar da excelência de quem a assina, a mesma é praticamente inepta, já que não individualizou a conduta de cada um dos réus, atribuindo a todos a mesma conduta, sem se preocupar em discriminar os acusados que tiveram contato com as vítimas como os médicos de plantão”¹²⁹.

86. O Juiz considerou que nenhum comportamento culposo foi praticado pelos médicos acusados e que as mortes ocorreram por força maior, o que exclui a tipicidade das condutas. Em particular, declara que neste caso a prova é eminentemente técnica no que diz respeito aos laudos médicos¹³⁰ nos quais também se baseia a acusação para dizer que deles não se deriva uma falta de dever de cuidado. Isso porque nenhum dos laudos oferece provas conclusivas de comportamento culposo, mas afirmam que as mortes tiveram sua causa devido a várias hipóteses tanto com relação ao momento em que as vítimas adquiriram a infecção, como com relação às causas que a teriam originado. Além disso, a sentença menciona uma série de declarações prestadas no processo por diversas autoridades sanitárias em sentido similar¹³¹. A partir disso, o magistrado afirma quanto à falta do dever de cuidado o seguinte:

[...] Em primeiro lugar, não houve qualquer inobservância de regras técnicas por parte dos acusados e, portanto, de um dever de cuidado objetivo, já que, como se depreende dos laudos constantes do processo e das declarações dos peritos, se considerou que a UTI da CLIPPEL tinha plenas condições para o funcionamento das atividades a que se destinava (o que é afirmado inclusive no Relatório de Inspeção da Secretaria Municipal de Saúde [mencionado neste relatório no parágrafo 40]) e no laudo do Conselho Regional de Medicina [mencionado neste relatório no parágrafo 68]), sendo que as pequenas modificações na UTI da CLIPPEL foram realizadas para que se melhorassem ainda mais as condições de funcionamento, como esclarecem os peritos.

parte peticionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 33**. Ata do interrogatório do acusado Carlindo de Souza Machado e Silva Filho do 23 de fevereiro de 2000. Escrito da parte peticionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 34**. Ata do interrogatório do acusado Luiz Antônio Ferreira do Nascimento de 23 de fevereiro de 2000.

¹²⁵ **Anexo 101**. Ata da declaração testemunhal de Charles Souliman Al Odeh de 11 de maio de 2000. Escrito da parte peticionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 102**. Ata da declaração testemunhal de Flávio Felicíssimo de Oliveira de 5 de junho de 2000. Escrito da parte peticionária de 15 de novembro de 2000.

¹²⁶ **Anexo 140**. Assentada. 10 de agosto de 2000. Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro. Escrito da parte peticionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 112**. Ata da declaração testemunhal de Edmilson Ramos Migowsky de Carvalho de 10 de agosto de 2000. Escrito da parte peticionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 105**. Ata da declaração testemunhal de Jacob Samuel Kierszenbaum de 10 de agosto de 2000. Escrito da parte peticionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 141**. Ata da declaração testemunhal de Artur Cesar Rocha de Oliveira de 10 de agosto de 2000. Escrito da parte peticionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 142**. Ata da declaração testemunhal de Mario Emmanuel Novais de Carvalho de 10 de agosto de 2000. Escrito da parte peticionária de 15 de novembro de 2000; **Anexo 143**. Ata da declaração testemunhal de Charles Souleyman Al Odeh de 10 de agosto de 2000. Escrito da parte peticionária de 31 de março de 2008

¹²⁷ **Anexo 144**. Declaração de testemunha. Etelvina de Abreu. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 145**. Declaração de testemunha. Marcela Beatriz Granzella Eboli. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008; **Anexo 146**. Declaração de testemunha. Mirluiz Dias de Souza. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008

¹²⁸ **Anexo 37**. Alegações finais. Ministério Público. 10 de outubro de 2001. Escrito da parte peticionária de 19 de julho de 2002

¹²⁹ **Anexo 147**. Sentença. Processo 4940, 24 de fevereiro de 2003. Escrito da parte peticionária de 31 de março de 2008.

¹³⁰ Os laudos que a sentença leva em conta foram emitidos pelo Instituto Fernandes Figueira, emitidos pelo Dr. Charles Souleyman Al Odeh e pelos peritos legistas Dr. Flavio Felicissimo de Oliveira e Sergio Fernandes Palmeira.

¹³¹ **Anexo 147**. Sentença. Processo 4940, 24 de fevereiro de 2003. Escrito da parte peticionária de 31 de março de 2008.

Prova disso é que em nenhum momento os órgãos competentes paralisaram as atividades da UCI da CLIPEL, não podendo, portanto, este magistrado, que não tem conhecimentos técnicos para isso, concluir como fez o Ministério Público que os acusados deixaram de cumprir alguma norma técnica, não cumprindo o dever de cidadão quando os órgãos e profissionais qualificados entendiam o contrário.

[...] Não se pode deixar de mencionar que, como dito, sendo a estrutura do crime omissivo essencialmente normativa e que nada sugere omissões cometidas, pois no plano físico existem somente ações, as mortes jamais poderiam ter ocorrido diretamente da superação da capacidade de interação da UTI. De fato, as mortes ocorreram devido às infecções contraídas pelos recém-nascidos.

Feita essa observação, verifica-se que, quanto a se os réus teriam faltado com seu dever de cuidado por não paralisar as internações da CLIPEL, tampouco há elementos no processo que autorizem tal conclusão. Pelo contrário, como já foi mencionado, em nenhum momento os órgãos competentes, que poderiam tê-lo feito, paralisaram as internações da CLIPEL. Além disso, segundo a prova dos autos, está claro que essa medida ocasionaria um número muito maior de mortes de recém-nascidos, já que a UTI da CLIPEL é a única existente em toda a Região dos Lagos.

Finalmente, alega-se que os réus teriam faltado com seu dever de cuidado por não haver procedido à desinfecção da unidade com métodos agressivos de esterilização. Esta imputação já foi descartada quando se analisaram acima as outras duas condutas que o Ministério Público atribuiu aos acusados. Tal conduta também se configuraria na inobservância de regras técnicas por parte dos réus, o que como já se explicou não ocorreu.

A partir da leitura das declarações mencionadas, verifica-se justamente o contrário, isto é, que ‘os acusados realizaram todos os esforços possíveis para salvar a vida dos recém-nascidos (...), sendo necessário consignar que a bactéria *klebsiella pneumoniae* é bastante comum em recém-nascidos, sendo que, independentemente de qualquer técnica adotada para sua eliminação, a mortalidade dos recém-nascidos contaminados com essa bactéria chega a 60%, conforme declaração do perito Flávio Felicíssimo de Oliveira.

Portanto, não se pode afirmar a inobservância do cuidado objetivo por parte dos acusados. Ausente esse elemento, a conduta é atípica, e por esse motivo os réus devem ser absolvidos. [...]

87. Com relação ao nexos de causalidade, a sentença considera: “da leitura de todos os laudos e declarações que constam no processo, verifica-se que várias causas poderiam ter resultado nas infecções que levaram à morte dos recém-nascidos”. Menciona em particular como possíveis causas das infecções as seguintes: “1) a forma como os recém-nascidos foram transferidos para a UTI da CLIPEL, sobre a qual não há nenhum dado no processo; 2) a baixa resistência imunológica do recém-nascido, que poderia contrair a sepse com mais facilidade, enquanto não existe ambiente hospitalar livre de infecções; 3) o histórico das mães das vítimas, isto é, se tinham doenças preexistentes, se tomavam remédios, etc., dados que tampouco estão no processo”¹³². Pela ausência de comportamento culposo e nexos causal, conclui que não existiu o ato típico culposo, mas que as mortes ocorreram por motivo de força maior.

88. As partes apelaram da sentença em 5 de junho de 2003 e em 28 de julho de 2003¹³³. Em 15 de março de 2005, a Quarta Vara Criminal do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (doravante “TJRJ”) confirmou a absolvição, mas substituiu o fundamento jurídico do inciso II do artigo 386 do Código Processual Penal brasileiro pelo inciso VI do mesmo artigo. A sentença contém os seguintes parágrafos e é acompanhado do voto da magistrada relatora, que assinala o seguinte:

A absolvição de todos os acusados é correta, já que não é possível afirmar com certeza, a partir do abundante acervo probatório, incluindo a prova técnica, que estes acusados, como garantidores da vida dos recém-nascidos, provocaram, com suposta omissão, a morte dos mesmos, já que não se pode afirmar, nem sequer como provável, que se os acusados tivessem procedido de outra maneira, adotando todas as precauções que o perito considerou que podiam ser adotadas, o resultado não teria sido produzido.

[...] Os juízes da Quarta Vara Criminal do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, por maioria, concedem parcialmente os recursos, somente para declarar que o fundamento da absolvição dos acusados é a Seção VI do artigo 386 do Código de Processo Penal, e não a Seção II do mesmo, discordando do

¹³² **Anexo 147**. Sentença. Processo 4940, 24 de fevereiro de 2003. Escrito da parte petionária de 31 de março de 2008.

¹³³ **Anexo 148**. Apelação. Ministério Público. 09 de janeiro de 2004. Escrito da parte petionária de 19 de fevereiro de 2008; **Anexo 149**. Apelação. César Alejandro Nicolás Eboli e Romulo Barcelos de Souza. 28 de março de 2003. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008

eminente juiz Francisco José de Azevedo, que manteve o fundamento da sentença e desconsiderou os recursos¹³⁴.

89. Por sua vez, o voto da magistrada relatora reconhece, por um lado, que (i) os médicos como garantidores dos recém-nascidos respondem pelo resultado de sua morte como se tivessem causado por uma conduta ativa, (ii) existia um germe que colonizou de maneira quase permanente o ambiente hospitalar que os médicos deviam conter através da desinfecção e (iii) foi constatada uma série de irregularidades por parte do Departamento de Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro (referidas previamente como exame da denúncia do Ministério Público no parágrafo 84). Declara que, apesar disso, (i) a CLIPEL era a única clínica neonatal para atender toda a região, (ii) o processo ético profissional seguido pela CREMERJ reconhece que a atuação médica seguiu os padrões técnicos e protocolos de assistência adequados ao conhecimento científico atual, (iii) a Secretaria Técnica Municipal de Saúde e Saneamento em sua visita de 28 de abril de 1997 concluiu que foram seguidas as normas mínimas de uma UTI neonatal, (iv) a Fiscalização Sanitária no âmbito estadual realizou inspeções em 1997 que concluíram que não foi possível detectar infrações, e (v) que segundo o perito legista as irregularidades constatadas não são suficientes para o surgimento de bactérias que causam infecção hospitalar¹³⁵.

90. Esse voto baseia-se no parecer da Procuradora de Justiça Dra. Adelangela Saggiorio, segundo a qual no presente caso não se cumpre o suposto de causalidade por omissão, já que no processo não constam provas que permitissem respostas seguras para as seguintes perguntas: (i) “se os acusados tivessem respeitado o limite de internação, as mortes não teriam ocorrido? ii) se tivessem desativado a unidade rejeitando internações dos pacientes que chegavam, o resultado de morte não teria ocorrido? iii) se houvesse realizado a desinfecção o resultado de morte não teria ocorrido?”. Conclui que, como não há resposta segura para tais perguntas, “a única conclusão que o conjunto probatório autoriza é a confirmação da decisão absolutória”¹³⁶.

91. A CIDH toma nota de que o magistrado de segunda instância, Francisco José de Azevedo, proferiu um voto concorrente mantendo a absolvição com base no inciso II do artigo 386 do Código Processual Penal¹³⁷. Afirma que “conforme se depreende do processo, não existe nexos de causalidade e comportamento culposos dos acusados, e a prova nesse sentido, vultosa e inquestionável, foi reconhecida pela própria maioria. Assim, por coerência, não havendo prova da existência do fato, no caso o comportamento culposos dos acusados, e do nexos de causalidade, o fundamento para a absolvição deles só pode ser o inciso II do artigo 386 do Código de Processo Penal, isto é, não existir prova da existência do fato, e tal circunstância não ocorreu pela insuficiência de prova”¹³⁸.

92. Em 20 de abril de 2005 os acusados interpuseram um recurso de embargos infringentes e de nulidade alegando que sua absolvição na realidade se baseava no inciso II do artigo 386 do Código de Processo Penal¹³⁹. Em outubro de 2007 declarou-se procedente o recurso “nos termos do voto apresentado [emitido pelo juiz de segunda instância Francisco José de Azevedo na apelação], e se afirmou que “a prova produzida no processo, como não poderia deixar de ser, foi técnica e não atribuiu aos embargantes qualquer conduta culposa”¹⁴⁰.

¹³⁴ **Anexo 150.** Sentença. Apelação Criminal nº 2283/2004. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. 15 de março de 2005. Escrito do Estado de 4 de fevereiro de 2008.

¹³⁵ **Anexo 151.** Relatora Desembargadora Marly Macedonio Franca. 15 de março de 2005. Escrito do Estado de 4 de fevereiro de 2008.

¹³⁶ **Anexo 151.** Relatora Desembargadora Marly Macedonio Franca. 15 de março de 2005. Escrito do Estado de 4 de fevereiro de 2008.

¹³⁷ Artigo 386. O juiz resolverá o demandado, mencionando a causa na parte provisiva, sempre e quando reconhecer:

II - Não há provas da existência do fato;

¹³⁸ **Anexo 152.** Voto apresentado. Francisco José de Azevedo. Sentença. Apelação Criminal no. 2283/2004. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. 15 de março de 2005. Escrito do Estado de 4 de fevereiro de 2008

¹³⁹ Artigo 386. O juiz absolverá o réu, mencionando a causa na parte dispositiva, desde que reconheça:

VI: não existir prova suficiente para a condenação.

¹⁴⁰ **Anexo 153.** Trâmite processual. Processo no. 2005.054.00107. Embargos infringentes e de nulidade. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Escrito do Estado de 13 de fevereiro de 2008; **Anexo 154.** Decisão. Quinta Vara Criminal. *Embargos infringentes*. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Escrito do Estado de 25 de maio de 1998; **Anexo 155.** *Embargos infringentes*. 20 de abril de 2005. Escrito do Estado de 25 de maio de 1998

3. Processos civis

a. Ações de reparação direta

93. A Comissão observa que os familiares de algumas das supostas vítimas apresentaram ao menos as seguintes ações de reparação direta contra a CLIPEL pela morte de seus filhos e filhas:

- i. *Marilucy Dias de Souza (mãe de Allan Jorge de Souza Lima)*. Em 17 de janeiro de 2002 o Primeiro Tribunal Civil de Cabo Frio declarou improcedente a ação ao considerar que, ainda antes de nascer, Allan tinha risco de vida porque sua mãe era diabética, e que não se constatou nenhuma irregularidade na CLIPEL que pudesse justificar a morte da criança¹⁴¹.
- ii. *Simone Maria da Guia Liporaci Batista (mãe de Matheus Liporaci Batista)*. Essa ação foi julgada improcedente em 17 de maio de 2002 porque o magistrado a cargo do caso entendeu que “a criança nasceu correndo grande risco de vida”, porque sua mãe teve infecção urinária durante a gravidez e essa seria a razão da morte de Matheus¹⁴².
- iii. *Rômulo Barcelos de Souza (pai das gêmeas Jennifer Ribeiro de Souza e Jéssica Ribeiro de Souza)*. Foi declarada improcedente em 17 de setembro de 2003. O magistrado considerou que não se comprovou a culpa da CLIPEL pela morte das gêmeas¹⁴³.
- iv. *Tais Oliveira Silva*. Essa ação foi declarada improcedente em 25 de setembro de 2003, pois o magistrado considerou que a filha da senhora Tais Oliveira Silva já estava em sofrimento na hora do parto devido a que a bolsa fetal rompeu¹⁴⁴.
- v. *Vera Lúcia Alves dos Santos (mãe de Izabele Alves dos Santos)*. Essa ação foi julgada improcedente em 11 de novembro de 2003 porque o magistrado a cargo do caso entendeu que não se comprovou a culpa da CLIPEL pela morte da menina¹⁴⁵.

b. Inquérito civil do Ministério Público

94. O Ministério Público instaurou um inquérito dirigido a uma ação civil pública para indagar sobre as denúncias dos petionários. No âmbito desse inquérito, em 28 de junho de 2002 fez uma visita técnica à CLIPEL para determinar irregularidades, e concluiu que em 2002 a infraestrutura da clínica era adequada para o atendimento¹⁴⁶.

95. Em 11 de outubro de 2005 o Ministério Público publicou um relatório no qual concluiu que Edmilson Migowsky (Coordenador da COFISA), Jacob Samuel Kierszenbaum (do Ministério da Saúde) e Artur César Rocha de Oliveira (Presidente da Comissão Interdisciplinar do Ministério da Saúde) não haviam cometido crimes, e que até aquela data a Promotoria de Tutela Coletiva, órgão do Ministério Público, ainda não havia constatado a ocorrência de improbidade administrativa¹⁴⁷.

96. Por outro lado, em 4 de abril de 2006 o Promotor responsável pelo referido inquérito civil solicitou que ele fosse arquivado, porque as denúncias constituiriam, a princípio, ilícitos administrativos, e portanto não

¹⁴¹ **Anexo 156**. Sentença. Ação civil por danos. Marilucy Dias de Souza. 17 de janeiro de 2002. Escrito da parte petionária de 31 de março de 2008

¹⁴² **Anexo 157**. Sentença. Ação civil por danos. Simone Maria Guia Liporaci Batista. 17 de maio de 2002. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008.

¹⁴³ **Anexo 158**. Sentença. Ação civil por danos. Rômulo Barcelos de Souza. 17 de setembro de 2003. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008

¹⁴⁴ **Anexo 159**. Sentença. Ação civil por danos. Tais Oliveira Silva. 25 de setembro de 2003. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008

¹⁴⁵ **Anexo 160**. Sentença. Ação civil por danos. Vera Lúcia Alves dos Santos. 11 de novembro de 2003. Escrito do Estado de 28 de maio de 2008.

¹⁴⁶ **Anexo 161**. Relatório. Ref: Processo no. MP 21840/01. Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Escrito da parte petionária de 8 de abril de 2008

¹⁴⁷ **Anexo 162**. Relatório. Processo administrativo no. 006/2003. Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. 11 de outubro de 2005. Escrito da parte petionária de 31 de março de 2008

eram de competência da Promotoria de Justiça Criminal promover o inquérito¹⁴⁸. Na mesma data os petionários contestaram essa decisão¹⁴⁹.

IV. ANÁLISE DE DIREITO

97. Levando em conta a posição das partes e os fatos provados no presente relatório, a Comissão efetuará uma análise de direito para determinar, em primeiro lugar, se a violação do direito à saúde e a morte das supostas vítimas podem ser atribuídas ao Estado brasileiro e se ele é responsável (ponto A). Em segundo lugar, a Comissão analisará os processos iniciados no âmbito interno à luz do direito às garantias judiciais e à proteção judicial (seção B). Em terceiro lugar, a Comissão se referirá a violação do princípio da igualdade e não discriminação com relação aos estereótipos de gênero e os direitos das mulheres em estado de pós-parto (seção C). Por último, a CIDH analisará a questão relativa à integridade psíquica e moral dos familiares das supostas vítimas (ponto D).

A. O direito das crianças à vida, à saúde, à integridade pessoal e aos direitos da infância (artigos 4¹⁵⁰, 26¹⁵¹, 5¹⁵² e 19¹⁵³ da Convenção Americana sobre Direitos Humanos) com relação à obrigação de respeitar os direitos (artigos 1.1 da Convenção)¹⁵⁴

98. Na aplicação do princípio de *iura novit curia*, a Comissão assinala que, embora em seu relatório de admissibilidade do presente caso não tenha se pronunciado sobre a aplicação do artigo 26 da Convenção Americana, os fatos que sustentam a existência de tal violação surgem da informação e das provas fornecidas pelas partes no transcurso do trâmite perante a CIDH a respeito dos quais o Estado teve a oportunidade de oferecer suas observações.

1. Considerações gerais sobre a atribuição de responsabilidade ao Estado

99. Todo ato ou omissão de qualquer agente do Estado, em qualquer nível e em qualquer dos poderes, pode gerar a responsabilidade internacional do Estado. O Estado também pode ser responsável no plano internacional por atos de agentes não estatais, terceiros ou particulares, como ocorre quando estas pessoas atuam com a tolerância, aquiescência ou colaboração de agentes do Estado¹⁵⁵, assim como do não cumprimento do dever de garantia.

100. Para demonstrar que se produziu uma violação dos direitos consagrados na Convenção não é necessário determinar, como ocorre no direito penal interno, a culpabilidade de seus autores ou sua intencionalidade.

¹⁴⁸ **Anexo 163.** Promoção de arquivamento de inquérito civil. Ministério Público. 4 de abril de 2006. Escrito da parte petionária de 19 de fevereiro de 2008

¹⁴⁹ **Anexo 164.** Contrarrazões à Promoção de arquivamento de inquérito civil. 4 de abril de 2006. Escrito da parte petionária de 19 de fevereiro de 2008

¹⁵⁰ O artigo 4.1 da Convenção Americana estabelece: "1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente."

¹⁵¹ O artigo 26 da Convenção estabelece: "Os Estados Partes comprometem-se a adotar providências, tanto no âmbito interno como mediante cooperação internacional, especialmente econômica e técnica, a fim de conseguir progressivamente a plena efetividade dos direitos que decorrem das normas econômicas, sociais e sobre educação, ciência e cultura, constantes da Carta da Organização dos Estados Americanos, reformada pelo Protocolo de Buenos Aires, na medida dos recursos disponíveis, por via legislativa ou por outros meios apropriados".

¹⁵² O artigo 5 da Convenção Americana estabelece: "1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua integridade física, psíquica e moral."

¹⁵³ O artigo 19 da Convenção Americana estabelece: "Toda criança tem direito às medidas de proteção que a sua condição de menor requer por parte da sua família, da sociedade e do Estado"

¹⁵⁴ O 1.1 indica que o Estado tem o dever de respeitar os direitos e as liberdades reconhecidos na Convenção Americana e de garantir seu livre e pleno exercício a toda pessoa que estiver sujeita a sua jurisdição. O artigo 4.1 garante a toda pessoa o direito a que se respeite sua vida, exige que esse direito seja protegido por lei e proíbe sua privação arbitrária. O artigo 5.1 garante a toda pessoa o direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral. O artigo 19 prevê o direito de toda criança às medidas de proteção que sua condição de menor requer por parte de sua família, da sociedade e do Estado.

¹⁵⁵ Corte IDH. Caso Paniagua Morales e outros vs. Guatemala. Sentença de 8 de março de 1998. Série C Nº 37, par. 91; Corte IDH. Caso do "Massacre de Mapiripán" vs. Colômbia. Sentença de 15 de setembro de 2005. Série C Nº 134, par. 111; Corte IDH. Caso González e outras ("Campo Algodonero") vs. México. Sentença de 16 de novembro de 2009, par. 280; Corte IDH. Caso do Massacre de Pueblo Bello vs. Colômbia. Sentença de 31 de janeiro de 2006. Série C Nº 140, par. 123; Tribunal Europeu de Direitos Humanos. Kiliç v. Turquia. Sentença de 28 de março de 2000, Demanda Nº 22492/93, par. 62 e 63; Osman v. Reino Unido. Sentença de 28 de outubro de 1998, par. 115 e 116; Mahmut Kaya v. Turquia, 28 de março de 2000, par. 87.

Tampouco é necessário identificar individualmente os agentes aos quais se atribuem os atos violadores. Basta comprovar “que se verificaram ações ou omissões que permitiram a perpetração dessas violações ou que existe uma obrigação do Estado que não tenha sido cumprida por este”¹⁵⁶.

101. A Comissão e a Corte definiram os conteúdos das obrigações de respeito e garantia de acordo com o artigo 1.1 da Convenção. Sobre a obrigação de respeito, a Corte indicou que “conforme o artigo 1.1 é ilícita toda forma de exercício do poder público que viole os direitos reconhecidos pela Convenção. Nesse sentido, em qualquer circunstância na qual um órgão ou funcionário do Estado ou de uma instituição de caráter público prejudique indevidamente um de tais direitos, se está ante uma hipótese de inobservância do dever de respeito consagrado nesse artigo”¹⁵⁷.

102. O dever de garantia, por sua vez, abrange obrigações de prevenção, proteção e investigação cujo não cumprimento também pode gerar a responsabilidade internacional do Estado. No que se refere ao dever de prevenção, em particular, seu conteúdo implica a obrigação dos Estados de prevenir as violações de direitos humanos que possam afetar pessoas sujeitas à sua jurisdição, incluindo os particulares. O Estado descumpra essa obrigação, por exemplo, nas situações em que era possível que tomasse conhecimento da existência de um risco real e imediato para os direitos de determinada pessoa ou grupo de pessoas e não atuasse para prevenir ou mitigar esse risco¹⁵⁸. O dever de garantia também implica a obrigação de levar a cabo uma investigação séria, imparcial e efetiva quando as autoridades tomam conhecimento ou podem ter conhecimento do fato potencialmente ilícito¹⁵⁹.

103. Em seus relatórios temáticos, a Comissão também se referiu à responsabilidade do Estado em virtude das atividades executadas por terceiros. No relatório *Empresas e Direitos Humanos: Padrões Interamericanos*¹⁶⁰, “em hipóteses de prestação de serviços públicos essenciais para a garantia dos direitos humanos, como a saúde e a educação, a jurisprudência interamericana foi consistente ao indicar que os Estados são responsáveis não só pelos atos ou omissões de seus próprios agentes, como o pessoal de saúde ou educacional de instituições educacionais ou de saúde estatais. Também são responsáveis pelo comportamento de terceiros ou entidades privadas que prestem estes serviços, seja ao atuar com capacidade estatal, como quando o Estado contrata um particular para que preste o serviço público em seu nome, ou quando o terceiro presta diretamente o serviço, e o Estado não garantiu sem seu papel de garantidor o conteúdo dos direitos em jogo que o caso particular exigia. Em todos os casos, o Estado não só conserva a autoridade de regulação e fiscalização, mas ambos os processos representam deveres imperativos para este”¹⁶¹.

104. De igual maneira, o mencionado Relatório indicou que “a Comissão e sua REDESCA consideram que esta obrigação se faz mais rígida em determinadas hipóteses, dependendo do tipo de atividade e da natureza da empresa. Por isso, quando as empresas envolvidas têm vínculos estreitos com o Estado, por ser de sua propriedade ou a respeito das quais podem exercer controle ou influência, se deverá exigir um dever de supervisão mais rígido a respeito de suas atividades e dos potenciais impactos nos direitos humanos, inclusive aqueles de natureza extraterritorial”¹⁶².

¹⁵⁶ Corte IDH. Caso González Medina e familiares Vs. República Dominicana. Sentença de 27 de fevereiro de 2012 (Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas). Série C Nº 240, par. 133; Corte IDH. Caso do Massacre de Pueblo Bello vs. Colômbia. Sentença de 31 de janeiro de 2006. Série C Nº 140, par. 112.

¹⁵⁷ Corte IDH. Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Mérito. Sentença de 29 de julho de 1988. Série C Nº 4, par. 169; ver também CIDH. Relatório Nº 11/10. Caso 12.488. Mérito. Membros da família Barrios. Venezuela. 16 de março de 2010. par. 91.

¹⁵⁸ Corte IDH. Caso González e outras (“Campo Algodonero”) vs. México. Sentença de 16 de novembro de 2009, par. 280; Corte IDH. Caso do Massacre de Pueblo Bello vs. Colômbia. Sentença de 31 de janeiro de 2006. Série C Nº 140, par. 123; CIDH. Caso Luisiana Ríos e outros. 20 de abril de 2007, par. 226 a 228.

¹⁵⁹ Corte IDH. Caso do Massacre de Pueblo Bello vs. Colômbia. Sentença de 31 de janeiro de 2006. Série C Nº 140, par. 142.

¹⁶⁰ CIDH. Relatório sobre Empresas e Direitos Humanos: Padrões Interamericanos. Aprovado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos em 1 de novembro de 2019 / [Preparado pela Relatoria Especial sobre Direitos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais da Comissão Interamericana de Direitos Humanos]. OEA/Ser.L/V/II. CIDH/REDESCA/INF.1/19.

¹⁶¹ CIDH. Relatório sobre Empresas e Direitos Humanos: Padrões Interamericanos. Aprovado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos em 1 de novembro de 2019 / [Preparado pela Relatoria Especial sobre Direitos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais da Comissão Interamericana de Direitos Humanos]. OEA/Ser.L/V/II. CIDH/REDESCA/INF.1/19. Par. 97.

¹⁶² CIDH. Relatório sobre Empresas e Direitos Humanos: Padrões Interamericanos. Aprovado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos em 1 de novembro de 2019 / [Preparado pela Relatoria Especial sobre Direitos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais da Comissão Interamericana de Direitos Humanos]. OEA/Ser.L/V/II. CIDH/REDESCA/INF.1/19. Par. 103.

105. No contexto dos hospitais públicos ou privados especificamente, como o pessoal médico encarregado do cuidado dos pacientes exerce um forte controle ou domínio sobre as pessoas que estão sob sua custódia, o Estado deve vigiar estritamente estes estabelecimentos a fim de supervisá-los e garantir que se respeitem os direitos dos pacientes¹⁶³.

106. A respeito dos cuidados de saúde, como assinalou previamente a Corte Interamericana, os direitos à vida e à integridade física impõem ao Estado um *dever de cuidar*, caracterizado pela ação orientada ao fim de melhorar o estado de saúde do paciente e, nesse mesmo sentido, pela obrigação de adotar todas as medidas disponíveis e necessárias para impedir a deterioração do estado do paciente e otimizar sua saúde, e um *dever de regular e fiscalizar* as instituições que prestam serviço de saúde como medida necessária para a devida proteção da vida e integridade das pessoas sujeitas à jurisdição e à atuação estatais¹⁶⁴. A Corte também afirmou: i) os Estados têm deveres relativos à aceitabilidade e à qualidade dos estabelecimentos, bens e serviços de saúde, de modo que sejam respeitosos da ética médica, culturalmente apropriados e adequados do ponto de vista científico e médico; ii) o Estado é responsável pelas pessoas atendidas por serviços públicos de saúde, assim como aquelas atendidas por entidades privadas; e iii) estas últimas se encontram sob a supervisão e fiscalização do Estado¹⁶⁵.

107. Recentemente, em sua sentença no *Caso Vera Rojas e outros Vs. Chile*, a Corte IDH reiterou sobre violações de direitos produzidas por terceiros privados que prestam serviços de saúde: “dado que a saúde é um bem público, cuja proteção está a cargo do Estado, este tem a obrigação de prevenir que terceiros interfiram indevidamente no gozo dos direitos à vida e à integridade pessoal, particularmente vulneráveis quando uma pessoa se encontra em tratamento de saúde”¹⁶⁶. Além disso, recordou que “os Estados têm o dever de regular e fiscalizar toda assistência de saúde prestada às pessoas sob sua jurisdição, como dever especial de proteção à vida e à integridade pessoal, independentemente de se a entidade que presta tais serviços é de caráter público ou privado. A obrigação do Estado não se esgota nos hospitais que prestam serviços públicos, mas abrange toda e qualquer instituição de saúde”¹⁶⁷.

2. Considerações sobre o direito à vida, saúde e integridade pessoal, assim como os direitos da infância no contexto dos hospitais e das UTIs neonatais

108. O direito à vida é um direito humano fundamental que constitui um requisito para o gozo dos demais direitos humanos. Devido a seu caráter fundamental, não se admitem enfoques restritivos. Esse direito impõe aos Estados os deveres de adotar as medidas necessárias para criar um quadro normativo adequado que desincentive toda ameaça ao direito à vida; estabelecer um sistema de justiça efetivo, capaz de investigar, punir e reparar toda privação da vida por agentes estatais ou particulares; e salvaguardar o direito de que não se impeça o acesso a condições que assegurem uma vida digna, o que inclui a adoção de medidas positivas para prevenir a violação desse direito¹⁶⁸.

¹⁶³ Ver também Corte IDH. *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentença de 4 de julho de 2006 (Mérito, Reparações e Custas), par. 107. Corte IDH. *Caso Vera Rojas e outros Vs. Chile*. Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 1 de outubro de 2021. Série C Nº 439, par. 89.

¹⁶⁴ Corte IDH. *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentença de 4 de julho de 2006 (Mérito, Reparações e Custas), par. 138 a 141 (ainda que o caso Ximenes Lopes esteja relacionado com os deveres do Estado com respeito às pessoas com deficiência mental, a Corte formulou considerações sobre os deveres do Estado quanto à prestação de serviços de saúde em geral; daí a pertinência das asseverações da Corte para o presente caso).

¹⁶⁵ Corte IDH. *Caso Gonzales Lluys vs. Equador*, Sentença de 1 de setembro de 2015 (Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas), par. 176 e 184.

¹⁶⁶ Corte IDH. *Caso Vera Rojas e outros Vs. Chile*. Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 1 de outubro de 2021. Série C Nº 439, par. 89.

¹⁶⁷ Corte IDH. *Caso Vera Rojas e outros Vs. Chile*. Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 1 de outubro de 2021. Série C Nº 439, par. 89.

¹⁶⁸ Ver também Corte IDH. *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentença de 4 de julho de 2006 (Mérito, Reparações e Custas), par. 124 e 125.

109. A CIDH referiu-se reiteradamente à relação e interdependência entre os direitos à vida, à integridade pessoal e à saúde¹⁶⁹. Ambos os órgãos do sistema interamericano levaram em conta, para fins de interpretação dos direitos à vida e à integridade pessoal em conexão com o direito à saúde, os conteúdos da Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem¹⁷⁰, e do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de San Salvador)¹⁷¹.

110. Especificamente, a Corte Interamericana interpretou em reiteradas oportunidades que os direitos à vida e à integridade pessoal se encontram vinculados de maneira direta e imediata com a atenção à saúde humana¹⁷² e que “a falta de atenção médica adequada” pode levar à sua violação¹⁷³. A Comissão considera que esta aproximação, por afinidade, constitui uma manifestação clara da interdependência e indivisibilidade existente entre os direitos civis e políticos e os direitos econômicos, sociais e culturais¹⁷⁴. Nas palavras da Corte, ambos os grupos de direitos devem ser “entendidos integralmente como direitos humanos, sem hierarquia entre si e exigíveis em todos os casos ante aquelas autoridades competentes para tanto”¹⁷⁵.

111. Com respeito ao direito à saúde como direito autônomo amparado pelo artigo 26 da Convenção, a Comissão reitera em sua jurisprudência que a análise de um caso concreto à luz do artigo 26 da Convenção Americana deve ser efetuado em dois níveis. Em um primeiro momento, é necessário determinar se o direito de que se trata no caso deriva “das normas econômicas, sociais e sobre educação, ciência e cultura contidas na Carta da Organização dos Estados Americanos”, tal como indica o artigo 26. Isto é, o artigo 26 considera a Carta da OEA como fonte direta de direitos e atribui caráter de direitos humanos às disposições que, nesse quesito, podem emanar desse tratado. Dado que o objeto da Carta da OEA não era individualizar direitos, mas constituir um organismo internacional, é necessário recorrer a textos auxiliares, principalmente a Declaração Americana e outras normas relevantes do *corpus iuris* internacional, para buscar os direitos que surgem das disposições desse instrumento.

112. Na aplicação dos parâmetros anteriores, cabe indicar que ambos os órgãos do sistema interamericano estabeleceram a violação autônoma do direito à saúde de acordo com o artigo 26 da Convenção Americana¹⁷⁶,

¹⁶⁹ CIDH. Relatório Nº 102/13. Caso 12.723. Mérito. TGGL. Equador. 5 de novembro de 2013; CIDH. Relatório: Acesso a serviços de saúde materna sob uma perspectiva de direitos humanos. 7 de junho de 2010. Seção II.

¹⁷⁰ O artigo XI da Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem estabelece: “Toda pessoa tem direito a que sua saúde seja resguardada por medidas sanitárias e sociais relativas à alimentação, roupas, habitação e cuidados médicos correspondentes ao nível permitido pelos recursos públicos e os da coletividade”.

¹⁷¹ A CIDH toma nota de que o Brasil aderiu no dia 21 de agosto de 1996, motivo pelo qual leva em conta esse instrumento quanto aos fatos ocorridos posteriormente a essa data. Isto inclui as mortes dos bebês denunciadas desde então e até pelo menos março de 1997, assim como a atuação estatal seguinte. O artigo 10 do Protocolo de San Salvador estabelece o seguinte:

1. Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social.
2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir este direito:
 - a. Atendimento primário de saúde, entendendo-se como tal a assistência médica essencial colocada ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade;
 - b. Extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado;
 - c. Total imunização contra as principais doenças infecciosas;
 - d. Prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza;
 - e. Educação da população sobre prevenção e tratamento dos problemas da saúde;
 - f. Satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis.

¹⁷² Corte IDH. Caso Suárez Peralta Vs. Equador. Sentença de 21 de maio de 2013 (Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas). Série C Nº 261, par. 130; e Caso Vera Vera e outra Vs. Equador. Sentença de 19 de maio de 2011 (Exceção Preliminar, Mérito, Reparações e Custas). Série C Nº 226, par. 43.

¹⁷³ Corte IDH. Caso Suárez Peralta Vs. Equador. Sentença de 21 de maio de 2013 (Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas). Série C Nº 261, par. 130; Caso Tibi Vs. Equador. Sentença de 7 de setembro de 2004 (Exceções Preliminares, Méritos, Reparações e Custas). Série C Nº 114, par. 157, e Caso Vera e outra Vs. Equador. Sentença de 19 de maio de 2011 (Exceção Preliminar, Mérito, Reparações e Custas). Série C Nº 226, par. 44.

¹⁷⁴ CIDH. Relatório Nº 2/16. Caso 12.484. Mérito. Luis Rolando Cuscul Pivaral e outras pessoas com HIV/AIDS. Guatemala. 13 de abril de 2016, par. 105.

¹⁷⁵ Corte IDH. Caso Acevedo Buendía e outros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría”) Vs. Peru. Sentença de 1 de julho de 2009 (Exceção Preliminar, Mérito, Reparações e Custas). Série C Nº 198, par. 101. No mesmo sentido, ver Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Observação geral Número 9, par. 10.

¹⁷⁶ CIDH, Relatório Nº 110/18, Caso 12.678 Mérito. Paola del Rosario Albarracín Guzmán e familiares. 5 de outubro de 2018; Relatório Nº 153/18. Caso 13.069. Mérito. Manuela e família. El Salvador, 7 de dezembro de 2018; Corte IDH. Caso Poblete Vilches e outros Vs. Chile

sem prejuízo das determinações correspondentes a respeito dos direitos à vida e à integridade pessoal. Com relação ao conteúdo do artigo 26 da Convenção, a Corte indicou no seu caso mais recente nessa matéria o seguinte:

A Corte assinala que uma interpretação literal, sistemática e teleológica permite concluir que o artigo 26 da Convenção Americana protege aqueles direitos que derivam das normas econômicas, sociais e de educação, ciência e cultura contidas na Carta da OEA. Os alcances destes direitos devem ser entendidos com relação ao resto das demais cláusulas da Convenção Americana, motivo pelo qual estão sujeitos às obrigações gerais contidas nos artigos 1.1 e 2 da Convenção e podem estar sujeitos a supervisão por parte deste Tribunal nos termos dos artigos 62 e 63 do mesmo instrumento. Esta conclusão se fundamenta não só em questões formais, mas resulta da interdependência e indivisibilidade dos direitos civis e políticos e dos direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais, assim como de sua compatibilidade com o objetivo e fim da Convenção, que é a proteção dos direitos fundamentais dos seres humanos¹⁷⁷.

113. Dito isto, corresponde determinar se o Estado em questão descumpriu a obrigação de “realizar progressivamente” a plena eficácia de tal direito ou das obrigações gerais de respeitá-lo e garanti-lo. Neste segundo âmbito de análise, é preciso levar em consideração a natureza e alcance das obrigações exigíveis ao Estado de acordo com o artigo 1.1.

114. Especificamente sobre o alcance das obrigações exigíveis, a Corte Interamericana assinalou que o artigo 26 da Convenção incorpora tanto obrigações imediatas como de realização progressiva. Entre as obrigações imediatas, a Comissão destacou: i) obrigações gerais de respeito e garantia; ii) a aplicação do princípio de não discriminação aos direitos econômicos, sociais e culturais; iii) obrigações de adotar medidas para obter o gozo dos direitos incorporados nesse artigo; e iv) oferecer recursos idôneos e efetivos para sua proteção. Além disso, da obrigação de progressividade contida no artigo 26 da Convenção Americana deriva uma correlativa proibição de regressividade.

115. Com relação aos componentes exigíveis e imediatos da obrigação de adotar medidas, a adoção de medidas por si só não está limitada ou condicionada a outras considerações; por isso, embora a realização efetiva e cabal destes direitos possa ser paulatina, a adoção de medidas ou providências para tais efeitos deve ser deliberada e concreta e estar orientada o mais claramente possível ao seu cumprimento. O Estado tem também obrigações básicas que devem satisfazer níveis essenciais de tais direitos, as quais não estão sujeitas ao desenvolvimento progressivo, mas são de caráter imediato¹⁷⁸.

116. Nesse âmbito, a Corte reconheceu que a saúde é um direito humano fundamental e indispensável para o exercício adequado dos demais direitos humanos e que todo ser humano tem direito ao gozo do mais alto grau possível de saúde que lhe permita viver dignamente, entendida a saúde não só como a ausência de doenças, mas também como um estado de completo bem-estar físico, mental e social derivado de uma forma de vida que permita às pessoas alcançar um equilíbrio integral¹⁷⁹.

117. Tanto para analisar possíveis violações dos direitos à vida e à integridade pessoal relacionadas com a saúde, como para determinar as obrigações exigíveis autonomamente dentro do direito à saúde protegido pelo artigo 26 da Convenção, a Comissão e a Corte levaram em consideração os princípios de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade das prestações médicas, indicando que aquelas obrigações devem

Sentença de 8 de março de 2018 (Mérito, Reparações e Custas). Série C Nº 349, par. 110; e Caso Cuscul Pivaral e outros Vs. Guatemala. Sentença de 23 de agosto de 2018 (Exceção Preliminar, Mérito, Reparações e Custas). Série C Nº 359, par. 99.

¹⁷⁷ Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral e outros Vs. Guatemala. Sentença de 23 de agosto de 2018 (Exceção Preliminar, Mérito, Reparações e Custas) Série C Nº 359, par. 97.

¹⁷⁸ Comissão de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Observação geral 3: A índole das obrigações dos Estados Partes (parágrafo 1 do artigo 2 do Pacto), 1990. Nesse sentido, ver CIDH. Relatório sobre pobreza e direitos humanos nas Américas OEA/Ser.L/V/II.164 Doc. 147 (7 de setembro de 2017), par. 236 e 237.

¹⁷⁹ Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral e outros Vs. Guatemala. Sentença de 23 de agosto de 2018 (Exceção Preliminar, Mérito, Reparações e Custas). Série C Nº 359, par. 105.

estar orientadas à satisfação de tais princípios¹⁸⁰. O conteúdo desses princípios foi caracterizado da seguinte forma:

3. Disponibilidade. Cada Estado Parte deverá contar com um número suficiente de estabelecimentos, bens e serviços públicos de saúde e centros de atenção à saúde, assim como de programas. A natureza exata dos estabelecimentos, bens e serviços dependerá de diversos fatores, em particular o nível de desenvolvimento do Estado Parte. Contudo, esses serviços incluirão os fatores determinantes básicos da saúde, como água potável e condições sanitárias adequadas, hospitais, clínicas e demais estabelecimentos relacionados com a saúde, pessoal médico e profissional capacitado e bem remunerado considerando as condições existentes no país, assim como os medicamentos essenciais definidos no Programa de Ação sobre medicamentos essenciais da OMS.

b) Acessibilidade. Os estabelecimentos, bens e serviços de saúde devem ser acessíveis para todos, sem discriminação alguma, dentro da jurisdição do Estado Parte. A acessibilidade apresenta quatro dimensões sobrepostas:

4. Não discriminação: os estabelecimentos, bens e serviços de saúde devem ser acessíveis, de fato e de direito, aos setores mais vulneráveis e marginalizados da população, sem discriminação alguma por qualquer dos motivos proibidos.

ii) Acessibilidade física: os estabelecimentos, bens e serviços de saúde deverão estar ao alcance geográfico de todos os setores da população, em especial os grupos vulneráveis ou marginalizados, como as minorias étnicas e populações indígenas, as mulheres, as crianças, os adolescentes, as pessoas idosas, as pessoas com deficiência e as pessoas com HIV/AIDS. A acessibilidade também implica que os serviços médicos e os fatores determinantes básicos da saúde, como água potável e serviços sanitários adequados, se encontram a uma distância geográfica razoável, inclusive no que se refere às zonas rurais. Além disso, a acessibilidade compreende o acesso adequado aos edifícios para as pessoas com deficiência.

iii) Acessibilidade econômica (viabilidade): os estabelecimentos, bens e serviços de saúde deverão estar ao alcance de todos. Os pagamentos por serviços de atenção à saúde e serviços relacionados com os fatores determinantes básicos da saúde deverão se basear no princípio da equidade, a fim de assegurar que esses serviços, sejam públicos ou privados, estejam ao alcance de todos, incluindo os grupos socialmente desfavorecidos. A equidade exige que sobre os domicílios mais pobres não caia uma carga desproporcional, no que diz respeito aos gastos de saúde, em comparação com os mais ricos.

iv) Acesso à informação: esse acesso compreende o direito de solicitar, receber e difundir informação e ideias acerca das questões relacionadas com a saúde. Contudo, o acesso à informação não deve diminuir o direito de que os dados pessoais relativos à saúde sejam tratados com confidencialidade.

c) Aceitabilidade. Todos os estabelecimentos, bens e serviços de saúde deverão ser respeitosos da ética médica e culturalmente apropriados, isto é, respeitosos da cultura das pessoas, das minorias, dos povos e das comunidades, e ao mesmo tempo sensíveis aos requisitos de gênero e do ciclo de vida, e deverão ser concebidos para respeitar a confidencialidade e melhorar o estado de saúde das pessoas.

d) Qualidade. Além de aceitáveis do ponto de vista cultural, os estabelecimentos, bens e serviços de saúde deverão ser também apropriados do ponto de vista científico e médico e ser de boa qualidade. Isso requer, entre outras coisas, pessoal médico capacitado, medicamentos e equipamento hospitalar cientificamente aprovados e em bom estado, água potável e condições sanitárias adequadas¹⁸¹.

118. O Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (doravante “Comitê DESC”) ressaltou que o direito a prevenção, tratamento e controle de doenças contido no direito à saúde abrange a criação de um sistema de atenção médica de urgência e a adoção de medidas, programas e estratégias de

¹⁸⁰ Corte IDH. *Caso Suárez Peralta Vs. Equador*. Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 21 de maio de 2013. Série C Nº 261.

¹⁸¹ Corte IDH. *Caso Cuscul Pivara e outros Vs. Guatemala*. Exceção Preliminar, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 23 de agosto de 2018. Série C Nº 359, par. 107.

controle de doenças infecciosas¹⁸² e que o direito a instalações, bens e serviços de saúde contido no direito à saúde incorpora o acesso igualitário e rápido a serviços preventivos, curativos e de reabilitação, ao tratamento adequado de doenças (preferivelmente na comunidade) e ao fornecimento de medicamentos¹⁸³.

119. O Estado tem o dever de controlar os serviços de saúde que preste diretamente ou que delegue a particulares e a obrigação de fiscalizar e supervisionar os fornecedores. A Corte ressaltou que essa fiscalização e supervisão devem ter como fim velar pelos princípios de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade da atenção médica. A Corte também assinalou corretamente o risco que as possíveis falhas da infraestrutura ou da higiene nos serviços privados de saúde representam para os direitos humanos das pessoas atendidas¹⁸⁴.

120. Além disso, a CIDH recorda que a Corte Interamericana ecoou a preocupação do Comitê DESC com respeito às pessoas em situação de vulnerabilidade. Nesse sentido, ressaltou que não basta que os Estados se abstenham de violar os direitos, mas é indispensável que tomem medidas positivas em função das necessidades especiais de proteção do sujeito de direito, seja por sua condição pessoal ou pela situação específica em que se encontre, como pobreza ou marginalização¹⁸⁵.

121. A CIDH recorda também que, na sua Resolução 1/2020, sistematizou os parâmetros do direito à saúde aplicáveis às doenças infecciosas, como o dever dos Estados de prevenir o contágio, oferecer tratamento médico às pessoas afetadas por doenças infecciosas e adotar “de forma imediata, urgente e com a devida diligência, todas as medidas que sejam adequadas para proteger os direitos à vida, saúde e integridade pessoal das pessoas que se encontrem em suas jurisdições” frente aos riscos colocados pelas doenças infecciosas, “atendendo à melhor evidência científica”¹⁸⁶.

5. O direito à saúde de crianças na primeira infância

122. A Comissão destaca que toda pessoa que se encontra em situação de vulnerabilidade, como ocorre com as crianças, é titular de uma proteção especial em virtude dos deveres especiais cuja observância pelo Estado é necessária para cumprir as obrigações gerais de respeito e garantia dos direitos humanos e, tratando-se de crianças, levando em conta seu interesse superior. Nesse sentido, não basta que os Estados se abstenham de violar os direitos, mas é indispensável que tomem medidas positivas em função das necessidades particulares de proteção do sujeito de direito, seja por sua condição pessoal ou pela situação específica em que se encontre¹⁸⁷.

123. Com relação a crianças recém-nascidas, a CIDH considera importante recordar que o Estado deve levar em consideração as características especiais da primeira infância, que é um período essencial para a realização dos direitos da criança conforme previsto no artigo 19 da Convenção Americana. Uma das obrigações especiais que adquire importância fundamental nestes casos é a de atuar de forma diligente e imediata para assegurar o pleno gozo de seus direitos humanos¹⁸⁸.

¹⁸² Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. *CESCR Observação geral 14. O direito ao desfrute do mais alto nível possível de saúde*. 22º período de sessões, 11 de agosto de 2000 (E/C.12/2000/4), par. 1, 5, 8, 11 e 16.

¹⁸³ Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. *CESCR Observação geral 14. O direito ao desfrute do mais alto nível possível de saúde*. 22º período de sessões, 11 de agosto de 2000 (E/C.12/2000/4), par. 17.

¹⁸⁴ Corte IDH. *Caso Suárez Peralta vs. Equador*. Sentença de 21 de maio de 2013 (Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas), par. 149 a 152.

¹⁸⁵ Corte IDH. *Caso Trabalhadores da Fazenda Brasil Verde vs. Brasil*. Sentença de 20 de outubro de 2016 (Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas). Série C Nº 318, par. 337; Corte IDH. *Caso comunidade indígena Sawhoyamaya vs. Paraguai*. Sentença de 29 de março de 2006 (Mérito, Reparações e Custas). Série C Nº 146, par. 154; Corte CIDH. *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*. Sentença de 4 de julho de 2006. Série C Nº 149, par. 104; Corte IDH. *Caso comunidade indígena Xákmok Kásek vs. Paraguai*. Sentença de 24 de agosto de 2010 (Mérito, Reparações e Custas). Série C Nº 214, par. 233.

¹⁸⁶ CIDH. *Pandemia e direitos humanos nas Américas*. Resolução 1, 10 de abril de 2020.

¹⁸⁷ Ver também Corte IDH. *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*. Sentença de 4 de julho de 2006 (Mérito, Reparações e Custas), par. 103 e 104; Corte IDH. *Caso Gonzales Lluys vs. Equador*. Sentença de 1 de setembro de 2015 (Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas), par. 290 (sobre a intersecção de fatores de vulnerabilidade).

¹⁸⁸ ONU. Comitê de Direitos da Criança. *Observação Geral 7 (2005) Realização dos Direitos das Crianças da Primeira Infância*, CRC/C/GC/7/Rev.1, 20 de setembro de 2006.

124. A esse respeito, a CIDH toma nota das *Orientações técnicas sobre a aplicação de um enfoque baseado nos direitos humanos para a execução das políticas e programas destinados a reduzir e eliminar a mortalidade e morbidade preveníveis das crianças menores de 5 anos*, adotadas pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH) em 2014¹⁸⁹. Nesse documento, o ACNUDH reconhece que corresponde aos Estados prestar especial cuidado à mulher grávida, oferecer assistência competente durante o parto e prestar atenção à septicemia neonatal¹⁹⁰. Também afirma que “um enfoque baseado nos direitos humanos para fazer frente à mortalidade neonatal compreende a prestação de atenção em todas estas dimensões da atenção à saúde do recém-nascido e da mulher, incluindo os fatores determinantes dessa mortalidade”, entre as quais identifica a seps¹⁹¹.

125. Por sua vez, o Comitê dos Direitos da Criança indicou em sua Observação Geral Nº 7 que a primeira infância compreende o período que vai desde o nascimento até os 8 anos de idade¹⁹². Em sua Observação geral Nº 15 sobre o direito da criança ao desfrute do mais alto nível possível de saúde, o Comitê dos Direitos da Criança declarou que os Estados devem prestar especial atenção à mortalidade neonatal, dado que constitui uma proporção cada vez maior da mortalidade de crianças menores de 5 anos¹⁹³. Além disso, em suas observações finais aos países, o Comitê dos Direitos da Criança desenvolveu uma série de recomendações vinculadas à redução da taxa de mortalidade neonatal. Assinalou, em particular, que as medidas para este fim devem incluir a prevenção de doenças infecciosas, assegurar o cuidado dos recém-nascidos durante o período neonatal, proporcionar recursos adequados para prestar serviços de emergência e de reanimação nas zonas rurais e aplicar as mencionadas orientações técnicas da ACNUDH¹⁹⁴. O Comitê também instou os Estados a adotarem medidas de redução das mortes evitáveis de recém-nascidos, com ênfase naquelas causadas, entre outras, por infecções neonatais¹⁹⁵.

6. Análise do caso

126. No caso concreto cabe analisar se o Estado incorreu em algum tipo de responsabilidade com relação à morte dos 96 bebês internados na CLIPEL. Como indicado previamente, embora não seja atribuível aos Estados toda violação do direito à vida e integridade que aconteça no contexto de saúde, o Estado pode ser internacionalmente responsável por tais violações quando aconteceram na ausência de mecanismos adequados de regulação, supervisão e fiscalização. Dado que os fatos do caso aconteceram em uma entidade privada que prestava serviços de saúde e que recebia contribuições financeiras do Sistema Público de Saúde brasileiro, a Comissão analisará a responsabilidade estatal a partir do seu dever de regulação, supervisão e fiscalização.

¹⁸⁹ ACNUDH. *Orientações técnicas sobre a aplicação de um enfoque baseado nos direitos humanos para a execução das políticas e programas destinados a reduzir e eliminar a mortalidade e morbidade preveníveis das crianças menores de 5 anos*. A/HRC/27/31, 30 de junho de 2014, par. 9.

¹⁹⁰ ACNUDH. *Orientações técnicas sobre a aplicação de um enfoque com base nos direitos humanos para a execução das políticas e programas destinados a reduzir e eliminar a mortalidade e morbidade preveníveis das crianças menores de 5 anos*. A/HRC/27/31, 30 de junho de 2014, par. 74.

¹⁹¹ Essas diretrizes indicam: “A mortalidade infantil é devida em grande parte a um número reduzido de doenças e afecções. Em todo o mundo, 43% dessas mortes acontecem até aos 28 dias (recém-nascidos) e devem-se primordialmente a complicações no parto antes do término, asfixia e trauma no parto e seps. Após os 28 primeiros dias, e até os 5 anos, as mortes são imputáveis em sua maior parte a doenças infecciosas como pneumonia (22%), doenças diarreicas (15%), malária (12%) e HIV/AIDS (3%). A enorme maioria das doenças e afecções que causam a morte de crianças de menos de 5 anos podem ser prevenidas e tratadas com intervenções eficazes em função do custo”. ACNUDH. *Orientações técnicas sobre a aplicação de um enfoque com base nos direitos humanos para a execução das políticas e programas destinados a reduzir e eliminar a mortalidade e morbidade preveníveis das crianças menores de 5 anos*. A/HRC/27/31, 30 de junho de 2014, par. 74.

¹⁹² Comitê dos Direitos da Criança. Observação geral Nº 7 (2005). CRC/C/GC/7/Rev.1, 20 de setembro de 2006, par. 4.

¹⁹³ Comitê dos Direitos da Criança. Observação geral Nº 15 (2013) sobre o direito da criança ao desfrute do mais alto nível possível de saúde (artigo 24). CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013, par. 33.

¹⁹⁴ Comitê dos Direitos da Criança. Observações finais sobre os relatórios periódicos terceiro a quinto combinados do Nepal. CRC/C/NPL/CO/3-5, 8 de julho de 2016, par. 49.

¹⁹⁵ Comitê dos Direitos da Criança. Observações finais sobre os relatórios periódicos terceiro a sexto combinados da Guiné. CRC/C/GIN/CO/3-6, 28 de fevereiro de 2019, par. 34; Comitê dos Direitos da Criança. Observações finais sobre o segundo relatório periódico de Côte d'Ivoire. CRC/C/CIV/CO/2, 12 de julho de 2019, par. 45. Ver também Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Observações finais sobre o quarto relatório periódico da Argentina. E/C.12/ARG/CO/4, 1 de novembro de 2018, par. 56.

127. Em particular, a Comissão considera que no caso concreto deve-se levar em conta que, como indicado no Relatório de Empresas e Direitos Humanos, o dever de supervisionar exige a ativação de ações efetivas dirigidas a evitar a concretização do mesmo¹⁹⁶. Conforme os padrões citados anteriormente, a fim de estabelecer se o Estado do Brasil é responsável internacionalmente pelas mortes dos 96 bebês ocorridas entre junho de 1996 e março de 1997 na UTI da CLIPEL, a Comissão ressalta que os serviços de atenção médica fazem parte de um âmbito que o Estado deve regular e inspecionar. Como se indicou, este dever deriva de se tratar de atividades que podem pôr em risco a vida, a integridade pessoal ou a saúde das pessoas, principalmente no caso de crianças recém-nascidas que se encontram em uma grande situação de vulnerabilidade. Neste sentido, o Estado tinha relação direta com as atividades que estavam sendo realizadas na CLIPEL, motivo pelo qual, através de um adequado cumprimento de suas obrigações de regular, fiscalizar e controlar suas atividades, devia ter conhecimento do potencial risco que poderiam implicar condições que se traduziram em um risco para os direitos de crianças dentro dessa entidade. A responsabilidade do Estado do Brasil pode derivar do não cumprimento desses deveres.

128. Adicionalmente, caso existisse uma situação de risco iminente para os direitos das crianças na CLIPEL que o Estado conheceu ou deveria ter conhecido através das atividades de supervisão e controle dos serviços médicos de saúde e não tivesse adotado as medidas adequadas para prevenir a ocorrência desse risco, o Estado também pode ser responsável pelo não cumprimento de seu dever de proteção.

129. A Comissão passará agora a determinar, em primeiro lugar, se o Estado brasileiro cumpriu seu dever de regulamentar, supervisionar e fiscalizar a prestação de serviços de saúde pela UTI da CLIPEL. Posteriormente, a Comissão se pronunciará sobre se o Estado cumpriu seu dever de prevenção. Finalmente, a Comissão apresentará uma conclusão com relação à responsabilidade do Estado brasileiro à luz desses deveres.

a. Quanto ao dever de regular

130. Com relação ao dever de regulamentar a prestação do serviço de saúde, a Comissão observa que, de acordo com a informação disponível (*supra* seção III.B), o Decreto 77.052 de janeiro de 1976 estabeleceu o dever das autoridades sanitárias de fiscalizar as condições de exercício de profissões vinculadas diretamente com a saúde. Além disso, a CIDH nota que, no momento dos fatos, estava em vigor a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que regula os serviços de saúde e atribui ao Ministério da Saúde a tarefa de coordenar a vigilância epidemiológica e o controle da qualidade dos serviços de saúde.

131. Sobre o controle de infecções hospitalares especificamente, a CIDH assinala que a Portaria 196 de 1983 estabelece o dever de todos os hospitais do país, independentemente de sua fonte de financiamento, de contar com uma Comissão de Controle de Infecções Hospitalares. Essa portaria foi modificada pela Portaria 930 de agosto de 1992, em vigor no momento dos fatos, para atualizar a regulação, mantendo a obrigação principal de contar com um programa de controle de infecções hospitalares, assim como uma comissão de controle de infecções hospitalares, independentemente da natureza da entidade. Igualmente, em janeiro de 1995, a Resolução CREMERJ 83/1995 estabeleceu explicitamente a obrigatoriedade de estabelecer, em um prazo de noventa dias, comissões de controle de infecções em todos os centros hospitalares. No mesmo sentido, em janeiro de 1997 foi adotada a Lei 9.431, ampliando as obrigações dos hospitais, entre as quais manter um programa de controle de infecções hospitalares em condições adequadas. À luz do exposto anteriormente, a CIDH considera a partir da informação a seu alcance que o ordenamento interno brasileiro no período em análise estabelecia tanto o dever das autoridades sanitárias de fiscalizar os serviços de saúde incluindo o privado, como disposições específicas para o controle de infecções hospitalares.

b. Quanto ao dever de supervisionar e fiscalizar

132. A Comissão observa que, de acordo com o processo, desde o início das atividades da CLIPEL, o Conselho Regional de Enfermagem realizou supervisões em 1993 e destacou que a CLIPEL não respondia às exigências

¹⁹⁶ CIDH. Relatório sobre Empresas e Direitos Humanos: Padrões Interamericanos. Aprovado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos em 1 de novembro de 2019 / [Preparado pela Relatoria Especial sobre Direitos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais da Comissão Interamericana de Direitos Humanos]. OEA/Ser.L/V/II. CIDH/REDESCA/INF.1/19. Par. 102.

técnicas para seu funcionamento (*supra* seção F.1.a). Por outro lado, conforme comprovado (*supra* seção F.1.b), a Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro realizou ao menos oito visitas de inspeção entre janeiro e maio de 1997, isto é, durante e depois das mortes das crianças supostas vítimas do caso. Além disso, o CREMERJ inspecionou a CLIPEL em 30 de abril de 1997. De acordo com o médico Edmilson Ramos Migowsky, coordenador dessa entidade, tanto ele como outro médico supervisaram a CLIPEL e não encontraram “irregularidades dignas de menção”, assinalando que “a CLIPEL não foi punida por nenhuma irregularidade, mas intimada para que efetuasse reparações sob pena de multa”. A Comissão toma nota disso, mas observa que o Estado não trouxe informação suficiente que permita constatar que as inspeções ou fiscalizações feitas na CLIPEL foram realizadas com suficiente regularidade ou de acordo com protocolos adequados. Nesse sentido, a Comissão observa que, embora o Estado tenha comprovado a realização das inspeções do Conselho Regional de Enfermagem e da Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro entre junho de 1996 e março de 1997, não confirmou que foram aprovadas as indicações do Conselho de Regional de Enfermagem, nas quais se advertia sobre a falta de exigências técnicas da CLIPEL.

133. A esse respeito, a análise das provas que constam no processo penal e nas petições apresentadas à CIDH permite concluir que, entre junho de 1996 e março de 1997, na CLIPEL teria havido superlotação e uma incidência anormal de infecções hospitalares. A CIDH observa que, embora tenham sido objeto de fiscalização, os peritos do Instituto Médico Legal e do IFF/Fiocruz afirmaram que as fiscalizações do CREMERJ e da Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro deveriam ser desconsideradas porque a fiscalização do CREMERJ não fez “nenhuma avaliação higiênico-sanitária, microbiológica ou dos prontuários e resultados dos testes de laboratório dos últimos doze meses investigados”, enquanto a visita da Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro se limitava a descrever equipamentos, condições físicas e pessoal, assim como o estado da unidade no momento da visita, e não durante o período em que se efetuaram as internações das supostas vítimas. A isso se soma que, segundo surge do processo, os peticionários denunciaram ao Ministério Público a realização inadequada das tarefas de fiscalização por parte da COFISA (*supra* seção III.F.1.b) e do CREMERJ (*supra* seção III.F.1.c), sem que se tenha comprovado devidamente a adoção de medidas a esse respeito.

134. Quanto à **superlotação**, o laudo do Instituto Médico Forense afirma que a CLIPEL excedeu sua capacidade de internações (*supra* parágrafo 36). Além disso, o laudo do IFF/Fiocruz considera que houve superlotação provocada pela carência de leitos no Estado do Rio de Janeiro e que a CLIPEL não adotou uma posição efetiva contra essa situação. Vários médicos reconheceram em suas declarações que às vezes havia um número excessivo de internações, o que se justificava no fato de que a CLIPEL era a única UTI neonatal da região e em que os médicos têm o dever de não negar o socorro. A Comissão observa que Luiz Cavalcante Lopes reconheceu que houve uma “superlotação condenável” que explica “o maior número de mortes”. Igualmente, diversos médicos coincidiram em assinalar que tratavam de trasladar as crianças para outros hospitais quando havia situações de superlotação, mas não se apresentou nenhum registro dessas tentativas.

135. Quanto à **incidência de infecções hospitalares**, a Comissão observa que a conclusão dos laudos do Instituto Médico Forense e do IFF/Fiocruz indicam que se encontrou a bactéria *Klebsiella pneumoniae* em mais de 50 hemoculturas. Os familiares também mencionaram, em suas declarações, exames que indicavam infecção, assim como diagnósticos de infecção efetuados pelos médicos. A Comissão nota que a presença frequente dessa bactéria nos bebês internados foi reconhecida inclusive no laudo do médico contratado pela CLIPEL que prestou declaração no processo penal como testemunha da defesa. O laudo do Instituto Médico Forense indicou que as hemoculturas positivas são compatíveis com infecção hospitalar.

136. A Comissão nota que, de fato, no mesmo período, a UTI da CLIPEL apresentou uma **taxa de mortalidade** (relação entre os óbitos e o total de internações) descrita no laudo do IFF/Fiocruz como “**totalmente anormal**”. No laudo do Instituto Médico Forense essa taxa anormal também foi levada em conta. Um de seus peritos, na declaração, destacou que a taxa havia sido elevada em todos os meses do período e muito alta em dezembro de 1996, quando chegou a 53%.

137. Além disso, **a sepse (infecção) neonatal constou como causa de morte em um grande número de atestados de óbito**. Como destacou o perito do IFF/Fiocruz no seu laudo e na sua declaração, pelo menos 60,8% dos óbitos do período foram causados por sepse neonatal. Em dezembro de 1996, 10 dos 11 óbitos (90,9%) foram devidos a sepse. O laudo do IFF ressalta a comprovação de morte por infecção hospitalar e a

colonização do ambiente hospitalar pela bactéria *Klebsiella pneumoniae* e assinala que era impossível atribuir a taxa anormal de mortalidade a outros motivos.

138. Frente a esta informação, a Comissão observa que o Estado destacou que, na ação penal, se deu maior peso a fatores alheios à atuação dos médicos da CLIPEL como os possíveis geradores de tais afetações, como a internação de crianças provenientes de diversos lugares da região sem que se conhecesse bem o estado em que se encontravam no momento de sua chegada, os resultados dos antibiogramas que indicam bactérias de origens diferentes, o transporte inadequado dos crianças de outros lugares até a CLIPEL, a pouca resistência imunológica dos recém-nascidos e os antecedentes das mães das vítimas (se tinham doenças preexistentes, se tomavam medicamentos, se haviam recebido atenção pré-natal).

139. A Comissão observa que os aspectos relatados no parágrafo anterior não são conclusivos dos ditames internos, nem de uma investigação exaustiva ou diligente, que demonstrasse ou comprovasse os antecedentes de cada um dos bebês que estavam na CLIPEL ou de suas mães que pudessem guardar uma relação de causalidade com as mortes por infecção. Tampouco se apresentaram provas suficientes para demonstrar que o transporte foi inadequado e que essa foi a causa mais provável das mortes. Tampouco se investigou ou se demonstrou devidamente o estado em que se encontravam os recém-nascidos na sua chegada. Em particular, o técnico de enfermagem Andrey Luz de Carvalho que trabalhava na CLIPEL afirmou que havia vários bebês infectados e que as infecções somente eram constatadas depois de suas internações na clínica. Nesse sentido, a Comissão observa que a origem diferente das bactérias, por sua vez, se coloca como possibilidade e não descarta a responsabilidade dos agentes da CLIPEL. Precisamente nessa direção, a Comissão destaca que cabia aos agentes da CLIPEL identificar a fonte e agentes relacionados com os contágios e tomar todas as medidas necessárias para evitar essa propagação, através de supervisões periódicas e adequadas.

140. A Comissão observa que se depreendem do processo outros fatores que refletem as deficientes condições em que se encontrava a CLIPEL na época dos fatos. Quanto à **carência de profissionais**, o laudo do IFF assinala, entre as deficiências estruturais, a falta de enfermeiros graduados na equipe permanente e o número insuficiente de profissionais em relação à demanda. O diretor da CLIPEL, Luiz Cavalcante Lopes admitiu em sua declaração “que não havia enfermeiras graduadas nas 24 horas da UTI, mas só durante oito horas por dia”. Além disso, no que diz respeito à **falta de cuidado com a higiene das mãos e a limpeza do ambiente**, embora os médicos tenham declarado que isso não ocorreu e apesar das avaliações *ex post facto* no mesmo sentido (indicadas mais adiante), Cleide Ramalho Evangelista indicou em sua declaração o descuido dos profissionais da clínica com a lavagem das mãos e com o uso de aventais e máscaras. Ademais, o perito Souliman Al Odeh assinalou, como já se disse, que não foram proporcionados dados apropriados sobre a higiene na CLIPEL.

141. A Comissão nota que os laudos da COFISA e do CREMERJ se limitaram a descrever equipamentos, as condições físicas e do pessoal e o estado da unidade no momento da visita, como averiguou o perito C. S. Al Odeh. Não foram apresentadas provas e conclusões sólidas sobre o período em que ocorreram as mortes. A análise do Laboratório Noel Nutels se refere a amostras posteriores ao período e não descarta a possibilidade de uma contaminação anterior.

142. A Comissão ressalta que, de acordo com a informação disponível, no período em que ocorreram os fatos não havia uma comissão de controle de infecções hospitalares nem há provas de que tivessem sido tomadas medidas sistemáticas como as recomendadas por Profilaxia Consultoria e Assessoria à CLIPEL em abril de 2002. A proposta de Profilaxia indicava a necessidade de adotar métodos de lavagem das mãos, limpeza e desinfecção ambiental, esterilização e desinfecção de artigos, entre outros, assim como de usar equipamentos acionados a pedal para reforçar a higiene das mãos. Isso contrasta com a declaração do médico Fernando Roberti Wermelinger, que admitiu que usavam saboneteiras acionadas por toque e não por pedal, as quais comparou com as que se usavam nas paradas de ônibus. A ausência de pedais se soma a outras irregularidades indicadas pelo Departamento de Vigilância Sanitária e mencionadas no laudo do Instituto Médico Forense que se observaram no período, que só depois foram sanadas e que poderiam ter propiciado os surtos infecciosos (entre elas a altura insuficiente das torneiras, o número insuficiente de lavabos, a área de limpeza insuficiente, o número de leitos superior ao permitido e a falta de um forno de micro-ondas para esterilizar as mamadeiras). A esse respeito, além dos fundamentos expostos até agora, o Estado indicou à CIDH que “a contaminação do

ambiente da UTI foi devida à superação da capacidade de internação e às irregularidades constatadas pelo Departamento de Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro”¹⁹⁷.

143. Tendo em vista o exposto nesta seção, a Comissão entende que, embora o Estado tenha realizado fiscalização ou visita à CLIPEL, não comprovou que as mesmas foram regulares ou periódicas ou verificadas de forma adequada e efetiva, pois não consta registro que houvesse oportunamente atendido aspectos como os antes narrados que incluem uma incidência anormal das infecções hospitalares, a presença de fatores de superlotação e carência de profissionais suficientes e adequados, assim como situações associadas a uma deficiente higiene e limpeza do ambiente, e, se for o caso, as medidas tendentes a adotar as correções necessárias e proteger de forma adequada os direitos das crianças que se encontravam ali.

c. Quanto ao dever de prevenir

144. A Comissão considera que os aspectos narrados se traduziam em uma situação de risco real e iminente para as crianças da CLIPEL, principalmente o estado de grande vulnerabilidade como resultado de seu recente nascimento. Além disso, a Comissão considera que, em cumprimento de seu dever de fiscalizar a CLIPEL, o Estado conheceu ou ao menos deveria ter conhecido esta situação de risco. Nesse sentido, corresponde a continuação identificar se tomou as medidas que razoavelmente se esperavam para prevenir a ocorrência desse risco.

145. A esse respeito, a Comissão observa a partir da informação a seu alcance que entre as medidas que se tomam comumente para combater surtos se encontram a melhoria das medidas de controle de infecções, como higiene das mãos, precauções com o contato, isolamento de pacientes e limpeza e esterilização do ambiente, além da suspensão das internações e do fechamento e renovação da unidade.

146. De acordo com a informação disponível, a CLIPEL não adotou as medidas requeridas como era razoavelmente esperado, mas se limitou a algumas ações tardias de controle e esterilização¹⁹⁸. No presente caso, a Comissão observa que existiu uma cadeia de ações e omissões relacionadas com condições inadequadas que não mitigaram a situação de risco para as crianças internadas na CLIPEL:

- i. O Estado não forneceu uma quantidade suficiente de leitos de cuidados intensivos neonatais para a Região dos Lagos, o que contribuiu para a superlotação da UTI da CLIPEL. Os médicos da CLIPEL não suspenderam as internações. Apesar de que terem alegado a transferência de crianças para outros hospitais, não há registro das supostas tentativas de transferência.
- ii. Não se garantiu a presença de um número suficiente de profissionais para atender bem os pacientes, e o Estado não fiscalizou, preveniu nem puniu essa carência de profissionais.
- iii. A informação disponível indica que a CLIPEL não contava no momento dos fatos com uma CCIH e um programa de controle de infecções, apesar de ser uma exigência legal.
- iv. Uma das formas de prevenir surtos de infecções hospitalares consiste em manter a higiene das mãos e a limpeza do ambiente. Ainda que os médicos tenham declarado que não houve descuidos com a higiene das mãos e do ambiente, uma das mães das crianças falecidas afirmou que presenciou várias situações de descuido. O perito do IFF não recebeu dados apropriados sobre a higiene no ambiente da clínica. A informação disponível indica que não havia uma CCIH nesse período nem se apresentaram provas de medidas sistemáticas de cuidado com a limpeza. A clínica padecia de defeitos estruturais comprovados, como a falta de equipamentos acionados por pedal. Todo esse

¹⁹⁷ Escrito do Estado de 16 de março de 2000, par. 8.

¹⁹⁸ A esse respeito, a CIDH toma nota dos documentos relativos à proposta de Profilaxia e da CCIH adotada pela CLIPEL, assim como da declaração de Flávio Felicíssimo de Oliveira, que afirmou: “em um dado momento, a CLIPEL contratou uma empresa auditora, Infecto, que propôs algumas medidas para reduzir o quadro de infecções hospitalares, que foram aceitas pela direção da CLIPEL”, e que, “e janeiro de 1997 [depois de dezembro de 1996, o mês crítico no que se refere a mortes], o índice de mortalidade tinha baixado”. Escrito do Estado de 23 de abril de 2008.

quadro foi permitido pelas falhas do Estado em termos de fiscalização, prevenção e punição da conduta da clínica.

- v. Depois de constatar a presença de *Klebsiella pneumoniae*, a clínica não suspendeu as internações, não transferiu os pacientes e não levou a cabo a desinfecção da unidade.

147. Tendo em vista o exposto anteriormente, a Comissão observa que o Estado não adotou as medidas que eram requeridas para prevenir a ocorrência da situação de risco aos direitos das crianças dentro da CLIPEL do presente caso, cuja morte razoavelmente guarda uma relação de causalidade com tais ações e omissões.

d. Conclusão

148. Com base no analisado nesta seção, a Comissão conclui que, embora o Estado contasse com um marco jurídico que regulava a fiscalização das atividades de atenção médica realizadas na CLIPEL, não demonstrou ter realizado inspeções ou visitas que atestassem o cumprimento do dever de fiscalização e controle de forma adequada e efetiva. Ante a omissão de tais deveres, a informação disponível indica que existia uma incidência anormal das infecções hospitalares, a presença de fatores de superlotação e carência de profissionais suficientes adequados, assim como situações associadas a uma deficiente higiene e limpeza do ambiente. Tudo isso constituiu uma situação de risco real e iminente aos direitos de crianças que o Estado conhecia ou deveria ter conhecido se tivesse cumprido esses deveres. Frente a essa situação, a Comissão conclui que o Estado não adotou medidas efetivas para prevenir a ocorrência das violações do direito à saúde e posterior morte das 96 bebês vítimas do presente caso, a respeito dos quais tinha um dever especialmente reforçado levando em conta sua situação de extrema vulnerabilidade como recém-nascidos.

149. Em consequência, a CIDH conclui que o Estado brasileiro é responsável pela violação dos direitos à vida, saúde e à integridade pessoal estabelecidos respectivamente nos artigos 4, 26 e 5 da Convenção Americana em detrimento dos 96 recém-nascidos que morreram dentro da CLIPEL com relação ao seu dever de garantia dos direitos da criança, estabelecido nos artigos 1.1 e 19 do mesmo instrumento.

B. O direito às garantias judiciais, à proteção judicial com relação ao direito à saúde e à obrigação de respeitar os direitos (artigos 8¹⁹⁹ e 25²⁰⁰ da Convenção Americana com relação aos artigos 1.1 e 26²⁰¹ do mesmo instrumento)

1. Considerações gerais

150. De acordo com os artigos 8 e 25 da Convenção Americana os Estados têm a obrigação geral de garantir o livre e pleno exercício dos direitos reconhecidos pela Convenção a toda pessoa que se encontre sob sua jurisdição. Uma das medidas positivas que os Estados Partes devem fornecer para salvaguardar a obrigação de garantia é proporcionar recursos judiciais efetivos de acordo com as regras do devido processo legal, assim como procurar o restabelecimento do direito violado, se possível, e a reparação dos danos produzidos²⁰²

¹⁹⁹ O artigo 8.1 da Convenção estabelece: "1. Toda pessoa tem direito a ser ouvida, com as devidas garantias e dentro de um prazo razoável, por um juiz ou tribunal competente, independente e imparcial, estabelecido anteriormente por lei, na apuração de qualquer acusação penal formulada contra ela, ou para que se determinem seus direitos ou obrigações de natureza civil, trabalhista, fiscal ou de qualquer outra natureza"

²⁰⁰ O artigo 25.1 da Convenção estabelece: "1. Toda pessoa tem direito a um recurso simples e rápido ou a qualquer outro recurso efetivo, perante os juízes ou tribunais competentes, que a proteja contra atos que violem seus direitos fundamentais reconhecidos pela constituição, pela lei ou pela presente Convenção, mesmo quando tal violação seja cometida por pessoas que estejam atuando no exercício de suas funções oficiais."

²⁰¹ O artigo 26 da Convenção estabelece: "Os Estados Partes comprometem-se a adotar providências, tanto no âmbito interno como mediante cooperação internacional, especialmente econômica e técnica, a fim de conseguir progressivamente a plena efetividade dos direitos que decorrem das normas econômicas, sociais e sobre educação, ciência e cultura, constantes da Carta da Organização dos Estados Americanos, reformada pelo Protocolo de Buenos Aires, na medida dos recursos disponíveis, por via legislativa ou por outros meios apropriados"

²⁰² Corte IDH. *Caso dos "Niños de la calle" (Villagrán Morales e outros) Vs. Guatemala*. Mérito. Sentença de 19 de novembro de 1999. Série C Nº 63. Par. 220. *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 4 de julho de 2006. Série C Nº 149. Par. 173. *Caso Baldeón García Vs. Peru*. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 6 de abril de 2006. Série C Nº 147. Par. 141. *Caso López Álvarez Vs. Honduras*. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 1 de fevereiro de 2006. Série C Nº 141. Par. 28. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*. Exceções Preliminares. Sentença de 26 de junho de 1987. Série C Nº 1. Par. 91. *Caso do Penal Miguel Castro Castro Vs. Peru*. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 25 de novembro de 2006. Série C Nº 160. Par. 381. *Caso Albán Cornejo y Carvajal e outros Vs. Equador*. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 22 de novembro de 2007. Série C Nº 171. Par. 60-61.

151. A esse respeito, a Comissão recorda que uma das obrigações imediatas dos Estados para proteger os direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais é o acesso a recursos idôneos e efetivos. Isto é, o acesso à justiça, entendido como o respeito às garantias judiciais e à proteção judicial, constitui uma via instrumental para a proteção dos direitos compreendidos dentro do artigo 26 da Convenção. Nesse âmbito, por exemplo, a Corte Interamericana considerou que os Estados devem assegurar o acesso a mecanismos adequados de reclamação, como os tribunais, para solicitar uma reparação ou indenização em processos seguidos por alegadas violações de direitos reconhecidos através do artigo 26²⁰³. Assim, por exemplo, a Corte reconheceu de maneira recente que os direitos ao trabalho e à segurança social incluem a obrigação de dispor de mecanismos efetivos de reclamação frente à sua violação com o fim de garantir o direito de acesso à justiça e à tutela judicial efetiva, tanto no âmbito público como no âmbito privado²⁰⁴.

152. O dever de investigar deve ser cumprido com seriedade e não como uma simples formalidade condenada de antemão a ser infrutífera, e deve ter um sentido e ser assumido pelos Estados como um dever jurídico próprio e não como uma simples gestão de interesses particulares, que dependa da iniciativa processual da vítima ou de seus familiares ou da contribuição privada de elementos probatórios, sem que a autoridade pública busque efetivamente a verdade. Para que a investigação seja efetiva, a devida diligência exige que o órgão que investiga leve a cabo todas aquelas atuações e averiguações necessárias para obter o resultado visado²⁰⁵. Toda vez que for cometido um crime processável de ofício, o Estado tem a obrigação de promover e impulsionar o processo penal até o final²⁰⁶.

153. A obrigação estatal de investigar é uma obrigação de meio e não se deixa de cumprir somente porque não existe uma pessoa condenada na causa ou pela circunstância de que, apesar dos esforços realizados, seja impossível a confirmação dos fatos. No entanto, a investigação judicial deve ser empreendida de boa fé, de maneira diligente, exaustiva e imparcial, e deve estar orientada a explorar todas as linhas investigativas possíveis que permitam a identificação dos autores do crime, para seu posterior julgamento e punição²⁰⁷. Segundo indicado pela Corte Interamericana com relação às demoras e dilações, “se as autoridades permitem e toleram o uso desta maneira dos recursos judiciais, os transformam em um meio para que os que cometem um ilícito penal dilatem e entorpeçam o processo judicial. Isto conduz à violação da obrigação internacional do Estado de prevenir e proteger os direitos humanos e menospreza o direito da vítima e de seus familiares a saber a verdade do sucedido, a que se identifiquem e punam todos os responsáveis e a obter as consequentes reparações²⁰⁸”.

154. Com relação à garantia do prazo razoável prevista no artigo 8.1 da Convenção, a Corte Interamericana deu um parecer de que é necessário levar em conta três elementos para determinar a razoabilidade do prazo no qual se desenvolve um processo: a) a complexidade do assunto; b) a atividade processual do interessado; c)

²⁰³ Corte IDH. Caso Spoltore Vs. Argentina. Exceção Preliminar, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 9 de junho de 2020. Série C N° 404. Parágrafo. 99.

²⁰⁴ Corte IDH. Caso Spoltore Vs. Argentina. Exceção Preliminar, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 9 de junho de 2020. Série C N° 404. Parágrafo. 99.

²⁰⁵ Corte IDH. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*. Exceções Preliminares. Sentença de 26 de junho de 1987. Série C N° 1. Par. 177; *Caso do Penal Miguel Castro Castro Vs. Peru*. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 25 de novembro de 2006. Série C N° 160. Par. 381 255; *Caso Zambrano Vélez e outros Vs. Equador*. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 4 de julho de 2007. Série C N° 166. Par. 120. *Caso Cantoral Huamaní e García Santa Cruz Vs. Peru*. Exceção Preliminar, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 10 de julho de 2007. Série C N° 167. Par. 131. *Caso das irmãs Serrano Cruz Vs. El Salvador*. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 1 de março de 2005. Série C N° 120, par. 83; e *Caso Gómez Palomino Vs. Peru*. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 22 de novembro de 2005. Série C N° 136, par. 80. *Caso Albán Cornejo y Carvajal e outros Vs. Equador*. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 22 de novembro de 2007. Série C N° 171. Par. 60-61.

²⁰⁶ CIDH. Relatório N° 52/97, Caso 11.218, *Arges Cerqueira Mangas Vs. Nicarágua*, par. 96.

²⁰⁷ CIDH, Relatório Anual 1997, Relatório 55/97, Caso 11.137 (Juan Carlos Abella e outros), Argentina, par. 412. Sobre o mesmo tema, *cf.*: CIDH, Relatório Anual 1997, Relatório 52/97, Caso 11.218 (Arges Sequeira Mangas), Nicarágua, par. 96 e 97.

²⁰⁸ Corte IDH. Caso Myrna Mack Chang Vs. Guatemala. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 25 de novembro de 2003. Série C N° 101. Par. 211.

a conduta das autoridades judiciais; e (d) a violação gerada na situação jurídica da pessoa envolvida no processo.²⁰⁹.

2. Análise do presente caso

a. A devida diligência na investigação dos fatos e no processo penal no âmbito interno

155. No presente caso, a Comissão observa que, após um inquérito policial realizado entre abril de 1997 e novembro de 1998, a delegacia encarregada concluiu que o diretor da CLIPEL era responsável por homicídio culposo, com base em uma série de elementos anteriormente referidos (parágrafo 83). O Ministério Público, por sua vez, apresentou denúncia em dezembro de 1999 contra oito médicos da CLIPEL, incluindo seu diretor, por homicídio culposo dos recém-nascidos. A CIDH toma nota de que tal decisão considerou que os médicos haviam descumprido seu dever de cuidado ao omitir ação quando deviam e podiam fazê-lo para evitar resultados previsíveis, isto é, a morte dos bebês. Em particular, a denúncia constata o não cumprimento de normas técnicas básicas, como deter imediatamente hospitalizações e desinfetar a UTI, que poderiam ter evitado as mortes. A decisão fiscal atendeu *inter alia* a uma série de laudos médicos e testemunhos que teve à vista. No entanto, a CIDH observa que, como assinalou o Juiz que conheceu a causa, o Ministério Público não individualizou a conduta penal atribuível a cada um dos médicos denunciados. Esta omissão, que reflete a inobservância de um elemento fundamental da responsabilidade penal individual, foi determinante na mudança judicial que absolveu os acusados.

156. Com relação à sentença de primeira instância, a CIDH toma nota de que o Juiz considerou, em essência, que não existiam elementos para determinar um comportamento culposo dos médicos, nem que existiu umnexo causal entre as mortes dos bebês e a conduta dos acusados, motivo pelo qual estas responderam a “motivos de força maior”. Além disso, observa que, como assinala expressamente esse magistrado, para chegar a tal conclusão se baseia nos laudos médicos disponíveis dado que neste caso a prova é eminentemente técnica. À luz dos padrões de devida diligência antes mencionados, a CIDH considera que o juiz baseou sua decisão principalmente em relatórios emitidos pelas entidades sanitárias competentes que, como se analisou anteriormente (*supra* parágrafo 148), não realizaram de maneira regular e efetiva as tarefas de fiscalização. Certamente, segundo observa a CIDH, as conclusões de tais inspeções indevidamente efetuadas ofereceram por sua vez elementos-chave que determinaram a absolvição dos médicos e, portanto, a falta de esclarecimento e, no caso, punição dos responsáveis.

157. Neste sentido, a CIDH destaca, quanto às linhas de investigação, que não foi atestado de maneira específica pelo Estado a realização de uma investigação exaustiva dirigida a contrastar ou questionar a validade de relatórios técnicos de autoridades de saúde realizados indevidamente, apesar de que os petiçãoários terem denunciado ao Ministério Público sua solidez técnica e outros especialistas terem feito expressa menção de suas graves falhas. Assim por exemplo, a CIDH toma nota de que o relatório da visita do CREMERJ de abril de 1997 ao qual se refere a decisão judicial se limitou a afirmar sobre o tema central (isto é, as condições da UTI neonatal) que contava com os “parâmetros técnicos adequados”. A esse respeito, ao menos dois peritos do Instituto Médico Legal expressamente indicaram que devia ser desconsiderado porque não respondeu a uma avaliação higiênico-sanitária nem microbiológica, enquanto os petiçãoários denunciaram ao Ministério Público os erros na atuação da CREMERJ. Precisamente pela centralidade da prova técnica neste caso, a CIDH considera que o dever de diligência exigia que as autoridades a cargo realizassem todas as ações a seu alcance para se assegurar de praticar e considerar aquelas provas que ofereciam os elementos de qualidade técnica indispensáveis.

158. Igualmente, a CIDH assinala que a autoridade judicial ressaltou aspectos dos laudos que apontavam para a falta de dolo e/ou nexocausal, sem contestar devidamente abundantes aspectos-chave que também tinha à disposição, a saber: (i) a insuficiência de dados guardava relação com a conduta dos próprios acusados; (ii) a “situação anormal e indesejável” caracterizada por taxas de mortalidade “totalmente anormais”; e (iii) a

²⁰⁹ Corte IDH. Caso Vargas Areco vs. Paraguai. Sentença de 26 de setembro de 2006. Série C N° 155, par. 196; Caso dos Massacres de Ituango vs. Colômbia. Sentença de 1 de julho de 2006. Série C N° 148, par. 289; Corte IDH. Caso Baldeón García vs. Peru. Sentença de 6 de abril de 2006 (Mérito, Reparações e Custas). Série C N° 147, par. 151.

omissão dos acusados de adotar medidas urgentes de investigação, suspensão de atividades e prevenção que a situação exigia. Apesar dos elementos à sua disposição a esse respeito, passou-se por alto (iv) que a CLIPEL excedeu sua capacidade de internações, sendo a superlotação causa comum de surtos de infecções hospitalares, (v) que houve uma taxa alarmante de mortalidade neonatal por infecções hospitalares e (vi) que havia provas de infecção “contraída no ambiente hospitalar”. Inclusive frente ao número evidentemente extraordinário de mortes e após constatar a presença de bactérias no ambiente e na corrente sanguínea dos recém-nascidos, não se depreende da motivação da falha que se considerou que os médicos acusados (v) não suspenderam as internações e procederam a esterilizar a unidade. Do mesmo modo, a CIDH toma nota a respeito das linhas de investigação que não foi contestado que se tenha considerado seriamente o processamento e ajuizamento dos responsáveis por homicídio doloso, e não culposo.

159. A isso se soma que a decisão de absolver os médicos foi alcançada no âmbito de sérias irregularidades na investigação e processo penal alegadas pelos peticionários (*supra* parágrafo 10) e que não foram contestadas devidamente pelo Estado perante a CIDH. Além disso, a Comissão nota que as falhas identificadas no nível interno tampouco foram sanadas pela própria investigação interna. Pelo contrário, a Comissão toma nota, por sua particular relevância no resultado do processo, da falta de incorporação de provas de hemocultura oferecidas pelos peticionários contendo o diagnóstico da infecção das crianças, a não incorporação de perícias técnicas, assim como a perda de declarações testemunhais de acusados. Segundo alegado pelos peticionários sem que tenha sido contestado especificamente pelo Estado, apesar de estes terem denunciado as referidas irregularidades, o Ministério Público não se pronunciou a esse respeito.

160. Quanto à decisão de segunda instância, a Comissão nota que a sentença reconhece uma série de irregularidades na CLIPEL, concluindo que não se havia comprovado umnexo causal por omissão dos médicos envolvidos ante a falta de maiores provas que oferecessem maior certeza. A Comissão observa que precisamente tal falta de certeza resultava da falta de prática de provas suficientes que permitissem esclarecer o ocorrido. Neste sentido, observa-se que essa sentença, inclusive lida junto com o voto da magistrada relatora, estabeleceu uma conclusão que não foi produto de uma investigação diligente. Além disso - como foi exposto - tais falhas não foram sanadas no âmbito da própria investigação e processos seguidos pelos fatos do presente caso.

b. A devida diligência nos processos administrativos e civis

161. A Comissão observa que foram iniciados pelo menos cinco processos administrativos sobre os fatos ocorridos na CLIPEL: (i) ante a COFISA, no qual os familiares das supostas vítimas não obtiveram respostas sobre os fatos ocorridos; (ii) ante o CREMERJ iniciado em 1997 para investigar a conduta do médico Luiz Cavalcanti Lopes diretor médico da CLIPEL, e em 2000 concluiu que o referido médico não havia cometido ilícitos; (iii) ante o Ministério da Saúde iniciada em 1998 para determinar a responsabilidade do médico Luiz Cavalcanti Lopes, e que no mesmo ano concluiu que esse médico não era responsável pelas mortes das supostas vítimas; (iv) ante a Câmara de Vereadores de Cabo Frio; e (v) finalmente um inquérito civil do Ministério Público, que foi arquivado em 2006 ao se considerar que as denúncias constituíam ilícito administrativo e não eram de competência da Promotoria Criminal, que fez a investigação.

162. Da avaliação integral de tais processos, a Comissão considera que o Estado não trouxe informação suficiente que indique que se realizaram diligências dirigidas a esclarecer os fatos por parte das autoridades de saúde. A esse respeito, o Estado tampouco contribuiu com informação que permita concluir que os familiares das supostas vítimas foram ouvidos no âmbito desses procedimentos administrativos. Em particular, a CIDH destaca que no âmbito da investigação que tramitou no Ministério da Saúde, o mencionado órgão afirmou que as manifestações dos familiares das supostas vítimas eram “alvoroco, sensacionalismo, falta de atenção e atitudes de afobamento”.

163. Por outro lado, a Comissão nota, a partir da informação apresentada pelas partes, que ao menos quatro familiares das supostas vítimas iniciaram ações civis de reparação direta contra a CLIPEL pela morte de seus filhos e filhas. Como se constatou previamente, todas essas ações foram declaradas improcedentes. Em ao menos dois casos a decisão se baseou, em boa parte, em que não se comprovou a culpa dos médicos, sem que se tenham demonstrado ações tendentes a determinar responsabilidade neste foro. Esta fundamentação se deu

apesar de que, como o próprio Estado assinalou à CIDH, a responsabilidade civil é independente da penal no direito interno brasileiro. Além disso, a Comissão toma nota de que, como assinalaram os peticionários sem que tivesse sido devidamente contestado pelo Estado, as decisões no âmbito civil tampouco consideraram adequadamente que se fizeram antibiogramas e laudos médicos adulterados. Deste modo, as decisões em matéria civil levam a CIDH a constatar falta de devida diligência por parte das autoridades.

164. Por último, com relação ao inquérito civil no Ministério Público, a CIDH nota que foi arquivado sob o argumento de que os fatos denunciados poderiam configurar um ilícito administrativo, que não eram de competência da Promotoria Criminal. A esse respeito, a CIDH destaca que nos termos da Lei 7.347, de 24 de julho de 1985, o Ministério Público possui titularidade para iniciar “ação civil pública” em casos de danos em assuntos de interesse difuso ou coletivo, como é o direito à saúde (artigos 1 e 5 então vigentes). Nesse sentido, a Comissão considera que, ante a constatação de que as denúncias sobre os fatos do presente caso constituiriam, em princípio, ilícitos administrativos, e que o inquérito já se encontrava em análise do Ministério Público, tal órgão poderia ter agido com diligência e avaliado a possibilidade de iniciar uma ação civil pública antes que se determinasse o arquivamento do inquérito. Sobre este ponto, a Comissão recorda que, segundo indicado pela Corte Interamericana, “a falta de determinação de responsabilidade penal não deve impedir que se continue com a averiguação de outros tipos de responsabilidades, tais como a administrativa”. A Comissão observa com especial preocupação que a decisão de não continuar através de uma ação civil não levou em conta as condições da CLIPEL no momento dos fatos investigados, mas aquelas existentes em 2002, isto é, seis anos depois, e não procurou o estabelecimento dos fatos, nem, se fosse o caso, buscar conceder uma reparação aos familiares dos bebês que perderam sua vida na clínica.

c. Prazo razoável

165. Quanto ao prazo razoável, a CIDH observa que a via penal foi ativada em abril de 1997 com a denúncia apresentada pelos peticionários, a investigação culminou com a denúncia em dezembro de 1999, a decisão judicial foi emitida em fevereiro de 2000 e ficou afirmada em outubro de 2007 com a resolução do recurso de embargos infringentes e de nulidade. Embora este caso possa apresentar certa complexidade por requerer elementos técnicos para sua resolução, a CIDH considera, a partir da informação a seu alcance, que a demora de quase dez anos para ter uma decisão definitiva no foro penal se vinculou à conduta das autoridades encarregadas. Em particular, a Comissão nota que a ação penal foi iniciada mais de dois anos depois da conclusão do primeiro relatório da Chefia da Polícia Civil, e um ano depois do relatório complementar da Polícia Civil, enquanto a resolução da apelação demorou dois anos e a de embargos infringentes e de nulidade praticamente mais dois.

166. A CIDH também encontra incompatibilidade com a garantia de prazo razoável para atuação das autoridades no âmbito do inquérito civil do Ministério Público. Com base na informação a seu alcance e além da complexidade do caso, a CIDH considera que não é razoável que o Ministério Público no início de junho de 2002 tenha realizado diligências sobre fatos ocorridos em 1996 e 1997. Segundo informado à CIDH, nesta mesma investigação, é em abril de 2006, dez anos depois, que se toma uma decisão por parte do Ministério Público, sem que se tenham indicado ações realizadas ao longo de tão extenso período de tempo.

167. Com relação a ambos os casos, a CIDH assinala que não há elementos que a levem a observar uma conduta dilatatória das partes interessadas. Além disso, considera que o transcurso do tempo gerou uma violação de seus direitos ao estender desnecessariamente o tempo que tiveram que esperar para o esclarecimento dos fatos sobre a morte de seus bebês recém-nascidos e a determinação de responsabilidades.

168. À luz das considerações precedentes, a Comissão conclui que o Estado brasileiro não cumpriu o dever de investigar e processar com a devida diligência, em um prazo razoável e em atenção ao dever de motivação, em contravenção dos artigos 8.1 e 25.1 da Convenção Americana com relação ao artigo 1.1 da mesma, em detrimento dos familiares das crianças.

C. O princípio da igualdade e não discriminação com relação aos estereótipos de gênero. Direitos das mulheres em estado de pós-parto e à igualdade perante a lei²¹⁰, com relação ao artigo 1.1 da Convenção Americana e o artigo 7 da Convenção de Belém do Pará

1. Considerações gerais

169. A Corte Interamericana assinalou que a noção de igualdade se depreende diretamente da unidade de natureza do gênero humano e é inseparável da dignidade essencial da pessoa, frente à qual é incompatível toda situação que, por considerar superior um determinado grupo, leve a tratá-lo com privilégio; ou que, inversamente, por considerá-lo inferior, o trate com hostilidade ou de qualquer forma o discrimine do gozo de direitos que são reconhecidos a quem não se considera incurso em tal situação. A jurisprudência da Corte indicou que, na atual etapa da evolução do direito internacional, o princípio fundamental de igualdade e não discriminação ingressou no domínio do *ius cogens*. Sobre ele descansa a estrutura jurídica da ordem pública nacional e internacional e permeia todo o ordenamento jurídico²¹¹.

170. O princípio de igualdade e não discriminação deve ser entendido no sentido de incorporar duas concepções: "(...) uma concepção negativa relacionada com a proibição de diferenças de tratamento arbitrárias, e uma concepção positiva relacionada com a obrigação dos Estados de criar condições de igualdade real frente a grupos que foram historicamente excluídos ou que se encontram em maior risco de serem discriminados"²¹².

171. A Convenção de Belém do Pará no seu artigo 7 exige que os Estados atuem com devida diligência para prevenir, investigar e punir a violência contra a mulher. O artigo 6 b) dessa Convenção inclui dentro do direito da mulher de viver livre da violência o direito de ser valorizada livre de padrões estereotipados de comportamento e práticas sociais e culturais baseadas em conceitos de inferioridade e subordinação. Desta maneira, as obrigações do Estado derivadas do artigo 7 da Convenção de Belém do Pará são aplicáveis a situações de preconceitos e estereótipos discriminatórios. Especificamente tanto a CIDH como a Corte Interamericana se referiram ao impacto negativo dos estereótipos no âmbito de investigações penais e ressaltaram que os mesmos não cumprem o dever de não discriminação.

172. Sobre o conceito de estereótipo de gênero, a Corte Interamericana indicou que este se refere a uma preconceção de atributos ou características possuídas ou papéis que são ou deveriam ser executados por homens e mulheres respectivamente (...) é possível associar a subordinação da mulher a práticas baseadas em estereótipos de gênero socialmente dominantes e socialmente persistentes, condições que se agravam quando os estereótipos se refletem, implícita ou explicitamente, em políticas e práticas, particularmente nas atitudes e na linguagem das autoridades de polícia judicial (...)²¹³.

173. Com particular atenção aos estereótipos de gênero, a CIDH destaca que estes foram entendidos tanto pela Corte IDH como pela própria CIDH como uma das causas e consequências da violência de gênero contra a mulher²¹⁴. De forma concreta, o sistema interamericano entendeu este conceito como uma preconceção de atributos ou características possuídas ou papéis que são ou deveriam ser executados por homens e mulheres respectivamente e que são socialmente dominantes e socialmente persistentes²¹⁵. A Corte IDH acrescentou que

²¹⁰ O artigo 24 da Convenção Americana estabelece o seguinte: "Todas as pessoas são iguais perante a lei. Consequentemente, têm direito, sem discriminação, a igual proteção da lei".

²¹¹ Corte IDH. Caso Flor Freire Vs. Equador. Exceção Preliminar, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 31 de agosto de 2016. Série C N° 315. Par. 109.

²¹² Corte IDH. Caso Furlan e familiares Vs. Argentina. Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 31 de agosto de 2012. Série C N° 246. Par. 267.

²¹³ Corte IDH. Caso González e outras ("Campo Algodonero") vs. México. Exceção preliminar, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 16 de novembro de 2009. Série C N° 205, par. 401.

²¹⁴ CIDH. "Acesso à justiça para mulheres vítimas de violência sexual na Mesoamérica". OEA/Ser.L/V/II. Doc. 63/ 9 dezembro 2011. Disponível em: <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/MESOAMERICA%202011%20ESP%20FINAL.pdf>. Ver também: Corte IDH. Caso Gutiérrez Hernández e outros Vs. Guatemala. Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 24 de agosto de 2017. Série C N° 339, par. 169; e Corte IDH. Caso González e outras (Campo Algodonero) Vs. México. Exceção Preliminar, Mérito, Reparações e custas. Sentença de 16 de novembro de 2009. Série C N° 205, par. 226.

²¹⁵ CIDH. "Acesso à justiça para mulheres vítimas de violência sexual na Mesoamérica". OEA/Ser.L/V/II. Doc. 63/ 9 dezembro 2011. Disponível em: <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/MESOAMERICA%202011%20ESP%20FINAL.pdf>. Ver também: Corte IDH. Caso Gutiérrez Hernández e outros Vs. Guatemala. Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 24 de agosto de 2017. Série

os estereótipos de gênero se refletem implícita ou explicitamente, distorcendo as percepções e dando lugar a decisões baseadas em crenças preconcebidas e mitos, no lugar dos fatos, o que pode significar uma negação de justiça²¹⁶.

174. Conforme o estabelecido por outras autoridades internacionais, a Corte IDH identificou que “existe um conceito e uma predisposição social sobre a função das mulheres em meio à sociedade, de quem se espera por natureza que exerça o trabalho de mãe e que, portanto, assuma a responsabilidade primária da criança e cuidado dos membros do lar”²¹⁷. Nesse sentido, a Corte IDH afirmou que não são admissíveis as especulações, suposições, estereótipos ou considerações generalizadas sobre características pessoais dos pais ou preferências culturais a respeito de certos conceitos tradicionais da família e, ao avaliar a garantia do interesse superior da criança e o impacto dos comportamentos parentais no bem-estar das crianças e adolescentes, as autoridades devem avaliar os comportamentos parentais específicos, e não especulativos ou imaginários.”²¹⁸.

175. Sobre isto, a CEPAL ressaltou igualmente que à mulher foi tradicionalmente atribuída a responsabilidade do cuidado das crianças, idosos, doentes e outros membros do lar, assim como dos trabalhos domésticos do lar, “enquanto os homens estiveram encarregados do trabalho remunerado e produtivo”²¹⁹.

176. Com efeito, a CIDH reconheceu que, à luz do artigo 9 da Convenção de Belém do Pará, os Estados devem levar em conta que os fatores de risco de violência enfrentados pelas mulheres adquirem uma dimensão particular quando se trata de mulheres parturientes ou puérperas, como as mães dos bebês que faleceram na CLIPEL, devido à atenção e proteção que só elas requerem por sua capacidade biológica da gravidez e parto²²⁰.

177. A proteção das mulheres no período de puerpérios também foi avaliada pela CIDH em seu *Relatório sobre Acesso a Serviços de Maternidade sob uma Perspectiva dos Direitos Humanos*. Nesse relatório, a CIDH afirmou que os Estados devem oferecer adequada proteção às mulheres, em especial conceder atenção e ajuda para a mãe antes e durante um lapso razoável depois do parto²²¹. Igualmente reconheceu que, para garantir a proteção do direito à integridade das mulheres no acesso a serviços de saúde materna em condições de igualdade, os Estados devem implementar medidas de informação que reflitam de maneira adequada a situação nacional e local da mortalidade neonatal, com a finalidade de tomar decisões e ações efetivas²²².

178. No mesmo similar, o Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (CEDAW) em sua *Recomendação Geral No. 24 sobre a saúde da mulher* afirmou que os Estados devem garantir os serviços gratuitos necessários para que a gravidez, os partos e puerpérios aconteçam em condições de segurança²²³. Isso supõe que os Estados garantam o direito à integridade física, psíquica e moral das mulheres no acesso a serviços de saúde materna em condições de igualdade, priorizando recursos para atender às necessidades particulares das mulheres quanto a gravidez, parto e período posterior ao parto²²⁴.

C N° 339, par. 169; Corte IDH. Caso I.V. Vs. Bolívia. Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 30 de novembro de 2016. Série C N° 329, par. 187; Corte IDH. Caso Velásquez Paiz e outros Vs. Guatemala. Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 19 de novembro de 2015. Série C N° 307, par. 180; e Corte IDH. Caso González e outras (Campo Algodonero) Vs. México. Exceção Preliminar, Mérito, Reparações e custas. Sentença de 16 de novembro de 2009. Série C N° 205, par. 226.

²¹⁶ Corte IDH. Caso Gutiérrez Hernández e outros Vs. Guatemala. Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 24 de agosto de 2017. Série C N° 339, par. 173. Ver também: Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, *Recomendação Geral 33 sobre o acesso das mulheres à justiça*, 2015, par. 26.

²¹⁷ Corte IDH. Caso Atala Riffo e Meninas Vs. Chile. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 24 de fevereiro de 2012. Série C N° 239, Parágrafo 140.

²¹⁸ Corte IDH. Caso Atala Riffo y niñas Vs. Chile. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 24 de fevereiro de 2012. Série C N° 239, par. 109

²¹⁹ CEPAL, *O Aporte das Mulheres à Igualdade na América Latina e no Caribe*, X Conferência Regional sobre a Mulher da América Latina e do Caribe, Quito, 6-9 de agosto de 2007, pág. 55.

²²⁰ CIDH. Principais padrões e recomendações em matéria de violência e discriminação contra mulheres, meninas e adolescentes. Anexo 1. *Violência e discriminação contra mulheres, meninas e adolescentes: Boas práticas e desafios na América Latina e no Caribe*. 2019, par. 6

²²¹ CIDH. Relatório “*Acesso a Serviços de Saúde Materna sob uma perspectiva de Direitos Humanos*”. 7 de junho 2010. Doc 69,

²²² Comissão Interamericana de Direitos Humanos. *Acesso a Serviços de Saúde Materna de uma Perspectiva de Direitos Humanos*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69, 2010, par. 105.11

²²³ Nações Unidas, Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, *Recomendação Geral N° 24, A Mulher e a Saúde*

²²⁴ Nações Unidas, Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, *Observação Geral No. 14, E/C.12/2000/4*, 11 de agosto de 2000, par.14 e 21; Nações Unidas, Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, *Recomendação Geral No. 24, A Mulher e a Saúde*, par. 27

179. Não obstante, a CIDH reconheceu que “a presença desta classe de estereótipos de gênero nos funcionários da saúde tem um impacto diferenciado sobre as mulheres e deriva em seu tratamento discriminatório nos serviços de saúde”²²⁵. Em particular, o Comitê CEDAW, ao avaliar o caso *Alyne da Silva Pimentel vs. Brasil*, constatou que as mulheres grávidas, sobretudo as mulheres mais vulneráveis por sua condição de raça e classe, costumam ser vítimas de discriminações múltiplas por parte dos agentes do Sistema de Saúde brasileiro²²⁶,

180. A CIDH afirmou em várias ocasiões que as linhas de investigação não devem refletir nem perpetuar padrões socioculturais discriminatórios. Neste sentido, tanto a CIDH como a Corte Interamericana identificaram uma série de impactos negativos que os estereótipos e os estereótipos de gênero podem ter no âmbito de investigações penais, os quais podem ser resumidos nos seguintes: i) a indevida avaliação da prova através de noções que generalizam o comportamento e papel social; ii) o encerramento de possíveis linhas de investigação sobre as circunstâncias do caso e identificação dos autores²²⁷; iii) omissão de diligências de investigação em consequência de avaliações sobre o comportamento social de homens e mulheres²²⁸; iv) assunção tácita de responsabilidade das mulheres nos atos²²⁹.

181. Por sua vez, a Corte também mencionou o conceito da interseccionalidade da discriminação ao mencionar um encontro ou ocorrência simultânea de diversas causas de discriminação, as quais, devido à sua interação e sinergia, derivam em uma forma específica de discriminação com efeitos combinados próprios, que transformam a experiência vivida pela pessoa afetada²³⁰. Com efeito, a Corte IDH afirmou em sua recente sentença do caso *Manuela e outros Vs. El Salvador* que a utilização de estereótipos por parte das autoridades judiciais em suas providências pode constituir um elemento indicativo da falta de imparcialidade estabelecida no artigo 8.2 da Convenção Americana. Nesse sentido, a Corte IDH afirmou que a utilização de estereótipos de gênero em processos penais pode violar a garantia à imparcialidade, pois tal garantia exige que o magistrado que intervenha na disputa se aproxime dos fatos carecendo, de maneira subjetiva, de todo preconceito, além de oferecer garantias objetivas suficientes que permitam eliminar qualquer dúvida a respeito da ausência de imparcialidade²³¹.

182. A esse respeito, o Comitê CEDAW no âmbito de sua *Recomendação Geral nº 33 sobre o acesso das mulheres à justiça* reconheceu que os estereótipos de gênero influem em todas as etapas dos procedimentos judiciais. Além disso, na mencionada recomendação, o Comitê CEDAW estabeleceu que a aplicação de estereótipos de gênero em relação aos atos de violência contra a mulher, assim como na exigência de provas para comprovar esses atos, afeta não só o direito à igualdade perante a lei das mulheres, mas o direito a um julgamento imparcial e a um recurso efetivo²³². O Comitê CEDAW voltou a se manifestar sobre o tema em sua *Recomendação Geral nº 35 sobre a violência por razão de gênero contra a mulher*, quando afirmou que os órgãos judiciais dos Estados têm a obrigação de “garantir que todos os procedimentos judiciais em causas relativas a denúncias de violência por razão de gênero contra a mulher sejam imparciais, justos e não sejam afetados por estereótipos de gênero ou por uma interpretação discriminatória das disposições jurídicas, incluindo o direito internacional”²³³.

²²⁵ Corte IDH. *Caso I.V. Vs. Bolívia. Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 30 de novembro de 2016. Série C Nº 329, par 137.*

²²⁶ United Nations. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Alyne da Silva Pimentel vs. Brazil. CEDAW/C/49/D/17/2008. 27 September 2011*

²²⁷ CIDH, Relatório Nº 13/15, Caos 12.349, Admissibilidade e Mérito, Mayra Angelina Gutiérrez Hernández e família, Guatemala, 23 de março de 2015, par.157; Corte IDH, *Caso Veliz Franco e outros vs. Guatemala. Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 19 de maio de 2014. Série C Nº 277, par.213.*

²²⁸ Corte IDH, *Caso Velásquez Paiz e outros vs Guatemala. Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 19 de novembro de 2015. Série C Nº 307, par.191*

²²⁹ CIDH, *Acesso à justiça para as mulheres vítimas de justiça nas Américas. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 68. 20 de janeiro de 2007, par. 155.*

²³⁰ Corte IDH. *Caso Ramírez Escobar e outros Vs. Guatemala. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 9 de março de 2018. Série C Nº 351, par. 276-277; Corte IDH. *Caso Gonzales Lluys e outros Vs. Equador. Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 1 de setembro de 2015. Série C Nº 298. par. 290.**

²³¹ Corte IDH. *Caso Manuela e outros Vs. El Salvador. Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 2 de novembro de 2021. Série C Nº 441, par. 133-134*

²³² Nações Unidas. Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher. *Recomendação geral Nº 33 sobre o acesso das mulheres à justiça. CEDAW/C/GC/33, par. 27*

²³³ Nações Unidas. Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher. *Recomendação geral Nº 35 sobre a violência por razão de gênero contra a mulher, que atualiza a recomendação geral nº 19, 2017, par. 26.c*

2. Análise do caso

183. A Comissão passa a analisar se a atuação das autoridades brasileiras, principalmente no âmbito do processo penal, foi realizada à luz do princípio de igualdade e não discriminação, livre de estereótipos discriminatórios, e se levou em conta a condição de vulnerabilidade em que as mães das supostas vítimas se encontravam no período de puerpério.

184. Em primeiro lugar, a Comissão nota que as mães das vítimas se encontravam em uma situação de extrema vulnerabilidade acentuada por condições históricas de discriminação interseccional. As mulheres tinham acabado de ser submetidas a trabalhos de parto quando seus filhos e filhas faleceram, e por isso estavam sujeitas a uma vulnerabilidade inerente a suas condições de puérperas. Parte considerável das mães das supostas vítimas se encontrava em situação de vulnerabilidade econômica. Conforme se nota (ver infra Anexo II), mais de 80% das internações dos bebês ocorreram com financiamento do SUS, o que para a CIDH indica a falta de recursos econômicos dos familiares das supostas vítimas, e algumas das mães eram afrodescendentes, o que acentua a interseccionalidade de discriminações sofridas por elas ao longo dos processos administrativos e judiciais.

185. Em segundo lugar, a Comissão observa que o Ministério da Saúde, sem ter fornecido evidência que respalde isso, supôs que as mães das supostas vítimas não realizaram cuidados pré-natais e tinham doenças que punham seus filhos e filhas em risco, como a diabetes. A CIDH observa que essa consideração foi essencial para que a sentença de 24 de fevereiro de 2003, mediante a qual os médicos da CLIPEL foram absolvidos, se fundamentasse no fato abstrato e não provado de que as supostas vítimas faleceram devido ao histórico médico de suas mães ou à falta de cuidados de sua parte.

186. A esse respeito, a Comissão destaca que as autoridades do Ministério da Saúde e do sistema judicial atuaram aplicando estereótipos de gênero em relação às mães das supostas vítimas, supondo que elas, como mães e mulheres, teriam a responsabilidade primária da criança e da saúde de seus filhos, inclusive no período da gravidez. Nesse sentido, a CIDH identifica que as alegações de que as mães não realizaram cuidados pré-natais e que suas condições prévias de saúde levaram ao falecimento dos bebês constituíram especulações e presunções estereotipadas no dever de cuidado que costuma ser aplicado às mulheres. E não se conclui da análise do processo que houve uma investigação exaustiva ou diligente com o objetivo de confirmar essas suposições e especulações. A esse respeito, a Comissão destaca que não era possível supor culpabilidade por parte das mães no presente caso baseado só em estereótipos de cuidado dos filhos aos quais as mulheres se veem sujeitas, mas que, sendo o caso, deveria ter sido confirmado com base em riscos reais e provados de maneira concreta e direta em cada caso.

187. Nesse sentido, a Comissão estabeleceu que as instituições judiciais reproduzem com frequência padrões socioculturais em suas atuações e são afetados na sua atuação, em particular os juízes, por estereótipos, práticas e presunções²³⁴. A Comissão destaca novamente as conclusões estabelecidas no presente relatório sobre a perpetuação de preconceitos discriminatórios por razão de gênero que o Estado manteve através de seus funcionários.

188. Em terceiro lugar, a Comissão observa que o Ministério da Saúde afirmou que a reação das mães às mortes de seus filhos constituía de “alvorço, sensacionalismo e atitudes de afobamento”. A Comissão nota que essa manifestação tenta diminuir a credibilidade das manifestações das mães das supostas vítimas e seu sofrimento, e não encontra respaldo objetivo no processo.

189. Em quarto lugar, a Comissão considera que no presente caso a aplicação de estereótipos de gênero às mães das supostas vítimas afetou, em geral, o dever do Estado de investigar. A Comissão não conta com informação que permita concluir que o Estado brasileiro adotou medidas concretas para investigar os fatos de uma perspectiva interseccional de gênero que considerasse a situação de vulnerabilidade das mães em estado

²³⁴ CIDH. “Acesso à justiça para mulheres vítimas de violência sexual na Mesoamérica”. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 63/ 9 de dezembro de 2011. Disponível em <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/MESOAMERICA%202011%20ESP%20FINAL.pdf>

de puerpério, a raça dessas mulheres e famílias e tampouco o fato de que parte considerável das internações foi paga pelo SUS. Nesse sentido, a Comissão nota que, embora a parte peticionária afirme que os médicos decidiram internar os bebês pelo dinheiro que era destinado à CLIPEL por meio de um acordo com o Governo brasileiro e o SUS, o Estado não apresentou informação que esclareça essa afirmação.

190. Em quinto lugar, a Comissão nota que a falta de devida diligência na investigação e a aplicação de estereótipos de gênero no presente caso razoavelmente enviam uma mensagem de que a responsabilidade pela saúde de bebês e crianças é primordialmente das mulheres e de que atos de negligência médica contra grupos especialmente vulneráveis não serão investigados, gerando, portanto, um efeito amedrontador para outras mulheres e familiares de crianças que utilizam serviços de saúde no Brasil.

191. Finalmente, a Comissão não conta com informação que permita concluir que o Estado brasileiro adotou medidas que levassem em consideração a condição de puérperas das mães das supostas vítimas. Nesse sentido, não consta no processo que os órgãos de saúde, que conheciam a situação das mães cujos filhos recém-nascidos faleceram, tenham oferecido adequada proteção a essas mulheres. Pelo contrário, a informação disponível indica que os agentes do sistema de saúde, representados pelo Ministério da Saúde, tentaram responsabilizar as mães pelas mortes de seus bebês, desconsiderando suas alegações, os testes técnicos que afirmavam que as crianças foram contaminadas depois de internadas na CLIPEL e as manifestações de alguns médicos ginecologistas que acompanharam a gravidez dessas mulheres e afirmaram que transcorreu com normalidade e sem risco para os bebês.

192. Em virtude dessas considerações, a Comissão conclui que o Estado do Brasil é responsável pela violação do princípio de igualdade e não discriminação, estabelecido nos artigos 8.1, 8.2 e 24 com relação ao artigo 1.1 da Convenção Americana, assim como o artigo 7 da Convenção de Belém do Pará, em detrimento das mães das supostas vítimas.

D. Direito à integridade psíquica e moral (artigo 5.1²³⁵ da Convenção Americana) com relação à obrigação de respeitar os direitos (artigo 1.1 da Convenção)

193. No que diz respeito aos familiares de vítimas de violações graves de direitos humanos, a Corte Interamericana indicou que, em alguns casos, se pode presumir a violação de sua integridade pessoal por causa do sofrimento e da angústia que os atos supõem nesses casos²³⁶. Além disso, a Corte afirmou que “a ausência de uma investigação completa e efetiva dos fatos constitui uma fonte de sofrimento e angústia adicional para as vítimas e seus familiares, que têm o direito de conhecer a verdade do ocorrido”, o que inclui a determinação judicial “de todas as pessoas que de diversas formas participaram nessas violações e suas correspondentes responsabilidades”²³⁷.

194. No caso destes autos, a Comissão já demonstrou que o Estado é responsável pelas mortes das crianças e da inobservância dos direitos às garantias judiciais e à proteção judicial de seus familiares. A morte dos bebês nas circunstâncias mencionadas constitui em si uma fonte de sofrimento, exacerbado pela falta de resposta adequada às ações judiciais iniciadas.

195. A Comissão considera que as declarações de membros do Ministério da Saúde e do poder judiciário no sentido de culpar as mães das supostas vítimas por suas mortes impactou o direito à integridade psíquica dessas mulheres. Nesse sentido, a Comissão já demonstrou que essas declarações estiveram fundamentadas em estereótipos de gênero que impõem às mulheres a obrigação pelo cuidado da criança e que, no presente caso, resulta em duplo sofrimento, ou seja, a perda de um ente querido e a culpa por sua morte.

196. Por conseguinte, a CIDH considera que a perda de seus seres queridos, e a ausência de verdade e justiça causaram sofrimento e angústia aos integrantes do núcleo familiar das vítimas do surto infeccioso, em

²³⁵ O artigo 5.1 da Convenção Americana afirma: Toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral.

²³⁶ Corte IDH. Caso Blake vs. Guatemala. Sentença de 24 de janeiro de 1998 (Mérito, Reparações e Custas). Série C Nº 36, par. 114.

²³⁷ Corte IDH. Caso Valle Jaramillo e outros vs. Colômbia. Sentença de 27 de novembro de 2008 (Mérito, Reparações e Custas), par. 102.

contravenção ao seu direito à integridade psíquica e moral, enunciado no artigo 5.1 da Convenção Americana, com respeito às obrigações estabelecidas no artigo 1.1 desse instrumento.

V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

197. Com base nas determinações de fato e de direito, a Comissão Interamericana conclui que o Estado brasileiro é responsável pela violação dos direitos à integridade pessoal, à vida, às garantias judiciais, à proteção judicial e à saúde, assim como dos direitos das crianças, consagrados nos artigos 4.1, 5.1, 8.1, 19, 24, 25 e 26 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos a respeito das obrigações estabelecidas no artigo 1.1 desse instrumento, assim como o artigo 7 da Convenção de Belém do Pará.

198. Em virtude das considerações precedentes,

A COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS RECOMENDA AO ESTADO BRASILEIRO:

1. Reparar integralmente as violações de direitos humanos indicadas no presente relatório com enfoque de gênero, tanto no aspecto material como imaterial, adotar medidas de satisfação e conceder uma indenização pecuniária.
2. Disponibilizar as medidas de atenção à saúde física e mental necessárias para as vítimas, se assim for sua vontade, da maneira acordada com elas e seus representantes.
3. Realizar uma investigação diligente e eficaz dentro de um prazo razoável com o objetivo de esclarecer os fatos por completo, indicar todas as possíveis responsabilidades e impor as punições correspondentes pelas violações de direitos humanos relatadas no presente relatório. Dar assistência jurídica gratuita aos familiares das supostas vítimas, se assim for sua vontade. Esta recomendação abrange as investigações penais e administrativas que forem pertinentes com relação às autoridades estatais implicadas nas violações encontradas, conforme disposto no presente relatório.
4. Disponibilizar mecanismos de não repetição, entre eles: i) fortalecer os mecanismos de supervisão e fiscalização dos estabelecimentos de saúde, especialmente os destinados à atenção de recém-nascidos; ii) realizar um diagnóstico independente, sério e efetivo das causas de superlotação ou falta de vagas para cuidados intensivos neonatais, a fim de adotar medidas estruturais encaminhadas a detectar e erradicar as fontes de risco desses graves problemas; iii) adotar as medidas legislativas, administrativas e de outra índole para assegurar a devida capacitação dos funcionários e funcionárias que atuam em temas de saúde no Brasil para levar a cabo suas funções com perspectiva de gênero em conformidade com os padrões interamericanos neste quesito, inclusive a proibição de incorrer em estereótipos de gênero; e iv) adotar as medidas legislativas, administrativas e de outra índole para assegurar a implementação de protocolos de ação para casos de infecções hospitalares em hospitais públicos e privados do Brasil.

Aprovado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos em 31 de outubro de 2022. (Assinado) Julissa Mantilla Falcón, Presidenta; Stuardo Ralón Orellana, Primeiro Vice-Presidente; Margarete May Macaulay, Segunda Vice-Presidenta; Esmeralda Arosemena de Troitiño, Joel Hernandez, Roberta Clarke, Carlos Bernal Pulido, membros da CIDH.

Jorge Meza Flores, Secretário Executivo Adjunto, em conformidade com o artigo 49 do Regulamento da Comissão, certifica que este documento é cópia fiel do original depositado nos arquivos da Secretaria da CIDH.

Jorge Meza Flores
Secretário Executivo Adjunto