

Cartas ao Editor

RBCCV 44205-825

Medicina Baseada em Evidências

Prezado Dr. Wilson Daher,

Estou escrevendo para elogiar o seu editorial na RBCCV 21.1. Considerei o seu artigo muito feliz, por tratar um assunto controverso de uma maneira muito elegante, firme e absolutamente pertinente.

Tenho simpatia pelo tema e fico muito feliz em ver que há colegas com um entendimento tão apropriado pelo assunto.

Atenciosamente,

Fabio Jatene
São Paulo-SP

Condenados sem culpa

O segmento da saúde no Brasil foi pego de surpresa com a evolução da obrigação de reparar os danos causados a terceiros. O judiciário no final do século XX e início do XXI, a partir das conquistas sociais e da evolução dos direitos fundamentais, com a chamada Constituição Cidadã (1988), passou a contar com micro-sistemas protetivos, haja vista a defesa e proteção do consumidor – Lei 8078/90. Assim, gerou casuísmo e paternalismo sob a justificativa de ser uma lei desigual para tratar de desigualdades.

Todo o arcabouço de proteção e defesa (inversão do ônus da prova – Dano moral – Culpa Presumida – Interpretação mais favorável ao consumidor – proibição de denunciar à lide etc.) passou a ser utilizado na relação médico-paciente, vez que foi entendido que tal contrato é relação de consumo. Assim, todo o sistema protetivo e defensivo deve ser usado para garantir a dignidade da pessoa humana, tanto do paciente quanto do médico e, nunca, como o judiciário pátrio o adotou, promovendo um antigo brocardo pelo qual o justo pague pelo pecador.

Em livros jurídicos temos defendido posição contrária,

mas com a consciência de que somos andorinha e ainda não fazemos verão. Entretanto, o argumento de todos os doutrinadores do país é fazer valer o direito fundamental (inciso III do art. 1º da Constituição), qual seja a dignidade da pessoa humana, com o qual concordamos em gênero, número e grau. A verdade é que se olvidou o detalhe de que o médico também é pessoa humana.

O novo Código Civil Brasileiro já caminhou mais na estrada da eticidade e oferece inúmeros recursos para que se possa punir as partes e procuradores por desvios comportamentais. Porém, é cedo para grandes mudanças.

A gratuidade de justiça sem comprovação tem gerado a “indústria do dano”, que se estabeleceu no Brasil em detrimento do esculápio ético. Mas, a verdade trazida em livro por um magistrado paranaense, revela que 80% das ações contra médicos são julgadas improcedentes. Mas isso só acontece após sofrer danos morais e psicológicos por anos, durante o processo judicial, sem falar nos gastos com honorários, sem que lhe seja possível receber reembolso, pois a suposta vítima está “protegida” pelo Código de Proteção e Defesa do Consumidor. E mais, o Superior Tribunal de Justiça já decidiu não caber ação do médico contra a suposta vítima, mesmo depois de vencer a ação em que foi réu, sob a alegação de que ela estaria no seu direito constitucional de invocar a prestação jurisdicional.

Há um dispositivo no Código de Proteção e Defesa do Consumidor que determina a verificação de culpa para todos os casos de profissionais autônomos. A priori estaríamos diante de uma tranqüilidade maior para ser apurada a eventual negligência, imprudência ou imperícia, mas na realidade quase nunca se verifica uma demanda contra o médico de forma isolada, pois sempre existe um hospital, clínica, laboratório ou plano de saúde que faz parte da relação de trabalho e que poderá ser condenado sem culpa.

O mundo econômico da saúde gira em torno dos segurados do sistema de saúde suplementar, isto podendo ser avaliado em torno de 36 milhões de segurados, sendo crível observar que todos os demais cidadãos, em torno de 140 milhões dependentes do SUS, são potenciais autores

de ação indenizatória contra o médico e o sistema em geral.

Assim, sob este rigor excessivo e levando-os ao clima de insegurança que se estabeleceu é certo que o judiciário já dá sinais de que irá voltar a inspecionar melhor os pedidos de gratuidade de justiça, mesmo dentro do rigor da lei, sendo certo que tanto para os profissionais liberais quanto para as pessoas jurídicas há que resultar provado o defeito do serviço.

A explicação é complexa para o leigo e pedimos desculpas pela densidade do texto e pela forma pesada de transmitir a realidade jurídica na Responsabilidade Civil Médica e Hospitalar. Porém, é importante deixar claro que estamos lutando o bom combate para viabilizar o Código Nacional da Saúde, no qual todas essas distorções serão parametradas.

Antônio Ferreira Couto Filho
Presidente da Comissão de Biodireito do IAB -
Instituto de Advogados Brasileiros e Consultor jurídico
do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

A informação no pré-operatório e os efeitos na dor pós-operatória

Prezado editor:

Parabenizamos os autores do artigo "A efetividade de uma proposta fisioterapêutica pré-operatória para cirurgia de revascularização do miocárdio" (Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular 2005; 20(2): 134-141) pela realização deste trabalho. Embora não tenha sido descrito como a dor foi avaliada pelos autores, resultados indicam que este é um aspecto relevante na avaliação pós-operatória, implicando na qualidade e prognóstico pós-operatórios.

A educação pré-operatória sobre dor é uma oportunidade de preparar o paciente às mudanças funcionais e psicológicas que ocorrerão. A dor pós-operatória é aguda, podendo prejudicar a função pulmonar [1]. O estudo randomizado de Judy Watt-Watson e colaboradores [2] propôs educação pré-operatória, analisando sua repercussão em pacientes após cirurgia. Este trabalho mostrou que pacientes orientados apresentaram dor menor na realização de atividades diárias.

Nosso grupo esta avaliando dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca e sua influência na função pulmonar. Estamos utilizando a escala análoga visual e um desenho do corpo humano dividido em áreas anatômicas [3]. Seleccionamos pacientes com dor na região da esternotomia no primeiro dia de pós-operatório e estes apresentaram dor moderada (média 5,7) tornando-se leve a partir do segundo dia. Na Tabela 1, vê-se as funções pulmonares:

Tabela 1. Função pulmonar dos pacientes do pré ao quinto dia de pós-operatório

Paciente	VEF ₁ (L)				
	pré	1ºPO	2ºPO	3ºPO	5ºPO
1	2,09	*	0,99	1,41	1,75
2	3,08	*	0,86	0,84	1,62
3	3,69	*	0,69	1,06	2,12
4	1,34	0,55	1,24	1,42	1,24
5	2,6	0,52	0,39	0,88	0,67
6	2,18	0,49	0,55	1,08	*
7	2,57	0,76	1,02	1,82	2,28
8	1,14	*	0,22	0,44	0,3
9	2,07	1,19	1,72	1,43	1,74

Paciente	CVF(L)				
	pré	1ºPO	2ºPO	3ºPO	5ºPO
1	3,05	*	1,3	1,51	2,16
2	4,16	*	1,41	1,13	2,03
3	4,37	*	0,78	1,22	2,51
4	1,41	0,66	1,41	1,66	1,5
5	3,63	0,71	0,59	1,16	0,99
6	2,51	0,69	0,64	1,25	*
7	3,66	1,05	1,16	2,31	2,69
8	1,69	*	0,3	0,54	0,44
9	3,47	1,68	2,02	1,76	2,14

* manobras não realizadas por dor. CVF (capacidade vital forçada), PO (dia de pós-operatório), pré (valores obtidos no pré-operatório), VEF₁(volume expiratório forçado no primeiro segundo).

Esses resultados apontam para a importância da dor na função pulmonar dos pacientes no pós-operatório. O manejo da dor pode representar uma vantagem para a equipe de reabilitação [4]. Este tema parece subestimado. Provavelmente a publicação citada pode representar o início da valorização desse aspecto no pós-operatório.

REFERÊNCIA

1. Lichtenberg A, Hagl C, Harrier W, Klima U, Haverich A. Effects of minimal invasive coronary artery bypass on pulmonary function and postoperative pain. Ann Thorac Surg 2000; 70: 461-5.

Cristiane Mecca Giacomazzi, Mariane Borba Monteiro, Verlaïne Balzan Lagni
Centro Universitário Metodista de Porto Alegre (IPA).
Porto Alegre, RS