

Insatisfação e complicações pós-cirúrgicas caracterizam erro médico?

Do dissatisfaction and post-surgical complications denote medical error?

Douglas Mello Pavão¹, Fernando Carneiro Werneck², José Leonardo Rocha de Faria³, Victor Elias Titonelli⁴, Rodrigo Sattamini Pires e Albuquerque⁵, Eduardo Branco de Sousa⁶

DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v26i2p48-50>

O erro médico é uma causa frequente de denúncias aos conselhos regionais de medicina e de processos judiciais movidos contra profissionais médicos, principalmente relacionado à procedimentos cirúrgicos. Embora apenas a minoria das ações, cerca de 20%, comprove que de fato houve erro médico, este tipo de demanda judicial causa transtornos econômicos e emocionais ao profissional¹.

O erro médico, de acordo com o Código de Ética Médica, pode ocorrer de três formas: por imperícia, quando o médico realiza procedimento para o qual não é habilitado; por imprudência, quando o médico assume riscos para o paciente sem respaldo científico para o seu procedimento, agindo sem a cautela necessária; e por negligência, quando não oferece os cuidados necessários ao paciente¹.

O que percebemos, entretanto, é que cada vez mais pacientes insatisfeitos com os resultados obtidos com seu tratamento, ou com eventuais complicações ocorridas, acionam judicialmente os médicos que se

propuseram a tratá-los (opinião pessoal). Baseados em jurisprudência de quebra de contrato e no código de defesa do consumidor² (CDC art14), alguns advogados tentam imputar ao médico uma obrigação de resultados, enquanto que, pelo código civil, este profissional tem obrigação de meios^{3,4}.

Ao analisarmos alguns processos movidos contra médicos notamos atribuições de culpa baseadas no princípio do nexo de causalidade⁴, entretanto acreditamos que complicações, intercorrências, falhas ou simplesmente o fato de o profissional médico não atingir as expectativas do paciente, embora indesejados, são inerentes ao tratamento médico, em especial às intervenções cirúrgicas.

O objetivo deste estudo foi discutir os resultados de três principais cirurgias ortopédicas do joelho (área de atuação dos autores) e documentar complicações, falhas e insatisfações comuns aos procedimentos, mas que poderiam ser mal interpretados como erro médico.

Realizamos um levantamento acerca das

¹. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO/MS), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Hospital Beneficência Portuguesa de Petrópolis, Petrópolis, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3532-0472>

². Hospital Beneficência Portuguesa de Petrópolis, Petrópolis, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2806-0016>

³. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO/MS), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2635-1469>

⁴. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO/MS), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8045-7542>

⁵. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO/MS), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8209-1548>

⁶. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO/MS), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8577-6403>

Autor-correspondente: Fernando Carneiro Werneck. E-mail: fernandocwerneck@gmail.com

complicações perioperatórias e das causas de insatisfação mais comuns relacionadas às cirurgias ortopédicas, em especial de joelhos, por ser a área de atuação dos autores e discutimos estes achados de forma a estabelecer uma clara diferença entre erro e insucesso, próprio do ato médico.

A noção de erro é algo bastante complexo, que deve estar relacionado a intenção. Seres humanos falham por mecanismos diversos que fogem ao escopo deste artigo. É próprio da natureza humana falhar, mesmo que haja intenção e comprometimento em realizar algo com perfeição⁵.

Não obstante a pressão que a classe médica sofre para não admitir falhas na execução do seu ofício, tanto por parte do próprio profissional quanto da sociedade, médicos têm sido cada vez mais acusados de erro e processados judicialmente por desfechos próprios das limitações da natureza humana e da ciência médica (opinião pessoal).

Cirurgias ortopédicas estão relacionadas a risco de lesões vasculares. Podem existir distorções das relações anatómicas habituais em várias patologias, como em lesões traumáticas, tumorais e degenerativas, além de ocorrerem variações anatómicas naturais em alguns indivíduos, o que pode justificar lesões e dano ao paciente, independentemente do cuidado do cirurgião e do seu conhecimento e atenção às normas de segurança de execução de cada cirurgia⁶.

Da mesma forma, as estruturas nervosas também estão em risco nas cirurgias ortopédicas e são comuns prejuízos em procedimentos em que a anatomia danificada é restaurada, como na redução de fraturas, no realinhamento de membros, em procedimentos de osteotomias corretivas e nas artroplastias, e podem ser causadas até mesmo pelos instrumentos utilizados nos reparos ligamentares e meniscais artroscópicos⁷. Nesses casos, as complicações não derivam de uma falha do ato médico e, sim, de uma evolução indesejada, porém esperada do corpo humano ou dos meios necessários à execução do tratamento (opinião pessoal).

Cirurgias ortopédicas falham. Embora realizadas amplamente em todo o mundo, as reconstruções do ligamento cruzado anterior (LCA) do joelho por exemplo, tem uma taxa de falha de até 20%⁸.

Cerca de 3% a 10% das cirurgias do LCA feitas nos Estados Unidos são revisões e o sucesso da reconstrução cirúrgica do LCA depende da técnica empregada, da reabilitação, da integridade ou não dos restritores secundários e, principalmente, do próprio paciente (motivação, expectativa, resposta biológica)⁹.

Infelizmente, com os recursos científicos que a medicina dispõe no momento, grande parte dos atletas não consegue retornar ao mesmo nível de desempenho esportivo de antes de uma lesão do ligamento cruzado anterior. Uma revisão sistemática mostrou que 82% dos pacientes operados retornou à prática de algum esporte, mas que 37% não retornou ao seu nível pré lesão e 66%

não retornou à prática de esporte competitivo ao fim do seguimento¹⁰.

Outro exemplo está na alta taxa de falha de reparo meniscal artroscópico, que varia entre 5 a 40%¹¹. Além disso, reconstruções e reparos ligamentares e meniscais não impedem que o paciente evolua com osteoartrite e tenha perda funcional a longo prazo¹².

Cirurgias ortopédicas são passíveis de infecção. O corpo humano é colonizado por diversas bactérias e uma quebra da barreira de defesa do organismo, inerente às diversas vias de acesso cirúrgico, bem como uma queda de imunidade do indivíduo, mesmo após anos da realização de uma cirurgia, pode predispor à infecção de sítio operatório¹³.

Podemos exemplificar tal relação com as estatísticas de infecção após a cirurgia de artroplastia total de joelho (ATJ), que varia entre 1 a 2%¹⁴. Como consequência desta complicação o paciente pode evoluir com graves transtornos, desde perda de movimento, amputação e até morte¹⁵.

Apesar da busca pela cura e perfeição, procedimentos ortopédicos estão relacionados a algum grau de insatisfação. Kahlenberg¹⁶ e cols. (2018) publicaram uma revisão sistemática da literatura sobre a satisfação dos pacientes após a cirurgia de ATJ, que é o procedimento indicado para o tratamento da osteoartrite de joelho refratária a outras formas de tratamento. Relatam que cerca de 20% dos pacientes estão insatisfeitos com os resultados encontrados¹⁶.

A principal causa de insatisfação se correlacionou à auto percepção de capacidade funcional pós operatória¹⁶, uma noção pessoal e subjetiva, e não a parâmetros objetivos. O principal preditor de insucesso foi relacionado à ansiedade e depressão pré operatória¹⁶, outro fator pessoal e independente do ato cirúrgico ou ação do profissional médico (opinião pessoal).

Amanda Bernardes¹⁷ faz uma excelente revisão sobre o tema do ponto de vista jurídico, relatando a extrema necessidade da reavaliação da problemática relacionada ao que se chamou de “*indústria do erro médico*”. A autora escreve que colocar o médico com responsabilidade de obrigação de resultados seria sentenciá-lo como Deus, visto que atribuir a este profissional as responsabilidades pelas reações orgânicas que estão fora de seu controle é sobrepujar sua responsabilidade profissional. Omite-se, desta maneira, a falibilidade da ciência médica e os fatores relacionados ao próprio paciente. Deve-se somar a isto o fato de que o médico pode apoiar-se somente em seu conhecimento.

Embora a presente exposição seja restrita ao universo da cirurgia ortopédica de joelho, considera-se que a reflexão possa ser extrapolada para diversas especialidades médicas. Esperamos que estas considerações sirvam de base para auxiliar profissionais médicos em sua defesa e que também possam ampliar a

compreensão dos magistrados a respeito da diferença entre erro médico e limitações próprias da ciência e da natureza humana.

A imperfeição faz parte da natureza humana e, por diversos motivos, as cirurgias ortopédicas podem

sofrer complicações, falhas e pacientes ficam insatisfeitos, independentemente do grau de recursos tecnológicos e intelectuais que o profissional disponha e isso não caracteriza erro médico.

REFERÊNCIAS

1. Bitencourt AGV, Neves NMBC, Neves FBCS, Brasil ISPS, Santos LSC. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. *Rev bras educ med.* 2007;31(3):223-8.
2. Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 1990. [Acesso em 2021 ago. 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm
3. Dias JA. Da Responsabilidade Civil. Rio de Janeiro: Forense; 1997.
4. Ribeiro LM. Responsabilidade civil do Médico e o dever de informar. [monografia] [Internet]. Rio de Janeiro: Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro; 2013. [Acesso em 2021 ago. 20]. Disponível: https://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/rcursodeespecializacao_latosensu/direito_do_consumidor_e_responsabilidade_civil/edicoes/n22013/pdf/LuanaMendesRibeiro.pdf
5. Nascimento NB, Travassos CM. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 2010;20(2):625-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000200016>
6. Parvizi J. Vascular injury and orthopaedics. *Arthroplast Today.* 2018;4(4):399-400. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.artd.2018.10.005>
7. Soh J, Hill J, Power DM. Iatrogenic nerve injuries in orthopaedics. *J Musculoskelet Surg Res.* 2019;3:9-14.
8. Pavão DM, Cruz RS, de Faria JLR, de Sousa EB, Barretto JM. Modified Lemaire Lateral Tenodesis associated with an intra-articular reconstruction technique with Bone-Tendon-Bone graft using an adjustable fixation mechanism. *Arthrosc Tech* [Internet]. 2019 [Acesso em 2021 ago. 20];8(7):e733-e740. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212628719300520?via%3Dihub>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eats.2019.03.009>
9. Galí JC, Adad MAH, Mod MSB. Causas potenciais de recidiva da instabilidade após reconstrução do ligamento cruzado anterior. *Rev Bras Ortop.* 2005;40(1/2):52-59.
10. Ardern CL, Webster KE, Taylor NF, Feller JA. Return to sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery: a systematic review and meta-analysis of the state of play. *Br J Sports Med.* 2011;45(7):596-606. DOI: <https://doi.org/10.1136/bjsm.2010.076364>
11. Ronnblad E, Barenius B, Engstrom B, Eriksson K. Predictive factors for failure of meniscal repair: a retrospective dual-center analysis of 918 consecutive cases. *Orthop J Sports Med.* 2020;8(3):2325967120905529. DOI: <https://doi.org/10.1177/2325967120905529>
12. Webster KE, Feller JA. A research update on the state of play for return to sport after anterior cruciate ligament reconstruction. *J Orthop Traumatol.* 2019;20(1):10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s10195-018-0516-9>
13. Tucci G, Romanini E, Zanolli G, Pavan L, Fantoni M, Venditti M. Prevention of surgical site infections in orthopaedic surgery: a synthesis of current recommendations. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2019;23(2 Suppl):224-39. DOI: https://doi.org/10.26355/eurrev_201904_17497
14. Wang FD, Wang YP, Chen CF, Chen HP. The incidence rate, trend and microbiological etiology of prosthetic joint infection after total knee arthroplasty: A 13 years' experience from a tertiary medical center in Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect.* 2018;51(6):717-22. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2018.08.011>
15. Sierra RJ, Trousdale RT, Pagnano MW. Above-the-knee amputation after a total knee replacement: prevalence, etiology, and functional outcome. *J Bone Joint Surg Am.* 2003;85(6):1000-4. DOI: <https://doi.org/10.2106/00004623-200306000-00003>
16. Kahlenberg CA, Nwachukwu BU, McLawhorn AS, Cross MB, Cornell CN, Padgett DE. Patient satisfaction after total knee replacement: a systematic review. *HSS J.* 2018;14(2):192-201. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11420-018-9614-8>
17. Bernardes A. Responsabilidade civil médica: obrigação de meio x obrigação de resultado [Internet]. Belo Horizonte; 1995. [Acesso 2021 ago. 20]. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/36518/responsabilidade-civil-medica-obrigacao-de-meio-x-obrigacao-de-resultado>

Este é um artigo de Livre Acesso, distribuído sob uma licença Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), a qual permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que o trabalho original seja devidamente citado.

Recebido em: 06/12/2021

Aprovado em: 27/12/2021