

Vicissitudes de vítimas de erro médico: casos brasileiros¹

Vitor Silva Mendonça²
Eda Marconi Custódio³

Resumo

Este estudo tem objetivo de compreender como é ser vítima de erro médico e conhecer as circunstâncias dessa condição de vítima no Brasil. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada com doze pessoas que passaram pela situação do erro médico, no intuito de permitir um espaço para narrativa das experiências e reflexão do fenômeno. O erro médico tem uma conotação negativa no seu conceito, muitas vezes associado à incompetência do médico no momento de um procedimento. A perda da identidade é marcada nos discursos das vítimas. Assumir que errou foi pouco visto nos discursos dos médicos, despertando nas vítimas a necessidade de julgamento da conduta médica. O erro médico apresenta um caráter punitivo e pouco discutido nos meios profissional e científico. O estigma do erro tem uma forte ligação com os juízos de valores, o que dificulta a sua aceitação no Brasil.

Palavras-chave: Erro médico. Medicina. Sofrimento. Vítima

Resumen

Este estudio tiene como objetivo comprender como ser víctima de un error médico y conocer las circunstancias de la condición de víctima en Brasil. Se utilizó una entrevista semi estructuradas con doce personas que han pasado por la situación de error médico, a fin de permitir un espacio para la reflexión y la narración de las experiencias del fenómeno. Error médico tiene una connotación negativa en su concepto a menudo asociados con la falta de médicos en el lugar de un procedimiento. Los médicos no asumen su equivocación, despertando a las víctimas de la necesidad de juicio al tratamiento médico. El error médico tiene un carácter punitivo y poco discutido en los medios profesionales y científicos. El estigma de error tiene una fuerte conexión con juicios de valor, lo que dificulta su aceptación en Brasil.

Palabras clave: Error Medico. Medicina. Sufrimiento. Vítima.

Abstract

In this study, we aimed to understand what being the victim of medical error is like and to investigate the circumstances imposed on this condition of victims in Brazil. A semi-structured interview was conducted with twelve people who had gone through situations of medical error in their lives, creating a space for narratives of their experiences and reflection on the phenomenon. The concept of medical error has a negative connotation, often being associated with the medical incompetence. Victims often remark on their loss of identity. We found, however, little assumption of error in the involved doctors' discourses, who felt a need to judge the medical conduct. Medical error presents a punitive character and is little discussed in medical and scientific circles. The stigma of error is closely connected to the values of judgments, making it difficult to accept in Brazil.

Keywords: Medical malpractice. Medicine. Suffering. Victim.

¹ Recibido: 19/junio/2015. Aceptado: 04/septiembre/2015

² Ph.D. Pós-doutorando em Psicologia pela Universidade de São Paulo Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Cidade Universitária, São Paulo, SP/Brasil – CEP - 05508-030 Phone: +5511 3091 4355 e-mail: vitor.pospsico@bol.com.br

³ Ph.D. Professora do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Cidade Universitária, São Paulo, SP/Brasil – CEP - 05508-030 e-mail: edamc@cebinet.com.br

Introdução

O debate científico sobre o erro médico é algo que tem tomado proporções de ampla repercussão no cenário internacional. O erro médico é um tema que vem sendo abordado desde a antiguidade, uma vez que a profissão médica é uma das mais antigas do mundo e a prática do erro de quem exerce tal função é igualmente de outrora. No Egito e na Roma antiga a punição pela culpa do médico preconizava, como resultado, uma boa responsabilidade civil do profissional.¹

O papel social desse profissional esteve arraigado ao poder de cura e salvação, com uma formação fortemente marcada pela busca da infalibilidade e influenciada pela mensagem hegemônica de que erros são inaceitáveis quando se tem um doente em suas mãos. Entretanto, com o advento dos tempos modernos e das novas tecnologias a área médica foi evoluindo e a diversidade dos erros médicos acompanhou tal movimento, situação essa que vai de encontro ao papel social do médico e que tem levado a uma série de discussões sobre um “novo” perfil desse profissional, no qual cautela e cuidado ao paciente são temas centrais. Há assim, uma consolidação da medicina defensiva, onde o profissional facultativo na tentativa de se proteger, exagera no pedido de exames subsidiários mais sofisticados, se omite nos procedimentos de alto risco e, por vezes, recusa pacientes graves e com maior potencial de complicações e sequelas.²

As informações veiculadas sobre o erro médico apontam que de fato o número de pessoas vítimas tem crescido de maneira descontrolada, não só no Brasil. Nos Estados Unidos há uma média de 98 mil mortes por ano, em decorrência do erro.³ Na França, cerca de 190 mil casos chegam para análise da possibilidade do erro ter sido cometido.⁴

O aumento do número de denúncias contra os médicos começa a aparecer a partir dos anos de 1970, nos Estados Unidos. Esse estudo norte-americano retrata que em 1960 ocorria uma denúncia por ano a cada cem médicos dos Estados Unidos, e que em 1985 esse número aumentou para 18 denúncias. A mesma ideia vale para os ressarcimentos que passaram de 60 milhões de dólares para 5 bilhões de dólares, nessa mesma faixa de tempo. Ainda nos Estados Unidos, foi percebido um aumento de 11% no número de médicos punidos com suspensão, restrição ou cassação do exercício profissional, em apenas um ano na década de 1990.⁵

Uma pesquisa inglesa admitiu que 16% dos pacientes hospitalizados são acometidos por algum tipo de erro médico, e que metade desses erros são atribuídos aos deslizes nos procedimentos que antecedem as condutas médicas.⁶ Países como a França desenvolveram um maior rigor no controle, prevenção e punição do erro médico. Um em cada dez pacientes hospitalizados são acometidos pelo erro médico, mas o governo francês desenvolve um arsenal regulatório para proteger as vítimas e reduzir os números de erros, principalmente, evitando jornada de trabalho excessiva aos médicos.⁴

No Brasil, as discussões sobre erro médico são recentes e não se tem uma dimensão exata de óbitos causados, uma vez que não existe um órgão específico responsável por esse controle, situação essa que preocupa, em razão da incidência de queixas formalizadas contra atitudes médicas e dos prejuízos humanos e materiais que poderiam ser evitados, caso existisse um órgão.

Alguns estudos permitem um olhar sobre o panorama do erro médico no Brasil. No Estado de Goiás foram encontradas 2.293 denúncias, entre os anos de 2000 a 2006. 31,6% delas referiam-se à incompetência profissional, ou seja, são queixas relacionadas com a insatisfação em relação aos resultados obtidos no tratamento, morte do paciente e erro médico.⁷ Outro estudo verificou as publicações produzidas sobre erro médico, em duas bases de dados da área da saúde, no Brasil, e constatou que, a literatura produzida nos últimos dez anos é considerada reduzida, com uma média de pouco mais de uma publicação por ano.⁸

A Medicina no Brasil chegou ao ano de 2013 com 400 mil profissionais registrados e uma taxa de dois médicos por mil habitantes.⁹ O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) avaliou, entre os anos de 2000 e 2004, as denúncias aos médicos desse estado realizadas no sistema jurídico brasileiro. Evidenciaram-se 353 decisões na esfera cível e 23 na esfera criminal. Desse total, cerca de 46% das decisões foram favoráveis ao paciente, sendo a indenização por danos morais a maior espécie de condenação aplicada aos médicos denunciados, ou seja, o ato praticado por esses profissionais infligiu dor ou sofrimento à vítima.¹⁰

Os Conselhos de Medicina no Brasil estão distribuídos por estados e têm como objetivo supervisionar a ética profissional em todo o território de sua competência e, ao mesmo tempo, julgar e disciplinar a classe médica, priorizando o perfeito desempenho ético da Medicina e seu exercício legal.¹¹

O Código de Ética Médica brasileiro, aprovado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em setembro de 2009, Resolução CFM nº 1931/09, embora não exponha diretamente um conceito de erro médico, declara no artigo 1º do Capítulo III que é vedado ao médico “causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência”.^{12(p.4)}

No entanto é preciso destacar que, ao debruçarmos sobre os principais conceitos de erro médico, as orientações regidas pelos competentes mundiais de saúde e os trabalhos científicos que vem sendo desenvolvidos, somos tomados a afirmar que as vítimas de erro médico não são levadas em consideração nesse tipo de discussão e problemática. Os estudos brasileiros dão maior ênfase ao número de denúncias registradas nos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), aos processos disciplinares aplicados, ao perfil dos médicos denunciados e trazem, ainda, algumas “regras” importantes para que os médicos evitem e previnam o erro e não sofram aborrecimentos.^{1,7,11}

É interessante apontar o quanto as vítimas de erros médicos estão pouco inseridas na literatura científica e como não se tem investigado cientificamente a percepção da própria vítima sobre o erro. Também não se tem dado voz a essas pessoas na tentativa de compreender o fenômeno de ser vítima do erro e os sofrimentos envolvidos. Neste artigo procuramos compreender como é ser vítima de erro médico no Brasil e conhecer as circunstâncias que estão impostas nesse processo, a partir da experiência e narrativas dos pacientes vítimas.

Método

Participantes

Esta pesquisa, de caráter qualitativa, foi realizada com 12 pacientes vítimas de erro médico no Brasil. Sete participantes são do sexo feminino e cinco do sexo masculino. As vítimas têm idades entre 25 e 72 anos. De acordo com a proposta deste trabalho, não houve critério de seleção específico para participação. Porém, um único critério exigido era a comprovação do erro médico pela Justiça comum ou pelo Conselho Regional de Medicina, o que permitiria melhor rigor científico aos dados e à pesquisa. Os participantes foram previamente convidados a participar da pesquisa e informados sobre os objetivos. As entrevistas ocorreram ao longo do ano de 2012, nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, em locais apropriados e de livre escolha do entrevistado, principalmente, devido à incapacidade de locomoção de alguns.

Instrumento

Pensando na possibilidade de criar um espaço para que os participantes pudessem relatar suas experiências e expor suas percepções sobre o fenômeno, optou-se pelo recurso metodológico de relato oral. Foi utilizada uma entrevista semiestruturada, que parte de questionamentos básicos e oferecem amplo campo de interrogativas e fruto de novas hipóteses,¹³ com a seguinte questão disparadora “Fale-me como foi a sua experiência da descoberta do erro médico até os dias de hoje”. Essa questão permitiu um aprofundamento reflexivo do participante, a começar por uma “provocação” que despertava seu depoimento. À medida que o depoimento do participante foi sendo relatado, o pesquisador, por vezes, poderia fazer alguns pequenos questionamentos que pudessem responder a indagações outras sobre o tema que, por razões diversas, o participante poderia não ter relatado num primeiro momento.

Dessa forma, entendeu-se que a situação de entrevista, a partir de um instrumento com enfoque metodológico de relato oral, poderia permitir um aprofundamento do participante em sua experiência como vítima, no intuito de mobilizar seu discurso segundo análises da vivência relatada.

Procedimento de análises

As narrativas das experiências foram registradas com auxílio de um gravador, mediante a autorização dos participantes. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e analisadas como meio de se articularem as possibilidades de compreensão, a partir da busca de sentido. Os conteúdos obtidos foram organizados em núcleos temáticos ou unidades de significação. Dessa maneira, algumas possibilidades do fenômeno puderam ser reveladas, a partir da vivência de cada participante como ser vítima de erro médico.¹⁴

A pesquisa foi registrada e aprovada no Comitê de Ética da Universidade de São Paulo, onde pode ser apreciado o compromisso ético e científico a que se propôs. Este estudo também obedeceu à Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde,¹⁵ que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, visando a assegurar os direitos em respeito aos participantes da pesquisa, como também a anuência de cada um deles ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual se encontrava explicitados os objetivos, procedimentos e benefícios da pesquisa.

Os verdadeiros nomes das pessoas e das instituições, envolvidos nos casos descritos nesta pesquisa foram alterados para assegurar a privacidade de cada um, o respeito ao participante e às normas de pesquisa com seres humanos no país. Os nomes fictícios dos participantes fazem referência às personalidades laureadas com o Prêmio Nobel da Paz.

Resultados

Caracterização das vítimas e dos erros médicos

As histórias e casos trazidos são resultados de horas de narrativas dos participantes que se dispuseram a relatar uma fase da vida que, para muitos, ainda é lembrada com trauma, sofrimento e profunda tristeza por terem passado por uma situação assim, como é o caso do erro médico. A experiência de cada vítima tem sua importância, pois a arte de narrar um fato de vida vem sendo prejudicada pelo excesso de explicação e falta de interesse em se perpetuar as experiências na atualidade.

Tabela 1. Identificação das vítimas e descrição dos casos

Vítima	Idade	Descrição do erro médico	Tipo de serviço de saúde
Teresa	61 anos	Fez cirurgia de catarata e ficou cega	Serviço público
Jane	56 anos	Faltou médico responsável no parto	Serviço público
Shirin	30 anos	Operação de membro errado	Serviço privado
Ellen	55 anos	Procedimento dermatológico inadequado	Serviço privado
Dalai	33 anos	Prótese colocada inadequadamente	Serviço privado
Nelson	72 anos	Aplicação da anestesia em local inadequado	Serviço privado

Vítima	Idade	Descrição do erro médico	Tipo de serviço de saúde
Barack	36 anos	Operação de órgão errado	Serviço privado
Jimmy	39 anos	Esquecimento de material cirúrgico dentro do corpo	Serviço público
Betty	25 anos	Operação de membro errado	Serviço público
Alva	66 anos	Prótese colocada inadequadamente	Serviço público
Emily	44 anos	Necessidade de cirurgia ignorada pelo médico	Serviço público
Martin	38 anos	Indicação de medicamento alérgico ao paciente	Serviço público

A tabela mostra o tipo de erro médico que cada paciente foi envolvido, bem como o serviço de saúde em que o procedimento médico foi realizado.

A experiência deve ser absorvida evitando-se ao máximo as explicações, o que permite ao leitor a livre interpretação, sem contar que ela não é programada numa sequência lógica, mas sim na facilidade de ser perder nas “nuvens” estando em uma escada com destino ao centro da terra, e que nada e nem ninguém são fatores de impedimento, nem mesmo a morte. Entretanto, com o mundo globalizado, o relato de experiência está em baixa e tem uma leve tendência ao desaparecimento.¹⁶ Mas isso pode ser evitado sempre que uma história é contada ou narrada, conforme os relatos apresentados neste estudo. Os modos de expressão dos participantes foram mantidos ao longo do discurso.

O conceito de erro médico segundo as próprias vítimas

Em quase todos os conceitos formulados sobre erro médico, há uma similaridade quanto ao caráter negativo, enquanto aquilo que traz malefícios à vítima. Além do que o profissional é sempre visto como o causador, o culpado, aquele que deveria ter feito corretamente, mas não o fez, segundo as vítimas.

“É um tsunami, porque a doença já é uma tragédia [...]. Então, quando você passa por uma doença que você tem que se submeter a um procedimento cirúrgico, a expectativa de cura é muito grande. Você vai parar ali, você confia a sua saúde ou a saúde de um ente querido nas mãos de um profissional. Quando você percebe que aquilo não foi atendido, e foi por imprudência ou por negligência daquele profissional, é como se uma onda tivesse varrido a sua esperança, as suas boas expectativas.” [Jimmy]

“O erro médico é uma irresponsabilidade. Eu acho que é uma falta de empatia com seu paciente. É você não conhecer o seu paciente. É você estar ali, não para cuidar. Eu acho que erro médico é você estar ali porque você está fazendo algo por dinheiro, e não por profissão, por ética e por amor.” [Barack]

Ser vítima de erro médico no Brasil

Considera-se de fundamental importância a descrição de uma pessoa sobre a sua própria vivência, pois somente ele consegue elaborar e ser capaz de dar significado a toda constituição da experiência.¹⁶

“É horrível. Eu me sinto outra pessoa em não poder ir mais trabalhar, porque eu trabalhava. Eu não sou mais normal para o trabalho. E, mesmo que outra pessoa me valorize, eu não me valorizo mais. Eu não me acho mais capaz de fazer o que eu fazia, antes do erro. Não me sinto mais a mesma pessoa.” [Teresa]

“É ruim, é mal, sobra um sentimento de impotência, porque você não pode fazer muita coisa por si, o máximo que você pode é acatar que você tem limitações e procura trabalhar dentro delas, né? No limite delas. E isso já é ruim pra um ser humano que é mais ativo, vamos dizer assim.” [Alva]

A posição de vítima é própria e inerente a cada discurso. Os sentimentos de impotência, fracasso e de não pertencimento, além do fato de perderem a identidade, por não se sentirem capazes de produzir o que realizavam antes da ocorrência do erro, são algumas das características descritas pelas vítimas para dizer como é conviver e carregar esse rótulo do erro médico.

Aliás, outras narrativas também são usadas para destacar como é ser vítima, porém a fala de Shirin vai de encontro ao que se tem apresentado até o momento, pois ela percebe a importância de se passar pela experiência do erro, haja vista que acredita ter se tornado uma pessoa diferente e melhor.

“Eu acho que tinha que ter passado por essas dificuldades pra que eu me tornasse hoje a pessoa que eu sou. Eu era uma pessoa muito dura, mesmo criança, mesmo... Eu era muito dura, tudo comigo era muito ferro e fogo, e eu precisava é ser um pouco mais flexível, então eu precisava, sim, passar por algumas dificuldades, eu precisava, sim, depender de ir ao psicólogo para dosar o meu temperamento, eu precisava, sim, às vezes me afastar de alguma coisa que eu gostava muito, para que eu encontrasse alguma coisa que me apaixona, sabe?” [Shirin]

Reações dos profissionais médicos envolvidos com o erro

A atitude clínica refere-se à capacidade de ver, ouvir, captar, sintonizar e responder ao paciente a partir de sua perspectiva, de modo que as condições de vida, o meio em que se insere, as relações familiares, as crenças e convicções estão presentes nas duas pontas da relação. A partir disso é possível afirmar que o médico tem um jeito de olhar, conduzir e reagir às situações mais diversas que ocorrem no ambiente de trabalho.¹⁷ Ou seja, cada profissional tem uma atitude clínica, e as reações defronte ao erro médico também são particulares.

Cada profissional tem um modo de se comportar ao se deparar com o erro médico, porém não é de se estranhar que, em geral, os profissionais médicos tenham dificuldades em assumir

um erro. E isso está presente nas reações dos médicos aqui envolvidos, segundo as vítimas. Nenhum dos profissionais foi capaz de oferecer ajuda e assumir o erro por livre espontaneidade. Impulsionando as vítimas a procurarem seus direitos, por intermédio da Justiça brasileira.

“Segundo o médico, a culpa foi da equipe de Enfermagem. Quando ele chegou no centro cirúrgico, a perna já estava preparada, ele só fez a cirurgia. Mas, meu pai falou: Você era o chefe da cirurgia. Você tinha que ter conferido tudo, a responsabilidade não é sua?” [Shirin]

“Eu procurei, mas não consegui falar com ele [médico responsável pelo erro]. Fui na instituição duas vezes, mas nunca consegui, e mesma a instituição, eles não me deram nenhum respaldo. Ainda procurei o atendimento ao cliente, mas fui super mal atendido. Foi, então, que fui procurar a minha advogada para saber o que fazer.” [Martin]

Os tipos de serviços de saúde e sua relação com o erro médico

Inicialmente, a conjuntura do erro médico não é restrita ao serviço público de saúde brasileiro. Aqui, cinco dos doze casos aconteceram no serviço privado, conforme Tabela 1. Desse modo, não existe uma relação direta entre o tipo de serviço e os acontecimentos de erro. Contudo, o que se percebe é que o serviço público ainda deixa a desejar em diversos setores e situações.

“Para mim, retrata a doença na saúde do país. A saúde do país está na UTI [Unidade de Terapia Intensiva]. Um descaso horroroso, médicos despreparados, pessoas desqualificadas, pessoas de má índole.” [Jane]

“Eu acho é, que eles têm que ter mais capacidade e interesse pelos atendimentos públicos. E, mesmo a gente sendo pobre, somos seres humanos e eles precisam prestar mais atenção e assistência para a gente, porque está sendo uma vergonha o atendimento público.” [Emily]

Jane e Emily deixam claro nos discursos que o atendimento prestado pelos funcionários do serviço público deixa a desejar, e isso não só voltado para os usuários, como também na formação e ética dos profissionais, passando uma imagem de descaso e desrespeito ao cidadão.

Sem contar também que, no serviço público, existe a dificuldade em conseguir marcar consultas e realizar exames e cirurgias, devido ao grande fluxo, o que acarreta numa certa lentidão na prática do sistema. Circunstância essa que é conhecida pela população, que se sente conformada e acostumada, sem mais nada a fazer.

No Brasil os serviços públicos são oferecidos gratuitamente à população e todos têm direito ao acesso, sendo que esse tipo de serviço é custeado pelo Governo, com financiamento dos impostos pagos. Já os serviços privados são custeados por cada pessoa que paga pelo serviço usado.

Outra situação recorrente é a comparação do serviço público com o privado. Uma grande parcela da população confia no serviço que é pago diretamente pelo usuário, além, é claro, da segurança em estar acessando diretamente um profissional que é especialista. Fato esse que faz com que a população dê mais credibilidade ao serviço de saúde do setor privado.¹⁸

“Meu médico que consertou o erro falava: ‘Não, naquele hospital, não, é muito bom, mas aquilo é uma instituição que visa o lucro, eu não trabalho lá’, ele falando de um hospital privado e de renome no Brasil. ‘Só opero nesse, nesse e nesse hospital, e de preferência o O [nome de um hospital privado]. Lá é sério’. E era mesmo, você via a preocupação dos enfermeiros, da entrada à saída, tudo é diferente, é diferente, é um compromisso diferente com o ser humano. Devia ser assim em todo lugar, mas não é, infelizmente. Principalmente, no sistema público.” [Dalaj]

Discussão

As experiências emocionalmente marcantes são vividas de modo bem particular, principalmente questões que envolvem sofrimento na esfera da saúde e da doença. Muitas vezes o novo e inesperado desestrutura e desconcerta no início, mas, à medida que a pessoa avança, enfrenta e supera esse temido, ela adquire uma certa “resistência” e, no futuro, percebe quão profundo foi tal experiência, a ponto de compartilhar e perceber a importância disso no seu processo de crescimento e aprendizado pessoal, de forma que, a partir dessas experiências traumáticas, o ser humano tem uma compreensão melhor de si, de modo a atingir um funcionamento emocional mais adequado.¹⁹

Uma avaliação sobre o desenvolvimento histórico do sistema de saúde brasileiro destaca a importância da Política Nacional de Humanização, criada no ano de 2003 pelo Ministério da Saúde, uma vez que reforça o direito do paciente e reduz os casos de discriminação e faltas de humanização e valorização no ambiente de saúde.²⁰ Contudo, algumas melhorias precisam ser feitas, como o atendimento acolhedor e redução do tempo de espera nas filas, e novas políticas para assegurar melhor qualidade do cuidado e segurança dos pacientes nos serviços de saúde.

Não obstante, é mister reconhecer que a saúde pública no Brasil precisa melhorar em diversos aspectos. Com 25 anos completos, o SUS – Sistema Único de Saúde – ainda apresenta desafios a serem superados, como os já citados pelos participantes desta pesquisa. Contudo, esse descuido da saúde pública têm algumas explicações que precisam ser reforçadas. O número de população tem crescido e a lógica proporcional dos profissionais de saúde ainda precisa ser mais bem gerenciada e distribuída. A demanda tem crescido tão rápido que a quantidade e a qualidade de equipamentos e mão de obra são insuficientes para um atendimento mais humanizado. Sem contar com a linha de produção que precisa ser cumprida, respeitando um número médio de procedimentos que os profissionais precisam atender e executar por um período determinado.^{21,22}

No Brasil é possível apontar como causas para o erro médico: 1) a formação e o ensino médico que vêm sendo alvo de críticas por conta da necessidade de mudança. Hoje, há um cenário de deterioração do ensino de graduação motivada pela proliferação de faculdades de Medicina.⁹ O modelo hegemônico tem uma formação que hipervaloriza o aspecto biológico e a fragmentação dos conhecimentos, sem contar com a falta de estímulo adequado para o desenvolvimento da autonomia, capacidade de análise, julgamento e avaliação. Tudo isso coaduna para a ocorrência dos casos de erro médico, haja vista que a quantidade e a qualidade da formação médica estão em grande paradoxo e caminhos distintos.²³ 2) a carga horária excessiva e as condições precárias de trabalho são circunstâncias que, por vezes, podem ocasionar o erro médico.²⁴ 3) o desgaste emocional e as condições de saúde são também fatores influenciáveis nas causas do erro. Os plantões noturnos e a pressão psicológica para colocarem em prática os conhecimentos adquiridos tornam os médicos envolvidos em uma rotina desgastante, sendo um fator fundamental ao desenvolvimento do burnout.^{25,26,27}

O envolvimento num erro médico pode promover no profissional maior incidência de depressão, estresse emocional e burnout. Por isso a importância da comunicação com o paciente e outros profissionais, tendo em vista que o impacto do erro na vida do médico é nocivo e, ao mesmo tempo, propenso a novos casos e danos.^{27,28,29}

Evitar a diminuição da confiança do paciente, impedir o aumento de ansiedade no paciente e a possibilidade de enfrentar um processo legal são os motivos que levam alguns médicos a não revelarem seus erros.³⁰

Existe o receio de que os novos papéis sociais da sociedade contemporânea, cada vez mais questionadora e conhecedora dos seus direitos, venham originar médicos mais preocupados em se proteger dos seus pacientes e constituir provas de sua idoneidade, e com isso perder a essência da profissão médica.³¹

Algumas instituições internacionais desenvolveram órgãos especiais para averiguar a qualidade no atendimento ao paciente. Em 1999, os Estados Unidos criaram a Agency for Healthcare Research and Quality para investigar a qualidade do cuidado médico e garantir a seguridade do paciente. Em 2002, na 55ª Assembleia Mundial da OMS, formula-se a Aliança Mundial para a Seguridade Clínica do paciente, que estabelece maior preocupação dos prestadores de serviços médicos com ressarcimento financeiro por má prática e a necessidade de indenização.³² Na França, também no ano de 2002, é criado, por iniciativa do ministro da saúde Bernard Kouchner, o Ofício Nacional de Indenização dos Acidentes Médicos (Oniam), que tem a finalidade de trabalhar pelas pessoas com algum agravo à saúde e pela qualidade do sistema de saúde.⁴ E no Brasil ainda faltam iniciativas como essas, que privilegiem melhor qualidade no atendimento, relação mais humanizada entre médicos e pacientes, e suporte mais acolhedor para as vítimas de erro médico.

A partir dos dados trazidos por esta pesquisa reforça-se a necessidade de maior empenho e fiscalização aos erros médicos que vêm acontecendo em território brasileiro, com a finalidade de se olhar para essa temática por um viés construtivo, na tentativa de reduzir a sua ocorrência, promover saúde aos médicos e oferecer maior segurança aos pacientes.

Todos esses discursos até aqui apresentados dão voz às vítimas, expondo suas subjetividades e seus sofrimentos mediante as circunstâncias do erro médico, demonstrando algo pouco visto na literatura científica ao indagarmos uma investigação nesta área de estudo. Entretanto, além de mostrar essa realidade pouco difundida nas pesquisas, este trabalho não tem o propósito de massificar e incentivar os casos, pelo contrário, espera-se que maior rigor seja dado ao tratamento do assunto, principalmente, discutindo-se possibilidades de redução do número de vítimas e, conseqüentemente, do número de erros.

O sofrimento é inerente ao acontecimento do erro médico e traz consigo elementos singulares e subjetivos de cada vítima. Foi possível averiguar que o erro causou impacto na vida do indivíduo, com transformações na rotina diária, perdas e conseqüências em níveis comportamentais, carregadas de fortes componentes afetivo e emocional. Sem contar que o caráter negativo é predominante tanto no fato de ser considerada uma vítima como no conceito do erro formulado pelas vítimas, que passam a ser vistas e autoidentificadas como resultado de uma conduta profissional ausente de qualidade e cuidado.

Referencias

1. Gomes JCM, Drumond JGF, França GV. Erro médico. Montes Claros: Ed. Unimontes, 2001.
2. David G, Sureau C. De la sanction à la prévention de l'erreur médicale. Paris: Lavoisier, 2006.
3. Kohn LT, et al. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press, 2000.
4. Grange P, Papiion F. Erreurs médicales. Paris: Nil, 2008.
5. Hiatt H. Medical malpractice. Bull NY Acad. Med. 1992;68:254–264.
6. Weerakkody RA, et al. Surgical technology and operating-room safety failures: a systematic review of quantitative studies. BMJ Qual Saf . 2013;0:1–9.
7. Fujita RR, Santos IC. Denúncias por erro médico em Goiás. Revista da Associação Médica Brasileira. 2009;55(3):283–289.
8. Mendonça VS, et al. Erro médico no Brasil: um panorama das publicações entre os anos de 2003 a 2012. Portugal: Universidade do Algarve, 2013.
9. Scheffer M. Demografia médica no Brasil. São Paulo: Conselho Federal de Medicina and Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.
10. Mansur NS, Oliveira RA. O médico e a justiça. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2006.
11. Udelsmann A. Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. Revista da Associação Médica Brasileira. 2002;48(2):172–182.

12. Brasil: Resolution of Federal Council of Medicine no. 1931, September 17, 2009. Brasília: Official Journal of the Federative Republic of Brazil, 2009.
13. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2000.
14. Critelli DM. Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: EDUC Brasiliense, 1996.
15. Brasil: Resolution no. 196, October 10, 1996. Brasília: Official Journal of the Federative Republic of Brazil, 1996. Accessed Aug 06, 2008. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html
16. Benjamin W. Magia e técnica, arte e política. São Paulo: Brasiliense, 1994.
17. Mello Filho J, Burd M. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artmed, 2010.
18. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.
19. Mendonça VS. Sofrendo entre quatro paredes: relatos de mães acompanhantes dos filhos hospitalizados. Revista Electrónica de Psicología Política. 2009;7(19):12–29.
20. Paim J, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Série Saúde no Brasil. 2011;1. Accessed May 31, 2014. <http://www.thelancet.com>
21. Mendes EV. 25 anos do sistema único de saúde: resultados e desafios. Estudos Avançados. 2013;27(78):27–34.
22. Menicucci TMG. História da reforma sanitária brasileira e do sistema único de saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos. 2014;21(1):77–92.
23. Gomes AP, Rego S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? Revista Brasileira de Educação Médica. 2011;35(4):557–566.
24. Barbosa GA. A saúde dos médicos no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007.
25. Soares LR, et al. Burnout e pensamentos suicidas em médicos residentes de hospital universitários. Revista Brasileira de Educação Médica. 2012;36(1):77–82.
26. Straub RO. Psicologia da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005.
27. Waterman AD, et al. The emotional impact of medical error on practicing physicians in the United States and Canada. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2007;33(8):464–476.
28. Schwappach DLB, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. Swiss Med Wkly. 2008;138(1):9–15. Accessed Feb 25, 2014. <http://www.smw.ch>
29. Wu AW. Medical error: the second victim. BMJ. 2000;320:726–727.
30. Carvalho M, Vieira AA. Erro médico em pacientes hospitalizados. Jornal de Pediatria. 2002;78(4):261–268. Accessed Aug 18, 2009. <http://www.scielo.org>
31. Murr LP. A inversão do ônus da prova na caracterização do erro médico pela legislação brasileira. Revista Bioética. 2010;18(1):31–47.
32. Chehuen Neto JA, et al. Erro médico: a perspectiva de estudantes de medicina e direito. Revista Brasileira de Educação Médica. 2011;35(1):5–12.