

Nuances e desafios do erro médico no Brasil: as vítimas e seus olhares

Vitor Silva Mendonça¹, Eda Marconi Custódio²

Resumo

O erro médico refere-se a circunstância que atinge a pessoa em decorrência de atuação médica baseada em atitude imprudente, negligente ou imperita. No Brasil tem crescido o número de casos, mas a discussão a respeito da vítima é quase inexistente. Este trabalho buscou delinear a perspectiva da vítima de erro médico. Utilizando uma entrevista semiestruturada, foi possível conhecer as experiências das vítimas e perceber de que maneira enfrentaram os desafios impostos. Observou-se a perplexidade ao descobrir-se vítima, e a dificuldade em aceitar-se como tal. As mudanças impostas pelo erro acarretaram transformações comportamentais e de atitudes, como a falta de confiança nos profissionais médicos. Sofrimento e sentimentos negativos passam a fazer parte da vivência dessas pessoas. Dessa maneira, é necessário criar estratégias que permitam auxílio e cuidado da saúde mental das pessoas envolvidas com o erro médico.

Palavras-chave: Erros médicos. Estresse psicológico. Narrativa.

Resumen

Matices y desafíos del error médico en Brasil: las víctimas y sus miradas

El error médico se refiere a una circunstancia que afecta a una persona como resultado de una operación médica basada en actitudes imprudentes, negligentes o de impericia. En Brasil se ha incrementado el número de casos, pero la discusión en relación a la víctima es casi inexistente. Este estudio tuvo como objetivo dilucidar algunos de los desafíos presentes en la situación de las víctimas de errores médicos. A partir del empleo de una entrevista semi-estructurada, fue posible el acceso a las experiencias de las víctimas y se logró una aproximación a los modos en que enfrentaron los desafíos impuestos. Se observó la perplejidad de estas personas al percibirse como víctimas y la dificultad en aceptarse en tanto tales. Las transformaciones impuestas por el error dieron lugar a cambios en los comportamientos y las actitudes, por ejemplo, la falta de confianza en los profesionales de la medicina. El sufrimiento y los sentimientos negativos comenzaron a formar parte de las vivencias de estas personas. Por lo tanto, es necesario crear estrategias de acompañamiento y cuidado de la salud mental de las personas afectadas por errores médicos.

Palabras-clave: Errores médicos. Estrés psicológico. Narración.

Abstract

Nuances and challenges of medical malpractice in Brazil: victims and their perception

Medical malpractice refers to the circumstance of harming a person as the result of medical performance based on a reckless, negligent or inexperienced approach. In Brazil, while the number of such cases is increasing, discussion of the subject is almost absent. The present study sought to elucidate some of the challenges found in the situations of the victims of medical malpractice. The experience of the victims was accessed through a semi-structured interview. The confusion of individuals when they discovered they had become victims was noted, as well as a difficulty in accepting the status of victim. The effects of the malpractice led to transformations both in behavior and in attitudes, such as a lack of confidence in medical professionals. It is therefore necessary to create strategies to help and care for the mental health of victims of medical malpractice.

Keywords: Medical errors. Stress, psychological. Narration.

Aprovação 2277/Coep/FSP/USP 359-11

1. **Doutor** vitor.pospico@bol.com.br 2. **Doutora** edamc@cebinet.com.br – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil.

Correspondência

Vitor Silva Mendonça – Av. Prof. Mello Moraes, 1.721, Cidade Universitária CEP 05508-030. São Paulo/SP, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

A ciência médica evoluiu colocando grande arsenal tecnológico em benefício do ser humano, mas também se tornando mais invasiva com maiores riscos e danos ao paciente^{1,2-7}. No Brasil cresce abruptamente a procura por intervenções clínicas, cujas causas divergem desde as necessárias até intervenções destinadas a melhorias estéticas⁸. Paralelamente, crescem também os chamados eventos adversos, comumente designados como erros médicos^{2,6,7,9-13}.

O erro médico pode ser conceituado como *a conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir dano à vida ou agravo à saúde de outrem, mediante imperícia, imprudência ou negligência*¹⁴. Se o Código de Ética Médica (CEM) não traz nenhuma definição, o artigo 1º do capítulo III destaca que é vedado ao médico *causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência*¹⁵. Há três maneiras de classificar o erro médico:

- 1) Imperícia – ignorância, incompetência, desconhecimento, inabilidade e inexperiência na arte da profissão. Pode ser entendida como a situação em que o médico realiza um procedimento para o qual não é habilitado, correspondendo ao despreparo técnico e/ou prático por insuficiência de conhecimento;
- 2) Imprudência – descuido, prática de ação irrefletida ou precipitada, resultante de imprevisão do agente em relação ao ato que podia ou devia pressupor. É quando a conduta médica envolve riscos ao paciente, sem respaldo científico para seu procedimento. Exemplo é o cirurgião que opera sem o diagnóstico correto e sem o preparo adequado do paciente;
- 3) Negligência – não prestação dos cuidados necessários ao paciente, sugerindo inação, passividade ou ato omissivo, o que implica desleixo ou falta de diligência capaz de determinar responsabilidade por culpa. Esquecimento de gases, pinças e compressas em cirurgias exemplifica essa ordem^{3,16-19}.

Estudo que levantou pesquisas sobre erro médico em bases de dados nacionais e internacionais constatou que há grande concentração de investigações sobre o tema em países da Europa e América do Norte, indicando patamares de incidência de erro médico, com variação de 2,9 a 16,6 por 100 pacientes submetidos a algum tipo de intervenção médica¹². A produção científica acerca da temática no Brasil, no período de 2003 a 2012, alcança 52 artigos que utilizam os descritores “erro médico”,

“evento adverso” e “má prática”. Cabe ressaltar que essa cifra inclui trabalhos de áreas afins da medicina e do erro médico, por exemplo, erros na dosagem de fármacos e na enfermagem²⁰.

Mesmo com os números de registro de erros em ascensão, não se sabe o que realmente acontece com as vítimas; os estudos brasileiros dão maior ênfase ao número de denúncias registradas nos conselhos regionais de medicina (CRM), 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^{2,13,14}. Ou seja, a grande maioria não aborda a subjetividade e questões pertinentes às vítimas.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) avaliou, entre os anos de 2000 e 2004, denúncias sobre erros de médicos paulistas ao Poder Judiciário. Mesmo com a complexidade do sistema jurídico brasileiro foram encontradas 353 decisões na esfera cível e 23 na esfera criminal. Desse total, cerca de 46% foram favoráveis ao paciente, sendo a indenização por danos morais a espécie mais frequente de condenação aplicada aos médicos denunciados; ou seja, a Justiça constatou que o ato praticado por esses profissionais infligiu dor ou sofrimento à vítima²¹.

Hoje, a ocorrência de erros médicos tem tomado grandes proporções, principalmente por influxo da mídia, que desencadeia forte pressão para que se descubra o culpado e a causa do erro⁶. Ainda assim, pode-se afirmar que os casos que ganham notoriedade e chegam ao conhecimento público representam pequena parcela dos muitos outros com prejuízos menores aos pacientes. Muitos médicos nem sequer chegam a ser denunciados ou investigados pelos competentes legais⁹. Embora tal disposição investigativa possa ser considerada o primeiro passo para minorar a dor e o sofrimento do paciente, deixa em segundo plano, ou mesmo põe de lado, a dimensão experiencial da própria vítima do erro médico.

Buscando dar voz àqueles que foram vítimas de situações desastrosas desses eventos adversos, este estudo discorre sobre a necessidade e importância de conhecer o erro médico no Brasil a partir do discurso das vítimas, considerando a dimensão prática e dos desafios impostos a suas vidas.

Método

Trata-se de pesquisa qualitativa com pessoas vitimadas por erro médico nos estados de São Paulo

e Rio de Janeiro, com entrevistas realizadas durante um ano, entre outubro de 2011 e outubro de 2012. Inicialmente, o único critério de seleção de participantes era a comprovação do erro médico pela Justiça comum. Contudo, esse critério não pôde ser mantido pela dificuldade de contatar as vítimas, muitas vezes imposta por advogados ou instituições de saúde, que impediam o contato. Outra dificuldade estava na própria atitude da vítima, que em vários casos não queria participar da pesquisa. Foi possível entender, na justificativa de recusa, que julgavam que sua situação já havia sido amplamente exposta na mídia, sem que nada efetivo acontecesse. Consideravam, por conseguinte, que não valia a pena nova exposição: por que seria diferente com essa pesquisa?

Diante dessa constatação, percebida na identificação dos entrevistados, o recorte foi alterado; preferiram-se casos em que a ocorrência do erro médico havia sido reconhecida pela Justiça brasileira, não havendo margem de dúvida em casos de erro médico por cirurgia realizada em membro diferente daquele que deveria passar pela intervenção. Assim, a identificação dos entrevistados não considerou a gravidade do erro, mas apenas a comprovação de sua existência pela Justiça. Como elemento de comparação dos discursos foram incluídos quatro participantes que ainda não tinham decisão judicial sobre o erro, cujos processos ainda tramitavam.

A estratégia metodológica utilizada na produção das narrativas foi a entrevista em profundidade com roteiro semiestruturado, objetivando precisão na análise. Essa estratégia partia de pergunta disparadora: *“Como foi a sua experiência da descoberta do erro médico até os dias de hoje?”*. As entrevistas foram tomadas individualmente, com duração mínima de quarenta minutos e máxima de duas horas, em local de escolha do participante, considerando, inclusive, a incapacidade de locomoção de alguns.

A pesquisa envolveu 12 entrevistados (5 homens e 7 mulheres) com idades entre 25 e 72 anos. São pessoas de profissões distintas e diferentes graus de formação, que vão do ensino médio incompleto ao superior completo. Verificou-se que somente quatro conseguiram dar continuidade a suas rotinas laborais, enquanto as demais foram impedidas por causa do erro. O número de participantes seguiu a lógica da amostragem por saturação, que permite a suspensão das entrevistas quando os dados obtidos passam a repetir-se, na avaliação do pesquisador, podendo a quantidade de participantes ser menor ou maior que a inicialmente proposta. Importa notar que o argumento aqui se justifica pelo

interesse no conhecimento aprofundado acerca das sensações, emoções e pensamentos dos participantes que compõe a amostra, que não objetiva generalização²².

Os 12 entrevistados residiam onde ocorreu o erro, quatro no Rio de Janeiro e o restante em território paulista. A coleta iniciou-se em São Paulo, sem a pretensão de incluir casos do Rio de Janeiro. Porém, diante da grande dificuldade de contato com as vítimas, sobreveio a necessidade de ampliar o âmbito da coleta. A opção pelo Rio de Janeiro decorreu da facilidade para contatar as vítimas de erro médico, por haver organização não governamental (ONG) que cuida especificamente de erros médicos no estado, o que não existe em São Paulo. Essa ONG facilitou o contato com as vítimas de casos judicialmente comprovados.

No Rio de Janeiro as vítimas foram contatadas por intermediação da ONG e em São Paulo, por advogados especializados nesse tipo de caso, os quais orientaram a identificação de decisões finais de processos públicos na Justiça comum. Infelizmente, o critério de comprovação pelos conselhos regionais de medicina do Brasil não pôde ser posto em prática em razão de preceito ético do CEM, que preconiza, na maior parte dos casos, a manutenção do anonimato dos profissionais investigados por esses órgãos de classe. Somente um dos 12 casos estudados teve a comprovação pelo Cremesp e sete outros pela Justiça comum.

A fim de resguardar o anonimato os entrevistados são identificados por outros nomes. Os erros de Márcia, Marília, Jorge, João e José ocorreram no sistema privado de saúde; os outros todos, no sistema público (Quadro 1, anexo). Para facilitar a compreensão do leitor quanto ao significado de cada fala, além do nome do entrevistado, identifica-se o erro do qual foi vítima.

Nos casos estudados, não se percebeu relação direta entre o tipo de erro e formas ou graus distintos de revolta ou aceitação. Pode-se supor que a forma como as vítimas lidam com o erro tenha maior relação com suas características particulares e individuais, e menor relação com o tipo de erro. Diante disso, considerou-se desaconselhável estabelecer generalizações ou comparações. Cada reação foi peculiar, o que reforça a ideia de que a resposta sofre influência da personalidade e caráter pessoal.

As entrevistas foram gravadas e sua transcrição, análise e interpretação, apoiadas em pressupostos e conceitos oriundos da obra de Walter Benjamin e da analítica de sentido²³, que

se apresenta como caminho para compreender a realidade, possibilitando a reconstituição da experiência. Tal método concebe a narrativa como forma artesanal de comunicação na qual a matéria-prima são as vivências, capazes de dar significado e contextualizar o vivido, apresentando-se como registro da experiência. Assim, narrar seria intercambiar experiências, na medida em que algo vivenciado pode ser elaborado. A partir da narrativa, pode-se abrir espaço para que experiências sejam contadas e dificuldades, ressignificadas²⁴.

Resultados

As histórias e casos trazidos são resultados de horas de narrativas dos participantes, que se dispuseram a relatar uma fase difícil de suas vidas. Para muitos, essas circunstâncias ainda são lembradas como um trauma, marcadas pelo sofrimento e profunda tristeza em ter de passar por uma situação decorrente de erro médico. Os pesquisadores procuraram reconhecer a importância da experiência de cada vítima, valorizando a arte de narrar fatos, que vem sendo prejudicada pelo excesso de explicação e falta de interesse na troca de experiências.

São trabalhadas neste artigo as fases iniciais da vivência do erro médico na vida das vítimas. Ou seja, as categorias do impacto da descoberta e da forma como a situação foi absorvida e encarada pelas vítimas. O momento da descoberta do erro é retratado com indignação e algumas vítimas ainda ficam perplexas diante da gravidade do ocorrido; parecem não acreditar que aquilo realmente aconteceu e que são obrigadas a suportar as sequelas desse erro:

“Eu fiquei sem chão. Eu fiquei sem saber o que ia fazer. Por que tinha acontecido aquilo? E até hoje eu fico me perguntando: ‘O que é que aconteceu para isso tá ocorrendo comigo?’ Quer dizer, mexe com a vida toda, né? Nos primeiros tempos, você acaba ficando dependente das pessoas pra tudo, desde escovar os dentes até ir ao banheiro. Então, é muito difícil, porque você quer fazer as coisas e não consegue. Você fica pensando: ‘Poxa, eu ia fazer uma coisa para eu melhorar e agora você fica pior ainda!’ É difícil (...). Quando aconteceu isso comigo [a cirurgia], eu tinha medo de passar na porta do hospital. Já me dava aquele calafrio, aquela crise de choro. Isso mexe com a cabeça da gente, que é capaz da gente ficar doida (...). Até eu começar a caminhar de novo, é igual uma criança aprendendo a andar, é até hilário, né? [risos]. É horrível os primeiros passos.

Tua autoestima está lá embaixo. Teu psicológico fica abalado” (Marina – operação de membro errado).

A descoberta do erro quase sempre foi feita pela própria vítima ou por outros médicos, responsáveis pelos procedimentos posteriores. A grande maioria dos profissionais que cometeu o erro não assumiu a falha diante do paciente, ou quando o fizeram, caso de dois deles, não cumpriram a promessa de arcar com as consequências e os gastos.

A tentativa de inscrever os fenômenos em quadros referenciais que lhes confirmam sentido faz parte da estrutura psicológica dos seres humanos. Muitas vezes, diante do novo, essa atitude revela o intuito de identificar e estabelecer relação de causalidade entre os acontecimentos, a fim de inscrevê-los no rol daquilo que se conhece e entende. Apesar de restringir-se a fenômeno de sentido negativo, observou-se, nas falas, que com as vítimas de erro médico não foi diferente. Achar o que teria motivado a ocorrência do erro é característica frequente dos discursos:

“Olha, já tentei me colocar na situação do médico, mas eu não consegui. Eu não sei se ele estava distraído, se ele levou problemas para o trabalho ou se a carga dele é muito excessiva e ele estava cansado, que acabou prejudicando na hora da cirurgia. Mas, eu acho assim, principalmente para um médico que lida com vidas, ele vai trabalhar e os problemas têm que ficar da porta para fora. Agora, se ele estava cansado, eu não sei. Você tentar arrumar uma explicação, mas não acha. Eu não sei o que ele tinha” (Marta – prótese colocada inadequadamente).

Após a descoberta do erro, outro desafio surge, segundo os participantes, que é conseguir um médico que aceite reparar erro de um colega de profissão. Tal situação é bem comum na realidade da vítima, e quase todos os entrevistados vivenciaram isso. José chegou a relatar que, só depois de ter procurado doze médicos, encontrou um que aceitou examinar o estado de seu olho após o erro. As demais vítimas também enfrentaram dificuldade em conseguir um profissional de confiança, para que o erro pudesse ser minimizado ou reparado, se possível.

Os sentimentos que as vítimas passam a vivenciar são únicos e particulares, sobretudo por causa da forma como concebem o erro e aceitam seu estado. De modo geral, a grande maioria tem sentimentos de desespero, raiva e impotência:

“Muito medo. E depois raiva. Muita raiva. Foi difícil me livrar desse... desse ranço aí. Foi difícil conseguir

perdoar o doutor D (nome do médico), que foi o primeiro médico. Foi difícil. Consegui. Consegui, mas não foi fácil. Não foi fácil, modéstia à parte, eu acho que não é pra qualquer um, não. Teve uma época, depois que eu tava assim, em fase de habilitação, que eu já voltei a guiar, eu cheguei a parar, eu fiz isso duas vezes, eu parei o carro na porta do hospital esperando ele sair. Ainda bem que ele não apareceu, que eu ia fazer uma... uma loucura. Eu ficava esperando: 'Esse cara vai passar aqui, vou quebrar os dois joelhos dele'. Eu cheguei a ficar nesse estado de revolta" (Jorge – prótese colocada inadequadamente).

Todos os participantes relatam que tiveram dificuldade para retomar suas vidas, com a diferença de que, para uns, foi mais fácil, como Marília (procedimento dermatológico inadequado), do que para outros, como João, que ficou paraplégico. A gravidade do caso desse último, entretanto, não o impediu de retomar seu cotidiano; apesar da grande dificuldade em voltar, conseguiu: *"lutei com dificuldades, mas voltei"*. Tal situação reforça a ideia de que as características pessoais e de personalidade podem ter maior importância na forma como os entrevistados lidam com a questão do que o tipo de erro.

Entretanto, mesmo considerando essas diferenças individuais, pode-se dizer, com base na análise das falas, que as adequações ao novo estilo de vida imposto afetam praticamente todas as áreas da vida dos entrevistados. Quase todos relatam mudanças que atingiram seu desempenho profissional, causando dificuldades e obstáculos que levaram à improdutividade e incapacidade laboral.

Muitos sentimentos expressos pelos participantes decorrem do impacto que o erro médico provocou em suas vidas. Essa situação produziu transformações e mudanças inevitáveis não apenas na rotina, mas também na maneira de encarar a vida. Foi possível perceber que algumas vítimas se tornaram mais criteriosas e questionadoras quanto aos procedimentos médicos e aos eventos cotidianos em geral. Outras afirmaram que experiências desse tipo promovem a valorização da vida e, conseqüentemente, maior apreço e consideração por aqueles com os quais convivem intimamente, como a família, por exemplo.

"Eu não sou mais uma paciente que se entrega cegamente ao médico. Eu fiquei uma pessoa extremamente cautelosa com regras e procedimentos. Tem uma coisa que eu mudei também. Eu sempre ouvia, na minha adolescência, para eu deixar para lá as coisas que aconteciam. Tanto que a médica cometeu

o erro, e eu estava deixando para lá. A Marília não deixa mais para lá. Tudo na vida a Marília questiona. A Marília vai lá. A Marília toma cuidado, fiquei mais cautelosa. Isso eu mudei muito, não só com relação a mim, mas também a quem eu amo" (Marília – procedimento dermatológico inadequado);

"Então, esse baque que eu tive ele me fez repensar em muitas coisas. Primeiro, eu dava muito valor à empresa e pouco à família. Então, hoje eu dou mais valor à família do que à questão profissional" (José – operação de órgão errado).

A postura crítica e a busca de direitos e justiça são características que se tornaram mais presentes nas vítimas. Justificam que isso se deve ao fato de se sentirem enganadas, tolhidas por mentiras e falsas declarações, de modo que passaram a adotar atitudes questionadoras. O medo de ter de voltar para fazer nova cirurgia ou submeter-se a outra intervenção médica também é recorrente entre os entrevistados. Tal sensação parece evidenciada pelo contraste entre a situação vivida e a lembrança da expectativa positiva em relação à intervenção antes do erro. Agora, além do receio de submeter-se a outra intervenção malsucedida, soma-se o fato de a cura ser improvável e a melhora apenas possível, reforçando o temor e a falta de confiança no trabalho de outro médico que possa atendê-los:

"Então, eu estou tentando achar outro médico, não aqui, porque aqui ninguém vai me atender direito. Mas, e o medo de operar o outro? Eu tenho medo de operar o joelho certo. Eu não sei nem o que pensar. Até pegar confiança em um médico, e depois conversar muito, para só depois pensar se vou fazer. Agora, nesse momento, se fosse para eu operar hoje, eu fugia do hospital que ninguém ia ver. Eu sinto muita dor ainda, mas eu prefiro ficar com a dor do que ter que passar por tudo isso" (Mariana – fez cirurgia de catarata e ficou cega).

Algumas narrativas também salientam a importância e necessidade da prestação de cuidado psicológico às vítimas, denotando que acreditam que esse serviço poderia ajudá-las a superar barreiras impostas pelo erro e a desenvolver melhores condições para enfrentar a vida. Tal hipótese parece ratificada pelo discurso daquelas que receberam esse tipo de cuidado de saúde mental, as quais reforçaram a importância do acompanhamento com profissional de psicologia. Esses entrevistados ressaltaram sua melhora tanto na aceitação de sua nova condição quanto na superação dos desafios apresentados pelas conseqüências do erro médico.

Discussão

Diversos autores destacam que, quando o ser humano é tomado por algo que não espera, sua atitude inicial é de espanto e surpresa, às vezes com momentos de negação^{25,26}. Contudo, passada essa fase, a pessoa entende melhor a situação e começa a vivê-la de maneira consciente, como percebido nos entrevistados.

O que se depreende das falas acerca do momento da descoberta é que a decisão de buscar compreender ou definir a causa do erro apenas suscita mais dúvidas e anseios nas vítimas. A falta de informação, diálogo e acolhimento pela instituição ou profissional aparece em todos os relatos. Isso foi mencionado repetidamente, demonstrando o quanto contribui para aumentar o sofrimento psíquico de quem é vítima de erro médico. As dúvidas geradas por essa situação se avolumam a tal ponto que até a presença do médico na sala de cirurgia é questionada, pois foram sedados sem ao menos trocar uma palavra ou saber se o profissional estava presente no local.

Uma visão abrangente e antropológica sobre o sofrimento indica que pode ser caracterizado como situação existencial que, cedo ou tarde, todo ser humano vivencia²⁷. Se pouco é possível fazer para evitá-lo, pode-se, no máximo, minimizar as agruras inerentes ao existir. Considerando essa perspectiva pode-se definir três passos para lidar com o sofrimento:

- 1) Aceitá-lo como algo presente, que se tem necessariamente de encarar. É o momento dramático da existência. A possibilidade de adotar postura positiva ou negativa diante do sofrimento dá liberdade de crescer e amadurecer;
- 2) O sofrimento traz novas lentes para ver o mundo. Diante dele, renuncia-se ao que era de suma importância. O sofrimento distancia a pessoa dos desejos que até então governavam sua existência e isso pode contribuir para que se sinta mais dona de si;
- 3) O sofrimento, para ter sentido, não pode ser tomado como fim em si. Para combatê-lo é preciso transcender o medo²⁸.

As narrativas também permitem perceber que os médicos têm dificuldades em admitir sua falha ao paciente. Além de toda a desestruturação emocional à que a vítima está sujeita em decorrência do erro, tal atitude só agrava seu sofrimento, que se intensifica com a falta de apoio, compreensão, respeito e ética por parte do responsável pelo tratamento¹⁷. Quando não é pautado pela confiança mútua, que deve presidir o vínculo entre médico e paciente, a

relação pode apresentar formas típicas de exercício da autoridade, como ordens e ameaças, lições de moral, atendimento impessoal e exclusivamente técnico, além da tendência a ignorar o problema do paciente, entre outras. O que se constatou neste estudo é que a atitude mais constante por parte do profissional na situação do erro médico é negar as percepções do paciente, mesmo que isso signifique ignorar um quadro clínico cujas complicações indicam nitidamente o erro²⁵.

O erro médico pode ter influência de ordem pessoal ou estrutural. A ordem pessoal é quando a responsabilidade é única e exclusiva do médico, muitas vezes originária de seu despreparo, por irresponsabilidade ou por motivos ocasionais. Os erros dessa categoria são sempre por imperícia, imprudência ou negligência. Os erros de ordem estrutural ocorrem principalmente quando a medicina é exercida em condições precárias e com equipamentos sucateados, por descaso dos governantes ou administradores do sistema em relação à saúde²⁹.

Pesquisa inglesa admitiu que 16% dos pacientes hospitalizados são vítimas de algum tipo de erro médico, e que metade desses erros é atribuída a deslizos nos procedimentos que antecedem à cirurgia ou a falhas de tecnologia e equipamento⁷. Na França, o erro médico é visto e estudado com rigor e a Justiça já identificou os erros mais comuns em função de sua tipologia. Um em cada dez pacientes hospitalizados é vítima de erro médico, mas o governo francês tem desenvolvido um arsenal regulatório para protegê-los e reduzir o número de erros, evitando principalmente a jornada de trabalho excessiva aos médicos³⁰.

Estudo realizado em Minas Gerais buscou conhecer a percepção de estudantes de medicina e de direito quanto ao nível de interesse e informação sobre erro médico e a necessidade de abordar o tema na graduação. Os autores conseguiram identificar que, para mais da metade dos participantes – 185 estudantes de medicina e 119 estudantes de direito –, o grande motivo de interesse pela temática está no fato de ser assunto atual³¹. Os alunos acreditavam que a influência da mídia sobre a população e o aumento do número das faculdades de medicina são fatores desencadeantes de erros médicos, razão pela qual consideravam a necessidade de conhecer e discutir o tema. O trabalho também indicou que uma das maneiras de prevenir a ocorrência do erro seria os profissionais de saúde praticarem uma assistência mais humanizada e digna ao paciente, fortalecendo o vínculo entre médico-paciente, pautado pelo respeito, paciência e tolerância³¹.

O aumento no número de casos de erros médicos no Brasil tem levado a uma situação inusitada: a consolidação da medicina defensiva, em que o profissional, na tentativa de se proteger, exagera no pedido de exames subsidiários mais sofisticados, omite-se nos procedimentos de alto risco e, por vezes, recusa pacientes graves e com maior potencial de complicações e sequelas. Essa forma de exercício da medicina sugere que o médico adote condutas tendo em mente uma possível necessidade de defesa ulterior, e, assim, estará resguardado, caso um paciente se torne potencial inimigo, que queira processá-lo^{5,32,33}.

A atividade médica no Brasil conta com quase 433 mil profissionais registrados em 2015, uma taxa de 2,11 médicos por 1.000 habitantes, com distribuição irregular de profissionais pelo país. A maior concentração está na região Sudeste, com 55,3% dos médicos de todo o Brasil³⁴. A população brasileira mostra-se cada vez mais rigorosa em relação aos procedimentos médicos, exigindo medicina de Primeiro Mundo. Todavia, nem sempre os serviços estão suficientemente equipados para atender tais demandas, e o nível de formação proporcionado por alguns cursos deixa a desejar, permitindo o aumento da ocorrência de eventos adversos, que denigrem a imagem da profissão³.

Ainda que se possa explicar o foco exclusivo no aperfeiçoamento técnico como decorrência da necessidade de alcançar resolutividade diante do aumento da demanda, tanto em quantidade de atendimentos quanto em exigência de qualidade, tal convergência tem provocado a desumanização da medicina, e sua adoção não privilegia médicos, pacientes nem a sociedade, como se poderia esperar. A competência técnica, indispensável à boa prática, é tão almejada que chega a solapar outro aspecto fundamental da profissão: as competências ética e humana. A vinculação humanitária deve ser a tônica da relação entre médico e paciente, mesmo considerando que a melhor e mais bem aplicada técnica deve orientar o tratamento e os procedimentos curativos³⁵.

A formação em medicina deveria ter duas funções básicas: fornecer ao estudante conhecimentos científicos e técnicos essenciais ao exercício da futura profissão; facilitar o processo de amadurecimento de personalidade adulta e equilibrada, capaz de entender a complexa estrutura biopsicossocial do paciente¹⁶. Do que se pode depreender da fala dos entrevistados, nem um nem outro desses aspectos essenciais foi perfeitamente contemplado na formação profissional daqueles que infligiram o erro a seus pacientes.

Não foi possível estabelecer relação direta entre a forma de perceber o erro médico e as variáveis de gênero ou relacionadas à tipologia do erro; por

outro lado, verificaram-se diferenças significativas, associadas à situação econômica e grau de instrução da vítima, e identificadas a partir do tratamento médico pós-erro. Tais variáveis parecem ter influído, inclusive, na aceitação do problema. Observou-se que as vítimas com ensino superior – Márcia, Marília e João – conseguiram melhor acesso ao tratamento posterior ao erro. Márcia (operação de membro errado) procurou médico de uma universidade paulista, Marília fez tratamento nos Estados Unidos (EUA) para resolver as sequelas de procedimento dermatológico equivocado e João contava com fisioterapeuta particular para sanar o problema decorrente da aplicação de anestesia em local inadequado.

Essas vítimas são aquelas de melhor situação econômica, o que favoreceu o acesso a bons médicos e tratamentos. Cabe lembrar que a definição de tratamento utilizada refere-se a procedimentos destinados a minimizar os danos, incluindo acompanhamento psicológico que essas vítimas puderam ter para ajudá-las no processo de aceitação. Diferentemente, os entrevistados que não tinham ensino superior e poder aquisitivo tão alto – Mariana, Jairo, Marina e Maria – sofreram erro médico no serviço público de saúde e dele continuaram dependendo para conseguir vaga para iniciar tratamento reparador. Cirurgia de catarata que levou à cegueira; esquecimento de material cirúrgico dentro do corpo; operação de membro errado; necessidade de cirurgia ignorada pelo médico – são esses os agravos que cada um deles sofreu (respectivamente) e que não receberam a devida atenção dos serviços públicos, nem quanto ao acompanhamento psicológico pelo qual não tinham condições de pagar:

“Há um tempo, eu tinha falado com minha mãe que eu gostaria de um acompanhamento psicológico, assim que aconteceu [o erro]. Só que não tive, porque para conseguir as coisas aqui é difícil, até mesmo quando são necessárias [no serviço público]. É difícil. Agora, imagine para conseguir um psicólogo? Acho que esse problema não é só aqui, esse problema gerado pelo SUS é em todo Brasil, em todos os lugares. Mas eu acho que eles deviam ter um pouco mais de consciência de que as pessoas que sofrem de erro médico acabam por um tempo interrompendo a vida e precisando de apoio” (Marina – operação de membro errado).

Desse modo, depreende-se que existe estreita ligação entre o erro médico e a situação econômica da vítima, principalmente no tange à amenização de suas consequências e às possibilidades de acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, apesar de terem conseguido tratamento bem diferente em

decorrência de seu nível econômico e educacional, as sensações subjetivas dos entrevistados diante dos distintos tipos de erro de que foram vítimas não apresentaram diferenças significativas. Todos se sentiram indignados, amedrontados, maltratados, desiludidos e desconfiados.

Assim, independentemente da gravidade e intensidade do erro, percebe-se que os sentimentos e as sensações subjetivas foram similares e equivalentes. Não houve diferenças expressivas, todos sofreram bastante por causa do erro. Dependência, impotência, dificuldade de aceitação e impedimento para trabalhar foram consequências vivenciadas por todas as vítimas, em maior ou menor grau e extensão. Até os que conseguiram retornar ao trabalho, o fizeram com bastante dificuldade, pois a “marca” do erro perdura em suas vidas até os dias de hoje, sem que prevejam grandes facilidades para superá-lo.

Outro dado significativo é que somente um dos entrevistados teve comprovado o erro por CRM. Os demais, por iniciativa própria ou de seu advogado, preferiram não submeter processo a essa instância, dirigindo-se diretamente à Justiça comum. Cabe aqui lembrar que neste estudo o critério inicial de inclusão de caso era a comprovação do erro médico, independentemente do órgão que o julgou. Portanto, não era foco da pesquisa saber por que a vítima dera entrada em determinada instância e não em outra. Todavia, o que se depreende das falas é que quase todos os entrevistados optaram pela Justiça comum, tendo em mira o retorno financeiro para compensar os gastos com tratamentos.

Os sentimentos trazidos pelas vítimas expressam o sofrimento psíquico que toda pessoa sente ao descobrir-se vítima de erro médico. Os discursos mostram que, a partir do momento em que passam a ser vítimas, suas vidas são transformadas, regidas por outra lógica, baseada nas perdas que afetam não apenas seu cotidiano e rotina, mas também a vida das pessoas a seu redor.

Considerações finais

Estudo realizado com estudantes de medicina e direito, apresentado anteriormente, verificou que os alunos de medicina já manifestavam a preocupação em lidar com processo por erro médico na futura vida profissional. É essencial tomar esse dado como referência, haja vista a afirmação dos estudantes entrevistados de que é imprescindível melhorar a abordagem da legislação relacionada à profissão e à ética médica³¹. A classe médica já se

encontra alarmada em razão do número crescente de processos éticos e judiciais, e apreensiva quanto às consequências a que as punições levariam, o que poderia inibir e ameaçar o processo científico, tornando a medicina uma ciência tímida e rotineira³.

No que diz respeito à referência feita por pesquisas mencionadas, à condição dos pacientes^{2,6,13}, percebe-se claramente que a comunidade médica está se sentindo acuada pelo empoderamento dos cidadãos e o “fortalecimento” da participação social, fatores que têm contribuído para despertar nos indivíduos a noção de direitos. Tais aspectos, segundo os autores desses estudos, tornaram o paciente mais contestador e exigente. Para o paciente, é importante compreender a relação de “poder” intrínseca ao vínculo médico-paciente, pois lhe permite recorrer a ações legais quando percebe que foi lesado por erro decorrente do tratamento médico.

Algumas instituições desenvolveram órgãos especiais para averiguar a situação do paciente. Em 1999, os EUA criaram a Agency for Healthcare Research and Quality, destinada a investigar a qualidade do cuidado médico e garantir a seguridade do paciente. Em 2002, na 55ª Assembleia Mundial da Organização Mundial de Saúde, formulou-se a Aliança Mundial para a Seguridade Clínica do Paciente, que manifesta maior preocupação dos prestadores de serviços médicos com ressarcimento financeiro por má prática e com a necessidade de indenização³¹. Na França, também em 2002, foi criado, por iniciativa do ministro da Saúde, o Ofício Nacional de Indenização dos Acidentes Médicos (Oniam), cuja finalidade é trabalhar pelas vítimas de algum agravo decorrente de atendimento médico e pela qualidade do sistema de saúde³².

Serviços de apoio a indivíduos que passam por situações de estresse ou traumas marcantes são fundamentais para que as vítimas de erro médico consigam enfrentar a vida de maneira menos negativa, visto que esses suportes oferecem escuta e atenção. A psicologia pode representar uma dessas formas de apoio, sendo o caminho procurado por algumas vítimas. Os profissionais da área podem incentivá-las a buscar suas potencialidades e autoconhecimento, e assim perceberem a importância de se tornarem capazes de agir para melhorar suas vidas, mesmo em circunstâncias adversas^{26,36}. Ao falar de apoio e auxílio nos casos de erro médico, não se pode deixar de considerar a família da vítima e o próprio médico, uma vez que podem precisar desse apoio por seu envolvimento nessa situação difícil e delicada. Afinal, eles também se sentem emocionalmente abalados com o acontecimento e as proporções que um erro médico pode tomar.

Estudos sobre o assunto revelam, porém, que tanto médicos quanto alunos de medicina mostram-se fortemente relutantes em aceitar que precisam de ajuda, principalmente em questões de cunho emocional. Se colocado no foco do cuidado psicológico, o médico emocionalmente perturbado tende a negar e esconder suas dificuldades emocionais. Esses estudos mostram que, de fato, negam seu sofrimento até mesmo para os amigos, a família e para si mesmos. Ocultam seus problemas porque isso ameaça seu direito ao exercício profissional, bem como seus ganhos. Tendem frequentemente a se autodiagnosticar e automedicar, e, quando buscam ajuda, o fazem de modo informal, com amigos e colegas de trabalho^{37,38}.

Pode-se depreender da análise desses trabalhos que, apesar da morbidade psiquiátrica estar em alta entre os médicos e alunos de medicina, são poucos o que realmente buscam ajuda. O preconceito em relação aos problemas emocionais parece ser – efetivamente – uma barreira que tem sempre alimentado esse impedimento. Evitar procurar ajuda apropriada associa-se também ao fato de que um problema de saúde mental pode ser visto como fraqueza, com repercussões na progressão de uma carreira bem-sucedida^{38,39}.

Para enfrentar isso, algumas escolas médicas têm investido em iniciativas que oferecem recursos de suporte aos seus estudantes, haja vista o desgaste emocional experimentado e as suas implicações na prática profissional²⁵. Esse é o caso da Faculdade de Medicina da USP, que, no empenho de promover o bem-estar de seus alunos e priorizar ações voltadas para o cuidado mais atencioso à qualidade de vida dos futuros médicos, criou o Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno (Grapal), o Programa Tutores e a integração curricular das disciplinas de humanidades médicas⁴⁰⁻⁴².

Por fim, a possibilidade de trabalhar com os registros orais e as experiências de 12 vítimas de erro médico permitiu expressar o complexo de representações, significações e atitudes desses sujeitos no agir social. Ao mesmo tempo, a analítica de sentido apresentou-se como caminho para melhor compreensão dessa realidade tão desconhecida pela comunidade científica brasileira, particularmente pelos estudiosos da área de saúde e instituições afins.

A grande questão e, ao mesmo tempo, a dificuldade deste trabalho é que ele não se resume a estudo de casos, ou seja, não se concentrou em comparar os casos para, quem sabe, conseguir lidar melhor com seu objeto. A questão proposta consistia em identificar as experiências das vítimas brasileiras de erros médicos e destacar para a comunidade científica que o sofrimento delas cria novas demandas de pesquisas, revelando situações adversas que precisam ser mais bem estudadas e trabalhadas. Aqui, não quisemos diferenciar a intensidade e gravidade dos erros, por mais que isso fosse inevitável, mas sim elucidar alguns dos desafios de ser vítima desses erros, especificamente no momento de sua descoberta e nas transformações comportamentais advindas posteriormente.

Ainda assim, diversos são os desafios e limitações que se apresentam na abordagem do erro médico, envolvendo processos na Justiça comum e nos conselhos de medicina. A proposta trazida aqui não pretende gerar conflito de interesse ou qualquer tipo de celeuma entre profissionais e pacientes, mas salientar para a comunidade científica os prejuízos à saúde física e mental de pessoas acometidas por uma situação cada vez mais comum no Brasil, de forma a sinalizar medidas de cuidado para minimizar a dor e sofrimento de todos os envolvidos num erro médico.

O artigo é fruto de pesquisa realizada para elaboração de tese de doutorado, desenvolvida no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Referências

1. Giostri HT. Erro médico à luz da jurisprudência comentada. Curitiba: Juruá; 2002.
2. Fujita RR, Santos IC. Denúncias por erro médico em Goiás. Rev Assoc Med Bras. 2009;55(3):283-9.
3. Kfoury Neto M. Responsabilidade civil do médico. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2010.
4. Leape LL. A system analysis approach to medical errors. In: Cohen MR, editor. Medication errors. Washington: American Pharmaceutical Association; 1999.
5. Minossi JG. Prevenção de conflitos médico-legais no exercício da medicina. Rev Col Bras Cir. 2009;36(1):90-5.
6. Rosa MB, Perini E. Erros de medicação: quem foi? Rev Assoc Med Bras. 2003;49(3):335-41.
7. Weerakkody RA, Cheshire NJ, Riga C, Lear R, Hamady MS, Moorthy K *et al*. Surgical technology and operating-room safety failures: a systematic review of quantitative studies. BMJ Qual Saf. 2013;22(9):710-8.
8. Santos Jr. JCM. Avaliação médica: o consumo na medicina e a mercantilização da saúde. Rev Bras Coloproct. 2006;26(1):70-85.

9. Carvalho M, Vieira AA. Erro médico em pacientes hospitalizados. *J Pediatr (Rio J)*. 2002;78(4):261-8.
10. Cernadas JMC. Participación de los pacientes y los padres em la prevención de los errores em medicina. *Arch Argent Pediatr*. 2009;107(2):97-8.
11. Gomes JCM, França GV. Erro médico: um enfoque sobre sua origem e suas consequências. Montes Claros: Unimontes; 1999.
12. Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(4):393-406.
13. Udelsmann A. Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. *Rev Assoc Med Bras*. 2002;48(2):172-82.
14. Gomes JCM, Drumond JGF, França GV. Erro médico. Montes Claros: Unimontes; 2001.
15. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União*. Brasília, p. 90, 24 set 2009. Seção 1.
16. 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.
17. Domínguez BNR. Calidad de la atención de salud: error médico y seguridad del paciente. *Rev Cub Salud Pública*. 2005;31(3):239-44.
18. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press; 2000.
19. Souza NTC. Erro médico: conceitos jurídicos. *Revista Âmbito Jurídico*. 2006;9(32):1-2.
20. Mendonça VS, Delamanha RL, Carvalho JB, Custodio EM. Erro médico no Brasil: um panorama das publicações entre os anos de 2003 a 2012. In: *Anais do II Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde e III Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde: 2013 jul 4-6; Faro, Portugal*. [s.l.]: [s.ed.]; 2013.
21. Mansur NS, Oliveira RA. *O médico e a justiça*. São Paulo: Cremesp; 2006.
22. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27.
23. Critelli DM. *Análise do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: EduC Brasiliense; 1996.
24. Benjamin W. *Magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense; 1994.
25. Mello Filho J, Burd M. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
26. Straub RO. *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2005.
27. Freud S. *Além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Imago; 1920.
28. Morse JM, Carter B. The essence of enduring and expressions of suffering: the reformulation of self. *Sch Inq Nurs Pract*. 1996;10(1):43-60.
29. França GV. *Direito médico*. Rio de Janeiro: Forense; 2010.
30. Grange P, Papillon F. *Erreurs médicales*. Paris: NIL; 2008.
31. Chehuen Neto JA, Sirimarco MT, Figueiredo NSV, Barbosa TN, Silveira TG. Erro médico: a perspectiva de estudantes de medicina e direito. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(1):5-12.
32. David G, Sureau C. De la sanction à la prévention de l'erreur médicale. Paris: Lavoisier; 2006.
33. Minami CA, Chung JW, Holl JL, Bilimoria KY. Impact of medical malpractice environment on surgical quality and outcomes. *J Am Coll Surg*. 2014;218(2):271-8.
34. Scheffer M. *Demografia médica no Brasil*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da USP/CFM/Cremesp; 2015.
35. Miranda-Sá Junior LS. *Uma introdução à medicina*. Brasília: CFM; 2013.
36. Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 10, de 21 de julho de 2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. *Diário Oficial da União*. Brasília, p. 8-15, 21 jul 2005.
37. Pereira Filho A. *Análise das vulnerabilidades como facilitadoras da ocorrência de erros médicos no Estado de São Paulo (2000-2009) julgados pelo Conselho Regional de Medicina [dissertação]*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2012.
38. Spencer J. Physician, heal thyself – but not on your own, please. *Med Educ*. 2005;39(6):548-9.
39. Galam E. *L'Erreur médicale, le burnout et le soignant*. Paris: Springer; 2012.
40. Souza EN, Gianini RJ, Azevedo Neto RS, Eluf-Neto J. Perfil do médico residente atendido no Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno (Grupal) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(6):684-91.
41. Bellodi PL. *O Programa Tutores e a integração dos calouros na FMUSP*. *Rev Bras Educ Med*. 2004;28(3):204-14.
42. Rios IC, Lopes Junior A, Kaufman A, Vieira JE, Scanavino MT, Oliveira RA. A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP: um caminho para o ensino. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(1):112-21.

Participação dos autores

Vitor Silva Mendonça participou do delineamento, coleta, análise dos dados e redação do artigo. Eda Marconi Custódio orientou a pesquisa e revisão do artigo.



Anexos

Quadro 1. Descrição e situação dos casos de erros médicos, entre outubro de 2011 e outubro de 2012

Vítima	Descrição do erro médico	Situação/instância do processo
Mariana	Cirurgia de catarata que levou à cegueira	Comprovado/Justiça RJ
Marcela	Ausência de médico responsável no parto	Comprovado/Justiça RJ
Márcia	Operação de membro errado	Comprovado/Justiça RJ
Marília	Procedimento dermatológico inadequado	Comprovado/Justiça SP e Cremesp
Jorge	Prótese colocada inadequadamente	Comprovado/Justiça SP
João	Aplicação de anestesia em local inadequado	Comprovado/Justiça RJ
José	Operação de órgão errado	Comprovado/Justiça SP
Jairo	Esquecimento de material cirúrgico dentro do corpo	Comprovado/Justiça SP
Marina	Operação de membro errado	Em tramitação/Justiça SP
Marta	Prótese colocada inadequadamente	Em tramitação/Justiça SP
Maria	Necessidade de cirurgia ignorada pelo médico	Em tramitação/Justiça SP
Jeremias	Indicação de medicamento alérgico ao paciente	Em tramitação/Justiça SP

Roteiro de entrevista

Caracterização do participante:

- 1) Idade
- 2) Sexo
- 3) Escolaridade
- 4) Profissão/ocupação (se aposentado, saber qual era a ocupação)
- 5) Classe econômica em que a pessoa se considera
- 6) Estado civil

Questão disparadora:

- 1) Fale-me como foi a sua experiência da descoberta do erro médico até os dias de hoje.

Aspectos a serem abordados na entrevista:

- 1) Expectativas antes do procedimento médico.
- 2) Como o erro foi descoberto?
- 3) Reação do profissional após o acontecido.
- 4) Foi oferecido algum tipo de ajuda ou auxílio? Quem ofereceu?
- 5) O erro interfere na sua vida? Caso sim, de que forma?
- 6) Percebe a importância da psicologia para as vítimas do erro?