

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

VITOR SILVA MENDONÇA

O DESVELAR DO SOFRIMENTO: A VIVÊNCIA DO SER VÍTIMA DE
ERRO MÉDICO

SÃO PAULO

2015

VITOR SILVA MENDONÇA

O DESVELAR DO SOFRIMENTO: A VIVÊNCIA DO SER VÍTIMA DE
ERRO MÉDICO

(Versão original)

Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, sob a orientação da Professora Doutora Eda Marconi Custódio.

SÃO PAULO

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Mendonça, Vitor Silva.

O desvelar do sofrimento: a vivência do ser vítima de erro médico / Vitor Silva Mendonça; orientadora Eda Marconi Custódio. -- São Paulo, 2015.

172 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Erros médicos 2. Experiência de vida 3. Saúde mental 4. Sofrimento 5. Vítima I. Título.

R729.8

O Desvelar do Sofrimento: a vivência do ser vítima de erro médico

VITOR SILVA MENDONÇA

Tese submetida ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovada em

Banca examinadora

Profª. Drª. Eda Marconi Custódio – Orientadora – IPUSP

Profª. Drª. Maria Luisa Sandoval Schmidt – IPUSP

Profº. Drº. Reinaldo Ayer de Oliveira – FMUSP

Profª. Drª. Maria Júlia Kovács – IPUSP

Profº. Drº. Paulo Corrêa Vaz de Arruda – FMUSP

Aos meus amigos pelo apoio pleno
e fortalecedor.

AGRADECIMENTO

Agradeço à Universidade de São Paulo e ao Instituto de Psicologia por me proporcionarem um contato com o mundo acadêmico e científico, sem igual.

Ao CNPq pelo suporte financeiro para a realização da pesquisa no Brasil.

À Capes pelo financiamento e apoio à extensão do meu estudo no cenário internacional.

À Defensoria Pública, ao Espaço Saúde, a AVERMES, a Célia Destri e a Senhora Vita, por todo o esforço dedicado ao momento da minha coleta de dados.

À Université Paris Diderot por proporcionar o estágio de doutorado.

À École des Hautes Études en Sciences Sociales e a professora Denise Jodelet pela acolhida diferenciada, pelas conversas frutíferas e por mostrar-me que a ciência está muito além dos muros da academia.

À Marilene Proença, Olívia, Sandra e Ari pela paciência e aprendizado acerca do mundo da pós-graduação e suas burocracias.

Aos professores Reinaldo e a Malu pelas contribuições generosas no exame de qualificação. Ao professor Reinaldo todo meu agradecimento e gratidão pelas inúmeras conversas e discussões que foram além desta tese. Todo meu respeito pela pessoa ética e generosa que é.

À minha querida Eda por permitir todos os meus sonhos e devaneios e neles acreditar, pela postura acolhedora e respeitosa aos seus alunos e pelo interesse genuíno e particular comprometido com a minha pesquisa.

Aos meus colegas de Paris, Dani, Rita, Thiago e Francis, pela rede de apoio e familiar que foi desenvolvida. Momentos de tristeza e alegria passamos. Memórias e lembranças que não serão esquecidas.

Aos meus queridos e amados amigos, Carol, Andrea, Elise, Munick, Lígia e Rorello, pelos momentos de escuta, trocas, companheirismo, conforto e encorajamento, e também por me ensinarem a não ter vergonha de lutar.

Aos meus familiares por acreditarem no meu potencial, pelo respeito e humanidade passados, pela paciência e conforto nos momentos em que tudo parecia estar perdido, pela doçura ao caminharem junto comigo em mais esta etapa da vida.

O remédio mais usado em Medicina é o próprio médico.
O qual, como os demais medicamentos, precisa ser conhecido em sua posologia, reações
colaterais e toxicidade.
(Michael Balint, 1955)

RESUMO

Mendonça, V. S. (2015). *O Desvelar do Sofrimento: a vivência do ser vítima de erro médico*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.¹

A evolução tecnológica e a inovação dos recursos médicos tornaram crescentes e impulsionaram a busca por procedimentos realizados pela Medicina no Brasil e, como consequência, o número de erros médicos também aumentou. O erro médico advém de uma conduta inadequada, capaz de produzir dano à vida ou agravo à saúde do seu paciente, por ação ou omissão do profissional médico, mediante a imperícia, imprudência ou negligência. Essa situação tem se tornado cada vez mais comum nos cenários nacional e internacional. No Brasil, não se tem uma dimensão exata do número de pessoas acometidas pelo erro médico, como também, não se têm pesquisas aprofundadas envolvendo a subjetividade e o sofrimento das vítimas na literatura nacional. O objetivo desta tese foi investigar o sentido dado pelas vítimas de erro médico a essa sua condição existencial e também analisar o sofrimento psíquico implicado nesse processo, à luz da perspectiva fenomenológico-existencial e das contribuições de Walter Benjamin. Foi conduzida uma entrevista semiestruturada com uma questão inicial disparadora, realizada com 12 pessoas vítimas de erro médico. Os dados foram tratados a partir da análise de sentido. Pôde-se observar, dentre outros aspectos, que as vítimas inicialmente demoram para acreditar no que estão vivenciando, ficando perplexas e indignadas diante do erro médico do qual foram vítimas. Verificou-se que algumas souberam por outros profissionais da ocorrência do erro, e nenhum dos médicos que cometeu o erro foi o responsável pelo suporte e condução da correção. Assumir que errou foi pouco visto nos

¹ É preciso destacar que esta pesquisa não tem o propósito e nem a finalidade de gerar conflito de interesse.

discursos e atitudes dos médicos envolvidos. Os sentimentos de ódio, raiva e desespero tomam conta da vivência das vítimas. A rotina de vida se modifica, e as vítimas se tornam, muitas vezes, dependentes e impossibilitadas de continuar com suas responsabilidades e afazeres. As narrativas das vítimas indicaram que cada indivíduo tem seu modo subjetivo de enfrentar e reagir ao erro, e o sofrimento é um elemento peculiar a esse processo. O conceito de erro médico, formulado pelas vítimas, apresenta uma conotação negativa e representa uma atuação profissional sem qualidade, retratando a realidade do contexto sanitário que o País vive, sem respeito e consideração pelo paciente. Sobre o julgamento dos casos, as vítimas destacaram a demora na deliberação do processo e sentiram-se surpresas quanto às brandas punições aplicadas aos médicos condenados. Com base nas reflexões, é possível apontar que o estigma do erro médico tem uma forte ligação com os juízos de valores e culturais impostos no País, o que dificulta a sua aceitação tanto para a vítima quanto para o profissional. A relação médico e paciente tem se mostrado desgastada, sem haver o respeito e consideração à individualidade da pessoa como paciente, distanciando o médico de uma prática humanizada e dos aspectos bioéticos. As narrativas permitem um pensar sobre o sofrimento psíquico das vítimas e ajudam a compreender melhor os aspectos emocionais, comportamentais e sociais de uma vítima de erro médico no Brasil. A partir das análises, identificou-se a necessidade de um olhar mais cauteloso e atento da Psicologia para o cuidado à saúde mental dos envolvidos no erro.

Palavras-chave: erro médico, experiência de vida, saúde mental, sofrimento, vítima

ABSTRACT

Mendonça, V. S. (2015). *The Unveiling of Suffering: the experience of being a victim of a medical error*. PhD thesis, Postgraduation Program in School Psychology and Human Development, Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

The technological evolution and the innovation of medical resources increased and boosted the search for medical procedures in Brazil, and, as a consequence, the number of medical errors has also raised. The medical error results from an inadequate procedure than can either damage the patient's life or worsen his/her health, and that follows an action or omission of the doctor, because of his/her malpractice, imprudence or negligence. Such a situation has become more and more common both in the national and in the international scene. In Brazil, there is not an exact dimension of the number of people affected by medical errors, nor there is depth research about the victims' subjectivity and suffering in the national literature. The aim of this thesis was to investigate the meaning the victims of medical errors give to their current existential condition, as well as to analyze the psychic suffering involved in such a process, in the light of the phenomenological-existential perspective and of Walter Benjamin's contributions. We conducted a semi-structured interview in which there was an initial triggering question with 12 people who were victims of medical error. The data were treated from the analysis of meaning. Among other aspects, we could observe that first it takes a long time for the victims to believe what they are experiencing. They are astonished and indignant as they stand before the error they fell victims to. We found out that some of the victims were informed by other professionals of the occurrence of the error, and that none of the doctors who made the error became responsible for supporting and performing the correction. To assume the error was something that was hardly verified in the speech and

attitudes of the doctors involved in the error. Hate, anger and despair are experienced by the victims. The daily routine changes, and a lot of times the victims become dependent and incapable of taking over their previous responsibility and tasks. The victims' narratives show that each individual has his/her subjective way to face and react to the error, and suffering is a peculiar element of such a process. The victims' concept of medical error has a negative connotation, and it stands for professional performance without any quality, which portrays the reality of the country's health context, without any respect or consideration for the patient. As for the judgement of the cases, the victims highlighted the slow process of deliberation, and they were surprised with the light punishment inflicted on the doctors condemned. From our study, we can state that the medical error stigma is strongly tied with the country's culture and value judgements, which makes it more difficult for the victim and the professional to accept it. The relation between doctor and patient has worn out, without any respect or consideration for the patient's individuality, which distances the doctor from a humanized practice and bioethical issues. The narratives let us think about the victims' psychic suffering, and they help us understand better the emotional, social and behavior issues of a victim of medical error in Brazil. From the analyses undertaken, it was identified the need for a more cautious and attentive look of Psychology to the mental health care of the people involved in the error.

Keywords: medical error, life experience, mental health, suffering, victim

RÉSUMÉ

Mendonça, V. S. (2015). *Le dévoilement de la souffrance : l'expérience d'être victime d'une erreur médicale*. Thèse de Doctorat, Programme de Graduat en Psychologie Scolaire et du Développement Humain, Institut de Psychologie, Université de São Paulo, São Paulo.

L'évolution technologique et l'innovation des ressources médicales ont augmenté et encouragé la recherche de procédures réalisées par la médecine au Brésil et, par conséquent, le nombre d'erreurs médicales a également augmenté. L'erreur médicale provient d'une conduite inadéquate, capable de nuire à la vie ou d'aggraver la santé du patient, par action ou omission du professionnel médical, par maladresse, imprudence ou négligence. Cette situation est devenue de plus en plus courante sur les scénarios national et international. Au Brésil, il n'y a pas de mesure exacte du nombre de personnes touchées par l'erreur médicale, comme il n'y a également pas de recherches approfondies impliquant la subjectivité et la souffrance des victimes dans la littérature nationale. L'objectif de cette thèse était d'étudier le sens donné par les victimes d'erreur médicale à leur condition existentielle et également analyser la souffrance psychique impliquée dans ce processus, à la lumière de la perspective phénoménologique-existentielle et des contributions de Walter Benjamin. Une interview semi-structurée a été menée avec une question initiale déclencheuse, réalisée avec 12 personnes victimes d'erreur médicale. Les données ont été traitées à partir de l'analyse de sens. On peut observer, parmi d'autres aspects, que les victimes ont initialement mis du temps à croire en ce qu'ils étaient en train de vivre, étant perplexes et indignées face à l'erreur médicale de laquelle ils ont été victimes. Il a été vérifié que certaines d'entre elles ont appris la survenance de l'erreur par d'autres professionnels, et aucun des médecins qui avaient commis l'erreur n'a été responsable du support et de la conduite de la correction. Assumer

qu'il a commis une erreur a été très peu vu dans les discours et les attitudes des médecins impliqués. Les sentiments de haine, de colère et de désespoir prennent compte de l'expérience vécue par les victimes. La routine de vie se modifie et les victimes deviennent souvent dépendantes et dans l'impossibilité de continuer avec leurs responsabilités et activités. Les histoires des victimes ont indiqué que chaque individu a son mode subjectif de faire face et de réagir à l'erreur, et la souffrance est un élément particulier à ce processus. Le concept d'erreur médicale, formulé par les victimes, présente une connotation négative et représente un travail professionnel sans qualité, montrant la réalité du contexte sanitaire que le pays vit, sans respect et considération pour le patient. Au sujet du jugement des cas, les victimes ont souligné un délai excessif dans la délibération du processus et ont été surpris par les maigres punitions appliquées aux médecins condamnés. Sur base de ces réflexions, il est possible de souligner que la stigmatisation de l'erreur médicale a un lien fort avec les jugements de valeurs et culturels imposés dans le pays, ce qui rend difficile son acceptation tant pour la victime que pour le professionnel. La relation médecin et patient s'est montrée limitée, sans y avoir de respect et de considération à l'individualité de la personne comme patient, distanciant le médecin d'une pratique humanisée et des aspects bioéthiques. Les histoires permettent une pensée au sujet de la souffrance psychique des victimes et aident à mieux comprendre les aspects émotionnels, comportementaux et sociaux d'une victime d'erreur médicale au Brésil. À partir des analyses, la nécessité d'un regard plus prudent et attentif de la psychologie dans le soin de la santé mentale des personnes impliquées dans l'erreur.

Mots-clés : erreur médicale, expérience de vie, santé mentale, souffrance, victime

LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVERMES – Associação das Vítimas de Erros Médicos

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CRM – Conselho Regional de Medicina

GRAPAL – Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONIAM – Ofício Nacional de Indenização dos Acidentes Médicos

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 O erro médico: tecendo algumas considerações	19
1.2 A abordagem fenomenológica existencial e a experiência em Walter Benjamin: os desígnios teóricos	33
2 OBJETIVOS	39
2.1 Geral	39
2.2 Específicos	39
3 MÉTODO	40
3.1 Participantes	40
3.2 Instrumento	41
3.3 Procedimentos	42
3.4 Aspectos éticos	44
4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1 Conhecendo as histórias, ouvindo as narrativas e apresentando os casos	49
5.2 As expectativas do paciente em relação à intervenção médica <i>versus</i> a descoberta do erro médico	57
5.3 Impactos na trajetória de vida do paciente: em que o erro me transformou	72
5.4 O erro médico no sistema de saúde brasileiro: do conceito à prática	82
5.5 Aspectos legais e jurídicos: uma questão de respeito à vítima	98

5.6 Pelas entrelinhas da pesquisa: modos de reviver e expressar a trajetória do erro ..	124
5.7 O papel da Psicologia no cuidado à saúde mental dos envolvidos no erro	
médico	128
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
REFERÊNCIAS	148
Apêndices	162
Anexos	167

APRESENTAÇÃO

Minha incursão nas discussões de temas voltados para a área da saúde teve início ainda na época da faculdade de Psicologia e acompanha toda a minha carreira como pesquisador. No doutorado não poderia ser diferente.

Finalizado o mestrado, a necessidade de alcançar novos voos era certa. E isso incluía a vontade de estudar na Universidade de São Paulo. Iniciei um trabalho de levantamento sobre temas pertinentes e inovadores para um projeto de doutorado e acabei me deparando com algumas pesquisas sobre erro médico.

Realizei um levantamento bibliográfico nacional mais detalhado e percebi ser esse um tema pouco explorado, principalmente quanto aos aspectos emocionais dos pacientes que sofrem com o erro. As pesquisas na época apresentavam muitos subtemas dentro dessa temática mais abrangente, porém o sofrimento e a situação da vítima como aquela que experiencia o erro eram pouco explorados. Até mesmo na literatura interacional quase inexistiam estudos com esse tipo de abordagem.

Fui ficando cada vez mais instigado para estudar essa temática, uma vez que as pesquisas realizadas insistiam em abordar o profissional médico sem levar em questão a vítima. Considerando-se que grande parte dos estudos, nacionais e internacionais, reforçava a ampla ocorrência de erros médicos em proporções alarmantes em nível mundial e sem focalizar a vítima, resolvi aceitar o desafio. Pronto, a ideia para o projeto estava lançada. Iria pesquisar vítimas de erro médico.

Dessa forma, nesta tese, serão analisadas a vivência da pessoa como vítima de um erro médico no Brasil, as questões inerentes a esse processo, os aspectos relacionados com o sofrimento que essa vítima atravessa, na qualidade de pessoa que experiencia o erro médico em sua vida. Tentar, assim, trazer ao mundo científico um pouco do outro extremo que não

ganhava destaque nas pesquisas. Tornar coletivo e partilhado o lado da vítima, no erro médico, de modo a transmitir à Medicina, à Psicologia, ao Direito e a outras áreas e campos afins a existência de uma realidade que precisa ser enxergada, considerada e respeitada.

Uma ressalva é importante. Gostaria de afastar desde já a impressão de que pode ser comum, nos estudos da saúde, que o pesquisador “condene” e “acuse” os contextos e os participantes de sua pesquisa. Procuro evitar definitivamente a assimilação do pesquisador a uma espécie de modelo especialista que denuncia a falha e que superpõe a receita. Pretendi que os conhecimentos produzidos por esta pesquisa pudessem promover a reflexão e, quem sabe, uma transformação na realidade pesquisada.

Longe daqui e do meu propósito era querer avaliar de fato a postura profissional dos médicos. Claro que aquelas condutas envolvidas no erro se fizeram presentes e foram discutidas. Mas, tampouco interessava descobrir o possível culpado para a ocorrência do erro, nem se houve uma falha individual ou decorrente de um conjunto de equipamentos, e isso usado para minimizar uma responsabilidade. Na verdade, a grande válvula propulsora era investigar o sentido dado por pacientes vítimas de erro médico à sua experiência e vivência do fato ocorrido.

Como pesquisador, tive a possibilidade de aplicar um olhar externo aos obstáculos que os profissionais médicos e a Medicina enfrentam ao deixar para segundo plano a pessoa da vítima. Talvez esse olhar permita surgirem caminhos para a superação. Entendo que não é simples o desafio de responder às demandas numerosas e heterogêneas impostas à Medicina, de promover o bem-estar e o alívio ao paciente. E de fazer isso todos os dias.

Porém, também, calar-se diante da carência de um olhar mais acolhedor às vítimas, de procurar entender esse universo e tudo aquilo que perpassa esse novo existir seria desleal. A necessidade de uma visão mais científicista, a fim de considerar essa realidade desprovida de estudos numa realidade vista, analisada e discutida, é o que de fato espero conseguir mostrar

nas próximas linhas. Nelas, estimo que minhas indagações iniciais tenham evoluído e procuro mostrar os resultados que elas puderam produzir.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O erro médico: tecendo algumas considerações

A evolução tecnológica, na atualidade, permite ao homem identificar fragmentos que compõem seu DNA, que conheça seu funcionamento cerebral e até mesmo arriscar-se para além da órbita da Terra. Contudo, o homem ainda adocece, está sujeito a acidente e à dor. Quando isso acontece, resta-lhe confiar a sua vida à ação do médico, que passa a ser o responsável por sua cura e salvação ou, então, pelo seu insucesso. Ao confiar a sua vida ao médico, estabelece-se uma expectativa em relação ao poder resolutivo da Medicina, uma vez que a formação desse profissional que lida com vidas humanas é fortemente marcada pela busca da infalibilidade e influenciada pela mensagem hegemônica de que erros são inaceitáveis quando se tem um doente em suas mãos. É nessa profissão, também, que se espera a prevenção dos males e a melhoria dos padrões de vida e saúde da coletividade, tendo, assim, o médico uma representação de proximidade com a figura do sacerdote, ungido com o dom de cura (Fujita & Santos, 2009; Kfoury Neto, 2010; Leape, 1999; Rosa & Perini, 2003).

Até alguns anos atrás, o dano advindo da atuação do médico era tido como intolerável e inconcebível. Nos tempos atuais, em que a ciência médica apresenta grande arsenal tecnológico, beneficiando em muito o ser humano, tornou-se mais invasiva, com maiores riscos e danos ao paciente. Logo, o insucesso na assistência prestada pode ocorrer, levando ao sentimento de frustração, de ambas as partes, diante do acontecimento (Fujita & Santos, 2009; Kfoury Neto, 2010; Leape, 1999; Minossi, 2009; Rosa & Perini, 2003; Weerakkody et al., 2013). Mas, antes de pensar no fracasso, é preciso contextualizar historicamente o assunto e destacar a conjuntura do País com relação aos eventos da Medicina.

De acordo com Santos Júnior (2006), no Brasil, tem crescido abruptamente a busca por intervenções clínicas, de modo que as causas divergem desde procedimentos médicos necessários ao paciente até intervenções destinadas a melhorias estéticas. O consumo dos recursos médicos pela população brasileira vem crescendo, assim como a utilização de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas que visam a melhorias da saúde, apontam Rosa e Perini (2003). Paralelamente, crescem também os acontecimentos denominados eventos adversos, ou mais comumente chamados de erros médicos, durante ou após a assistência ao paciente (Carvalho & Vieira, 2002; Cernadas, 2009; Fujita & Santos, 2009; Gomes & França, 1999; Gomes, Drumond & França, 2001; Mendes et al., 2005; Rosa & Perini, 2003; Udelsmann, 2002; Weerakkody et al., 2013).

Relata-se, historicamente, que os povos da Antiguidade elaboraram uma legislação que regravava a conduta profissional da atividade médica, chamado Código de Hammurabi (1750-1686 a. C.), no qual se previam penas severas, como amputação das mãos, entre outras, aos médicos que não tivessem sucesso nos procedimentos (Giostrì, 2002; Gomes, Drumond & França, 2001).

A Medicina é uma das profissões mais antigas do mundo e a incidência do erro de quem a pratica também é igualmente antiga. Os povos da Antiguidade e Idade Média já puniam os médicos que cometiam erros. Na Roma antiga, estabeleciam-se alguns delitos específicos dos médicos, como abandono de pacientes e erros, nos quais o médico era obrigado a indenizar por conta desse erro, delineando-se, assim, a responsabilidade civil do médico. Nessa época, também, a responsabilidade já dependia da convicção de culpa e passava por avaliação de um grupo de médicos que determinavam se o profissional da Medicina havia tido culpa ou não pelo mal resultado de sua ação (Moraes, 2003; Undelsmann, 2002).

O erro médico pode ser entendido e 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” (Gomes, Drumond & França, 2001, p. 27). Giostri (2002, p. 136) entende o erro médico como “[...] uma falha no exercício da profissão, do que advém um mau resultado ou um resultado adverso, efetivando-se através da ação ou da omissão do profissional”. Seguindo uma tradição jurídica, Souza (2006, p. 1) conceitua o erro médico como a “[...] responsabilidade civil do médico, por eventuais danos causados ao paciente”. O Código de Ética Médica não traz nenhuma definição a respeito do tema, entretanto, o art. 1º do Capítulo III destaca que é vedado ao médico “[...] causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência” (Brasil, 2009, p. 4).

Essas três maneiras de se classificar o erro médico ou, na terminologia jurídica, de considerar a conduta culposa do profissional, uma vez que ele não tinha a intenção do ato, podem ser assim conceituadas:

1. imperícia – é a 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 a um despreparo técnico e/ou prático por insuficiência de conhecimento;
2. imprudência – seria o descuido, a prática de ação irrefletida ou precipitada, resultante de imprevisão do agente em relação ao ato que podia ou devia pressupor. É o momento em que o médico assume riscos para o paciente sem respaldo científico para seu procedimento. Um exemplo claro: o cirurgião que opera sem o diagnóstico correto e sem o preparo adequado do paciente;
3. negligência – é quando não se oferecem os cuidados necessários ao paciente, sugerindo inação, passividade ou ato omissivo, implicando desleixo ou falta de

diligência capaz de determinar responsabilidade por culpa. Os esquecimentos de gases, pinças e compressas são exemplos dessa ordem (Bitencourt et al., 2007; Domínguez, 2005; Kfoury Neto, 2010; Kohn et al., 2000; Souza, 2006).

França (2010) advoga que, no erro médico, pode ter uma ordem pessoal ou estrutural envolvida. A ordem pessoal é aquela em que a responsabilidade é única e exclusiva do médico, muitas vezes originária pelo seu despreparo, por sua irresponsabilidade ou por motivos ocasionais. Os erros dessa categoria são sempre por imperícia, imprudência ou negligência. Já os erros de ordem estrutural são motivados, principalmente, quando a Medicina é exercida em condições precárias e com equipamentos sucateados, devido ao descaso em relação à saúde.

Todavia, é preciso argumentar que o assunto necessita de uma análise extrema e cautelosa, para não ser confundido com acidente imprevisível ou resultado incontrolável. O primeiro é caracterizado com um resultado lesivo supostamente oriundo de um caso fortuito ou de força maior à integridade física ou psíquica do paciente durante o ato médico, porém incapaz de ser previsto. O resultado incontrolável é decorrente da própria evolução da doença ou da situação clínica em que a capacidade profissional ou o conhecimento científico não oferecem solução (França, 2010; Grange & Papon, 2008).

Na literatura científica mundial, 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, 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 (Hiatt, 1992).

O Instituto de Medicina dos Estados Unidos desenvolveu um projeto para avaliar as denúncias de má prática dos profissionais médicos americanos, haja vista que o erro médico estava situado em quarto lugar entre as maiores causas de óbito da população, no ano de 1997, com uma estimativa de aproximadamente 98 mil mortes de cidadãos americanos, anualmente, em consequência dos erros médicos. Somente no ano de 1995, houve mais de três mil ações contra médicos nos Estados Unidos (Gomes, Drumond & França, 2001; Kohn et al., 2000).

Na Inglaterra, o Sistema Nacional de Saúde divulgou a ocorrência de quase dez reclamações contra médicos para cada 10 mil internações, em meados da década de 1980 (Jacobson, 1989). Utilizando a mesma lógica comparativa, um estudo norte-americano realizado pela Universidade de Havard, no início da década de 1990, identificou 14 denúncias contra médicos para cada 10 mil internações, só no Estado de Nova Iorque (Fenn, Hermans & Dingwall, 1994). Com informações mais recentes, a pesquisa inglesa de Weerakkody e colaboradores (2013) admite que 16% dos pacientes hospitalizados são acometidos por algum tipo de erro médico, e que metade desses erros é atribuída aos deslizes nos procedimentos que antecedem à cirurgia ou falhas de tecnologia e equipamento.

O erro médico na França é visto e estudado com maior rigor, pois a Justiça já identificou os tipos de erros mais comuns em razão da sua tipologia. 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 (Grange & Papillon, 2008).

Mendes et al. (2005) realizaram uma revisão das pesquisas sobre o erro médico, circunscrita à produção encontrada em bases de dados nacionais e internacionais. A análise mostrou uma grande concentração de pesquisas desenvolvidas em países da Europa e América do Norte, atingindo patamares de incidência, entre as vítimas de erro médico, com variação de 2,9 a 16,6 por 100 pacientes que eram submetidos a algum tipo de intervenção

médica. Nesse mesmo estudo, os autores não avaliaram as produções nacionais, visto que a metodologia utilizada na revisão de prontuários eletrônicos não é registrada no Brasil, inviabilizando a avaliação das pesquisas nacionais. Contudo, foi possível identificar 26 artigos e 16 teses e/ou dissertações, do ano de 1987 até 2004, no Brasil, a partir dos descritores “eventos adversos” e “hospital”.

Em uma revisão mais atual, Mendonça e colaboradores (2013) puderam observar o número de produções científicas acerca da temática no Brasil. O levantamento das publicações em duas bases de dados brasileiras, no período de 2003 a 2012, identificou 52 artigos entre os descritores “erro médico”, “evento adverso” e “má prática”. Entretanto, vale ressaltar que esse número inclui trabalhos de áreas afins à Medicina e ao erro médico, por exemplo, os erros na dosagem de fármacos e na Enfermagem. E nenhum trabalho foi referenciado como produção da área da Psicologia.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) avaliou, entre os anos de 2000 e 2004, as denúncias aos médicos paulistas realizadas no Poder Judiciário. Mesmo com a complexidade do sistema jurídico no País, 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 (Mansur & Oliveira, 2006).

Desde a década de 1990, o aumento no número de queixas contra os médicos provocou, em algumas instituições de diversas partes do mundo, a elaboração de normas e diretrizes éticas para os profissionais da Medicina (Hiatt, 1992).

A discussão sobre o erro médico, no Brasil, é recente e não existe ainda um órgão público ou privado responsável especificamente pelo assunto no País, cabendo à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), também, verificar a ocorrência dessa

problemática. Porém, esse órgão tem sua atuação voltada mais especificamente para o controle de medicamentos e gestão e controle da qualidade nas organizações de serviço de saúde, o que, conforme indicam Carvalho e Vieira (2002) e Rosa e Perini (2003), torna a situação preocupante, em razão da incidência de queixas formalizadas contra atitudes médicas e dos prejuízos humanos e materiais que poderiam ser evitados, caso existisse um órgão responsável pelo problema.

Mesmo com os números de erros em ascensão, não se tem uma dimensão real de óbitos causados por eles, dado que não existe um órgão responsável por esse controle e, também, pelo fato de ser uma temática com poucos trabalhos de referência na comunidade científica brasileira, como já referido. Por outro lado, os estudos brasileiros dão maior ênfase ao número de denúncias registradas nos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) do Brasil, 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 (Fujita & Santos, 2009; Gomes, Drumond & França, 2001; Udelsmann, 2002).

Hoje, a ocorrência dos erros médicos tem tomado grandes proporções, principalmente pela influência da mídia, que desencadeia uma forte pressão para se descobrir o culpado e a causa do erro (Rosa & Perini, 2003), deixando em segundo plano, ou mesmo de lado, a dimensão experiencial da própria vítima do erro médico.

Ainda assim, é possível afirmar que os casos que ganham notoriedade e chegam ao conhecimento público são uma pequena parcela dos muitos outros com prejuízos menores aos pacientes. Muitos nem sequer chegam a ser denunciados ou investigados pelos competentes legais (Carvalho & Vieira, 2002).

Com relação à prevenção do erro médico, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS), publicou um boletim,

direcionado aos profissionais da saúde, com orientações do que seria o erro e como proceder em frente ao acontecido. O próprio material deixa claro que seu objetivo é prevenir ou minimizar o erro e as possíveis consequências, enfatizando as posturas e estratégias dos profissionais (Wannmacher, 2005). Entretanto, é preciso destacar que mais uma vez as consequências relacionadas com o paciente vítima do erro médico são postas de lado, sem ao menos considerá-lo como um ser que passa a viver de um insucesso na assistência terapêutica médica. E mais, essas vítimas, de acordo com Fujita e Santos (2009), Passos et al. (2009), Udelsmann (2002) e Wannmacher (2005), são vistas por alguns profissionais como um “experimento” que não deu certo, competindo ao médico o desenvolvimento de estratégias para que os erros possam ser prevenidos.

O aumento no número de casos de erros médicos no País tem levado a uma situação inusitada, que é a consolidação da Medicina defensiva, na qual 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. Assim, sugere que o médico adote medidas visando a sua defensiva, pois estará resguardado, caso um paciente se torne um potencial inimigo a ponto de querer processá-lo (David & Sureau, 2006; Minami et al., 2014; Minossi, 2009). Além disso, a população brasileira está cada vez mais rigorosa em relação aos procedimentos médicos, exigidos da Medicina de Primeiro Mundo. Porém, o nível de formação de alguns cursos deixa a desejar, permitindo uma abertura para a ocorrência de situações adversas que denigrem a imagem da profissão (Kfourir Neto, 2010).

Para Bitencourt et al. (2007), a formação na educação médica deveria ter duas funções: a primeira, fornecer ao estudante conhecimentos científicos e de natureza técnica essenciais ao exercício da futura profissão; a segunda, facilitar o processo de amadurecimento de uma

personalidade adulta e equilibrada, capaz de entender a complexa estrutura biopsicossocial do paciente.

A Medicina no Brasil chega ao ano de 2013 com 400 mil profissionais registrados e uma taxa de dois médicos por mil habitantes, claro que com uma distribuição irregular de profissionais pelo país. A maior concentração deles encontra-se na Região Sudeste, referente a 56,04% dos médicos de todo o Brasil (Scheffer, 2013).

Um estudo realizado no Estado de Goiás procurou avaliar os processos registrados no CRM desse Estado contra os médicos, no período compreendido entre os anos de 2000 e 2006. De acordo com os autores, foi possível agrupar 2.293 denúncias, e 31,6% delas referem-se à incompetência profissional, ou seja, são queixas relacionadas com a insatisfação com os resultados obtidos no tratamento, morte do paciente e erro médico. A maior concentração do número de denúncias está associada à especialidade de cirurgia plástica. No mesmo estudo, foi possível perceber que 60% das queixas foram feitas por pessoas físicas e somente 35% das denúncias, ou seja, 698 se transformaram em processos éticos (Fujita & Santos, 2009).

Bitencourt et al. (2007) avaliaram as características dos processos ético-profissionais do CRM da Bahia, nos anos de 2000 a 2004. Segundo os autores do trabalho, 372 médicos foram julgados em 238 processos. Desses, 78,6% eram homens e 23,2% das denúncias eram contra ginecologistas e obstetras. A pesquisa destaca a possibilidade da baixa prevalência de denúncias contra médicas, por razão de as mulheres serem, em geral, mais atenciosas e cuidadosas. Além disso, é ressaltada a importância da obrigatoriedade de revalidação dos títulos de especialidade a cada cinco anos, na tentativa de conscientizar os profissionais de uma educação médica continuada.

Grande parte dos estudos desenvolvidos pelos CRMs está voltada para a análise e levantamento do perfil profissional do denunciado e para características relacionadas com o

erro médico, como as especialidades envolvidas, processos disciplinares julgados e penas aplicadas. Na verdade, esses estudos oferecem algumas interpretações estatísticas e não aprofundam a busca pelos determinantes científicos relativos à incidência do erro médico (Gomes, Drumond & França, 2001; Udelsmann, 2002).

Apesar de tais ponderações, não se pode deixar de considerar que é dever do CRM 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, destaca Udelsmann (2002). Desse modo, pode não ser de interesse do CRM avaliar criteriosamente os determinantes científicos dos erros médicos. Outra possibilidade é que essas informações não cheguem ao conhecimento da sociedade.

Um outro estudo, realizado no Estado de Minas Gerais, buscou conhecer a percepção de estudantes de Medicina e Direito, no que diz respeito ao nível de interesse e informação sobre o 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 é o fato de ser um assunto abordado na atualidade. Como justificativa, os alunos acreditam que a influência da mídia sobre a população e o aumento do número das faculdades de Medicina são os fatores desencadeantes de erros médicos, por isso há necessidade de conhecer e discutir o tema na graduação. Uma das maneiras de se prevenir a ocorrência do fato seria a adoção de uma assistência mais humanizada e digna ao paciente, por parte dos profissionais de saúde, fortalecendo-se a relação médico e paciente, pautada no respeito, na paciência e na tolerância (Chehuen Neto et al., 2011).

Um dado trazido na pesquisa citada (Chehuen Neto et al., 2011) e que merece destaque refere-se à situação de os estudantes de Medicina já terem a preocupação em lidar com processo jurídico por erro médico na vida profissional futura. Esse dado é tão importante

que esses estudantes entrevistados afirmaram que é fundamental uma melhor abordagem da legislação à profissão e à ética médica. Kfouri Neto (2010) adverte que a classe médica já se encontra alarmada devido ao número crescente de processos jurídicos e o temor que as punições levariam, podendo inibir e ameaçar o processo científico, o que tornaria a Medicina uma ciência tímida e rotineira.

Ao se fazer uma análise da relação médico e paciente, é possível perceber que há uma despersonalização nesse processo, haja vista que a Medicina se socializou e ramificou ainda mais suas especialidades na arte médica, desaparecendo a figura cordial do “médico da família”, em quem se depositava confiança irrestrita. Não se deve olvidar, entretanto, que a atividade médica é de interesse social, que a proteção da saúde humana se impõe como indispensável e o cidadão, por sua vez, tem o direito de exigir do Estado a adoção de medidas visando à prevenção de doenças e ao tratamento delas (Kfouri Neto, 2010).

No que diz respeito à referência feita pelas pesquisas à condição dos pacientes (Fujita & Santos, 2009; Rosa & Perini, 2003; Udelsmann, 2002), percebe-se claramente que a comunidade médica está se sentindo acuada, devido ao “fortalecimento” da cidadania, visto que despertou nos indivíduos a noção de seus direitos, o que, segundo os autores, tornou o paciente mais contestador e exigente. Essa relação de “poder” permite ao paciente recorrer às ações legais, quando percebe que foi lesado por um erro decorrente da assistência médica (Fujita & Santos, 2009; Rosa & Perini, 2003; Udelsmann, 2002).

Pode ser por essa razão, então, que muitos médicos tendem a não relatar o erro ao paciente. De acordo com Carvalho e Vieira (2002), 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. Portanto, argumenta Cernadas (2009) que, para o paciente, deve ser extremamente desconfortável e decepcionante ouvir do próprio médico que foi vítima de um erro. O médico, não obstante,

precisa ser sincero para lidar abertamente com esse assunto. Além disso, deve-se ressaltar que é responsabilidade do médico informar o ocorrido ao paciente, incluindo pedido formal de desculpa e, em alguns casos, oferta de recompensa material.

Ao paciente, independente do procedimento médico a ser realizado, são dados alguns direitos e deveres. O principal deles é o direito de recorrer ao Judiciário para pleitear a reparação de quaisquer danos que lhe tenham sido culposamente infligidos por obra do médico. Porém, existem outras prerrogativas que estão à disposição do paciente, como o direito de obter todas as informações sobre seu caso, em letra legível e com cópias de sua documentação médica (prontuários, exames laboratoriais, radiografias, laudos diversos, entre outros). O paciente ou seus familiares (cônjuge ou filhos) têm o direito de gravar ou filmar os atos médicos que sobre ele recaiam. Para tanto, a melhor indicação contra um médico negligente, imprudente ou descuidado é um paciente bem informado e conhecedor dos seus direitos e obrigações. Dessa forma, “[...] o paciente deve ter a clara consciência de que não está subordinado ao médico; que o médico é um profissional que recebe compensação econômica para servi-lo [...]” (Kfoury Neto, 2010, p. 34).

Um exemplo clássico do aumento de poder reivindicativo do paciente ou familiar ocorre nos Estados Unidos. Segundo Kfoury Neto (2010), existem diversas ações chamadas *wrongful birth* (nascimento injusto ou indevido), que se referem a uma ação movida pelos pais, que alegam a não informação da possibilidade de a criança nascer com deformidades congênitas, uma vez que foram tolhidos em sua liberdade de decidir sobre o nascimento do filho. Em muitos casos, a culpa do médico é considerada um erro que conduz ao nascimento de um filho, física ou mentalmente deficiente. Vale ressaltar que esse cenário ocorre com a permissão da prática legal de aborto nos três primeiros meses de gestação neste país.

Algumas instituições desenvolveram órgãos especiais para averiguar a situação do 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 (Chehuem Neto et al., 2011). 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 (Grange & Papillon, 2008).

Ainda em relação aos deveres, o profissional médico deve informar, confirmar o esclarecimento e obter autorização do paciente para proceder ao tratamento. Por isso, o médico deve solicitar a autorização da pessoa para a realização de determinada atuação (Callegari & Oliveira, 2010; Kfourir Neto, 2010). O consentimento informado é lei em diversos países. Na Corte de Cassação Italiana, o cirurgião deve obter o consentimento válido do paciente antes de proceder à operação e em palavras acessíveis. Na França, o consentimento é obrigatório, livre e renovado para cada ato médico ulterior, ou seja, o consentimento é um pré-requisito essencial de todo tratamento ou intervenção médica, caso contrário, o médico incorre em responsabilidade, conforme o caso julgado na Corte de Apelação de Rennes no ano de 1994, ao condenar o médico que efetuou colonoscopia para retirada de um pólipó, mas acabou perfurando o intestino, risco do qual a paciente não havia sido previamente informada. Fundamentou-se a condenação na omissão dos dados, pois o profissional tinha a obrigação de informar os riscos do tratamento a ser realizado (Kfourir Neto, 2010).

Quando o erro é descoberto, alguns caminhos podem ser tomados pelas vítimas. Uns podem permanecer quietos e não levar a situação adiante; outros podem preferir lutar pelos seus direitos e acabar denunciando o profissional responsável ou podem, ainda, buscar

orientação em Organizações Não Governamentais (ONGs) específicas sobre a temática. A opção de denunciar o médico segue toda uma evolução processual que pode culminar com arquivamento do processo ou abertura de processo disciplinar. As punições que podem advir desse tipo de processo vão desde a advertência confidencial até a cassação definitiva do registro profissional (Fujita & Santos, 2009; Udelsmann, 2002). A duração média de tramitação dos processos éticos no CRM é de 4,9 anos, considerada acima da média do tempo, quando comparada com a duração no âmbito da Justiça comum. O Estado com maior origem de processos no CRM é São Paulo (25%), seguido do Rio de Janeiro (23%) e Minas Gerais (11%), segundo estudo divulgado no ano de 1999 (Gomes, Drumond & França, 2001).

No Estado de Minas Gerais, ocorreu uma situação bem particular: foi identificado, na região de Belo Horizonte, um número elevado de denúncias médicas, por volta da década de 1990. Tal fato foi tão relevante que se criou uma Delegacia do Erro Médico e a Promotoria do Erro Médico, em 1995. Todavia, a reação de entidades médicas da região foi tão intensa, que o serviço da delegacia acabou extinto e a promotoria teve seu nome mudado para Promotoria de Defesa dos Direitos Humanos (Gomes, Drumond & França, 2001), a qual trata do erro médico até os dias de hoje, conforme o trabalho de Passos et al. (2009).

Sendo assim, é interessante apontar o quanto as vítimas de erros médicos não se encontram inseridas nas literaturas científicas 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. Para tanto, serão utilizadas as contribuições da Fenomenologia e de Walter Benjamin como aportes teóricos para a discussão desta proposta.

1.2 A abordagem fenomenológica existencial e a experiência em Walter Benjamin: os desígnios teóricos

A questão da perspectiva fenomenológica surgiu como uma contestação ao modo tradicional do pensamento do Ocidente, chamado de metafísica por Martin Heidegger (1889-1976), que considera o ser humano como um objeto restrito aos aspectos externamente observáveis pelo psiquismo humano (Critelli, 1996).

Diferentemente, a Fenomenologia, idealizada por Husserl, procura entender o homem como um ser que tem consciência de sua própria vida e dos entes com os quais se relaciona, atribuindo significado aos acontecimentos de sua existência. Dessa forma, uma situação, para a pessoa que a vive, tem o sentido de uma experiência íntima a respeito da qual somente quem vivenciou consegue fornecer informações. Ou seja, para se captar a essência do conhecimento, é necessário acessar o significado da vivência de uma determinada situação para a pessoa que a viveu (Amatuzzi, 2009; Mendonça, 2009).

De acordo com Critelli (1996, p. 12),

A fenomenologia fala do *limite* de uma perspectiva epistêmica sem fazer sua equivalência à noção tradicional de erro, nem formular uma condenação. A interpretação fenomenológica não expressa senão o que, sob seu ponto de vista, não é mais que o óbvio, no caso: um ponto de vista é apenas *um* ponto de vista; uma perspectiva é apenas *uma* perspectiva entre outras (grifos do autor).

A perspectiva fenomenológico-existencial, pautada no pensamento de Heidegger, precursor de Husserl, possibilita ao homem se compreender como aquele que se dá conta e responde ao ser. Sendo assim, Heidegger considera que, antes da consciência, existe o próprio

homem ser-aí (*Dasein*) e, só a partir dele, podemos falar de consciência. O ser-aí compreende o homem que é um ente cuja maneira de ser no mundo se dá como existência. Nesse sentido, Heidegger ampliou a perspectiva fenomenológica de Husserl ao formular sua ontologia existencial. Sendo assim, a essência do homem é compreendida como existência, como abertura para o mundo e, dessa forma, o *daisen* pode ser entendido como uma ampliação da consciência intencional. Não é apenas a consciência que é consciência para o objeto, mas o ser que é ser-no-mundo, entrelaçado ao mundo, reconstituindo-se constantemente no mundo (Almeida, 1999; Heidegger, 1995).

O existir significa “[...] captar e responder àquilo que se apresenta, constituindo-se no modo de ser humano” (Almeida, 1999, p. 45). Para Heidegger, o ser-aí singulariza-se entre os demais entes, pois o homem é o lugar do ser. Consequentemente, o ser-aí é então ser-no-mundo. Assim, “[...] o ser-aí é sempre no mundo e sempre percebe e responde ao ser, portanto tem seu ser mesmo como questão ou tarefa; tudo que vê, vê através de seu ser-no-mundo” (Almeida, 1999, p. 47).

Em todo caso, a possibilidade de compreensão do ser corresponde a uma visão de mundo específica, baseada no ser como condição ontológica do homem e referida, de modo singular, a partir da existência de cada homem, articula Almeida (1999). Segundo Critelli (1996), a base da diferença ontológica entre os homens e os demais entes é o seu ser.

A propósito, a questão cognitiva na fenomenologia é tratada sob o prisma existencial, de modo que a possibilidade do conhecimento é subordinada às possibilidades existenciais, e o pensar é estabelecido sobre o ser. Então, a tarefa de se pensar a possibilidade de uma metodologia fenomenológica de conhecimento sugere uma reflexão do modo humano de ser-no-mundo, conforme expõe Critelli (1996).

Nessa trajetória, a fenomenologia se articula no âmbito da existência, uma vez que o homem está incessantemente num embate com o sentido de ser. Por essa razão, o que funda a

questão do pensamento é a existência, que é o seu parâmetro. Nesse sentido, Critelli (1996) nos convida a compreender a fenomenologia não como uma escola filosófica, mas como o sentido de ser no mundo, como homens que provocam o pensar fenomenológico.

Quando Heidegger (1995) define a essência como existência, está implícita a questão da impossibilidade de uma concepção de homem substantivada, compreendendo a experiência como um movimento, um vir-a-ser. Para se referir ao modo de ser do homem no mundo, ele se reporta ao mito grego do cuidado, a partir do qual a própria trajetória existencial, na maneira como se responde àquilo que se é apresentado, vai configurando a historicidade e a experiência humana, assim como as possibilidades de compreender a si mesmo e o mundo. Mediado pelas coisas, pelos outros e pela historicidade dos espaços sociais nos quais a pessoa se encontra é que se constitui e reconfigura um mundo, por meio dos espaços que se percorre em sua trajetória. A partir das possibilidades abertas pelo habitar, torna-se possível a compreensão de si mesmo no cuidado aos modos pelos quais as vivências vão sendo experienciadas e articuladas num complexo narrativo.

Aqui, faz-se pertinente recorrer à obra de Walter Benjamin (1892-1940), pela consideração desse autor em relação às possibilidades da narrativa, na qual os diferentes meios de construir histórias expressavam e engendravam possibilidades humanas diversas, transitando pelo significado e pelo sentido que o narrador poderia alçar e construir. Benjamin teve um enfoque de pesquisa mantido no estudo do fenômeno, não para dele dar uma descrição ingenuamente positiva, mas, pelo contrário, para lhe restituir sua dimensão de objeto bruto, único e irreduzível (Benjamin, 1994).

Gagnebin, ao descrever a vida de Benjamin no prefácio do livro desse autor, destaca que a possibilidade de conhecimento, a partir da formulação de sentidos sobre a prática, coloca-se de maneira muito clara na obra desse autor. Segundo Benjamin, é a narrativa, como forma artesanal de comunicação na qual a matéria prima trabalhada são as vivências, que é

capaz de dar significado e contextualização ao vivido, apresentando-se a narrativa como registro da experiência (Benjamin, 1994).

Como descreve o próprio Benjamin (1994, p. 205), a narrativa “[...] mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso”. Ou seja, é uma forma artesanal de comunicação, não interessada pela transmissão do puro em si da coisa narrada, como um relatório informativo.

Dessa forma, o narrar seria intercambiar experiências, na medida em que algo vivenciado pode ser elaborado. A narrativa se apresenta como um caminho de compreensão da realidade, possibilitando a constituição da experiência. A partir da narrativa, um espaço pode ser formulado para que histórias de experiências possam ser contadas e dificuldades possam ser ressignificadas (Benjamin, 1994).

Os registros orais e escritos do fazer cotidiano possibilitam expressar o complexo de representações, significações e atitudes do sujeito no agir social. Ao mesmo tempo, a linguagem, por meios desses registros, permite incluir manifestações daquilo que é expresso em sua multiplicidade. Heidegger (1995) destaca que a linguagem não é só uma expressão escrita ou oral do que nos é comunicado, mas é aquilo que conduz o homem ao seu estado manifesto.

É nessa concepção de linguagem que se afiguram diversos momentos nos quais a palavra toma lugar, buscando rememorar e narrar a experiência. Ao se considerar a experiência humana fundada na linguagem e em uma metodologia de escuta, recuperando essa experiência humana como tal, não existem indagações sobre a importância desse modo de investigação para a Psicologia. Sendo assim, o pensamento fenomenológico abandona as tentativas de explicação universal para permanecer junto aos fenômenos da experiência concreta, tais como se mostram a partir de si mesmo, advoga Heidegger (1995).

Outra questão sobre a qual Critelli (1996) discorre, e que se faz importante abordar, são os modos-de-ser. A autora considera que o produzir e o construir dos homens no mundo promovem um cuidado com o ser em si mesmo, desenvolvendo seu destino pessoal e coletivo. No entanto, o cuidar de ser não é aleatório, mas, sim, seletivo. Isso significa que o homem escolhe o que estará sob seus cuidados.

Ainda em relação aos modos-de-ser, a autora dimensiona a experiência do vazio, que Heidegger chama de angústia. Para ela, o vazio consiste da falta de sentido do mundo, uma vez que os laços que mantínhamos com ele e com nossas atividades se desfizeram. Nessa ocasião, a necessidade de buscar apoio ou ajuda dos outros para reconstruir ligações com o mundo e com os outros é frequente. Contudo, cada pessoa deve achar a sua própria saída do vazio.

Almeida (1999) aponta que o vazio é o único estado de ânimo que nos coloca diante de nós mesmos, já que esse fenômeno fecha o homem em si mesmo, isto é, a angústia faz com que a familiaridade cotidiana desmorone. Pode-se, talvez, aproximar uma pessoa vítima do erro médico desse fenômeno conceituado por Heidegger de angústia, haja vista que a percepção de nossa situação sempre nos é desvelada antes pelos sentimentos. Se não, quais seriam as emoções abertas ao homem na situação de ser vítima de um erro médico? Ou melhor, qual seria o sentido dado por vítimas de erro médico a essa condição de existência? Qual a dimensão existencial do Ser vítima do erro provocado por um profissional médico? Que sentimentos se tornam presentes a partir desse fenômeno? Essa é, de fato, a proposta de investigação, o problema de pesquisa, as perguntas a serem respondidas.

Todavia, sabe-se que a forma de pesquisar baseada no pensamento fenomenológico constitui

[...] várias maneiras de permitir, concreta e operacionalmente, a aproximação e a interpretação do real. Serão diversas e diferenciadas articulações metodológicas, sempre desenvolvidas num acordo com a questão e o fenômeno que provocarem o querer saber a seu respeito (Critelli, 1996, p.129).

Para a perspectiva fenomenológica, pesquisar é colocar em andamento uma interrogação, configurada a partir das inquietações do próprio pesquisador. Segundo Critelli (1996, p. 25), investigar um problema de pesquisa é “[...] querer saber, querer compreender que se lança interrogante em direção àquilo que o apela, que o afeta, que provoca sua atenção e interesse”. Sendo assim, não são os recursos técnicos que determinam o problema a ser investigado, mas exatamente aquilo que se busca compreender, visto que o caminho a ser percorrido formula a metodologia fenomenológica.

Portanto, na perspectiva fenomenológico-existencial, tem-se interesse de tentar conhecer e entender o fenômeno tal qual se mostra. Desse modo, a proposta de pesquisa aqui colocada é procurar compreender esse modo de existência do ser vítima de erro médico. Também é objetivo desta pesquisa identificar que sentimentos se tornam presentes nessa experiência vivida, assim como seus momentos de crise e superação. Tudo isso se mostra relevante, principalmente, quando não se identifica, em estudos e trabalhos científicos nacionais, um olhar voltado para os pacientes que foram/são vítimas do erro, mas somente focado no perfil dos profissionais envolvidos e em sugestões para minimizar a ocorrência do fato. O que se verifica, como depreendem Rosa e Perini (2003), é o constante estímulo à presença de psicólogos e outros especialistas em pesquisas sobre a investigação dos fatores que influenciam o profissional para o cometimento do erro, negligenciando-se os estudos que procuram focalizar a experiência do paciente como vítima do erro médico e a implicação da Psicologia nesse processo.

Além do mais, articular o referencial fenomenológico-existencial e a obra de Benjamin com o quadro conceitual acerca do erro médico amplia as possibilidades de compreender as experiências e necessidades dos pacientes vítimas do erro. Essa mesma articulação permite apreender como a Psicologia lida com essa necessidade, segundo as próprias vítimas, e contribuir com a comunidade científica, com estudos que esboçam os sentimentos e a vivência das vítimas de erros médicos no Brasil, a fim de que elas não sejam “esquecidas” ou deixadas de lado. Também procura mostrar que não só o profissional tem a carreira abalada, mas uma vítima pode ter sua vida interrompida devido à ocorrência do erro.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Investigar o sofrimento psíquico de pessoas que vivenciam o fenômeno erro médico em suas vidas, bem como o sentido e a experiência de ser vítima de erro médico, segundo o referencial teórico da perspectiva fenomenológico-existencial.

2.2 Específicos

Foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- conhecer os diversos modos de experiências das vítimas após a ocorrência do erro e as vicissitudes dessa condição existencial;

- analisar a percepção do que era esperado antes da ocorrência do erro e identificar as expectativas de vida após o fato;
- identificar as formas de auxílio oferecidas, o comportamento do profissional diante do ocorrido e a situação do caso com os competentes legais de avaliação;
- apreender qual o lugar que se tem construído para a vítima do erro médico nos sistemas de saúde do Brasil, segundo as próprias vítimas;
- refletir sobre a implicação da Psicologia, como ciência e profissão, para lidar com o problema em questão;
- sugerir possibilidades de transformação no assunto investigado e propor novos temas de pesquisas na área.

3 MÉTODO

3.1 Participantes

Para que a pergunta-problema desta pesquisa pudesse ser respondida e os objetivos minimamente alcançados, foram realizadas entrevistas de história de vida com 12 pessoas vítimas de erro médico.

O número de participantes envolvidos na pesquisa seguiu a lógica da amostragem por saturação, que estabelece a suspensão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar uma certa repetição, na avaliação do pesquisador, podendo assim ser menor ou maior que a proposta inicial do trabalho. É válido ressaltar que o argumento aqui se justifica pelo interesse no conhecimento aprofundado do sujeito que compõe a amostra deste estudo, sem a intenção forçosa de ampla generalização (Fontanella, Ricas & Turato, 2008).

Os participantes da pesquisa têm idades entre 25 e 72 anos. Sete são do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Dois participantes têm pós-graduação, seis com ensino superior completo, um com ensino médio completo, outro com ensino médio incompleto e dois com ensino fundamental incompleto. Seis deles são casados, quatro solteiros e dois divorciados. As informações completas para caracterização de cada participante estão apresentadas em tabela (Apêndice A).

De acordo com a proposta deste trabalho, não se teve a pretensão de limitar a faixa etária, tampouco restringir o tipo de erro médico ou o tempo decorrido após o erro. Também não houve critério específico para exclusão do participante da pesquisa, a não ser que fosse motivada por ele mesmo. 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. Mas esse critério não pode ser mantido, em virtude da dificuldade de acesso às vítimas. Todos os participantes foram vítimas de erro médico, e os familiares não eram foco do trabalho, neste momento.

3.2 Instrumento

Pensando na possibilidade de criar um espaço para que esses participantes pudessem relatar suas experiências e expor suas percepções sobre o fenômeno, optou-se pelo recurso metodológico de relato oral. O relato oral é “[...] um recurso moderno usado para a elaboração de documentos, arquivamento e estudos referentes à vida social das pessoas” (Meihy, 1996, p.13). Para esse autor, a história oral parte da premissa de que os depoimentos são suas grandes fontes, pois nela se respeita a diferença e facilita a compreensão das identidades. É a partir do relato oral que se tem acesso à experiência, possibilitando o contato entre o narrador

e o ouvinte, para quem a experiência vai sendo descrita, além, é claro, de permitir a manifestação e o contato com as singularidades da pessoa que narra.

Esse método, segundo Schmidt (1990), torna possível o acesso à experiência, por meio do olhar singular, em que se pode conhecer o grupo social do qual uma pessoa faz parte. Logo, esse método, na forma de depoimento, permite ao pesquisador estar envolvido com a alteridade e comprometido com a linguagem que comunique o encontro.

O instrumento utilizado na tentativa de buscar a experiência de ser vítima de erro médico foi uma entrevista semiestruturada com uma questão disparadora que contemplava os objetivos da pesquisa. Essa questão permitiu um aprofundamento reflexivo do participante, a começar por uma “provocação” que despertava seu depoimento. À medida que o depoimento do participante era 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. Para isso, o pesquisador contou com um roteiro de questões envolvendo os objetivos da pesquisa para ser argumentado com o participante no decorrer do seu relato oral, caso se fizesse necessário (Apêndice B).

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.

3.3 Procedimentos

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.

Essas pessoas foram contatadas de diversas formas. O primeiro levantamento para selecionar alguns participantes se deu a partir dos casos com decisões favoráveis à vítima, na Justiça comum de São Paulo. Paralelamente, alguns contatos foram realizados com ONGs e instituições de saúde, como o Espaço Saúde, vislumbrando a indicação de pessoas para a pesquisa. Após esse período, buscou-se uma parceria com o CREMESP, a partir de uma solicitação em que ficava claro o interesse ético da pesquisa e a finalidade de se ter acesso às pessoas com casos em que o erro médico havia sido comprovado por essa instituição (Anexo A).

O retorno das iniciativas anteriores foi dado, mas não a ponto de auxiliar a pesquisa. O CREMESP também não pôde colaborar (Anexo B). Em virtude dessas e de outras limitações, apresentadas adiante, tornou-se inviável chegar a mais vítimas de erro médico na cidade de São Paulo. Dessa forma, optou-se por acessar as vítimas do Rio de Janeiro, por intermédio e parceria com a ONG Associação das Vítimas de Erros Médicos (AVERMES), que colaborou de maneira incondicional na intermediação dos participantes.

As narrativas das experiências foram registradas com auxílio de um gravador, mediante a autorização dos participantes. Foi nesse espaço da entrevista que o participante expôs suas experiências e toda a trajetória após a ocorrência do erro, privilegiando-se um espaço confortável, de respeito e de privacidade.

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.

Critelli (1996) denomina essa possibilidade metodológica para buscar o sentido de Analítica do Sentido. Segundo a autora, essa compreensão, fundada na fenomenologia, “[...] é mais uma orientação referente aos paradigmas que constituem o olhar que vê e a manifestação do buscado” (p. 131).

Portanto, como destaca Critelli (1996), as narrativas não são apenas resultados, mas desvelamentos que exigem a coragem da aventura por parte daquele que olha, para mostrar as aparências de algum objeto que está encoberto e que precisa ser reconhecido com os seus limites, desfigurações e proteções.

3.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi registrada e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo, onde pôde ser apreciado o compromisso ético e científico a que se propôs (Anexo C).

Este estudo também obedeceu à Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, 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 encontram explicitados os objetivos, procedimentos e benefícios da pesquisa (Apêndice C).

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.

Todos os participantes tiveram assegurado e respeitado o sigilo, bem como contaram com suporte psicológico e emocional, em qualquer momento da pesquisa, caso sentissem

necessidade. Esse apoio psicológico era oferecido em colaboração com o Laboratório de Estudos em Fenomenologia Existencial, também vinculado ao Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano da Universidade de São Paulo, que conta com a orientação da professora doutora Henriette Tognetti Penha Morato.

4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A coleta de dados é uma parte imprescindível de qualquer pesquisa científica, porém alguns imprevistos são incontrolláveis e podem provocar um desvio no caminho planejado pelo pesquisador. Neste trabalho não foi diferente. O momento para atingir e chegar até o participante vítima de erro médico foi um tanto quanto dolorido e árduo.

Todo o planejamento do pesquisador no sentido de conseguir acessar uma ONG ou conseguir ajuda de pessoas com trabalho social nessa área foi desconstruído a cada barreira imposta. Inicialmente, as dificuldades encontradas estavam em torno das ONGs situadas no Estado de São Paulo, com o trabalho voltado para o erro médico. Em quase todas elas o contato foi bem difícil. Quando se conseguia chegar até o responsável, nada acontecia. Em uma dessas organizações, foram agendadas mais de três reuniões para expor a pesquisa e em nenhuma delas o responsável apareceu, sempre confirmando a presença, mas, na data marcada, ele não comparecia.

Outro impedimento encontrado foi no campo do jornalismo. Essa área também era um dos caminhos que o pesquisador tentaria trilhar para alcançar algumas pessoas que pudessem relatar a sua experiência. Todavia, todas as emissoras, canais e *sites* foram categóricos ao afirmar que nenhuma informação sobre as reportagens poderiam ser divulgadas, tendo em vista a privacidade da fonte coletada.

Mais tarde, conseguiu-se chegar a um advogado que prontamente foi simpático e categórico no apoio e incentivo a esta pesquisa, principalmente, pela questão de se poder desvelar o sofrimento dessas vítimas. Um participante foi “perdido”, no momento da marcação do primeiro contato, devido à morte ocorrida por erro médico. Aqui ficou visível o quanto a pesquisa é importante, mas as grandes dificuldades não impediriam o desenvolvimento do trabalho. Nesse momento, pensou-se em quantas vítimas e famílias estão sofrendo por conta de um erro. Se elas mal conseguem lutar pelo seu direito, que dirá dizer sobre seu sofrimento.

Grande parte das pessoas que chegaram até a pesquisa foi por meio do efeito “bola de neve”, ou seja, uma pessoa que sabia da existência da pesquisa, ou de uma vítima, passa a informação adiante até retornar ao pesquisador. Logo, eram pessoas indicadas à pesquisa. Algumas delas já tiveram seus casos relatados na mídia e, quando eram abordadas para participar deste estudo, diziam que estavam expostas demais com a repercussão do caso e que não gostariam de participar, porque se, com a reportagem, nada aconteceu, por que com essa pesquisa seria diferente? Essa foi uma indagação fortemente escutada pelo pesquisador, que tentava justificar, mas era em vão.

Alguns outros possíveis participantes eram impedidos pelos seus advogados, com a justificativa de ficarem expostos, de não ser bom para o processo na Justiça, de atrapalhar o andamento do caso, ou até mesmo por medo ou ameaça. É preciso ficar claro que, na maioria dos casos em que a vítima tinha um advogado que a representasse judicialmente, o pesquisador fazia questão de contatá-lo primeiro. Um caso específico foi de um possível participante do sexo masculino, vítima de erro médico em um hospital privado de renome no cenário nacional, que foi indicado ao pesquisador pelo método “bola de neve”. O pesquisador fez questão de informar ao advogado da vítima, mas ela própria relatou não haver necessidade, afirmando que posteriormente falaria e assim ficou tudo acertado para o

depoimento. No dia do encontro, essa vítima avisa que não poderia mais comparecer, uma vez que o advogado aconselhou a não participação, pelo simples motivo de o caso ter sido levado para um acordo financeiro do hospital com a vítima, e esta última se comprometeu a não entrar com processo na Justiça comum. Seu tratamento para reparo do erro seria realizado com o custeio do próprio hospital. Dessa forma, essa vítima e seu advogado tinham receio de que alguém do hospital pudesse ter acesso a esta pesquisa e, mesmo com os nomes verdadeiros não divulgados, reconhecesse o caso e todo o acordo seria desfeito.

Outra instância acessada foi o Judiciário – aqui se leia Tribunal de Justiça, Ordem dos Advogados Brasileiros, Varas, Câmaras e Fórums – que não fez um mínimo de esforço para saber do que tratava a pesquisa. Reforça-se que os caminhos éticos foram respeitados e não se mediu esforço para se chegar até os advogados de pessoas vítimas de erros médicos, no caso de processos já julgados, ou para que a existência da pesquisa pudesse ser do conhecimento dos advogados especialistas da área de saúde inscritos na Ordem de São Paulo, mas nenhuma solicitação realizada pelo pesquisador foi sequer respondida.

Tentou-se uma possibilidade de parceria com o CREMESP. Mesmo sabendo da dificuldade, era uma tentativa que precisava ser feita. A resposta veio, informando que não era possível o Conselho auxiliar a pesquisa, segundo as normas éticas por eles estabelecidas.

Diante de tamanha dificuldade e limitações, abriu-se mão do critério de comprovação do erro médico para participar da pesquisa. A partir de então, casos com andamento na Justiça comum ou no Conselho puderam fazer parte deste estudo. Aqui, o pesquisador tomou o cuidado de tentar analisar casos em que possivelmente o erro estaria explícito, mesmo não sendo um técnico da área e nem tendo o julgamento final do processo. Posto isso, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo foi procurada e os funcionários prontamente auxiliaram na demanda da pesquisa.

Ainda assim, o número de participantes não era suficiente e a última possibilidade foi incluir os casos de erros médicos da cidade do Rio de Janeiro, a partir da ONG AVERMES. Essa decisão foi tomada com segurança, pois não havia barreiras que infringissem ou destoassem do objetivo inicial do estudo. Logo, nenhum prejuízo colocaria em risco a finalidade do trabalho, pois a subjetividade, a singularidade e o sofrimento psíquico de cada experiência vivida eram o que de fato interessava.

É claro que, ao se realizar uma pesquisa científica no País, é intrínseca a problemática a que o pesquisador está sujeito em diversas etapas. E aqui o pesquisador não se exime dessa parcela, haja vista que as dificuldades estavam previstas. O que se quer ressaltar é a tamanha complexidade e falta de humanidade por parte de competentes legais públicos e privados para uma pesquisa de caráter científico-acadêmica, com rigor teórico e ético, a ser desenvolvida no Brasil.

Fica claro que os resultados apresentados neste trabalho referem-se a uma pequena amostra que o pesquisador conseguiu atingir, pois, diante os fatores expostos, é notória a falta de conhecimento do que a pesquisa científica pode gerar para um país e, também, quanto é penosa, complexa e fechada a tentativa de se chegar até os casos de erros médicos e de se tentar uma parceria com as outras áreas, como a Medicina, o Jornalismo e o Direito, impedindo, talvez, a divulgação da verdade sobre o sofrimento psíquico dessas vítimas de erro médico. Vale lembrar que não se trata de um apelo para comoção e pena do pesquisador, mas sim da necessidade de esclarecer a realidade encontrada no campo de pesquisa ao se trabalhar com a temática erro médico no Estado de São Paulo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Conhecendo as histórias, ouvindo as narrativas e apresentando os casos

As histórias e casos trazidos neste trabalho 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 em ter que passar 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.

Walter Benjamin (1994) destaca que a experiência deve ser absorvida evitando-se ao máximo as explicações, o que permite ao leitor/ouvinte 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. Mas isso pode ser evitado sempre que uma história é contada ou narrada, conforme os relatos apresentados neste estudo. A seguir, um breve esboço de cada caso, seguindo rigorosamente a maneira e detalhes que cada participante descreve sua história como vítima do erro médico. Vale lembrar que os modos de expressão dos participantes foram mantidos ao longo do discurso, sem haver correções que pudessem alterar o sentido das falas.

Tereza relata sua história com profunda tristeza e sem vitalidade para manter a vida. Ela contou que, aos 48 anos de idade, aproximadamente, se submeteu a uma cirurgia de catarata em um dos olhos e, após retirar o tampão no dia posterior à cirurgia, não enxergara mais nada. Sua cirurgia foi realizada em um hospital público e, depois de detectar o ocorrido,

não era atendida da forma que vinha sendo antes. Precisou procurar um outro profissional da Medicina que relatou ter havido deslocamento de retina e, assim, ela se submeteu a novos procedimentos cirúrgicos. Mas a dor era constante e foi aconselhada a realizar outra cirurgia para a retirada do globo ocular antes que o nervo óptico “morresse”, conforme narra Tereza. Após a retirada do globo, ela não foi mais atendida no serviço de saúde.

No outro dia que deu o descolamento de retina ficou um monte de médicos pesquisando e fazendo exame. Tentaram estudar o meu problema para ver o que tinha acontecido. Eu fiquei como cobaia naquele hospital. Depois da retirada do olho, eles não me atenderam mais.

Jane narra a ocorrência do evento com bastante veemência e vontade de buscar os seus direitos. Ela engravidou no ano de 1995 e havia saído do emprego, o que a motivou a procurar um serviço de saúde público para acompanhar toda a gestação, como ela mesma diz:

E aí, eu pensei em procurar um local do governo, porque eu sou uma cidadã brasileira, pago meus impostos e tenho direito, como qualquer um, de auxílio em saúde. Meu irmão estava com uma condição boa na época e queria que eu fizesse o atendimento numa clínica particular em B [bairro carioca]. E eu falei que não estava preocupada com isso.

Como ela tinha na época 38 anos, procurou se resguardar em cuidados e realizou 36 exames durante a gravidez. Porém, no dia do parto, a médica responsável já estava no final do plantão e não esperou a chegada do próximo médico. Os residentes foram os responsáveis

pelo parto, que tinha indicação para ser cesárea, mas iniciou como parto normal e depois passaram para a cesariana, por complicações na passagem do bebê.

[...] o acompanhamento no período gestacional foi nota dez. Só que me caiu de paraquedas um imbecil no dia do parto. R [nome do médico]. Esse era o médico residente. Ele era R2, tinha dois anos como residente. E a V [médica residente] que era R1, tinha um ano de residência. Então, quando eu estava na hora do parto, ele tinha um 'R' a mais que ela e se sentiu o 'rei da cocada'. A doutora G [médica], que era a médica da equipe, disse que não iria esperar o nascimento, pois já era tarde e ela estava cansada, ela ia para casa e qualquer coisa ligassem para o celular dela. Naquele dia chovia muito, uma sexta-feira treze. Ela disse que não iria esperar. E, por sua vez, a K [médica], que deveria chegar para cobri-la, também não chegou. Já tinha tido indicação da médica que era cesariana. E ele [residente] disse que queria continuar tentando, pois há vários plantões ele não tinha parto normal, e ela [G] falou para ele ir conduzindo, pois ela estava indo embora já. Conclusão: meu filho teve sofrimento fetal.

O filho nasceu e ficou por cinco meses internado no hospital. **Jane** acompanhava de perto todo e qualquer procedimento que precisasse ser realizado, mas o filho veio a óbito. O primeiro e único filho, destaca **Jane**.

O caso de **Shirin** foi relatado por ela com muita riqueza de detalhes e sensatez. Ela foi atropelada em 1996 e precisou se submeter a uma cirurgia no joelho esquerdo. Como na época era atleta de judô e estava em preparação para um campeonato mundial na França, por ser uma judoca federada, os pais escolheram um médico particular com boas indicações. Ela destaca que, no dia da consulta, antes da cirurgia, não havia gostado do médico, mas os pais

insistiam por se tratar de um médico de renome no Rio de Janeiro e também por ele ter dito que a recuperação se daria em torno de 30 dias, e logo ela poderia voltar aos treinos. Após a cirurgia, ela, ainda sonolenta da anestesia, só escuta o comentário da irmã dizendo que haviam operado o joelho errado. Antes mesmo que ela acordasse de vez, os pais, o médico e diretores do hospital resolveram realizar, no mesmo dia, a cirurgia no joelho esquerdo. Ao acordar e passada a sedação, ela percebe que estava com as duas pernas enfaixadas e disse que quase enlouqueceu, pois a única coisa que vinha à sua cabeça era a possibilidade de nunca mais voltar ao judô.

Ellen, muito objetiva e pragmática, narra que iniciou um tratamento estético com uma dermatologista que conheceu no salão de cabeleireiro. Até hoje ela se pergunta por que foi até esse consultório. Ela tinha uma pequena mancha no lado esquerdo do rosto e, segundo a médica, sairia. A médica realizou uma esfoliação com uma ponta de cristal e pegou um envelope. **Ellen**, abelhuda que é, conforme ela mesma narra, questionou o que era e a médica disse ser ácido glicólico. Ela então sugere que a médica faça um teste, pois, aos 17 anos, teve um choque anafilático e diz ser muito alérgica. A médica respondeu que ninguém era alérgico, justificou ser como um papelzinho úmido. Quando ela colocou o papel, o rosto já reagiu e ficou machucado. Ela voltou para casa com indicações de cremes. Dias depois, passando os cremes à noite, sentiu que iria ter outro choque anafilático e a família correu com ela para o hospital, onde foi confirmado o choque.

Dalai iniciou a narrativa dizendo que pensou muitas vezes antes de aceitar participar desta pesquisa, por ser complicado reviver toda a história. Ele se envolveu num acidente de carro e fraturou o fêmur. Ele conta que ficou uma semana internado e depois foi para a cirurgia. Após, afirma que continuava a sentir dores fortes a ponto de pedir uma cama hospitalar quando retornou para casa, devido à dificuldade para se movimentar. Passaram-se 15 dias e ele foi à consulta pós-cirurgia. O médico esclareceu que estava tudo em perfeito

estado, solicitou uma radiografia e indicou dez sessões de fisioterapia, pois **Dalai** precisava dobrar a perna. As sessões de fisioterapia foram chamadas de torturas, tamanha a dor que ele sentia. **Dalai** fez o exame e voltou ao médico, que disse estar tudo bem e recomendou que procurasse sessões de fisioterapia particular, de modo a intensificar o tratamento.

A fisioterapeuta particular não o atendeu por achar algo estranho na radiografia, coisa que também já tinha deixado **Dalai** intrigado, haja vista que o exame revelava uma barra de ferro e vários “cacos” espalhados, como ele mesmo descreve. A fisioterapeuta indica-o um outro ortopedista, antes de iniciar o tratamento. Assim que chegou à consulta, o ortopedista perguntou a **Dalai** se ele tinha algum compromisso naquele dia, pois ele precisava ser operado o mais rápido possível, porque os ossos não estavam alinhados. Durante a segunda cirurgia, o médico descobriu que a prótese não estava fixada na parte inferior. No dia seguinte, já acordou melhor e percebeu a diferença na perna, pois conseguia travar a musculatura e também sentar na cama. Como ele diz: “Começou minha vida de novo”.

A história de **Nelson** chama a atenção pelo fato de ele ser uma pessoa realista, esperançosa e consciente da sua realidade. Ele narra sua experiência em meio a gargalhadas e piadas feitas dele mesmo. **Nelson** conta que teve uma infecção urinária e foi detectado um estreitamento do ureter pelo crescimento da próstata. Foi aconselhado a se submeter a uma intervenção cirúrgica. Procurou saber dos riscos que estavam implícitos e resolveu fazer o procedimento no hospital credenciado ao plano de saúde. Só que, no momento da anestesia, foi o “tal negócio”, como ele relata. O médico provavelmente não considerou uma ou duas vértebras e deu a anestesia no local errado. Ele acordou totalmente paraplégico. Segundo ele, um pouco acima do paraplegismo, pois nem sentar ele conseguia.

Barack conta que, no ano de 2005, começou a sofrer de perda de visão no olho esquerdo e, por trabalhar como controlador de processos, deixou passar erros grosseiros por falta de visão. Procurou o médico da empresa que tratava seu caso sempre como conjuntivite

crônica e o afastava da empresa por 15 dias. Porém, a visão foi piorando e ele resolveu procurar o médico do outro plantão, na empresa. Esse último recomendou que fizesse um tratamento fora da empresa, pois ali a Medicina tinha poucos recursos. Ao procurar outro médico, ele ficou sabendo que deveria realizar um transplante de córnea, pois tinha ceratocone avançado em grau seis. Precisou procurar outro profissional, pois esse não era cirurgião.

Ao chegar ao médico cirurgião, eles tentaram lente de contato, depois um implante de anel de Ferrara, mas nada adiantava no caso. Foi então que entrou para a fila de espera do banco de córneas. Dois anos depois, conseguiram uma córnea e ele foi para a cirurgia. **Barack** afirma que, até o momento da anestesia, o médico dele não estava presente na sala. Quando acordou da cirurgia, a enfermeira perguntou se ele estava bem e ele afirmou que sim, mas que havia um erro, pois o olho operado estava errado. Ele perguntou onde estava o médico e ela afirmou que ele já havia ido embora.

Jimmy foi submetido a uma cirurgia de pericardite no hospital público, onde fazia seu acompanhamento há três anos com o mesmo médico. Essa cirurgia era necessária, segundo ele, pois a camada que reveste o coração foi secando e precisava fazer uma raspagem. Ele tomou uma medicação na veia e foi preciso usar um fio-guia. No outro dia da cirurgia, ele já iria receber alta, quando foi avisado de que precisaria fazer um exame de raios X. Após o exame, foi informado que outra cirurgia seria necessária, pois o fio-guia foi esquecido dentro dele.

Os casos até então apresentados já tiveram confirmação pela Justiça comum ou pelo CRM da ocorrência de erro médico. A seguir, são introduzidas mais quatro histórias em que o processo de confirmação do erro se encontra em análise pelos competentes legais.

Betty vinha fazendo um acompanhamento há cerca de um ano com um ortopedista especialista em joelho, pois precisava ser submetida a uma cirurgia de artroscopia no joelho

direito. Ela já estava afastada do trabalho por recomendações do próprio médico. Em março de 2011, ela deu entrada no hospital para realizar a cirurgia. Momentos antes, recebeu da enfermeira um barbeador para depilar a perna e disse que depilou só a perna direita. Após a cirurgia, ela foi encaminhada para a sala de curativos e talas e ali encontrou o esposo. Ela pede ao esposo para levantar o cobertor e olhar a perna esquerda dela, pois estava sentindo umas fisgadas e dores. Quando ele observa a perna, percebe o erro médico, ao se deparar com o joelho esquerdo operado.

A narrativa de **Alva** é marcada por muita revolta e sentimento de vingança. Ela relata que teve grande dúvida em realizar seu procedimento em serviço público ou privado. Por achar que o investimento no serviço particular fosse muito alto e também por estar há anos contribuindo com impostos para o Estado, decide procurar o serviço público. Buscou informações e experiências antecedentes do médico que, por sinal, eram boas e iniciou o tratamento com ele. Era preciso realizar uma cirurgia de artroplastia total do quadril e assim foi feito. No dia da cirurgia, **Alva** relata não ter visto o médico em nenhum momento.

Aí me colocaram, eles têm alunos, é um hospital-escola, mas subentende-se que o professor vá comparecer, né? Supostamente ele compareceu. Mas, na verdade, mediante o tipo de erro, é óbvio que ou ele realmente não compareceu, ou saiu antes do término, e aí eu tô especulando, porque, na verdade, não tem como provar [...]. Aí apareceu um médico no meu quarto. Ao conversar com ele, eu percebi que ele era assim totalmente inexperiente. Aí eu perguntei quem que me operou, quem havia me operado. 'Ah, foi uma equipe'. Na verdade, eles nem assumem, né? Qual é essa equipe? Parece que é uma equipe assim estratosférica, entendeu? Não é o doutor fulano, ou beltrano e sicrano. Não. É uma equipe. E, interessantemente, essa equipe também não deu as caras.

Passados alguns dias, a sua perna começou a pesar e inchar demais. Foi aí que procurou um médico particular e descobriu que estava com trombose e que não tomou nenhuma injeção anticoagulante antes da cirurgia. Esse segundo médico pediu um exame mais apurado para verificar o estado da cirurgia e indicou injeções. Quando olhou o resultado, percebeu que a prótese colocada na perna estava fora do lugar. Hoje, **Alva** não consegue mais trabalhar por conta das dificuldades na locomoção e convive com o risco de uma embolia pulmonar, além da diferença no comprimento das pernas.

Emily, uma pessoa simples e com poucas determinações para a vida, contou que o filho se envolvera num briga próximo a casa e ela foi tentar separar. Ao se aproximar, um rapaz a empurrou e ela caiu em cima de um material de construção que estava na calçada e vinha sendo utilizado em obras da Prefeitura. Ela cortou três dedos da mão direita. Chamou a polícia que a levou para o hospital. O médico que atendeu fez uma limpeza, sutura, aplicou uma injeção e ela recebeu alta com a indicação de que poderia retirar os pontos no posto de saúde. Ao chegar a casa percebeu, nos papéis preenchidos pelo médico, que a injeção aplicada era de benzetacil. Disse que quase perdeu a vida, pois não pode tomar essa medicação. Esse médico é especialista em cirurgia vascular, como consta no carimbo dele, adverte **Emily**.

Foi ao posto retirar os pontos e pediu para passar por um médico, pois os dedos estavam inflamados e relatou que não os sentia. O médico do posto receitou remédios. A mão continuava inchada e com malcheiro. Ela retornou ao posto e solicitou um atendimento com um especialista. Ficou na fila de espera até sair uma vaga em outro hospital. O médico desse outro hospital disse que os tendões dos dedos estavam todos rompidos e que ela precisava retornar ao hospital do primeiro atendimento. **Emily** questionou a esse médico como ele sabia que os tendões estavam rompidos, já que exame nenhum ele havia feito. Ele afirma que não era preciso fazer exame para esse diagnóstico e que era para ela retornar ao primeiro médico, pois ele não realizou todos os procedimentos necessários. Ele deveria ser o responsável pelo

tratamento. E, assim, **Emily** permanece tentando reconstituir os tendões dos dedos com outro médico em uma terceira instituição.

Com muita sensatez e objetividade, **Martin** descreve a sua história. Portador de lúpus, ele afirma que, quando a doença entra em atividade, às vezes é preciso procurar algum hospital para ser medicado. Numa dessas procuras, ele foi a um pronto-socorro e informou ao médico que era alérgico à penicilina e keflex. O médico solicitou alguns exames e, com os resultados prontos, indicou uma medicação, que iniciou ali mesmo na instituição, e receitou mais doses para casa. A medicação receitada era amoxicilina, derivada da penicilina. Três dias após iniciado o tratamento, ele começa a sentir falta de ar e o corpo coçando. Ele retorna ao pronto-socorro, mas os funcionários dizem ser uma reação normal da medicação. Ele, nesse momento, pega a bula do medicamento e toma conhecimento da derivação do fármaco que vinha fazendo o uso, ficando indignado com a situação, pois avisou ao médico de sua restrição e o médico ignorou.

5.2 As expectativas do paciente em relação à intervenção médica *versus* a descoberta do erro médico

Os momentos que antecedem uma cirurgia ou um procedimento médico são marcados por ansiedade, fantasia e expectativa que afetam diretamente o paciente, por se tratar, em grande parte, de um evento que interrompe o ciclo normal de desenvolvimento e da vida de um indivíduo (Mello Filho & Burd, 2010).

A consulta médica tem a finalidade de fazer com que o profissional tome conhecimento das queixas do paciente, escute sua história pessoal, analise os sintomas, pesquise os sinais, faça o diagnóstico e estabeleça a conduta terapêutica. Evidentemente, torna-se desnecessário ao médico, como pessoa, colocar-se hierarquicamente em plano

superior, diminuindo e enfraquecendo o paciente com a finalidade de preservar sua superioridade técnica (Mello Filho & Burd, 2010).

Os participantes, mediante a intervenção médica prestes a ocorrer, sempre procuravam pensar na melhora, na restituição da vida ou de algo que “andava errado” e eles esperam a sua restituição. Esse era aquele momento em que só o otimismo é pensado, esperado e falado. Nada mais. A expectativa da melhora e do restabelecimento.

Alva: Qualidade de vida. Nada menos que isso. Pra isso que eu fui procurar, eu fui tentar consertar aquilo que tava errado. Não tem outra coisa pra te dizer, realmente eu tava buscando qualidade de vida. Eliminar a dor, de sentir a dor, eliminar o problema.

Barack: Sair dali com olho esquerdo operado e, em dentro de três a quatro meses, eu estar na empresa, né? Que era meu sonho trabalhar ali. Foi meu sonho, né? Eu lutei para trabalhar ali.

Ao mesmo tempo, a possibilidade de um erro ou uma falha é negada e/ou nem cogitada pelo paciente. No momento anterior à intervenção, tem-se muito vívida a experiência de outras pessoas em situações similares, e o fato de ter alcançado um bom resultado torna o indivíduo mais esperançoso quanto ao seu procedimento, sem contar que uma referência positiva do profissional deixa o paciente mais tranquilo e confiante.

Betty: Porque, graças a Deus, eu consegui essa cirurgia pelo SUS, porque, pra conseguir, é uma luta, é muita demora. Ai, eu falei: ‘Graças a Deus que eu consegui e estou nas mãos de um médico bom, né?’. Porque me falaram que ele

é um bom especialista né? Então, eu vou... Vou fazer a cirurgia. Porque eu morria de medo de fazer essa cirurgia. Eu nunca tinha feito cirurgia. Mas eu vou fazer porque eu sei que vai ser para minha melhora. Eu não colocava na cabeça que eu ia piorar.

Ah, eu pensava o seguinte: porque eu conheço outras pessoas que fizeram cirurgia no joelho e colocação de pino, não com ele, com outros médicos, e a recuperação foi rápida e tranquila. Tinha gente que, com uma semana, já tava andando. Eu achei que ia ser a mesma coisa. Eu pensava que ia ser a mesma coisa. Poxa vida! Agora eu vou melhorar, essas dores que eu sinto vai passar, eu vou conseguir fazer minhas coisas.

Ao tomar contato com esses relatos da **Alva** e **Betty**, fica clara a expectativa em torno do desejo de eliminar algo que não está bem, que incomoda. Ou seja, a esperança da eliminação de um sofrimento que atrapalha o desenvolvimento da vida. O adoecer é um processo que, além de trazer mudanças orgânicas e fisiológicas, também carrega diversos elementos que transformam a vida ao longo de seu curso, como o luto por perdas, separação da família e evocação de conflitos, sem contar que esse processo é fortemente influenciado pela Medicina ocidental contemporânea, uma vez que o paradigma da doença está associado à crescente intermediação tecnológica, que implica, para o indivíduo doente, uma certeza de cura ao final do processo (Straub, 2005).

Fighera e Viero (2005) destacam que o momento pré-intervenção médica é muito vivenciado pelo paciente como um fenômeno de abandono dos planos futuros e, conseqüentemente, do sentimento de continuidade da vida e do processo de desenvolvimento. É nesse momento, também, que o profissional médico deveria ter firmeza nas atitudes para

minimizar problemas futuros, como reduzir as expectativas formadas pelas experiências prévias das informações e fantasias que o paciente criou (Mello Filho & Burd, 2010).

Não só o médico responsável pela intervenção tem esse papel fundamental na redução das expectativas. O anestesista ou outro profissional médico envolvido na situação tem um enorme significado, pois, além de explicar, entender e acalmar o paciente, ele dá corpo a uma figura, até então, abstrata ao paciente e diminui a ansiedade do indivíduo, favorecendo a melhor condução do caso (Mello Filho & Burd, 2010).

Entretanto, não foi isso que aconteceu na maioria dos casos. O fenômeno mais presente e relatado faz alusão ao fato de o médico não ter trabalhado os medos, fantasias, dúvidas e angústias do momento pré-intervenção. Ou seja, ainda hoje é possível encontrar uma prática da Medicina baseada em pilares que desconsideram a subjetividade do indivíduo e reforçam o poder decisório do médico. Dessa forma, ressalta-se que, mesmo com a crescente ascendência do respeito à autonomia individual sobre o autoritarismo médico, a tradição hipocrática não sofre abalos tão diretos, pois “[...] nunca foi parte da essência da medicina a ideia de que os pacientes têm direito a um pouco de liberdade, a compartilhar as cargas da decisão com seus médicos” destacou Katz (1989, p. 36).

Essa poderia ser uma situação menos recorrente ou quase inexistente nos ambientes de saúde, onde o profissional pudesse trabalhar esses anseios e, consecutivamente, reduzir alguns riscos ou fatores adversos à intervenção. Sem contar que caberia também um trabalho interdisciplinar com outras áreas. Segundo Guz (2010), o médico tem que chamar o paciente a participar de um diálogo, no qual o profissional esclareça ao paciente os caminhos possíveis e o paciente propicie o conhecimento de suas angústias, dúvidas, prioridades, necessidades, preocupações e desejos.

Porém, para esses participantes, a intervenção médica não culminou no que era esperado. Ou seja, o erro médico ocorreu. Dessa forma, cada um teve a sua maneira de lidar

com essa notícia e cada história teve o seu desvelar bem particular, pois é singular o sofrimento que cada um vivenciou, e ainda vivencia. Detalharemos agora esse momento tão íntimo e cheio de sentimentos bem marcados.

O momento da descoberta é retratado com muita indignação por parte dos participantes. Alguns deles ficam tão perplexos com tamanha gravidade do erro que parecem não acreditar que aquilo realmente aconteceu e que eles estão passando por essa situação.

Betty: Eu fiquei sem chão. Eu fiquei sem saber o que ia fazer. Por que que tinha acontecido aquilo? E até hoje eu fico me perguntando: ‘O que 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. Pra tudo mesmo, tomar banho. Quer dizer, você não pode mais levantar sozinha para comer. Se você sente sede, você fica segurando porque não quer incomodar os outros. Então, é muito difícil, porque você quer fazer as coisas e você 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 [o erro médico], eu tinha medo de passar na porta do hospital. Já me dava aquele calafrio, aquela crise de choro. Quando eu entrava lá, eu via aquilo se repetir. 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.

Barack: ‘Caramba, eu entrei aqui para operar o esquerdo, o esquerdo tá aberto, né?’ E tinha o tampão no olho direito. Aí eu falei: ‘Vocês operaram o

olho errado’, aí foi aquele corre-corre no hospital. Eu falei: ‘Eu estou indo embora. Estou indo embora, vocês operaram o olho errado’. A enfermeira começou a chorar, foi aquela, né? Isso em dezembro de 2007. No outro dia de manhã, eu fui até a clínica dele. Tudo eu fiz na clínica particular. Pelo convênio, uma clínica de renome, uma clínica grande, né? Quando eu cheguei na clínica, prontamente ele me atendeu, e eu estava com outra pessoa, e... Isso foi no outro dia, porque no dia da cirurgia eu já fui pra casa. Não teve acolhimento nenhum, até porque ele não tava lá, eles não sabiam o que fazer, eu falei: ‘Eu não vou ficar aqui perdendo tempo’. Aí no outro dia fui procurá-lo na clínica e fiz o boletim de ocorrência.

Diversos autores destacam que, quando o ser humano é tomado por algo que não esperava, sua atitude inicialmente é de espanto e surpresa, às vezes com momentos de negação em algumas pessoas. Porém, passada essa fase inicial, a pessoa entende melhor a situação e passa a vivê-la de maneira consciente. Esses estágios estão acompanhados da mudança drástica e negativa na vida e na perspectiva de futuro das vítimas de erro médico (Mello Filho & Burd, 2010; Straub, 2005). Muitas vezes a atitude do ser humano em frente ao novo, com sentido negativo, produz no homem uma tentativa de identificar a causa do erro, de buscar uma explicação ou um entendimento. E assim tentaram **Betty** e **Barack** achar uma causa para tal situação.

***Betty:** 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 na porta para fora. Agora, se ele estava cansado eu não sei. Você tenta arrumar uma explicação, mas não acha. Eu não sei o que ele tinha.

***Barack:** Foi feito todo um processo, né? Olho esquerdo, né? Eu passei pela triagem. Quando entrei no centro cirúrgico, ele não estava. O médico cirurgião. Não estava. Tomei anestesia, e foi uma geral. Tomei a anestesia, tudo, apaguei. Quando eu acordei da cirurgia, a enfermeira perguntou para mim se tava tudo bem. Eu falei: ‘Olha, tá tudo bem, mas o olho foi operado errado, vocês operaram o direito, cadê o médico?’. Ela disse: ‘Já foi embora’. Então, eu não vi o médico em nenhum momento.*

Não tenho certeza se foi ele. Eu já me questionei isso. Já me questionei muito. Olha, pelo profissionalismo dele, eu tenho minhas dúvidas. Profissionalismo que eu falo de quando ele me atendia, porque conhecia o histórico, ele conhecia, ele operou meu olho esquerdo antes.

Então, eu tenho comigo, não posso afirmar, mas eu tenho comigo que não foi ele quem operou. Alguém usou o carimbo dele. Alguém que não conhecia o caso, que não me conhecia, que fez a cirurgia.

Contudo, o que se percebe nos relatos é que essa decisão de buscar o entendimento só gera mais dúvidas e anseios nas vítimas. Esse foi um fenômeno bem relatado pelos entrevistados e que contribui com o sofrimento psíquico da pessoa que passa por um erro médico, devido à falta de informação, diálogo e acolhimento. Até a presença do médico na sala de cirurgia é questionada por eles.

A descoberta do erro, muitas vezes, só se torna conhecida para a vítima quando ela já está sendo acompanhada ou tratada por outro médico. **Dalai** deixa claro que a descoberta foi anunciada pelo outro médico que já vinha tratando do seu caso, na tentativa de consertar o erro e minimizar as sequelas deixadas pela má conduta do primeiro profissional.

***Dalai:** Na verdade, no momento em que eu constatei o erro médico, eu já tava sendo atendido por um outro profissional, né?*

Com a situação emergência ali, ele nem se preocupou, ele se preocupou mais em saber se eu tinha coberturas, se eu podia ir no hospital em que ele fazia questão de me operar, então ali ele se preocupou mais com isso. Mas como eu voltei lá muitas vezes, ele, sim, ele falou, e... Ele questionou quem foi o médico, e uma informação triste que ele falou: 'A maioria dos meus trabalhos é corrigir 'cagada' dos outros'.

Diferentemente de **Dalai** que só descobriu o erro quando estava em tratamento com outro médico, as vítimas que já haviam descoberto os erros relatam a dificuldade em conseguir achar um médico que aceitasse consertar um erro do seu colega de profissão.

***Barack:** Até que esse médico que indicou o cirurgião que fez o erro me encaminhou para vários médicos, mas ninguém queria por a mão. Quando via a situação do meu olho, os caras não punham a mão. Então, ninguém queria por a mão, eu fui em mais de onze, indicações de gente boa.*

***Ellen:** Era desagradável de olhar, era. Eu fiquei muito preocupada quando fui a vários médicos aqui, em São Paulo, mas ninguém queria por a mão. Eu pensei*

em ir ao R [nome de um cirurgião plástico], mas ele já estava velho e não é isso a especialidade dele. Eu tive a indicação da médica dos Estados Unidos e tive muita sorte. Eu me encontrei com essa médica, eu comecei a ver resultados no tratamento [...]. O erro estético poderia ser a pior desgraça para uma mulher de 34 anos, se eu não tivesse condições financeiras para ter feito o tratamento nos Estados Unidos.

Além de a vítima sofrer por conta do erro e as consequências trazidas, elas ainda tinham que enfrentar a dificuldade para conseguir um profissional em quem pudessem confiar, para que o erro pudesse ser minimizado ou consertado, se a situação permitisse. Não podemos inferir com exatidão e nem estudos foram encontrados para justificar essa resistência do médico em não querer atender a um caso de erro médico. Uma hipótese provável pode ser o receio de se envolver porque isso poderia repercutir de forma negativa na sua profissão.

Esse momento da descoberta costuma ser o grande marco do sofrimento psíquico dessas vítimas. É a partir de então que a vida tem que tomar novos rumos, que o inesperado sobressai e que muitos sentimentos se tornam presentes. Para a vítima é um divisor de águas e a passagem para um estado em que não foi preparada.

Os sentimentos que as vítimas passam a vivenciar são únicos e particulares, principalmente, devido à individualidade, à forma como concebem o erro e aceitam o seu estado. Mas, de modo geral, a grande maioria tem sentimentos de desespero, raiva e impotência.

***Shirin:** Quando eu cheguei no quarto, eu lembro de ter olhado pra minha irmã e falado que operaram a minha perna errada, porque a minha perna direita*

estava engessada, da virilha até o tornozelo. Eu fiquei desesperada. E era a perna esquerda. E era só o joelho. Era só o joelho.

Quando deu entre cinco e seis meses, eu ainda sentia muita dor. A minha perda muscular foi progressiva, não conseguia... Até pra eu caminhar muito, eu sentia muita dor. Então, não tinha como retornar ao judô. Perdi o mundial.

Dalai: *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.

Barack: *Oh, vou falar só do sentimento, acho que um sentimento de... impotência. Que eu tenho hoje, de impotência e impunidade [...]. E, aí eu fiquei sem autonomia nenhuma.*

Então, foi uma época que, psicologicamente, foi preciso uma medicação psiquiátrica, né? Eu tomei BUP, Tegretol, Seroquel e Rivotril, porque eu tive um stress pós-traumático, uma raiva, fúria, né? Fúria, raiva, fúria, vontade de matar, vontade de... E isso afetou muito. Eu quase perdi o meu casamento, porque chegou um momento que minha esposa falou: 'Poxa, eu entendo o que você está passando, mas a gente não tem culpa' [...]. E, assim, houve momentos

de eu pensar em ir lá, e não matar, mas, quebrar uma mão, quebrar uma perna, para ele poder sentir um pouquinho do gosto, né?

Esses sentimentos expressam o sofrimento psíquico do indivíduo ao descobrir-se vítima de um erro médico, e os discursos refletem que, a partir do momento em que passa a ser vítima, as suas vidas são transformadas e adquirem uma outra lógica, baseada em perdas que afetam a vida e a rotina da vítima e das pessoas ao redor. O sofrimento é um estado muito angustiante em que as emoções são liberadas.

O homem sofre porque passa a perceber a sua finitude, o que faz do sofrimento uma dimensão não psicológica, mas, sobretudo, existencial. Para Freud (1920), o sofrimento é o estado de expectativa diante do perigo e da preparação para ele, ainda que seja um perigo desconhecido, chamado angústia, ou medo, quando ele é conhecido; ou susto, quando o indivíduo depara-se com um perigo sem estar preparado para enfrentá-lo, como o caso do erro médico.

Entretanto, é importante salientar que o sofrimento não tem uma manifestação única para todos os indivíduos de uma mesma cultura ou período histórico. O que é sofrimento para um não é, necessariamente, para outro, mesmo quando submetido às mesmas condições adversas. Ou, ainda, aquilo que é sofrimento para alguém pode ser prazer para outro (Brant & Minayo-Gomez, 2004).

Aqui é possível relacionar o trabalho de duas pesquisadoras norte-americanas que desenvolveram uma teoria de modelo de sofrimento, a partir da observação de pessoas no processo de resposta ao sofrimento no contexto da saúde e adoecimento, com a temática erro médico. As autoras, em suas publicações Morse e Carter (1996) e Morse (2001), criaram um modelo dividido em três estados: *enduring*, *suffering* e *self reformulation*. Neste estudo, traduzimos como tolerância, sofrimento e reformulação do *self*.

A tolerância é a resposta que surge quando o indivíduo não tem outra escolha a não ser atravessar a situação. Optar por aceitá-la ou não é impossível. A pessoa, nesse estágio, tenta manter o controle e, para tal, conscientemente, suprime suas emoções. Isso se justifica pelo fato de se estar focada no presente e temer que as emoções interrompam o atravessar da experiência, não se deixando abater pelo passado devastador. Procura não pensar em possíveis desdobramentos futuros quanto ao que tem sido tolerado no presente. Segundo as autoras, todos temos a potencial habilidade para tolerar, de modo que não é preciso aprender (Morse & Carter, 1996; Morse, 2001).

O sofrimento é o momento em que o indivíduo está pronto e forte o suficiente para reconhecer aquilo que está sendo tolerado e, então, move-se para o sofrimento. Esse reconhecer inclui entender que o incompreensível é verdade e já aconteceu, mas não implica aceitação. É também o estado em que se tem uma resposta emocional ao fenômeno que tem sido tolerado ou a resposta antecipada a um futuro perdido, destruído ou a um presente irreversivelmente alterado por causa de evento passado. A pessoa em sofrimento vive com um foco comparativo que envolve o passado ou o presente e também pode revelar preocupação ou temor em ter de enfrentar o futuro (Morse & Carter, 1996; Morse, 2001).

Existe uma conexão entre os dois estados, no entanto a relação entre ambos não é linear, pois o indivíduo que está tolerando não muda simplesmente ao estado de sofrimento. A pessoa entra em sofrimento quando está pronta para reconhecer aquilo que está tolerando. Isso não significa que mudou de estágio, mas que pode flutuar entre tolerância e sofrimento diversas vezes (Morse & Carter, 1996; Morse, 2001).

A reformulação do *self* é quando a pessoa reconhece o motivo pela qual está tolerando, depois entra em sofrimento e, quando aceita esse sofrimento, passa a procurar novas maneiras de ser e estar no mundo, reformulando o *self* e sendo capaz de sair do emaranhado da tolerância e sofrimento. Com isso, ela passa a ter uma nova perspectiva de vida, reconhecendo

que agora é uma pessoa diferente. Porém, mesmo quando o indivíduo alcança esse estágio, ele ainda pode voltar algumas vezes ao estado de sofrimento (Morse & Carter, 1996; Morse, 2001).

De acordo com essa perspectiva, aqueles que resistem não se movem da tolerância para o sofrimento emocional, até que a tentativa de aceitação de sua perda esteja pronta. As fases de tolerância e sofrimento podem ser temporárias ou por tempo indeterminado. A pessoa transita por esses dois estados, de acordo com o nível de energia, contexto e suporte disponíveis (Morse & Carter, 1996; Morse, 2001).

Partindo dessa teoria, pode-se inferir que a tolerância nas vítimas de erro médico é menos perceptível e passa de maneira mais rápida para o estado de sofrimento, pois ela não tolera e nem bloqueia, pelo contrário, as emoções ficam bem presentes. O sofrimento dispende mais energia da vítima, porque há uma liberação emocional intensa diferente da tolerância. Nessa fase, essas vítimas já se reconhecem como tal e se percebem dependentes de alguém ou de um tratamento, mas isso não significa, no entanto, que elas aceitem o erro médico.

Imposta essa nova forma de ser, a vítima cria estratégias e outras modalidades de vida. Ou seja, ela precisa criar novos modos de conduzir a sua existência como ser humano. Para alguns, isso nada mais é que um retorno inicial ao desenvolvimento vital.

Nelson: Olha, quando eu acordei da cirurgia e não consegui mexer os pés – a única coisa que eu conseguia era mexer os dedos –, tentei, forcei, não falei nada com ninguém, forcei, até que me convenci: ‘Bom, tô paraplégico. Vou ter que agora me acostumar’. Desde esse primeiro momento, decidi lutar. Não adianta ficar lamentando, ficar chorando, eu já estava nesse estado, não é? Então, eu tinha que buscar os caminhos para, e assim foi, fui buscando, fui caminhando.

Todo mundo levou um choque, um choque brutal, mas eu segurei, eu segurei todo mundo. Você não pode andar, não pode andar, não é? Você vai fazer o quê? Você vai ficar parado? Você não pode ficar parado. Tive que aprender a rolar, tive que aprender a sentar, tive que aprender a fazer isso, e assim, foram, até hoje ainda faço. São treze anos, vai fazer agora em março [de 2013], de luta para ganhar dia a dia um milímetro. Mas é tal coisa, para quem estava com zero, ganhar meio é muita coisa, não é?

Aí saí da cadeira de rodas, fiquei quase que um ano na cadeira de rodas. Ai consegui ficar em pé.

Lutar. A única coisa que resta é lutar. Quem pode fazer alguma coisa por ela é ela mesma. Lembrar de quando era pequenininha, quando começou a andar que caía à beça, machucava o joelho, é a mesma coisa. Você tem que lutar, não tem jeito. É fazer o que agora, ficar parado? Eu continuava a minha vida, ia pros bares, tomava porre, saía com todo mundo, de cadeira de rodas Eu só chorei uma única vez na minha vida. Depois de dois anos, que eu consegui fazer xixi em pé. Eu consegui ficar em pé no andador. Minha mulher pegou no meu pinto, e eu urinei no vaso. Aquilo foi emoção do cacete.

Você tem que administrar as tuas vicissitudes. Você tem que administrar. Tá ferrado, tá ferrado. Não adianta chorar, não adianta, tem que procurar um caminho. Eu podia estar bem pior, eu podia ter morrido ou, então, estar vegetando. Mas não tem jeito, tudo sempre tem uma situação pior, como também tem uma situação melhor.

Betty: *Olha, de um dia para o outro você passar a depender das pessoas é horrível. Um dia eu fazia tudo, saía, arrumava a casa e, no outro, fiquei*

dependente. Você se sente um nada. Ter que incomodar as outras pessoas para comer, porque, se ninguém me dava, eu ficava com fome. 'Meu Deus do céu, tudo isso acontecendo na minha vida. Eu tô pagando algum pecado? Joguei pedra na cruz?' Né possível. Alguma coisa de errado lá traz eu devo ter feito. Parece um castigo e dos piores.

Mas isso foi uma pancada tão forte, que eu pensava em não fazer mais nada. Não vou fazer mais nada da vida, minha vida agora vai ser esta. Eu vou ter que me acostumar com meu mundinho de ter que ficar trancada. Eu ficava pensativa. Caramba, eu tinha tanta coisa pela frente para eu fazer, interromper tudo isso por causa de um médico que não teve a competência de fazer a coisa certa. Entendeu? Depois da cirurgia, minha vida ficou estacionada e eu achei que ela ia ficar estacionada para o resto da vida. E agora, o que será de mim? O que eu vou fazer da vida? Eu só chorava. Ninguém podia me falar nada, porque eu me estressava com a pessoa. Isso mexe com tudo. Você não sabe o que fazer, e quando não sabe, você fica estressada. E desconta em quem você gosta. Hoje, eu já tenho um pensamento mais aberto. Hoje eu vejo que não foi tudo aquilo que eu pensava no começo de não andar mais. Hoje eu tô andando, com dificuldades, mas estou. Isso não impede que eu faça alguma coisa no futuro.

Cada vítima adquire e cria o seu modo de “recomeçar” a vida, de maneira que procura vencer as dificuldades impostas pelo erro. As lamentações, limitações e danos permanecem, mas essas vítimas buscam uma qualidade de vida dentro do que lhes é permitido. Isso faz parte das estratégias de *coping* apropriado que as vítimas de erro médico podem desenvolver.

Coping pode ser definido como o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que são utilizadas pelas pessoas em resposta a alguma situação estressante, de forma que essas tentativas elaboradas pelos indivíduos tentam preservar a sua saúde mental e física de uma circunstância adversa (Lazarus & Folkman, 1984; Straub, 2005). O termo *coping* fortaleceu-se na área da Psicologia na década de 1960, quando florescia nos Estados Unidos uma nova linha de pesquisa relacionada com os mecanismos de defesa psicológicos. Seu conceito está diretamente associado às emoções, levando em conta os conflitos gerados pelas exigências internas do indivíduo em relação às demandas do meio ambiente, destacam Sirriyeh e colaboradores (2010).

Essas estratégias de enfrentamento visam a moderar ou minimizar os efeitos de situações adversas e estressoras sobre o bem-estar físico e emocional. Contudo, nem todas as estratégias de *coping* são igualmente eficazes, advoga Straub (2005). O que, de certa forma, explica a dificuldade que algumas vítimas têm em conseguir retomar a vida, pelo fato de estarem focalizadas somente no problema. Nessa situação do erro médico, as estratégias de enfrentamento não eliminam o problema, mas podem simplesmente ajudar a vítima a tolerar ou aceitar a situação.

5.3 Impactos na trajetória de vida do paciente: em que o erro me transformou

Com o erro médico já descoberto, sentimentos e angústias identificados pelas vítimas, o ciclo vital tem que permanecer e se desenvolver, mesmo que o sofrimento ainda perdure. O sofrimento psíquico está presente e as estratégias de enfrentamento vão sendo desenvolvidas ao longo da vida, mas as marcas e as consequências desse sofrimento causado pelo erro vão sendo perpetuadas no comportamento dos indivíduos. E cada um tem uma reação singular. Reação essa que promove na vítima impactos que a transformam.

As modificações no comportamento advêm de um trauma psicológico bem marcado na vida da vítima. Trauma, em sua raiz etimológica grega, significa lesão causada por um agente externo. Esse conceito migrou ao campo psicológico e, conseqüentemente, supõe-se com frequência que um trauma ocorre quando as defesas psicológicas naturais são transgredidas. Freud (1896) declarou que o trauma psíquico se caracteriza por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do indivíduo e à sua capacidade de dominar e de elaborar tais excitações. E, mesmo com o passar do tempo, tornam-se lembranças fixas com nitidez e vividez, carregadas de forte componente afetivo e emocional.

Como consequência de todo esse pesar na vida da vítima, foi possível pontuar as transformações que elas sofreram advindas do erro.

Ellen tornou-se uma pessoa mais criteriosa e questionadora quanto aos procedimentos médicos e no cotidiano. **Dalai** afirma que experiências desse tipo, como o erro médico, promovem uma maior valorização da vida e, conseqüentemente, adequações ao novo estilo de vida imposto. Já **Barack** passou a valorizar a família e conseguiu perceber o quanto o trabalho e a vida profissional estavam sobrepostos a ela.

Ellen: Eu não sou mais uma paciente que se entrega cegamente ao médico. Eu fiquei uma pessoa extremamente cautelosa com regras e procedimentos. Outra coisa que eu mudei, eu só vou procurar o médico quando eu estou muito mal. Eu tenho uma resistência para dor. Não é que eu não sinta dor, eu sinto, mas a primeira coisa que eu penso é no risco. É verdade, eu nunca tinha pensando, agora, conversando com você, que eu me dei conta. Ei fiquei uma pessoa resistente à dor, menos crédula.

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. Com o processo, eu me dei conta do tamanho que ela tinha aprontado. Sinceramente, eu não achei que por aquela mancha na pele eu iria perder camadas. Isso, sim, eu mudei. A Ellen não deixa mais para lá. Tudo na vida. A Ellen questiona. A Ellen vai lá. A Ellen toma cuidado, fiquei mais cautelosa. Isso eu mudei muito, não só com relação a mim, mas também a quem eu amo.

Dalai: Então, foi um pacote completo. O erro médico, então, é só um dos ingredientes do bolo, que sou eu hoje. Eu ter passado por esse processo... Eu tinha duas opções, ou eu me colocava na posição de coitadinho, vítima, e eu não ia tá do jeito que estou hoje, ou eu faria, o que fiz, tiraria proveito dessa situação, um superaprendizado, né? E hoje eu sou um cara completamente diferente daquele que eu era antes do acidente. Muito melhor. O que não mata fortalece. Eu bati na trave.

Eu já percebi uma coisa assim, que as pessoas que passam uma experiência de quase morte, elas têm uma visão completamente diferente do mundo e da vida, e da... Da humanidade, do que que é isso aqui, sabe? Sim, eu valorizo muito mais a vida, não só a minha.

A maior das sequelas que ficou foi uma artrose na cabeça do fêmur, então eu preciso tomar muito cuidado. Então, não posso dar impacto na cabeça do fêmur, e isso mudou completamente meu estilo de vida. Não posso fazer um monte de coisas que eu fazia, então, tive que me adaptar. Faço um monte de coisa legal que me dá prazer. Sou viciado em esporte. Então, assim, andar de skate, eu continuo andando de skate, mas eu ando de um jeito diferente. Não

posso mais dar impacto. Então pular, não pulo nada. Mas dá pra andar. Correr, esquece. Comecei a pedalar.

Barack: *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. Então, hoje eu sou focado na minha mãe, no meu pai, nos meus irmãos. Eu cheguei a fazer 186 horas extras num mês. Eu ia para casa só para dormir, tomar um banho, trocar de roupa e empresa. Então, eu ficava meses sem ver minha mãe.*

Essas situações anteriores reforçam a ideia de que, mediante as adversidades impostas, o indivíduo consegue suportar esse momento e resistir ao erro médico. Essa capacidade é chamada de resiliência. Yunes (2003) traz uma definição de resiliência como sendo uma capacidade universal que permite que uma pessoa, grupo ou comunidade minimizem, superem ou previnam os efeitos nocivos das adversidades. De modo categórico, já foi afirmado que a resiliência não constitui uma característica ou traço individual, mas é um fenômeno comum e presente no desenvolvimento de qualquer indivíduo e com influência do apoio social (Straub, 2005).

O termo resiliência não pode ser associado à invulnerabilidade, uma vez que o último passa a ideia de uma resistência absoluta ao estresse, de uma característica imutável, como se o ser humano fosse intocável e sem limites para suportar o sofrimento. A resiliência tem a sua base tanto constitucional como ambiental, e o grau de resistência não tem uma quantidade fixa; varia de acordo com as circunstâncias. A habilidade de superar adversidades não significa que o indivíduo resiliente saia da crise ileso, como implica o termo invulnerabilidade (Yunes, 2003).

Não é possível admitir que todas as vítimas de erro médico são resilientes, mas a vítima resiliente pode apresentar um desenvolvimento social e psíquico mais bem adaptado às exigências e capaz de compreender melhor toda a sua situação.

Outra questão passível de inferência é a forma como uma vítima resiliente passa a enxergar e viver a vida. Existe uma valorização das relações humanas, cada experiência passa a ser vivenciada como se fosse única. Isso fica claro nos relatos anteriores, e cada vez mais reforça a concepção de que pessoas com experiência de quase morte ou trauma psicológico bem marcado, e que são resilientes, conseguem lidar de modo mais assertivo e com menos sofrimento às circunstâncias vitais.

Além dessas transformações, já foi sinalizado que a criticidade e a busca por direitos e justiça são características que se tornaram mais presentes nas vítimas. Uma das explicações se deve ao fato de a vítima de erro médico se sentir enganada e encontrar-se tolhida de mentiras e falsas declarações, priorizando, a partir de então, uma atitude mais questionadora e agora não deixa nada por menos, pelo contrário, luta por seu direito.

Martin: O brasileiro é muito descrente de seus direitos, né? Às vezes não é só falta de informação. Falta de informação é um grande problema, com certeza, mas, às vezes, o brasileiro, no primeiro 'não' que recebe, ele já desiste. Eu vejo que muitas pessoas no primeiro 'não' vai e desiste. Então, no erro médico é a mesma coisa. Ele pensa: 'Como que eu vou lutar com um médico?'. Dependendo do médico, ele já vê logo, é um grande médico, eu não vou ter chance alguma. E não.

No erro médico, você têm as provas suficientes e, com certeza, você vai ter sucesso lá na frente. Agora, não adianta eu falar que foi um erro médico, mas eu não tenho como provar. Ali eu tenho como provar que me foi ministrada

Amoxicilina, que foi prescrita pelo médico Amoxicilina. E, no prontuário, está que eu sou alérgico a Penicilina. Então, tenho todas as provas do erro.

Alguns autores destacam que o Código de Defesa do Consumidor, que entrou em vigor no início dos anos de 1990, conferiu um caráter mais questionador ao paciente, de modo que garantiu um equilíbrio maior na defesa de seus direitos. Sem contar que, na Medicina, a responsabilidade civil do médico é disciplinada pelo código citado, como também pelo Código Civil, conferindo ao cidadão mais segurança para exigir um serviço de qualidade e mais recursos para que ele procure seus direitos, caso se sinta lesado (Minossi, 2009; Murr, 2010).

No caso de **Shirin**, as transformações vieram com a superação da dificuldade em aceitar o erro e, principalmente, voltar a sentir-se apaixonada por algo que faz, mesmo tendo perdido um sonho.

***Shirin:** O vestibular pra mim foi um período muito complicado, porque eu não podia fazer o que eu queria, e o que eu podia fazer eu não queria [...]. Fui fazer Odontologia. Eu fazia monitoria, iniciação científica e fazia estágio, e ia pro consultório da minha dentista e... O bom era que, quanto mais coisas eu fazia, mais aquilo tudo me apaixonava. Então, eu dormia muito pouco, mas eu não me incomodava, aquilo pra mim estava sendo muito bom. Mas fazia tudo, preenchia cada minuto do meu dia. Mas foi, foi maravilhoso. Foi um encontro. A Odonto preencheu o espaço do judô.*

Eu não me entendia sem o judô. Então, aquele planejamento, rasgar aquele planejamento foi muito difícil, mas não era rasgar do papel, era rasgar de mim! Tirar aquilo de mim foi muito difícil. Muito difícil. Muito difícil. Então, foi uma

mochila. Foi isso, era uma mochila que pesava muito e que, para tirar coisa de dentro, até que pudesse me livrar daquele peso, foi difícil. Mas, consegui.

Esse momento de sentir que perdeu o controle e que os sonhos não podem mais ser realizados mistura-se a sentimentos de culpa, raiva, desespero e frustração. Mello Filho e Burd (2010) acreditam que o ser humano tem potencial para desenvolver novos sonhos e que cada um lida de maneira muito particular com esse seu momento de superar um sonho perdido e conquistar um outro. Claro que a forte ligação com aquele que foi perdido gera um sofrimento, principalmente, quando a pessoa é impedida de continuar com tal planejamento. Mas os autores afirmam que há uma grande incidência de sucesso na realização dos sonhos posteriores àquele que foi perdido.

Esse sentimento de perda, de interrupção dos sonhos e desse marco na vida pode promover no indivíduo uma estagnação que reflete numa dificuldade em estabelecer planos para o futuro e até desenvolver e colocá-los em prática, justificados pelo erro. Isso demonstra que nem todas as vítimas conseguem ser resilientes, ao ponto de terem transformações que as paralisam.

Teresa: Eu tirei o olho e depois me deu uma depressão, eu não queria mais sair. Eu tenho complexo de olhar para frente. Só olho para baixo. Não sou mais a mesma Teresa, não consigo ser. Em casa, eu uso colírio que o médico passou, para o resto da vida, pois previne a inflamação, já que ele fica sempre irritado. Se eu estiver perto de cheiro ou produto forte, ele irrita. Para pintar o cabelo, tenho que tampar ele, porque, se eu não pintar, fico com o cabelo todo branco e piora a aparência. E minha vida se transformou totalmente, pois eu não tinha

mais como trabalhar, cega! O outro olho não me ajuda. Eu parei com toda função e estou sem trabalho. Agora, estou com ajuda dos filhos mesmo.

Na fala acima também é possível perceber uma transformação imposta na vida da vítima e que acaba sendo impossível superar, como é o caso do trabalho. A profissão e o trabalho têm uma forte ligação com as questões de gênero, da própria afirmação e autoestima da pessoa como aquela que promove algo para sua sobrevivência e/ou a de outros. A partir do momento em que ela se torna impedida de exercê-la, sente-se improdutiva e incapaz.

Barack: [...] Embora eu esteja num processo de aposentadoria por invalidez, que é uma coisa muito dura também. Você se aposentar por tempo de serviço é uma honra, e você se aposentar por invalidez é... é um termo muito... É você se aposentar porque você é incapaz.

Você se aposenta, o inválido, ele se aposenta, pelo que me parece, com uma aposentadoria diferenciada. Seu salário não vai cair como os outros salários, né? Mas eu não me vejo como um inválido. Não sou um inválido.

Para Connell (2005) e Sabo (2000), o gênero caracteriza as bases para a construção das identidades masculina e feminina, fundamentado nas ações que homens e mulheres deveriam praticar, a partir dos atributos sociais impostos pela sociedade. Para o homem, a perda ou interrupção do trabalho têm reflexos direto na masculinidade e no papel social masculino, enquanto aquele que deve ser o provedor e que sustenta a família. Qualquer situação que foge a esse padrão, ou é levada a isso, promove uma descaracterização desse indivíduo como masculino ou uma aproximação do feminino. Tudo isso com impactos diretos na autoafirmação do ser como homem e trabalhador e, também, na vida social.

Porém, vale reforçar que a pessoa pode se sentir incapaz e improdutiva para aquilo que realizava, mas ela pode procurar outras maneiras de se sentir produtiva, por meio de trabalhos em que consiga utilizar habilidades não prejudicadas pelo erro médico, como foi o caso de **Barack**, que buscou em outra profissão uma forma de se sentir produtivo e provedor da família, como homem.

Assim também fez **Nelson**, que permaneceu na mesma atividade, porém com habilidades reduzidas e retomando aos poucos o que desenvolvia anteriormente ao erro. E lentamente percebeu que as mudanças foram poucas e o futuro seguia indiferente, mesmo ele sendo uma vítima de erro médico.

Nelson: No âmago da coisa, minha vida não mudou, tá? Os meios que eu utilizava para viver é que foram modificados, em função de eu perder a mobilidade. O resto continua a mesma coisa, as mesmas amizades, o mesmo relacionamento com meus filhos, com minha mulher. Pô, mesma coisa. Não afetou em nada, nada, nada.

E aí continuei trabalhando, continuei fazendo minha vida, né? Tive que mudar de segmento na empresa, porque ninguém dá emprego a aleijado, principalmente em obras de manutenção, né? Mas não deixei de ser engenheiro.

E essa tem sido a minha vida, tem sido isso.

O medo de ter que voltar para fazer uma nova cirurgia ou passar por outra intervenção médica também é apontado pelas vítimas. Isso se torna mais claro com a lembrança da expectativa de intervenção antes do erro, pois vai de encontro à possibilidade de uma cura ou melhora, sinalizadas anteriormente e, agora, impera o medo e a falta de confiança num futuro profissional.

Teresa: Ele me falou em particular. Não era para a senhora ter ficado cega. Tanto é que, no outro lado que eu tenho que operar, eu não opero mais, eu tenho pavor.

Betty: Então, eu estou tentando achar outro médico, não aqui, porque aqui ninguém vai me atender direito. Sei lá, em cidades aqui perto, para poder tá me acompanhando e vendo tanto esse que foi operado errado quanto esse que tem que fazer. 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. Só o tempo para me aliviar. 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.

A partir do olhar fenomenológico, permite-se indagar e ratificar que todos esses comportamentos e transformações nas vidas das vítimas, causados pelo erro médico, são reflexos do existir, ou seja, é a elucidação do vivido, baseada na consideração das experiências concretas e situadas, conduzida a uma compreensão teórica que possibilitou o fenômeno. São as manifestações das experiências como são, sem que existam projeções nelas a partir de categorias próprias. Tudo isso é possível segundo a fenomenologia, pois, com o método rigoroso e efetivo, as reflexões são conduzidas sobre o conhecimento e a existência (Amatuzzi, 2009; Gomes & Castro, 2010).

5.4 O erro médico no sistema de saúde brasileiro: do conceito à prática

Conforme já foi mostrado na introdução deste trabalho, o conceito de erro médico tem uma formulação mais teórica a partir de sujeitos sem vivência na situação. Como esta pesquisa tem uma inclinação fenomenológica e benjaminiana, em que o vivido e o experienciado têm fundamental importância no conhecimento da essência do erro médico, foi proposto às próprias vítimas que pudessem conceitualizá-lo, tomando por base a sua experiência como tal.

Em quase todos os conceitos formulados sobre erro médico, há uma similaridade quanto ao caráter negativo, como 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.

***Shirin:** 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. 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. Em uma hora, ficou tudo uma grande confusão, a vida fica de pernas pra cima mesmo. E superar aquilo tudo, reorganizar aquilo tudo é muito difícil. É muito difícil.*

***Barack:** 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.

***Jimmy:** É um fracasso. É uma irresponsabilidade. Uma irresponsabilidade dos profissionais da Medicina. Eles não são mais humanos, não sentem assim mais. É uma falta de responsabilidade com o ser humano.*

***Alva:** É o resultado de uma ação que o médico deveria ter feito bem e que não fez, e cuja razão, pelo fato de não ter feito bem, não é, se não por falta de cuidados, que muitas vezes nem até implica em não conhecimento, mas pode implicar, por exemplo, em falta de responsabilidade, como foi o meu caso. A impressão que eu tenho é que o homem ou não compareceu ou, se compareceu, não ficou até o final. É não ter atuado direito, de acordo com os conhecimentos que ele tem.*

***Martin:** Nesse meu caso, conceituo falta de atenção, porque, quando eu peguei o meu prontuário, que aí eu pude ver que realmente estava lá a 'etiquetinha' que corresponde à cor de alergia. No campo do prontuário alergia estava Penicilina e Kefrex. Eu subentendo que ele analisou o meu caso, que eu precisava tomar uma medicação, e ele não se deu nem ao trabalho de ver o prontuário pra saber se eu poderia ou não com aquela medicação.*

Esses conceitos também dizem respeito à ausência de qualidade na atividade médica, na qual a atuação do médico é sempre de má qualidade, como não ter lido o prontuário, no caso de **Martin**. Em frente a essa situação, é preciso destacar que as instituições privadas e

públicas necessitam colocar em prática ações de humanização mais efetivas, de modo a minimizar o contraste e o abismo nas relações entre pacientes, profissionais e gestores.

Paim e colaboradores (2011) fizeram uma avaliação do desenvolvimento histórico do sistema de saúde brasileiro e destacam 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. Claro que algumas melhorias precisam ser feitas, como o atendimento acolhedor e a redução do tempo de espera nas filas e também novas políticas para assegurar melhor qualidade do cuidado, direito e segurança dos pacientes nos serviços de saúde.

Diferentemente do Brasil, na França, o erro médico tem um olhar reduzido para a subjetividade da vítima, e seu conceito costuma ser formulado tendo em vista o erro cognitivo, aquele em que deixa de envolver a memória e a execução; o erro sensório-motor, em que há inaptidão física, inadequação dos profissionais e dificuldades para realizar determinada ação; e o erro de atitude. Nesse sentido, a literatura científica procura especificar bem os tipos de erros e não reduzi-los a uma mesma causa, minimizando generalizações (Galam, 2005). **Ellen** também expressa sua preocupação quanto ao cuidado em não confundir alguns conceitos.

Ellen: Eu acho que existe uma linha muito ténue entre intercorrências, riscos e procedimentos, e erro médico [...]. Um médico que está no plantão atende um paciente com pouca atenção, faz aquele diagnóstico super rápido, dá alta para o paciente, e o paciente morre horas depois, porque era uma meningite. Isto para mim é erro médico, porque ele tratou com negligência o paciente. Existem protocolos. Quando o médico sai do protocolo, quando ele se acha o máximo,

quando ele quer fazer coisas experimentais [...], ele assumiu aquele procedimento. Ele não teve o zelo, ele não seguiu o protocolo.

Colocar um stent na carótida de um idoso e esse idoso levar alta e morrer três dias depois, porque teve um coágulo que subiu para a cabeça não é erro médico. É uma intercorrência, é o risco do procedimento. Por isso todo cuidado deve se ter para não colocar tudo como a mesma coisa.

Assim como aconteceu com o erro médico, alguns participantes também conceitualizaram como é ser vítima. Benjamin (1994) considera fundamental a descrição de uma pessoa ou narrador, como ele mesmo chama, sobre a sua própria vivência, pois somente ele consegue elaborar e ser capaz de dar significado a toda constituição da experiência.

Teresa: 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.

Alva: 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.

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.

Shirin: Eu acho que eu te dou uma resposta meio clichê, mas 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 apaixonava, sabe? Eu acordo todo dia para ir trabalhar feliz, apaixonada, eu acordo 4h30min da manhã, mas, poxa, não tem problema, então... Eu tinha que passar por aquela experiência na minha vida, eu precisava percorrer aquele caminho, eu precisei transpor aquele degrau para ser hoje a Shirin que eu sou.

Mendonça (2009) relata que experiências emocionalmente marcantes são vividas de modo bem particular, principalmente questões que envolvem sofrimento na esfera da saúde e da doença. E vai mais além, ao afirmar que muitas vezes o novo e inesperado desestrutura e desconcerta no início, mas, à medida que a pessoa avança, enfrenta e supera esse fato temido, ela adquire uma certa “resistência” e, no futuro, percebe quão profunda foi tal experiência, a

ponto de compartilhar e constatar a importância do erro 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.

Para finalizar a questão de como é ser vítima de um erro médico, é preciso destacar a relevância da pesquisa no intuito de provocar, de colocar a pessoa para pensar sobre o que ela viveu, as consequências na sua vida ou até mesmo imaginar uma possível inversão de papéis. E **Ellen** assim experienciou por um outro olhar esse provocar da pesquisa. Tanto que, no momento da sua narrativa, percebe nunca ter pensado sobre como o erro numa profissão pode trazer prejuízos irreparáveis, e na dela não seria diferente. Contudo, teria uma outra postura do profissional responsável pelo seu erro.

Ellen: É péssimo. Você se sente desrespeitado. Abusado. Porque aquilo que não é imprevisível, que não é uma intercorrência, mas sim uma coisa que, se você tivesse cuidado, se você tivesse feito isso, você não causaria nada. É imperdoável. Nossa! Que coisa. É que eu nunca parei para pensar, você está me fazendo pensar agora. Se eu tivesse feito isso, me sentiria a pior das pessoas. Desprezível. Que horror.

Mas algumas questões tornam-se pertinentes ao discutirmos o erro médico no Brasil, como: qual a relação entre o erro e os tipos de serviços em saúde? E quais seriam as possíveis causas para a ocorrência dos erros médicos?

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 o Apêndice A. 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.

***Jane:** Para mim, retrata a doença na saúde do País. A saúde do País está na UTI. Um descaso horroroso, médicos despreparados, pessoas desqualificadas, pessoas de má índole. Às vezes as pessoas falam que fulano morreu no hospital porque não tinha material, é mentira. Porque até chegar na pessoa responsável para receber é desviado tudo. Já começa a desviar quando eles fazem a compra. Superfaturam. Quando chega no hospital o próprio corpo de funcionários desvia tudo. É médico que desvia, é enfermeiro que desvia, é técnico que desvia. É um absurdo. Lá no hospital têm pessoas boas, mas têm pessoas más. E, infelizmente, eu me deparei com essas pessoas.*

Durante o dia, na troca de plantão, as pessoas trazem carrinhos com sacos e sacos de fraldas... Sabe aquela história de formiga quando coloca açúcar? Cara, os profissionais, enfermeiros, técnicos e até médicos aparecem tirando tudo, e some, literalmente, some tudo, ou é para vender ou para levar para casa, não importa.

***Emily:** 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. Pelo o que eu passei eu não quero que nenhuma outra pessoa passe. Por essa vergonha que eu estou passando e o sofrimento.*

Jane e Emily deixam claro nos discursos que o atendimento prestado pelos servidores e 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 se conseguir marcar consultas e realizar exames e cirurgias, devido ao grande fluxo, o que acarreta uma certa lentidão na prática do sistema. Circunstância essa que é conhecida pela população, que se sente conformada e acostumada, sem mais nada a fazer.

***Betty:** Porque, graças a Deus, eu consegui essa cirurgia pelo SUS, porque pra conseguir é uma luta, é muita demora.*

Não obstante, é mister reconhecer que a saúde pública no Brasil precisa melhorar em diversos aspectos. Com 25 anos completos, a figura da política pública chamada SUS – Sistema Único de Saúde – ainda apresenta desafios a serem superados, como os já citados pelos participantes desta pesquisa. Contudo, esse descuido com a saúde pública tem 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 aumentado tão rápido que a quantidade e a qualidade de equipamentos e mão de obra são insuficientes para um atendimento mais agilizado, por isso as filas de esperas. Sem contar com a linha de produção que precisa ser cumprida, respeitando um número médio de procedimentos que os profissionais precisam atender e executar (Mendes, 2013; Menicucci, 2014).

Outra situação recorrente é a comparação do serviço público com o privado. Para Starfield (2002), uma grande parcela da população confia no serviço que é pago 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.

Dalai: 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 do E [hospital privado], hospital de renome no Brasil. 'Só opero nesse, nesse e nesse hospital, e de preferência o O [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.

Em todo caso, é válido destacar a posição de Starfield (2002), ao afirmar que deve ser dada voz ao usuário para avaliar a capacidade do recurso e prestação de serviços em saúde, de forma a fornecer dados para o melhor planejamento ou reestruturação local do sistema de saúde, além de informar aos serviços gestores uma realidade não conhecida, o que pode resultar em uma avaliação e planejamento dos problemas e ajustes necessários.

Todavia, é interessante salientar que o sistema público de saúde brasileiro, na figura do SUS, têm vantagens e características de excelência reconhecidas fora do País. O SUS hoje constitui a maior política de inclusão social na história do Brasil. Ele apresenta uma dimensão universal ao cobrir todos os brasileiros, sem distinção, com serviços de vigilância sanitária de alimentos e medicamentos, de vigilância epidemiológica, de sangue, de transplante de órgãos e outros. Sem contar os programas referenciados internacionalmente, até mesmo entre países desenvolvidos, como o Programa de Controle de HIV/ Aids; o Programa de Atenção Primária

à Saúde, que tem sido um paradigma a ser seguido, devido à sua cobertura e extensão; e o Sistema Nacional de Transplante de Órgãos que tem a maior produção mundial de transplantes realizados em sistema público de saúde do mundo, 24 mil no ano de 2012 (Mendes, 2013).

Outro ponto discutido por Starfield (2002), e que ainda faz menção aos serviços de saúde, é o dilema da concentração dos serviços privados. Hoje, no País, existe uma predominância desses serviços na área urbana, em detrimento do serviço público. Também é preciso considerar a distribuição irregular dos profissionais médicos nessas áreas. Essa desigualdade persiste de forma acentuada por todo o Brasil.

Segundo estudo publicado pelo CREMESP no ano de 2013, sobre a demografia médica brasileira, só na Região Sudeste encontram-se 56% dos médicos de todo o País. O Brasil chegou ao ano de 2013 com 400 mil médicos e uma proporção de dois médicos para cada mil habitantes. Até o ano 2020, será meio milhão de médicos e uma razão estimada em 2,4 médicos por mil habitantes. A meta nacional anunciada pelo Governo Federal é de 2,5 médicos para mil habitantes. E só para lembrar, o aumento no número de médicos faz crescer as denúncias ligadas ao exercício da Medicina. Entretanto, a migração dos profissionais para os grandes centros, as desigualdades de concentração de médicos entre regiões e municípios, o desequilíbrio em certas especialidades e entre os setores público e privado continuam crescendo. As Regiões Sul e Sudeste contam, em média, com duas vezes mais médicos que os habitantes das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Scheffer, 2013).

As explicações para esse efeito, como se sabe, são motivadas por fatores como continuidade na formação profissional, oportunidades de emprego e melhores salários, melhores oportunidades de reconhecimento, *status* e crescimento profissional. Dessa forma, os grandes centros exercem mais atratividade sobre os médicos do que as cidades onde nasceram ou se formaram. Portanto, é necessária uma comunicação entre as políticas públicas

e a movimentação dos médicos para melhorar as perspectivas das decisões governamentais e a realidade, pois as desigualdades entre as regiões e os setores da saúde não diminuem à medida que o número de médico cresce, pelo contrário. Torna-se necessário, então, promover novas políticas de atração dos médicos para atuar no sistema público de saúde e nas regiões de difícil provimento de profissionais, como o Programa Mais Médicos (Scheffer, 2013).

Esse programa, criado pelo Governo Federal, tem a iniciativa de formar recursos humanos na área médica para serem investidos em regiões do País carentes de médicos no serviço público e em situação de maior vulnerabilidade social. Pretende assim expandir o número de vagas de Medicina e residência médica e convocar médicos formados em instituições brasileiras ou estrangeiras, com vistas a minimizar a atual conjuntura de desigualdades de distribuição desse profissional no cenário nacional (Brasil, 2013).

Em relação à outra questão a ser respondida, referente às possíveis causas para a ocorrência dos erros, é preciso destacar que cada situação é única e advém de uma causa ou circunstância mais específica, mas destacaremos aqui aquelas mais comuns e frequentes nos relatos da literatura científica.

A formação e o ensino médico no Brasil 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. Isso tem influência da proposta do governo em aumentar o número de escolas com formação médica, diferentemente da França, por exemplo, que, já nos anos de 1980, estabeleceu um número-limite de entrada nas faculdades. Todavia, essa ideia já vem sendo discutida, pois esse aumento no número de médicos não teve acompanhamento da qualidade no ensino. Em avaliação realizada pelo CREMESP com alunos egressos do curso de Medicina, o índice de reprovação já ultrapassava os 50% no início da segunda década dos anos 2000 (Barbosa, 2007; Mello Filho & Burd, 2010; Pereira Filho, 2012; Scheffer, 2013).

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 (Gomes & Rego, 2011). Carvalho e Vieira (2002) indicam que as Faculdades de Medicina preconizam um reforço imaginário de trabalho livre de erros, em que a perfeição fica em evidência, tanto no diagnóstico quanto no tratamento. Na prática, a mensagem é clara de que os erros são inaceitáveis. A expectativa de que esses profissionais atuem sem erros promove um consenso da infalibilidade, de modo que os erros sejam encarados como falta de atenção, de cuidado ou de conhecimento. Dessa forma, a abordagem construtiva do erro fica prejudicada, uma vez que a perfeição é exigida pelos pares e seus pacientes. A visão do erro aqui é punitiva e marginalizante.

Recomenda-se uma melhor fiscalização e mudanças curriculares, a fim de que o futuro médico tenha uma capacidade ampliada da escuta e do acolhimento para a humanização, tendo como permanente linha de ação a visão da integralidade do cuidado em saúde e a aproximação entre a capacidade técnica, ética e compromisso com a cidadania (Gomes & Rego, 2011).

A carga horária excessiva e as condições precárias de trabalho são circunstâncias que, por vezes, podem ocasionar o erro médico. Não é de hoje que todos sabem que muitos médicos realizam jornadas de trabalho extensas, muitas vezes saindo de um emprego e já emendando em outro. Mas essa prática bem comum não produz socialização nem identidade, senão isolamento, angústia e aborrecimento. Além disso, afeta suas relações interpessoais devido à falta de tempo, sobrecarga de trabalho e privação de sono (Barbosa, 2007).

Straub (2005) destaca que as pessoas que trabalham demais são mais propensas ao estresse, sem contar que experimentam mais acidentes e sofrem mais problemas relacionados com a saúde. Contudo, essa sobrecarga é subjetiva, pois uma pessoa pode sentir um peso avassalador em seu horário e outra é capaz de lidar facilmente com isso.

A sensação de mal-estar faz parte da vida cotidiana do médico, pois 80,4% deles declararam que sua atividade é desgastante. Os aspectos que destacam esse desgaste, segundo pesquisa de Oliveira (2002), são: o excesso de trabalho, jornadas prolongadas e vários empregos com 27%; baixa remuneração com 17%; condições ruins de trabalho com 16%; e responsabilidade e relação com vida e morte dos pacientes com 12%. Uma possibilidade para reverter tal problemática pode ser a redução da carga horária de trabalho, conforme foi sugerido pelo governo francês, para que os médicos que atuam nas instituições hospitalares tenham carga de trabalho de 35 horas por semana (Grange & Papillon, 2008).

As condições de trabalho também apresentam interferência direta na atuação de qualquer profissional. A estrutura do local precisa ser de qualidade, os recursos humanos devem estar presentes e os materiais em bom estado de conservação, de modo que, se há escassez, todo o conhecimento técnico fica impossibilitado de ser posto em prática e os pacientes prejudicados (Frasquilho, 2005).

Por fim, o desgaste emocional e as condições de saúde são também fatores influenciáveis nas causas do erro. As profissões que envolvem responsabilidade com outras pessoas, ao invés de produtos, têm maior predisposição a níveis elevados de estado de exaustão física e psicológica associada ao trabalho. É bem comum entre pessoas *workaholics*, a ponto de negligenciarem relacionamentos sociais e atividades de lazer. Aliado a isso, os plantões noturnos e a pressão psicológica para colocarem em prática os conhecimentos adquiridos tornam os médicos envolvidos em uma rotina desgastante, o que é um fator fundamental para o desenvolvimento do *burnout* (Soares et al., 2012; Straub, 2005).

O termo *burnout* foi usado pela primeira vez em 1974 por Freudenberger e pode ser definido como um estado de cansaço ou frustração resultante da dedicação a uma causa, estilo de vida ou relação que não resultou na produção da expectativa esperada. Esse termo evoca o extinguir de uma chama, a perda de entusiasmo no envolvimento com outras pessoas, perda de energia, de dedicação e disposição em dedicar-se aos outros. É a resposta emocional à exposição ao estresse, em função das relações intensas com outras pessoas, ou o nível de expectativa é dramaticamente oposto à realidade (Mello Filho & Burd, 2010; Siqueira, Jesus & Oliveira, 2007).

É um conceito muito usado para as profissões de saúde, e não pode ser confundido com a depressão, uma vez que a depressão atinge todas as áreas da vida do indivíduo e o *burnout* apenas o campo profissional. Com sinais e sintomas de irritabilidade, desânimo, desesperança, distúrbios do sono e sensação de inadequação profissional, produz-se menos e os erros surgem. Esses erros raramente acontecem por um único deslize, mas, sim, pela influência dos diversos fatores ambientais – barulho, calor e agitação; fatores fisiológicos – sono, fadiga, sobrecarga de trabalho, álcool e uso de drogas; e, por fim, fatores psicológicos – estresse, tédio e frustração, de modo que todos esses fatores afetam os processos cognitivos, podendo causar uma variedade de erros (Carvalho & Vieira, 2002; Frasilho, 2005; Mello Filho & Burd, 2010).

Todos esses sinais e sintomas do *burnout* foram relatados, em pesquisa realizada na França, como os grandes riscos para a ocorrência de erros médicos, haja vista que a maioria dos médicos envolvidos em erros tinha um quadro de *burnout* instalado (Galam, 2012). O médico com *burnout* se torna menos motivado e com baixa capacidade produtiva. Sendo assim, lutar por melhores condições de trabalho, reduzir o número de empregos e plantões, buscar formas de lazer e relaxamento, priorizar momentos de descanso e buscar auxílio de outros profissionais, como da Psicologia ou Psiquiatria, são estratégias voltadas para uma boa

qualidade de vida e para uma reversão do quadro de saúde dos médicos brasileiros (Barbosa, 2007; Soares et al., 2012).

Diante de tudo que foi exposto, fica claro que o contexto do trabalho médico é estressante e, portanto, concorre efetivamente para a gênese de distúrbios fisiológicos ou psicológicos e, conseqüentemente, permanência e agravamento dessa situação na vida desse profissional, podendo resultar no aumento do número de pessoas vítimas de erros médicos.

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.

Alguns trabalhos internacionais já propuseram alternativas para reduzir a ocorrência desses casos, a partir da realização de um *checklist* anterior à intervenção médica, dos equipamentos obrigatórios, que poderão acarretar uma redução de alguns erros médicos, como de fato já vem reduzindo em instituições que adotam tal prática, com fiscalização detalhada do médico e de seus colaboradores de todos os instrumentos, informações e pessoal envolvidos no procedimento, conforme pesquisa de Weerakkody e colaboradores (2013). O fato de os profissionais aceitarem que erram e levarem o assunto para discussões maiores, a necessidade de integrar um sistema de cuidados e mecanismos de luta contra o crescimento do erro médico, abordar o assunto de modo positivo e não punitivo também podem se tornar viáveis quanto à possibilidade de redução de erro médico (Galam, 2005; Localio et al., 1991).

Em relação a aceitar e discutir o erro, é possível afirmar que esses comportamentos já vêm sendo discutidos como maneira de beneficiar a saúde dos médicos. Duas pesquisas norte-

americanas demonstraram que os erros médicos são inerentes à realidade prática da profissão e, juntamente a isso, as consequências emocionais podem ser prejudiciais à boa conduta desse profissional, no futuro. Por isso, além de cumprir uma responsabilidade ética, o aspecto pessoal também precisa ser levado em conta, e relatar o ocorrido ao paciente e discutir com profissionais da área essa eventualidade trazem um tom honesto à situação. É claro que, ao realizar essa prática, os profissionais tendem a expressar respostas emocionais menos intensas e são capazes de adquirir com essa experiência melhores mecanismos de *coping* (Engel, Rosenthal & Sutcliffe, 2006; Wu, 2000).

O envolvimento num erro médico pode promover no profissional, também chamado de segunda vítima, 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 dessa segunda vítima é nocivo e, ao mesmo tempo, propensor a novos casos e danos (Schwappach & Boluarte, 2008; Waterman et al., 2007; Wu, 2000). Esse conceito de segunda vítima é amplamente utilizado na literatura científica internacional para referenciar um médico envolvido em um erro médico. Muitas vezes, ele se sente pessoalmente responsável, o que lhe provoca uma sensação de fracasso, levando-o a questionar sua experiência clínica e competência essencial (Galam, 2012; Wu, 2000). Diferentemente do Brasil, países como os Estados Unidos e a Inglaterra dão ênfase ao sofrimento mental desse profissional médico envolvido num erro, ao contrário do Brasil, que não tem tradição de discutir a saúde mental dos profissionais e muito menos dos pacientes, ao concentrar-se na temática do erro médico. Contudo, o suporte à saúde mental dos médicos será discutido no item 5.7.

5.5 Aspectos legais e jurídicos: uma questão de respeito à vítima

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 dessa fundamentação de Mello Filho e Burd (2010), é possível afirmar que o médico tem um jeito de olhar, conduzir e reagir às situações mais diversas que ocorrem no ambiente de trabalho. 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 depara-se 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.

Jane: A doutora V [médica residente R1] adulterou. Olha, eu não estou te contando a décima parte do caso. Abriram a sala do S [médico que cuidou do caso após o erro] e roubaram o processo da sala dele. E adulteraram as páginas do prontuário, inclusive ela. O que ela escreveu no prontuário, depois do ocorrido, foi uma folha enorme com todo o ocorrido. Mas, para ela não colocar as pessoas em risco, eles roubaram da sala do S e adulteraram.

O médico que fez o parto veio discutir comigo, porque ele soube que eu ia levar o caso adiante. Aí, ele me pegou e levou para uma sala só, fechou a porta para conversar comigo, achando que eu fosse dar uma de bobinha. E eu falei: ‘Meu amigo, você não me conhece. Você não vai me intimidar jamais. Você, para mim, é um zero à esquerda. Você não conhece a minha família e não sabe de

onde eu venho. Você não sabe quem eu sou'. E ele falou: 'Ah, mais é porque eu sou médico, mas sou gente também. Eu tenho irmão e tenho uma tia que vive assim...'. Eu falei: 'Olha só, você que procure saber de direito a quem responsabilizar. Cada um que procure cuidar do seu caso. Eu estou vendo o meu caso. Deus te deu o direito de nascer em uma família, de ter educação e ter estudo, Deus não te deu o direito de tirar a vida de ninguém' [...]. Ele me encontrou várias vezes para tentar abafar o caso. Ele me procurava na rua, minha vontade era partir para cima dele. Ele estava desesperado, já preocupado que fosse ter a carteira cassada.

O relacionamento entre o paciente e o profissional da saúde é a base de todo o tratamento e procedimento médico. A comunicação, fatores psicológicos e comportamentais fazem parte desse processo e qualquer dificuldade interfere diretamente nessa relação.

A base da comunicação adequada é a empatia, pois permite se colocar na posição do outro, sentir o que sentiria, caso estivesse nessa situação e, assim, sintonizar e cooperar com o paciente, independente da verticalidade técnica do relacionamento. Mas é sabido que, na prática, isso é quase imperceptível ou posto em ação. A fala de **Jane** retrata essa falta de empatia que os profissionais da saúde não deveriam ter. E mais, muitos deles usam jargões extremamente técnicos que os pacientes não conseguem entender ou, então, deixam o tecnicismo prevalecer ao aspecto humano, o que causa dor desnecessária ao transmitir uma má notícia, por exemplo, demonstrando a dificuldade na relação médico e paciente (Mello Filho & Burd, 2010; Straub, 2005).

As reações dos médicos demonstram, de certa forma, como as relações estavam estabelecidas. No caso de **Jane**, foi possível perceber a capacidade do médico em adulterar um prontuário e do outro profissional em recorrer à piedade da vítima, para que o caso não

fosse levado à Justiça. Os relatos a seguir são mais provas do cenário envolvendo a relação entre médico e paciente nos casos em que o erro é descoberto ou causado.

***Barack:** Eu procurei, aí ele me atendeu. Quando eu cheguei, o pessoal já estava orientado, lá da clínica e quando eu entrei no consultório, sentei, falei: ‘Doutor, o que aconteceu?’. Para mim, ele falou: ‘Olha, eu errei, mas eu vou te ajudar’. Ele falou: ‘Em 35 anos de trabalho de cirurgia, nunca aconteceu isso comigo’. E ele ficou, eu saí de lá, fiz o boletim de ocorrência, fui até a empresa. A empresa pediu que eu não abandonasse naquele momento o tratamento com ele, até porque ele poderia depois alegar que eu abandonei o tratamento. A empresa falou para eu ficar até descredenciar ele do convênio. Então, fiquei com ele mais ou menos um mês.*

Hoje, ele não se encontra mais na carteira de conveniados da empresa que eu trabalho.

***Betty:** ‘O senhor não ia operar a perna direita da minha filha? O senhor operou a perna errada! O que aconteceu?’. Aí ele falou: ‘Não, mãe, não é assim. Eu operei a perna certa. A perna dela que estava com problema era essa’. Aí ele chegou em mim, eu tava deitada na cama ainda e falou assim: ‘Ai, Betty, não, desse jeito não. Assim você está me deixando sem chão. Assim, você está me deixando sem saber o que fazer. Porque eu operei sua perna certa. Você falou para mim que era a perna esquerda’. Eu falei assim: ‘Doutor, isso não existe. Quanto tempo tem que a gente... Já tem um ano que eu tô me tratando com o senhor da perna direita’. O mesmo médico que estava me tratando, que me fez a cirurgia. ‘Doutor, tem um ano que eu tô me tratando com o senhor, o senhor já*

tá careca de saber que é a perna direita que tem problema e o senhor me opera a esquerda, que tá certa'. Ele respondeu: 'Não, mas, você mandou! Você falou que era para mim operar essa perna'. Aí, eu falei assim: 'Ah, o senhor, como profissional, aceitaria se eu, como paciente, não tivesse em sã consciência, falasse que o senhor me operasse a cabeça, o senhor ia operar? Quer dizer, o que aconteceu?'. 'Não, pelo amor de Deus... Que num sei o que' [diz o médico]. Foi quando ele... sabe? 'E você, você tem problemas nas duas pernas. Seu problema é um problema bilateral. Nós operamos a esquerda agora, porque achamos que ela tava mais danificada. Daqui a um mês, um mês e meio, você retorna que a gente opera a direita' [diz o médico], querendo desconversar. Eu falei: 'Como é que é?' Não, olha o que o cara tinha em mente...

Na época do tratamento, antes da cirurgia, eu só fazia exames do joelho direito. Eu não tenho nenhum exame do joelho esquerdo. Nenhum exame do joelho esquerdo, só do direito. Nunca senti nenhuma dor do joelho esquerdo, só depois da cirurgia.

O médico, depois, chamou meu esposo na sala e falou que daria todo o atendimento e assistência que precisasse, e que eu não precisava me preocupar com nada, que ia me dar todo o acompanhamento, toda a fisioterapia, tudo o que fosse necessário. E que... Se... Se eu quisesse alguma coisa, que entrasse em contato com ele. Na segunda ainda, de noite, minha mãe tentou acionar a viatura, mas demoraram muito e meu esposo foi na delegacia e chamou para ir ao hospital e já se encaminharam para lá o mais rápido possível. Aí, chegaram lá e fizeram o boletim de ocorrência. Quando foi na terça, às seis horas da manhã, ele já foi me dar alta. Aí, foi quando ele veio com um papel com o receituário dos medicamentos e o encaminhamento para a clínica dele

particular, para eu estar passando por lá e ser atendida lá. E falando que eu não me preocupasse com nada que ele iria me garantir tudo e deixou dois números de telefone dele. Disse que, se eu tivesse alguma dívida, se eu precisasse de alguma coisa, que entrasse em contato com ele e falasse.

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

***Shirin:** 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?’. Mas ele botou a culpa na equipe. E, logo em seguida, ele demitiu a equipe inteira. Mas eu acho que mais para não ter ninguém que a gente pudesse procurar para questionar sobre a cirurgia. E a gente não conseguiu mesmo, não conseguiu encontrar enfermeiro, instrumentador, nem pro processo, meu pai não conseguiu encontrar ninguém, ninguém.*

As narrativas são claras ao trazerem as reações e as justificativas dos médicos que fogem à responsabilidade de assumir a culpa ou, quando assumem que erraram, como no caso de **Barack**, não cumprem o prometido. Essas atitudes só confirmam que, além de toda a desestrutura emocional que a vítima passa a ter, o seu sofrimento é agravado pela falta de

apoio, compreensão, respeito e ética por parte do profissional responsável pelo seu tratamento. Dessa maneira, precisamos concordar com Mello Filho e Burd (2010) que afirmam que as relações médico e paciente apresentam formas típicas, como ordens e ameaças, lições de moral e também ignorar o problema do paciente, atender de modo impessoal e técnico, entre outras. Mas, negar percepções é a que mais se adapta à situação do erro médico, haja vista que seria ignorar um quadro clínico com complicações que envolvam claramente o erro.

Falar que ajudará o paciente e não dar mais satisfação, dizer que o paciente foi o responsável por indicar o membro a ser operado e negar a percepção do que aconteceu na sala de cirurgia são os exemplos aqui trazidos que indicam a deficiência nas relações. O médico que está no comando de uma cirurgia corre, evidentemente, riscos. No entanto, a ilusão de onipotência pode provocar a negação da percepção de um quadro clínico adverso. Por isso, o profissional se vê bloqueado, ao saber que está na iminência de ser obrigado a admitir sua própria falha, destacam Mello Filho e Burd (2010).

O erro médico pode ser consequência de uma série de situações, mas não há dúvida de que o estabelecimento da boa relação médico e paciente pode evitar sua ocorrência e a maioria dos processos judiciais. A concretização de uma relação aberta e sincera, que permite a confiança não só entre médicos e seus pacientes, mas também com suas famílias, pode ser o caminho para evitar situações inseguras e o aumento das ocorrências de erros médicos. Se talvez esse relacionamento tivesse sido colocado em prática nos casos dos relatos anteriores, eles não estariam vivendo situações de sofrimento, exposição, desgastes e, quem sabe, com um término menos complicado e sem chegar às vias dos aspectos legais e jurídicos (Bitencourt et al., 2007; Santos, Souza & Fernandes, 2011).

Ao contrário das reações dos médicos envolvidos nos casos aqui narrados, um estudo desenvolvido na Universidade da Filadélfia, com a finalidade de explorar o impacto

emocional de um erro na vida de um médico, mostrou que, de 40 médicos entrevistados 23 admitiram que já cometeram pelo menos um erro, e cinco não tinham certeza se cometeram. A pesquisa afirma que os erros podem acontecer para todos, mas nem todos conseguem admiti-los, o que corrobora negativamente o aspecto emocional do profissional da Medicina (Newman, 1996).

Ainda sobre a relação entre o médico e o seu paciente, **Shirin** e **Barack** trazem no discurso a sensação de desrespeito e falta do compromisso profissional com a pessoa atendida.

***Shirin:** Eu entendo, como um profissional, que você pode cometer um equívoco, você pode cometer um erro, mas o que eu acho que vale muito mais é sua honestidade com o seu paciente. Então, você sentar e ‘Oh, olha só, aconteceu isso assim, eu posso resolver assim’.*

O profissional, ele tem que criar pelo menos um vínculo de absoluto respeito com o paciente, porque ninguém procura nenhum profissional, se realmente não tiver absolutamente necessitado daquilo. Então, você tem que ter pelo menos um compromisso de respeito com aquele paciente.

***Barack:** Eu sei que ali está um ser humano, passível de erro. Todo mundo tem o direito de errar, todo mundo erra, né? Acho que nem por isso ele vai deixar de ser médico. Mas, em dado momento, e por ele já conhecer, eu não cheguei ali numa, numa emergência, não. Ele já me conhecia. Por isso que é um erro inadmissível. Ele, ele... Eu já não era só um paciente, eu já era um amigo, porque a gente conversava, a gente brincava. E um erro desse tamanho e a maneira que ele me tratou, como ele foi, é... Ali, eu tiro todo, é, eu não sei dizer*

o mérito, mas eu acho que ele deixou de ser um ser humano. É... Ele, eu acho que, ele não foi um cara compassivo. Talvez, se ele errou, ele oferecesse o acolhimento certo, talvez eu estaria com ele até hoje. Talvez ele estaria... Eu já cometi erros e fui perdoado. Por quê? Porque eu reconheci meu erro, eu sentei com a pessoa, eu falei: 'Eu errei, me perdoa porque eu errei'. Mas, não houve isso, né? Ele assume que erra, depois ele fala que vai me ajudar e depois ele fala que eu tentei extorqui-lo, que eu tentei tirar dinheiro, que eu tentei não sei o quê. Então, eu acho que ele foi, não sei, o termo está me fugindo, ele foi muito mascarado, e ele causou, assim, um dano muito grande na minha vida.

[...] O que eu disse lá no começo: errar, é humano. Tentar consertar o erro, não. Mas dá uma amenizada. É você admitir e reparar. Talvez você não vai consertar um erro desse, principalmente emocionalmente, mas você pode amenizar, coisa que ele não fez.

Esses dois casos retratam o extremo de uma relação malsucedida entre o paciente e seu médico. O mais interessante é perceber que o descontentamento do paciente é maior devido à atitude de ignorância, desonestidade e omissão por parte do profissional da saúde. Pereira e Azevêdo (2005) pesquisaram o nível de satisfação dos pacientes na sua relação com seu médico e constataram que essa relação médico e paciente interfere diretamente na evolução de todo o quadro de saúde do paciente, e que as informações oferecidas ao paciente não eram suficientemente esclarecedoras.

Para Miranda-Sá Junior (2013), o aperfeiçoamento técnico tem provocado uma desumanização na Medicina, de modo que a sua adoção não privilegia médicos, pacientes e nem a sociedade. A competência técnica é tão almejada e colocada em prática que sobressai sobre as competências ética e humana, porém essa última precisa prevalecer. A vinculação

humanitária deve ser a tônica da relação médico e paciente, mesmo sabendo que o desenvolvimento tecnológico acentua o compromisso com a técnica e a ciência.

Tal ideia ratifica a proposição de que a experiência decorrente de anos de profissão acaba por oferecer ao médico a convicção temerária de dominar as técnicas consagradas pelo tempo e a sensação de relativa impunidade devido ao prestígio social, à popularidade dentro e fora da classe e o sucesso financeiro (Gomes, Drumond & França, 2001).

Com o advento da Bioética, na década de 1970, a relação médico e paciente passou a ser mais estudada e a autonomia individual do paciente mais valorizada. Nesse contexto, os profissionais da saúde não podem deduzir cientificamente qual tratamento é mais adequado para um paciente baseado somente em fatos médicos. O corpo, a dor, a doença e o sofrimento são próprios de cada pessoa e violar a sua autonomia significa tratá-la como meios e não como fins em si mesma. A partir disso, o consentimento livre e esclarecido surge como rompimento com o tradicional poder decisório do médico (Guz, 2010).

O consentimento livre e esclarecido é introduzido no Brasil pela Bioética, na década de 1990, e não pelo Direito, como aconteceu nos Estados Unidos. O Estado de São Paulo apresenta legislação pioneira no que se refere à autonomia do paciente como direito do usuário nos serviços e ações de saúde (Lei Estadual nº. 10.241, de 1999). Ele pode ser compreendido como um processo compartilhado de tomada de decisão, no qual a informação é transmitida ao paciente, certificando-se o médico de que foi bem entendida e discutida para melhor alternativa do tratamento e diagnóstico, o que representa mudança e transformação de paradigma na relação médico e paciente (Callegari & Oliveira, 2010; Guz, 2010).

O fato de tornar a decisão um caráter menos individualizado no médico e mais autônomo para o paciente, durante o tratamento, provoca no profissional o saber lidar com algo inesperado, uma vez que o paciente pode recusar a realização de determinado procedimento ou consentir no tratamento alternativo e não naquele que o médico previa ser o

principal. Além disso, vale ressaltar que esse consentimento não se restringe apenas a ser um instrumento ético-jurídico, pois vai além do direito ao paciente (Callegari & Oliveira, 2010; Guz, 2010; Mello Filho & Burd, 2010).

No entanto, a teoria parece não estar sendo bem efetivada na prática, conforme os relatos já trazidos pelas vítimas. Corroborando esse pensamento, Guz (2010) acredita que a relação médico e paciente nunca esteve tão “doente” no Brasil.

Alva: [...] um sentimento de ódio, mas, assim, num segundo, falei: ‘Como é que pode? Até uma pessoa leiga olha um negócio desse e diz: estudaram tanto pra quê?’. Que o mínimo, numa questão de operação, cirurgia e tal é que essa pessoa aprenda, mas não é direito aprender no corpo do outro [...]. E se você perguntar qual é o sentimento em relação a esses médicos, eu digo pra você: ódio! Nada menos que isso. E o desejo que perpassa é que eles tenham a mesma coisa que eu. No mínimo. Como se fosse, assim, a Lei de Hamurabi, sabe? Olho por olho, dente por dente. E eu espero que eles possam sofrer a mesma coisa.

O relato de **Alva** é a mostra de como essa relação está em crise. O paciente deseja tudo aquilo que passou para o médico, e este último se isola e foge do seu paciente. Como destacam Mello Filho e Burd (2010), a população brasileira está descontente com os serviços de saúde e aponta a conduta médica como o objetivo central de suas críticas. O aumento do número de casos de erros médicos pode ser entendido como uma consequência dessa situação de crise. As relações sociais massificaram-se, distanciando o médico do seu paciente. Tudo isso sob a ótica de uma sociedade de consumo, cada vez mais consciente de seus direitos e mais exigente quanto aos resultados. Contudo, todo cuidado deve ser tomado para que a Justiça brasileira não se torne tendenciosa nos processos envolvendo a responsabilidade

médica, ao reconhecer a relação médico e paciente como uma relação de consumo baseada no Código de Defesa do Consumidor (Guz, 2010).

Uma pesquisa, realizada em um hospital-escola da Inglaterra destacou que 46% dos pacientes entrevistados acreditavam que a função primordial do consentimento informado – *informed consent* – era proteger o hospital, e não a servir como um instrumento para facilitar a decisão do paciente. E mais, 69% dos pacientes manifestaram que o consentimento autorizava os médicos a assumir o controle (Akkad et al., 2006). Isso representa uma perpetuação da ideia do consentimento livre e esclarecido como mera assinatura em formulário e uma obstrução do processo de decisão livre e esclarecida.

Toda essa conjuntura que contempla uma prática médica ruim favorece a abertura de processos e denúncias nos competentes legais, aqui, leia-se Judiciário e Conselhos de Medicina, respectivamente. Nos casos aqui estudados não foi diferente. Todos eles deram entrada no julgamento de seus processos e/ou denúncias para apuração do erro. E alguns resultados são expostos a seguir.

Jane: O processo no CREMERJ [Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro] andava a passos largos, ou melhor, não andava, mas, sempre que eu tinha alguma coisa na mídia, ele andava. No final, samba dos nove, nada aconteceu, nada. Nada aconteceu.

Ganhei, mas não levei. Por que eu digo isso? Eles foram condenados, mas, por conta da pena ter prescrito, eles não pagaram a sentença.

O processo começou em 1997 e foi até 2002. Nossa, passa rápido, meu filho estaria hoje com 16 anos. O valor da indenização foi 120 mil na época, mas ainda não aconteceu, porque estamos no Brasil, né? Ganhamos o processo e fomos para a segunda instância. Eu, na verdade, queria que esse dinheiro saísse

do bolso dessas pessoas, porque, quando sai do bolso da pessoa, aí ele passa a ter a noção real do problema. Se saísse do bolso deles a conduta seria outra, e eu sei que infelizmente isso acontece até hoje lá no hospital.

***Shirin:** Aí meu pai colocou ele na Justiça criminal, em princípio, só o criminal [...]. Aí quando ele foi ao CREMERJ levar a documentação, pediram a ele o boletim. E meu pai falou que ele não tinha. Aí o CREMERJ solicitou ao médico o boletim. E aí o que que o médico fez? Ele fez um boletim novo, colocando que a cirurgia tinha sido bilateral. Quando meu pai foi ver aquela documentação, meu pai lembrou que aquele papel era igual a um que ele tinha em casa. E ele foi lá ver. Quando meu pai viu, falou assim: 'Ué, é isso que é o boletim?'. Aí, ele foi lá no CREMERJ de novo, conversou com o relator e ele falou: 'Não, isso que o senhor tem é o boletim'. Aí o médico disse que meu pai tinha roubado o boletim. Aí meu pai falou que não, que ele foi entregar, junto com os honorários e o médico não aceitou, e realmente o médico já tinha dito que não tinha aceitado os honorários. Então, ficou aquela briguinha assim... Mas aí, quando meu pai mandou as fitas da cirurgia, para o CREMERJ, aí não teve como. O CREMERJ realmente viu a besteira que o médico tinha feito. Tanto que ele foi condenado no Conselho Regional, por unanimidade.*

Agora, a punição é a parte triste. Só aquela publicação em jornal de que ele foi condenado por imperícia, imprudência e negligência. Censura pública. Para ele, não fez diferença nenhuma.

A única coisa que, efetivamente, ele perdeu, era que ele era professor assistente aqui na T [nome de uma Universidade pública]. Aí a T não renovou o contrato dele, e que ele era o nome para substituir o P [nome do médico] na Seleção

Brasileira [de uma equipe de esporte de alto rendimento], e aí a Seleção também não admitiu. Aí foi o B [nome do médico] quem assumiu a Seleção Brasileira. Então, essas foram as únicas duas coisas que ele perdeu. De qualquer forma, ele tem uma clínica na L [avenida no Rio de Janeiro], bem grandona, bem bonita e continua a vida dele normalmente.

Dez anos demorou para sair a condenação dele na cível, que é de 2006. Durou oito anos o processo do CREMERJ.

[...] ele foi condenado, mas até hoje ele ainda não pagou.

Eu esperava que a punição dele, do CREMERJ, tivesse sido mais severa.

Eu sei também que perder o meu diploma, minha carteira pode ser que seja muito severa demais. Mas, você passar um tempo sem atuar não é severo demais. Você ter que passar de repente por uma atualização não é severo demais, entendeu?

Os dois relatos anteriores descrevem a indignação das vítimas com relação ao resultado do julgamento. Essa situação é agravada pelo fato de que muitas vezes a vítima tem a sensação de que sua dor, seu sofrimento e seu desgaste emocional, ao longo de todo o tratamento e processo ético e/ou jurídico, seriam amenizados com uma condenação mais severa do profissional. Pelo contrário, a morosidade do processo, juntar as provas para comprovar o erro, adulterações de documentos pelos médicos, embates e discussões geram mais desconforto a essas pessoas já fragilizadas, que, por fim, veem-se desprovidas, muitas vezes, de leis mais severas, devido ao resultado dos julgamentos.

Outro dado que marca o discurso da vítima é a necessidade de ver algo na condenação que de fato “saia do bolso” do médico condenado, ou seja, que ele também tenha perdas, assim como a vítima também perdeu. Historicamente, o primeiro registro de compensação

financeira decorrente do erro médico consta no Código de Hamurabi. Todavia, cabe ressaltar que a comprovação da responsabilidade médica no dano ao paciente não procura fazer esquecer o sofrimento, o que é quase impossível, mas apenas oferecer uma compensação à vítima, de forma pecuniária ou até uma satisfação moral, destaca Correia-Lima (2012). Em partes, as palavras do autor até vão ao encontro das narrativas aqui expostas. Porém, analisando as indenizações nos casos aqui estudados, é possível dizer que, na grande maioria, a satisfação moral não esteve presente, pois, mesmo as compensações mais severas para o profissional não eliminam um sofrimento de ordem moral numa vítima.

Ellen: Eu fui procurar esse advogado e ele me pediu o material. Qual era o material? O telegrama, as consultas que fiz em Nova Iorque, fotos. Eu tinha fotos de uma viagem que eu fiz meses antes de acontecer. Eu conseguia provar que eu não tinha nada meses antes e que depois eu fiquei... Ele falou que ia entrar com a ação. Valor da indenização, eu não estava preocupada. E ele falou que iria entrar no CRM [Conselho Regional de Medicina] também. Eu falei que estava bom. Isso foi meses depois do acontecido.

[...] E o M [advogado] fala que tinha que fazer a contraprova, e eu tinha que sair correndo no hospital para pegar documentos da minha ficha do choque anafilático. Bom, resumo da ópera, o processo foi e eu ganhei. Só tive uma audiência com ela. O processo na Justiça continuou e eu ganhei. Foi um valor de indenização alto, que até hoje é muito acima do que dão. Se não me falha a memória, foi 600 ou 900 salários mínimos. Eu sei que era um valor muito alto. Aí, ela apelou. Ela embargou. Eu sei que todas as fases do processo ela levava até Brasília. Perdia em tudo. E com isso se passaram muito mais que dez anos.

Em 2007, já tinha mais de dez anos o processo. Ela já tinha sido condenada no CRM. Eu nunca desejei que ela perdesse a carteira. Durante muito tempo, eu falava que não queria o dinheiro e que eu iria doar, eu não queria mais nada.

Nelson: Nós entramos num processo contra o hospital, contra o plano de saúde. Não contra o médico. Claro, primeiro, por questão de que, se entrasse, não teria condições de pagar uma indenização, não é?

E entrei com processo, fomos vitoriosos. Agora que estamos cobrando, já tem 13 anos isso. Mas a culpa é do sistema, realmente não tem como. Para você ter uma ideia, o prazo médio de anexar uma petição é de 90 dias. É um absurdo, né? Ah, tem muito recurso? Tem, tem muito recurso [...]. A grande dor do erro médico é que você leva muito tempo para poder, é, obter uma compensação daquilo que você pagou. Isso custa caro. Até porque meu plano de saúde faliu, não tinha nem direito, foi tudo custeado,

Meu processo hoje está em fase de execução. Agora estou esperando receber. Se tudo ocorrer como eu espero, vou receber dentro de meses, [...] é bom, porque vai realmente me dar uma folga, porque eu parei de trabalhar, só invisto em projeto, entendeu?

A indenização é essa, não paga. Quanto paga você andar numa areia? Quanto eu não pagaria para brincar com meu neto, jogar uma bola, soltar uma pipa?

A compensação financeira é uma indenização quase sempre presente nos casos de erro médico comprovados pela Justiça. Mas o seu valor, mesmo alto, não paga as perdas na vida da vítima e as privações que lhes foram impostas, a partir do momento da descoberta do erro, como bem destacou **Nelson**.

Responsabilizar um profissional que infringiu as regras fundamentais da sua profissão é um direito da sociedade e dever do Estado. E como acontece com os médicos? Em suas atividades profissionais, os médicos estão sujeitos a três esferas de responsabilidade: civil, penal e ético-profissional. Essas esferas têm plena independência de atuação, embora o resultado de uma possa influir nas demais. O erro médico, fundamentado no contrato entre paciente e médico, estaria adstrito à jurisdição civil. Os atos ilícitos e dolorosos, por exemplo, a omissão de socorro, estariam ligados à jurisdição penal, e as infrações éticas e disciplinares cometidas pelos médicos são de responsabilidade dos Conselhos de Medicina, à luz do Código de Ética Médica (Correia-Lima, 2012; Marques Filho & Hossne, 2009).

É preciso deixar claro que a obrigação médica é, em geral, de meio e não de resultado. Assegurar prévio resultado não é possível, porque os fatores que envolvem o exercício da Medicina o tornam incerto. E essa incerteza faz com que o médico não possa garantir o resultado de forma efetiva (Correia-Lima, 2012). Por isso, deve-se tomar cuidado ao afirmar que um médico cometeu um erro ou se, de fato, o resultado final não estava dentro das expectativas do paciente, mas era uma possibilidade dentro das probabilidades futuras do tratamento ou procedimento. A própria afirmação de **Ellen**, já citada, deixa clara essa ideia de modo que não se pode generalizar todos os acontecimentos não esperados e denominar como erro médico.

A comprovação do erro médico não é fácil. A grande dificuldade está no fato de se comprovar a culpa, devido, muitas vezes, ao regime subjetivo da responsabilidade médica. As grandes barreiras enfrentadas pelas vítimas e até mesmo pelos juízes estão centradas na apropriação do conhecimento técnico e no ambiente reservado da prestação de serviço, conforme colocado por **Alva** e **Barack**, neste trabalho. Ou seja, a dificuldade está em saber quem executou a cirurgia e quais profissionais estavam presentes. Identificar com clareza o

dano sofrido pela vítima e pleitear a sua reparação é uma tarefa desafiante para os advogados (Kfourí Neto, 2010; Mansur & Oliveira, 2006).

A situação que cada vítima estabelece e como lida com o dinheiro da indenização é muito particular e subjetiva. Para **Ellen**, esse dinheiro não tem valor e ela não tem interesse em usá-lo, talvez faça uma doação. Já **Teresa** não vê a hora de receber o dinheiro, pois os gastos decorrentes do erro foram muitos. A questão de conseguir continuar com a rotina de trabalho pode ser o fator que explique as diferentes atitudes dessas vítimas. O erro de **Ellen** não a impediu de continuar com a sua vida profissional, diferentemente de **Teresa** que a deixou com sequelas graves na visão.

***Teresa:** Agora, nós ganhamos e o processo está em Brasília só aguardando a assinatura de uma pessoa, para liberar minha indenização. Olha, esse processo todo já está durando uns 14 ou 15 anos. A doutora L [advogada] tem isso tudo anotado, porque eu tenho cabeça pra isso, não. Sei que é muito tempo para eu ter a confirmação do erro e eu ter um meio de sobrevivência.*

Para Kfourí Neto (2010), casos como o de **Teresa**, na esfera do Direito Civil, abrangem as deformidades, as marcas e os defeitos, mesmo mínimos, mas que implicam um “afeamento” da vítima ou um permanente motivo de exposição ao ridículo ou de inferiorizantes complexos, podendo ser caracterizados como dano estético, fato que ela mesma já destacou, e pode ser revisto nesta pesquisa.

Assim como nos casos de **Jane** e **Shirin**, também **Barack** passou por situação na qual o médico adulterou e caluniou, na tentativa de se livrar ou amenizar o erro durante o processo.

Barack: Em relação ao processo, abri processo contra o médico. Eu achei que ele foi muito, é... Usar um termo, não sei, ele foi, no primeiro momento, ele, ele foi muito... Não sei, leviano, é, dissimulado, porque, quando ele foi fazer a defesa dele, meu advogado disse que ele colocou no laudo que ele errou por eu não ter deixado ele marcar o meu olho com uma caneta, e aí meu advogado contestou: 'Como que ele não deixou se, na primeira cirurgia, você fez a marcação no olho esquerdo?', quando ele me operou, lá em 2006, que ele colocou o anel de Ferrara no olho esquerdo. Ele falou: 'Isso não procede, porque, em nenhum momento, quando você operou o olho esquerdo dele, você fez o implante, e ele negou deixar ser marcado'. Depois ele usou uma justificativa de que achou que o melhor era operar o olho direito, para não ter o mesmo problema do olho esquerdo.

E aí se abre uma CPI de erros médicos aqui na cidade. Ele foi ouvido, mas nada, acabou em pizza. Acabou em pizza, né? Então, hoje ele está lá, com as quatro clínicas dele, mais alguns processos que meu advogado falou, né? De um outro erro que ele cometeu com uma criança. Isso é Brasil, né?

O mais interessante é que, em todos esses três casos envolvendo adulteração de documentos, laudos ou prontuários, os médicos foram condenados pela comprovação do erro. Casos como o de **Barack**, **Shirin** e **Betty**, que envolvem troca de membros ou cirurgia de lado errado, são clássicos exemplos de negligência médica e de maior facilidade na comprovação do erro. Segundo Kfoury Neto (2010), esses casos são mais frequentes do que se pode imaginar. Nos Estados Unidos, só no ano de 2006, das cirurgias em que houve mortes ou lesões graves, 13,1% foram cirurgias de lado errado. Por isso, recomenda-se que o cirurgião marque no corpo do paciente o local da cirurgia.

Murr (2010) sinaliza uma preocupação com 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.

A realidade francesa, no que diz respeito às leis e ao contexto do erro médico, difere um pouco do sistema brasileiro. Na França, no dia 4 de março de 2002, foi publicada a lei intitulada *Os direitos dos pacientes e a qualidade de sistema de saúde*. Essa lei aparece como um texto maior do direito francês relativo à saúde, tanto no plano qualitativo quanto no quantitativo. Entre outros assuntos, a lei destaca dispositivos relativos à informação do paciente, como as normas e condições de acesso à informação médica e seu estado de saúde. Enfatiza também disposições essenciais na responsabilidade médica e na indenização dos acidentes sanitários (França, 2002).

Em relação ao direito do paciente à informação, a lei afirma que toda pessoa tem o direito de ser informada sobre seu estado de saúde. Com isso, ela confere ao paciente plenos poderes de consentir, decidir e participar ativamente desde a identificação da doença até o tratamento. Sobre o regime de responsabilidade médica, é caracterizado pelo desenvolvimento de regimes cada vez mais favoráveis ao paciente, ocorrendo cada vez menos a presença da apuração do erro nos julgamentos, pois os esforços do legislador e do juiz dirigem-se na direção da melhoria na reparação dos danos causados. Foi definido um novo direito de indenização, pois era visível a urgência em intervir no plano legal, porque o sistema de reparação dos danos era incongruente e sem normas exatas, uma vez que as vítimas eram tratadas de forma desigual conforme o local onde ocorreu o erro médico (França, 2002; Grange & Papillon, 2008).

A lei previu a criação do ONIAM, já apresentado nesta tese, que, de modo geral, é um órgão nacional de indenização de acidentes médicos, assim chamado na França. O legislador

desejou pôr fim às injustiças causadas às vítimas no que se refere à reparação dos danos. Dessa forma, tentou-se substituir um procedimento judiciário longo e custoso por uma indenização mais rápida (França, 2002; Grange & Papillon, 2008).

Ao compararmos com o Brasil, podemos perceber que, entre outros fatos, há uma preocupação maior com a vítima, mesmo que juridicamente. O ONIAM procura chegar a uma resolutive de maneira menos morosa, e a vítima recebe a indenização tal logo for declarado o julgamento (Grange & Papillon, 2008).

Martin: E ficou aquele sentimento para fazer alguma coisa para que esse médico tome mais atenção e essa instituição também.

A minha advogada me orientou que eu precisava juntar uma documentação que provasse o erro médico, tudo para ela poder dar entrada no processo. E o mais difícil foi eu conseguir a cópia do meu prontuário. E aí eu levei uma cópia para meu médico e uma para minha advogada, que juntou com toda a receita médica, com todas as minhas despesas e fotos de como eu fiquei na época.

[...] eu vou receber uma indenização, mas, para mim, isso é muito pouco. O que eu mais gostaria não é o fator financeiro, e sim a reparação na forma de atendimento tanto do hospital como do médico.

Eu acredito que o médico só deve tá sabendo hoje disso por conta do processo judicial que o nome dele é citado, assim como a instituição, mas eu acredito que a instituição fez de tudo para ele ser preservado. É essa impressão que eu tive. Quando eu fui no setor de atendimento dessa instituição, em momento algum eu consegui falar com alguém acima daquela atendente que lá estava, e eu fiquei mais indignado foi por isso. Eu não consegui falar com o responsável do hospital. Então, por isso que aí fui mais para o lado judicial, mesmo porque

sabia que vai chegar uma hora que os grandes dessa instituição vão ser chamados, e aí eles vão ter que tá cara a cara comigo.

Eu, sinceramente, gostaria da suspensão por um tempo da atividade dele, até para ele poder estudar algumas coisas novamente, principalmente, atendimento.

E para reparar, eu acho que o financeiro é muito pouco. Eu acho que, para reparar, para eu me sentir hoje bem, eu gostaria de uma prestação de serviço.

Eu até falei pra minha advogada, para ele prestar algum serviço para a comunidade.

Usando o caso de **Martin**, ainda em comparação com a situação francesa, é possível perceber que aqui a vítima não tem o seu direito à informação garantido na prática. Como bem destacou a vítima, a dificuldade em conseguir a documentação com dados referentes à sua saúde foi marcante. Tal atitude vai de encontro ao que Kfoury Neto (2010) vem frisando, o médico deverá fornecer cópia completa de toda a história clínica do seu paciente, no momento em que for solicitado por esse último.

Ele ainda deixa claro o desprezo da instituição em ouvi-lo e acatar a sua reclamação sobre o erro, por isso acabou vendo na Justiça a forma mais sensata de lutar pelos seus direitos e, quem sabe, auxiliar na forma de acolhimento e conduta médica dos profissionais daquele serviço de saúde.

A outra esfera que avalia e julga a conduta profissional do médico são os Conselhos de Medicina. Esses têm a função exclusiva de fiscalizar o exercício profissional e julgar as infrações éticas cometidas pelos médicos que exercem regularmente a profissão no Brasil (Marques Filho & Hossne, 2009). A atuação dos Conselhos de Medicina também foi destacada pelas vítimas.

Ellen: [...] eu gosto muito da atuação do CRM. Eu já vi ele inocentar, já vi o CRM condenar. Eu acho que um médico ser condenado ou um médico ser inocentado tem muito a ver com a assistência jurídica que esse médico tem. Se esse médico vai fazer a prova correta ou não vai. Eu vejo muito médico respondendo de qualquer jeito num papelzinho e quem denunciou vai com advogado. E médico não é bom orador. Eu acho. É corporativista? É, como toda profissão é corporativista. Eu tenho certeza que, se eu tiver um problema, os meus sócios vão ficar do meu lado, assim, como eu ficaria do lado de qualquer um. Mas eu gostei e gosto da atuação do CRM. É rápida, eficiente. O CRM responde consulta, porque muitas vezes eu faço. Minha experiência com o CRM é ótima.

Nelson: Agora, o Conselho de Medicina está falando nesse exame. Estão querendo, o Conselho todo, e tem que fazer isso, cara. Eu acho que é muito válido, todo mundo devia de passar por isso. Cara, bota um diploma debaixo do braço e vai embora fazendo loucura, não sei como o cara passa seis anos numa faculdade investindo ali dentro, depois sai fazendo horrores aí, como cirurgia plástica, você não pode nem imaginar como é que é, né?

A atuação, fiscalização e julgamento dos Conselhos dividem as opiniões das vítimas, principalmente no quesito julgamento, pois elas não percebem punições severas para os médicos. Alguns destacam até o fato de serem corporativistas demais. Segundo Marques Filho e Hossne (2009), uma punição do médico que comete um erro com a exclusão da atividade profissional é necessária para a proteção da sociedade, porém os erros e danos já cometidos antes do processo que levou à cassação vão permanecer, do ponto de vista bioético.

Contudo, não podemos esquecer que os danos e erros de médicos que não tiveram o registro cassado, como a grande maioria dos casos aqui estudados, também permanecem nas memórias e lembranças das vítimas e seus familiares.

As falas anteriores mostram que algumas dessas vítimas percebem como é eficiente o trabalho de atuação dos Conselhos, como a avaliação dos egressos dos cursos de Medicina, bem destacada por **Nelson**.

Alguns se arrependem em não terem dado entrada com um processo no Conselho, haja vista que poderiam vislumbrar com maior facilidade os resultados esperados para o médico que cometeu o erro, como mostra o relato seguinte.

***Martin:** Eu acho que foi uma grande falha minha, na época, até porque eu não sabia como funciona o Conselho Regional de Medicina. Eu não fui orientado pela minha advogada. Eu teria feito um processo administrativo dentro do Conselho Regional de Medicina, e eu sei que eu teria muito mais fácil o que eu gostaria de pleitear garantido, que é, principalmente, ele afastado um tempo da profissão dele para ele se reciclar, e ele prestar serviço depois à comunidade.*

Lógico, o advogado ele está ali para ganhar causas, e causas que vão entrar dinheiro. Então, quanto maior for o agregado financeiro, mais ele vai ganhar em cima disso, que ele vai estar com uma porcentagem em cima desse agregado. E aí eu vejo que tem muito mais interesse do ganho financeiro do que punições, porque a punição não vai gerar ganho para ele nesse caso, nesse tipo de processo. E para mim não, para mim seria mais importante a punição que o ganho.

Aqui a vítima relata a ausência de informação sobre a atuação do Conselho. Essa situação merece destaque no aspecto de o Conselho investir e promover ações que divulguem o seu objetivo para além da comunidade científica, por exemplo, nos hospitais e serviços de saúde, fazendo com que os pacientes tomem conhecimento desse órgão como agente regulador da prática médica. Agora, cabe saber se isso é de interesse do Conselho de Medicina.

O *status* do saber médico vem marcado numa narrativa bem densa e carregada de sentimentos que expressam indignação quanto à atitude perspicaz de alguns profissionais da Medicina.

Alva: A gente serve de cobaia, isso é contra a ética humana. Não é o doutorzinho ali que fez isso, aquilo, o arrogante que se considera Deus, porque, na verdade, eu comparo os médicos aos policiais. Ambos têm poder de vida e de morte. Como eu já fui torturada, no período da ditadura, eu sei viver uma situação-limite. E a proximidade, aproximação, aliás, que eu faço entre um e outro é pertinente. Completamente pertinente. Todos eles têm poder de vida e de morte. Daí a arrogância, daí a truculência. Então, enfim, se você necessita, você se entrega à mão de pessoas que se consideram deuses, quando, na verdade, é uma falácia isso.

Da mesma forma vejo esse pessoal aí da Medicina, hoje. Muita vaidade, muito narciso, pra pouco, pra pouca técnica, pouca experiência, pouco conhecimento, e quem tem de fato não necessita...

[...] eu não vejo que esses médicos aí não possam ser tão punidos quanto um sujeito que tá no volante e mata alguém e tudo mais. Pra mim dá na mesma. Agora, claro, né, eles não se sentem assim, eles se sentem num patamar

superior, porque essa história de dizer que um fulano é doutor, porque ele tá em tal profissão, isso é absurdo. Isso é coisa do Dom João VI lá, que veio pra cá fugindo de Napoleão Bonaparte, que resolveu criar esse tipo de coisa. Entendeu? Que nem essas, essas palhaçadas de Doutor Honoris Causa, sabe qual é? Que que é isso? Não tem que ter isso. Doutor é o cara que, que tá defendendo a tese de doutorado, pronto. Um advogado é doutor por quê? Entendeu? Existe toda uma indução a esse respeito, né? Induz a pessoa a se sentir melhor que o outro porque ele se formou pra Medicina. Não vejo assim. Não vejo dessa forma. Acho que perderam um pouco o referencial, né? E quanto mais o indivíduo tem tráfico de relações na área dele, pior ele fica, em termos narcísicos.

A atitude perspicaz faz referência ao “poder” de se ter a vida de alguém nas mãos e lutar para que ela não seja perdida. E isso **Alva** considera que faz com que alguns médicos se sintam mais vangloriados e vaidosos, elevando o *status* da profissão no País, no sentido de acharem que estão em patamar superior ao de qualquer outra profissão.

Por fim, ainda em relação à conduta médica, que as vítimas não entendem devido a esse *status* do saber, temos um contexto que pode ser bem frequente e rotineiro, mas sobre ele pouco é falado ou tratado com rigor teórico e científico.

Jane: *Eu falei duas vezes: ‘V [médica], você sabe que eu não tenho passagem. Você sabe que não vai ter condições de parto normal. Meu filho vai ter problemas, por gentileza, cesariana’. E ela falou que não poderia fazer nada, porque ele é residente mais que ela, e é ele quem está comandando.*

Eu gostaria muito que V tivesse sido condenada também, porque ela foi a causadora e aceitou um erro. Ela foi conivente. Se você está com um colega de trabalho e sabe que o seu colega está errado, você vai deixar ele persistir no erro, se você está junto da situação? Eu não deixo.

Aqui temos retratadas duas situações. Primeiro, a relação de hierarquia médica que faz com que uma residente com menos formação não questione e aborde um assunto de condução do procedimento com seu colega de trabalho, pelo fato de ele ter maior formação. Isso leva a muitas outras questões, entre elas, a relação de hierarquia não só na Medicina, mas nos profissionais da saúde. Se o médico que conduz o procedimento está incorreto em suas atitudes, o que impede que outros profissionais, como o técnico de Enfermagem, sinalize o equívoco? Será que, dentro de uma sala de cirurgia, todos são tomados pelo erro? É uma indagação que fica pertinente nos dias de hoje, principalmente quando vemos cirurgias de troca de membros, por exemplo. Poxa, será que todos os profissionais envolvidos na cirurgia entraram no centro cirúrgico pensando no mesmo membro errado ou alguém identificou o erro do médico, mas não quis falar por conta da situação hierárquica imposta?

O segundo ponto que podemos analisar desse relato diz do fato de o profissional ser conivente com o erro do outro. Quanto vale ficar quieto, saber que o seu colega de trabalho está errado e você não falar nada? São situações que trazem indagações, mas respostas para todas essas perguntas são difíceis, haja vista que, por questões éticas e de sigilo, muitas informações que acontecem dentro de um centro cirúrgico permanecem por lá.

5.6 Pelas entrelinhas da pesquisa: modos de reviver e expressar a trajetória do erro

Esse subitem da pesquisa vem mostrar, de modo bem tímido, as diversas formas e reações das vítimas quanto à participação e à temática escolhida para o desenvolvimento de uma pesquisa. É uma categoria que está discutida em poucas páginas, ao compararmos com as outras desta tese, e sem grandes aportes teóricos, devido à sua singularidade. Torna pertinente ser trazida pela importância de se discutir uma situação que causa desconforto e insegurança para uma parcela da população vitimada com o erro médico e, também, pelo fato de ser um momento em que podemos aproveitar para incentivar outros trabalhos a observarem detalhes implícitos contidos nos relatos de participantes de pesquisas e que fazem parte das suas subjetividades, que é o reviver uma situação que deixou marcas para a vida. Essa última ganha reforço e faz-se necessário, principalmente, com pesquisas envolvendo abordagens qualitativas e na área da saúde, por abarcarem temas mais delicados em que a individualidade fica subtraída por conta de algo que o acometeu inesperadamente.

Ellen: Quando me falaram que você iria me procurar, eu falei que tudo bem. E falei, também, que iria dar um depoimento contrário à maioria, porque não tenho nenhum problema psicológico com isso.

A fala acima não soou logo no início da narrativa como um simples comentário. Ao longo da história foi possível perceber que se tratava de uma estratégia de defesa, talvez pelo fato de ela vivenciar uma situação que, como ela mesma diz, é marcada de muitas agressões verbais e contextos estressantes, em alguns períodos da sua história com o erro médico.

As estratégias de defesa são, na verdade, uma das estratégias defensivas que o homem utiliza para enfrentar o seu sofrimento ou aquilo que não consegue suportar. Dessa forma, elas

propiciam proteção contra o sofrimento e manutenção do equilíbrio psíquico por possibilitar o enfrentamento e a eufemização das situações causadoras do sofrimento. Vale lembrar que o predomínio da utilização das estratégias de defesa conduz à minimização do sofrimento, mas não à resignificação e transformação dos aspectos nocivos do dia a dia (Straub, 2005).

Outra reação que chamou a atenção na pesquisa faz alusão ao comportamento rancoroso e pessimista de **Alva**.

Alva: Na verdade W [nome do pesquisador], eu acredito muito mais nisso [justiça pelo direito] do que nisso que você está fazendo. Ainda que eu não queria desanimar você com respeito à tese, eu acho que sua tese, sua, seu desenvolvimento, há uma preocupação sem dúvida de alguma maneira, mas não vejo que isso vai levar a... honestamente. Pelo caminho acadêmico, não. Essa experiência eu tenho por ser acadêmica há tantos anos. Percebe? Você consegue algo quando há pressão pública. E, num caso acadêmico, não há pressão pública, tá? Agora, de todas as maneiras, eu acho que fazer uma tese em cima sempre é um documento, e um documento que fica dentro de uma biblioteca da universidade, livre, de livre acesso pra todo mundo. De repente alguém quer ouvir, quer ver, quer saber a quantidade, estatisticamente falando, dos abusos, do número de vítimas, enfim. Quais os tipos de problema, tá lá, mas não que eu ache que isso vá abrir portas. Infelizmente, não é como eu penso, não é? Pode ser que eu esteja equivocada, e que você seja uma pessoa tão esperançosa capaz de abrir portas etc, enfim. Quem sou eu pra te eliminar a esperança, né? A ilusão da coisa.

Ela, vale lembrar, era uma professora universitária com pós-doutorado e que dedicava sua vida à academia e à ciência. A partir do momento em que se vê impedida de continuar a vida profissional e ceifada dos seus afazeres, acaba tendo um olhar crítico sobre aquilo que realizava. No momento em que toma contato com aquilo que era uma das suas atribuições, ela se mostra pessimista, defensiva, agressiva e negando qualquer alcance que a pesquisa científica pode atingir, a não ser que haja uma contestação de grande impacto e que pressione os órgãos públicos, que é a forma como ela vem conduzindo a comprovação do seu erro médico, com cartas para o Conselho de Medicina e falas imponentes para conseguir ser “ouvida”, depois de se tornar uma vítima.

O outro ponto que gostaríamos de destacar são as formas de manifestação quanto ao convite à participação da pesquisa com a temática do erro médico. As vítimas reviveram todo o desenvolvimento dos seus sofrimentos e, para algumas, ainda é uma situação de grande desconforto ao ter que lidar e falar sobre o ocorrido.

Betty: E relutei um pouco em participar da pesquisa. Não queria ficar relembrando de tudo que eu passei. Foi até o meu advogado que me disse para participar. Mas é difícil ter que ficar falando de tudo isso. Muito triste.

Ficar em desconforto e evitar falar são algumas das características de uma pessoa que esteve exposta a um trauma, a partir de uma experiência pessoal de acontecimento que envolva quase morte, ferimento grave ou ameaça à integridade física, como é o caso do erro médico. Uma situação dessa acaba por envolver o sistema de regulação de estresse que interage com as características da pessoa e as demandas do meio. Há pessoas mais vulneráveis para viver situações de trauma do que outras. Observa-se que, para pessoas com grandes fatores de riscos, maior será a chance de desenvolver perturbação mental (Mello Filho &

Burd, 2010). Aqui, no caso do erro médico, os fatores de risco podem ser a história pregressa de vida, ausência de apoio, auxílio e reconhecimento do erro, falta de acompanhamento de profissional da Psicologia, entre outros.

Finalmente, destacamos a preocupação de **Dalai** com relação aos envolvidos numa pesquisa que aborda a temática do erro médico devido à coragem de alguém de tentar discutir e relatar um pouco da fragilidade na conduta profissional daquela que ainda é tida como a profissão que promove *status* social, gera bons salários e é composta pelos grandes detentores do saber científico.

Dalai: Vocês estão se metendo num... Num campo minado, é isso. É definir bem essa situação, vocês estão se metendo num campo minado. Essa coisa de lidar com a vaidade dos médicos é complicado. Toma cuidado!

A partir dessa discussão, é possível perceber que esse fenômeno do sofrimento, para a vítima de erro médico, significa uma existência baseada na dor e no desconforto causados por aquilo que não era esperado e por alguém a quem foi confiada a sua vida, à espera de uma melhora. E, assim, produz nas vítimas modos existenciais mais deprimidos, melancólicos, rancorosos e vingativos com aquilo que a vida vai impondo como novo ou diferente. Segundo Heidegger (1995), o modo de ser no mundo e sua existência são as respostas das experiências humanas que a vida vem apresentando e cada um vai se constituindo a partir dessas vivências que vão sendo experienciadas na trajetória existencial de cada ser.

5.7 O papel da Psicologia no cuidado à saúde mental dos envolvidos no erro médico

A questão do apoio e auxílio nos casos envolvendo erro médico é indispensável à vítima acometida. Porém, alguns entraves se apresentam nesse cenário, como a dificuldade de acesso aos serviços com essa finalidade de auxílio, o tipo de apoio que seria oferecido, a quem estaria destinada essa ajuda, entre outros. Ao se falar em auxílio, é preciso considerar a singularidade do caso e as formas que cada um considera como maneira de auxílio.

Segundo Straub (2005), o apoio aos indivíduos que passam por situações de estresse ou traumas marcantes é fundamental, pois assim eles conseguem enfrentar a vida de maneira menos negativa, principalmente, quando se têm pessoas que lhes transmitam preocupação emocional, escuta e atenção.

A Psicologia pode ser uma dessas formas de apoio e, para algumas vítimas, a ajuda do profissional quanto aos cuidados à saúde mental foi muito relevante.

Shirin: E acho que para mim foi determinante. Porque hoje, 15 anos, quase 15 anos depois, eu tenho plena consciência de que, se não fossem aqueles anos ali, ela [psicóloga] paciente comigo, sabe? Mas, ao mesmo tempo cobrava de mim, é que algumas coisas eu precisava deixar passar. Se não fossem aquelas consultas, aqueles dias, eu não, não ia conseguir superar. Não ia, não ia, porque era muito doído, era muito doído, tudo me reportava ao esporte e... Não ia conseguir. Ela foi determinante, a Psicologia foi determinante. A maneira que ela teve que encontrar para chegar até mim, porque eu afastava as pessoas, eu sabia disso, eu afastava quem sabia que tinha acontecido aquilo tudo. Então, o método que ela teve que usar para conseguir me alcançar, ganhar minha confiança, porque ela não começou falando do erro médico, ela começou

querendo saber quem eu era, né? Quem era a Shirin, apesar do judô. O judô era uma coisa que fazia parte da minha vida, mas para ela não... Não era isso que era o mais importante para ela. Então, isso tudo para mim foi importante, porque eu comecei a perceber que eu era muito mais que só o judô, que eu tinha muito mais valores do que aquilo. E isso para mim foi muito importante. Eu me senti importante como pessoa.

[...] porque foi um momento muito triste, eu quase mesmo entrei em depressão, então, foi um momento em que eu realmente precisava de um apoio profissional. Foi muito devagar. Imagina, dos 14 aos 20 anos. Eu entrei para faculdade com 18. Então, ainda dois anos ali, lutando, pelejando. Mas, o último ano foi tranquilo, o último ano de terapia, eu ia uma vez por mês, só para ela me ver de vez em quando. Na última consulta, ela olhou pra mim: 'Shirin, daí da porta mesmo dá um beijo que você tá de alta'. Eu acho que aquele dia eu senti uma sensação de liberdade extraordinária, ainda falo com ela, a gente ainda se conversa pelo computador. Nossa, aquele dia eu posso descrever. Aquele dia eu senti uma alegria absoluta, eu senti que novamente minha vida estava nas minhas mãos, dependia de mim. Dali pra frente, eu seria feliz, ou não, mas a escolha era minha. Ninguém tinha decidido isso por mim, sabe?

Dalai: *Então, eu fiz terapia. Fundamental. Fundamental. Fundamental para qualquer ser humano. Todo mundo deveria fazer alguma espécie de Psicoterapia. Eu fiz depois da cirurgia.*

Autoconhecimento é das coisas que todo mundo tem que fazer, é a primeira. Saber quem você é, da onde que vem aquilo que você sente, por que que você se formou desse jeito...

Barack: Fundamental. Porque o processo terapêutico, ou a Psicologia, ela vai mostrar, dependendo da lesão, dependendo do grau, ela vai te mostrar, ela vai te abrir um leque, de uma, não sei se posso usar essa termo, ressocialização, readaptação, e o processo de cura mesmo. Cura das emoções, que você acaba tendo, raiva e, se você fica preso a isso, eu ouço um ditado: 'Quem bate esquece, quem apanha, não'. Então, a Psicologia ela vai te dar esse suporte, ela vai te dar essa... Eu acho que a Psicologia é o alicerce para você começar uma nova caminhada.

O papel da Psicologia como profissão é procurar incentivar a pessoa a buscar suas potencialidades, mesmo diante de um acontecimento traumático, como o erro médico e o sofrimento que dele advém. A pessoa vai buscando seu autoconhecimento e percebendo a importância de se ver capaz de agir e mudar a sua própria vida, tudo com orientação do profissional. O psicólogo contribui com o processo de desenvolvimento pessoal, personalidade e outros aspectos do comportamento humano. Pode auxiliar no tratamento de distúrbios psíquicos, de modo a favorecer um amplo desenvolvimento psicossocial. Tudo isso sob o aspecto regulamentar do Código de Ética Profissional do Psicólogo (Brasil, 2005).

Partindo de uma visão mais antropológica, o sofrimento é uma situação que, mais cedo ou mais tarde, qualquer ser humano vai vivenciar. No primeiro momento, não há nada que se possa fazer. Em uma análise mais densa do tema, o homem passa por três passos no processo para solucioná-lo: 1) aceitar o sofrimento como algo presente e que temos de encarar. É o momento dramático da existência. A possibilidade de adotar uma postura positiva ou negativa diante do sofrimento dá a liberdade de crescer e amadurecer com ele; 2) o sofrimento traz novas lentes de ver o mundo. Diante do sofrimento, renuncia-se ao que antes era de suma importância. O sofrimento distancia o homem de seus desejos. Deixa o homem mais dono de

si; 3) o sofrimento, para ter sentido, não pode ter o fim em si mesmo. Para afrontá-lo, é preciso transcendê-lo (Morse & Carter, 1996).

Para tanto, as vítimas se atribuem à condição de vítimas de erro médico e se veem vulneráveis e vivendo situações de perdas. Essa atividade pode aproximá-las da esperança e afastá-las do sofrimento para a reformulação do seu *self*, segundo a teoria de modelo de sofrimento, de Morse e Carter. As autoras acreditam que o entendimento do significado de sofrimento não traz, automaticamente, o seu alívio, mas pode reconciliar e adicionar um crescimento no trajeto de busca pela saúde.

Barack fala em ressocialização e processo de cura. Mas, será que o indivíduo vítima de erro médico consegue ressignificar todo esse processo? Ou seja, ele consegue entender, superar e aceitar aquilo tudo que viveu e sofreu e que acabou fazendo parte de sua existência como ser vítima de erro médico? Acredita-se ser um tanto quanto presunçoso responder sim. Primeiro, porque cada indivíduo sofre e vivencia esse processo de forma muito individualizada e com intensidades diferentes. Segundo, o erro médico pode trazer implicações e restrições diferentes para a vítima, a depender do tipo de erro. Dessa forma, alguns podem conseguir superar e ressignificar de uma maneira parcial, continuando a vida e a rotina, sem deixar que as marcas do passado atrapalhem seu desenvolvimento. E outros não conseguem, de maneira que as lembranças e angústias trazidas pelo ocorrido os paralisam, e eles se encontram, então, com dificuldades para conduzir a vida, como faziam antes do erro. Nesse caso, algumas suposições cabem, como a dificuldade emocional em aceitar o seu estado e superar o sofrimento causado. A pergunta mais pertinente é: quais seriam as novas maneiras de ser no mundo e os comportamentos ao reformular o *self*?

Sobre essa pergunta podemos refletir que diferentes são os comportamentos adotados pelas vítimas. Aos que tiveram uma boa ressignificação, pode-se dizer que a ajuda psicológica também esteve presente. Porém, alguns não contaram com um suporte da Psicologia, mas

tinham outras formas de auxílio, como a família, e também conseguiram ter um bom manejo do seu processo de aceitação e compreensão do fenômeno erro médico e de ser vítima. Já outros assumiram uma postura com comportamentos mais agressivos e desesperançosos, demonstrando o quanto se faz necessário um acompanhamento do profissional da Psicologia à uma melhor condução da sua saúde mental.

A grande dificuldade em apontar a Psicologia como uma profissão de suporte ao cuidado mental está no acesso da pessoa a essa ajuda. Infelizmente, no SUS, a espera por uma consulta com psicólogo é demorada e não são todos que conseguem manter um acompanhamento particular, até porque a Psicologia não entra na cobertura de muitos serviços de planos de saúde, o que dificulta esse acesso. Esse atendimento é tomado por muitos como uma profissão estritamente elitizada (Furtado, 2012).

Betty: Há um tempo eu tinha falado com minha mãe que eu gostaria de um acompanhamento psicológico, assim que aconteceu. Só que não tive, porque, para conseguir as coisas aqui é difícil, até mesmo quando são necessárias. É difícil. Agora, imagine para conseguir um psicólogo? Acho que esse problema não é só aqui, esse problema é 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. Muitas conseguem dar a volta por cima, outras não conseguem, porque não têm ajuda. É muito triste essa situação que o brasileiro passa.

Alva: Sem dúvida, sem dúvida nenhuma, claro que sim. Claro que sim. Toda vez que uma pessoa se sentir mal, eu acho que ela pode tá entrando num campo de busca de ajuda de terceiros.

Eu acho que é isso mesmo, tem que buscar um profissional, um psicólogo, um psicanalista ou até o psiquiatra mesmo, dependendo da situação, não é? Do momento que a pessoa vive e tal, e o grau de complicação que ela tá vivendo. E enfim, eu vejo que há necessidade, há necessidade, eu vejo assim. Eu mesma busquei, claro, porque entrei em depressão. Não é tão fácil você sair de uma depressão, você tem que encarar, se você não consegue fazê-lo sozinho, não é? Tem que buscar ajuda de terceiros, eu vejo isso como uma necessidade. Agora nem todo mundo pode, nem todo mundo consegue e, se vai buscar esse serviço através da rede pública, é complicado. Mesmo porque a rede pública não garante psicólogo. Tô pra te dizer que eu acho que ela nem acredita nesse tipo de profissional.

Martin: *Eu não tenho dívidas, porque, no meu caso, foram alguns dias que eu não fiquei bem, mas alguns ficam com sequelas para lembrar pro resto da vida. Então... E eu tenho facilidade de apagar as coisas ruim que acontecem na minha vida; nem todo mundo tem essa facilidade. Então, eu acho que só um profissional da Psicologia tá habilitado para isso. Dar esse apoio à família.*

Muitas vezes é isso, se pensa muito no paciente, mas se esquece muito do cuidador, e algumas coisas que às vezes a gente passa é mais fácil o paciente passar do que o cuidador e normalmente o cuidador é um familiar. E ele se sente impotente ali de ver determinadas situações e ele não pode resolver, porque a nossa tendência é querer tirar o outro do sofrimento, então, quando você se vê numa situação que você não pode fazer nada, às vezes você fica pior, né?

Eu acho que a questão da Psicologia, como eu falei, só dando mais uma ressaltada, a questão principalmente, se preocupar como um todo, não só o paciente, mas quem está ao lado dele, pois, muitas vezes, quem está ao lado dele vai sofrer um abalo emocional mais forte do que ele. Alguns vão estar tão debilitados que eles nem vão se dar conta de todo processo que ele está passando, porque algumas coisas que você passa, às vezes parece que você está anestesiado, você não consegue ver a extensão. Muitas pessoas falam: 'Ah, porque fulano está ali, quase morrendo, e está falando como se fosse viver'. Mas é porque realmente ele não tem ciência daquilo, ele não tem visão do todo, mas quem está ao redor vê tudo, e quem está ao redor vai sofrer muito mais do que o paciente. Então, eu volto a frisar a importância de não pensar só aí no paciente, mas sim no cuidador.

As três narrativas anteriores só reforçam a importância de um cuidado psicológico às vítimas de erro médico. É preciso promover um olhar e uma escuta para essas pessoas, porém não se pode contar com o serviço público de saúde, quando a necessidade for de urgência. Indo de encontro a um pequeno trecho no relato de **Alva**, talvez fosse o tempo em que a Psicologia não era valorizada como profissão nos serviços de saúde. Hoje são muitos os serviços que contam com esse tipo de profissional e não só na saúde, como também no Judiciário, organizações e empresas.

Vale também lembrar que, ao falarmos de apoio e auxílio aos casos de erro médico, não podemos deixar de considerar a possibilidade de que o médico e a família da vítima também podem precisar, pois estão envolvidos nessa situação e podem sentir-se emocionalmente abalados com o acontecimento e as proporções que um erro médico pode causar, como salientou **Martin**.

Neste trabalho não se pode afirmar se algum médico sofreu, ou ainda sofre algum abalo emocional, pois não era objeto da pesquisa, e nem as vítimas tinham conhecimento e contato mais próximo para saber de tal situação, principalmente após o erro descoberto.

Pesquisas têm mostrado que a classe médica e os estudantes de Medicina estão precisando de cuidados relacionados com a saúde mental. Alguns dados demonstram essa necessidade, como o trabalho de Barbosa (2007), em que o autor ressalta números preocupantes de médicos com alto consumo de diversas drogas. Galam (2012), Mello Filho e Burd (2010), Soares e colaboradores (2012) e Straub (2005) destacam altas incidências de *burnout* e depressão nos médicos. Contudo, esses trabalhos não fazem alusão ao erro médico como o motivador desse estado de fraqueza e dificuldade emocional dos médicos, com exceção do trabalho de Galam (2012), que está focado na temática do erro médico e destaca essa necessidade de um suporte à saúde mental dos médicos, decorrente do envolvimento com o erro médico. Esse autor sinaliza ainda que o risco de suicídio entre os médicos franceses que possuem o nome envolvido num processo jurídico por conta de um erro médico é 2,5 vezes maior que na população em geral.

A prevalência de um sofrimento psíquico também pode ser percebida entre os estudantes de Medicina. O trabalho desenvolvido por Fiedler (2008) sobre qualidade de vida de 800 estudantes oriundos de 74 escolas médicas brasileiras encontrou 35,6% de alunos com fatores alarmantes de qualidade de vida e condições psicológicas prejudicadas, sem acesso a qualquer tipo de suporte. As pessoas, de modo geral, só buscam apoio quando percebem que seu problema é maior e mais grave do que os de outras pessoas de seu convívio.

Tanto médicos quanto alunos de Medicina mostram-se fortemente resistentes em aceitar que precisam de ajuda, principalmente, por aspectos de cunho emocional. O médico emocionalmente perturbado, na posição de paciente, nega e esconde suas dificuldades emocionais dos amigos, da família e de si mesmo. Ele oculta seus problemas porque isso

ameaça seus ganhos e o direito à prática profissional. Frequentemente tendem a se autodiagnosticar e automedicar e, quando buscam ajuda, eles o fazem de modo informal, com amigos e colegas de trabalho (Pereira Filho, 2012; Spencer, 2005).

Apesar da morbidade psiquiátrica estar em crescimento entre os médicos e alunos de Medicina, poucos buscam ajuda efetivamente. O preconceito em frente aos problemas emocionais é um elemento tido como barreira para o comportamento de busca de ajuda. O evitar procurar ajuda apropriada está associado ao fato de que um problema de saúde mental pode ser visto como uma forma de fraqueza, com implicações na progressão de uma carreira bem-sucedida (Galam, 2012; Spencer, 2005).

Algumas escolas médicas têm se preocupado em oferecer recursos de suporte aos seus estudantes, considerando o desgaste emocional experimentado e as suas implicações na prática profissional (Mello Filho & Burd, 2010). A título de exemplo, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo investiu no bem-estar dos seus alunos e priorizou iniciativas para um cuidado mais atencioso à qualidade de vida dos futuros médicos, com a criação do Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno (GRAPAL), do Programa Tutores e a integração curricular das disciplinas de humanidades médicas.

O GRAPAL tem a finalidade de oferecer um apoio psicológico aos alunos matriculados na Faculdade de Medicina e aos médicos residentes do Hospital das Clínicas. Esse grupo foi criado em 1986, com a necessidade de promover um serviço de assistência à saúde mental dos alunos e residentes, devido ao elevado grau de sofrimento emocional entre médicos e estudantes descrito na literatura, o que vem acarretando altos índices de suicídios, abuso de drogas e de álcool e elevada prevalência de transtornos depressivos. O grupo oferece auxílio aos alunos para que eles possam elaborar as angústias e conflitos resultantes das particularidades da formação médica, a partir de Psicoterapia, consulta psiquiátrica, atendimento familiar, orientação ao docente e grupos de reflexão (Souza et al., 2009).

O Programa Tutores foi implantado na universidade no ano de 2001, com o objetivo de oferecer um tutor para acompanhar os alunos ao longo de sua formação, por meio de troca de experiências para contribuir com uma formação mais integral e incentivar habilidades de natureza humanística, ética e de compromisso com o social. O grupo de tutores é composto por professores da faculdade ou médicos do Hospital das Clínicas, e esses são supervisionados por psicólogos, psiquiatras e psicanalistas. A participação dos alunos é estimulada com registro no histórico escolar e certificação ao final da formação (Bellodi, 2004).

A integração curricular das disciplinas de humanidades médicas foi proposta em 2004 e é apontada como importante estratégia de ensino, além da criação de novas metodologias e desenvolvimento de professores. Trata-se de uma proposta de trabalho que compreende ações de estratégia didático-pedagógica e político-institucional, com o intuito de promover a integração das disciplinas específicas da área de humanidades, acompanhamento e avaliação da formação ética e humanista, e a incorporação de temas humanísticos em várias disciplinas do currículo médico do curso de Medicina da Universidade de São Paulo (Rios et al., 2008).

Todavia, essa assistência psicológica e suporte à qualidade de vida somente está voltada ao período da formação. Os médicos, seus pacientes e familiares não possuem grandes serviços com estruturas de embasamento teórico e prático voltados para o acolhimento das angústias e sofrimentos causados na rotina de trabalho. Talvez isso se justifique pela complexidade do contexto que envolve a atuação do médico. Agora, de modo algum se questiona o investimento ofertado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Pelo contrário, demonstra o início de um bom trabalho com uma interface multidisciplinar e uma preocupação com a conduta profissional dos médicos que a instituição está formando. Contudo, esse investimento é recente nas escolas médicas. Muitos médicos formados não tiveram o privilégio de contar com disciplinas mais humanas e serviço de apoio psicológico.

Aqui cabe uma sugestão, talvez pretenciosa, mas só assim será possível avaliar o resultado do trabalho de assistência realizado pelas escolas médicas. No futuro, não muito distante, apreciar a conduta dos profissionais médicos formados por escolas com esses recursos de suporte ao aluno e, posteriormente, quem sabe, uma comparação entre médicos com e sem esse aporte mais humanizado, na tentativa de visualizar possíveis diferenças nas atitudes e comportamentos dos médicos com seus pacientes.

Assim, como alguns médicos se mostram resistentes à ajuda de um profissional para o cuidado à saúde mental, uma vítima também acredita não ser necessário tal manejo.

Jane: A Psicologia? Eu venho de uma criação antiga, onde a Psicologia era uma profissão para as pessoas de alta renda, pessoas sofisticadas que levavam o filho ao psicólogo porque ele estava com problema existencial. Para a gente é o seguinte, o negócio está ruim? Vai, mergulha e se enfia que o negócio fica bom. E tudo resolve. Não precisa de Psicologia ou outro profissional para ajudar. Você mesmo vai achar a solução para seu problema.

O relato anterior retoma a questão de a Psicologia ser uma profissão somente para pessoas de uma classe econômica mais desenvolvida, fato esse que era mais difundido no século passado. Porém, o que vale destacar da fala é a visão de uma vítima de erro médico que não acha pertinente o apoio com um profissional para o cuidado à sua saúde mental, atitude justificada pela forma como foi criada.

Diferentemente de não acreditar ou não achar necessário um cuidado à saúde mental, **Ellen** mostrou-se um pouco resistente a procurar esse tipo de ajuda.

Ellen: Se eu fosse uma pessoa que não tivesse encontrado a médica lá de fora, tive sorte, porque era experimental também, e deu certo. Tive condições de pagar. Se eu não tivesse essas coisas, eu teria que fazer muita sessão para mudar a minha vaidade, o meu modo de me apresentar. Eu teria vergonha, se estivesse falando com você, estaria sentada olhando para o lado direito. Usaria o cabelo dividido no meu. Com certeza eu iria precisar. É que realmente eu não me desesperei. Eu raciocino e depois desmonto. Eu sou lógica e depois que passa que eu desmorono. Mas, eu sofri muito.

Como ela mesma disse, sofreu. Foi procurar ajuda para solucionar o erro médico, que era visível, público, perceptível. Seu sofrimento emocional só ela “via”. Não atrapalhava sua imagem e sua carreira profissional. **Ellen** procurou resolver o problema que mais lhe incomodava, a vaidade estava ferida. E, assim, como muitas pessoas, ela traz no discurso a importância do cuidado mental, mas, na prática, diz que não é necessário se submeter a um profissional dessa área.

O apoio ou cuidado aos familiares das vítimas também merecem valorização. É a família que apoia e cuida da vítima quando o erro impõe restrições. Muitas vezes auxilia nas tarefas de higiene pessoal, alimentação, ida a consultas e administração de medicamentos. E, conseqüentemente, a sobrecarga emocional pode fazer parte desse processo, pois é a pessoa que está diretamente ligada à vítima e às suas questões de sofrimento, angústia e ansiedade, sem contar, na família de vítimas fatais do erro médico, o processo de aceitação e luto que está por vir. Em vista disso, a família é o terceiro elemento envolvido na situação do erro médico que seria pertinente estar inserida num serviço com orientação psicológica, seguida da vítima e do médico.

Essa necessidade de haver um cuidado à saúde mental das vítimas e de seus familiares vem acompanhada de um desejo anterior de descobrir maiores detalhes do sofrimento, angústia, desgaste emocional e as razões que tornam o cuidado à saúde mental dessas pessoas indispensável. Quer dizer, assim como algumas pesquisas já analisaram as causas em que consideram imprescindível que médicos e estudantes de Medicina possuam um suporte psicológico, faz-se pertinente o desenvolvimento e incentivo de estudos voltados para levantar e confirmar as necessidades de cuidado entre as vítimas e familiares de pessoas vítimas de erro médico, uma vez que é precário ou inexistente o número de trabalhos sobre qualidade de vida e saúde mental dessa população.

Posto isso, recomenda-se que a Psicologia, como ciência, procure desenvolver estudos voltados para a temática do erro médico, na tentativa de elucidar formas adequadas de lidar com os envolvidos nessa situação. Já a Psicologia como profissão necessita promover estratégias de atuação a essa nova demanda. O Conselho Federal de Psicologia (CFP), na função de agente regulador e promotor de ações específicas para a atuação do psicólogo, poderia refletir sobre essa temática para que grupos de discussões e trabalhos pudessem ser criados com o intuito de produzir orientações aos profissionais da Psicologia no atendimento às vítimas de erro médico e aos profissionais envolvidos.

Como sugestão de possibilidades para o trabalho do psicólogo voltado para o acolhimento das vítimas de erro médico, pensou-se no Aconselhamento Psicológico e/ou Plantão Psicológico como alternativas para a condução da intervenção profissional.

O Aconselhamento Psicológico pode ser definido como um processo de aprendizado interativo entre o psicólogo e o cliente, podendo ser individual ou em grupo, voltado para a resolução de problemas, confronto com crises pessoais, melhorias das relações interpessoais, processo de tomada de decisão, promoção de autoconhecimento e da autonomia pessoal, intervenções centradas no sentimento, percepções e conflitos e a facilitação da mudança de

comportamentos. Em geral, o aconselhamento é uma relação que busca facilitar uma adaptação mais satisfatória do sujeito à situação em que ele se encontra. O objetivo principal é promover o bem-estar psicológico e a autonomia pessoal no confronto com as dificuldades e problemas (Morato, 1999; Trindade & Teixeira, 2000).

Aconselhar não é dar conselhos, trata-se de ajudar a vítima do erro médico aqui em questão a compreender a si mesma e a situação do erro médico em que se encontra. O aconselhamento psicológico é diferente de Psicoterapia, uma vez que o aconselhamento se caracteriza pelo caráter situacional, focalizado no presente, centrado na resolução de problemas, orientado mais para a ação do que para a reflexão e com duração mais curta. Nessa situação do erro médico, a tarefa essencial do psicólogo é facilitar a mudança de comportamento e promover o bem-estar psicológico, a partir da escuta e do acolhimento do sofrimento e das preocupações, de maneira a contribuir para o desenvolvimento pessoal da vítima acometida pelo erro (Trindade & Teixeira, 2000).

Com relação às perspectivas teóricas, várias podem ser as teorias que embasam o aconselhamento, podendo ser humanista, cognitivo-comportamental, fenomenológico-existencial, psicodinâmica, construtivista e positiva. A abordagem da Psicologia Positiva difere um pouco das demais e, ao mesmo tempo, é interessante, pelo fato de ampliar o foco da Psicologia, que tem sido, desde seu surgimento como ciência, predominantemente patológico. Ela busca ir além do sofrimento humano e não desvaloriza as patologias mentais, porém procura promover um ajuste para que aspectos saudáveis também recebam atenção, de modo a trabalhar o que há de melhor em cada indivíduo para que ele se desenvolva de forma saudável. Ela se justifica pelo fato de que o potencial humano ainda não é totalmente compreendido, haja vista que a Psicologia está tendo mais sucesso em compreender o lado humano negativo que o positivo, revelando muito sobre suas deficiências e doenças, mas pouco sobre suas potencialidades, virtudes e aspirações realizáveis. A Psicologia Positiva

concentra-se no bem-estar e satisfação de vida, otimismo, esperança, felicidade, amor, generosidade, perdão, sabedoria, altruísmo, tolerância e ética (Hutz, 2014).

O Plantão Psicológico é uma outra possibilidade para o atendimento às vítimas. Essa modalidade assemelha-se à experiência das *walk-in clinics*, utilizada nos Estados Unidos, nas décadas de 60 e 70, visando a um atendimento emergencial médico ou psicológico ao cliente. No Brasil, as fontes dão como registro inicial do plantão no Serviço de Aconselhamento do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, lá pelo final da década de 60, com sua base teórica fundamentalmente humanista. O plantão apresenta-se como uma modalidade de atendimento clínico pensado e praticado como um modo de acolher e responder às demandas por ajuda psicológica. O psicólogo coloca-se à disposição da pessoa que o procura, com um tempo e um espaço de escuta abertos à pluralidade e à diversidade das demandas (Morato 1999; Palmieri & Cury, 2007; Schmidt, 2004).

O plantão é um serviço estruturado a partir de um tempo e espaço, disponível a atender a todas as pessoas que a ele recorrem, eliminando a inscrição, triagens e psicodiagnósticos, favorecendo a noção do encontro e derivando possíveis desdobramentos de um primeiro contato. Embora ele tenha em sua rotina desdobramentos previstos, como Psicoterapia, retornos e encaminhamentos, há sempre o imperativo de comparar a necessidade do cliente naquele momento com o que o serviço pode oferecer, adequadamente. Nessa perspectiva, conta-se com o fato de que um único encontro pode ser suficiente para que o cliente retome o curso de sua vida, sem aderir, forçosamente, a uma Psicoterapia de médio ou longo prazo (Morato 1999; Schmidt, 2004; Schmidt, 2006).

A vítima pode vir a procurar um plantão psicológico para facilitar a sua clarificação quanto à queixa e ao modo como ela vive com essa queixa. Também pode procurar entender que recursos pessoais dispõem para cuidar de seu sofrimento. Esse tipo de atendimento tem um caráter emergencial, privilegia a demanda emocional imediata e espontânea da pessoa e

propõe cada atendimento como um universo único. De forma alguma tem a intenção de substituir a Psicoterapia (Morato, 1999; Palmieri & Cury, 2007).

Essas propostas de trabalho voltadas para o atendimento às vítimas são ideias que podem ser desenvolvidas em hospitais, serviços de saúde e até em clínicas-escolas de faculdades, onde existam cursos de Psicologia e para onde essas vítimas podem ser encaminhadas e prontamente atendidas. O plantão e aconselhamento foram indicados pensando no acolhimento imediato à descoberta do erro. No entanto, isso não se faz como regra. Esses tipos de serviços também podem ser oferecidos aos familiares das vítimas. Outra alternativa de local onde o plantão destinado às pessoas envolvidas no erro poderia ser desenvolvido é nos espaços nos quais são realizadas as perícias médicas, como possibilidade de acolha e possíveis encaminhamentos, quando necessário.

Mais especificamente para os médicos, a possibilidade do plantão psicológico dentro do hospital pode significar um espaço para expressar suas angústias, seus anseios e estruturar-se melhor para dar conta das exigências do contexto de trabalho. Assim, poderia ser evitado o desgaste emocional dos médicos, contribuindo para a diminuição do estresse, com um serviço de apoio psicológico dentro do próprio ambiente de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese abordou o sofrimento e algumas questões emocionais implicadas no acontecimento de um erro médico. O movimento de entrelaçar os relatos com as referências fez-se necessário na tentativa de desvelar o sofrimento das vítimas de erro médico. O fenômeno foi exposto a partir das experiências vividas pelas vítimas e seus significados.

O erro médico veio na contracorrente das expectativas iniciais de melhora, restituição da vida e restabelecimento, que antecederiam a intervenção médica. Verificaram-se aspectos de espanto e surpresa no momento da descoberta do erro, evidenciados pelas atitudes dos médicos de negar ou não relatar ao seu paciente o ocorrido. Dificuldades, impedimentos e novos modos de viver trouxeram consigo as dúvidas sobre a causa do erro e incertezas de como seria o futuro. A pesquisa permitiu formular que o fenômeno do erro médico vem acompanhado do sofrimento psíquico culminado nas vítimas, atrelado a sentimentos de ódio, raiva, desespero e impotência e ainda da dificuldade em aceitar e se ver como vítimas.

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 consequências 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.

Afirmar que os indivíduos conseguem superar o erro é um tanto quanto presunçoso, até porque, inferindo a partir das narrativas já apresentadas e discutidas, acredita-se ser bem difícil superá-lo, mas atitudes resilientes, comportamentos de estratégias de *coping* e um auxílio profissional para cuidados à saúde mental são possibilidades adotadas que minimizam o pesar da dor, ajudam na mudança de comportamentos, impulsionam a vítima para a vida e possibilitam uma melhor compreensão do erro médico.

Percebeu-se que algumas vítimas têm potencial para o processo de ressignificação de suas identidades, que inclui um reposicionamento e um novo significado de cada uma delas perante a vida. Outras não. Cada um tem seu modo de sofrer. Uns lidam melhor e conseguem

levar uma vida menos marcada pelo erro, enquanto outros não. Por isso, torna-se difícil afirmar se algum dia o erro médico será superado.

Os referenciais teóricos da perspectiva fenomenológico-existencial e dos desígnios de Benjamin foram de grande valia para que a experiência das vítimas favorecesse a compreensão do fenômeno, a partir da sua existência, do seu modo de ser no mundo e da forma como cada uma respondeu e ainda responde àquilo que lhe foi apresentado, no caso, o erro médico. De acordo com esses referenciais, o erro não seria superado pelo fato de fazer parte da essência daquela pessoa que viveu e experienciou o erro médico em sua própria vida.

As dificuldades fizeram-se intrínsecas ao processo de pesquisa, principalmente, ao trabalhar com a temática do erro médico no Brasil. Os resultados aqui alcançados refletem uma pequena mostra do sofrimento desvelado e das circunstâncias emocionais envolvendo um caso de erro médico, contudo podem permitir generalizações cautelosas em âmbito nacional.

A aceitação de um erro médico no País ainda é vista com resistência e arraigada a juízos culturais e de valores. Há uma grande dificuldade em se assumir o erro, o que impede a ação de tomada de consciência em relação ao problema. No Brasil, o erro precisa ser encarado como um fato intrínseco à realidade médica, para que a sua forma de aceitação, tratamento e conduta tenham um peso e culpa menores. Erros sempre vão acontecer, porém minimizá-los requer, primeiramente, a aceitação de sua existência. Para isso, os profissionais da Medicina precisam acatar sua responsabilidade no erro, pois, cada vez mais, existe a busca desenfreada por procedimentos médicos, que marcam uma geração de grande medicalização da vida.

Em países desenvolvidos, a aceitação do erro não traz uma conotação de penalidade, pelo contrário, os médicos são mais abertos e receptivos quanto à discussão do assunto, amenizando o peso e a culpa, o que contribui para o cuidado da sua saúde mental, sem contar o número de pesquisas desenvolvidas sobre o assunto, que é considerável ao se comparar com os estudos sobre esse tema realizados no Brasil.

O propósito deste trabalho não foi condenar ou achar um culpado para o erro, objetivo esse da área do Direito e dos Conselhos de Medicina. Mas, já que o fato aconteceu, é preciso que os médicos saibam lidar com uma situação adversa e desenvolvam maneiras adequadas para acolher a vítima. Os médicos precisam escutar seus pacientes, no sentido de trabalhar seus medos, fantasias e angústias. Caso não seja possível, devem consultar um serviço de Psicologia como suporte à condução do seu trabalho. Eles deveriam ser os responsáveis por contar a ocorrência do erro, pois percebeu-se que, se eles tivessem contado ao seu paciente, a dor e o sofrimento poderiam ter sido amenizados.

Além disso, os médicos precisam entender que essa vítima tem todo um quadro de sofrimento psíquico que passa a fazer parte do seu contexto vital. E não só eles, os profissionais da saúde, dos Conselhos de Medicina e os profissionais do Direito também precisam acolher de uma maneira mais assertiva essa vítima e apreender que o sofrimento faz parte do processo do erro médico. Talvez essas transformações venham se consolidar com um tempo, como consequência das mudanças na formação médica.

Antigamente, o erro médico era um assunto restrito às áreas da Medicina e do Direito. Hoje, este trabalho vem mostrar a importância e a indispensabilidade da Psicologia, como ciência e profissão, ampliando seu campo de atuação e aprimorando técnicas no auxílio ao sofrimento humano e cuidado à saúde mental das pessoas envolvidas num contexto de erro médico. A Psicologia subsidia intervenções de compreensão, apoio e superação do trauma às vítimas, de forma que a sua mediação é percebida como um meio de se produzir e aplicar conhecimentos que possam ser utilizados para cuidar dos efeitos negativos causados pela ruptura da vida cotidiana.

O fato de uma pesquisa estudar o sofrimento psíquico em um contexto diferente daqueles que vêm sendo abordados pelas pesquisas da atualidade só reforça a necessidade de maior empenho científico na temática do erro médico e das consequências por ele trazidas,

uma vez que a produção do conhecimento na área ainda é incipiente e precisa ser intensificada, o que torna as pesquisas nesse campo um desafio necessário.

REFERÊNCIAS

- Akkad, A., Jackson, C., Kenyon, S., Dixon-Woods, M., Taub, N., Habiba, M. (2006). Patients' perceptions of written consent: questionnaire study. *British Medical Journal*, 333 (7567). Retirado em 21 agosto, 2014, de www.bmj.com
- Almeida, F. M. (1999). Aconselhamento psicológico numa visão fenomenológico-existencial: cuidar de ser. In H. T. P. Morato (Org.). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios* (pp. 45-60). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Amatuzzi, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia*, 26 (1), 93-100.
- Barbosa, G. A. (2007). *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- Bellodi, P. L. (2004). O programa tutores e a integração dos calouros na FMUSP. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 28 (3), 204-214.
- Benjamin, W. (1994). *Magia e técnica, arte e política* (Obras escolhidas, Vol. 1, 7ª ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Bitencourt, A. G. V., Neves, N. M. B. C., Neves, F. B. C. S., Brasil, I. S. P. S., Santos, L. S. C. (2007). Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na

educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31 (3), 223-228. Retirado em 19 julho, 2011, de www.scielo.org

Brant, L. C., Minayo-Gomez, C. (2004). A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (1), 213-223. Retirado em 10 maio, 2014, de www.scielo.org

Brasil. (1996). *Resolução n ° 196, de 10 de outubro de 1996*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília. Retirado em 06 agosto, 2008, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html

Brasil. (2005). *Resolução Conselho Federal de Psicologia n° 010, de 21 de julho de 2005*. Aprova o código de ética profissional do psicólogo. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília. Retirado em 06 setembro, 2014, de <http://www.cfp.org.br>

Brasil. (2009). *Resolução Conselho Federal de Medicina n° 1931, de 17 de setembro de 2009*. Aprova o código de ética médica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília. Retirado em 04 julho, 2011, de <http://www.cremesp.or.br>

Brasil. (2013). *Lei n ° 12.871, de 22 de outubro de 2013*. Institui o programa mais médicos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília. Retirado em 21 julho, 2014, de <http://www.planalto.gov.br>

- Callegari, D. C., Oliveira, R. A. (2010). Consentimento livre e esclarecido na anestesiologia. *Revista Bioética*, 18 (2), 363 - 372.
- Carvalho, M., Vieira, A. A. (2002). Erro médico em pacientes hospitalizados. *Jornal de Pediatria*, 78 (4), 261-268. Retirado em 18 agosto, 2009, de www.scielo.org
- Cernadas, J. M. C. (2009). Participación de los pacientes y los padres em la prevención de los errores en medicina. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107 (2), 97-98. Retirado em 18 agosto, 2009, de <http://www.scielo.org.ar>
- Chehuen Neto, J. A., Sirimarco, M. T., Figueiredo, N. S. V., Barbosa, T. N., Silveira, T. G. (2011). Erro médico: a perspectiva de estudantes de medicina e direito. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35 (1), 5-12. Retirado em 19 julho, 2011, de www.scielo.org
- Connell, R. W. (2005). *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.
- Correia-Lima, F. G. (2012). *Erro médico e responsabilidade civil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí.
- Critelli, D. M. (1996). *Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: EDUC Brasiliense.
- David, G., Sureau, C. (2006). *De la sanction à la prévention de l'erreur médicale*. Paris: Lavoisier.

- Domínguez, B. N. R. (2005). Calidad de la atención de salud: error médico y seguridad del paciente. *Revista Cubana Salud Pública*, 31 (3), 239-244. Retirado em 19 julho, 2011, de www.scielo.org
- Engel, K. G., Rosenthal, M., Sutcliffe, K. M. (2006). Residents' responses to medical error: coping, learning and change. *Academic Medicine*, 81 (1), 86-93.
- Fenn, P., Hermans, D., Dingwall, R. (1994) Estimating the cost of compensating victims of medical negligence. *BMJ*, 309, 389-391.
- Fiedler, P. T. (2008). *Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Figuera, J., Viero, E. V. (2005). Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. *Rev. SBPH*, 8 (2). Retirado em 16 abril, 2014, de www.scielo.org
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, 24 (1), 17-27. Retirado em 10 agosto, 2011, de www.scielosp.org
- França. (2002). *Loi du 4 mars 2002*. Relativa aos direitos dos pacientes e a qualidade do sistema de saúde. Retirado em 21 julho, 2013, de www.sante.gouv.fr

França, G. V. (2010). *Direito médico* (10ª ed.). Rio de Janeiro: Forense.

Frasquilho, M. A. (2005). Medicina, médicos e pessoas: compreender o stresse para prevenir o burnout. *Acta Med Port*, 18, 433-444.

Freud, S. (1896). *Etiologia da histeria*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1920). *Além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Imago.

Fujita, R. R., Santos, I. C. (2009). Denúncias por erro médico em Goiás. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55 (3), 283-289. Retirado em 10 agosto, 2009, de www.scielosp.org

Furtado, O. (2012). 50 anos de psicologia no Brasil: a construção social de uma profissão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32 (número especial), 66-85.

Galam, E. (2005). Dédratiser et travailler nos erreurs. *La Revue du Praticien*, 19.

Galam, E. (2012). *L'Erreur médicale, le burnout et le soignant*. Paris: Springer.

Giostri, H. T. (2002). *Erro médico à luz da jurisprudência comentada*. Curitiba: Juruá.

Gomes, W. B., Castro, T. G. (2010). Clínica fenomenológica: do método de pesquisa para a prática psicoterapêutica. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 26 (número especial), 81-93.

- Gomes, J. C. M., França, G. V. (1999). *Erro médico: um enfoque sobre sua origem e suas conseqüências*. Montes Claros: Ed. Unimontes.
- Gomes, J. C. M., Drumond, J. G. F., França, G. V. (2001). *Erro médico* (3ª ed.). Montes Claros: Ed. Unimontes.
- Gomes, A. P., Rego, S. (2011). Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35 (4), 557-566.
- Grange, P., Papillon, F. (2008). *Erreurs médicales*. Paris: Nil.
- Guz, G. (2010). O consentimento livre e esclarecido na jurisprudência dos tribunais brasileiros. *Revista de Direito Sanitário*, 11 (1), 95-122.
- Heidegger, M. (1995). *Ser e tempo* (5ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Hiatt, H. (1992). Medical malpractice. *Bull NY Acad. Med.* 68, 254-264.
- Hutz, C. S. (2014). *Avaliação em psicologia positiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Jacobson, P. D. (1989). Medical malpractice and the tort system. *JAMA*, 262, 3320-3327.

- Katz, J. (1989). *El médico y el paciente: su mundo silencioso*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kfouri Neto, M. (2010). *Responsabilidade civil do medico* (7ª ed.). São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., Donaldson, M. S., McKay, T., Pike, K. C. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leape, L. L. (1999). A system analysis approach to medical errors. In M. R. Cohen (Ed.), *Medication errors* (pp. 1-14). Washington: American Pharmaceutical Association.
- Localio, A. R., Lawthers, A. G., Brennan, T. A., Laird, N. M., Hebert, L. E., Peterson, L. M., Newhouse, J. P., Weiler, P. C., Hiatt, H. H. (1991). Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. *The New England Journal of Medicine*, 325 (4), 245-251. Retirado em 25 fevereiro, 2014, de www.group.bmj.com
- Mansur, N. S., Oliveira, R. A. (2006). *O médico e a justiça*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

- Marques Filho, J., Hossne, W. S. (2009). Análise bioética das infrações cometidas pelos médicos condenados à cassação do exercício profissional no estado de São Paulo. *Revista Bioética*, 17 (3), 451-462.
- Meihy, J. C. S. B. (1996). *Manual de história oral*. São Paulo: Loyola.
- Mello Filho, J., Burd, M. (2010). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Mendes, W., Travassos, C., Martins, M., Noronha, J. C. (2005). Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8 (4), 393-406.
- Mendes, E. V. (2013). 25 anos do sistema único de saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, 27 (78), 27-34.
- Mendonça, V. S. (2009). Sofrendo entre quatro paredes: relatos de mães acompanhantes dos filhos hospitalizados. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 7 (19), 12-29.
Retirado em 25 agosto, 2009, de <http://pepsic.bvs-psi.org.br>
- Mendonça, V. S., Delamanha, R. L., Carvalho, J. B., Custodio, E. M. (2013). 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*, Portugal, Universidade do Algarve.

- Menicucci, T. M. G. (2014). História da reforma sanitária brasileira e do sistema único de saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*, 21 (1), 77-92.
- Minami, C. A., Chung, J. W., Holl J. L., Bilimoria, K. Y. (2014). Impacto of medical malpractice environment on surgical quality and outcomes. *J Am Coll Surg*, 218 (2), 271-278. Retirado em 21 julho, 2014, de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2013.09.007>
- Minossi, J. G. (2009). Prevenção de conflitos médico-legais no exercício da medicina. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 36 (1), 90-95.
- Miranda-Sá Junior, L. S. (2013). *Uma introdução à medicina*. Brasília: CFM.
- Moraes, I. N. (2003). *Erro médico e a justiça* (5ªed.). São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.
- Morato, H. T. P. (1999). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Morse, J. M., Carter, B. (1996). The essence of enduring and expressions of suffering: the reformulation of self. *School Inq. Nursing Practice*, 10 (1), 43-60.
- Morse, J. M. (2001). Toward a práxis theory of suffering. *Advances in Nursing Science*, 24 (1), 47-59.

- Murr, L. P. (2010). A inversão do ônus da prova na caracterização do erro médico pela legislação brasileira. *Revista Bioética*, 18 (1), 31-47.
- Newman, M. C. (1996). The emotional impacto of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med*, 5, 71-75. Retirado em 14 agosto, 2014, de www.archfammed.com
- Oliveira, J. E. G. (2002). O médico e o mercado de trabalho: repercussão na sua saúde. In Sindicato dos médicos do estado de São Paulo. *Desgaste físico e mental*. São Paulo: SIMESP.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Série Saúde no Brasil*, n 1. Retirado em 31 maio, 2014, de www.thelancet.com
- Palmieri, T. H., Cury, V. E. (2007). Plantão psicológico em hospital geral: um estudo fenomenológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (3), 472-479.
- Passos, A, F., Rocha, F. L., Hara, C., Paulino, N. (2009). Erro médico em psiquiatria: caso clínico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58 (1), 49-51. Retirado em 14 agosto, 2009, de www.scielo.com.br
- Pereira, M. G. A., Azevêdo, E. S. (2005). A relação médico-paciente em Rio Branco/ AC sob a ótica dos pacientes. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 51 (3), 153-157.

- Pereira Filho, A. (2012). *Análise das vulnerabilidades como facilitadoras da ocorrência de erros médicos no Estado de São Paulo (2000-2009) julgados pelo Conselho Regional de Medicina*. Dissertação de Mestrado, Centro Universitário São Camilo, São Paulo.
- Rios, I. C., Lopes Junior, A., Kaufman, A., Vieira, J. E., Scanavino, M. T., Oliveira, R. A. (2008). A integração das disciplinas de humanidades médicas na faculdade de medicina da USP – um caminho para o ensino. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32 (1), 112-121.
- Rosa, M. B., Perini, E. (2003). Erros de medicação: quem foi? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49 (3), 335-341.
- Sabo, D. (2000). *Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género*. Organización Panamericana de la Salud. Retirado em 23 maio, 2014, de www.bvs-psi.org.br
- Santos, M. F. O., Souza, E. H. A., Fernandes, M. G. M. (2011). Perfil dos médicos envolvidos em processos ético-profissionais – Paraíba 1999 a 2009. *Revista Bioética*, 19 (3), 787-797.
- Santos Junior, J. C. M. (2006). Avaliação médica: o consumo na medicina e a mercantilização da saúde. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 26 (1), 70-85. Retirado em 11 agosto, 2009, de www.scielosp.org

- Scheffer, M. (Coord.). (2013). *Demografia médica no Brasil* (Vol. 2). São Paulo: Conselho Federal de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
- Schmidt, M. L. S. (1990). *A experiência de psicólogas na comunicação de massa*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Schmidt, M. L. S. (2004). Plantão psicológico, universidade pública e política de saúde mental. *Estudos de Psicologia*, 21 (3), 173-192.
- Schmidt, M. L. S. (2006). Continuidade e ruptura: interpretação da história do serviço de aconselhamento psicológico do instituto de psicologia da USP. *Mnemosine*, 2 (2), 3-32.
- Schwappach, D. L. B., Boluarte, T. A. (2008). The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Med Wkly*, 138 (1), 9-15. Retirado em 25 fevereiro, 2014, de www.smw.ch
- Siqueira, M. M. M., Jesus, S. N., Oliveira, V. B. (2007). *Psicologia da saúde: teoria e prática*. São Bernardo do Campo: UMESP.
- Sirriyeh, R., Lawton, R., Gardner, P., Armitage, G. (2010). Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. *Qual Saf Health Care*, 19 (43), 1-8. Retirado em 27 abril, 2014, de www.group.bmj.com

- Soares, L. R., Lopes, T. M. O., Silva, M. A. O., Ribeiro, M. V. A., Almeida Junior, M. P., Silva, R. A., Alves, R. F., Bueno, T. G. G., Salgado, T. A., Chen, L. C. (2012). Burnout e pensamentos suicidas em médicos residentes de hospital universitários. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36 (1), 77-82.
- Souza, N. T. C. (2006). Erro médico: conceitos jurídicos. *Revista Âmbito Jurídico*, 9 (32), 1-2. Retirado em 10 julho, 2011, de www.ambito-juridico.com.br
- Souza, E. N., Gianini, R. J., Azevedo Neto, R. S., Eluf-Neto, J. (2009). Perfil do médico residente atendido no grupo de assistência psicológica ao aluno (GRAPAL) da faculdade de medicina da universidade de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*, 55 (6), 684-691.
- Spencer, J. (2005). Physician, heal thyself – but not on your own, please. *Med. Educ.*, 39 (6), 548-549. Retirado em 08 setembro, 2014, de www.ncbi.nih.gov/pubmed
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Trindade, I., Teixeira, J. A. C. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 1 (XVIII), 3-14.

- Udelsmann, A. (2002). Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48 (2), 172-182.
- Wannmacher, L. (2005). Erros: evitar o evitável. In Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (Org.). *Uso racional de medicamentos: temas selecionados*, 2 (7), 1-6. Retirado em 18 agosto, 2009, de <http://www.unb.br/fs/errodemedicamentos.pdf>
- Waterman, A. D., Garbutt, J., Hazel, E., Dunagan, W. C., Levinson, W., Fraser, V. J., Gallagher, T. H. (2007). The emotional impacto of medical error on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 33 (8), 467-476.
- Weerakkody, R. A., Cheshire, N. J., Riga, C., Lear, R., Hamady, M. S., Moorthy, K., Darzi, A. W., Vincent, C., Bicknell, C. D. (2013). Surgical technology and operating-room safety failures: a systematic review of quantitative studies. *BMJ Qual Saf*, 0, 1-9.
- Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. *BMJ*, 320, 726-727.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em estudo*, 8 (número especial), 75-84.