

**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

## 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.<sup>1</sup>

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

---

<sup>1</sup> 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

## 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 adoece, 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 (Kfoury 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.

## 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](http://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](http://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](http://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](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](http://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](http://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](http://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.

Fighera, 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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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.