



E QUANDO O OUTRO MÉDICO ERROU? A ARTE DE COMUNICAR COM O DOENTE AND WHEN THE OTHER DOCTOR WAS WRONG? THE ART OF COMMUNICATING WITH THE PATIENT

Gallagher TH, Mello MM, Levinson W, Wynia MK, Sachdeva AK, Snyder Sulmasy L, et al. Talking with patients about other clinicians' errors. *N Engl J Med* 2013 Oct 31; 369 (18): 1752-7.

Introdução

O erro médico é comum, expectável e compreensível. No entanto, conversar com os doentes sobre este tema é um dos maiores desafios que se coloca na prática médica diária. Uma das particularidades reside no facto de que o médico que comunica o erro nem sempre ser responsável por este, já que, atualmente, os cuidados de saúde são prestados por equipas multidisciplinares. Desta forma, conversar sobre o erro médico envolve situações em que outros colegas são, primariamente, responsáveis. As *guidelines* existentes oferecem pouca orientação no que respeita à comunicação do erro cometido por outros, o que aumenta a incerteza sobre o que fazer. Consequentemente os doentes recebem pouca informação e perdem-se oportunidades de construir uma relação de confiança e evitar processos litigiosos.

Métodos

Os autores reuniram um grupo de trabalho constituído por peritos em segurança dos doentes, seguros de responsabilidade civil profissional, comunicação clínica, bioética e políticas de saúde. Após a reunião, um grupo de participantes elaborou um manuscrito que completa as recomendações existentes, para médicos e instituições, sobre como comunicar com os doentes sobre o erro de outros colegas.

Resultados

Os motivos que justificam a divulgação do erro médico estão bem descritos. No entanto, múltiplas barreiras, incluindo o constrangimento, a falta de confiança nas capacidades de comunicação e mensagens divergentes de instituições e seguradoras, tornam a comunicação do erro um desafio.

Em primeiro lugar, é difícil determinar exatamente o que sucedeu, quando o médico que se depara com o erro não está diretamente envolvido. Muitas vezes há pouca informação ao dispor, pelo que a solução passa

sempre por conversar com o colega envolvido, esclarecer se na verdade ocorreu algum erro e, apenas depois, conversar com o doente. Existe uma relutância natural em arriscar uma reputação desfavorável entre colegas, quebrar boas relações entre e dentro de equipas de trabalho ou então mesmo lesar o bom nome de uma instituição. Diferenças de poder, de graduação, de género ou raça e a relação prévia entre colegas, criam dinâmicas interpessoais muito complexas e difíceis de gerir. Apesar das instituições poderem ajudar a determinar o sucedido e planear a divulgação do erro, alguns médicos podem também recear uma cascata imprevisível de punições por parte da própria instituição.

O direito do doente em receber informação, honesta e partilhada com compaixão, é soberano. Não cabe aos doentes nem às suas famílias carregar o fardo de procurar informação sobre os problemas sucedidos. Como profissionais, os médicos devem ser capazes de colocar as necessidades dos seus doentes acima das suas.

Antes de conversar com o doente sobre o erro médico, é fundamental recolher o máximo de informação possível. Os médicos devem melhorar a sua capacidade de discutir entre si questões relativas à qualidade e adotar estratégias que minimizem uma postura defensiva. Este compromisso é fundamental para a auto-regulação, que está na base do profissionalismo médico. Uma abordagem proativa da discussão do erro médico, curiosa mas não acusatória, deve ter em conta que o profissional que não está diretamente envolvido não tem a informação completa. O objetivo desta discussão passa por estabelecer concretamente o que aconteceu. Se os colegas determinarem que não houve erro, o processo termina aqui; se concordam que na verdade existiu erro médico, devem discutir o que deve ser comunicado à instituição que representam e ao doente; se discordam sobre o que aconteceu, devem recorrer à própria instituição ou a organizações profissionais.

As recomendações sobre quem deve comunicar o erro apontam para o médico com uma relação de maior



longevidade com o doente, que mais conhecimento tem sobre a situação em causa e com mais experiência em casos similares. Recomenda-se ainda que os médicos envolvidos devam estar presentes, evitando assim mensagens divergentes, e assegurando que a informação é transmitida com clareza. Demonstra-se, com transparência, a responsabilidade partilhada.

Muito embora o diálogo entre os profissionais deva ser o primeiro passo do processo, as instituições assumem um papel final na responsabilidade em assegurar uma comunicação de qualidade. Particularmente quando o erro médico condiciona consequências graves e prejudiciais para o doente, quando existem diversos profissionais ou instituições envolvidas, a comunicação entre os profissionais falha ou não se estabelece consenso ou existem conflitos de interesse, as instituições assumem um papel determinante, garan-

tindo uma revisão cuidada de todo o processo. Diversas instituições dispõem já de programas de treino em comunicar com os doentes sobre o erro médico, assim como de um “*disclosure coach*”, facilitador e orientador de todo o processo.

Conclusões

Perante um erro médico que envolve outro colega, a conceção de profissionalismo deverá levar-nos ao encontro e não a evitar os profissionais envolvidos. Muito embora procurar compreender o sucedido e assegurar um diálogo aberto com o doente em causa desafie as tradicionais normas «entre colegas», a comunicação transparente do erro médico é uma responsabilidade profissional partilhada. Apenas uma abordagem coletiva poderá satisfazer plenamente as necessidades dos doentes e das suas famílias.

Comentário

Falar com os doentes sobre o erro médico, cometido pelo próprio ou por um colega, é um assunto delicado e ainda pouco abordado na prática de muitos médicos. Embora a temática da segurança do doente (*patient safety*) seja já lecionada nas faculdades de medicina lusitanas, e ambicionada por associações de doentes, há ainda uma grande distância a percorrer na prática médica em Portugal. Pelo contrário, nos EUA este tema deu já os primeiros passos em 1999 com a publicação de *To Err is Human: Building a Safer Health System*.¹ A Organização Mundial de Saúde criou em 2004 a *World Alliance for Patient Safety*, em 2009, a Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (CIDS) para uniformizar os conceitos nesta área.² Também no Reino Unido se tem trabalhado esta temática, reforçando-se a importância de uma atitude transparente e aberta, caracterizada pelo encorajamento em admitir o erro médico, pela consciência de existir o risco de falhas, pela constante melhoria dos sistemas que o minimizam, e pela comunicação clara com os doentes ou seus familiares.³

Inicialmente debatido entre patologistas clínicos e cirurgiões, este assunto remete, cada vez mais, para o âmbito das especialidades médicas e, em particular,

da Medicina Geral e Familiar, onde o médico de família é também o provedor do doente.^{4,5} Parece consensual que deverá ser o médico que tem a relação mais sólida e duradoura com o doente a transmitir a informação do erro médico, muito embora esta seja frequentemente uma situação complexa, considerando a sua natureza diversa. Para além disso, muitas vezes a comunicação entre médicos é escassa e a informação sobre o sucedido incompleta, colocando alguns problemas na comunicação com o doente.

Com a implementação de sistemas de Acreditação,⁶ a cultura do erro médico, ou melhor, da divulgação do erro médico, assume maior importância. Também a publicação da Norma da Direção-Geral da Saúde sobre o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos,⁷ bem como a criação da plataforma do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos⁸, estão a contribuir para esta consciencialização. Mesmo assim, há que encontrar, a nível das Unidades de Saúde, mecanismos intrínsecos para detetar e corrigir estes erros.⁵ Criada em 2010, a Associação para a Segurança dos Doentes promove ações de formação neste âmbito.⁹ No entanto, o erro médico ocorrerá sempre e, como tal, há que saber como agir ética e clinicamente.



São várias as vantagens enumeradas pelos doentes para a divulgação do erro médico. Além do respeito pela autonomia do doente, promove a decisão partilhada e informada entre médico e doente, é valorizado o facto do médico se expor pela verdade, comunicando o erro de uma forma transparente, levando à satisfação do utente e reforçando a confiança na honestidade e integridade do profissional. Esta comunicação também aumenta a probabilidade do doente não fazer queixa formal do médico.¹⁰

Com vista à solidificação de uma política de segurança do doente é fundamental a mudança de uma «cultura de culpa» para uma «cultura de aprendizagem». Assim, a comunicação aberta do erro médico entre colegas e superiores hierárquicos deverá ser feita numa perspetiva de melhoria constante, não devendo ser alimentados sentimentos de receio, medo ou culpa (por parte de colegas ou doentes).⁴ Paralelamente, a correta utilização dos diferentes termos *erro médico* e *evento adverso* (ou *resultado inesperado*) elimina o cunho punitivo e de culpabilidade atribuído a muitas das situações da prática clínica diária. Em boa verdade, o erro médico corresponde a uma «falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano», ao passo que o evento adverso é «um incidente que resulta em dano para o doente».¹¹ Este último termo parece ser mais positivo e seguro, promovendo mais facilmente uma cultura de segurança.⁴

Maria João Sá
Interna de Medicina Geral e Familiar
USF Lidador

Joana Neto
Interna de Medicina Geral e Familiar
USF S. João de Sobrado

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds.; Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
2. Organização Mundial de Saúde. Relatório Técnico Final sobre a Estrutura Concetual da Classificação Internacional de Segurança do Doente v.1.1. Genebra: OMS; 2009.
3. Seven steps to patient safety. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/> [acedido em 28/01/2014].
4. Yaphe J. A new approach to medical error and adverse outcomes: a persistent need for a change in the culture in Portugal. *Rev Port Med Geral Fam* 2012 Nov-Dez; 28 (6): 400-1.
5. Ribas MJ. Eventos adversos em Cuidados de Saúde Primários: promover uma cultura de segurança. *Rev Port Clin Geral* 2010 Nov-Dez; 26 (6): 585-9.
6. Departamento da Qualidade de Saúde. *Manual de Acreditação das Unidades de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2011.
7. Norma de Orientação Clínica nº 08/2013, de 15/05/2013 - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2013.
8. Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos. Disponível em: <http://seguranca.dgs.pt/SNNIEA/> [acedido em 28/01/2014].
9. Associação para a Segurança do Doente. Disponível em: <http://apasd.ufp.pt/> [acedido em 28/01/2014].
10. Kachalia A, Shojania KG, Hofer TP, Piotrowski M, Saint S. Does full disclosure of medical errors affect malpractice liability? The jury is still out. *Jt Comm J Qual Saf* 2003 Oct; 29 (10): 503-11.
11. Norma de Orientação Clínica nº 17/2012, de 19/12/2012 – Taxonomia para notificação de incidentes e eventos adversos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2012.

CONFLITOS DE INTERESSE

O autor declara não ter conflito de interesses.

Artigo escrito ao abrigo do novo acordo ortográfico.