



REAGIR A ERROS MÉDICOS GRAVES EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Fisseni G, Pentzek M, Abholz HH. Responding to serious medical error in general practice: consequences for the GPs involved: analysis of 75 cases from Germany. *Fam Pract* 2008 Feb; 25 (1): 9-13. Disponível em: URL: <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/25/1/9> [acedido em 07/06/2008].

Introdução

Na comunidade médica, está em desenvolvimento uma cultura de intercâmbio aberto, mas anónimo, de erros médicos. Tem também havido investigação recente nesta área, incluindo as consequências para os doentes e para os médicos, mas o medo de processo legal ou perda de doentes ou reputação está ainda muito presente.

São questões deste estudo: Ajudará realmente falar com o doente sobre os seus erros? Conseguirá recuperar-se a confiança do doente (após o erro)? Fará diferença quem contribuiu para o erro? Fará diferença quem ajudou a descobrir ou revelou ao doente (o erro)?

Metodologia

Trata-se de um estudo aleatorizado por questionário de preenchimento anónimo acerca de erros médicos graves cometidos pelos inquiridos.

Foram convidados a participar aleatoriamente 1.000 clínicos gerais da região de North Rhine (Alemanha), dos quais 217 manifestaram o interesse solicitando o *kit* do estudo. Foram obtidos 75 questionários, de 32 clínicos gerais.

A definição de «erro grave» fornecida aos participantes foi «erro com consequências graves ou potencialmente graves para o doente».

Foi sugerida aos participantes

uma técnica de memória, que consistia no registo imediato num bloco de notas de um erro que lhe foi lembrado na consulta. Ao fim de três dias, o médico deveria ordenar em função da gravidade e reportar dois ou três erros graves, usando um questionário para cada erro.

O questionário compreendia 25 itens, com perguntas fechadas que foram analisadas quantitativamente, e perguntas abertas que foram analisadas qualitativamente, sendo a análise quantitativa a descrita neste artigo.

Resultados

Foram notificados mais erros de diagnóstico do que erros terapêuticos.

Em 53 dos 75 casos, os clínicos gerais referiram ter considerado a hipótese daquele erro antes da sua detecção ou pelo menos, que tinham um «mau pressentimento» sobre o caso.

A situação em que ocorreu o erro foi o primeiro contacto médico-doente em 14 casos, existia relação médico-doente inferior a 2 anos em 23 casos, e entre 2 e 10 anos em 25 casos.

Em todos os casos, os clínicos gerais referem ter tido responsabilidade no erro, tendo sido referida uma responsabilidade superior a 50% em 68 casos. Em 42 casos, foi referida a responsabilidade de outras pessoas, nomeadamente outros médicos, os doentes ou seus familiares.

Na grande maioria dos casos, a detecção do erro foi pelo próprio clínico geral (41 casos) ou outros médicos envolvidos no tratamento do doente (38 casos).

Em mais metade dos casos anali-

sados, o erro foi revelado por um médico envolvido no tratamento do doente. Destes, em dois terços foi o próprio clínico geral. Houve alguns casos em que o doente detectou o erro.

Em metade dos erros declarados não houve consequências adversas para o clínico geral (36 casos). Nos casos em que houve, estas foram, por ordem decrescente, a perda de doentes ou reputação, o processo legal e outras consequências negativas (não especificadas no artigo).

Quando o clínico geral foi o único responsável pelo erro, não houve diferença entre o número de doentes que manteve o médico e o número de doentes que mudou de médico. Nos casos em que houve outra pessoa responsável (outro médico ou outro não especificado), constatou-se uma clara tendência para manter o médico, especialmente se o doente contribuiu para o erro.

Nos casos em que o clínico geral contribuiu para a detecção do erro, houve uma clara tendência para o doente manter o médico. Verificou-se uma maior mudança de médico quando outra pessoa ou o próprio doente detectou o erro.

Quando os clínicos gerais revelaram o erro ao doente, mais doentes decidiram manter o médico, o que não se verificou quando a revelação foi feita por outro médico.

Nos casos em que o erro não foi revelado ou foi revelado por familiares ou assistentes do médico, todos os doentes mantiveram o médico.

Discussão

Curiosamente, o número de doentes sobreviventes que permaneceram com o clínico geral após o erro exce-



deu claramente o número de doentes que mudou de médico (27 *versus* 18 casos), especialmente se o clínico geral não foi o único envolvido no processo do erro e se teve um papel activo na detecção e revelação do erro.

Foram limitações deste estudo a possível existência de um viés de memória, que não pode ser excluída por os erros terem sido reportados do passado. Num estudo anónimo e opcional, não é possível excluir viés de resposta, sendo este viés comum a todos os sistemas de notificação existentes.

Como os dados foram colhidos através do médico, as suposições sobre a decisão dos doentes permanecem indirectas.

Conclusões

É importante para a profissão médica adoptar medidas individuais e organizacionais de forma a evitar erros médicos e que incluam ajuda e suporte emocional para o médico que cometeu o erro.

Também é essencial que cada médico reaja de forma adequada após o erro: isto inclui análise do desenvolvimento através da discussão do erro e uma reacção apropriada perante o doente vítima do erro.

Este estudo sugere que a confiança dos doentes pode ser recuperada se o médico envolvido, mesmo num erro grave, tiver um papel activo na detecção e revelação do erro.

Comentário

Este estudo contribui para desmistificar alguns tabus sobre o erro, entre eles que o erro médico e a sua revelação afectam sempre negativamente, e de forma irreversível, a re-

lação médico-doente.

Existe a necessidade da criação de sistemas de notificação do erro e uma maior consciencialização da comunidade médica para a eventualidade do erro. A área do erro médico é uma área do conhecimento claramente carenciada de investigação e que deve ser incentivada.

Inês Maio
CS Amora