

O erro médico na imprensa portuguesa: quando os pacientes fazem parte da notícia¹

Medical error in the Portuguese press: when patients are part of the news

Sandra Marinho

Universidade do Minho. Instituto de Ciências Sociais. Departamento de Ciências da Comunicação. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade. Braga, Portugal.
E-mail: marinho@ics.uminho.pt

Teresa Ruão

Universidade do Minho. Instituto de Ciências Sociais. Departamento de Ciências da Comunicação. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade. Braga, Portugal.
E-mail: truao@ics.uminho.pt

Felisbela Lopes

Universidade do Minho. Instituto de Ciências Sociais. Departamento de Ciências da Comunicação. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade. Braga, Portugal.
E-mail: felisbela@ics.uminho.pt

Luciana Fernandes

Universidade do Minho. Instituto de Ciências Sociais. Departamento de Ciências da Comunicação. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade. Braga, Portugal.
E-mail: lucianagmf@gmail.com

Correspondência

Sandra Marinho

Universidade do Minho. Instituto de Ciências Sociais. Campus de Gualtar. Braga, Portugal. 4710-057.

Resumo

Esta investigação aborda a qualidade da produção noticiosa sobre o erro médico, como um fator essencial na construção do conhecimento público sobre o tema, com o objetivo de compreender que características definem tal produção e até que ponto poderão ser explicadas pela periodicidade e orientação editorial dos jornais; que conceito de erro médico é veiculado pela produção noticiosa sobre o tema; e quais são os protagonistas no discurso jornalístico sobre o erro médico. Foram analisadas as edições de três jornais portugueses, de 2008 a 2011, resultando num *corpus* de 266 (4,2%) artigos, que foram classificados de acordo com as seguintes variáveis: as fontes de informação citadas (o seu estatuto e especialidade, no caso dos médicos); os temas que são tratados; as características de enquadramento da informação publicada (tom, género jornalístico; e a presença e número de fontes de informação). Pela análise de conteúdo quantitativa, apurou-se que esse tema está em crescimento, essencialmente com notícias de tom negativo e fontes de informação habitualmente identificadas. Não há evidência para afirmar que a periodicidade e a orientação editorial expliquem as variações dessas características, a não ser relativamente ao número de fontes citadas. Vigoram as notícias centradas nos resultados dos erros (mortes ou lesões), provocados por “erros de omissão” e por “erros de comissão”, envolvendo uma diversidade de protagonistas: são, tal como acontece

¹ Os dados empíricos utilizados neste artigo foram recolhidos no âmbito de um projeto de investigação cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER), através do Quadro de Referência Estratégico Nacional (QREN) e do Programa Operacional Fatores de Competitividade (COMPETE) - FCOMP-01-0124-FEDER-009064), e por Fundos Nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, no âmbito do projeto “A Doença em Notícia” (PTDC/CCI-COM/103886/2008).

na informação sobre saúde em geral, fontes oficiais e especializadas do campo da saúde. Destacam-se os médicos e os juristas e é dado relevo aos pacientes.

Palavras-chave: Erro Médico; Pacientes; Saúde; Jornalismo; Imprensa; Portugal.

Abstract

This research addresses the quality of news production on medical error, as an essential factor in building public knowledge on the subject, in order to understand which characteristics define the news production of medical error and to what extent can they be explained by the periodicity and editorial orientation of the newspaper; which concept of medical error is transmitted by the news production on the subject; and who are the main actors in the journalistic discourse about medical error. The editions of three Portuguese newspapers were analyzed, from 2008 to 2011, resulting in a corpus of 266 (4.2%) articles, which were classified according to the following variables: the sources of information quoted (their status and specialty, in the case of doctors); the issues covered; and characteristic framework of the published information (tone, journalistic style, and the presence and number of information sources). Through quantitative content analysis, it was found that this topic is growing, essentially with negative news and information sources usually being identified. There is no evidence to support that periodicity and editorial orientation explain the variations in these characteristics, except for the number of cited sources. News focused on the results of errors (death or injury), caused by “errors of omission” and “commission errors”, prevail, involving a variety of actors: they are, such as it happens in health information, in general, official sources and experts in health. Doctors and lawyers stand out, and special attention is given to patients.

Keywords: Medical Error; Patients; Health; Journalism; Press; Portugal.

A mediatização do erro médico: um contributo para a segurança dos pacientes

De acordo com Mansoa, “[...] estima-se que em Portugal existam entre 1.330 e 2.900 mortes anuais devido a erros cometidos por equipas prestadoras de cuidados médicos, mais mortes do que por acidente de viação, 1.145 no ano 2006, ou devido ao vírus da imunodeficiência humana (VIH), 873 no mesmo ano” (2010, p. 5). Também em outros países os erros médicos são uma das principais causas de morte e, por esse motivo, lá como cá, “[...] representam um problema sério de saúde pública e constituem uma ameaça à segurança dos pacientes” (Grober; Bohnen, 2005, p. 39). Para reduzir a incidência do erro, torna-se essencial identificar as suas causas e implementar soluções que o evitem e que protejam os mais diretamente envolvidos: pacientes e prestadores de cuidados de saúde. É esse o objetivo que norteia o conjunto de estudos que têm sido levados a cabo por profissionais de saúde e por instituições.

Para Mansoa, “[...] a criação pela OMS da World Alliance for Patient Safety em 2004 é a evidência da preocupação crescente face ao problema da segurança do doente, sendo a incidência de erros reconhecida como uma injúria a esse equilíbrio e, em consequência, à qualidade dos cuidados prestados” (2010, p. 11). Sinais do interesse nesse assunto podem ser encontrados em vários quadrantes, desde logo na monitorização levada a cabo pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde, na legislação, nas rotinas dos profissionais, mas também no debate público que se desenrola em torno do erro médico, cuja qualidade em muito dependerá da informação que os cidadãos possam ter sobre o tema, designadamente através dos media.

Quando se considera as consequências do erro médico, destacam-se as mais visíveis: os danos provocados aos pacientes e os eventuais processos judiciais daí decorrentes. São esses os tópicos que, à partida, serão mais noticiáveis. Importa, contudo, atentar para os aspetos menos visíveis, mas não menos determinantes, cujos efeitos podem perdurar no tempo e marcar a relação dos cidadãos com os profissionais e com as instituições de saúde, ajudando

assim a definir a sua conduta enquanto agentes do seu bem-estar físico e mental:

Já foi referido que o erro em saúde representa outras consequências que se encontram para além da dimensão económica. O impacto social do erro manifestado pela diminuição da confiança do cidadão no profissional de saúde, e de forma alargada, na diminuição de confiança da sociedade nos sistemas, é sem dúvida uma das consequências preocupantes (Mansoa, 2010, p. 10).

Estamos perante um contexto complexo, no qual a forma como o erro médico é comunicado e mediado detém um papel crucial. A investigação em torno da maneira como os media noticiam a saúde, a doença e os riscos para a saúde convergem na ideia de que os meios de comunicação social têm tido um papel central na construção social e na percepção pública dessas questões (Lupton, 1993). Olhar o erro médico de uma forma global passa, assim, por perceber os poderosos papéis desempenhados pela comunicação humana e mediada ao nível da prestação dos cuidados de saúde e da promoção da saúde, os campos de que se ocupa a comunicação na saúde (Kreps; Bonaguro; Query, 1998).

Essa área consiste, de acordo com Ratzan (1994), no processo e no efeito de, através de meios éticos e persuasivos, interferir nas tomadas de decisão humanas relativas aos cuidados de saúde, no sentido de melhorar as condições de vida das populações. A dimensão do papel da comunicação na saúde para os processos de tomada de decisão dos cidadãos é igualmente enfatizada por Freimuth e Quinn, que a definem como “[...] o estudo e o uso de métodos que permitem influenciar as decisões individuais e grupais de modo a melhorar a saúde” (2004, p. 2053) dos seres humanos.

Nesse enquadramento complexo há ainda a considerar o papel da comunicação no desenvolvimento de uma “literacia em saúde”, um aspeto central quando falamos do erro médico. Literacia constitui “[...] a capacidade de entender e usar a

informação escrita nas atividades diárias - em casa, no trabalho e na comunidade - de modo a atingir os objetivos pessoais e desenvolver o seu próprio conhecimento e potencial” (Friedman; Hoffman-Goetz, 2008, p. 286). Uma literacia pobre em matéria de saúde está associada a elevadas taxas de hospitalização e práticas reduzidas de prevenção. Por isso, esta tem sido apontada como vital para uma melhor utilização do sistema de cuidados saúde e para um controlo generalizado do bem-estar das populações (Friedman; Hoffman-Goetz, 2008). Ou seja, quanto mais os prestadores de cuidados de saúde e os cidadãos (potenciais pacientes) conheçam o fenómeno do erro médico, em particular as suas causas e o processo que envolve, maior a probabilidade de serem evitadas situações conducentes a erros. E se no caso dos profissionais de saúde esse conhecimento poderá provir de contextos ligados à sua formação (debates internos, artigos científicos), no caso dos cidadãos repousa em grande parte nos media a tarefa de fornecer informação de qualidade.

A importância atribuída aos cidadãos, e potenciais pacientes, é reforçada pelas orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008 apud Mansoa, 2010) para o desenvolvimento de estratégias de qualidade e segurança. São definidas quatro grandes categorias de metodologias a adotar,² de entre as quais nos interessa particularmente a que aponta para o reforço do papel dos pacientes/consumidores e cidadãos, ao sugerir que estes sejam abordados através da proteção e da regulamentação dos seus direitos, mas também por meio de programas que envolvam os pacientes e as comunidades na melhoria da segurança e qualidade de diferentes formas. Parece-nos que se enquadraria aqui o papel dos media que, não constituindo um “programa” no sentido em que é referido, podem produzir informação que contribua, pela sua qualidade na apresentação e contextualização dos acontecimentos, para a implementação desses programas e estimule os cidadãos a participarem neles.

2 As outras três metodologias apontadas pela OMS e citadas por Mansoa (2010) são: “[...] 2. Regulamentação e avaliação dos profissionais de saúde e serviços, propondo que entidades governamentais e não governamentais dedicadas possam instituir a acreditação e concessão de licenças aos profissionais de saúde; 3. Aplicação de normas ou orientações locais, exigindo às organizações supervisionar e incentivar a conformidade através de sistemas de gestão da qualidade; 4. Constituição de equipas de qualidade de resolução de problemas, que trabalham sobre problemas específicos utilizando simples métodos ou ‘ferramentas de qualidade’ para os quais tenham sido treinados” (p. 16).

A literatura sobre o erro médico tende, efetivamente, a colocar o paciente/cidadão no centro do processo, mais concretamente a sua segurança, ainda que não sejam negligenciados os aspetos económicos da questão. Evidencia ainda o papel da literacia em saúde, enquanto fator de capacitação dos cidadãos e, em particular, o desempenho dos órgãos de comunicação social. Nesse contexto importa compreender a produção noticiosa, analisando-a, por forma a perceber como se poderá melhorar a qualidade da informação e, em consequência, a qualidade do conhecimento dos cidadãos sobre esses assuntos. Se isso é relevante e verdadeiro para a informação sobre saúde em geral, torna-se decisivo quando se trata de um tópico tão delicado, do ponto de vista social e pessoal, como o erro médico. Esse raciocínio tem por base o pressuposto que já referimos: o de que uma produção noticiosa com qualidade sobre o erro médico deverá contribuir para um maior conhecimento dos cidadãos e para a própria formação dos profissionais de saúde, que poderão aprender a partir dos erros e promover medidas corretivas e preventivas. Pelo seu lado, os cidadãos tornam-se mais atentos e pró-ativos, inclusivamente quando se encontram no papel de pacientes. Para além disso, a comunicação e a revelação pública de assuntos tão sensíveis deverão contribuir para a transparência, e reforço da confiança, da relação entre os cidadãos (também como potenciais pacientes) e os profissionais de saúde, ou seja, o sistema de saúde em geral.

O erro médico: dimensões do conceito e implicações para a sua mediatização

A literatura sobre o erro médico é diversa, pelo que interessa-nos restringi-la aqui aos tópicos que melhor podem contribuir para enquadrar esta investigação: a preocupação em definir o conceito, para que possa ser efetivamente medido (Grober; Bohnen, 2005; Sandars; Esmail, 2003; Weingart et al., 2000); a importância em conhecer e debater o erro médico como forma de promover a segurança dos pacientes, colocando-os como atores centrais do processo (Blendon et al., 2002; Leape et al., 1998; OMS, 2008 apud Mansoa, 2010); e, ainda, o posicionamento de diferentes agentes face à necessidade de

vantagem em divulgar, aos pacientes, à comunidade profissional e ao público, os erros médicos (Pierluisi et al., 2003; Gallagher et al., 2003; Hébert; Levin; Robertson, 2001; Uribe et al., 2002).

Grober e Bohnen (2005, p. 39) defendem a “[...] necessidade de uma definição clara, abrangente e universalmente aceite do erro médico, que inclua explicitamente os domínios-chave da causalidade do erro e que apreenda os processos deficientes que causam os erros, independentemente do seu resultado”. Para esses autores, as definições de erro médico (quando o termo é efetivamente usado), têm sido influenciadas por diferentes contextos e objetivos e, habitualmente, são utilizados termos “substitutos”, tais como “episódios nocivos”, “doença iatrogénica”, “incidente crítico”, “eventos potencialmente compensáveis”, “negligência”, “eventos adversos evitáveis”, “deslizes”, “erros” ou “violações”.

Grober e Bohnen procedem a uma revisão de literatura em torno do conceito de erro médico e identificam dois grandes conjuntos - as definições que assentam numa lógica “dependente dos resultados” e as “dependentes do processo” (2005, p. 41) -, bem como as potencialidades e limitações de cada uma das abordagens. As primeiras, ao centrarem-se nos resultados, cingem-se aos casos em que os pacientes efetivamente sofrem efeitos adversos ou lesões e, em muitas situações, apenas se estes forem de uma relevância e/ou consequência assinalável. Para os autores, esse tipo de definição é insuficiente, já que “[...] a maioria dos erros não resulta em lesões para os pacientes, porque o erro foi identificado a tempo e mitigado; porque o paciente foi resiliente; ou por simples sorte” (Grober; Bohnen, 2005, p. 41).

Independentemente do resultado, importa identificar e perceber todas as situações que envolvem erros, por forma a poder evitá-los. É preciso, para isso, compreender o processo que leva ao erro: “Idealmente, definições do erro médico dependentes do processo deveriam captar todo o espectro do erro médico, nomeadamente erros que implicam resultados adversos para o paciente, mas também aqueles que expõem os pacientes ao risco, mas não resultam em lesões” (Grober; Bohnen, 2005, p. 41). Por esse motivo, os autores (2005, p. 42) propõem a seguinte definição, que é a que também adotaremos: “[...] ato de omissão ou comissão no planeamento

ou execução, que contribui ou pode contribuir para um resultado não pretendido”. Weingart et al. distinguem entre “erros de omissão” e “erros de comissão”: os primeiros referem-se a uma “[...] falha de ação como um diagnóstico que não foi feito, uma avaliação atrasada ou uma falha na prescrição de um tratamento que seria necessário [...]”, enquanto os segundos dizem respeito a “[...] uma ação incorreta, como a administração do medicamento errado ao paciente errado na altura errada” (2000, p. 775).

A centralidade do paciente é reconhecida por diversos autores e instituições, e é em nome deles que a “[...] qualidade e segurança têm sido reconhecidas como factores-chave na criação de sistemas de saúde acessíveis, efectivos e eficazes” (Mansoa, 2010, p. 11). Para Ballard, “[...] a segurança do utente é um dos pilares da qualidade dos cuidados em saúde e responsabilidade dos vários envolvidos: sociedade, indivíduo, profissionais de saúde, educadores/formadores, governos, ordens profissionais, associações etc.” (2003, p. 1 apud Mansoa, 2010, p. 11). Também a OMS sustenta que um serviço de saúde de qualidade deverá organizar “[...] os recursos eficazmente de forma a ir ao encontro das necessidades de saúde dos que mais precisam de cuidados preventivos e curativos, de forma segura e sem desperdício” (2008, p. 4 apud Mansoa, 2010, p. 11).

Há ainda autores que procuram introduzir no debate um outro lado da questão, chamando a atenção para um outro ator, o médico - ou, acrescentamos nós, o prestador de cuidados de saúde responsável pelo erro - como uma “segunda vítima” do processo (Wu, 2000) ou alguém que também “sente” a situação (Gallagher et al., 2003). A necessidade de evitar um discurso de estigmatização (Grober; Bohnen, 2005) ou que se assumia à partida a inevitabilidade do erro (Weingart et al., 2000) são outros matizes da discussão.

Dos tópicos discutidos pelos diferentes autores, podemos deduzir algumas dimensões que poderão refletir-se na forma como o erro médico é mediatizado e que, por conseguinte, devem ser objeto de atenção: a relevância que é dada pelos media ao tema; quem são os protagonistas do discurso jornalístico sobre o erro médico e como são “apresentados”; ou qual o conceito de erro médico que prevalece na produção noticiosa.

A mediatização do erro médico pela imprensa portuguesa, de 2008 a 2011

Para aferir a qualidade da produção noticiosa sobre o erro médico centrámo-nos apenas na avaliação da informação publicada, como uma variável crucial da construção do conhecimento público sobre o tema. Foram sistematicamente analisadas todas as edições de três jornais portugueses, de 2008 a 2011, o que resultou num *corpus* de 6.305 artigos. Destes, apenas 266 (4,2%) diziam respeito a assuntos associados a erro médico, reportando-se a uma multiplicidade de acontecimentos que dizem respeito a situações que configuram “erros médicos” no sentido estrito do termo, mas também a ocorrências em que um profissional de saúde (médico ou enfermeiro) é associado a uma prática ilícita. Numa fase inicial iremos considerar todos os artigos, restringindo posteriormente a análise.

Metodologia

No que toca ao processo de seleção e de recolha de dados, a avaliação da mediatização do erro médico pela imprensa portuguesa assenta na análise de todas as edições de três jornais: *Público* (diário de referência); *Jornal de Notícias* (diário popular); e *Expresso* (semanário de referência). Tratou-se de um processo de amostragem não probabilística por casos típicos, tendo em conta as hipóteses implícitas com que trabalhamos: as características da produção podem ser explicadas, entre outros fatores, pela periodicidade dos órgãos e a sua orientação editorial.

Para avaliar a mediatização do erro médico pela imprensa portuguesa, cada artigo foi classificado de acordo com um conjunto de variáveis: as fontes de informação citadas (o seu estatuto e especialidade, no caso dos médicos); os temas que são tratados; e características de enquadramento da informação publicada (tom, género jornalístico e a presença e número de fontes de informação).

Relativamente à análise da mediatização do erro médico na imprensa portuguesa, trata-se de uma abordagem que concebemos em duas fases: (1) a caracterização da produção noticiosa através das variáveis referidas e, adicionalmente, procurando perceber até que ponto as variações encontradas na

cobertura dos casos podem ser explicadas pela periodicidade e pela orientação editorial dos jornais; e (2) a identificação dos principais casos noticiados entre 2008 e 2011 e a caracterização e avaliação da sua construção mediática, em função de critérios como: o conceito de erro médico subjacente; a proeminência atribuída aos atores, em particular aos pacientes, mas também aos profissionais de saúde; a origem da informação (quem a divulga em primeira mão); e a orientação do discurso (de apuramento de responsabilidades; centrado nas causas ou no processo; com referência a medidas corretivas e de prevenção etc.). Neste artigo, apresentaremos os dados relativos à primeira fase da análise e parte dos resultados obtidos na segunda etapa, recorrendo essencialmente à análise de conteúdo quantitativa.

Esse desenho metodológico foi pensado para responder às seguintes questões de pesquisa, ainda que não se siga uma lógica estrita hipotético-dedutiva, já que não serão formuladas hipóteses, tomando as questões de pesquisa como guia da investigação:

QP1: Que características definem a produção noticiosa do erro médico e até que ponto poderão ser explicadas pela periodicidade e orientação editorial dos jornais?

QP2: Que conceito de erro médico é veiculado pela produção noticiosa sobre o tema?

QP3: Quais são os protagonistas no discurso jornalístico sobre o erro médico?

A cobertura noticiosa do erro médico: os temas e o enquadramento dos acontecimentos

Entre os 6.305 artigos publicados, de 2008 a 2011, pelo *Público*, *Jornal de Notícias* e *Expresso*, foram identificados 266 (4,2%) relativos a erros médicos,

em sentido geral. E é possível perceber uma tendência: no período analisado, o número de artigos quase duplica, em boa parte devido a um grande crescimento em 2011 (2008: 59; 2009: 40; 2010: 61; 2011: 106). Esses valores podem ser atribuídos a um real crescimento de casos de erro médico ou a um crescimento da sua mediatização e do interesse dos media neste tópico, depois de temas tão absorventes para a agenda dos jornais, como foi o caso da gripe A. Temos ainda de admitir, nesta fase da investigação, outros cenários tais como um aumento dos recursos das redações para a cobertura desse tópico (pouco provável, perante a crise económica) ou a existência de um número crescente de cidadãos dispostos a relatarem os seus casos. A grande parte dos artigos provém dos dois diários, como seria de esperar, mas é notória a pouca relevância que o semanário *Expresso* dá ao tema, com apenas 17 artigos em 4 anos.

O género noticioso³ mais comum é claramente a notícia, com 96,2% dos casos, registrando-se apenas oito reportagens e duas entrevistas no total. O tom dos artigos noticiosos, avaliado a partir do título, é maioritariamente negativo (71,4%), o que seria de se esperar tendo em conta o tópico em análise. Há contudo que salientar 8,3% de títulos positivos, o que pode ser explicado pela predominância dos textos que fazem o ponto de situação relativamente a um caso (38,4%), o que engloba a resolução de casos, nomeadamente os que envolvem alguma espécie de litígio.

Quando olhamos para essas características a partir dos diferentes tipos de jornais que constituem a amostra, é possível identificar algumas variações, mas não muito vincadas, o que nos leva a crer, nesta fase da investigação, e respondendo à QP1, que as características dos jornais não explicarão as diferenças na cobertura noticiosa, ou seja, a informação sobre o erro médico não recebe um tratamento

3 A classificação da produção jornalística por géneros começou a ser aceite por volta de 1850, altura em que se estrutura uma divisão tripartida do jornalismo: o ideológico, o informativo e o de explicação. Nos primeiros integravam-se os artigos de opinião; nos segundos, os conteúdos estritamente noticiosos, ou seja, a notícia e a breve; no último grupo integrava-se a reportagem. Enraizando a sua tipologia na tradição greco-latina, Héctor Borrat é um dos autores com trabalho desenvolvido na definição dos géneros jornalísticos. Borrat (1989) atende aos elementos que prevalecem na estrutura interna dos textos, os *topoi* ou *elementa narrationis*, estabelecendo três principais géneros jornalísticos: a) os narrativos: neste grupo integram-se as breves e as notícias, que são relatos de acontecimentos novos e com relevância pública. A origem da palavra “notícia” provém do latim *notitia* que significa “notoriedade; conhecimento de alguém; noção”. A breve é uma notícia em formato reduzido. Normalmente é composta por um a três parágrafos de curta dimensão; b) os descritivos: deste grupo fazem parte a entrevista e a reportagem. A reportagem é um relato jornalístico que procura explicar os factos ouvindo pessoas ou recorrendo a fontes documentais, pressupondo, portanto, um jornalista no terreno; c) os argumentativos: integram-se aqui os textos de opinião.

fundamentalmente diferente por parte de um jornal popular ou de referência, diário ou semanário.

Podemos, ainda assim, referir que, no que toca à associação entre o tom dos artigos e o jornal, os dados apontam para uma maior tendência do JN (popular) para usar um tom negativo, mas trata-se de uma diferença ténue. Relativamente ao género jornalístico, e ao contrário do que se poderia pensar à partida, o *Expresso* (semanário) não publica significativamente mais reportagens e entrevistas: publica quatro das reportagens, mas o *Público* é responsável por três e o JN por uma e por ambas as entrevistas. Contudo, se tivermos em conta o peso desses quatro trabalhos na produção do *Expresso* (17 artigos), pode dizer-se que quase um quarto dessa produção (23,5%) é dedicada à reportagem. Ou seja: ainda que dê pouco espaço ao tratamento jornalístico do erro médico, quando o faz o *Expresso* tende a recorrer ao género explicativo (reportagem) em maior proporção do que os dois diários.

Importa agora perceber a presença de fontes na informação publicada sobre o erro médico. Trata-se, na sua maioria, de textos com fontes, já que apenas 16 em 266 não as referem. Mas, ainda assim, parece-nos estranho que esses artigos sequer existam, se tivermos em conta a sensibilidade do tema em causa, bem como a dificuldade de falar em temas associados ao erro médico sem indicar a fonte de informação. A atribuição de informação a duas (27,8%) ou três (22,2%) fontes é a situação mais comum, mas há que registar que em 19,95% das situações são citadas quatro ou mais, o que parece indiciar um bom nível de preocupação com a atribuição de informação. Nessa matéria, destacam-se o caso do JN, como o responsável pela grande maioria dos casos de não atribuição (14), e o *Expresso*, por não ter publicado qualquer dos seus 17 artigos nessas circunstâncias. Também quanto ao número de fontes, destaca-se o *Expresso*, ao usar em 11 dos seus 17 artigos quatro fontes ou mais e não ter publicado nada com apenas 1 fonte.

No que toca à QP1, pode dizer-se que a produção noticiosa sobre o erro médico está em crescimento e que é feita essencialmente através de notícias de tom negativo, em que as fontes de informação são habitualmente identificadas. Não há evidência para afirmar que a periodicidade e orientação editorial

dos jornais explique as variações dessas características nos três jornais, a não ser relativamente ao número de fontes citadas: o *Expresso* (semanário) tende a usá-las em maior número, talvez pelo facto de haver mais tempo para fazer contactos do que o que há para os jornalistas que trabalham em diários.

Esses são dados relativos a notícias que se reportam ao erro médico, mas sendo o termo entendido num sentido lato, tal como foi explicitado. Na análise até agora desenvolvida foram consideradas duas grandes categorias de tópicos. Temos, por um lado, casos que configuram situações de erro médico em práticas clínicas e relatos sobre a abertura de inquéritos e a atribuição de indemnizações nessas situações (62% dos casos). Na outra grande categoria foram agrupados acontecimentos relativos a situações de práticas ilícitas às quais são associados profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, gestores): encontram-se aqui casos que vão desde queixas relativas a eventuais abusos sexuais de pacientes, situações de discriminação, fraudes e burlas até ao exercício de medicina sem habilitação e outras práticas com contornos pouco éticos (38% dos casos). Ou seja, começámos por considerar todos os temas que, de uma forma ou de outra, fazem passar uma imagem negativa dos profissionais de saúde.

Para um aprofundamento da análise interessá-nos apenas considerar os textos da primeira categoria, a que vai ao encontro da definição de erro médico que adotamos nesta investigação: “[...] acto de omissão ou comissão no planeamento ou execução, que contribui ou pode contribuir para um resultado não pretendido” (Grober; Bohnen, 2005, p. 42), no que toca a práticas clínicas. Mas é relevante, num primeiro olhar, considerar toda a informação, visto que a imagem que os cidadãos constroem acerca dos profissionais de saúde e do sistema de saúde resulta de todos os contributos. Olhando para o peso da categoria que agrega os artigos sobre comportamentos ilícitos (38%), temos razões para crer que, de facto, não devemos negligenciar o feito que esse tipo de notícia poderá ter na construção que os cidadãos fazem em torno do “erro médico”.

Os casos que fazem notícia: práticas negligentes que resultam em morte ou lesão

Quando restringimos a análise ao erro médico, no sentido estrito do conceito (práticas clínicas), que representa 62% dos casos, verifica-se que se dividem entre três grandes categorias: casos de eventual negligência por parte de profissionais de saúde (a maior parte, com 92,8% das ocorrências); mas também notícias que acompanham as consequências de situações de erro médico, nomeadamente sobre a abertura de inquéritos para apuramento de responsabilidades, ou até acerca do pagamento de indemnizações (em muito menor proporção, com apenas os restantes 7,2% dos casos).

Quando olhamos para os casos que podem implicar negligência, encontramos alguma diversidade: entre 2008 e 2011, podemos identificar 56 casos que retratam tanto acontecimentos nacionais como internacionais (com um peso residual); envolvem vários profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM, técnicos); dizem respeito tanto a “erros de omissão” - falhas de diagnóstico/assistência - como a “erros de comissão” - a diagnósticos/práticas erradas (Weingart et al., 2000). Na sua maioria, referem-se a situações que resultam na morte de pacientes, ainda que, como veremos, os casos que geraram uma maior quantidade de artigos digam respeito a lesões.

O conceito de “erro médico” subjacente a essa produção noticiosa é, essencialmente, “dependente do resultado” (Grober; Bohnen, 2005, p. 41), na medida em que o que chega a ser notícia são apenas as situações que resultam em morte ou algum tipo de lesão. Essa característica pode ser explicada pela própria lógica de produção jornalística, que valoriza os acontecimentos em grande parte pelo seu resultado e, neste sentido, uma morte adquire um valor-notícia⁴ superior, no contexto de um espaço limitado, como é o das páginas dos jornais. Tratar acontecimentos que

traduzem erros “dependentes do processo” - em que o paciente sofre uma reação adversa ou é apenas exposto ao risco - poderia fazer mais sentido através de reportagens de fundo (que fizessem o retrato do erro médico) ou através de grandes entrevistas, géneros que, como vimos, não abundam.

Sendo certo o peso da morte enquanto valor-notícia, a verdade é que os casos que deram origem a um maior número de notícias dizem respeito a lesões (graves): dois casos de cegueira de vários pacientes após uma intervenção cirúrgica (um com 32 artigos e outro com 9) e um caso em que a troca de um fármaco terá provocado lesões internas em duas crianças (com 17 artigos). Ambas as situações foram cobertas pelos três jornais (*Jornal de Notícias*, *Público* e *Expresso*). Uma explicação para essa relevância poderá vir do facto de, em termos editoriais, a morte ser um “processo encerrado”: o tema das lesões é mais fácil de “alimentar” e permite que o assunto fique mais tempo nos media.

Relativamente à QP2, pode dizer-se que na imprensa portuguesa vigoram as notícias centradas nos resultados dos erros médicos (mortes ou lesões), provocados tanto por “erros de omissão” como por “erros de comissão” e envolvendo uma diversidade de protagonistas da área da saúde. Importa agora perceber mais em pormenor quem são esses protagonistas e que peso relativo têm na produção noticiosa.

Os protagonistas: o lugar dos pacientes e dos profissionais de saúde no discurso jornalístico sobre o erro médico

Se aprofundarmos o tema das fontes de informação, podemos perceber quem são os protagonistas da informação jornalística sobre o erro médico. Melhor ainda, podemos perceber a relevância que é dada aos pacientes e cidadãos, em nome de quem é, em termos gerais, advogada a divulgação pública dos casos de erro médico. Nessa avaliação vamos considerar tanto as notícias sobre práticas clínicas como

4 Os valores-notícia são critérios a partir dos quais o jornalista decide que acontecimentos serão noticiados, de entre o vasto número daqueles que ocorrem e chegam às redações. De forma breve, poderá dizer-se que “[...] a noticiabilidade corresponde ao conjunto de critérios, operações e instrumentos com os quais os órgãos de informação enfrentam a tarefa de escolher, quotidianamente, de entre um número imprevisível e indefinido de factos, uma quantidade finita e tendencialmente estável de notícias” (Wolf, 2009, p. 190).

aquelas que retratam eventuais práticas ilícitas de profissionais de saúde.

Sumariamente, pode dizer-se que as fontes de informação citadas nos artigos sobre o erro médico são maioritariamente masculinas e falam com o estatuto de nacionais (40,4%) ou são de Lisboa e Vale do Tejo (27,5%) ou do Norte (18,7%). Esses dados vão ao encontro da tendência geral de mediatização da saúde (Lopes et al., 2012) e não constituem especificidades da informação sobre o erro médico.

Para perceber a relevância atribuída aos pacientes e cidadãos, figuras centrais quando se trata de noticiar o erro médico, importa então avaliar as fontes de informação a partir do seu estatuto/profissão. A Tabela 1 resume os dados relativos a esta variável.

Se agregarmos as fontes de informação da Tabela 1, obtemos os seguintes resultados: fontes oficiais

(dentro e fora do campo da saúde) com 27,1%; especializadas institucionais do campo da saúde com 15,1%; especializadas não institucionais do campo da saúde com 3,8%; documentos do campo da saúde, 9,1%; especializadas institucionais fora do campo da saúde, 9,7%; e especializadas não institucionais fora do campo da saúde, 8,1%. Numa primeira abordagem a esses resultados, há a destacar o peso das fontes oficiais e a relevância que, globalmente, têm as fontes especializadas, e os médicos em particular, tal como acontece na informação sobre a saúde em geral (Lopes et al., 2012). É compreensível a relevância desse tipo de fonte, já que os acontecimentos relativos a erros médicos terão, ou pelo menos deveriam, de implicar que os profissionais de saúde e que os diretores/administradores e porta-vozes das instituições sejam ouvidos, de acordo com o princípio

Tabela 1 - Estatuto das fontes de informação em artigos sobre o erro médico (Portugal, 2008-2011)

Estatuto das fontes		N	%
Oficiais do campo da saúde	Políticos	20	3,0
	Administradores/diretores de centros de saúde	31	4,7
	Assessores/porta-vozes institucionais	17	2,6
	Outros	40	6,1
Oficiais fora do campo da saúde	Políticos	4	0,6
	Outros	7	1,1
Especializadas institucionais do campo da saúde	Médicos	50	7,6
	Farmacêuticos/laboratórios	9	1,4
	Assessores	2	0,3
	Bombeiros/Inem	10	1,5
	Pacientes	2	0,3
Especializadas não institucionais do campo da saúde	Outros	8	1,2
	Médicos	18	2,7
	Enfermeiros	2	0,3
	Farmacêuticos/laboratórios	1	0,2
Documentos do campo da saúde	Outros	4	0,6
	Documentos Oficiais	18	2,7
	Documentos Especializados	4	0,6
	Notas de imprensa/comunicados	25	3,8
	Outros	13	2,0
Órgãos de comunicação noticiosos, <i>Sites</i> e blogues do campo da saúde		2	0,4

Tabela 1 - Estatuto das fontes de informação em artigos sobre o erro médico (Portugal, 2008-2011) (continuação)

Estatuto das fontes		N	%
Especializadas institucionais fora do campo da saúde	Empresários, economistas, industriais	3	0,5
	Partidos	6	0,9
	Juristas/magistrados	43	6,5
	Outros	12	1,8
Especializadas não institucionais fora do campo da saúde	Empresários, economistas, industriais	1	0,2
	Juristas/magistrados	48	7,3
	Acadêmicos	1	0,2
	Outros	3	0,5
Órgãos de comunicação noticiosos, <i>Sítes</i> e blogues fora do campo da saúde		69	10,5
Documentos fora do campo da saúde		40	6,1
Sociedade	Pacientes/familiares	86	13,1
	Cidadão anónimo	11	1,7
	Outros	24	3,7
Total		657	100
Estatuto das fontes		N	%
Oficiais do campo da saúde	Políticos	20	3,0%
	Administradores/diretores de centros de saúde	31	4,7%
	Assessores/porta-vozes institucionais	17	2,6%
	Outros	40	6,1%
Oficiais fora do campo da saúde	Políticos	4	0,6%
	Outros	7	1,1%
Especializadas institucionais do campo da saúde	Médicos	50	7,6%
	Farmacêuticos/laboratórios	9	1,4%
	Assessores	2	0,3%
	Bombeiros/Inem	10	1,5%
	Pacientes	2	0,3%
	Outros	8	1,2%
Especializadas não institucionais do campo da saúde	Médicos	18	2,7%
	Enfermeiros	2	0,3%
	Farmacêuticos/laboratórios	1	0,2%
	Outros	4	0,6%
Documentos do campo da saúde	Documentos Oficiais	18	2,7%
	Documentos Especializados	4	0,6%
	Notas de imprensa/comunicados	25	3,8%
	Outros	13	2,0%

Tabela 1 - Estatuto das fontes de informação em artigos sobre o erro médico (Portugal, 2008-2011) (continuação)

Estatuto das fontes		N	%
Órgãos de comunicação noticiosos, <i>Sites</i> e blogues do campo da saúde		2	0,4%
Especializadas institucionais fora do campo da saúde	Empresários, economistas, industriais	3	0,5%
	Partidos	6	0,9%
	Juristas/magistrados	43	6,5%
	Outros	12	1,8%
Especializadas não institucionais fora do campo da saúde	Empresários, economistas, industriais	1	0,2%
	Juristas/magistrados	48	7,3%
	Académicos	1	0,2%
	Outros	3	0,5%
Órgãos de comunicação noticiosos, <i>Sites</i> e blogues fora do campo da saúde		69	10,5%
Documentos fora do campo da saúde		40	6,1%
Sociedade	Pacientes/familiares	86	13,1%
	Cidadão anónimo	11	1,7%
	Outros	24	3,7%
Total		657	

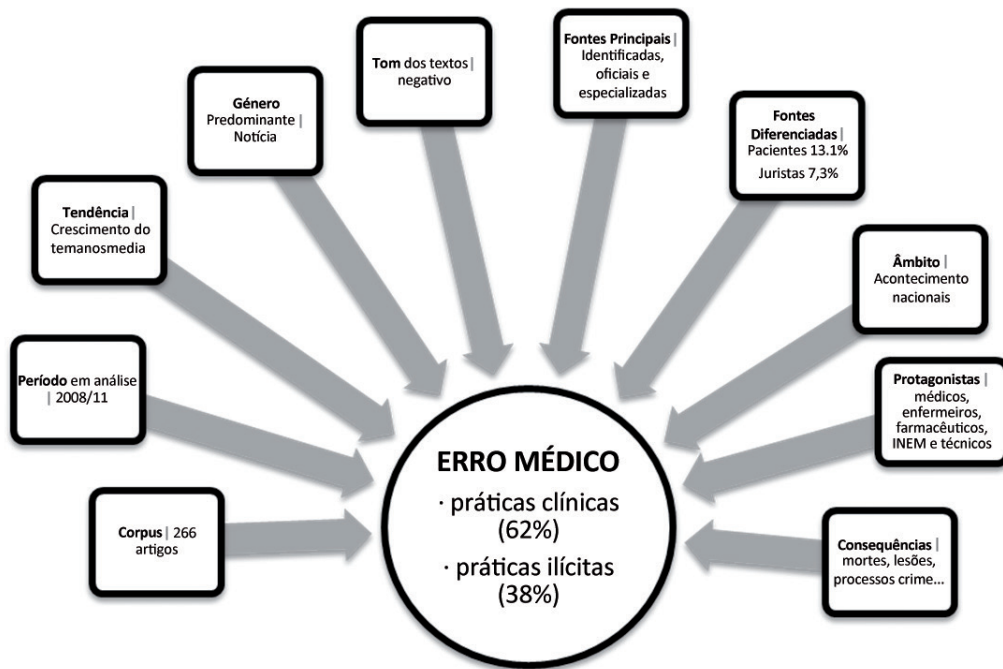
do contraditório. Da mesma forma, trata-se muitas vezes de assuntos que requerem alguma explicação/enquadramento, o que caberá aos especialistas e à informação documental. Para além disso, há muitas vezes envolvida uma componente legal, o que explica o peso de outras fontes como juristas (7,3%). As especialidades médicas mais visadas são a oftalmologia, a anesthesiologia, a cirurgia plástica e a medicina dentária. A preponderância da oftalmologia pode ser explicada pelo facto de dois dos casos mais noticiados no período dizerem respeito a situações em que pacientes ficaram cegos, depois de intervenções cirúrgicas.

O que é novidade na mediatização do erro médico, ainda que não surpreendente, é o peso dos pacientes/familiares como fontes de informação, o que corresponde a 13,1%. Poder-se-á argumentar que ainda não é suficiente, mas a verdade é que lhes é aqui efetivamente atribuída uma relevância que não se encontra quando falamos da informação sobre

saúde em geral e mesmo sobre algumas doenças em particular (Lopes et al., 2012). Contudo, para que possamos afirmar que quando o tema é o erro médico é dada palavra aos pacientes, será ainda necessário, em trabalhos futuros, perceber essa intervenção em termos qualitativos (como é apresentado e enquadrado esse discurso).

No que toca à QP3, pode assim dizer-se que os protagonistas da informação noticiosa sobre o erro médico são, tal como acontece na informação sobre saúde em geral, as fontes oficiais e especializadas do campo da saúde. Destacam-se os médicos, mas também os juristas, e é dado relevo aos pacientes. Ou seja, tanto os profissionais de saúde (em particular os médicos) como pacientes estão presentes na produção noticiosa sobre o erro médico: a primeira e a segunda vítimas (Wu, 2000). Importa agora perceber em futuras investigações se é nesta qualidade - de vítimas - que são apresentados e até que ponto os textos noticiosos dão conta desse "estatuto".

Figura 1 - Características da cobertura noticiosa sobre o erro médico (Portugal, 2008-2011)



Retrato do erro médico: explicações provisórias e problemas a equacionar

Não podemos afirmar que o tema do erro médico seja subestimado pela imprensa portuguesa, mas esperaríamos mais produção noticiosa, tendo em conta o seu peso nas causas de mortalidade em Portugal (Mansoa, 2010). Para além do número de artigos (266), não se aposta em trabalhos de fundo, como reportagens ou entrevistas. Essa situação pode dever-se a vários fatores, de entre os quais destacamos dois: a exigência, em termos de recursos, que esse tipo de trabalho exige às redações e o facto de, havendo contornos legais, existir muita informação em segredo de justiça. Essa dificuldade em aceder a dados pode verificar-se também quando se procura informação (por exemplo, informação estatística) sobre o erro médico, que não

se encontra disponível para consulta pública com facilidade, e pode também ser explicada pela relutância dos envolvidos em falar, não por questões legais, mas pela sensibilidade dessas matérias. É possível, contudo, aferir uma tendência para o crescimento da noticiabilidade desse tema, o que poderá ser explicado não só pelo seu considerável interesse público, mas também pelo aparecimento de jornalistas especializados em saúde.

O que parece ser um facto é que o número de processos contra profissionais de saúde por alegada negligência terá triplicado na última década em Portugal, com as acusações e condenações a chegarem a 21% dos casos, de acordo com um estudo do investigador e médico Gonçalo Castanheira, citado pelo *Jornal de Notícias* (edição de 20/12/2012). Na mesma notícia, Castanheira oferece duas explicações que nos parecem pertinentes para compreender esse acréscimo de queixas, o que também explicaria o crescimento da noticia-

5 No ordenamento jurídico português não há uma definição de “ato médico” (apesar das propostas apresentadas pela Ordem dos Médicos ao Ministério da Saúde e à Assembleia da República Portuguesa, em 1997 e 2005), mas existe um consenso à volta da ideia de que são da competência exclusiva dos médicos “[...] os atos de diagnóstico médico, de prescrição terapêutica e de gestão autónoma do doente” (Temido; Dussault, 2014, p. 45).

bilidade do tema que apurámos na nossa investigação: há mais notícias porque há mais queixas e há mais queixas porque, de acordo com o autor do estudo, há “[...] cada vez mais atos médicos⁵, o que aumenta a probabilidade de erro [...]” e “[...] as pessoas estão cada vez mais inconformadas, recorrendo com muito mais frequência aos tribunais” (JN, 20/12/12). Já a 21 de fevereiro de 2011, o mesmo *Jornal de Notícias* havia noticiado essa questão de outra perspectiva: de acordo com os dados avançados, nos últimos anos (e desde 2008) estaria a verificar-se um decréscimo de pedidos de pareceres/perícias por parte dos órgãos de justiça, o que indicaria um decréscimo dos casos que efetivamente chegam à barra dos tribunais, ainda que continuem a crescer as queixas.

Relativamente a um eventual crescimento das queixas por parte dos cidadãos, por via da sua mediatização e, conseqüentemente, de uma maior visibilidade do erro médico, não é possível afirmar que ocorra. O que podemos perceber até este momento é que houve efetivamente um crescimento da noticiabilidade do erro médico de 2008 a 2011, e que há características comuns entre a cobertura noticiosa da saúde em geral e a do erro médico e aspetos que se distinguem, nomeadamente a relevância dos pacientes como fontes de informação, um dado que esperávamos encontrar. É dada também voz aos profissionais de saúde, mas só uma análise mais aprofundada dos conteúdos nos permitirá perceber de que forma são apresentados/construídos esses atores e que representação do erro médico é veiculada, bem como validar algumas possíveis explicações que aqui fomos avançando. Parece, contudo, sobressair a ideia de que não sendo muitas vezes possível (por questões de proteção jurídica) chegar ao contacto com um dos protagonistas principais, os médicos, usam-se as fontes oficiais e especializadas institucionais (que são obrigadas a “dar a cara”). Nesse sentido, dá-se voz aos pacientes (que querem expor o seu caso) e usa-se o género jornalístico mais “simples” - a notícia.

Uma palavra ainda para a relevância dada aos pacientes, em contraste com o que tem sido apurado para a informação noticiosa da imprensa sobre a saúde. Na verdade, não temos evidência para afir-

mar que estamos perante um fenómeno atípico, que traduza uma intenção deliberada em dar voz aos pacientes. Parece-nos que essa visibilidade deve-se antes às rotinas da produção jornalística, que impõem que seja dada voz às “vítimas” dos acontecimentos, enquanto testemunhas privilegiadas, e porque, muito frequentemente, são os pacientes e as suas famílias quem denunciam a situação aos media. Não sendo fácil o acesso aos médicos e às instituições (como exigiria o princípio do contraditório), dá-se ainda mais visibilidade aos pacientes. Como apurámos, os jornais centram-se na publicação de notícias que envolvem “resultados” (mortes e lesões), o que fará com que a consulta dos pacientes seja um procedimento incontornável e não uma decisão editorial.

Os resultados desta pesquisa levantam-nos, desde já, algumas questões sobre o jornalismo de saúde, em particular, e sobre a comunicação da saúde, no geral. Desde logo, destacamos o interesse dos media pela temática do erro médico e, neste cenário, a forma como deve ser comunicado. É um assunto que tem interesse público e relevância social, preocupa a esfera pública e está sob escrutínio social, pelo que a sua abordagem reafirma a importância sociopolítica dos media. Por outro lado, é um tema que carrega um lado emocional forte, até do ponto de vista dos próprios jornalistas, revela o lado humano das profissões de saúde, proporcionando assim boas histórias, e, por isso, acolhe o interesse da especialização jornalística que tem vindo a ser desenvolvida no campo da saúde.

Face a isto, importa equacionar a melhor forma de comunicar os erros médicos ao público em geral, através dos media. Desde logo, aplicam-se aqui as mesmas “normas” que são seguidas pelo jornalismo relativamente à atualidade em geral: a preocupação com o interesse público, informando e estimulando a participação dos cidadãos, respeitando os processos judiciais em curso, preservando a privacidade dos envolvidos e dando expressão à diversidade (de temas, casos e fontes de informação).

Poderá, contudo, haver espaço para um papel mais direcionado, a ser desempenhado pelos media no campo da comunicação da saúde e dos temas associados a erros médicos, em particular. Trata-se, no fundo, de dar expressão prática ao

seu papel de “guardiões” do interesse público: alertando os cidadãos para os seus direitos, contribuindo assim para os tornar mais atentos e pro-activos; proporcionando as melhores condições (em termos de qualidade da informação) para os processos de tomada de decisão em assuntos de saúde; ou ainda concorrendo para a literacia em saúde de uma forma ampla e completa, ao gerar informação para uma construção social informada e para uma perceção pública diversa dessas questões. Em paralelo, a informação veiculada pelos media pode também contribuir para a formação dos profissionais de saúde, mas também para um melhor entendimento por parte do público dos processos de prestação de cuidados de saúde, aproximando os conceitos de saúde física, mental e social dos cidadãos.

Referências

- BLENDON, R. J. et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 347, n. 24, p. 1933-1940, 2002.
- BORRAT, H. *El periódico, actor político*. Barcelona: Gustavo Gili, 1989.
- FREIMUTH, V. S.; QUINN, S. C. The contributions of health communication to eliminating health disparities. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 94, n. 12, p. 2053-2055, 2004.
- FRIEDMAN, D. B.; HOFFMAN-GOETZ, L. Literacy and health literacy as defined in cancer education research: a systematic review. *Health Education Journal*, London, v. 67, n. 4, p. 285-304, 2008.
- GALLAGHER, T. H. et al. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *The Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 289, n. 8, p. 39-44, 2003.
- GROBER, E. D.; BOHNEN, J. M. A. Defining medical error. *Canadian Journal of Surgery*, Ottawa, v. 48, n. 1, p. 39-44, 2005.
- HÉBERT, P. C.; LEVIN, A. V.; ROBERTSON, G. Bioethics for clinicians: 23 - disclosure of medical error. *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, v. 164, n. 4, p. 509-513, 2001.
- KREPS, G. L.; BONAGURO, E. W.; QUERY, J. L. The history and development of the field of health communication. In: JACKSON, L. D.; DUFFY, B. K. (Ed.). *Health communication research: a guide to developments and directions*. Westport: Greenwood Publishing Group, 1998. p. 1-15.
- LEAPE, L. L. et al. Promoting patient safety by preventing medical error. *The Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 280, n. 16, p. 1444-1447, 1998.
- LOPES, F. et al. A saúde em notícia entre 2008 e 2010: retratos do que a imprensa portuguesa mostrou. *Comunicação e Sociedade*, Braga, p. 129-170, 2012. Número especial.
- LUPTON, D. AIDS risk and heterosexuality in the Australian press. *Discourse & Society*, Thousand Oaks, v. 4, n. 3, p. 307-328, 1993.
- MANSO, A. *O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos*. 2010. Tese (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento) - Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2010.
- PIERLUISSI, E. et al. Discussion of medical errors in morbidity and mortality conferences. *The Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 290, n. 21, p. 2838-2842, 2003.
- RATZAN, S. C. Health communication: challenges for the 21st century. *American Behavioral Scientist*, London, v. 3, n. 2, p. 197-380, 1994.
- SANDARS, J.; ESMAIL, A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Family Practice*, Oxford, v. 20, n. 3, p. 231-236, 2003.
- TEMIDO, M.; DUSSAULT, G. Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, v. 32, n. 1, p. 45-54, 2014.
- URIBE, C. L. et al. Perceived barriers to medical-error reporting: an exploratory investigation. *Journal of Healthcare Management*, Chicago, v. 47, n. 4, p. 263-279, 2002.

WEINGART, S. N. et al. Epidemiology of medical error. *British Medical Journal*, London, v. 320, n. 7237, p. 774-777, 2000.

WOLF, M. *Teorias da comunicação*. Lisboa: Presença, 2009.

WU, A. W. Medical error: the second victim. *British Medical Journal*, London, v. 320, n. 7237, p. 726-727, 2000.

Contribuição dos autores

Marinho foi responsável pela concepção e delineamento do artigo, análise e interpretação dos dados, revisão bibliográfica e orientação do trabalho. Ruão foi responsável pela análise e interpretação dos dados, revisão crítica do manuscrito e teve participação na revisão. Lopes e Fernandes foram responsáveis pela análise e interpretação dos dados. Todas aprovaram a versão final do artigo.

Recebido: 29/07/2014

Reapresentado: 13/03/2015

Aprovado: 23/04/2015