

SANDRA MARINHO

marinho@ics.uminho.pt

CENTRO DE ESTUDOS DE COMUNICAÇÃO E SOCIEDADE - UNIVERSIDADE DO MINHO

## O ERRO MÉDICO NA IMPRENSA PORTUGUESA: HISTÓRIAS DE MORTE COM UMA SÓ VÍTIMA

A abordagem mediática da saúde permite, em termos gerais, cumprir a necessidade de “reduzir a incerteza acerca dos assuntos de saúde, ao agregar informações que nos ajudam a fazer melhores escolhas acerca da forma como devemos responder aos acontecimentos do dia-a-dia” (Wright, Sparks & O’Hair, 2013, p. 210). A forma como esses assuntos são mediatizados (ou seja, o tratamento jornalístico que lhes é dado) tem implicações na forma como o público os apreende e (re)constrói. Esta é uma perspetiva que encara o Jornalismo como parte de um processo de “construção social da realidade” (Neveu, 2005, p. 103), no sentido em que este tem a capacidade de marcar a agenda do debate público e toma-a em consideração, ao decidir o que vai ser notícia.

A importância dos órgãos de comunicação neste processo pode ver-se, desde logo, no facto de que “ao tomarem a decisão consciente de cobrir determinados tópicos de saúde e não outros, as organizações noticiosas podem influenciar a perceção pública sobre a importância relativa desses assuntos”, ou seja “o ‘subnoticiamento’ ou ‘sobrenoticiamento’ de um problema ou assunto de saúde (ou imprecisões na cobertura jornalística) (...) podem, em última análise, afetar a forma como o público compreende o tema e os seus comportamentos face a esse tema” (Wright et al., 2013, p. 223).

São precisamente estes os pressupostos que orientam a reflexão que aqui trazemos: o de que é importante para os cidadãos estarem informados sobre os temas da saúde e da doença, para poderem tomar decisões; o de que a informação jornalística é um meio privilegiado para adquirir este tipo de conhecimento; e o de que a forma como os assuntos de saúde são noticiados contribui para a construção da perceção dos cidadãos sobre esses mesmos temas.

Se é verdade que a forma como a saúde, em geral, é comunicada pelos média é um fator decisivo para a construção da imagem pública do campo e dos seus profissionais, mais determinante é quando falamos de tópicos sensíveis como situações de erro médico (também referido comumente pelos média como “negligência”) ou práticas ilícitas. E são vastas as consequências:

(...) 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)

E mais decisivo será este impacto social, julgamos, quando o erro médico resulta em morte de pacientes, o tema que vamos abordar na reflexão que se segue.

O erro médico nas notícias e o modelo das quatro vítimas

No sentido em que aqui utilizamos o termo, erro médico é um “ato de omissão ou comissão no planeamento ou execução, que contribui ou pode contribuir para um resultado não pretendido”. Um “erro por omissão” é 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”. Um “erro por comissão” é uma ação incorreta, como a administração do medicamento errado, ao paciente errado, na altura errada” (Weingart, Wilson, Gibberd & Harrison, 2000, p. 775).

Há, contudo, que ter em conta que 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 & Bohnen, 2005, p. 40).

Um breve olhar pela literatura (Leape et al., 1998; Blendon et al., 2002; Meaney, 2004; Hor, Godbold, Collier & Iedema, 2013) revela, desde logo, a importância que é concedida aos pacientes, enquanto vítimas das situações de erro médico, o que é compreensível e expectável. Há, contudo, cada vez mais, um conjunto de autores que procuram introduzir outras perspetivas sobre a figura da vítima, alargando-a a outros atores, nomeadamente ao médico ou o prestador de cuidados de saúde responsável pelo

erro, a “segunda vítima” (Wu, 2000; Scott et al., 2009), alguém que também “sente” a situação (Gallagher, Waterman, Ebers, Fraser & Levinson, 2003). Outras perspetivas destacam a necessidade de evitar um discurso de estigmatização dos profissionais de saúde (Grober & Bohnen, 2005).

Neste contexto, interessou-nos explorar um modelo mais abrangente, que contempla quatro vítimas do erro médico, a partir da proposta de Seys et al. (2012): o paciente; o profissional de saúde; a organização e o sistema de saúde. De acordo com os autores, “a primeira prioridade é cuidar do paciente e da sua família, que são as vítimas diretas do evento adverso. A segunda prioridade é cuidar dos médicos que estão na linha da frente, envolvidos ou expostos ao evento” até porque “muitas vezes o profissional de saúde está na reta final de um erro ocorrido noutra parte do processo e ele ou ela podem sofrer com isso” (Seys et al., 2012, p. 137). Já a “terceira prioridade do plano de resposta é atender às necessidades da organização, que pode também sofrer potenciais perdas com o incidente, tornando-se numa terceira vítima (Seys et al., 2012, p. 137). Por fim, os autores apontam um outro ator do processo, que, para o efeito do modelo que aqui debatemos, consideramos como uma quarta vítima: “o impacto financeiro em todo o sistema de saúde também é passível de ser considerável” (Seys et al., 2012, p. 156). Para lá do impacto financeiro, interessa-nos outra dimensão, a da perda de confiança no sistema de saúde.

Face à complexidade do problema, pretendemos abordá-lo tentando responder a três questões: que aspetos se destacam no tratamento jornalístico dos casos de erro médico, em particular os que envolvem morte? Que relevância é dada pelos média ao erro médico e, em particular, à morte por erro médico? Quem são os protagonistas destas notícias e como são apresentados/representados, em particular no que toca ao seu estatuto de vítima?

### **ABORDAGEM EXPLORATÓRIA AO MODELO DAS QUATRO VÍTIMAS: O CASO DA IMPRENSA PORTUGUESA<sup>1</sup>**

A abordagem que aqui trazemos é uma ilustração teórico-metodológica ainda exploratória (Coutinho, 2014, pp. 41-42), que pretendemos ampliar e solidificar em trabalhos futuros. Resulta da análise de conteúdo (quantitativa e qualitativa) da informação publicada pela imprensa

<sup>1</sup> Os dados iniciais que aqui são analisados foram recolhidos no âmbito do projeto projeto “A Doença em Notícia” - (PTDC/CCI-COM/103886/2008). Esteve em curso no Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade (CECS) da Universidade do Minho.

portuguesa acerca de casos de erro médico que envolvem a morte de pacientes. Estamos perante uma análise que não obedece a uma lógica hipotético-dedutiva, já que

a intenção dos investigadores não é comprovar hipóteses definidas *a priori* e estanques, mas antes identificar as lógicas e racionalidades dos actores, confrontando-as com o seu modelo de referência. A consequência imediata é que o trabalho de construção do objecto, da análise das hipóteses é contínuo desde o início até ao final da pesquisa. (Guerra, 2008, p. 22)

Avaliou-se para isso toda a produção noticiosa sobre saúde e doença de três jornais portugueses, generalistas e de âmbito nacional (uma amostragem não-probabilística por casos típicos ou intencional): o *Expresso* (semanário de referência); o *Jornal de Notícias* (diário popular) e o *Público* (diário de referência). A análise realizou-se em duas fases e contemplou todas as edições dos três jornais, de 2008 e 2011, num total de 6305 artigos, tomando por referência uma outra investigação que realizámos sobre este tema (Marinho, Ruão, Lopes & Fernandes, 2015):

1. A caracterização da produção jornalística sobre saúde e doença, feita a partir do que é publicado: ainda que se equacione o processo de produção jornalística (condições do discurso) como variável explicativa de algumas das características da mediatização do erro médico, não se introduz esse fator na análise (é levado em conta, mas não é efetivamente avaliado), que se centra apenas no texto, no discurso fixado pela escrita. A partir desta avaliação, é possível identificar os casos de erro médico (e práticas ilícitas) e aferir o seu peso na totalidade da cobertura sobre saúde, bem como as principais características dos textos jornalísticos acerca do tema.
2. A identificação dos casos de erro médico envolvendo a morte de pacientes, noticiados entre 2008 e 2011, e a caracterização e avaliação da forma como constroem os seus protagonistas: a presença/ausência de cada um dos intervenientes (quatro “vítimas”) e o modo como são (ou não) efetivamente apresentados/representados como vítimas.

Os resultados da análise e as reflexões por eles suscitadas organizam-se em torno dos seguintes tópicos: a relevância e características da produção jornalística da cobertura noticiosa do erro médico (os motivos/ângulos; os momentos da narrativa e tons do discurso); e os protagonistas e forma como (não) são configurados como vítimas.

## COBERTURA NOTICIOSA DO ERRO MÉDICO: RELEVÂNCIA E CARACTERÍSTICAS

Como se pode verificar pelos dados da Figura 1, o erro médico e as práticas ilícitas representam apenas 4,2% (266 textos) da produção noticiosa analisada. Excluindo desses 266 textos as práticas ilícitas, ficamos com 166 artigos (62%) que envolvem especificamente casos de erro médico. Desses 166 textos, apenas 63 (38%) tratam a morte de pacientes, o que indicia, de alguma forma, a pouca relevância dada à temática da morte por erro médico, principalmente quando se leva em conta os dados de Mansoa (2010, p. 5):

estima-se que em Portugal existam entre 1330 e 2900 mortes anuais devido a erros cometidos por equipas prestadoras de cuidados médicos, mais mortes do que por acidente de viação, 1145 no ano 2006, ou devido ao vírus da imunodeficiência humana (VIH), 873 no mesmo ano.

Regista-se, contudo, uma tendência para o crescimento da cobertura do erro médico (2008: 59 textos; 2009: 40 textos; 2010: 61 textos; 2011: 106 textos). A pouca representatividade do erro médico nos textos sobre saúde e doença e esta tendência foram, de resto, já aferidas em outros trabalhos (Marinho, Ruão, Lopes & Fernandes, 2013; Marinho et al., 2015). Não estamos, todavia, em condições de explicar este fenómeno, que pode dever-se a múltiplos fatores: um aumento dos casos de erro médico; maior disponibilidade por parte de pacientes e famílias para partilharem este tipo de informação com os média; ou ainda maior propensão dos órgãos de comunicação para darem espaço a estes temas.

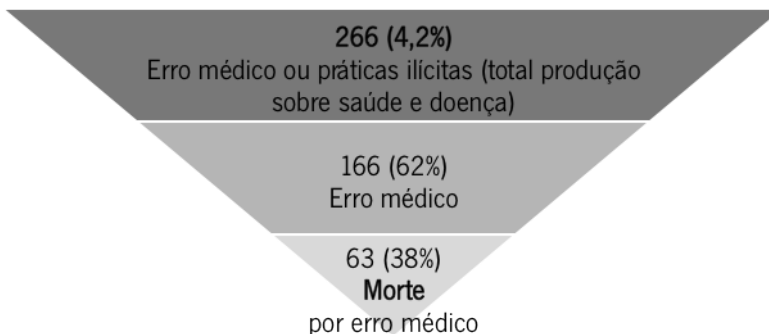


Figura 1: Relevância da cobertura noticiosa do erro médico

Vigora um conceito de erro médico “dependente do resultado” (Grober & Bohnen, 2005, p. 41), com notícias centradas nos resultados dos erros (mortes ou lesões), provocados tanto por “erros de omissão” (falhas de diagnóstico/assistência) como por “erros de comissão” (diagnósticos/práticas erradas) (Weingart et al., 2000) e envolvendo diversos protagonistas/profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, INEM, técnicos). Também estes resultados são consistentes com os que foram apurados em pesquisas anteriores (Marinho et al., 2013; Marinho et al., 2015).

Centrando-nos, a partir de agora, apenas na cobertura jornalística sobre casos de erro médico (também referido na imprensa como “negligência”) que tenham resultado na morte de pacientes (um total de 63 artigos ou 38% da produção jornalística entre 2008 e 2011 sobre erro médico), podemos dizer que, no que toca ao enquadramento que é dado aos temas, é possível identificar essencialmente dois ângulos: o relato da situação de morte por erro médico (centrado no caso e nas suas circunstâncias) e a abordagem a partir das consequências, em termos do processo de apuramento de responsabilidades. Neste caso, são habitualmente evocadas as entidades reguladoras:

Inspeção de Saúde abre inquérito a morte de criança (*Público*, 4 de junho de 2011, título)

Inspeção Geral da Saúde diz que socorro foi irrepreensível no caso do bebé de Anadia (*Público*, 1 de fevereiro de 2008, título)

Inspeção investiga mortes no hospital (*Jornal de Notícias*, 19 de maio de 2010, título)

Ordem instaura processo a médico que fez cirurgia mortal (*Jornal de Notícias*, 11 de dezembro de 2008, título)

Caso de morte após ensaio clínico vai ser julgado (*Público*, 9 de janeiro de 2011, título)

Quando se trata do relato do acontecimento, o ator a quem é dado relevo tende a ser o paciente, enquanto primeira vítima, mas também podem ser destacadas as circunstâncias em que ocorre a morte por erro médico ou os profissionais de saúde, as segundas vítimas, e as instituições de saúde, terceiras vítimas, ainda que com muito menor frequência:

Hospital acusado de desumanidade após morte de idoso em Vila Real (*Público*, 27 de janeiro de 2008, título)

Morreu após longa espera no hospital (*Jornal de Notícias*, 3 de abril de 2008, título)

Morreu sem assistência a 400 metros dos bombeiros (*Jornal de Notícias*, 6 de março de 2008, título)

Troca de sangue durante cirurgia mata paciente (*Jornal de Notícias*, 12 de dezembro de 2011, título)

Médico suspenso por atender mal doente que morreu (*Jornal de Notícias*, 24 de maio de 2010, título)

Dizem-se inocentes médicos julgados por morte de doente (*Jornal de Notícias*, 9 de abril de 2010, título)

Enfermeira rejeita culpas em morte de doente (*Jornal de Notícias*, 9 de janeiro de 2008, título)

Com muito menor frequência, é possível encontrar textos jornalísticos que não se centram no caso, nos protagonistas ou no processo de apuramento de responsabilidades que é desencadeado. Podemos estar já perante os resultados desse processo de apuramento – “Morte no hospital sem culpados” (*Jornal de Notícias*, 27 março 2008, título) – ou, muito raramente, podem tratar-se de artigos que não se centram na atualidade imediata, mas tratam o fenómeno do erro médico de um ponto de vista mais sistémico, estabelecendo relações entre acontecimentos:

Troca de seringas causou morte a criança no IPO e a jovem nos Capuchos (*Público*, 4 de dezembro de 2010, título)

Justiça com menos casos de negligência médica (*Jornal de Notícias*, 21 de fevereiro de 2011, título)

No que toca à forma como a narrativa é construída, emergiram da análise três grandes categorias: os motivos (apresentados pelas famílias das vítimas); a ideia de uma lógica de classe na abordagem à questão (profissionais de saúde); e o tom (involuntariamente) adjetivado e tradutor de emoção do discurso jornalístico.

A forma como as fontes de informação (normalmente as famílias das vítimas ou os seus representantes legais) explicam a sua vontade em

tornar público o acontecimento e em prosseguir judicialmente prende-se com a necessidade de procurar “justiça”, para quem morreu e para quem fica, mas também de compreender (o que efetivamente aconteceu). É esse o motivo mais frequentemente avançado, quase como uma forma de fazer o luto, uma eventual estratégia de catarse:

‘Não é o dinheiro que nos interessa, é a justiça. E queremos que este médico seja afastado da prática médica’, realçou o pai do bebé... (*Jornal de Notícias*, 2 de abril de 2011)

Não quero nada. Mas isto foi um erro muito grande e deve ser denunciado (*Jornal de Notícias*, 12 de dezembro de 2011)

‘Mais do que a condenação de alguém que possa ter sido incompetente’ António quer saber o que verdadeiramente se passou na manhã do dia 12 de Maio de 2011 (*Jornal de Notícias*, 9 de Outubro de 2011)

Fiquei com a vida destruída (*Jornal de notícias*, 9 de outubro de 2011, título)

Emerge igualmente uma espécie de “narrativa de classe”, em particular quando se trata de decisões judiciais favoráveis (ou, na opinião das famílias, pouco penalizadoras) aos acusados de atos de negligência. Destaca-se o poder da “classe médica”, a ideia inaceitável do “crime sem culpados”. Os tribunais (ou seja, a “classe dos juizes”) surgem como o local onde é feita justiça, mas também como uma instância que nem sempre dá essa garantia (pelo menos, na opinião de quem se sente injustiçado):

‘(...) considero que se assiste sobretudo a uma grande vitória da classe médica’, atirou(...) o advogado (...) (*Jornal de Notícias*, 12 de junho de 2008)

O meu problema foi confiar em duas profissionais de saúde (*Jornal de Notícias*, 9 de janeiro de 2008)

Ninguém assume (*Expresso*, 24 de setembro de 2011)

A juíza salientou, ainda, que ‘os tribunais fazem justiça e não retaliação’ (*Jornal de Notícias*, 21 de junho de 2008)

São raros os casos em que é dada voz a um discurso mais “apaziguador” ou cauteloso face à situação:

‘Não podemos dizer que a culpa é do médico. Vamos aguardar o resultado da autópsia’, disse (...) admitindo ter havido alguma precipitação das



vizinhas que apresentaram queixa no hospital (*Público*, 4 de junho de 2011)

Entretanto, os familiares da criança declararam não ter falhas a apontar à assistência prestada. Num ambiente de consternação e apesar da revolta manifestada por vários moradores locais (...) o pai da criança (...) disse (...) que o serviço de emergência ‘não demorou muito’ (*Público*, 19 de janeiro de 2008)

O tom do discurso na cobertura jornalística dos casos de morte por erro médico adquire características que, habitualmente, não são associadas ao discurso jornalístico, em particular ao que se centra na atualidade. Dá-se voz à emoção e inconformismo dos familiares e recorre-se a termos com alguma carga de sentido (“desabafo”, “emoção”, “angústia”, “revolta”, “trágico”):

As palavras, em tom de desabafo, da (...) mãe do bebé estavam repletas de emoção e não escondiam a angústia por ver (...) saírem ilibados (...) (*Jornal de Notícias*, 12 de junho de 2008)

Dando voz à sua revolta, após o que aconteceu com o tio (...) (*Jornal de Notícias*, 24 de janeiro de 2008)

(...) o tribunal ouviu o testemunho emocionado da irmã (...) (*Jornal de Notícias*, 9 de janeiro de 2008)

(...) faleceram após terem sido submetidos a uma pequena cirurgia, em circunstâncias aparentemente normais, mas com um fim trágico (*Público*, 24 de abril de 2008)

Tanto nas situações em que há condenação judicial como nas de absolvição, é possível perceber duas lógicas de resolução da narrativa: pelo inconformismo (não superação) e por via do “final positivo”. Por um lado, a não aceitação do resultado por parte das famílias das vítimas e dos seus representantes legais; por outro, a ideia de uma espécie de “redenção” pela mudança (para lá da condenação judicial), por parte dos profissionais de saúde, das instituições e do próprio sistema de saúde:

(...) Eles sabem que não haverá condenação a prisão efectiva. A moldura penal é ridiculamente pequena, quando comparada com a perda (...) (*Expresso*, 24 de setembro de 2011)

No final, a irmã de Carlos Mascarenhas mostrou-se inconformada,

alegando que ‘a vida de um jovem não vale somente uma multa’ (*Jornal de Notícias*, 21 de junho de 2008)

O episódio... provocou alguma revolta na população, em virtude de o serviço de urgência do hospital ter encerrado no dia 2, existindo versões contraditórias quanto à resposta dada pelos meios de socorro (...) (*Público*, 10 de janeiro de 2008).

O advogado dos pais (...) prometeu recorrer da decisão, mesmo sem ter percebido tudo o que disse o juiz. Este leu a sentença em voz baixa e (...) não foi possível ouvir quase nada do que disse (*Jornal de Notícias*, 27 de março de 2008)

Alteraram-se procedimentos, como tornar os rótulos mais visíveis, para evitar casos semelhantes (...) (*Expresso*, 24 de setembro de 2011)

Após esta morte, o hospital reforçou a urgência com médicos de clínica geral (*Público*, 27 de janeiro de 2008)

(...) lamenta que ‘após a morte registada esta semana, o INEM venha agora anunciar a colocação de uma ambulância de suporte básico de vida (...)’ (*Público*, 26 de janeiro de 2008)

No que toca ao momento da resolução da narrativa, há um outro final que emerge da análise, que apelidamos de “narrativa inacabada”. Esta categoria traduz as situações em que quase que há a produção de uma “moralidade” pelo discurso jornalístico, a criação de uma “dúvida razoável” em torno do desfecho:

Ninguém pode dizer que o jovem morreu por causa do atraso, mas ficará para sempre a dúvida (*Público*, 16 de março de 2008)

Não podemos dizer que ela viveria, mas era mais uma possibilidade (*Público*, 19 de janeiro de 2008)

Destacamos este caso, pelo facto de se tratar precisamente do fecho da notícia, não sendo, por isso, acrescentada posteriormente qualquer outra informação:

O Hospital de Lagos foi uma das unidades que aderiram ao programa especial de abate das listas de espera (*Público*, 24 de Abril de 2008)

## OS PROTAGONISTAS DA COBERTURA JORNALÍSTICA SOBRE O ERRO MÉDICO: AS VÍTIMAS, PRESENTES E AUSENTES

Neste ponto, centramos a análise nos atores (que podem ou não ser fontes de informação) dos textos jornalísticos, procurando, antes de mais, aferir a sua presença ou ausência, tomando como referência o modelo de “quatro vítimas” que deduzimos do trabalho de Seys et al. (2012).

A Figura 2 resume os resultados da análise. A primeira e segunda vítimas (paciente e profissionais de saúde) estão presentes, mas num formato que designamos por “presença por procuração”. Ou seja, não tomam a palavra, enquanto fontes de informação dos jornalistas (o que seria, de resto, impossível para os pacientes), mas tornam-se presentes pelo relato do jornalista e através da voz de outros intervenientes (presente/ausente): a família do paciente, os vizinhos, os amigos ou os advogados das famílias (no caso dos pacientes); ou as instituições (representantes dos hospitais ou representantes legais), no caso dos profissionais de saúde. Estes últimos tornam-se ainda presentes através da citação de documentos, como os autos dos processos ou relatórios de averiguações e inquéritos:

(...) a ARS/Norte recusou comentar o caso, invocando o segredo profissional a que está obrigada... (*Jornal de Notícias*, 24 de maio de 2010)

Segundo o processo, o clínico disse ainda (...) (*Jornal de Notícias*, 24 de maio de 2010)

No tribunal, o médico (...) lamentou que a autópsia não tenha sido conclusiva (*Jornal de Notícias*, 9 de abril de 2010)

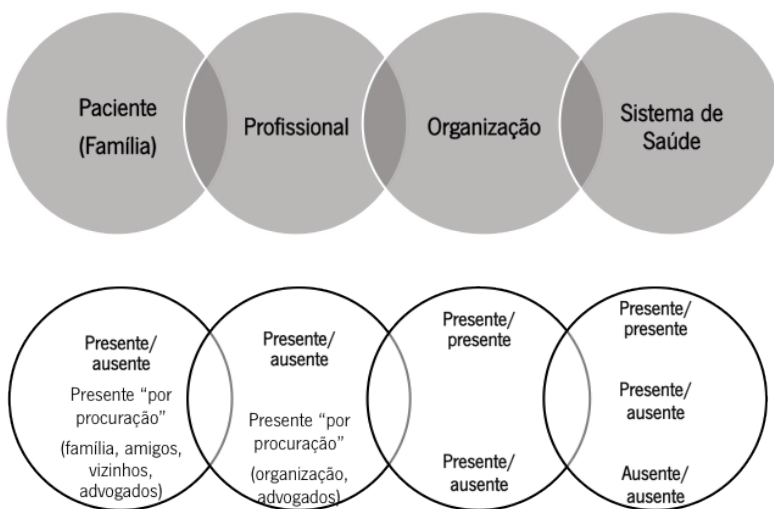


Figura 2: Presença e ausência dos protagonistas das notícias

Já no que toca às organizações/instituições onde ocorrem os casos (habitualmente hospitais) encontram-se menos presentes do que as categorias anteriores, mas, ao contrário do que acontece com os profissionais de saúde (diretamente visados), por vezes tomam a palavra, fornecendo informação aos jornalistas (presente/ausente), ainda que sejam raros os casos de citação direta deste tipo de fonte (presente/presente). Já no que toca ao sistema de saúde, o quarto protagonista que contemplámos na análise, encontra-se muitas vezes ausente (ausente/ausente), mas quando está presente pode acontecer através declarações, sob a forma de citação (presente/presente) de instituições como a Inspeção Geral de Saúde ou a Ordem dos Médicos, ou pela mão do jornalista (presente/ausente).

Se os primeiros (pacientes) não falam por razões óbvias, os segundos não o farão a conselho de advogados e assessores, para se protegerem, visto que, habitualmente, nestes casos estão em causa processos judiciais por negligência. São menos frequentes os casos em que os familiares optam por não tomar a palavra:

Os familiares preferem não dar a cara nem falar sobre o caso (*Jornal de Notícias*, 28 de fevereiro de 2008)

(...) mas este recusou-se educadamente a prestar declarações, remetendo a posição da família para a sua advogada (*Jornal de Notícias*, 19 de maio de 2010)

Ainda que seja possível apurar a presença (efetiva ou por procuração) de todos os intervenientes contemplados no modelo, a verdade é que, como ilustra a Figura 3, apenas o paciente e as famílias são construídos como vítimas.

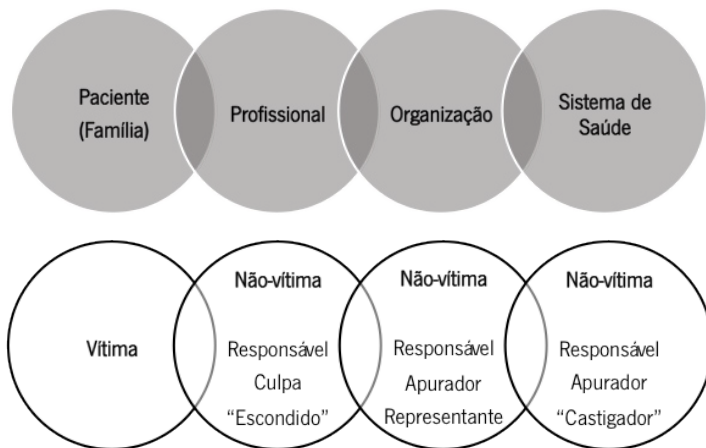


Figura 3: Os protagonistas enquanto vítimas

O estatuto de “não-vítima” que atribuímos aos restantes protagonistas (profissionais de saúde, organizações e sistema de saúde), a partir de análise dos textos, não é, contudo, idêntico em todos os parâmetros. Todos são representados como responsáveis, de alguma forma, pelos acontecimentos (morte de pacientes por erro médico), mas enquanto que o profissional de saúde emerge como o “culpado” da situação (seja porque assim foi considerado pelo tribunal, seja nas palavras dos familiares das vítimas), as organizações e o sistema de saúde surgem mais como os “apuradores” dos acontecimentos. Aos médicos e enfermeiros é reservado ainda o lugar de “alguém que se esconde” e não quer aparecer (ou seja, falar com o jornalista), o que, como já referimos, resultará de medidas de proteção tendo em conta os processos judiciais que habitualmente estão associados a este casos. Já o sistema de saúde emerge, por vezes, também como o agente que teria a responsabilidade de “castigar” os culpados (profissionais de saúde).

Finalmente, um aspeto que valerá a pena destacar é o da posição das famílias. Na verdade, emergem como primeiras vítimas, acima dos próprios pacientes que morreram em resultado de um eventual ou já provado erro médico. São elas que falam por quem morreu, que não se conformam por quem morreu e que sofrem por quem morreu.

#### **QUESTÕES EM ABERTO E LINHAS FUTURAS DE INVESTIGAÇÃO: PARA UM APROFUNDAMENTO DA CONSTRUÇÃO DAS “NÃO VÍTIMAS” DO ERRO MÉDICO**

O retrato que emerge da produção jornalística da imprensa portuguesa acerca da morte por erro médico é, efetivamente, feito de histórias com uma só vítima. Ainda que estejam presentes (de “viva voz” ou “por procuração”) os quatro protagonistas antecipados pela proposta que procurámos aferir e discutir – a de um “modelo de quatro vítimas” – só aos pacientes e às suas famílias é atribuído o estatuto de “vítima”. Diríamos mais: emergem os familiares, enquanto “procuradores” e “representantes” (uma espécie de “heróis”) das vítimas “que já não podem defender-se”. À figura do profissional de saúde envolvido no caso não só não é atribuído o estatuto de vítima, como surge, por vezes, como o “culpado” (uma espécie de “vilão”), mais do que apenas “responsável”, a par das organizações (hospitais) e do sistema de saúde, ainda que estes últimos consigam, em certas situações, encontrar formas de “redenção” (as mudanças suscitadas pelos acontecimentos “trágicos”).

Importaria, pois, aprofundar o estudo sobre as segundas vítimas, ainda que não sejam mediatizadas como tal, procurando aferir o que poderá explicar este tipo de representação nos média. Nesta matéria, seria relevante compreender, junto dos jornalistas, o processo de produção de notícias, nomeadamente a sua relação com as fontes de informação (sejam os próprios profissionais de saúde, sejam as organizações), e até que ponto e em que medida esse (não) acesso contribui para este resultado. Fica-nos, quanto a esta questão, a necessidade de compreender melhor o que constrói e o que é construído: será que o profissional de saúde como “não vítima” nas notícias reflete uma imagem/perspetiva da sociedade (ou dos jornalistas) sobre estes assuntos ou construirá também essa visão da realidade?

Ainda no que toca a um aprofundamento do processo de produção noticiosa e das opções editoriais dos órgãos de comunicação, destaca-se uma outra eventual explicação para esta configuração das “não vítimas”, que interessaria aferir: será que, com mais reportagens e entrevistas, géneros mais extensos e interpretativos, haveria espaço para outra construção do lugar da vítima?

Finalmente, fica-nos a ideia de um eventual luto através dos média, quando olhamos para a presença dos familiares das vítimas. Ao olhar para as motivações apresentadas para a presença nos tribunais e nos média, as famílias falam da necessidade não só de “punir”, mas também, e por vezes acima de tudo, de compreender: o que se passou, como se passou e por que se passou. Fica a ideia de que esse processo de compreensão e atribuição da culpa fazem parte de um outro, maior, de superação da perda, como que uma etapa do luto. Seria, pois, importante apurar até que ponto os média são vistos (pelos familiares) como aliados nesse processo e em que medida cumprem efetivamente esse papel.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin. L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Blendon, R. J.; DesRoches, C. M.; Brodie, M.; Benson, J. M.; Rosen, A. B.; Schneider, E.; Altman, D. E.; Zapert, K.; Herrmann, M. J. & Steffenson, A. E. (2002). Views of Practicing Physicians and the Public on Medical Errors. *New England Journal of Medicine*, 347(24), 1933-1940. doi:10.1056/NEJMsa022151

- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Gallagher, T. H.; Waterman, A. D.; Ebers, A. G.; Fraser, V. J. & Levinson, W. (2003). Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors. *The Journal of the American Medical Association*, 289(8), 39-44. doi: 10.1001/jama.289.8.1001
- Grober, E. D. & Bohnen, J. M. A. (2005). Defining medical error. *Canadian Journal of Surgery*, 48(1), 39-44. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3211566/>
- Guerra, I. C. (2008). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: sentidos e formas de uso*. Cascais: Principia.
- Hor, S.; Godbold, N.; Collier, A. & Iedema, R. (2013). Finding the patient in patient safety. *Health*, 17(6), 567-583. doi: 10.1177/1363459312472082
- Leape, L. L.; Woods, D. D.; Hatlie, M. J.; Kizer, K. W.; Schroeder, S. A. & Lundberg, G. D. (1998). Promoting Patient Safety by Preventing Medical Error. *The Journal of the American Medical Association*, 280(16), 1444-1447. doi: 10.1001/jama.280.16.1444
- Mansoa, A. (2010). *O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal. Retirado de <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/erro.pdf>
- Marinho, S.; Ruão, T.; Lopes, F. & Fernandes, L. (2013). O “erro médico” na imprensa portuguesa: subestimado, distorcido ou inacessível?. In M. L. Andión & M. I. V. Lopes (Eds.), *Comunicación, Cultura e Esferas de Poder, Actas do XIII Congreso Internacional Ibercom* (pp. 1107-1160). Santiago de Compostela, Espanha: IBERCOM, AssIBERCOM, AGACOM. ISBN: 978-84-695-7564-2. Retirado de <http://www.imultimedia.pt/ibercom/xiii/atasxiiicongresoibercom.pdf>
- Marinho, S.; Ruão, T.; Lopes, F. & Fernandes, L. (2015). O erro médico na imprensa portuguesa: quando os pacientes fazem parte da notícia. *Saúde e Sociedade*, 24(4). doi: 101.590/S0104-12902015138469. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n4/1984-0470-sausoc-24-04-01362.pdf>
- Meaney, M. E. (2004). Error Reduction, Patient Safety and Institutional Ethics Committees. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 32, 358-364.
- Neveu, E. (2005). *Sociologia do Jornalismo*. Porto: Porto Editora.

- Scott, S.D.; Hirschinger, L. E.; Cox, K. R.; McCoig, M.; Brandt, J. & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Quality & Safety in Health Care*, 18(5), 325-30. doi: 10.1136/qshc.2009.032870
- Seys, D.; Wu, A. W.; Gerven, E. V.; Vleugels, A.; Euwema, M.; Panella, M.; Scott, S. D.; Conway, J.; Sermeus, W. & Vanhaecht, K. (2012). Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: a Systematic Review. *Evaluation & the Health Professions*, 36(2), 135-162. doi: 10.1177/0163278712458918
- Weingart, N. S.; Wilson, R. M.; Gibberd, R. W. & Harrison, B. (2000). Epidemiology of medical error. *British Medical Journal*, 320, 774-777. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7237.774>
- Wright, K. B.; Sparks, L. & O’Hair, H. D. (2013). *Health Communication in the 21<sup>st</sup> Century*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. *British Medical Journal*, 320, 726-727. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7237.7>

Citação:

Marinho, S. (2016). O erro médico na imprensa portuguesa: histórias de morte com uma só vítima. In M. L. Martins; M. L. Correia; P. Bernardo Vaz & Elton Antunes (Eds.), *Figurações da morte nos média e na cultura: entre o estranho e o familiar* (pp. 169-184). Braga: CECS.