

Negligência Médica

JOÃO C. GOMES-PEDRO, ANTÓNIO VAZ CARNEIRO, ARMANDO FERNANDES

*Serviço de Pediatria
Hospital de Santa Maria*

Resumo

A fiabilidade profissional é uma preocupação constante de todos os médicos, mas que apesar disso a maioria deles não gosta de abordar. Dada a expansão da informação médica científica e o excesso de horas atribuídas à actividade assistencial, os médicos recebem, geralmente, pouca formação/educação formal sobre a má prática clínica (falta médica), de que a negligência médica é apenas um dos seus vectores constituintes. A ausência de familiaridade com esta problemática pode provocar stress e ansiedade, e pode levar à tomada de decisões erradas (medicina defensiva, por exemplo).

Na última década, tem-se verificado uma espiral de acusações de pressupostas má práticas médicas, pelo que este tema é um assunto de grande actualidade e pertinência.

Tendo em consideração a longa experiência dos autores (assistencial, formativa, de investigação e de gestão) são tecidas algumas considerações, essencialmente de ordem médica e clínica, sobre a «negligência médica» e são propostas algumas estratégias (educação médica tutelada e formação contínua dos profissionais, etc.) que permitem melhorar o desempenho dos médicos e diminuir a probabilidade de erro relacionada com a arte da prática da medicina em geral e da Pediatria em particular.

Palavras-Chave: Falta médica, Medicina defensiva, negligência médica.

Summary

Medical Negligence

Professional reliability is a constant concern for all physicians, although most of them are reluctant to admit it. Due to the great volume of scientific medical information and to the excessive hours of medical practice, doctors often receive little education/training on bad medical practice (medical error), of which medical negligence is one of the aspects. The lack of familiarity concerning this problem may cause stress and anxiety and may lead to making wrong decisions (such as defensive medicine).

In the last decade, there was been a constant increase of accusations of supposedly bad medical practice, so this theme is very actual and important.

Taking into account the vast experience of the authors (medical practice, medical education, research and management), a few medical and clinical aspects of «medical negligence» are discussed and some strategies (such as tutorial medical education, continuous training of professionals, etc.) in order to improve medical practice and to reduce errors in the art of medical practice in general and in Paediatrics in particular.

Key-Words: Defensive medicine, medical error, medical negligence.

Lê-se no Dicionário da Língua Portuguesa de Cândido de Figueiredo que «Negligência» tem vários significados todos eles envolvendo uma qualificação negativa – incúria; falta de diligência; desleixo; preguiça; desatenção; menosprezo.

Qualquer destes atributos identificados como negligência pretende classificar um acto – o da negligência – como uma menção de erro inequivocamente personali-

Correspondência: João C. Gomes-Pedro
Serviço de Pediatria
Hospital de Santa Maria
Av. Prof. Egas Moniz
1699 Lisboa
e-mail: amrf@mail.telepac.pt

zado, responsabilizando, assim, o sujeito versus sistema ou organização na qual, potencialmente, possa estar integrado.

Nesta coerência, negligência médica implicará, numa primeira análise, uma atribuição de erro ao responsável do acto, designadamente ao médico.

Legalmente, o artigo 15.º do nosso Código Penal refere-se à problemática da negligência nos seguintes termos: «Age com negligência quem, por não proceder com o cuidado a que, segundo as circunstâncias, está obrigado e de que é capaz:

- a) representar como possível a realização de um facto que preenche um tipo de crime, mas actuar sem se conformar com essa realização; ou
- b) não chegar sequer a representar a possibilidade de realização do facto»

Estabelecer a falta médica obriga a existência de cinco requisitos: a imperícia, a imprudência, a desatenção, a negligência e a inobservância dos regulamentos. Em muitos casos, existe uma mistura destes requisitos.

Atendendo à nossa formação médica, a explanação que se seguirá é feita, essencialmente, do ponto de vista médico e clínico, o que nem sempre se coteja com o ponto de vista legal.

Toda a evidência científica, nomeadamente publicada nos últimos dez anos, centra a problemática da negligência médica na litigação em saúde e subordina o conceptual da incúria à evidência do erro.

As definições de erro são variáveis. Uma das mais abrangentes e que nos parece mais correcta é a do relatório do Instituto de Medicina dos EUA (*To Err Is Human*, National Academy Press, 2000), que é considerado o texto mais importante recentemente publicado e que estabelece a seguinte nomenclatura:

- **Erro médico:** acção que não foi completada como inicialmente planeada (por erro de execução, por ex.) ou utilização de um plano errado para conseguir um determinado fim (erro de planeamento, por ex.).

- **Efeito adverso:** dano provocado por uma acção médica, independente da patologia de base do doente. Nem todos os efeitos adversos são devidos a erros médicos (embora a maior parte o seja). Um efeito adverso atribuível a um erro médico designa-se como *efeito adverso prevenível*. Nesta formulação, os *efeitos adversos por negligência*, um subgrupo dos efeitos adversos preveníveis devem satisfazer a definição legal de negligência médica. Ele é definido como... «os cuidados que não correspondem ao que é considerado «standard» da prática que se deve razoavelmente esperar da acção de um médico qualificado para assistir o doente em questão»...

Erro médico, a natureza deste erro, a sua epidemiologia, o seu espectro de efeitos, a sua abrangência pedagógica e, sobretudo, a problemática da sua prevenção, são elas as variáveis que dominam a literatura médica mais recente, designadamente expressa através de editoriais de alguns dos principais jornais médicos.

Estranhamente, não têm sido publicadas referências sobre a negligência médica por defeito de sensibilidade ética ou de má prática por intervenções desumanizadas.

Só para não deixar de situar este ponto de reflexão na área da nossa competência, apontaremos apenas três factos que não são fantasmáticos porque são realidades hospitalares de hoje.

Ainda não é totalmente garantido que maridos de grávidas, pais dos seus bebés, possam estar permanentemente ao lado das suas mulheres em todo o trabalho de parto até ao nascimento. Ainda são frequentes práticas neonatais que assassinam a amamentação; referimo-nos à administração de fórmulas infantis sem consentimento prévio, à oferta de publicidade e de chupetas nas maternidades.

Ainda não há condições que garantam a presença integral dos pais durante o internamento hospitalar dos seus filhos.

Esta é a expressão da negligência escondida que os médicos calam, porventura por se sentirem coniventes.

Realidades sobreponíveis passam-se nas unidades de cuidados intensivos. Existem porém, relatos de quem já esteve do outro lado e tem uma consciência médica.

Deixem-nos contar-vos uma pequena história.

Não terá sido por acaso que Ingelfinger, editor do *New England Journal of Medicine*, escreveu esta reflexão, após uma curta experiência como doente – «*Devia ser condição de admissão a uma Faculdade de Medicina o ter sido já alguma vez hospitalizado, enquanto adolescente*».

Subscrevemos Ingelfinger com veemência, depois da experiência de um dos autores (J. G. P.) de 24 horas passadas numa das modernas unidades europeias de cuidados intensivos.

«Adoeci no decurso de uma viagem aérea de longo curso e, assim, do Aeroporto de chegada fui rapidamente transportado para um hospital central. O país de chegada, em trânsito, era a Suíça e, portanto, ninguém terá dúvidas da significância da correlação sociedade-hospital-civilização.

Todos os exames e avaliações que a vossa competência fará imaginar, foram obviamente realizados. De meia em meia hora era interpelado por um membro da equipa médica ou de enfermagem. Falavam entre si alemão, que eu não entendo.

A anamnese tinha sido completíssima, tudo era pontualmente cumprido em termos de medicação, tudo era perfeito excepto um pequeníssimo pormenor. É que eu não dormia há dia e meio e percebi pela primeira vez o que pode ser a tortura do sono que as polícias políticas empregam como instrumento privilegiado para levar a uma mudança comportamental. Da minha cama pude, entretanto, ter a sorte de ouvir durante a noite alguma conversa em francês. Uma enfermeira francófona contava à colega alemã a conquista feita na noite anterior numa discoteca algures na cidade.

Era uma narrativa completa e até diria estimulante, mas noutra altura e noutro lugar...

Pedi por gestos a quem vinha periodicamente aferir os valores, os instrumentos, os balões e os sistemas para trazer, só por instantes, a dona daquele francês porque me apetecia comunicar e interrogar sobre o meu estado. Horas depois, descobri pelo sol que entrava pelas frestas da janela que seria o alvor do dia e começo a ouvir algo que não percebi se era sonho, desejo ou realidade. Viro a cabeça e alguém tocando-me a mão, me diz: «Está quase bom para comer uma chouriça com um bocado de broa»... era a mulher da limpeza, decerto emigrante e que também decerto soubera que eu era português e que já estava melhor, donde a referência subtil animadora do meu regresso».

Foi nesse instante que me senti salvo. Pedi para me levantar, exigi alta e segui de táxi para o aeroporto.

A chouriça fora a Medicina da alma e, provavelmente, foi ela que ritmizou o meu coração».

Não se conta esta pequena história por mero acaso nem por qualquer interesse em protagonizar ou revelar dados pessoais, ainda que pedagógicos.

A intenção é meramente a de introduzir um determinante que é condição «*sine qua non*» de uma reforma, de uma mudança em Educação Médica, nomeadamente quando se trata de alteração curricular.

Este determinante, tão confabuladamente mencionado em escritos e comunicações não é mais que a desejada humanização, em todas as expressões da intervenção médica.

A prevalência e as consequências deste erro médico mais difundido são impressionantes.

Num dos trabalhos mais notáveis publicados sobre esta matéria, Brennan e col. ⁽¹⁾ apresentam a panorâmica do erro médico no Estado de Nova Iorque e, curiosamente, intitulam o seu artigo de «Incidência de reacções adversas e negligência em doentes hospitalizados...». Eles definiram reacção adversa como uma lesão não intencional causada por acção médica e resultando numa incapacidade mensurável. Negligência foi definida como a incapacidade de prestar cuidados médicos «standard», razoa-

velmente esperados para um médico medianamente qualificado, a um doente em particular.

Nesta apresentação existe, intrincada e explícita, a dimensão da negligência associada à de erro, mais propriamente, às reacções adversas associadas a erro médico.

Nesse estudo, foram avaliados 30.195 processos clínicos, seleccionados aleatoriamente, de 51 hospitais do estado de Nova Iorque. Os autores apuraram que 3,7% dos doentes foram lesados e que cuidados negligentes foram responsáveis por 28% das reacções adversas. Apuraram, ainda, que 69% dos problemas evitáveis poderiam ser atribuídos a erro, qualquer que fosse a sua natureza.

Este estudo, conhecido como de Harvard, serviu de modelo a muitos outros, de que é paradigma o do grupo australiano publicado por Leape e col. ⁽²⁾.

No ano de 2000, Weingart e col. ⁽³⁾ que reuniram, outra vez dados de hospitais americanos e australianos e, sugeriram, de modo impressionante, itens para a reflexão dos leitores.

São três as mensagens que identificamos como indicadores major do problema a nível mundial.

Na primeira é mencionado que cerca de 100.000 mortes nos Estados Unidos, em cada ano, são devidas a erro médico ⁽⁴⁾.

Na segunda mensagem, Weingart e col. ⁽³⁾ escrevem que os erros ocorrem com mais frequência quando os clínicos são inexperientes e quando são introduzidos novos procedimentos.

Na terceira mensagem, são apresentadas as variáveis mais frequentemente associadas com o erro médico, nomeadamente idades extremas dos doentes (recém-nascidos e idosos), cuidados de natureza complexa, cuidados intensivos e estadias hospitalares mais prolongadas.

O erro humano na problemática da acidentologia domina hoje a atenção de todos os que estão identificados com a prevenção e com a predição, nomeadamente em termos economicistas.

As companhias de aviação e as organizações a elas ligadas que estudam a etiologia e os envoltimentos ligados aos acidentes, nomeadamente provocados por erro humano, vieram trazer, à luz da evidência, novos factos que enunciam novas linhas de orientação na abordagem do erro e, sobretudo, da sua prevenção.

O acento tónico, porém, tal como apresentado por Horton ⁽⁵⁾, tem de ser colocado para além do erro propriamente dito, isto é, no modo como os profissionais podem ou devem apresender através dele.

Num artigo recente, Bates e Gawande ⁽⁶⁾ resumizam, afinal, o que é essencial – o grande gigante adormecido (a evidência do erro médico) acordou – e é ele que já não nos deixa agora adormecer.

Human Error in Medicine, a grande obra sobre o Erro Humano na Medicina editada por Bogner ⁽⁷⁾ aponta para

as prioridades fundamentais que fazem o envelope do problema.

É subentendido nesta obra, tal como nas publicações mais recentes, que existe no espírito de todos quantos se interessam pelo problema uma espécie de clarificação valorativa do erro médico que alguns, apelidam de clarificação psicológica.

Erros identificados como lapsos, erros classificados como tal (*tout court*), erros baseados no processo (por ex. diagnóstico), erros atribuídos à aplicação de regras (gestos terapêuticos, nomeadamente cirúrgicos), etc., são tudo múltiplas expressões do que, porventura, pode ser identificado com a maior ou menor legitimidade de um erro provocado por um profissional de saúde, designadamente médico.

Desenvolver, um raciocínio diagnóstico com, uma eventual incorrecção na interpretação dos dados semiológicos que tipo de erro é?

Onde a fronteira da legitimidade ou, se se quiser, da razoabilidade?

Um editorial do *Lancet* foi intitulado «Zeroing in on medication errors»⁽⁸⁾. Este editorial foi inspirado por um erro pediátrico em que um bebé prematuro que pesava 1.600 g tinha morrido uma hora após ter sido injectado com uma dose de morfina 100 vezes superior à desejada, que era 16 µg correspondente à dose de 10 µg/kg de peso.

O inquiridor do processo resumia o seu relatório escrevendo que os médicos não deviam ser autorizados a exercer sem primeiro revelarem uma aptidão inequívoca para a matemática.

Será, porém, a competência matemática o busílis da evidência ou, porventura, a expressão paradigmática da maior ou menor responsabilidade de erro?

Todo o médico erra tal como o piloto de avião ou o condutor de autocarro. Em qualquer um destes profissionais o erro pode ficar ligado a desastres irrecuperáveis sejam eles mortes ou reacções adversas de acidentes derivados do erro.

Nalguns envolvimentos o erro é mais frequente e outras vezes mais fatal.

São conhecidas as maiores prevalências de erro em anestesia, de erro nos cuidados intensivos, de erro no ambulatório, cada um destes erros com abrangências completamente distintas.

O stress, o rigor da dose, o mediatismo da decisão, a maior ou menor dominância de exames complementares, a mais ou menos presente pressão familiar, são, entre outros, alguns dos condicionantes do erro.

O contexto da vivência clínica nos ambulatórios nomeadamente privados, implica por sua vez, outros determinantes de decisão.

Fazer clínica, hoje, nomeadamente em Medicina pri-

vada, corresponde a um desafio de risco nem sempre esclarecidamente assumido.

A arte da clínica é, no seu todo, um jogo de probabilidades onde não deveria ser suposta a atitude calculista denominada hoje como de Medicina defensiva.

Fazer um diagnóstico de probabilidade usando o juízo e a sensibilidade clínica, com um mínimo de apoio ao recurso a exames complementares de diagnóstico, avaliando com senso os limites da nossa actuação, sem fazer correr riscos desnecessários ao doente, constitui, em nosso entender, ainda, o último reduto do mistério clínico que identificamos com o prazer que uma vocação inequívoca retém.

A Medicina defensiva é, seguramente, a grande causa da iatrogenia e do custo imparável da prática médica.

Lobo Antunes⁽⁹⁾, no seu livro «Um Modo de Ser», escreve que «*está calculado que 30% dos custos totais da medicina norte-americana resultam da prática defensiva*».

Atevemo-nos a avançar com uma percentagem muito mais elevada no que respeita à prática portuguesa.

Em Portugal, a Medicina defensiva expressa-se no abuso de exames complementares de diagnóstico e na superprescrição.

O número de tomografias computadorizadas pedido só na região da grande Lisboa é um sinal inequívoco da Medicina defensiva, diremos irresponsável, que se pratica tal como o receituário agressivo que exige por vezes duas folhas de receita para comportar todos os medicamentos prescritos.

O médico defende-se através dos exames que pede e julga também estar protegido atrás da cortina de medicamentos prescrita qual jogo de cobertura de uma intervenção não centrada numa evidência científica.

Todos sabemos que o erro de atitude se baseia numa Educação médica mal tutelada desde a pré-graduação à Educação contínua.

Nunca entendemos o porquê do não investimento dos titulares políticos de saúde numa Educação Médica Clínica consistente e continuada.

Uma Educação Médica conducente a uma prática de uma Medicina centrada na evidência científica e, também, de uma Medicina humanizada, faria poupar milhões de Euros ao erário público, bem como viabilizaria mais prazer e orgulho na prática levada a cabo pelos profissionais.

Passar por cima de uma Educação Médica científica, nomeadamente universitária, tal como demagogicamente se vê fazer em Portugal improvisando educadores entre profissionais até aqui, só vocacionados para uma prática hospitalar sediada em hospitais distritais, passar por cima desta prioridade, dizíamos, é incorrer em erro cujas consequências só serão reconhecidas por outros, que não os autores desta irresponsabilidade histórica.

A fabricação de novas Faculdades de Medicina à revelia de uma sabedoria educacional é um semear de negligência oficializado.

É neste ponto fulcral do problema que projectamos, de facto, a fenomenologia da negligência médica.

Para os que reportam a negligência à circunstância de erro, será, tão só, essa negligência algo que se identifica, tão só, com o erro tido como ilegítimo? Onde distinguir a negligência do indivíduo com a negligência do sistema?

Incúria ou desleixo, tal como a define o dicionário, diz respeito a que níveis da responsabilidade médica? Que atropelos na negligência? Os que reportam à competência cognitiva, à fiabilidade dos desempenhos, à sensibilidade da comunicação, à ética do cuidado, ao senso do juízo crítico, à devoção da disponibilidade, ao critério da exigência, ao desinteresse do material, à humildade da aprendizagem.

A negligência face à ética, face à relação, face à Saúde global, não será o paradigma do erro médico na Medicina do Homem?

Reflectir na negligência médica é uma responsabilidade de cidadania e, por isso, é um imperativo político.

Errar é humano; errar no exercício de Medicina é, infelizmente, vulgar; aprender com os erros é um imperativo de consciência; aprender a aprender com os erros é uma nova máxima da Educação Médica; prevenir a negligência é uma implicação política que tem de envolver as Faculdades de Medicina, a Ordem dos Médicos e as Sociedades Científicas.

Formar médicos para a Medicina do Homem será, porventura, a grande prevenção da negligência ética. Esta deverá constituir a nossa preocupação dominante.

Reportar a negligência médica abstracta ao médico vilão é o mais fácil. É também, de certeza o mais caro, e é, sobretudo, o mais injusto.

Como escreveu Gao Xingjian, Prémio Nobel da Literatura em 2000, «a montanha da alma tem a altura que cada um lhe quer dar».

Bibliografia

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324: 370-6.
2. Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, Johnson WG. Preventing medical injury. *QRB Qual Rev Bull* 1993; 19: 144-9.
3. Weingart SN, Mel Wilson R, Gibberd R, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000; 320: 774-6.
4. Ferner RE, Aronson JK. Medication errors, worse than a crime. *Lancet* 2000; 355: 947-8.
5. Horton R. How should doctors respond to the GMC's judgments on Bristol? *Lancet* 1998; 351: 1900-01.
6. Bates DW, Gawande AA. Error in Medicine: What have we learned? *Ann Intern Med* 2000; 132: 763-7.
7. Bogner MS. Human Error in Medicine. Hillsdale, NJ: L. Eribaum Associates, 1994.
8. Zeroing in on medication errors [editorial]. *Lancet* 1997; 349: 369.
9. Lobo Antunes J. Um Modo de Ser. Lisboa: Gradiva, 1999.