

O “erro médico” na imprensa portuguesa: subestimado, distorcido ou inacessível?¹

Sandra Marinho

(Universidade do Minho/Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade)

marinho@ics.uminho.pt

Teresa Ruão

(Universidade do Minho/Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade)

truao@ics.uminho.pt

Felisbela Lopes

(Universidade do Minho/Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade)

felisbela@ics.uminho.pt

Luciana Fernandes

(Universidade do Minho/Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade)

lucianagmf@gmail.com

1. O erro médico no contexto da Comunicação na Saúde

De acordo com Mansoa (2010:5), “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”. Seria, pois, de esperar, a partir destes dados, que se registasse uma equivalente preocupação em debater publicamente esta questão e um equivalente reflexo na mediatização do tema pelos órgãos de comunicação portugueses. Isto nem sempre acontece, como veremos.

Também em outros países os erros médicos são uma das principais causas de morte (Grober & Bohnen, 2005) e, por esse motivo, lá como cá, “representam um problema sério de saúde pública e constituem uma ameaça à segurança dos pacientes” (Grober & Bohnen, 2005:39). Para reduzir a incidência do erro, torna-se essencial identificar as suas causas, para implementar soluções que o evitem e protejam os mais directamente envolvidos: pacientes e prestadores de cuidados de saúde.

Para Mansoa (2010:11), “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

¹ Este trabalho é financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional - FEDER - através dos fundos do Programa Operacional Factores 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 projecto "A Doença em Notícia" - (PTDC/CCI-COM/103886/2008). Está em curso no Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade da Universidade do Minho.

qualidade dos cuidados prestados”. Sinais do interesse neste assunto podem ser encontrados em vários quadrantes, desde logo na monitorização levada 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 recorrentes. São estes os tópicos que, à partida, serão mais noticiáveis. Importa, contudo, atentar nos aspectos 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, 2010:10).”

Estamos perante um contexto complexo, no qual a forma como o erro médico é comunicado e mediatizado detém um papel crucial. A investigação em torno da maneira como os media noticiam a saúde, a doença e os riscos para saúde convergem na ideia de que os meios de comunicação social têm tido um papel central na construção social e na percepção pública destas 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).

Esta área consiste, de acordo com Ratzan (1994), no processo e no efeito de, através de meios éticos e persuasivos, interferir nas tomadas de decisões 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 & Quinn (2004: 2053), 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” dos seres humanos.

A Comunicação na Saúde é um campo científico extremamente vasto, que inclui o estudo de diferentes níveis e canais de comunicação, aplicados a uma grande variedade de contextos sociais. Segundo Kreps *et al.* (1998), os níveis primários de análise da Comunicação na Saúde incluem a comunicação *intrapessoal*, *interpessoal*, *grupal*, *organizacional* e *social*. Se olharmos para o erro médico é possível identificar estes níveis e o seu contributo para análise do problema, evidenciando-se as relações e pontes entre cada um deles, num complexo sistema de comunicação.

Neste trabalho, consideramos todos estes níveis de comunicação, mas enfatizamos a análise *social*, preocupada com o processo de disseminação de informação sobre a saúde, incluindo investigações que procuram compreender a construção social da saúde em textos noticiosos. Um dos seus interesses de pesquisa é conhecer o impacto dos *media* e da informação mediática na saúde, proporcionando uma contextualização ao tratamento social dos temas deste campo (Kreps & Maibach, 2008).

Neste enquadramento complexo, há ainda a considerar o papel da comunicação no desenvolvimento de uma “literacia em saúde”, um aspecto central quando falamos do erro médico. Literacia constitui “a capacidade de entender e usar a informação escrita nas actividades diárias – em casa, no trabalho e na comunidade – de modo a atingir os objectivos pessoais e desenvolver o seu próprio conhecimento e potencial” (Friedman & Hoffman-Goetz, 2008: 286). A literacia em saúde afecta, particularmente, o nosso conhecimento acerca

dos cuidados de saúde, a nossa capacidade de encontrar e comunicar informação sobre saúde e a nossa competência para tomar decisões críticas. Pelo contrário, 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 de 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 sobre o fenómeno do erro médico, em particular sobre as suas causas e sobre o processo que envolve, maior a probabilidade de serem evitadas situações conducentes a erros. E se no caso dos profissionais de saúde este conhecimento poderá provir de contextos ligados à sua formação (debates internos, artigos científicos), no caso dos cidadãos repousa em grande parte na tarefa de fornecer informação de qualidade.

A importância atribuída aos cidadãos, e potenciais pacientes, é reforçada pelas orientações da OMS (2008:5, cit. por Mansoa, 2010: 16) para o desenvolvimento de estratégias de qualidade e segurança. São definidas quatro grandes categorias de metodologias a adoptar, 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 protecção dos pacientes e da regulamentação dos seus direitos, mas também através 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.

Neste contexto importa compreender o processo de produção noticiosa, analisando-o, por forma a melhorar a qualidade da informação e, em consequência, a qualidade do conhecimento dos cidadãos sobre estes assuntos. Se isto 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. Este 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 correctivas e preventivas. Pelo seu lado, os cidadãos tornam-se mais atentos e proactivos, inclusivamente quando se encontram no papel de pacientes. Para além disso, a comunicação e revelação pública de assuntos tão sensíveis deverá 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.

2. 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 esta investigação: a preocupação em definir o conceito, para que possa ser efectivamente medido (Grober & Bohnen, 2005; Sandars & Esmail, 2003; Weingart, Wilson, Gibberd & Harrison, 2000); a importância em conhecer e debater o erro médico, como forma de promover a segurança dos pacientes, colocando-os como actores centrais do processo (Blendon *et al.*, 2002; Leape *et al.*, 1998; orientações da OMS); e ainda o posicionamento de diferentes agentes face à necessidade ou vantagem em divulgar, aos pacientes, à comunidade profissional e ao público, os erros médicos (Pierluissi, Fischer, Campbell & Landefeld, 2003; Gallagher, Waterman, Ebers, Fraser & Levinson 2003; Hébert, Levin & Roberston, 2001; Uribe, Schweikhart, Pathak, Dow & Marsh, 2002).

No que toca à definição do erro médico, Grober & Bohnen (2005: 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 estes autores, as definições de erro médico (quando o termo é efectivamente usado), têm sido influenciadas por diferentes contextos e objectivos 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: 40).

Grober & Bohnen (2005: 41) 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” - e identifica as potencialidades e limitações de cada uma das abordagens. As primeiras, ao centrarem-se nos resultados, cingem-se aos casos em que os pacientes efectivamente sofrem resultados adversos ou lesões e, em muitas situações, apenas se estes forem de uma relevância e/ou consequência assinalável. Ora, para os autores, este tipo de definição é insuficiente, já que “a maioria dos erros não resultam em lesões para os pacientes, porque o erro foi identificado a tempo e mitigado; porque o paciente foi resiliente; ou por simples sorte”.

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: 41). Por este motivo, Grober & Bohnen (2005: 42) propõem a seguinte definição, que é a que também adoptaremos: é um “acto de omissão ou comissão no planeamento ou execução, que contribui ou pode contribuir para um resultado não pretendido”.

A centralidade do paciente é reconhecida por diversos autores e instituições, e é em nome deles que a “qualidade e segurança têm sido reconhecidos como factores chave na criação de sistemas de saúde acessíveis, efectivos e eficazes” (Mansoa, 2010). Para esta autora, “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.” (Ballard, 2003:1, cit. por Mansoa, 2010:11). 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” (OMS, 2008: 4, cit. por Mansoa: 11). Há ainda autores que procuram introduzir no debate um outro lado da questão, chamando a atenção para um outro actor – 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 a inevitabilidade do erro (Weingart *et al*, 2000) são outros matizes da discussão.

Não é possível, neste espaço, fazer uma revisão de literatura sobre o erro médico, mas, dos tópicos discutidos pelos diferentes autores, podemos deduzir algumas dimensões que poderão reflectir-se na forma como o erro médico é mediatizado e que, por conseguinte, devem ser objecto de atenção: que relevância 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.

3. A mediatização do erro médico pela Imprensa Portuguesa, de 2008 a 2011

A investigação que aqui apresentamos, em torno do erro médico, inscreve-se num projecto mais vasto, “A Doença em Notícia”, que procura avaliar a mediatização da saúde e da doença, a partir (1) da produção da imprensa portuguesa e (2) das percepções de jornalistas e fontes de informação (jornalistas e assessores/instituições) sobre a produção jornalística sobre saúde, sobre o seu papel nesse processo e sobre a sua percepção sobre a relação entre jornalistas e fontes de informação. 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 6305 artigos. Destes, apenas 266 (4,2%) diziam respeito a assuntos associados ao erro médico.

3.1. Metodologia

No que toca ao processo de selecção e de recolha de dados, a avaliação da mediatização do erro médico pela imprensa portuguesa assenta na análise de todas as edições de 3 jornais: Público (diário de referência, com sede em Lisboa); Jornal de Notícias (diário popular, com sede no Porto); e Expresso (semanário de referência, como sede no Porto). 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 factores, pela localização das redacções, a periodicidade dos órgãos e a sua orientação editorial.

Cada artigo foi classificado de acordo com um conjunto de variáveis: as fontes de informação citadas (a sua origem geográfica, género, estatuto e especialidade, no caso dos médicos); os temas que são tratados; as doenças a que se referem (quando são sobre doenças); e características de enquadramento da informação publicada (tom, geografia dos acontecimentos, género jornalístico, tamanho da notícia, tempo da notícia; 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 em duas fases: (1) a caracterização, recorrendo a análise de conteúdo quantitativa, da produção noticiosa através das variáveis referidas e, adicionalmente, procurando perceber até que ponto as variações encontradas na cobertura do erro médico podem ser explicadas pela periodicidade, orientação editorial e localização geográfica das redacções dos jornais; e (2) a identificação dos principais casos noticiados entre 2008 e 2011 e a caracterização e avaliação, através de análise de conteúdo qualitativa, da sua construção mediática, em função de critérios como: o conceito de erro médico subjacente; a proeminência atribuída aos actores, 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 correctivas e de prevenção, etc.). Nesta comunicação, contemplaremos apenas o primeiro passo desta estratégia de análise.

3.2. Principais características da cobertura noticiosa do erro médico

3.2.1. O que é típico e o que se destaca

Entre os 6305 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: de 2008 a 2011, o número de artigos quase duplica, em boa parte devido a um grande crescimento em 2011 (2008: 59; 2009: 40; 2010: 61; 2011: 106). Estes 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 preponderantes em anos anteriores, como foi o caso da Gripe A. Temos ainda de admitir, nesta fase da investigação, outros cenários tais como um aumento dos recursos das redacções para a cobertura deste 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 Expresso dá ao tema, com apenas 17 artigos em 4 anos.

O género noticioso mais comum é claramente a notícia, com 96,2% dos casos, registando-se apenas oito reportagens e duas entrevistas no total. São essencialmente textos que fazem o ponto de situação relativamente a um caso (38,4%) ou referem-se a um acontecimento do dia anterior (36%). Trata-se de artigos de tamanho médio (70,7%), o que não é surpreendente, se considerarmos que são, na sua maioria, notícias, e referentes, em boa parte, a acontecimentos ocorridos na área de Lisboa e Vale do Tejo (39,1%), seguindo-se a região Norte (25,9%). O tom dos artigos noticiosos, avaliado a partir do título, é maioritariamente negativo (71,4%) o que seria esperar, tendo em conta o tópico em análise: o erro médico. Há contudo que salientar 8,3% de títulos positivos, o que poderá ser explicado pela predominância dos textos que fazem o ponto de situação, o que engloba a resolução de casos.

Quando olhamos para estas 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, que as características dos jornais não explicarão as diferenças na cobertura noticiosa, ou seja, a informação sobre o erro médico não recebe um tratamento diferente por parte de um jornal popular ou de referência; diário ou semanário; ou com a redacção principal no Porto ou Lisboa.

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, não é o Expresso (semanário) que publica 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. Quanto ao tempo da notícia, os dados indicam uma maior preocupação por parte do Público com a antecipação de eventos, ainda que, com tão poucos dados, não possamos falar de uma tendência. Quando se olha para o lugar da notícia, há alguns aspectos a referir: há mais artigos do JN sobre acontecimentos no Norte e Centro do que os do Público e Expresso, sendo que tanto o Público como o Expresso não publicam, neste período, qualquer artigo sobre o Alentejo (o JN publica apenas um) e o Expresso deixa também de fora o Centro do país.

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 estes artigos 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 indicar um bom nível de preocupação com a atribuição de informação. Nesta 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.

3.2.2. Os protagonistas: o lugar dos pacientes 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, poderemos 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.

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%). A grande maioria das fontes é identificada (76,1%). Estes dados vão ao encontro da tendência geral de mediatização da saúde (Lopes, Ruão, Marinho & Araújo, 2012) e não constituem especificidades da informação sobre o erro médico.

Para perceber a relevância atribuída aos pacientes e cidadãos, importa então avaliar as fontes de informação a partir do seu estatuto/profissão. O Quadro 1 resume os dados relativos a esta variável:

Quadro 1: estatuto das fontes de informação em artigos sobre o erro médico

Estatuto das Fontes		N	%
Oficiais Campo da Saúde	Políticos	20	3,0%
	Administradores/directores de centros de saúde	31	4,7%
	Assessores/porta-voz institucionais	17	2,6%
	Outros	40	6,1%
Oficiais Fora Campo Saúde	Oficial - Políticos (fora do campo da saúde)	4	0,6%
	Oficial: outros (fora do campo da saúde)	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 (campo da saúde)	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%
Especializadas Institucionais Fora do Campo da Saúde	Outros	13	2,0%
	Media (campo da saúde)	1	0,2%
	Sites/Blogues (campo da saúde)	1	0,2%
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	Empresários, economistas, industriais	1	0,2%

Não institucionais	Juristas/magistrados	48	7,3%
Fora do Campo da Saúde	Académicos	1	0,2%
	Outros	3	0,5%
	Media/ sites noticiosos	69	10,5%
	Documentos fora do campo da saúde	40	6,1%
	Pacientes/familiares	86	13,1%
	Cidadão desconhecido	11	1,7%
	Outros	24	3,7%
Total		657	

Fonte: elaboração própria

Se agregarmos as fontes de informação do Quadro 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, com 9,1%; especializadas institucionais fora do campo da saúde, com 9,7%; e especializadas não institucionais fora do campo da saúde, com 8,1%. Numa primeira abordagem a estes 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 deste tipo de fonte, já que os acontecimentos relativos a erros médicos terão de, ou pelo menos deveriam, implicar que os profissionais de saúde e que os directores/administradores e porta-vozes das instituições sejam ouvidos, de acordo com o princípio do contraditório. Da mesma forma, muitas vezes trata-se de assuntos que requerem alguma explicação/enquadramento, o que caberá a especialistas e a 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.

O que é novidade na mediatização do erro médico, ainda que não surpreendente, é o peso dos pacientes/familiares como fontes de informação, que corresponde a 13,1%. Poder-se-á argumentar que ainda não é suficiente, mas a verdade é que é-lhes aqui efectivamente 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 perceber esta intervenção em termos qualitativos (como é apresentado e enquadrado este discurso), uma tarefa que pretendemos levar a cabo a curto-prazo, na segunda fase desta investigação.

4. O “erro médico” na imprensa portuguesa: subestimado, distorcido ou inacessível?

Não é possível, nesta fase da investigação, responder cabalmente a estas interrogações, mas temos algumas pistas. Não podemos afirmar que o tema seja subestimado, mas esperaríamos mais produção noticiosa, tendo em conta o peso do erro médico nas causas de mortalidade em Portugal. Para além do número de artigos (266), não se aposta em trabalhos de fundo, como reportagens ou entrevistas. Esta situação pode dever-se a vários factores, de entre os quais destacamos dois: a exigência, em termos de recursos, que este tipo de trabalho exige às redacções e o facto de, havendo contornos legais, existir muita informação em segredo de justiça. Esta 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 destas matérias.

Relativamente à eventual “distorção” do fenómeno, por via da sua mediatização, não é possível ainda perceber se ocorre, sem proceder a uma análise do discurso jornalístico. O que pudemos perceber até este momento é que há características comuns com a cobertura noticiosa da saúde em geral e aspectos 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 qualitativa dos conteúdos nos permitirá perceber de que forma são apresentados/construídos estes actores e que representação do erro médico é veiculada, bem como validar algumas possíveis explicações que aqui fomos avançando.

Bibliografia

- Blendon, R. J., DesRoches, C. M., Brodie, M., Benson, J. M., Rosen, A. B., Schneider, E., . . . Steffenson, A. E. (2002). Views of Practicing Physicians and the Public on Medical Errors. *New England Journal of Medicine*, 347(24), 1933-1940. doi: doi:10.1056/NEJMsa022151
- Freimuth, V. S., & Quinn, S. C. (2004). The Contributions of Health Communication to Eliminating Health Disparities. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2053–2055.
- Friedman, D. B., & Hoffman-Goetz, L. (2008). Literacy and health literacy as defined in cancer education research: A systematic review. *Health Education Journal*, 67(4), 285-304. doi: 10.1177/0017896908097071
- 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.
- Hébert, P. C., Levin, A. V., & Robertson, G. (2001). Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical error. *Canadian Medical Association Journal*, 164(4), 509-513.
- Kreps, G. L., Bonaguro, E. W., & Query, J. L. (1998). The history and development of the field of health communication. In L. D. Jackson & B. K. Duffy (Eds.), *Health communication research: a guide to developments and directions* (pp. 1-15). Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Incorporated.
- Kreps, G. L., & Maibach, E. W. (2008). Transdisciplinary Science: The Nexus Between Communication and Public Health. *Journal of Communication*, 58(4), 732-748. doi: 10.1111/j.1460-2466.2008.00411.x
- 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
- Lopes, F., Ruão, T., Marinho, S., & Araújo, R. (2012). A saúde em notícia entre 2008 e 2010: retratos do que a imprensa portuguesa mostrou. *Comunicação e Sociedade* (Número Especial: Mediatização Jornalística do Campo da Saúde), 129-170.
- Lupton, D. (1993). AIDS Risk and Heterosexuality in the Australian Press. *Discourse & Society*, 4(3), 307-328. doi: 10.1177/0957926593004003002
- Mansoa, A. (2010). *O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos*. Tese de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

- Pierluissi, E., Fischer, M. A., Campbell, A. R., & Landefeld, C. S. (2003). Discussion of medical errors in morbidity and mortality conferences. *The Journal of the American Medical Association*, 290(21), 2838-2842. doi: 10.1001/jama.290.21.2838
- Ratzan, S. C. (1994). Health communication: Challenges for the 21st century. *American Behavioral Scientist*, 38(2), 197 – 380.
- Sandars, J., & Esmail, A. (2003). The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Family Practice*, 20(3), 231-236. doi: 10.1093/fampra/cm301
- Uribe, C. L., Schweikhart, S. B., Pathak, D. S., Dow, M., & Marsh, G. B. (2002). Perceived barriers to medical-error reporting: an exploratory investigation. *Journal of Healthcare Management*, 47(4), 263-279.
- 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>
- Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. *British Medical Journal*(320), 726-727. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>