



## A formação profissional na medicina: erro em saúde em um país Latino Americano

*The professional training in medicine: medical error in a Latin-American country*

Vitor Silva Mendonca  
Maria Luisa Schmidt  
*Universidade de São Paulo*

### Resumo

Verificar a relação do processo formativo da Medicina no Brasil, a partir do comportamento dos médicos sobre o erro na prática dessa profissão. Realizou-se um estudo de caráter qualitativo com 20 médicos brasileiros, sendo 10 médicos sem erros e 10 com algum tipo de erro em saúde. A falta de uma discussão ao longo da formação e no local de trabalho foi destacada pelos dois grupos, sendo que o grupo com erros destaca a preocupação da instituição de trabalho com a qualidade e segurança do paciente devido à aplicação do *disclosure*. E por fim, os problemas ao longo da formação médica acabam proporcionando médicos com qualidade profissional duvidosa, segundo o grupo sem erros. Já no grupo com erros o mercado de trabalho competitivo pode ser um critério de seleção para médicos mais eficientes. Precisa-se ampliar a discussão sobre erros em saúde durante a formação dos profissionais médicos.

Palavras-chave: **Educação médica; Erros médicos; Prática profissional; Notificação**

### Abstract

*To understand the process of medical training in Brazil, based on physicians' experiences on medical error. A qualitative study was conducted with 20 Brazilian physicians, 10 physicians without errors and 10 with some type of medical error. Both groups highlighted the lack of a discussion during training and in the workplace, and the group with errors highlights the work institution's concern with the quality and patient safety due to the disclosure. Finally, problems throughout medical training end up producing physicians of dubious professional quality, according to the group without errors. In the group with errors the competitive labor market may be a selection criterion for more efficient physicians. It is necessary expand the discussion about medical errors during the training of medical professionals.*

Keywords: **Medical education; Medical errors; Professional practice; Disclosure**

## INTRODUÇÃO

O processo de formação médica é uma tarefa complexa que demanda uma infinidade de responsabilidades, presteza técnica e cobranças. A seleção dos alunos para ingressar na faculdade de Medicina é uma etapa marcada pela forte carga emocional, assim como é a vivência ao longo do processo de formação desse futuro profissional (Karp & Levine, 2018; Mayer et al., 2016).

Tornar-se médico exige uma formação com cargas horárias de teorias e práticas extensas, independente do país que esse aluno esteja estudando. Esse processo expõe os alunos a um elevado grau de sofrimento psíquico, podendo corroborar com a prevalência de transtornos ansiosos e depressivos, de abuso de álcool e drogas, e incidência de suicídio entre os estudantes de Medicina (Karp & Levine, 2018; Milling, 2005; Weinger & Ebden, 2002). Isso tem implicação nos custos sociais, pois segundo pesquisa realizada no Brasil em 2014 a principal causa de aposentadoria na população médica foram os transtornos mentais (Laranjeira & Alves, 2014).

Essa mesma pesquisa ainda alertou para o crescente número de conflitos com os colegas de profissão, maior número de erros e piores cuidados dispensados aos pacientes que podem afetar a rotina de um médico (Laranjeira & Alves, 2014). Tudo isso traz consequências e impactos na prática do médico em exercício, e isso não é reflexo somente na sociedade brasileira, mas em países da América Latina e países de outros continentes (Stewart et al., 1995). Por conta da relevância do assunto, algumas instituições têm criado iniciativas para reduzir as possibilidades de adoecimento e disfunção profissional entre estudantes, residentes e profissionais da Medicina, como estratégias de *mindfulness* ou programas de mentoring (Barden, Specht, MacCarter, Daly & Fahey, 2002; Dunn, Moutier, Green Hammond, Lerhmann & Roberts, 2008; Goldstein, Kim, Widmann & Hardy, 2004).

Segundo um estudo brasileiro (Bitencourt, Neves, Neves, Brasil & Santos, 2007), a formação na educação médica deveria ter duas funções: a primeira, fornecer ao estudante conhecimentos científicos e de natureza técnica essenciais ao exercício da futura profissão; a segunda, facilitar o processo de amadurecimento de uma personalidade adulta e equilibrada, capaz de entender a complexa estrutura biopsicossocial do paciente.

A formação e o ensino médico no Brasil vêm sendo alvo de críticas por conta da necessidade de mudança. Hoje, há um cenário de deterioração do ensino de graduação, talvez motivada pela proliferação de faculdades de Medicina nesse país. Isso tem influência da proposta do governo em aumentar o número de escolas com formação médica, diferentemente da França, por exemplo, que, já

nos anos de 1980, estabeleceu um número limite de entrada nas faculdades. Todavia, essa ideia já vem sendo discutida até mesmo pela Comissão interinstitucional de avaliação do ensino Médio (CINAEM) ligada ao Conselho Federal de Medicina, uma vez que o aumento no número de médicos e aberturas de novas faculdades não teve acompanhamento de uma avaliação rigorosa da qualidade no ensino dessas novas escolas médicas (Barbosa, 2007; Scheffer, 2013).

A partir dessa discussão esse artigo buscou compreender o processo de formação na prática dos profissionais da Medicina focalizando mais especificamente a questão do erro em saúde, que seria uma conduta inadequada que gera dano ou agravo à saúde do paciente, através da omissão do profissional (Mendonça, Gallagher & Oliveira, 2018), e quais aportes da formação podem ser utilizados para o manejo desse acontecimento na prática médica. A questão específica do erro em Medicina no Brasil foi selecionada tendo em vista a grande incidência de casos no país e também o aumento no número de processos ético-profissionais contra os médicos envolvidos em erros, registrando crescimento anual de até 15% nos últimos 4 anos (Scheffer, 2017). Vale lembrar que o termo médico empregado no estudo refere-se ao profissional da Medicina, incluindo ambos os sexos.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Para este estudo, com enfoque qualitativo, realizou-se entrevistas com roteiro semiestruturado com 20 médicos atuantes em um hospital privado do Estado de São Paulo, Brasil. Esses médicos foram convidados aleatoriamente para participarem da pesquisa e agrupados em dois grupos sendo 10 médicos sem erros e os outros 10 com erros em saúde, seguindo o critério de saturação. O período da coleta aconteceu em 2016 e 2017. Não foi imposto nenhum critério de exclusão na pesquisa, devendo obrigatoriamente que o profissional tivesse permissão para exercer a prática profissional enquanto médico no país, ou seja, que o médico tivesse registro profissional no Conselho de Medicina do Estado de São Paulo, à época da pesquisa. Os participantes foram identificados e selecionados pela instituição coparticipante da pesquisa, e todos consentiram sua participação na pesquisa. Por motivos institucionais e jurídicos os pesquisadores não tiveram acesso aos documentos oficiais sobre os casos.

A instituição coparticipante foi um hospital privado de grande porte localizado no Estado de São Paulo, Brasil, com mais de seis mil médicos cadastrados no seu corpo clínico. Apresenta um serviço de notificação para os eventos e erros em saúde que segue um fluxo de processos e controles para garantir a gestão da segurança. Essa notificação, de forma anônima ou identificada, é a porta de entrada para avaliação de qualquer tipo de incidente naquele hospital. Quando

esse incidente é identificado como erro em saúde a instituição realiza o *disclosure* a fim de comunicar abertamente a informação com o paciente e familiar. Esses eventos e erros são aqueles que causam danos à saúde do paciente, a partir de imperícia, imprudência ou negligência do profissional. Dessa forma, todos os casos deste estudo foram identificados pelo próprio hospital, justificando assim a escolha dessa instituição.

O *disclosure* nada mais é que uma prática instituída no sistema de saúde Norte Americano que obriga instituições e profissionais de saúde informarem abertamente ao paciente quando um mau resultado ou um resultado inesperado acontece durante seu tratamento. Por conta disso, muitos hospitais e universidades americanas desenvolveram programas de treinamentos e melhorias de qualidade e segurança do paciente que trouxeram ganhos importantes, como a redução no número de erros e atenuação do sofrimento dos profissionais nas suas relações com pacientes (Gallagher, Studdert & Levinson, 2007).

O roteiro de entrevista utilizado partia de perguntas mais gerais para permitir análises mais amplas e que fosse possível trazer as experiências dos médicos. Uma maneira de unir as narrativas ao conceito de experiência foi usado, de modo que pela narrativa é possível acessar a experiência pessoal ou coletiva. As perguntas contemplavam as seguintes temáticas: a formação enquanto médico, discussão da temática erro médico nas faculdades de medicina, discussão do tema no local de trabalho, as reações dos participantes sobre essas discussões à época, e a qualidade da formação médica. As entrevistas duraram por volta de uma hora e trinta minutos, em média, sendo todas agendadas previamente com o participante e realizadas no próprio hospital, em locais adequados para realização das mesmas.

As entrevistas foram gravadas e sua transcrição e análise apoiadas em pressupostos e conceitos oriundos da perspectiva teórica fenomenológico-existencial. Essa concepção busca realizar uma profunda reflexão sobre a experiência vivida, que então permitiria alcançar a essência do conhecimento, pensando sempre na compreensão do homem e do mundo, a partir da sua própria existência concreta (Critelli, 1996). Busca-se os significados e sentidos atribuídos pelos médicos às suas vivências cotidianas. Abandona-se as tentativas de explicação universal para permanecer junto aos fenômenos da experiência concreta, tais como se mostram a partir de si mesmo (Giorgi & Sousa, 2010). A fim de resguardar o anonimato, os participantes foram identificados por letras e números, sendo a letra S o grupo de médicos sem erros e a letra C dos médicos com erros. A pesquisa tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de São Paulo, Brasil, parecer número 1178646 em Agosto de 2015, e segue todos os preceitos éticos e normativos exigidos.

## RESULTADOS

As tabelas seguintes trazem uma representação do perfil e dados deste estudo. Para melhor orientação seguimos sempre um comparativo entre os dois grupos de médicos. Os médicos envolvidos neste estudo foram na sua maioria profissionais do sexo masculino e com média de idade dos participantes de 47,8 anos. O tempo de atuação prática na Medicina foi calculada a partir do término da graduação de cada participante. A carga horária semanal de trabalho apresentou diferença de 10 horas a mais de trabalho no grupo com erros (Tabela 1).

Quanto às especialidades médicas presentes entre os grupos, temos um destaque para a área clínica e anestesia no grupo de médicos com erros. Não houve diferença significativa nas especialidades dos participantes, com tendência para as especialidades mais assistenciais no grupo sem erros (Tabela 2). Lembramos que os participantes foram convidados e a população deste estudo são aqueles que se colocaram à disposição da pesquisa.

Trazemos algumas semelhanças e diferenças importantes entre as perspectivas dos dois grupos de médicos abordados neste estudo (Tabela 3).

Em relação à **discussão da temática na formação acadêmica** foi perceptível que quando ela era abordada, não era trabalhada de maneira suficiente durante a formação médica, pois grande parte dos médicos não tiveram nenhum tipo de abordagem nesse sentido. Algumas falas expressam bem essa percepção:

Características	Médicos sem erro	Médicos com erro
Idade (média)	49,9	45,7
Sexo masculino (%)	60	100
Carga horária semanal (moda)	40	50
Formado em escola SP (%)	40	70
Tempo de atuação (média)	27,9	21,2

**Tabela 1.** Características dos médicos

Médicos sem erro	Médicos com erro
Reumatologia	Cardiologia
Ginecologia	Clínica médica
Nefrologia	Clínica médica
Pediatria	Clínica médica
Medicina de família e comunidade	Anestesiologia
Medicina de família e comunidade	Ortopedia
Psiquiatria	Cirurgia
Cardiologia	Urologia
Clínica médica	Cirurgia
Cirurgia plástica	Anestesiologia

**Tabela 2.** Especialidades dos médicos

Temas entrevista	Atitudes médicos sem erro	Atitudes médicos com erro
Discussão do tema durante formação	Tema tido como ameaça	Priorizar mais aspectos da falibilidade e possibilidade do erro
Discussão do tema no trabalho	Raramente abordado	Destacam a segurança do paciente
Aspectos do <i>disclosure</i>	Alternativa mediante a dificuldade para assumir	Permite repensar nas práticas utilizadas
Problemas na formação	Maior preocupação com as novas tecnologias	Ambiente de ensino deveria proporcionar criticidade
Qualidades do profissional no Brasil	Médicos com qualidade profissional duvidosa	A concorrência promove a busca por melhor formação

**Tabela 3.** Comparação entre médicos com e sem erros em saúde

Negativo. Nunca ninguém comentou isso. A gente só trabalha com sucesso e com vida. Tem tanta informação para ser acrescentada na faculdade que isso não faz parte do currículo (Entrevistado C4, entrevista pessoal, outubro de 2017)<sup>1</sup>.

No grupo de médicos sem erros, os médicos mais velhos disseram que durante a época da sua formação, não era tradição ter esse tipo de discussão, acreditando que na atualidade o assunto possa ser melhor abordado e comentado. Porém, não acreditam que durante a graduação seja o melhor período para se discutir esse tipo de temática. Eles acreditam que na residência seria mais apropriado trabalhar essa discussão.

Ainda nesse mesmo grupo, a questão do erro como ameaça na formação foi destacada por S7, e principalmente pelo fortalecimento que a mídia oferece nos assuntos sobre o tema, deixando a futura classe médica, no caso dos estudantes, ainda mais amedrontados.

No início o erro médico parecia uma ameaça. E acho que hoje em dia volta a ser uma ameaça pelo uso que a sociedade está fazendo do erro médico. Estão sendo processados muitos médicos e têm advogados especializados nisso. No início, quando não tinha essa lógica de julgar médicos, que é uma importação de ideologia Norte Americana, tinha mais um temor de que isso pudesse acontecer. Hoje em dia o temor é real, principalmente aos alunos (Entrevistado S7, entrevista pessoal, janeiro 2018).

O grupo de médicos com erros acredita que a questão da falibilidade e da possibilidade do erro deveriam ser temas constantes na formação, de modo que o assunto não fosse tabu nas instituições de cuidado em saúde, na qual elas pu-

<sup>1</sup> Foram enumerados para garantir o anonimato dos participantes.

dessem oferecer uma estrutura e suporte para trabalhar situações desse gênero.

É uma coisa meio caricata e distante. Deveriam tratar a falibilidade do ser humano para que possamos crescer e aprender com os erros. Os grandes referenciais teóricos nos dizem para encarar a realidade e assumir (Entrevistado C3, entrevista pessoal, outubro de 2017).

Quanto à **discussão do tema no ambiente de trabalho**, essa foi balizada em atitudes bem polarizadas nos dois grupos. Os médicos sem erros foram categóricos ao afirmarem que existe pouca ou nenhuma discussão sobre erro na instituição de trabalho, mesmo havendo um serviço de notificação na instituição.

Nada abordado. É algo que todo mundo se esconde. São questões que ninguém mexe. Você pode ver, mas você não pode falar. Tanto que penso nas pessoas que foram cassadas. É interesse você estudar isso, porque é algo que não se divulga e nem é colocado para população e nem para os médicos (Entrevistado S9, entrevista pessoal, janeiro de 2018).

No grupo de médicos com erros as narrativas foram opostas ao grupo sem erros. Para aqueles, existe uma estrutura que permite a difusão e abordagem da temática.

Eu tenho a felicidade de estar aqui no hospital há 12 anos e desde que cheguei aqui como residente eu aprendi de forma teórica e prática uma maneira de colocar a segurança no meu serviço. E eu digo com segurança que somos a instituição no Brasil que temos a melhor estrutura de segurança implantada como cultura (Entrevistado C3, entrevista pessoal, outubro de 2017).

Ainda nesse grupo, existe uma crítica muito grande no modo de trabalho que a instituição conduz essa discussão sobre o tema. Para alguns médicos ainda é confuso qual a verdadeira função de se abordar o tema na instituição, educativo ou menos punitivo? Ou seja, não está clara a real finalidade do que a instituição chama de notificação e *disclosure* desenvolvido pela gerência responsável.

Aqui ele ainda é abordado de uma maneira um pouco nebulosa. E eu fiquei sabendo por outras pessoas que fui acionado em um evento adverso. E quando vieram conversar comigo eu não entendi. Eles falaram que era para me ajudar, mas eu não sei onde foi o erro. Daí eu soube que a família do paciente queria dinheiro e a instituição ofereceu uma ala da enfermaria para colocar o nome do paciente. É uma coisa muito estranha e nebulosa (Entrevistado C5, entrevista pessoal, novembro de 2017).

Nos dois grupos foi percebido que a gestão de trabalho na Medicina ainda é permeada pela presença da proteção entre os pares, ou comumente chamado de corporativismo.

Aqui na instituição é sistematicamente encoberto. Mas, sabe por que eu acho que é assim? Por parte da gestão. Eles têm medo de perder o médico. A postura da gestão é passar a mão na cabeça de quem faz coisa errada e isso desmotiva muito. Se é um profissional que traz paciente para a instituição ou querido por alguém da diretoria, e ele faz algo de errado, pode esquecer que nada acontecerá a ele. Não sou o único a pensar assim. É muito frustrante (Entrevistado S5, entrevista pessoal, agosto de 2017).

Os aspectos positivos do *disclosure* foi um dos temas abordados pelos médicos participantes. Os dois grupos ressaltaram a importância dessa prática que é pouco difundida e utilizada no Brasil. Os médicos do primeiro grupo têm clareza da dificuldade que é para um médico brasileiro assumir um erro, e por isso a necessidade da realização do *disclosure*.

Quando ocorre um erro na instituição a gente identifica-o. Comunica a família que houve um erro. E que vamos apurar os fatos e dar um retorno. De uma forma geral, tem algumas instituições que já fazem isso, apenas quando a família suspeita que houve um erro. Essa revelação do erro para a família é algo muito impactante. É difícil você convencer o médico. Não é fácil você estar do outro lado e admitir que errou. O médico fica muito sensibilizado (Entrevistado S6, entrevista pessoal, agosto de 2017).

Os médicos do segundo grupo perceberam que fazer parte do processo não é algo confortável e que algumas vezes sentiram-se desamparados quanto à falta de informação. No entanto, a ausência do *disclosure* seria algo de grande prejuízo para todos os envolvidos.

Existe uma ansiedade gerada, a incapacidade de digerir esse processo, pois a resolução precisa ser rápida e não é. Não dá para esperar meses para resolver uma coisa tão clara dentro de um prontuário. Agora, pior seria se não tivesse esse tipo de procedimento dentro do hospital, pois não permitiria você repensar no seu modo de praticar a Medicina (Entrevistado C1, entrevista pessoal, setembro de 2017).

Os problemas na formação que apareceram nos discursos dos participantes foram bem semelhantes nos dois grupos. Inúmeros problemas foram apontados, porém, quase todos estão concentrados na questão do ensino médico no Brasil.

O dualismo tecnologia versus humanismo foi destacado no grupo sem erros.

De uma forma geral, as pessoas estão mais interessadas na tecnologia e no que vai trazer maior benefício. Eu não sei. Eu acho que existe um viés de formação na carreira médica. Eu tenho a impressão que o médico se forma

meio alienado da realidade. Muito dono de si (Entrevistado S3, entrevista pessoal, agosto de 2017).

Ainda no grupo de médicos sem erros existe uma crítica quanto a quantidade de vagas de residência médica no país e ao número de médicos que conseguem acessar essas vagas, sendo que para esse grupo o médico só poderia atuar após a conclusão de uma residência.

Para mim, não deveria ser permitido ao médico trabalhar e assistir um paciente, sem antes fazer uma residência. E a gente sabe que no país a maioria dos médicos fazem residência. Isso deveria ser obrigatório. Aí sim, eu acho que melhoraria o nível. Não é fazer mais escolas médicas. É abrir vaga de residência para todo mundo, para esses médicos serem treinados (Entrevistado S4, entrevista pessoal, setembro de 2017).

O grupo com erros acredita que o sistema de avaliação de ingresso no vestibular muitas vezes não é tão eficiente para avaliar o aluno realmente preparado para o curso. O aluno e o professor devem ser críticos o suficiente a ponto de questionar o processo de educação, o que é ensinado e a forma de ensino.

O que precisa melhorar é qualidade do ensino. Se eu estiver ensinando besteira, o aluno vai sair fazendo besteira. Agora, um bom aluno vai falar que o professor é ruim. Infelizmente, não é depois de formado que ele deveria ser avaliado, mas sim durante a formação. Se o cara passou no vestibular é muito difícil que ele não chegue ao final do curso. Mesmo que o cara leve oito anos. O vestibular nem sempre é o melhor método, mas é o vigente (Entrevistado C2, entrevista pessoal, setembro de 2017).

Por fim, a **qualidade do profissional médico brasileiro** foi colocada em discussão. Para os médicos sem erros a qualidade dos profissionais médicos ainda deixa a desejar.

A gente percebe que está difícil conseguir bons profissionais no meio. São Paulo tem milhares de médicos, mas, quando você procura de boa qualidade não é tão fácil. Você tem que treinar na sua instituição. Às vezes, você pega um indivíduo que não é tão bem formado, mas que gosta de cuidar do paciente, é atencioso, você vai treinando. Esse é um bom caminho para reduzir erros (Entrevistado S8, entrevista pessoal, janeiro de 2018).

A concorrência e o grande número de profissionais em um mesmo local pode provocar uma procura por melhor atualização e destaque na carreira profissional, acreditam os médicos com erros.

Olha, eu e muitos colegas viemos fazer residência em São Paulo e todos nós comentávamos essa situação na cidade onde eu me graduei e de como aqui em São Paulo as coisas são diferentes, talvez pela concorrência, a competição ajuda, pois as pessoas tentam sempre fazer o melhor, estão sempre

se atualizando e correndo atrás. Aqui as pessoas tentam fazer as condutas baseadas em evidências e tentando ser um médico melhor (Entrevistado C7, entrevista pessoal, dezembro de 2017).

## DISCUSSÃO

A formação em saúde no Brasil ainda tem um aspecto mais tradicional que hipervaloriza o aspecto biológico e a fragmentação dos conhecimentos, sem contar com a falta de estímulo adequado para o desenvolvimento da autonomia, capacidade de análise, julgamento e avaliação. Tudo isso coaduna para a ocorrência dos casos de erro médico, haja vista que a quantidade e a qualidade da formação médica estão em grande paradoxo e caminhos distintos (Gomes & Rego, 2011). Dessa forma, são colocados no mercado profissional médicos que não tiveram uma boa discussão e preparo para lidar com um erro na sua atuação ou até mesmo a sua possibilidade. Sem contar que, a proliferação de faculdades coloca em discussão como esses cursos são instalados e o que se predomina neles. Isso é reforçado pelo discurso que as Faculdades de Medicina brasileiras preconizam um imaginário de trabalho livre de erros, em que a perfeição fica em evidência, tanto no diagnóstico quanto no tratamento (Carvalho & Vieira, 2002).

Na prática, a mensagem é clara de que os erros são inaceitáveis. A expectativa de que esses profissionais atuem sem erros promove um consenso da infalibilidade, de modo que os erros sejam encarados como falta de atenção, de cuidado ou de conhecimento (Carvalho & Vieira, 2002; Mendonca et al., 2018; Mendonca & Schmidt, 2019). Dessa forma, a abordagem construtiva do erro fica prejudicada, uma vez que a perfeição é exigida pelos pares e seus pacientes, algo que foi percebido no discurso dos dois grupos pesquisados.

Discutir e trabalhar a questão do erro em saúde no Brasil ainda não é uma prática comum das instituições de saúde, tanto que alguns desafios culturais do Brasil, como uma sociedade mais punitiva e que busca por culpados, o ensino médico livre de erros e outros, são os dificultadores para que essas instituições brasileiras pudessem investir em programas de *disclosure* bem estruturados, ou seja, que essa prática pudesse impulsionar a qualidade na segurança do paciente brasileiro, como é possível perceber em outros países da América Latina (Mendonca et al., 2018).

É interessante notar que quando os médicos são abordados sobre a discussão da temática na instituição de trabalho, muitos deles reforçam a ideia de ser algo raramente discutido. Tal situação reforça a ausência na divulgação por parte da instituição em trabalhar e abordar melhor a qualidade e segurança do paciente, como também, a possibilidade que os profissionais têm de buscar um ser-

viço dentro da própria instituição que poderia orienta-los quanto um evento de erro acontece. Ou seja, a instituição de saúde aqui estudada ainda apresenta falhas quanto à clareza e finalidade deste tipo de serviço para todos os profissionais do hospital. No entanto, deve-se ressaltar a importância e o pioneirismo desta instituição ao implantar um serviço com características dos *disclosures* desenvolvidos nos Estados Unidos (Mendonca et al., 2018).

Realizar uma pesquisa com um grupo de médicos com erros em um país como o Brasil é algo que transborda a inovação da comunidade científica brasileira, pois permite mostrar as fragilidades de um grupo tão hegemonicamente incontestável e colocado em um camada social inabalável, o que serve de modelo e inspiração para que países da América Latina também se espelhem na situação dos médicos brasileiros e o modo como o erro em saúde e a segurança do paciente são abordados.

Recomenda-se que no Brasil e em outros países da América Latina a educação em saúde possa ser revisada com vistas a olhar a formação do profissional médico com promoção da capacidade ampliada da escuta e do acolhimento para a humanização, destacando uma visão integralizada do cuidado em saúde e a aproximação entre a capacidade técnica, ética e compromisso com a cidadania, muitas vezes pressionados pelo Sistema Único de Saúde brasileiro. Em relação a qualidade do médico já formado é preciso observar para a redução de carga horária excessiva, sobrecarga de trabalho, privação de sono e das condições precárias de trabalho nos países latino americanos (Mayer et al., 2016; Mendonca et al., 2018).

As principais limitações deste estudo foram poder pensar somente na realidade do médico local e a formação oferecida nesse país, não permitindo grandes generalizações neste estudo qualitativo. Outro fator limitador foi o número de participantes, principalmente pela dificuldade dos médicos com erros aceitarem sua participação no estudo, bem como a pouca aderência de participantes do sexo feminino.

Como conclusão pode-se afirmar que o processo formativo da Medicina no Brasil precisa ser revisto para que aspectos como erros em saúde e outros temas eticamente relevantes e pouco abordados na formação, sejam trazidos e discutidos para que os profissionais tenham conhecimento teórico e prático quando algo semelhante acontecer na sua prática. Pensar em profissionais e processos mais adequados para abordar o erro em saúde na América Latina somente é possível a partir do exercício de análise e repensar sobre os *modus operandi* atualmente exercidos.

Para futuros estudos, recomenda-se selecionar profissionais médicos de instituições de cuidado em saúde divergentes, de instituições que não têm o serviço de *disclosure* instituído e comparar com alguns achados desta pesquisa. Seria conveniente comparar os dados brasileiros com informações de outros países latino americanos e as situações da formação médica desses países.

## REFERÊNCIAS

- Barbosa, Genario Alves (2007). *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- Barden, Catherine; Specht, Michelle; MacCarter, Martin; Daly, John & Fahey, Thomas (2002). Effects of limited work hours on surgical training. *Journal of the American College of Surgeons*, 196(4), 531-538. [https://doi.org/10.1016/s1072-7515\(03\)00099-1](https://doi.org/10.1016/s1072-7515(03)00099-1)
- Bitencourt, Almir; Neves, Flavia; Neves, Nedy; Brasil, Israel & Santos, Livia (2007). Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(3), 223-228. <https://doi.org/10.1590/s0100-55022007000300004>.
- Carvalho, Manoel & Vieira, Alan (2002). Erro médico em pacientes hospitalizados. *Journal de Pediatria*, 78(4), 261-268. <https://doi.org/10.1590/s0021-75572002000400004>.
- Critelli, Dulce (1996). *Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: EduC Brasiliense.
- Dunn, Laura; Moutier, Christine; Green Hammond, Katherine; Lehrmann, John & Roberts, Laura (2008). Personal Health Care of Residents: Preferences for Care Outside of the Training Institution. *Academic Psychiatry*, 32(1), 20-30. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.32.1.20>
- Gallagher, Thomas; Studdert, David & Levinson, Wendy (2007). Disclosing harmful medical errors to patients. *The New England Journal of Medicine*, 356(26), 2713-2719. <https://doi.org/10.1056/nejmra070568>
- Giorgi, Amedeo & Sousa, Daniel (2010). *Método fenomenológico de investigação em Psicologia*. Lisboa: Fim do século.
- Goldstein, Michael; Kim, Eugene; Widmann, Warren & Hardy, Mark (2004). A 360 degrees evaluation of a night-float system for general surgery: a response to mandated work-hours reduction. *Current Surgery*, 61(5), 445-451. <https://doi.org/10.1016/j.cursur.2004.03.013>
- Gomes, Andrea & Rego, Sergio (2011). Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(4), 557-566. <https://doi.org/10.1590/s0100-55022011000400016>
- Karp, Jordan & Levine, Arthur (2018). Mental health services for medical students - time to act. *The New England Journal of Medicine*, 379(13), 1196-1198. <https://doi.org/10.1056/nejmp1803970>

- Laranjeira, Ronaldo & Alves, Hamer (2014). Médicos dependentes e com problemas psicológicos. *Journal Cremesp*, 198.
- Mayer, Fernanda; Santos, Itamar; Silveira, Paulo; Lopes, Maria; Souza, Alice; Campos, Eugenio... Tempiski, Patricia (2016). Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. *BMC Medical Education*, 16, 282-290.
- Mendonca, Vitor; Gallagher, Thomas & Oliveira, Reinaldo (2018). The Function of Disclosing Medical Errors: New Cultural Challenges for Physicians. *HEC Forum*, 31(3), 167-175. <https://doi.org/10.1007/s10730-018-9362-7>
- Mendonca, Vitor & Schmidt, Maria (2019). Disclosure: possibility to discuss medical error. *International Archives of Internal Medicine*, 3, 1-5.
- Milling, Truman (2005). Drug and alcohol use in emergency medicine residency: an impaired resident's perspective. *Annals of Emergence Medicine*, 46(2), 148-151. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2005.03.012>
- Scheffer, Mario (2013). *Demografia médica no Brasil* (Vol. 2). São Paulo: Conselho Federal de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
- Scheffer, Mario (2017). *Demografia médica no Brasil*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da USP/CFM/Cremesp.
- Stewart, Sunita; Betson, C; Marshall, I; Wong, C; Lee, P & Lam, T (1995). Stress and vulnerability in medical students. *Medical Education*, 29(2), 119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1995.tb02814.x>
- Weinger, Matthew & Israel, Sonia (2002). Sleep deprivation and clinical performance. *Journal of the American Medical Association*, 287(8), 955. <https://doi.org/10.1001/jama.287.8.955>



VITOR SILVA MENDONCA

Doutor em Psicologia. Pós doutor na USP/Brasil.  
[vitor.pospsico@bol.com.br](mailto:vitor.pospsico@bol.com.br)

MARIA LUISA SCHMIDT

Professora doutora do Instituto de Psicologia da USP.  
[malussch@uol.com.br](mailto:malussch@uol.com.br)

FORMATO DE CITACIÓN

Mendonca, Vitor Silva & Schmidt, Maria Luisa (2020). A formação profissional na medicina: erro em saúde em um país Latino Americano. *Quaderns de Psicologia*, 22(1), e1580. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1580>

## HISTORIA EDITORIAL

Recibido: 05-10-2019

1ª revisión: 28-01-2020

Aceptado: 10-03-2020

Publicado: 30-04-2020