

Cultura de Segurança do Doente: A Perspectiva dos Jovens Médicos

— I. B. Mesquita*, **; J. A. Monteiro*; M. Pires*; L. Carvalho*; A. Pereira* —

Resumo

Objectivos: Avaliar a cultura de segurança de um grupo profissional (jovens médicos: internos e especialistas) do Centro Hospitalar Leiria por auto avaliação.

Metodologia: “The Junior Doctor–Patient Safety Attitudes and Climate Questionnaire” ⁽¹⁾ é uma ferramenta multidimensional que utiliza itens de escalas já validadas e novos itens. Assegura-se o anonimato, registando-se a informação do ano e área médica ou cirúrgica dos inquiridos.

Resultados: Foram recebidas 90 respostas, num total de 393 inquéritos enviados. A maioria reconhece ter formação adequada em segurança do doente mas desconhece conceitos básicos.

Conclusão: Avaliou-se a perspectiva dos jovens médicos na compreensão e avaliação da segurança do doente, com limitação pela heterogeneidade. Há a percepção de pequenas diferenças: por um lado nos domínios pesquisados, por outro nas atitudes entre as diversas categorias e especialidades dos jovens médicos. Este estudo pretende ter impacto na cultura da qualidade e segurança do doente.

Palavras-chave: cultura de segurança; jovens médicos

Abstract

Objectives: Assess the safety culture of a professional group (junior doctors: interns and specialists) of Centro Hospitalar Leiria by self evaluation.

Methods: “The Junior Doctor–Patient Safety Attitudes and Climate Questionnaire” ⁽¹⁾ is a multidimensional tool combining already validated items with new ones. The responses were anonymous.

Results: 90 responses were received for a total of 393 surveys sent. Most acknowledge to have proper training in patient safety but are unaware of basic concepts.

Conclusion: We evaluated young doctors' perspective in the understanding and evaluation of patient safety, looking for the differences between professional groups. We found that there are small differences: on one hand in the surveyed areas, on the other hand in the different attitudes between different categories of young doctors and specialists. This study will bring impact on future interventions for improvement and expansion of the culture of quality and patient safety.

Keywords: safety culture; junior doctors

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde são um sistema complexo e na definição de complexidade coloca-se a probabilidade acrescida de algo correr mal. No centro deste sistema encontra-se o doente e torna-se imperativo assegurar a sua protecção. As estimativas referem que nos países desenvolvidos um em cada dez doentes é lesado na assistência hospitalar; ⁽²⁾ em Portugal a incidência de eventos adversos situa-se em 11%, sendo preveníveis 53%. ⁽³⁾ Reconhecendo os factos e os dados surge e urge o conceito e a cultura de segurança do doente. A sua definição clássica é a redução de risco dos danos desnecessários associados aos cuidados de saúde num mínimo

aceitável. ⁽²⁾ Assim, conclui-se que é um assunto global com necessidade de aperfeiçoamento por parte de todos os profissionais de saúde, sendo uma competência básica no seu percurso.

Actualmente admite-se que a educação na segurança do doente é uma componente essencial na formação pré e pós graduada; se por um lado se ensina ou se aprende as competências para intervenções na qualidade e segurança por outro é necessário apreendê-las e aplicá-las na realidade hospitalar.

OBJECTIVOS

Este trabalho tem como alvo os estudantes, jovens médicos e jovens especialistas, tendo co-

mo objectivo avaliar a sua cultura de segurança por auto-avaliação. Envolver este sector é reconhecer que estes são a última “linha de defesa” em contacto directo com o doente e seu ambiente, sendo o grupo em que o simples conhecimento e treino de conceitos de qualidade e segurança do doente pode aumentar a identificação de erros e/ou falhas activas ou latentes. ⁽⁴⁾

MATERIAL E MÉTODOS

Os autores utilizaram um questionário validado para avaliar a percepção de segurança de jovens médicos de nome “The Junior Doctor–Patient Safety Attitudes and Climate Questionnaire” usado por Durani. ⁽¹⁾ Trata-se de um

*Serviço de Medicina Interna I, Centro Hospitalar Leiria, Leiria, Portugal.

**Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

instrumento multidimensional que utiliza itens de escalas já validadas e novos itens. As questões agrupam-se em três grandes domínios, domínio A: conhecimento e instrução (10 questões); domínio B: atitudes de segurança do doente (15 questões); cultura de segurança na minha enfermaria/serviço (15 questões). Após obtenção de autorização do Centro Hospitalar de Leiria, o questionário foi entregue ao internato médico desta instituição a quem foi solicitada a colaboração para divulgação do mesmo. O questionário foi enviado via email a todos os internos do ano comum e internos de formação específica (n=110), especialistas hospitalares com menos 5 anos de especialidade (n = 23) e aos alunos do 6º ano de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (n = 260), sendo que para os últimos foi pedida colaboração do núcleo de estudantes de medicina da Associação Académica de Coimbra. Para o preenchimento do questionário era apenas necessário identificação do ano e especialidade assegurando-se assim a confidencialidade.

Os resultados são apresentados com frequências descritivas. No domínio Conhecimento e Instrução foi realizado o teste χ^2 para avaliar as diferenças das respostas entre as categorias (estudantes, internos e especialistas) e especialidades (médicas ou cirúrgicas) para proporções colocando “sim” em cada afirmação. Nos restantes domínios as respostas “concordo fortemente” e “concordo” foram inseridas apenas num grupo (“concordo”) e as respostas “discordo

do fortemente” e “discordo” num outro grupo (“discordo”); as respostas “nem concordo nem discordo” foram colocadas isoladamente. Em cada afirmação, nestes domínios, foi identificada a resposta “correcta/desejada” podendo esta ser “concordo” ou “discordo”, estando nas tabelas assinaladas a negrito. Por exemplo, no domínio Atitudes de Segurança do doente, na afirmação “Mesmo os médicos mais experientes e competentes cometem erros” a resposta correcta/desejada que evidencia uma atitude de segurança é “concordo”. O teste binominal foi usado para comprovar ou refutar a hipótese nula “A resposta correcta e incorrecta têm a mesma percentagem, 50%-50%”. Decidiu-se atribuir a resposta neutra como “incorrecta/in-desejada” na análise com o teste binominal e χ^2 . As proporções que colocaram a resposta “correcta/desejada” para cada afirmação nestes domínios foram comparados estatisticamente entre categorias e especialidades usando χ^2 de tabela dupla entrada.

O nível de significância considerado foi de $p < 0,05$ (95%) e toda a análise estatística foi realizada através do programa SPSS PASW V.20.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de inquéritos enviados (n = 393) foram recebidos 90 (23% de respostas). Dos estudantes apenas 8% responderam, enquanto 48% dos internos (internos de ano comum e de formação específica) e 53% dos especialistas o fizeram. As especialidades médico-cirúrgicas

foram englobadas com as cirúrgicas num total de 23% (n = 21).

Quanto à idade média obtivemos 27,2 anos com uma mediana de 26 anos e uma variação entre 23 e 38 anos. O género feminino representa 72% (n = 65) da amostra o que está de acordo com a distribuição existente nos jovens médicos.

Domínio: Conhecimento e Formação

A análise do Quadro I permite inferir que a maioria reconhece ter formação adequada em segurança do doente com a compreensão dos erros, o significado das unidades de saúde na gestão do erro e a importância do factor humano. Contudo nas respostas às perguntas mais específicas a maioria revela desconhecimento dos conceitos básicos, que são a base de estudo dos eventos adversos. A análise de causa raiz é pouco compreendida (84% não/não sei) bem como o modelo de Reason (82% não/não sei). Semelhante percentagem é encontrada quer nas características das organizações de elevada segurança (80%), quer nas noções de falhas activas ou latentes (76%).

As frequências de respostas segundo as categorias foram estatisticamente diferentes nas afirmações sobre “diferença entre erros e violação/negligência”, “o modelo de “Reason’s Swiss Cheese Model” como causa de acidente” e “princípios de realização de uma avaliação de risco”. Os especialistas e internos referiram conhecer a diferença entre erros e negligência ao

QUADRO I - Domínio: Conhecimento e formação – frequências e proporções.

Total N=90	Sim	Não	Não Sei
1. A formação prepara-me para a compreensão da causa dos erros médicos	60 (66,7%)	23 (25,6%)	7 (7,8%)
2. Percebo a importância das unidades de prestação de cuidados de saúde na gestão do erro	67 (74,4%)	14 (15,6%)	9 (10%)
3. Percebo o significado de “factor humano” em relação à segurança do doente	82 (91,1%)	3 (3,3%)	5 (5,6%)
4. Percebo os diferentes tipos de erro	55 (60,1%)	19 (21,1%)	16 (17,8%)
5. Percebo a diferença entre erros e negligência	74 (82,2%)	7 (7,8%)	9 (10%)
6. Conheço o modelo de queijo suíço de Reason’s como causa de acidente	17 (18,9%)	65 (75,6%)	5 (5,6%)
7. Percebo as características de organizações de elevada confiança	18 (20%)	51 (56,6%)	21 (23,3%)
8. Percebo o conceito de “falhas activas” e “condições latentes” na origem de eventos adversos	22 (24,4%)	54 (60%)	14 (15,6%)
9. Percebo o princípio de análise de causa raiz	15 (16,7%)	60 (66,7%)	15 (16,7%)
10. Percebo os princípios de realização de uma avaliação de risco	44 (48,9%)	31 (34,4%)	15 (16,7%)

contrário dos estudantes (91%/90% vs. 57%; $\chi^2 = 12,6$, $p < 0,05$). O conhecimento do modelo de Reason apenas foi admitido por 29% dos internos (0%/0% vs. 29%; $\chi^2 = 13,2$, $p < 0,05$). A avaliação de risco é conhecida por metade dos especialistas e internos mas só um quarto dos estudantes (46%/59% vs. 24%; $\chi^2 = 11,9$, $p < 0,05$). As especialidades cirúrgicas revelam menor instrução do que as médicas sobre os diferentes tipos de erro (70% vs. 33%; $\chi^2 = 9,3$, $p < 0,05$) e falhas activas ou latentes (29% vs. 10%; $\chi^2 = 11,7$, $p < 0,05$).

Domínio: Atitudes de Segurança do Doente

Neste domínio, em todas as afirmações, houve diferença estatística significativa considerando uma resposta concordo e uma resposta discordo na qual se soma as respostas neutras (nem concordo/nem discordo).

Através da análise do Quadro II apura-se que as afirmações “Mesmo os médicos mais experientes e competentes cometem erros” e “Concentrando-me nas causas dos incidentes posso contribuir para a segurança do doente” são as

respostas com maior concordância entre os jovens médicos, obtendo a maior percentagem de resposta “correcta/desejada”. Estes resultados sugerem uma preocupação pelo erro médico e pela causa do mesmo, no entanto apenas 68% admite que os erros médicos não resultam de incúria profissional. A importância dos doentes na prevenção do erro médico é aceite por 67% mas 92% acredita que um trabalho multidisciplinar irá reduzi-lo. A responsabilidade do erro médico admitido por um jovem médico deve ser assumida pelo assistente/tutor para 43% a mesma percentagem manifestando uma posição neutra. A comunicação dos erros aos doentes, resultando (ou não) em dano, é apenas aceite por 32% enquanto que 68% (concordo e neutra) admite que só irá revelar aos doentes caso exista dano.

Quando se analisa as respostas por categoria denota-se que apenas a afirmação “Aprender sobre segurança de doente não é tão importante como outras competências essenciais para ser médico” tem diferença estatística. Isto é, apenas 64% dos jovens especialistas consideram que a instrução sobre cultura de segu-

rança é fundamental tal como outras competências clínicas; contudo os internos e os estudantes refutam esta ideia, com 95% e 86% (95%/86% vs. 64% %; $\chi^2 = 9,4$, $p < 0,05$).

O trabalho em equipa multidisciplinar é reconhecido tanto nas especialidades médicas como nas cirúrgicas, tendo as últimas evidenciado menor interesse nesta tarefa (81% vs. 96%; $\chi^2 = 4,9$, $p < 0,05$).

Domínio: Atitudes de Segurança do Doente

O Quadro III demonstra uma maior variabilidade entre respostas, sendo a posição neutra (nem concordo nem discordo) preferencialmente mais assinalada. Optou-se por excluir estes números na maioria das afirmações seguintes comentadas.

Neste domínio não houve diferença estatística entre as respostas concordo e discordo nas afirmações 2, 9, 13 e 14.

Os resultados confirmam que apenas um quarto (24%) dos jovens médicos tem confiança para falar abertamente acerca de erros que possam ter cometido mas menor percentagem,

QUADRO II - Domínio: Atitudes de segurança do doente – frequências e proporções.

Total N=90	Sim	Não	Não Sei
1. Mesmo os médicos mais experientes e competentes cometem erros	89 (98,9%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)
2. A maioria de erros médicos resulta de enfermeiros descuidados	1 (1,1%)	12 (13,3%)	77 (85,6%)
3. O número de horas de trabalho dos médicos aumenta a probabilidade de cometer erros	83 (92,2%)	5 (5,6%)	2 (2,2%)
4. Se as pessoas se esforçarem o suficiente não irão cometer qualquer erro	5 (5,6%)	10 (11,1%)	75 (83,3%)
5. A maioria de erros médicos resulta de médicos descuidados	11 (12,2%)	18 (20,0%)	61 (67,8%)
6. O erro médico é um sinal de incompetência	3 (3,3%)	9 (10,0%)	78 (86,7%)
7. Os doentes têm um importante papel na prevenção de erro médico	60 (66,7%)	24 (26,7%)	6 (6,7%)
8. Um melhor trabalho em equipa multidisciplinar irá reduzir o erro médico	83 (92,2%)	6 (6,7%)	1 (1,1%)
9. Aprender sobre segurança de doente não é tão importante como outras competências essenciais para ser médico	3 (3,3%)	7 (7,8%)	80 (88,9%)
10. Se um jovem médico comete um erro, o assistente/tutor deverá assumir a maioria da responsabilidade	39 (43,3%)	39 (43,3%)	12 (13,3%)
11. Todos os profissionais de saúde deverão relatar formalmente qualquer erro médico que ocorra	66 (73,3%)	15 (16,7%)	9 (10,0%)
12. Se eu continuar a aprender com os meus erros, posso prevenir incidentes	83 (92,2%)	6 (6,7%)	1 (1,1%)
13. Concentrando-me nas causas dos incidentes posso contribuir para a segurança do doente	86 (95,6%)	3 (3,3%)	1 (1,1%)
14. Acredito que o preenchimento dos relatórios de erros irão ajudar a melhorar a segurança do doente	66 (73,3%)	20 (22,2%)	4 (4,4%)
15. É apenas importante revelar erros aos doentes se os mesmos resultarem em dano	26 (28,9%)	35 (38,9%)	29 (32,2%)

QUADRO III - Domínio: Cultura de segurança na minha enfermaria/serviço – frequências e proporções.

Total N=90	Sim	Não	Não Sei
1. Estou confiante que posso falar abertamente dum erro que cometi, por mais grave que o resultado tenha sido para o doente	22 (24,4%)	35 (38,9%)	33 (36,7%)
2. Acredito que os erros médicos na minha enfermaria/serviço são tratados apropriadamente	41 (45,6%)	32 (35,6%)	17 (18,9%)
3. Os gestores do meu hospital escutam e preocupam-se com o meu interesse na segurança do doente	22 (24,4%)	41 (45,6%)	27 (30,0%)
4. Os médicos seniores da minha enfermaria escutam e preocupam-se com o meu interesse na segurança do doente	62 (68,9%)	19 (21,1%)	9 (10,0%)
5. Os enfermeiros seniores escutam e preocupam-se com o meu interesse na segurança do doente	57 (63,3%)	27 (30,0%)	6 (6,7%)
6. As minhas sugestões relativas a segurança do doente seriam colocadas em prática se as expressasse à administração	5 (5,6%)	58 (64,4%)	27 (30,0%)
7. Conheço os circuitos adequados e directos para questões relativas a segurança do doente	24 (26,7%)	16 (17,8%)	50 (55,6%)
8. Sentir-me-ia seguro neste local sendo tratado como doente internado	56 (62,2%)	25 (27,8%)	9 (10,0%)
9. Os funcionários frequentemente ignoram protocolos ou guidelines estabelecidas na enfermaria/serviço	19 (21,1%)	29 (32,2%)	42 (46,7%)
10. A admissão de um erro que cometi levaria a um tratamento justo e correcto pela administração	20 (22,2%)	57 (63,3%)	13 (14,4%)
11. As enfermeiras do meu local de trabalho provavelmente criticam-me por cometer erros	35 (38,9%)	35 (38,9%)	20 (22,2%)
12. Os médicos da minha equipa provavelmente criticam-me por cometer erros	30 (33,3%)	33 (36,7%)	27 (30,0%)
13. Sou encorajada pelos seniores para relatar qualquer preocupação de segurança que tenha	45 (50,0%)	29 (32,2%)	16 (17,8%)
14. A segurança do doente é constantemente reforçada como prioridade na minha enfermaria/serviço	53 (58,9%)	28 (31,1%)	9 (10,0%)
15. A administração está mais interessada em alcançar metas de desempenho do que nos assuntos de segurança do doente	52 (57,8%)	26 (28,9%)	12 (13,3%)

20%, acredita que teria um tratamento justo e correcto pela administração. No entanto, admitem que tanto médicos ou enfermeiros seniores tem um desempenho fundamental, escutando e preocupando-se, com o seu interesse na segurança do doente (69% e 63%, respectivamente). Apesar do referido anteriormente só 6% pensa que as suas sugestões seriam colocadas em prática se referidas à administração. Este sentimento parece concordar com o facto de apenas 13% acreditar que a gestão hospitalar esteja mais interessada na cultura de segurança e não nas metas de desempenho. Quanto às categorias os internos sentem que os gestores escutam o seu interesse pela segurança do doente ao contrário dos especialistas (35% vs. 0%; $\chi^2 = 9,3$, $p < 0,05$). Do mesmo modo, os internos conhecem os circuitos adequados e directos para questões relativas a segurança do doente (36% vs. 9%; $\chi^2 = 7,6$, $p < 0,05$). Relativamente às especialidades não houve diferença estatística.

CONCLUSÕES

A Organização Mundial da Saúde reconheceu que a educação sobre a segurança do doente deverá ser iniciada no grau pré graduado e não só a médicos mas a todos os profissionais que lidem com doentes e com questões de saúde e segurança.⁽²⁾ Contudo, por existirem conceitos e ideias a ser renovados constantemente é necessário manter a formação no grau pós graduado.^(4,5) Este estudo, e apesar de uma pequena amostra heterogénea (faixa etária, competências e especialidades médicas ou cirúrgicas), evidenciou a necessidade desse ensino; o qual poderá ser realizado com a expansão da educação com palestras, acções de formação, *workshops*, participação em congressos.⁽⁵⁾ De facto, o sistema de educação está concebido para exibir precisamente os resultados que são apresentados, pelo que necessita de transformação. Assim, se os jovens médicos forem preparados não só a olhar o doente como indivíduo mas preparados para

efectuar e suportar mudanças organizacionais, sem medos e julgamentos, haverá espaço para aperfeiçoar e melhorar a qualidade e segurança dos cuidados.⁽⁶⁾ ▲

Correspondência

Inês Mesquita
Serviço de Medicina Interna I
Centro Hospitalar Leiria
Rua das Olhalvas – Pousos
2410-197 Leiria
Portugal
E-mail: inesbmesquita@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Durani P, Dias J, Singh HP, Taub N. Junior doctors and patient safety: evaluating knowledge, attitudes and perception of safety climate. *BMJ Qual Saf.* 2013; 22: 65-71.
2. WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition. World Health Organization 2011.

3. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. BMC Health Serv Res. 2014 Jul 18; 14: 311.
4. Lemer C, Moss F. Patient safety and junior doctors: are we missing the obvious? BMJ Qual Saf. 2013; 22: 8-10
5. Oates K, Sammut J, Kennedy P. A multi-tiered approach to safety education. Clin Teach. 2013; 10: 214-8.
6. Serranheira F, Uva AS, Sousa P, Leite E. Segurança do doente e Saúde e Segurança dos profissionais de Saúde: duas faces da mesma moeda. Saúde & Trabalho: Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho. 2009; 7: 5-29.

ACTUALIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA · EPIDEMIOLOGIC UPDATE

■ NOS IDOSOS COM DEPRESSÃO BIPOLAR OCORREM ALTERAÇÕES DA FUNÇÃO EXECUTIVA QUE PODEM MANIFESTAR-SE COMO PSEUDODEMÊNCIA

Leonardo Caixeta e col., das Unidades de Perturbação Bipolar e Neuropsiquiatria, Neuropsicologia e Neurologia Comportamental da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás e da Universidade de Alfenas, ambas no Brasil, e da Faculdade de Medicina e de Ciências Farmacêuticas da Universidade de Toyama, no Japão, publicaram recentemente os resultados de um estudo clínico que teve como objetivo avaliar a função executiva (FE) de doentes idosos com depressão bipolar. Nos idosos, a perturbação bipolar (PB) é uma preocupação crescente a nível de saúde pública e uma causa importante de incapacidade. Embora os conhecimentos acumulados nas últimas décadas apontem para a existência de comprometimento cognitivo na PB, existem poucos dados consistentes sobre a neuropsicologia dos doentes idosos com PB. Os estudos de amostras seletivas e múltiplos grupos etários sugerem que na PB, o avançar da idade se associa a maiores défices cognitivos. Alguns autores afirmam que os idosos com PB apresentam deficiências cognitivas significativas e que a PB de início tardio se associa a um comprometimento cognitivo mais grave do que a PB de início precoce (ou seja, antes dos 40 anos de idade) mas baseiam-se nos resultados de estudos feitos na PB eutímica. Em consequência, as características neuropsicológicas dos idosos depressivos com PB de início precoce são largamente desconhecidas; é uma questão relevante porque a deficiência cognitiva pode ter um impacto adicional sobre a já comprometida funcionalidade dos idosos com PB. Foi este o contexto que levou os autores a realizar um estudo, em que 49 doentes idosos (idade: 60-90 anos) ambulatoriais com PB (por critérios DSM-5), em fase depressiva, de início precoce (antes dos 40 anos de idade) foram avaliados com vários testes neuropsicológicos dirigidos à FE. Os resultados mostraram que a disfunção executiva é muito comum nos idosos com depressão bipolar, sendo que em 13 dos doentes (26,5%) a forma apresentação da deficiência da FE foi a pseudodemência. Os piores desempenhos foram observados nos seguintes testes: "Trail Making B", "Stroop Test 3", "Backward Digit Span" e "Wisconsin Card Sorting Test".⁽¹⁾ Os investigadores concluem que: 1) No idoso com PB, em fase depressiva, o perfil de disfunção executiva é complexo e heterogêneo, mas a maioria dos casos apresenta dificuldades a nível da memória de trabalho, controlo inibitório, flexibilidade mental e velocidade de processamento de informações; 2) Relativamente à avaliação da FE, o desempenho do idoso com PB, em fase depressiva, pode ser dividido em duas categorias principais: a) deficiência de um único domínio da FE; b) deficiência de múltiplos domínios da FE, com ou sem síndrome de pseudodemência. Salientam ainda que, na depressão bipolar do idoso, a disfunção executiva pode ser explicada pela falta de energia mental suficiente para executar os processos cognitivos que requerem maiores esforços para serem realizados.

Referência: 1. Caixeta L, Soares VL, Vieira RT, Soares CD, Caixeta V, Ferreira SB, Aversi-Ferreira TA. Executive Function Is Selectively Impaired in Old Age Bipolar Depression. Front Psychol. 2017 Feb 13; 8: 194. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00194.

As Normas de Publicação de Anamnesis encontram-se no novo site da revista: <http://www.anamnesis-revistamedica.com>