

NOTA INFORMATIVA 20

**Aprendendo com a Pesquisa de
Cultura de Segurança Diagnóstica
da AHRQ em um sistema de cuidados
terciários de saúde no Brasil:
um estudo de caso**

Publicado em 2024 pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), com o título

Issue Brief 20

Learning from AHRQs' Diagnostic Safety Culture Survey at a Tertiary Care Health System in Brazil: A Case Study

Este texto foi originalmente escrito em inglês. O Programa Institucional para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz, é o único responsável pelo conteúdo e precisão desta versão em português. No caso de qualquer inconsistência entre as versões em inglês e português, a versão original em inglês será a versão obrigatória e autêntica.

Nota informativa 20

Aprendendo com a Pesquisa de Cultura de Segurança Diagnóstica da AHRQ em um sistema de cuidados terciários de saúde no Brasil: um estudo de caso

© Proqualis, ENSP/Fiocruz, 2024.

Proqualis | Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz, 2024.

Coordenação executiva: Victor Grabois

Gerência de comunicação: Urânia Agência de Conteúdo

Tradução: Isabel Vasconcelos

Revisão técnica: Carla Gouvêa

Revisão gramatical: Priscilla Morandi

Design gráfico e diagramação: Ampersand Comunicação Gráfica

Foto capa: Adobe Stock Photos

Alguns direitos reservados. Este trabalho está disponível sob a licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO

Nota informativa 20

Aprendendo com a Pesquisa de Cultura de Segurança Diagnóstica da AHRQ em um sistema de cuidados terciários de saúde no Brasil: um estudo de caso

Elaborado para:

Agency for Healthcare Research and Quality
5600 Fishers Lane
Rockville, MD 20857
www.ahrq.gov

Número do Contrato HHSP233201500022I/75P00119F37006

Elaborado por:

Hospital Israelita Albert Einstein

Qualidade e Segurança do Paciente

Aline Cristina Pedroso, RN

Gustavo Faissol Janot de Matos, M.D., Ph.D. Luciana Carvalho Moura Tralli, RN, M.Sc.,
M.B.A. Rosane Oliveira Simões, RN

Fernanda Paulino Fernandes, RN, M.B.A. (também Fellow, Institute for Healthcare Improvement) Debora Schettini da Silva Alves, RN, M.Sc., M.B.A.

Adriano Tachibana, M.D., M.B.A., Ph.D.

Prática Médica

Henrique Pereira Lamego Junior, M.D., M.B.A. Natalia Nunes de Souza, RN

Giancarlo Colombo, M.D., M.B.A.

Miguel Cendoroglo Neto, M.D., M.B.A., Ph.D. (também Serviços Hospitalares)

Membro do Conselho de Administração do Institute for Healthcare Improvement e
Presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

Sidney Klajner, M.D., M.Sc.

Centro de Inovações em Qualidade, Eficácia e Segurança, Michael E. DeBakey Veterans
Affairs Medical Center e Baylor College of Medicine

Hardeep Singh, M.D., M.P.H.

Publicação AHRQ Nº 24-0010-5-EF agosto de 2024

Este projeto foi financiado sob o contrato número HSP233201500022I/75P00119F37006 da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA. Dr. Singh é parcialmente financiado por Houston Veterans Administration (VA) Health Services Research and Development (HSR&D) Center for Innovations in Quality, Effectiveness and Safety (CIN13-413), por VA National Center for Patient Safety e por AHRQ (R01HS028595 e R18HS029347). Os autores são os únicos responsáveis pelo conteúdo, achados e conclusões deste documento, que não representam necessariamente as opiniões da AHRQ. Os leitores não devem interpretar qualquer declaração neste produto como uma posição oficial da AHRQ ou do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA. Nenhum dos autores tem qualquer afiliação ou envolvimento financeiro que entre em conflito com o material apresentado neste produto.

Aviso de disponibilidade pública. O produto original é disponibilizado publicamente pela AHRQ e pode ser usado e reimpresso sem permissão nos Estados Unidos para fins não comerciais, a menos que os materiais sejam claramente indicados como protegidos por direitos autorais no documento. Ninguém pode reproduzir materiais protegidos por direitos autorais sem a permissão dos detentores dos direitos autorais. Os usuários fora dos Estados Unidos devem obter permissão da AHRQ para reimprimir ou traduzir o material. Qualquer pessoa que queira reproduzir o material para venda deve entrar em contato com a AHRQ para obter permissão.

Sugestão de citação do original em inglês: Pedroso AC, Janot de Matos GF, Carvalho Moura Tralli L, Oliveira Simões R, Paulino Fernandes F, Schettini da Silva Alves D, Tachibana A, Pereira Lamego H Jr, Nunes de Souza N, Colombo G, Cendoroglo Neto M, Klajner S, Singh H. Learning From AHRQ's Diagnostic Safety Culture Survey at a Tertiary Care Health System in Brazil. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; agosto de 2024. Nº da Publicação da AHRQ Nº 24-0010-5-EF.

Introdução

O erro de diagnóstico foi considerado um dos riscos mais proeminentes para a segurança do paciente na Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), um sistema de cuidados terciários de saúde em São Paulo, Brasil. Esse sistema de saúde é composto por cinco hospitais de alta complexidade, dois privados (com 746 leitos) e três públicos (com 889 leitos), e oferece atendimento hospitalar e ambulatorial. O sistema de saúde usa um sistema anônimo de notificação de incidentes, permitindo que os funcionários relatem possíveis eventos adversos, *near misses* ou áreas de risco em todo o sistema de saúde.

Nos últimos oito anos, uma equipe especializada composta por enfermeiros, médicos e especialistas clínicos analisou esses eventos adversos usando a metodologia de Análise de Causa Raiz (RCA2).¹ Uma análise de 276 eventos adversos graves e catastróficos de 2016 a 2022 constatou que os erros de diagnóstico contribuíram para 23% de todos os eventos.

A análise levou os líderes do sistema de saúde a identificar o processo de diagnóstico como uma questão crítica que precisa ser abordada para melhorar a segurança do paciente. A fim de assegurar a implementação de ações e intervenções para reduzir os eventos de segurança diagnóstica, criamos um novo Programa de Excelência Diagnóstica com o aval da liderança da instituição. Este programa teve como objetivo integrar e priorizar várias iniciativas fragmentadas em toda a instituição e apoiá-las.

Para embasar o desenvolvimento do Programa de Excelência Diagnóstica, primeiro realizamos uma pesquisa sobre as perspectivas dos médicos sobre a cultura de segurança diagnóstica em nossa instituição. Este estudo de caso descreve como usamos nossa pesquisa para criar uma abordagem inicial para desenvolver e implementar um programa para reconhecer e abordar erros de diagnóstico. A pesquisa foi adaptada do Medical Office Surveys on Patient Safety Culture[®] (SOPS[®]) Diagnostic Safety Supplemental Item Set da AHRQ.²

Abordagem inicial

Nossa iniciativa de segurança diagnóstica começou pela formação de uma equipe multidisciplinar com representantes de diversas especialidades e diferentes áreas de atuação, abrangendo tanto o atendimento público quanto o privado. Para ajudar a priorizar as ações relacionadas à segurança do diagnóstico a serem realizadas primeiro, a equipe fez uma avaliação inicial das necessidades com base na pesquisa. Queríamos entender as percepções dos médicos sobre a cultura de segurança relacionada ao processo diagnóstico dentro da instituição. O objetivo era estabelecer uma linha de base, definir ações direcionadas e identificar as principais oportunidades de melhoria com base nas respostas da pesquisa.

A avaliação das necessidades incluiu uma pesquisa modificada adaptada do SOPS Medical Office Survey Diagnostic Safety Supplemental Item Set.² As perguntas foram traduzidas para o português e adaptadas minimamente para que pudessem ser respondidas por médicos que trabalham em qualquer ambiente (hospitalar ou ambulatorial). Por exemplo, frases como “neste consultório/consultas” foram modificadas para “neste serviço”. Também incluímos uma pergunta final de texto livre sobre o que poderia ser feito para melhorar o processo de diagnóstico da instituição.

A pesquisa original foi desenvolvida para ambientes ambulatoriais e para todos os profissionais clínicos. No entanto, a pesquisa se concentrou na obtenção das perspectivas dos médicos, independentemente do ambiente de cuidado. A pesquisa avaliou até que ponto a cultura organizacional apoia o processo de diagnóstico, os diagnósticos precisos e a comunicação sobre os diagnósticos. Foram incluídas 12 perguntas (Tabela 1) que abrangem os seguintes domínios de medidas compostas: Disponibilidade de tempo (3 itens), Testes e encaminhamentos (4 itens) e Comunicação do prestador e da equipe sobre o diagnóstico (5 itens).

Cada item foi classificado usando uma escala Likert de 5 pontos: discordo totalmente (1), discordo (2), não concordo nem discordo (3), concordo (4) e concordo totalmente (5), além da opção “não se aplica/não sei”.

Essas perguntas foram disponibilizadas por meio da plataforma REDCap. A pesquisa foi aplicada a todos os médicos afiliados à SBIBAE por meio de sistemas de comunicação institucional, incluindo e-mail e WhatsApp. Asseguramos a participação anônima dos médicos.

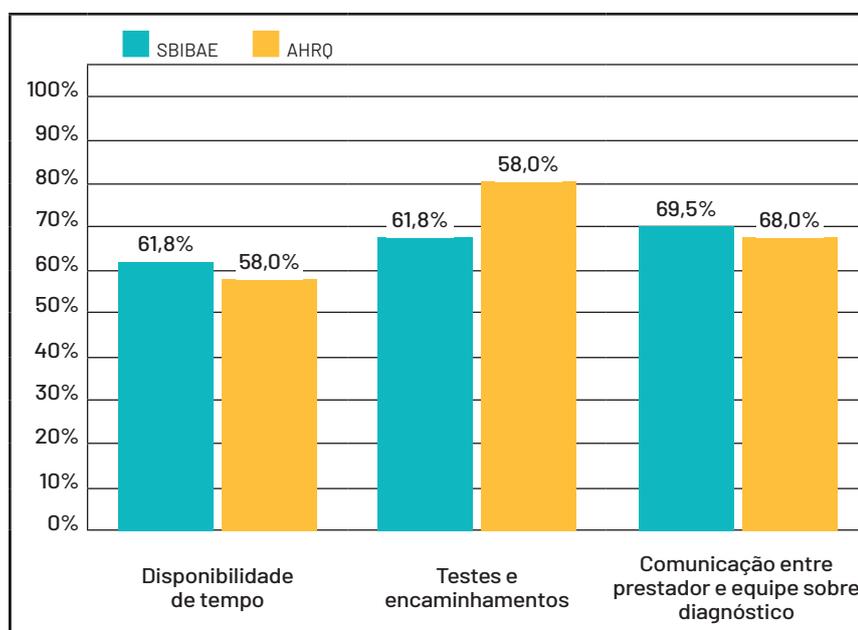
Para cada item, foi calculada a porcentagem de respostas positivas somando as respostas “concordo totalmente” e “concordo” e dividindo pelo número total de respostas, excluindo respostas ausentes e respostas “não se aplica/não sei”. Excluímos deste total as respostas “Não sei” e “Não se aplica”. Embora a comparação não seja direta, mostramos os dados de um relatório da AHRQ sobre os resultados obtidos em 110 consultórios médicos nos Estados Unidos com 1.126 entrevistados.³

Resumo dos resultados da pesquisa

De fevereiro a março de 2023, participaram da pesquisa 1.113 médicos (76% do setor privado e 24% do setor público) que trabalham em ambientes hospitalares e ambulatoriais. O escore médio percentual positivo da pesquisa nos três domínios foi de 67,5% (o escore da AHRQ foi de 69%). A Figura 1 mostra as respostas positivas percentuais para cada domínio de medida composta.

Figura 1. Porcentagem de respostas positivas da SBIBAE e da AHRQ da Survey on Patient Safety Culture Diagnostic Safety Supplemental Item Set para domínios selecionados

Legenda: SBIBAE = Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, São Paulo, Brasil.



A maioria dos médicos participantes achava que tinha tempo suficiente para avaliar o paciente durante a consulta. Entretanto, consideravam que outros profissionais, como outros membros de uma equipe de cuidados multidisciplinares (por exemplo, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos) não tinham tempo suficiente para revisar as informações relevantes para o diagnóstico (Tabela 1, itens 1 e 2).

Os resultados da pesquisa revelaram um excelente relacionamento com as especialidades que prestaram suporte diagnóstico; mais de 90% dos médicos responderam que se comunicavam diretamente com outros especialistas, radiologistas e patologistas quando precisavam de esclarecimentos (Tabela 1, item 12). No entanto, nos comentários de texto livre sobre como melhorar o processo de diagnóstico, alguns comentários refletiram uma grande lacuna de comunicação entre os médicos da linha de frente no serviço de emergência, os profissionais da unidade de terapia intensiva e os radiologistas do setor público.

As respostas às duas perguntas de *feedback* sobre falhas no processo de diagnóstico sugeriram uma lacuna na comunicação aberta em relação a erros de diagnóstico.

A primeira pergunta dizia respeito a se um prestador informa outro prestador no consultório/sistema quando acha que o prestador pode ter deixado passar um diagnóstico, e a segunda se referia a se o consultório foi informado quando um diagnóstico perdido, incorreto ou atrasado aconteceu naquele consultório. Esses resultados ficaram abaixo da média da AHRQ (Tabela 1, itens 10 e 11) e revelaram uma lacuna significativa dentro da instituição em relação a fornecer *feedback* específico de forma rotineira quando um diagnóstico é perdido ou está incorreto, limitando as oportunidades de aprendizado para todas as equipes de cuidados de saúde.

Tabela 1. Comparação dos resultados da pesquisa SBIBAE e dos dados da Pesquisa AHRQ SOPS

| Item de segurança de diagnóstico do <i>Surveys on Patient Safety Culture</i> ® (SOPS®) – Questões | SBIBAE* | AHRQ** |
|---|---------|--------|
| O tempo para consultas é longo o suficiente para avaliar completamente o(s) problema(s) apresentado(s) pelo paciente. | 88,7% | 63% |
| Os profissionais deste consultório têm tempo suficiente para analisar informações relevantes relacionadas ao(s) problema(s) apresentado(s) pelo paciente. | 40,4% | 64% |
| Os profissionais deste consultório terminam suas anotações sobre os pacientes até o final de seu dia normal de trabalho. | 56,2% | 48% |
| Este consultório é eficaz no rastreamento dos resultados dos exames de laboratório, de imagens e de outros procedimentos de diagnóstico do paciente. | 88,7% | 83% |
| Quando este consultório não recebe os resultados dos exames de um paciente, a equipe de profissionais faz o acompanhamento. | 60,4% | 82% |
| Todos os resultados dos exames são comunicados aos pacientes, mesmo que os resultados sejam normais. | 59,9% | 86% |
| Quando este consultório faz um encaminhamento de alta prioridade, tentamos confirmar se o paciente foi à consulta. | 61,1% | 71% |
| Os prestadores deste consultório incentivam a equipe de profissionais a compartilhar suas preocupações sobre a condição de saúde de um paciente. | 80,6% | 76% |
| Os prestadores registram diagnósticos diferenciais quando não descartaram outros diagnósticos. | 70,1% | 60% |
| Quando um prestador acha que outro prestador neste consultório/sistema pode ter perdido um diagnóstico, ele informa esse prestador. | 54% | 55% |
| Quando um diagnóstico perdido, incorreto ou atrasado acontece neste consultório, somos informados sobre isso. | 52,3% | 56% |
| Os profissionais deste consultório conversam diretamente com especialistas/radiologistas/patologistas quando algo precisa ser esclarecido. | 90,6% | 87% |

* Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE).

** Agency for Healthcare and Quality (AHRQ), dados de Survey on Patient Safety Culture Diagnostic Safety Supplemental Item Set.

Obs.: Para cada item, as porcentagens de respostas positivas foram calculadas adicionando as respostas “concordo totalmente” e “concordo” e dividindo pelo número total de respostas presentes, ignorando as respostas ausentes.

Ações com base nos resultados da pesquisa

Os resultados da pesquisa revelaram várias oportunidades para intervenções específicas que estão sendo desenvolvidas e testadas em diferentes unidades do sistema de saúde. Para abordar os resultados da pesquisa, especificamente as percepções de que alguns membros da equipe não têm tempo suficiente, um projeto-piloto “Equipe de Diagnóstico” está sendo implementado na Unidade de Transplante para permitir um melhor funcionamento das equipes clínicas.⁴

O objetivo é promover rondas multidisciplinares estruturadas diárias, conduzidas pela enfermeira que lidera o caso, para abordar problemas ativos de pacientes hospitalizados. Essas rondas incluem discussões sobre objetivos diagnósticos e terapêuticos, situações potencialmente de alto estresse, como deterioração clínica e acionamento de códigos, e planos de contingência e critérios para escalonamento do cuidado. Essas rondas são realizadas em pacientes de risco selecionados, incluindo pacientes hospitalizados por menos de 24 horas que tiveram incerteza diagnóstica, pacientes que foram readmitidos e todos os pacientes gravemente doentes.

Ações de melhoria estão sendo realizadas para implementar os princípios de trabalho em equipe. O trabalho inicial foi realizado na Unidade de Transplante (cuidados críticos e semi-intensivos) deste hospital usando ciclos PDSA (Planejar-Fazer-Estudar-Agir) para aprender e depois disseminar o conhecimento para outras enfermarias do hospital. Para aumentar a conscientização sobre a segurança diagnóstica, o TeamSTEPPS® for Diagnosis Improvement⁵ está sendo usado para introduzir o conceito de uma ampla equipe diagnóstica multidisciplinar que inclui profissionais não clínicos, pacientes e suas famílias. Um objetivo adicional é a avaliação e o treinamento para auxiliar os esforços locais na redução dos erros de diagnóstico.

Para melhorar as lacunas de comunicação, implementamos mudanças no Departamento de Radiologia para otimizar a interação entre os departamentos dos serviços públicos e a radiologia. Foi publicada e divulgada uma lista de ramais telefônicos dos radiologistas disponíveis para melhorar a comunicação entre as equipes assistenciais dos hospitais públicos e os especialistas em radiologia para os quais eles encaminham. Além disso, um código QR foi criado no próprio laudo para facilitar as interações diagnósticas com a equipe de Radiologia. Quando o código é escaneado, a equipe pode relatar dúvidas, fazer sugestões e dar *feedback* sobre os resultados do laudo.

Também estamos aproveitando as oportunidades para melhorar o *feedback* relacionado ao diagnóstico, com base em trabalhos anteriores sobre este tópico.⁶⁻⁸ Por exemplo, estamos implementando reuniões periódicas para disseminar as lições aprendidas com os erros de diagnóstico. Além disso, pretendemos apresentar métodos de *feedback* estruturados, como o ADAPT (Ask-Discuss- Ask-Plan Together) Framework,⁹ para fortalecer o aprendizado com a prática clínica dos médicos.

Também estamos promovendo a adoção de melhores princípios de gestão da informação e de melhores práticas consagradas, como avaliar diagnósticos diferenciais e definir metas terapêuticas com base no diagnóstico.¹⁰ Planejamos aproveitar os programas de gerenciamento de práticas existentes em nossa instituição para monitorar o desempenho de cada profissional na aplicação dessas melhores práticas.

Nossa pesquisa provou ser de grande valia na identificação de áreas para otimizar o processo de diagnóstico em nosso sistema de saúde. As perspectivas dos médicos destacaram a necessidade de uma melhor comunicação e colaboração entre as equipes de saúde, a importância do *feedback* no processo de diagnóstico e o potencial para melhorar as relações com outras especialidades de diagnóstico, como a radiologia. Planejamos realizar pesquisas futuras para avaliar o impacto do nosso programa. Outros sistemas de saúde também podem usar a pesquisa de cultura de segurança diagnóstica para entender melhor e aprimorar suas práticas atuais relacionadas ao processo de diagnóstico.

Referências

1. RCA2: Improving Root Cause Analyses and Actions To Prevent Harm. Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2015. <https://www.ihf.org/resources/tools/rca2-improving-root-cause-analyses-and-actions-prevent-harm>. Accessed July 1, 2024.
2. Agency for Healthcare Research and Quality. Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Content last reviewed October 2023. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/medical-office/index.html>. Accessed July 1, 2024.
3. Famolaro T, Hare R, Tapia A, Fan L, Ji S, Dyer Yount N, Gray L, Zebrak K, Sorra J. 2022 Updated Results for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture (SOPS®) Diagnostic Safety Supplemental Items. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSP2332015000261/HHSP23337004T.) Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; April 2022. AHRQ Publication No. 22-0027. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/medical-office/DxSftyRpt-Updated-2022.pdf>. Accessed July 1, 2024.
4. Graber ML, Ruzs D, Jones ML, Farm-Franks D, Jones B, Cyr Gluck J, Thomas DB, Gleason KT, Welte K, Abfalter J, Dotseth M, Westerhaus K, Smathers J, Adams G, Laposata M, Nabatchi T, Compton M, Eichbaum Q. The new diagnostic team. *Diagnosis (Berl)*. 2017;4(4):225-238. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29536943/>. Accessed July 1, 2024.
5. Ali KJ, Goeschel CA, Eckroade MM, Carlin KN, Haugstetter M, Shofer M, Rosen MA. The TeamSTEPPS for Improving Diagnosis Team Assessment Tool: scale development and psychometric evaluation. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2024;50(2):95-103. doi: 10.1016/j.jcjq.2023.08.009. Accessed July 1, 2024.
6. Schiff GD. Minimizing diagnostic error: the importance of follow-up and feedback. *Am J Med*. 2008;121(5 Suppl):S38-42. doi: 10.1016/j.amjmed.2008.02.004. Accessed July 1, 2024.
7. Croskerry P, Singhal G, Mamede S. Cognitive debiasing 1: origins of bias and theory of debiasing. *BMJ Qual Saf*. 2013;22 Suppl 2:ii58-ii64. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3786658/>. Accessed July 1, 2024.
8. Fernandez Branson C, Williams M, Chan TM, Graber ML, Lane KP, Grieser S, Landis-Lewis Z, Cooke J, Upadhyay DK, Mondoux S, Singh H, Zwaan L, Friedman C, Olson APJ. Improving diagnostic performance through feedback: the Diagnosis Learning Cycle. *BMJ Qual Saf*. 2021;30(12):1002-1009. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8606468/>. Accessed July 1, 2024.
9. Fainstad T, McClintock AA, Van der Ridder MJ, Johnston SS, Patton KK. Feedback can be less stressful: medical trainee perceptions of using the Prepare To ADAPT (Ask-Discuss-Ask-Plan Together) Framework. *Cureus*. 2018 Dec 11;10(12):e3718. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6428363/>. Accessed July 1, 2024.
10. Bockel EAP, Walstock PA, van Mook W, Arbous MS, Tepaske R, van Hemel TJD, Müller MCA, Delwig H, Tulleken JE. Entrustable professional activities (EPAs) for postgraduate competency based intensive care medicine training in the Netherlands: the next step towards excellence in intensive care medicine training. *J Crit Care*. 2019;54:261-267. doi: 10.1016/j.jcsrc.2019.09.012. Accessed July 1, 2024.

