

Healthcare provider working conditions and well-being: sharing international lessons to improve patient safety

Condições de trabalho e bem-estar dos profissionais de saúde: compartilhamento de lições internacionais para melhorar a segurança do paciente

Christopher P. Landrigan*

Mais de uma década desde que alguns estudos começaram a demonstrar que os erros médicos são uma das principais causas de morte e injúrias em todo o mundo¹, a epidemia da segurança dos pacientes continua descontrolada^{2,3}. Em um estudo envolvendo 58 hospitais de cinco países latino-americanos, demonstrou-se que 10% de todos os pacientes hospitalizados haviam sofrido algum dano decorrente do atendimento médico durante a hospitalização; 59% desses danos foram determinados por uma equipe internacional de investigadores como sendo passíveis de prevenção e 20% foram considerados danos graves, que causaram incapacidade, necessidade de intervenção cirúrgica ou óbito⁴.

Esses números são similares a taxas recentes de eventos adversos (EAs) relatados nos Estados Unidos, na Austrália, no Reino Unido e em outras partes do mundo. Com o surgimento desses estudos epidemiológicos, a conscientização sobre a segurança dos pacientes aumentou tremendamente nos últimos anos, e numerosos esforços têm sido realizados em um único centro ou em múltiplos centros para melhorar a segurança. Muitos desses esforços coincidiram com iniciativas bem-sucedidas em hospitais comprometidos^{5,6}. Contudo, tais esforços não se traduziram na melhora global da segurança do atendimento em um escala mais ampla^{2,3}. A disseminação de melhores práticas continua baixa, e, em muitos hospitais em todo o mundo, a fragilidade fundamental da organização da saúde permanece.

Dois artigos publicados neste número do *Jornal de Pediatria* abordam facetas relacionadas de um problema sério e pouco

reconhecido que está no cerne de muitas falhas de segurança nos hospitais: as condições de trabalho e o bem-estar dos profissionais de saúde. No primeiro estudo, Lamy Filho et al. abordam a relação entre a carga de trabalho dos profissionais e os eventos adversos (EAs) relacionados a ventilação mecânica em duas unidades de terapia intensiva neonatal no Brasil⁷. Em um estudo prospectivo de coorte bem desenvolvido envolvendo 543 recém-nascidos (136 dos quais receberam ventilação mecânica), os autores identificaram 117 EAs relacionados ao uso de respiradores. Uma taxa crescente de eventos foi identificada quando as demandas de cuidados dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem eram altas.

Além disso, um efeito dose-resposta foi identificado tanto para auxiliares de enfermagem quanto para as demandas de cuidados gerais da unidade (número de RCDCs - recém-nascidos classificados de acordo com a demanda de cuidados); com número de RCDCs de 3,8 por auxiliar de enfermagem, as taxas de EAs de ventilação mecânica dobraram, e com RCDC de 4,8, as taxas triplicaram. Ao demonstrarem não somente uma associação entre a carga de trabalho dos profissionais e as taxas de EAs, mas também um efeito dose-resposta para um fator de risco com um mecanismo altamente plausível, os autores fornecem dados importantes com uma forte indicação de conexão causal entre carga de trabalho e segurança do paciente.

O outro estudo, desenvolvido por Martins et al., lida com um problema relacionado, ou seja, o *burnout* do profissional de saúde⁸. Uma série de estudos conduzidos durante

**Veja artigos relacionados
nas páginas 487 e 493**

* MD, MPH. Division of General Pediatrics, Department of Medicine, Children's Hospital Boston, Harvard Medical School, Cambridge, MA, USA. Harvard Work Hours, Health, and Safety Group, Division of Sleep Medicine, Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Cambridge, MA, USA. Division of Sleep Medicine, Harvard Medical School, Cambridge, MA, USA.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste editorial.

Como citar este artigo: Landrigan CP. Healthcare provider working conditions and well-being: sharing international lessons to improve patient safety. *J Pediatr* (Rio J). 2011;87(6):463-5.

<http://dx.doi.org/10.2223/JPED.2147>

a última década demonstrou que o *burnout* e a depressão dos profissionais estão associados com problemas para os próprios profissionais e, significativamente, com perigo para a segurança do paciente. O *burnout* e a depressão já foram repetidamente associados a risco aumentado de erros médicos autorrelatados, e, no caso da depressão, essa relação foi comprovada objetivamente⁹. O estudo de Martins et al. avança um pouco mais, partindo da identificação do problema para a intervenção. Os autores mediram o efeito de uma breve intervenção de autocuidado sobre o *burnout* em 37 residentes de medicina na Argentina; outros 37 residentes foram usados como grupo controle. Sessenta e seis por cento dos residentes tiveram pontuação positiva para *burnout* no Inventário de *Burnout* de Maslach, uma taxa perturbadoramente alta, mas bastante consistente com os resultados de estudos anteriores sobre *burnout* conduzidos na América do Norte. Para abordar o problema, os autores fizeram com que o grupo intervenção participasse de duas oficinas de 2,5 h de duração com a orientação de especialistas, nas quais discutiram o reconhecimento do *burnout* e as habilidades para lidar com o problema. Infelizmente, enquanto a intervenção conseguiu melhorar os escores de despersonalização (um dos subescores de *burnout*), não teve impacto sobre a taxa de *burnout* em si.

Mesmo que a intervenção de Martins et al. tenha tido menos sucesso do que o esperado, de qualquer forma ela oferece uma importante lição sobre o bem-estar dos residentes e as intervenções para melhorá-lo. Uma intervenção breve com os residentes fazendo um rodízio frequente por vários serviços pode ter um impacto limitado para obter uma mudança duradoura. A redução substancial da prevalência extremamente alta de *burnout* entre residentes – que, tanto nesse quanto em estudos prévios, afetou 2/3 ou mais dos residentes – provavelmente exigirá a abordagem dos fatores que sabidamente levam ao *burnout* dos profissionais de saúde, incluindo excessiva carga de trabalho (problema abordado por Lamy Filho et al.), assim como falta de autonomia, falta de respeito, poucas horas de sono e turnos prolongados de trabalho. Demonstrou-se que particularmente os turnos que ultrapassam 16 horas causam *burnout* e depressão, lesões com agulhas, acidentes automobilísticos envolvendo residentes e erros médicos¹⁰. Os erros médicos, por sua vez, podem aumentar o risco de *burnout* e depressão, criando um ciclo vicioso, no qual os residentes com baixos níveis de bem-estar podem estar expostos a risco aumentado de cometer erros, o que, por sua vez, diminui ainda mais o bem-estar¹¹.

À medida que o movimento em prol da segurança do paciente amadurece, está ficando cada vez mais claro que a abordagem das características organizacionais que afetam de maneira adversa o bem-estar e o desempenho dos profissionais será essencial nos esforços para se obter melhoras duradouras em termos de segurança. Fazer isso pode ser bastante desafiador, já que a proporção de pessoal, os horários de trabalho e outros fatores estão profundamente impregnados na estrutura dos centros médicos e dos sistemas de atendimento à saúde, e desafiar-los geralmente traz consequências tanto para os profissionais de saúde quanto para a operação do sistema de saúde como um todo. A redução das horas de trabalho ou da carga de trabalho dos

profissionais traz custos e pode ter implicações para a mão de obra, já que há a necessidade de investimento em treinamento e/ou contratação de mais profissionais para diminuir a carga sobre os que já estão trabalhando. Contudo, tal investimento pode resultar em dividendos para os sistemas de atendimento à saúde. No caso das horas de trabalho dos residentes, por exemplo, pesquisas já realizadas sobre custo-efetividade demonstraram que enquanto o custo de contratar profissionais não é baixo, o investimento se paga no nível social ao se conseguir alcançar uma redução de até 7-11% dos EAs¹², um nível de melhora bem possível de se obter. Estudos intervencionistas já realizados com redução das horas de trabalho demonstraram diminuições das taxas de erros de três a quatro vezes¹⁰.

Está ficando evidente que se as mudanças organizacionais e as outras intervenções de segurança devem ir além da melhora local e alcançar um aprimoramento mensurável em nível regional, nacional ou internacional, muito mais coordenação dos esforços de melhoria da segurança será necessária. Mudanças transformadoras exigem inovação local contínua, assim como colaboração nacional e internacional, para garantir que os sucessos comprovados sejam integrados nos sistemas de atendimento à saúde em todo o mundo. Os estudos publicados neste número do *Jornal de Pediatria* demonstram que os problemas de carga de trabalho e *burnout* na América do Sul são, de muitas formas, bastante similares aos problemas de carga de trabalho e *burnout* na América do Norte. Certamente, os recursos e custos de atendimento em cada país variam, mas as condições de trabalho fundamentais que guiam o bem-estar e o desempenho dos profissionais são as mesmas. Faz pouco sentido que cada hospital ou sistema de saúde tente encontrar soluções de maneira independente. Em vez disso, deveríamos procurar compartilhar ativamente as lições aprendidas e colaborar para além das fronteiras institucionais e internacionais para abordar esse problema global.

Finalmente, os problemas que estamos vendo no atendimento à saúde em todo o mundo são produtos do formato do sistema. Se quisermos realmente aprimorar a segurança e a qualidade do atendimento, devemos identificar quais aspectos desse formato não estão funcionando bem e reunir vontade e recursos para construir algo melhor. Horas de trabalho e carga horária excessivas são duas das falhas do formato que comprovadamente diminuem a segurança do paciente e o bem-estar dos profissionais dos sistemas de atendimento à saúde em todo o mundo. Embora a reformatação dos horários de trabalho e dos processos para melhorar as condições de trabalho e o bem-estar apresentem muitos desafios, devemos encarar esses desafios pela segurança de nossos pacientes e dos profissionais de saúde.

Referências

1. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 1999.
2. Landrigan CP, Parry G, Bones CB, Hackbarth AD, Goldmann DA, Sharek PJ. Temporal trends in rates of patient harm due to medical care. *New Engl J Med*. 2010; 363:2124-34.

3. Hauck K, Zhao X, Jackson T. Adverse event rates as measures of hospital performance. *Health Policy*. 2011, Jul 20. [Epub ahead of print]
4. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf*. 2011, Jun 28. [Epub ahead of print]
5. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. [An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU](#). *N Engl J Med*. 2006;355:2725-32.
6. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. [A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population](#). *N Engl J Med*. 2009;360:491-9.
7. Lamy Filho F, da Silva AA, Lopes JM, Lamy ZC, Simoes VM, dos Santos AM. Staff workload and adverse events during mechanical ventilation in neonatal intensive care units. *J Pediatr (Rio J)*. 2011;87:487-92.
8. Martins AE, Davenport MC, de la Paz Del Valle M, et al. The impact of a brief intervention on the burnout levels of pediatric residents. *J Pediatr (Rio J)*. 2011;87:493-8.
9. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. [Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study](#). *BMJ*. 2008;336:488-91.
10. Lockley SW, Barger LK, Ayas NT, Rothschild JM, Czeisler CA, Landrigan CP. Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance. *Joint Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33(11 Suppl):7-18.
11. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. [Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study](#). *JAMA*. 2006;296:1071-8.
12. Nuckols TK, Bhattacharya J, Wolman DM, Ulmer C, Escarce JJ. [Cost implications of reduced work hours and workloads for resident physicians](#). *N Engl J Med*. 2009;360:2202-15.

Correspondência:

Christopher P. Landrigan
300 Longwood Avenue
Boston, MA 02115 - EUA
Tel.: (617) 355.2568
Fax: (617) 732.4015
E-mail: clandrigan@partners.org