



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

**Avaliação do Programa Curricular de Segurança do
Doente da Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade da Beira Interior**

Cláudia de Oliveira Pinho

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor Miguel Castelo Branco

Co-orientador: Dr. Luís Patrão e Dra. Juliana Sá

Covilhã, Maio de 2016

Dedicatória

Ao meu avô Severino,
cujo maior sonho era ter vivido para me ver ser “senhora doutora”.

Agradecimentos

Agradeço a todos os amigos, docentes e funcionários da FCS-UBI que, de uma forma ou de outra, estiverem presentes, participaram e possibilitaram a elaboração deste trabalho.

Um especial agradecimento ao Dr. Luís Patrão e à Dra. Juliana Sá, por tudo.

Resumo

Introdução: O desenvolvimento de programas curriculares de Segurança do Doente no ensino pré-graduado de futuros profissionais de saúde tem vindo a ser uma preocupação crescente a nível mundial, no sentido de aumentar a qualidade dos cuidados de saúde. Contudo, poucas foram as escolas que criaram ou implementaram um programa deste tipo. Em Portugal, a Segurança do Doente já faz parte dos currículos de algumas escolas médicas e, nesta iniciativa, a FCS-UBI foi uma pioneira. Desde 2010/2011 que o programa de Segurança do Doente da FCS-UBI tem vindo a ser construído e implementado com o apoio do “*WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools.*” Com a formação *FCS-UBI Open School Chapter*, em 2012, o programa iniciou a aplicação de cursos on-line disponibilizados pela IHI complementados por estudos de caso em contexto de *Small Group Teaching*, usando um sistema de *Peer-Assisted Learning*.

Objetivos: Os principais objetivos deste trabalho foram apresentar e avaliar o Programa de Segurança do Doente da FCS-UBI usando e comparando a perspetiva dos estudantes e dos docentes desta faculdade.

Métodos: Com o objetivo de avaliar o programa foram selecionados 6 estudantes e 6 docentes, um estudante e um docente representativo de cada ano curricular do MIM para participar em duas sessões de *focus group* realizadas nas instalações da FCS-UBI no decorrer deste ano letivo 2015/2016.

Resultados: Embora pouco familiarizados com a estrutura do Programa de Segurança do Doente da FCS-UBI, a maioria dos docentes e estudantes da FCS-UBI consideram pertinente a implementação deste tipo de programa no ensino pré-graduado na área da saúde. Relativamente às estratégias de integração do programa no currículo do MIM (Mestrado Integrado em Medicina), assim como relativamente às metodologias de ensino e avaliação, as opiniões divergem tendo sido sugeridas algumas alterações a esse nível.

Discussão: Comparando os resultados obtidos com a literatura que suporta a implementação deste tipo de programa no ensino pré-graduado, foi possível fazer um balanço da adaptação do Programa de SD ao currículo do MIM da FCS-UBI. Este trabalho permitiu elaborar um plano de reforma curricular que objetiva melhorar o futuro deste programa.

Palavras-chave

Segurança do Doente, WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools, *focus group*, Institute for Healthcare Improvement, FCS-UBI Open School Chapter

Abstract

Introduction: The development of a patient safety curriculum for undergraduate medical students has emerged as a global concern for providing quality health care. However, few medical schools all over the world have created and/or implemented such program. In Portugal, patient safety is known to be part of some medical school's curricula, and FCS-UBI is one of those pioneers. Since 2010/2011, "*WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools*" supported the construction and implementation the FCS-UBI Patient Safety Program. When *FCS-UBI Open School Chapter* was formed, in 2012, the program applied online courses delivered by this institute, embedded in *Small Group Teaching* activities through *Peer-Assisted Learning*.

Aim: The main goals of this work were to present and assess the FCS-UBI patient safety program using and comparing FCS-UBI students and teacher perceptions of this program.

Methods: An assessment, using *focus group* research method, was applied to 6 students and 6 teach of FCS-UBI, on faculty facilities during 2015/2016 school year.

Results: Although unfamiliar with FCS-UBI Patient Safety Program structure, students and teachers agree about its relevance for the undergraduate curricula of health-care courses. About the integrative strategy on MIM as the teaching and assessing methods applied, opinions diverged, and changes were proposed by all participants.

Discussion: Comparing *focus group* results with Patient Safety programs implementation supportive literature on undergraduate curricula, it was possible to take conclusions about FCS-UBI Patient Safety Program adaptation to FCS-UBI MIM's curricula. This work allowed us to draw up a curriculum reform plan that aims to improve the future of this program.

Keywords

Patient Safety, WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools, *Focus group*, Institute for Healthcare Improvement, FCS-UBI Open School Chapter

Índice

Abstract.....	v
1. Introdução	11
1.1. A implementação da Segurança do Doente nas escolas médicas	11
1.1.1. A contribuição da Organização Mundial de Saúde (OMS)	13
1.1.2. O Institute for Healthcare Improvement (IHI)	15
1.2. O programa de Segurança do Doente na FCS-UBI	16
2. Materiais e Métodos	19
2.1. Contextualização do <i>focus group</i>	19
3. Resultados.....	23
3.1. <i>Focus group</i> dos Estudantes.....	23
3.1.1. Pertinência do programa de SD	23
3.1.2. Integração do programa de SD no plano curricular do MIM	24
3.1.3. Metodologias de ensino.....	25
3.1.4. Metodologias de avaliação	26
3.1.5. Sugestões dos estudantes.....	27
3.2. <i>Focus group</i> dos Docentes	28
3.2.1. Pertinência do programa de SD para o MIM	28
3.2.2. Integração do programa de SD no plano curricular do MIM	28
3.2.3. Metodologias de ensino.....	29
3.2.4. Metodologias de avaliação	30
3.2.5. Sugestões dos docentes.....	31
4. Discussão	32
4.1. Pertinência do programa de SD para o MIM	32
4.2. Integração do programa de SD no plano curricular do MIM	33
4.2.1. Organização do programa de SD da FCS-UBI	33
4.2.2. Distribuição dos módulos do IHI pelos 6 anos do MIM	34
4.2.3. Conteúdos do programa	35
4.3. Metodologias de ensino.....	35
4.4. Metodologias de avaliação	37
4.5. Propostas para reforma curricular do programa de SD da FCS-UBI	39
4.6. Limitações do estudo	40
4.7. Propostas para o futuro	41
Conclusões	42

Bibliografia.....	43
Anexo 1	48
Anexo 2	51
Anexo 3	54

Lista de Figuras

Figura 1. Distribuição dos 16 módulos do IHI ao longo dos 6 anos do MIM. PS - Patient Safety; QVC - Quality, Cost and Value; PFC- Person- and Family-Centered Care; L- Leadership; QI- Quality Improvement.....	17
---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1- Tópicos de Segurança do Doente sugeridos pelo “WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools”.	13
Tabela 2 - Distribuição das competências de Segurança do Doente pelos 6 anos do MIM	16

Lista de Acrónimos

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AMEE	Association for Medical Education in Europe
APSEF	Australian Patient Safety Education Framework
FCS-UBI	Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior
IHI	Institute for Health-Care Improvement
IOM	Institute of Medicine
LaC	Laboratório de Aptidões e Competências
MIM	Mestrado Integrado em Medicina
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSCE	Objective structured clinical examination
PAL	Peer-assisted Learning
PEM	Pergunta de escolha Múltipla
SD	Segurança do Doente
SGT	Small Group Teaching

1. Introdução

1.1. A implementação da Segurança do Doente nas escolas médicas

O sucesso dos cuidados de saúde depende, nos dias de hoje, de um conjunto de fatores inerentes à crescente componente tecnológica dos sistemas de saúde e do trabalho coordenado por muitos profissionais de saúde diferentes, como médicos, enfermeiros, farmacêuticos e dentistas, e não apenas da competência de um único profissional. Nos cuidados prestados a um doente espera-se que todos estes profissionais lidem com a complexidade dos sistemas de saúde, promovam os cuidados adequados e ainda mantenham um ambiente seguro para os doentes.¹ A dificuldade em controlar todos estes parâmetros foi revelada pelo aparecimento de um extenso número de casos de danos causados aos doentes por falhas inerentes ao contacto destes com o sistema de saúde, como por exemplo a identificação inadequada do doente, a prescrição e administração inadequada de medicamentos e ainda erros cirúrgicos.² Em 1991, um estudo feito pela *Harvard Medical Practice* mostrou pela primeira vez que a maioria dos erros associados aos cuidados de saúde, definidos como falhas em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto, não estão relacionados com diferenças na cultura ou na organização dos diferentes sistemas de saúde e nem com intencionalidade de causar dano por parte dos profissionais envolvidos. Segundo este estudo, a crescente complexidade e tecnologia dos cuidados de saúde da atualidade, a pobre comunicação entre dos diversos profissionais de saúde envolvidos e os atrasos na prestação de cuidados são a principais causas destes erros.^{3,4} Consequência destes, muitos doentes sofrem danos que podem resultar em lesões permanentes, prolongar o tempo de internamento nos hospitais ou até mesmo levar à morte.^{1,5,6} Em 1999, célebre relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*, pelo *Institute of Medicine (IOM)*, estimou que cerca de 98000 doentes morrem todos os anos nos hospitais dos Estados Unidos da América por erros em saúde que podiam ser evitados, o que incentivou muitas instituições de saúde a procurar soluções para lidar com as fontes que põem em risco a segurança dos doentes.⁶

Para alcançar uma verdadeira mudança na cultura das organizações de saúde, verificou-se necessário envolver os futuros profissionais de saúde na capacidade de reconhecer situações de risco, notificar e divulgar os erros ou os *near-misses*, incidentes que, por algum motivo, planeado ou pelo acaso, foram intercetados antes de atingir o doente e que poderiam ou não causar danos, e de reconhecer a falibilidade humana como um fator muitas vezes associado a estes erros.⁷ Neste sentido, em 1999, a IOM chamou a atenção das escolas para a necessidade introduzir esta emergente temática da Segurança do Doente (SD) nos currículos dos futuros profissionais de saúde.⁸ Nesse mesmo ano, o presidente da

Association of American Medical Colleges, Dr. Jordan Cohen, escreveu uma carta onde destaca esta necessidade de sensibilizar e preparar os futuros profissionais de saúde para lidarem com as fontes de erros nos sistemas de saúde, reconhecerem a sua própria vulnerabilidade no erro e para que estejam devidamente empenhados em melhorar continuamente a qualidade dos cuidados de saúde.⁹

Tradicionalmente, os currículos médicos têm-se centrado no conhecimento de três principais competências: conhecimento médico, competências técnicas e capacidade de tomada de decisão clínica. As competências não técnicas e profissionais, tais como a consciência situacional, o trabalho em equipa, a liderança, a comunicação, a colaboração, a gestão do risco e dos fatores humanos geralmente não são explicitamente ensinadas nem avaliadas.¹⁰ Há uma consciência crescente de que os estudantes são influenciados não só por aquilo que lhe é ensinado no currículo formal, mas também por mensagens e crenças transmitidas através das interações com os docentes e tutores durante os estágios clínicos. O ambiente da prática clínica pode ser responsável por transmitir aos estudantes mensagens que se opõem ao conteúdo do currículo formal no que toca a valores profissionais e até mesmo relativamente a práticas seguras no atendimento ao doente. Os estudantes que experimentam comportamentos não profissionais podem sujeitar-se a práticas que eles próprios consideram erradas, a fim de evitar prejuízos nas avaliações e de conseguir aceitação por parte das equipas clínicas onde estão inseridos.¹¹ Por estes motivos, foi defendido que os estudantes nas áreas da saúde, nomeadamente os estudantes dos cursos de medicina, devem aprender acerca do erro humano e dos fatores que influenciam o aparecimento de eventos adversos durante a sua formação académica,¹² dando-se assim maior destaque à importância de alterar a atitude perante a SD e diminuir a probabilidade de comportamentos semelhantes no seu futuro como profissionais de saúde.¹³

No âmbito da construção de programas de SD, a maioria dos programas em ensino pré-graduado que se conhecem foram aplicados no terceiro ano do curso e a construção do programa é normalmente da responsabilidade de uma equipa multidisciplinar, incluindo médicos, especialistas em ética e especialistas em educação médica.^{3,5} O desenho dos programas tende a ser baseado num curso opcional ou incorporado em estágios clínicos, não sendo, na sua maioria, formalmente integrados no currículo pré-graduado.⁵ Contudo, ainda são poucos os estudos publicados que abordam o desenho, a implementação e a avaliação de um programa deste tipo, destinado a estudantes de medicina.^{7,14-17} Por esta razão, as escolas médicas que incluíram a SD nos seus planos curriculares, apresentam variações curriculares em termos de estrutura, conteúdo, rigor e avaliação.¹¹

1.1.1. A contribuição da Organização Mundial de Saúde (OMS)

Em 2005, a “*Australian Patient Safety Education Framework*”(APSEF)¹⁸ publicou um modelo simples, flexível e acessível que descreve os conhecimentos, as competências e os comportamentos que todos os profissionais de saúde devem adotar para aumentar a segurança nos cuidados de saúde. Com base neste modelo e para ajudar as escolas médicas de todo o mundo na construção e integração curricular de um programa de SD, a OMS publicou, em 2009, um guia curricular denominado “*WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools*”¹⁰. Neste guia, a OMS reuniu os 11 tópicos, enumerados na tabela 1, que devem ser aplicados a um programa de SD capaz de integrar os currículos das escolas médicas.

Tabela 1- Tópicos de Segurança do Doente sugeridos pelo “*WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools*”.

1. O que é a segurança do doente?
2. O que são fatores humanos e porque são importantes na segurança do doente?
3. Compreender os sistemas e o impacto da complexidade nos cuidados de saúde.
4. Trabalhar em equipa
5. Compreender a aprender com os erros
6. Compreender e lidar com o risco clínico
7. Introdução aos métodos que melhorem a qualidade dos cuidados
8. Envolver os doentes e os cuidadores nos cuidados de saúde
9. Controlo e prevenção de infeções
10. Segurança do doente nos procedimentos invasivos
11. Melhorar a segurança na medicação

Mais tarde, em 2011, alargando estes princípios a todo o ensino pré-graduado na área da saúde, a OMS publica o “*WHO Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition*”², onde são apresentados, para além dos tópicos acima descritos, princípios e sugestões de ensino e avaliação que procuram orientar as escolas na integração de cada tópico. Resumidamente, a OMS sugere que distribuição dos conteúdos de SD deve estar de acordo com a estrutura curricular de cada escola, podendo estar mais concentrados nos anos-clínicos num currículo tradicional, ou de forma vertical se o método de ensino da escola for integrado. Preferencialmente os estudantes devem ter contacto com a SD antes e depois do contacto com a clínica, devendo os tópicos que exigem maior experiência clínica ser lecionados mais tarde no currículo. Contudo, uma introdução da temática da SD o mais cedo possível, seguido de um acompanhamento constante ao longo de todo o curso, permite reforçar o conhecimento dos conteúdos mais importantes. De um modo geral, os 11 tópicos

sugeridos pela OMS podem ser integrados no currículo como um todo ou pode ser feita uma introdução gradual de um ou vários tópicos. Alguns conteúdos de SD são facilmente inseridos em sessões letivas já existentes, enquanto outros são relativamente novos e devem ser trabalhados de forma isolada dentro do currículo. Segundo a OMS, um programa de SD pode ser integrado num programa de treino de procedimentos e competências já existente no currículo, usando as aulas teóricas para contextualizar os conteúdos e proporcionando uma oportunidade imediata de aplicar estes conhecimentos na prática, o que pode ajudar a sensibilizar os estudantes nesta temática.

Existe uma grande variedade de métodos de ensino como aulas teóricas, ensino em meio clínico, discussão de casos clínicos, acompanhamento de doentes, simulação e envolvimento em projetos que podem ser aplicados a um programa de SD, sendo a escolha do método dependente dos objetivos pretendidos, do currículo e dos recursos da escola onde vai ser inserido. As escolas podem adotar qualquer um desses métodos de ensino, desde que consigam criar um ambiente descontraído, não intimidante, e onde a aprendizagem experimental seja facilitada.^{2,10}

O processo de avaliação de um programa de SD pode ter um carácter formativo ou sumativo e pode ser aplicado de forma intercalar ou final. Todos os momentos de avaliação influenciam o empenho dos estudantes e por isso devem estar de acordo com os objetivos de aprendizagem.² *Newble* e *Cannon* publicaram uma lista dos objetivos de uma avaliação, destacando, para a SD, dois objetivos principais: dar feedback e motivar os estudantes no processo de aprendizagem.¹⁹ Podem ser usados métodos de avaliação escritos (perguntas de escolha-múltipla, resposta aberta curta ou longa, *logbooks*) ou práticos (observação direta, discussão de estudos de caso ou *OSCE (Objective structured clinical examination)*), em função dos objetivos pretendidos. A OMS acrescenta ainda que algumas competências de SD, consideradas nucleares, devem ser sistematicamente avaliadas para aumentar a probabilidade de aplicação destes conhecimentos na prática.²

No final, o guia curricular da OMS incentiva as escolas a desenvolver uma avaliação dos seus próprios programas de SD em termos de conteúdos, metodologias e adequação ao currículo, sugerindo que sejam usados dados recolhidos dos estudantes, docentes e até doentes que contactam com o programa. Estes dados podem ser recolhidos de inúmeras formas, como por exemplo, reflexões escritas, questionários, entrevistas individuais e *focus group*, tendo como objetivo melhorar o programa contruído pela escola.^{2,10} Os estudos que avaliaram os estudantes antes e depois da introdução de um programa de SD nos seus currículos demonstraram uma melhoria no conhecimento, nas atitudes e na consciência destes relativamente a esta problemática.⁷ A maioria das avaliações basearam-se na aplicação de questionários e na obtenção de dados quantitativos relativos ao conhecimento e atitudes dos estudantes na temática da segurança do doente^{7,11,12,14,20-22}, contudo algumas usaram métodos qualitativos, nomeadamente o *focus group*, usando perceção dos estudantes relativamente aos programas de SD implementados nos seus currículos pré-graduados.^{23,24}

Apesar dos esforços da OMS, poucas foram as escolas médicas que investiram na implementação de um programa de SD nos seus currículos pré-graduados.² Verificou-se que esta dificuldade se deve ao difícil reconhecimento, por parte dos educadores, da importância da disciplina e da possibilidade de a integrar nos conteúdos programáticos das escolas, assim como da falta de familiarização com a literatura e da relação hierárquica e competitiva entre estudantes e docentes.^{2,12,25,26,22,27-29} Com o passar dos anos, a SD tem vindo a ser cada vez mais reconhecida como uma dimensão crucial de cuidados saúde de qualidade. Estão atualmente publicados alguns guias curriculares e cursos pós-laborais^{15,30-33} que foram e continuam a ser aplicados no contexto da formação pós-graduada de profissionais de saúde, embora grande parte da literatura descreva uma abordagem ao erro feita através de estudos de caso³⁴ ou questionários que incidem sobre práticas educacionais³⁵

Em Portugal, a 7 de Novembro de 2012, o Laboratório de Competências (LaC) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS-UBI) apresentou à OMS o seu apoio oficial ao “*WHO Patient Safety Curriculum Guide*”. Esta iniciativa coloca a FCS-UBI num lugar de destaque no ensino biomédico a nível internacional, sendo a primeira escola médica em Portugal e uma das primeiras da Europa a oficializar o apoio a este programa.³⁶

1.1.2. O Institute for Healthcare Improvement (IHI)

Para além da literatura existente e dos guias^{2,17,37} que ajudam na implementação deste tipo de currículos, os programas on-line certificados na área da SD têm vindo a crescer. A *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* apresenta um catálogo on-line de cursos certificados de SD que podem ser usados na formação e treino dos estudantes ou profissionais de saúde.³⁸ O *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* é uma dessas entidades certificadas na área da segurança do doente que oferece cursos on-line³⁹ que podem ser incorporados no currículo de estudantes ou profissionais da área da saúde.⁴⁰ O protocolo com a *Open School*⁴¹ da IHI permite acesso a todos os módulos disponíveis e pode ser feito gratuitamente por qualquer universidade, escola superior ou organização interessada em usufruir do trabalho desta instituição. A formação de um *Open School Chapter*⁴², um grupo local representativo da IHI, é uma estratégia oferecida pela IHI para melhorar a colaboração e o trabalho em SD feito pelas escolas/organizações. Algumas das escolas e organizações protocoladas com o IHI exigem aos seus estudantes a conclusão de todos os 16 cursos obrigatórios para obtenção do Certificado Básico, enquanto outras escolhem alguns ou parte dos módulos para lecionar conceitos específicos.⁴¹ A estratégia de integração dos cursos do IHI nos currículos de diversas escolas da área da saúde mostra-se bastante variável tanto no conjunto de módulos do IHI selecionados como na distribuição e implementação dos mesmos dentro do currículo de cada escola.^{43,44} Em Portugal, desconhece-se outra escola médica, para além da FCS-UBI, que tenha integrado os cursos do IHI no currículo do Mestrado Integrado em Medicina (MIM).

1.2. O programa de Segurança do Doente na FCS-UBI

Seguindo as linhas orientadoras da OMS, desde o ano letivo 2010/2011 que a FCS-UBI procura incluir a SD no currículo do MIM. Em Novembro de 2012, o Laboratório de Competências (LaC) da FCS-UBI apresentou o seu apoio oficial à OMS e nesse mesmo ano criou um protocolo com a IHI, o que levou à formação do *FCS-UBI Open School Chapter*⁴⁵. Este grupo, constituído por docentes e estudantes do MIM, dedicou-se a estudar e a seleccionar os módulos do curso on-line que atualmente integram o programa de SD do MIM. Foram seleccionados os 16 módulos que dão direito ao Certificado Básico do IHI e que incluem seis módulos sobre *Patient Safety* (PS100, 101, 102, 103, 104, 105 e 106), um módulo sobre *Quality, Cost and Value* (QCV101), um módulo sobre *Leadership* (L101), um módulo sobre *Person- and Family-Centered Care* (PFC101) e seis módulos sobre *Quality Improvement* (QI101, 102, 103, 104, 105 e 106). No ano letivo 2014/2015 a FCS-UBI integrou estes 16 módulos nos 6 anos do currículo do MIM, como representado na figura 1. A distribuição dos módulos do IHI foi feita em função das competências de SD escolhidas para cada ano (tabela 2), tendo em conta a estrutura curricular do MIM e as orientações da OMS².

Tabela 2 - Distribuição das competências de Segurança do Doente pelos 6 anos do MIM

1º ano
<ul style="list-style-type: none">•Compreender erros do sistema de saúde•Utilizar medidas de controlo de infeção
2º ano
<ul style="list-style-type: none">•Compreender fatores humanos (fadiga e stress)•Prevenir erros de procedimentos•Usar tecnologias de informação para melhorar a segurança do doente
3º ano
<ul style="list-style-type: none">•Compreender organizações complexas•Gerir queixas•Reconhecer, reportar e gerir efeitos adversos e “near misses”•Gerir o risco•Assegurar segurança na medicação
4º ano
<ul style="list-style-type: none">•Assegurar a continuidade dos cuidados
5º ano
<ul style="list-style-type: none">•Participar em equipas e mostrar liderança•Aplicar a melhor informação disponível
6º ano
<ul style="list-style-type: none">•Promover qualidade em saúde

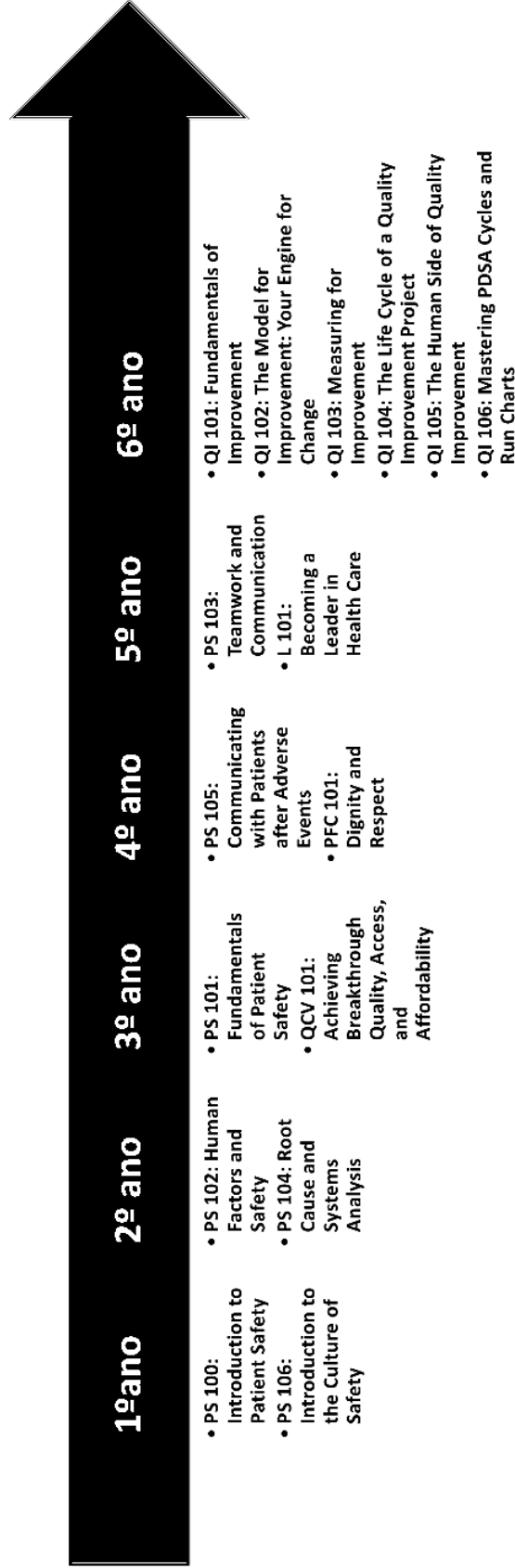


Figura 1. Distribuição dos 16 módulos do IHI ao longo dos 6 anos do MIM. PS - Patient Safety; QVC - Quality, Cost and Value; PFC- Person- and Family-Centered Care; L- Leadership; QI- Quality Improvement

De forma a ajudar à compreensão da matéria lecionada nos cursos on-line, foram aplicadas, nos 3 primeiros anos, discussões de casos clínicos, em contexto de *Small-Group Teaching (SGT)*, usando o sistema de *Peer-Assisted Learning (PAL)* do LaC, um sistema que utiliza estudantes-tutores com formação e experiência no ensino de procedimentos clínicos e comunicação. Os casos clínicos e as questões de discussão foram adaptadas de estudos de caso fornecidos pelo IHI e têm correspondência com os conteúdos dos módulos lecionados em cada ano letivo. (Anexo 1)

O método de avaliação escolhido baseia-se na entrega anual dos certificados que comprovam a aprovação do estudante nos módulos que lhe são exigidos nesse ano. Cada certificado parcial pode ser gerado no final de cada módulo e a IHI oferece diversas opções de certificação (*Certified Professionals in Health Care Quality/General Attendance/Internacional General/Nursing Contact Hours/Pharmacist CPE/US Physician CME*) que podem ser escolhidas em função da finalidade atribuída ao certificado. No final do 6º ano do MIM, os estudantes recebem o Certificado Básico da IHI que integra os 16 módulos concluídos ao longo dos 6 anos. A obtenção deste certificado é obrigatória para a obtenção do grau mestre no MIM.

No início do ano letivo, a cada ano do MIM, foi entregue aos estudantes um documento que procura esclarecer os objetivos do programa de SD e que apresenta os cursos do IHI, os métodos de ensino e avaliação assim como a bibliografia recomendada.

O trabalho que aqui se apresenta foi desenvolvido com o objetivo de avaliar o Programa de Segurança do Doente da FCS-UBI usando e comparando a perspectiva dos estudantes e dos docentes da FCS-UBI relativamente aos seguintes parâmetros:

- Pertinência do programa de Segurança do Doente no Mestrado Integrado em Medicina da FCS-UBI
- Integração do programa de Segurança do Doente no plano curricular de cada ano do Mestrado Integrado em Medicina da FCS-UBI
- Metodologias de ensino e avaliação usadas no programa de Segurança do Doente.

2. Materiais e Métodos

2.1. Contextualização do *focus group*

Surgido na década de 1940, e utilizado pela primeira vez por Paul Lazarsfeld,⁴⁶ o *focus group* é um método de investigação qualitativo que se insere dentro de um paradigma construtivista, que vê a realidade como algo socialmente construído e negociado e o conhecimento como um produto da interação social, construído entre os indivíduos e a sociedade. Este método foca-se nas ideias, interpretações, sentimentos e ações dos participantes.⁴⁷ Inicialmente usado pelas ciências sociais, a utilização do *focus group* como método de investigação em educação médica tem vindo a crescer exponencialmente nos últimos anos.⁴⁸⁻⁵⁰ O *focus group* é formado por um pequeno grupo de pessoas lideradas por um moderador que procura estimular uma discussão, focando-se num determinado objetivo. O moderador estimula a interação entre os participantes procurando aprofundar o tema discutido e usando esta interação como forma de enriquecer o conhecimento objetivado pelo estudo. É neste ponto que o *focus group* difere de uma entrevista de grupo⁴⁸, uma vez que o principal objetivo não é apenas reunir informações a partir dos pontos de vista dos diferentes participantes, mas também perceber as circunstâncias através das quais esses pontos de vista foram construídos.⁵¹

As vantagens deste método são a recolha mais rápida e menos onerosa da informação quando comparado com as entrevistas individuais. Como promovem uma interação direta entre os participantes, permitem que os dados recolhidos sejam mais ricos e completos. Vários tipos de dados são gerados por este método, desde dados individuais de cada um dos participantes, dados do grupo como um todo e também dados sobre a interação dos participantes durante a sessão de *focus group*. A maioria dos dados são gravado em áudio e posteriormente transcritos na íntegra em *verbatim* para que possam ser analisados. Para além disso, o moderador e o observador conseguem obter dados observacionais valiosos, de comunicação não-verbal e interações entre os participantes que dão uma nova dimensão à interpretação dos resultados. Os resultados são fáceis de usar e de interpretar, sem que seja necessária uma análise estatística complexa. Este método tem, contudo, algumas desvantagens, como por exemplo, a colaboração dominante de alguns dos participantes e a dificuldade que o moderador pode ter em gerir a dinâmica do grupo, o que pode introduzir um viés nos resultados obtidos. Os *focus group* podem também gerar um grande volume de dados o que requer mais tempo para organizar, interpretar e analisar os resultados.⁴⁸

A escolha dos participantes é o ponto fundamental para o sucesso de um *focus group*.⁴⁶ As duas abordagens mais usadas para a escolha dos participantes são conhecidas como Teórica⁵² e a outra como Intencional.⁵³ Na abordagem Teórica, os participantes são escolhidos com o objetivo de esclarecer conceitos que surjam durante o próprio *focus group*. Esta é uma estratégia indutiva e iterativa, cuja composição do grupo pode mudar à medida

que a investigação progride. A abordagem Intencional procura incluir pessoas de interesse, normalmente com o objetivo de explorar as diferenças entre dois grupos, no que diz respeito ao ponto de vista de cada um relativamente a um determinado tema. Este método tem sido um método de escolha para avaliar programas curriculares,^{54,55} e por isso foi o escolhido para este trabalho.

Existem diversos métodos que permitem a análise dos dados obtidos por um *focus group*. Contudo, a qualidade da análise dos dados é determinada principalmente pela qualidade do trabalho do investigador responsável, nomeadamente na escolha do número e tipo de participantes, na qualidade das questões ou tópicos escolhidos e na qualidade do trabalho do moderador que determinará a profundidade e a direção das discussões geradas entre os participantes.^{52,56} A utilização de um *software* de análise qualitativa de dados tem apenas a vantagem de ajudar a organizar os dados, poupando tempo ao investigador. No entanto, é a interpretação do investigador, da equipa de investigação, a objetividade das suas discussões e conclusões que acabará por determinar a qualidade da análise.⁴⁸ São conhecidas duas abordagens possíveis de análise dos dados obtidos pelo *focus group*, a dedutiva ou a indutiva, que podem ser aplicadas de forma independente. A abordagem dedutiva envolve a leitura das transcrições em *verbatim* e a posterior aplicação de um conjunto predeterminado de temas ou estrutura de codificação. Esta abordagem procura a ocorrência ou a não ocorrência destas dimensões nos dados obtidos e, portanto, baseia-se na procura de provas que apoiam a teoria que está na base do trabalho de investigação. Por outro lado, as transcrições podem ser analisadas indutivamente, procurando temas emergentes que surgem dos dados obtidos e que posteriormente podem ser articulados nos objetivos do trabalho de investigação. Esta abordagem é muito usada por estudos exploratórios que estão no início de um programa de investigação.⁵⁷

2.2. Aplicação do *focus group* neste trabalho

Para participar neste trabalho foram escolhidos 6 estudantes e 6 docentes, um estudante e um docente representativo de cada ano curricular do MIM, perfazendo um total de 12 participantes selecionados.

Os critérios de escolha dos estudantes foram:

- Ser ou ter sido estudante do MIM da FCS-UBI.
- Ter frequentado, no ano letivo transato, o programa da SD da FCS-UBI do ano que representa.

Os critérios de escolha dos docentes foram:

- Ser docente do MIM da FCS-UBI.
- Ter conhecimento e uma visão global sobre o ano curricular do MIM que representa.

Foram realizados dois *focus group* separadamente, um com os 6 estudantes e outro com os 6 docentes selecionados, uma vez que, segundo as recomendações, indivíduos de diferentes níveis de poder e competências, tais como docentes e estudantes, não devem ser incluídos no mesmo grupo de discussão devido a problemas relacionados com insegurança relativamente às consequências da discussão em causa.⁴⁸ A escolha do moderador e do orientador foi baseada na neutralidade destes elementos. Por questões de tempo e indisponibilidade dos participantes, foi realizada apenas uma sessão de *focus group* dentro de cada grupo de participantes, apesar do recomendado serem entre quatro e cinco. Ambas as sessões foram realizadas nas instalações da FCS-UBI, no decorrer deste ano letivo 2015/2016, sendo que cada uma durou cerca de 2 horas, tal como recomendado.⁴⁸ O guião orientador dos *focus group* dos estudantes e docentes, assim como os documentos usados para obter os dados e os consentimentos dos participantes, foram construídos com base nas recomendações da *Association for Medical Education in Europe (AMEE)* e da *OMS*.^{30,40} (Anexo 2) Antes de iniciar qualquer debate de ideias, todos os participantes selecionados assinaram uma declaração de consentimento (Anexo 3) e assistiram a uma apresentação em *Power-Point*[®] da construção, objetivos e funcionamento do programa de SD da FCS-UBI. Em ambos os grupos, as sessões de *focus group* foram divididas em duas partes, sendo que a primeira hora foi dedicada ao debate das questões globais escolhidas para avaliar o programa de SD, tendo-lhes sido pedido que abordassem os seguintes tópicos:

- Pertinência do programa de SD para o MIM.
- Integração do programa de SD no plano curricular do MIM (em termos de organização do programa, distribuição dos módulos do IHI pelos 6 anos do MIM e conteúdos lecionados).
- Metodologias de ensino usadas neste programa.
- Metodologias de avaliação usadas neste programa.

A segunda hora da sessão de *focus group* foi dedicada à elaboração, por escrito, de uma distribuição da lista das competências de SD ao longo dos 6 anos do MIM, pelo ponto de vista dos estudantes e dos docentes. Na apresentação do programa foi omissa intencionalmente a distribuição atual das competências de SD de modo a não influenciar, de forma explícita, a escolha dos estudantes e dos docentes nesta parte da sessão. Em ambos os *focus group* foi dedicado tempo para sugestões e discussão de outros tópicos que os participantes considerassem pertinentes e apropriados ao tema e que não tivessem sido abordados pelos tópicos sugeridos. As gravações em áudio foram primeiramente transcritas em *verbatim* e, posteriormente, discutidas e analisadas pelos autores deste trabalho, usando como método ambas as abordagens, dedutiva e indutiva, acima descritas. Não foi utilizado nenhum *software* uma vez que este trabalho, devido ao reduzido número de sessões de *focus group*, produziu uma quantidade de dados que permitiu a análise manual dos mesmos. A análise dos resultados seguiu as recomendações da AMEE⁴⁸ e teve por base o ponto de vista individual, o grau de concordância e discordância dos participantes acerca dos tópicos de discussão escolhidos, assim como a evolução das perspectivas do grupo ao longo da sessão de *focus group*.⁵⁶ Foram igualmente recolhidos novos temas/tópicos que surgiram nas discussões e que foram articulados com os objetivos deste trabalho. Dados observacionais foram recolhidos pelo observador e serão apresentados, em itálico, ao longo dos resultados.

2.2.1 Validação e questões éticas

Embora o conceito de validação fosse inicialmente atribuído a trabalhos de investigação quantitativos, a aplicação deste processo em métodos de investigação qualitativos como o *focus group* tem-se mostrado igualmente significativo. Diferentemente da validação de dados quantitativos, a validação de dados qualitativos foca-se principalmente na avaliação da credibilidade e fiabilidade do método, dos resultados obtidos e da interpretação destes.⁵⁸ Para aumentar a credibilidade deste estudo, foi aplicado um método de triangulação^{48,59}, que envolveu a colaboração dos diferentes investigadores deste trabalho na verificação e posterior discussão dos dados obtidos. No sentido de tornar este trabalho transferível a outros trabalhos, foi feita uma descrição pormenorizada do contexto, do método de seleção dos participantes e apresentada uma discussão que confronta os dados obtidos com a base teórica que fundamentou este estudo. Relativamente à confiabilidade, foram aplicadas questões abertas na primeira parte do *focus group* de forma a aumentar a profundidade da discussão dos temas propostos e ainda possibilitar a discussão de tópicos emergentes, não pensados no desenho inicial do trabalho, o que aumenta consistência e a extensão dos resultados. Por último, para que este trabalho seja passível de ser confirmado, foi feita uma pesquisa consciente de dados ou literatura que pudesse invalidar os resultados obtidos, de modo a diminuir o possível viés dos investigadores responsáveis pela análise dos dados.

3. Resultados

Os resultados dos tópicos da questão global, discutidos no *focus group* dos estudantes e dos docentes, serão apresentados dentro de cada tópico através de um resumo da transcrição em *verbatim* feita pelos autores deste trabalho e complementados com citações da mesma.

3.1. *Focus group* dos Estudantes

(No início da sessão os estudantes dos anos não-clínicos estavam inibidos, olhavam para o moderador, olhavam para a mesa e mostraram não estar muito confortáveis com a presença dos outros estudantes que mal conheciam. Por isso, os estudantes mais velhos (6º e 5º ano) iniciaram os debates, seguidos pelos estudantes mais novos que inicialmente tinham opiniões pouco fundamentadas e bastante semelhantes entre si mas que progressivamente, ao longo da sessão, sustentaram os seus pontos de vista.)

3.1.1. Pertinência do programa de SD

(A discussão deste tópico foi dominada pelos estudantes dos anos clínicos. Os estudantes dos anos não-clínico (representantes de 1º, 2º e 3º ano) foram menos ativos e mostraram alguma insegurança nas respostas, encolhendo os ombros a cada frase. Ainda assim, no final da discussão estes estudantes acenavam com a cabeça e mostraram no geral concordar neste ponto com os estudantes dos anos clínicos.)

Todos os estudantes concordaram que a inclusão de um programa de SD é pertinente e importante para o futuro profissional que os espera baseando esta posição na única referência que conhecem - “*se para a OMS (o programa de SD) é um bom complemento para o currículo do MIM, deve ser importante para o nosso futuro*”, afirma o estudante de 6º ano.

Os representantes dos anos clínicos acreditam que sensibilização dos estudantes para as questões de segurança do doente está diretamente relacionada com a experiência clínica que vão tendo ao longo do curso. “*A nossa experiência clínica a partir do 4º ano permite-nos ver que a segurança do doente vai ser importante na nossa prática clínica*”, referiu o estudante de 4º ano. Estes estudantes concordam que o programa de SD complementou o currículo do MIM em questões teóricas e práticas nunca antes abordadas.” *Até termos a SD não tínhamos nenhuma cadeira que nos ajudasse a lidar com os erros que vamos cometer no futuro e até como evitar muitos deles*”, afirmou o estudante de 5º ano. Os estudantes salientam que a aquisição deste tipo de conhecimentos durante o curso está muitas vezes dependentes da “*experiência clínica que cada estudante tem a sorte de ter, dependendo do*

serviço que encontra e do tutor que o acompanha”, e este programa é uma forma de “rever e uniformizar o conhecimento de todos” os estudantes do MIM na área da segurança do doente.

3.1.2. Integração do programa de SD no plano curricular do MIM

Segundo a opinião dos estudantes, o programa de SD implementado no passado ano letivo foi, em geral, bem compreendido, pela maioria, nomeadamente em relação aos objetivos, à estrutura e ao funcionamento do programa. Os estudantes dos anos clínicos consideram que o documento relativo à apresentação do programa, atribuído a cada ano clínico do MIM, foi esclarecedor relativamente a esse ponto. O estudante do 4º ano alega que *“o acesso à informação foi fácil”* e que *“o “protocolo”^a foi esclarecedor quanto ao que fazer”*. Contudo os estudantes dos anos não clínicos relataram dificuldades no processo de submissão dos certificados, atribuindo esta dificuldade à falta de informação esclarecedora por parte do programa. Segundo o estudante do 2º ano, *“os estudantes tiveram dificuldade em saber que opção (de creditação) escolher no momento de gerar o certificado”* acrescenta que *“essa informação deveria estar no “protocolo””*.

Relativamente ao tempo dado para completar e submeter o certificado correspondente aos módulos atribuídos a cada ano do MIM, todos os estudantes concordam e afirmam que *“foi suficiente”*.

Todos os estudantes concordam que os 16 módulos do IHI sejam distribuídos ao longo dos 6 anos do MIM. O estudante do 6º ano, que por motivos de adaptação ao novo programa fora obrigado a completar todos os 16 módulos num só ano letivo, considera que *“o total dos cursos não é possível de ser feito num só dia”*, e acrescenta que mesmo sendo feito ao longo de vários meses *“foi bastante denso e complicou o processo de aprendizagem”*. Este estudante, após concluir todos os 16 módulos, considera que *“os conteúdos são bastante interligados e por isso faz sentido que sejam feitos na totalidade”*.

Relativamente aos conteúdos dos módulos do curso do IHI escolhidos para cada ano do MIM, todos os estudantes consideram que aqueles estiveram adequados aos conteúdos lecionados nesse ano, ao funcionamento e à carga das atividades do mesmo. O estudante de 4º ano acrescenta que *“como estávamos a iniciar os anos clínicos aquilo que aprendemos acabou por poder ser usado mais na prática.”* Em geral, os estudantes dos anos clínicos, consideram que o programa de SD está adaptado à experiência que os estudantes têm em meio clínico e consideram que os módulos do curso têm uma *“relação indireta com a aprendizagem em meio clínico e por isso, neste ponto, também estão bastante adequados.”*

^a Documento entregue aos estudantes com os objetivos do programa de SD, a apresentação dos cursos do IHI, métodos de ensino e avaliação e bibliografia recomendada.

Para os estudantes, a maioria dos conteúdos lecionados pelo programa de SD foram novos. *“Nem todos os conteúdos eram novos, mas a maioria era”*, comentou o estudante do 6º ano, enquanto os estudantes do 1º e 2º ano consideram que *“os conteúdos foram totalmente novos”*. Relativamente aos conteúdos que estão sobrepostos com matérias dos módulos do MIM, os estudantes concordam que estes devem ser mantidos como forma de revisão e melhor consolidação dos conhecimentos. *“Haviam conteúdos sobrepostos mas estes serviram para rever”*, afirmaram os estudantes de 4º e 5º ano.

Todos os estudantes concordam os conteúdos foram adequados ao seu nível de compreensão, afirmam que *“houve boa compreensão dos cursos, apesar de serem em inglês.”* Consideram que nesse ponto o IHI tem uma vantajosa alternativa para os estudantes menos familiarizados com o inglês. *“Tivemos colegas que encontraram e fizeram o curso em português”*, afirma o estudante o 4º ano.

(A partir deste ponto, a discussão entre os participantes tornou-se mais fluída e o desconforto e receio dos estudantes mais novos já não era visível. As opiniões surgiram naturalmente e a experiência dos estudantes mais velhos foi servindo para elucidar os problemas expostos pelos estudantes mais novos, assim como as perspetivas dos mais novos levaram os estudantes mais velhos a recuar no tempo. Apesar dos momentos de discórdia os estudantes procuraram sempre soluções conjuntas no final de cada discussão.)

3.1.3. Metodologias de ensino

Segundo os estudantes dos anos clínicos, o curso do IHI tem qualidade para ser usado como metodologia de ensino do programa de SD do MIM. *“O curso on-line é adequado ao MIM”* afirma o estudante do 6º ano, acrescentando que *“a FCS sempre ofereceu aos seus estudantes as metodologias de ensino e avaliação mais atualizadas e por isso este curso está bastante adequado.”* Segundo o estudante do 5º ano, *“o curso on-line é muito bom porque usa muitas metodologias de ensino,”* e pelo *“fato de ter sido construído por uma instituição como o IHI tem sem dúvida muita qualidade para complementar o currículo de qualquer curso de medicina”*, acrescenta o estudante de 6º ano

Contudo, os estudantes dos anos não clínicos introduziram na discussão deste tópico a perspetiva de que *“o curso on-line tem uma componente falível, pode ser aldrabado e feito sem grande aprendizagem”* e por isso, na opinião destes estudantes, *“as tutorias foram essenciais”* no complemento dos conhecimentos que adquiriram.

Perante a opinião dos estudantes dos primeiros anos, os estudantes dos anos clínicos salientaram que os cursos on-line permitem que os estudantes sejam mais responsáveis pela aquisição do seu próprio conhecimento. Os estudantes de 5º e 6º ano consideram importante introduzir nos estudantes esta componente de auto-aprendizagem do curso, *“porque não só durante o curso mas para a restante vida profissional, a auto-aprendizagem através deste*

tipo de plataformas e cursos on-line é a base da aquisição de conhecimentos e atualização”, comenta o estudante do 6º ano.

Os estudantes dos anos não clínicos, ao longo da discussão gerada neste ponto, adquiram compreensão quanto ao carácter auto-didata e à importância que este pode ter nos seus futuros profissionais. Ainda assim, consideram que as tutorias com discussão de casos clínicos foram indispensáveis à compreensão dos objetivos propostos pelo programa e ao desenvolvimento de interesse por parte destes nas questões relativas à segurança do doente. *“O que aprendi nas aulas tutorias foi o que ficou, não aprendi muito com o curso on-line”, afirmou a estudante do 2º ano. Para estes estudantes a maior parte dos conhecimentos objetivados pelo programa de SD foram obtidos nestas tutorias, como diz o estudante do 1º ano “as aulas foram o mais produtivo que tivemos, a discussão dos assuntos é muito melhor do que ler e aprender sozinho.”*

Ainda que defendam a componente de auto-aprendizagem oferecida pelos cursos on-line, os estudantes dos anos clínicos consideram que tutorias *“bem preparadas e trabalhadas com antecedência, poderiam ser um bom método de ensino para atingir os objetivos do 5º e 6º ano”*. Na opinião dos estudantes, *“os casos clínicos, que são baseados em factos reais levam-nos a ter contacto com a realidade e a estar melhor preparados para os estágios e para o futuro profissional”*. Para além disso, como afirmou o estudante de 4º ano, *“as tutorias podem ser usadas para sensibilizar os estudantes mais novos”*.

A componente de PAL destas tutorias foi vista como vantajosa pelos estudantes, que dizem estar mais confortáveis para discutir e colocar dúvidas quando os tutores são também estudantes. *“O facto de serem estudantes facilita a discussão, estamos mais à vontade para perguntar e para falar”, afirma o estudante de 2º ano.*

3.1.4. Metodologias de avaliação

Todos estudantes concordam que o método de avaliação apenas baseado na entrega de certificados é insuficiente e falível do ponto de vista dos objetivos da avaliação. Consideram que a falta de sensibilização dos estudantes para as questões da segurança do doente leva a que a utilização da avaliação on-line, intrínseca a cada módulo do curso do IHI, é facilmente contornada, uma vez que as questões avaliativas são as mesmas para todos e não há limite de tentativas de aprovação. *“O exame on-line (no qual é obrigatório aprovar em 80% das questões para concluir o módulo e conseguir o certificado) é igual para todos, por isso um estudante faz e os restantes podem facilmente copiar”, afirma o estudante de 3º ano. Numa tentativa de justificar esta atitude dos estudantes, a estudante de 2º ano afirma “no nosso curso, onde temos sempre muita coisa que fazer, o curso on-line fica sempre em segundo plano, e havendo um caminho mais fácil os estudantes usam esse caminho.”* Acompanhado o raciocínio da colega, o estudante do 4º ano considera que os estudantes não estão

sensibilizados para a importância dos temas da SD e que o método de avaliação usado diminuiu o valor que atribuem ao curso, afirmando que *“como não temos uma verdadeira avaliação não damos tanta importância ao curso.”* Concordando com os colegas, o estudante do 6º ano assume que a fraude existe, mas a chama atenção para o papel da consciência de cada um afirmando que *“mais do que avaliação o que fica é o que cada um aprendeu e quer aprender.”* Acrescenta ainda que os *“PEM (perguntas de escolha múltipla) iriam quebrar a componente auto-didata.”*

3.1.5. Sugestões dos estudantes

Ainda que considerem que o protocolo seja bastante esclarecedor, os estudantes sugerem que seja feita, *“no início do ano letivo, uma sessão de apresentação do programa de SD para os estudantes que estão a iniciar o programa.”* Propõem que essa sessão sirva para *“esclarecer os objetivos e o modo de funcionamento do programa, assim como, para esclarecer as dúvidas dos estudantes, nomeadamente na questão da submissão dos certificados.”* Todos os estudantes concordam que as *“tutorias deveriam ser alargadas aos 6 anos do MIM, desde que devidamente planificadas e adequadas à estrutura dos anos clínicos”*. Os estudantes propõem que seja aplicado ao programa de SD *“um outro método de avaliação que procure aumentar a sensibilidade dos estudantes para esta temática”,* procurando simultaneamente *“não perder o carácter auto-didata dos cursos online”*. Sugerem que seja um *“método rápido, focado nos objetivos do programa e aplicado o mais cedo possível no ano letivo”*.

3.2. Focus group dos Docentes

(Os docentes, desconhecendo totalmente o programa da SD e o seu funcionamento, começaram a sessão com questões que o moderador tentou que fossem respondidas pelos participantes. Contudo, houve a necessidade de esclarecer algumas dúvidas para que a discussão fosse produtiva.)

3.2.1. Pertinência do programa de SD para o MIM

Com o objetivo de abrir a discussão, o docente do 3º ano questionou aos restantes participantes se *“os objetivos pretendidos com um programa de SD não são já transversais e inerentes ao curso de medicina?”* e se *“o que estamos a fazer com a criação de um programa de SD não é mais um evidenciar de aspetos que já são lecionados, como por exemplo o lavar as mãos?”*

A maioria dos docentes considerou que a inclusão de um programa de SD no currículo do MIM é pertinente tendo em conta as evidências publicadas e os estudos que verificaram a necessidade de ensinar os futuros profissionais de saúde a lidar com os erros associados aos cuidados de saúde que causam danos aos doentes. Procurando justificar esta posição, o docente do 4º ano lembrou que *“foi verificada, por entidades de relevo como a OMS, a necessidade de incluir este tipo de formação nos cursos de medicina, por isso é pertinente.”*

Contudo, o docente de 5º ano considera que os conhecimentos teóricos são o mais relevante da formação médica e, na sua opinião, *“o erro ou falta de segurança da doente advém principalmente de 2 fatores: falta de conhecimento do médico e a falta de tempo para atender os doentes, o que requer contacto com a prática clínica.”*

3.2.2. Integração do programa de SD no plano curricular do MIM

Os docentes que participaram neste estudo não acompanharam a organização do programa e por isso não teceram qualquer comentário relativamente a esta parte do tópico.

Relativamente à distribuição dos módulos do IHI pelos 6 anos do MIM, a maioria dos docentes defende que os estudantes devem iniciar o contacto com o programa de SD desde o primeiro ano do MIM. Perante a posição assumida pela maioria no tópico da pertinência, o docente de 5º ano, discordando com os restantes, defende que o programa *“deve ser iniciado apenas quando os estudantes têm maior contacto com a prática clínica, ou seja, no sexto ano”*.

O docente de 4º ano concorda com a distribuição dos conteúdos ao longo dos 6 anos, mas acrescenta que o programa de SD *“devia ser mais integrado com outras partes do currículo e não estar tão separado.”*

Para o docente de 3º ano “os estudantes já estão muito sobrecarregados de matéria teórica nos primeiros três anos do curso, e por isso a distribuição de um curso de SD com mais matéria teórica é sobrecarregar ainda mais”. Defende que “os conceitos teóricos deveriam ser introduzidos apenas no final do terceiro ano, quando os estudantes já tiveram contacto com os hospitais e as práticas hospitalares”.

(O moderador relembra que a discussão de casos clínicos foi aplicada nos 3 primeiros anos como forma de colmatar falta de contacto com a prática. O representante de 5º ano pede para analisar o caso clínico aplicado ao 1º ano do MIM)

Os restantes docentes, discordando da visão dos docentes de 5º e 3º ano, argumentam que “muitos conhecimentos práticos são lecionados e compreendidos antes que os estudantes tenham qualquer contacto com a prática clínica”. Estes docentes consideram que “o programa deverá estar adaptado e integrado, em cada ano, aos conhecimentos que os estudantes vão adquirindo ao longo do curso, e desse modo, podem assim ir aplicando o que aprendem com o programa de SD.” O docente de 5º ano mantendo a sua posição, considera que “dar conteúdos teóricos nos primeiros 5 anos de curso é perder horas para algo que é óbvio”. Mantendo-se a discórdia, os restantes participantes referem que “para estudantes de medicina não é óbvio porque ainda não foram confrontados com situações”. O docente de 3º ano relembra ainda que, “apesar dos protocolos já existentes, os erros continuam a acontecer” e que “qualquer estudante, por mais excelente que seja, pode vir a cometer erros devido aos erros dos sistemas onde vão ser inseridos.”

A maioria dos docentes considera importante que os conteúdos do programa de SD tenham tanto uma componente teórica como prática, procurando distribuir a carga dessas componentes, de forma crescente, ao longo dos 6 anos do MIM. “Deve haver uma sequência gradual de conteúdos teóricos ao longo dos 6 anos, nem que seja menor nos primeiros 3 anos e crescente a partir daí até ao 6º ano,” afirmou a docente de 2º ano.

3.2.3. Metodologias de ensino

Quanto às metodologias de ensino, na opinião dos docentes, o curso online do IHI isoladamente não é suficiente para garantir que os estudantes atinjam os objetivos pretendidos com o programa. “Um curso online destes qualquer pessoa faz, o mais importante é saber se o estudante sabe utilizar os conhecimentos em contexto clínico (casos clínicos nos primeiros 3 anos e na prática clínica do 4º, 5º e 6º ano)”, afirma o docente de 4º ano

Relativamente aos estudos de caso em contexto de SGT, a maioria dos docentes considera que estes são essenciais neste processo de aprendizagem dos estudantes, mas concordam que seriam mais adequados a partir do 3º ano do MIM “porque nessa fase os

estudantes já podem trazer a sua prática clínica para a discussão”, comenta o docente de 4º ano. A maioria dos docentes considera que a opinião dos estudantes é muito importante na avaliação do papel das tutorias para estudos de caso e, como afirmou o docente de 2º ano, “se feedback deles for bom então devem ser mantidas”.

O docente de 5º ano, comentando o caso clínico de 1º ano, considera que a discussão destes casos pode *“incentivar os estudantes a notificar registros ou suspeitas de má prática clínica”,* o que considera uma *“prática perigosa”* porque, na opinião deste docente, os estudantes devem aprender a ser *“críticos da gestão hospitalar e não do médico.”* Os restantes docentes concordaram que *“os estudantes podem ser bons avaliadores, porque se os tutores sentirem que estão a ser avaliados, vão ter melhores práticas clínicas e os estudantes vão aprender”.*

Relativamente aos tutores das discussões dos casos clínicos, maioria dos docentes defende que seria mais enriquecedor se estes fossem profissionais com mais experiência e portanto discordam da utilização do PAL neste contexto. *“Os estudantes-tutores não têm experiência, por isso considero mais enriquecedor que os tutores dos casos clínicos fossem clínicos com mais experiência”,* comenta o docente de 3º ano.

3.2.4. Metodologias de avaliação

Sobre as metodologias de avaliação, os docentes concordam que nos 3 primeiros anos do MIM qualquer avaliação tem menos importância que a reflexão e a compreensão da importância da SD na prática clínica futura. Nos anos-clínicos, todos os docentes concordam que as competências de SD devam continuar a ser avaliadas em cada ano, dentro do contexto das matérias lecionadas nos outros módulos desse ano, e se possível no contexto das práticas clínicas.

Relativamente aos objetivos da avaliação os docentes focaram as dificuldades que podem existir em avaliar atitude - *“Avaliar a técnica é importante mas é mais importante garantir que essa técnica está a ser incorporada nos estudantes como uma atitude e que está a ser usada em contexto hospitalar”,* comentou o docente de 3ºano. Seguido esse raciocínio, a utilização das avaliações integradas (OSCE) foi considerada pelos docentes uma excelente ferramenta para avaliar a prática de técnicas, mas com difícil aplicação na avaliação de atitudes. *“Avaliar os estudantes no ambiente de avaliação não permite garantir as atitudes que estes vão ter na prática”,* refere o docente de 3º ano.

3.2.5. Sugestões dos docentes

Relativamente à integração do programa de SD no currículo do MIM, os docentes sugerem que, nos 3 primeiros anos do MIM, as discussões dos estudos de caso sejam desenvolvidas dentro do horário das tutorias dos módulos que já fazem parte do currículo desses anos, aproveitando-se assim as matérias lecionadas nesses módulos para contextualizar os conteúdos lecionados pelo programa de SD. Consideram interessante que nos 3 primeiros anos, os estudantes tenham contacto com a experiência profissional de um médico sénior, os erros que cometeu e o que fez para minimizar os danos causados ao doente.

A partir do 3º ano, os docentes sugerem a utilização do portfólio como uma boa forma de avaliar a sensibilização e os conhecimentos teóricos aprendidos pelos estudantes durante os primeiros 3 anos do curso. A partir do 4º ano do MIM, os docentes sugerem que as competências de SD sejam também avaliadas em contexto clínico, com o apoio dos médicos tutores que acompanham e avaliam os estudantes em meio hospitalar. Nesse contexto, foi sugerido pelos docentes que estudantes analisem e avaliem as questões da segurança do doente do hospital/centro de saúde que frequentam e consideram este trabalho como uma boa forma de avaliar os estudantes na assimilação e na aplicação dos conteúdos lecionados no programa de SD.

4. Discussão

4.1. Pertinência do programa de SD para o MIM

O reconhecimento da importância e da pertinência de incluir a segurança do doente nos currículos dos cursos da área da saúde, por parte dos docentes e dos próprios estudantes como futuros profissionais, foi um dos objetivos que levou a OMS a lançar o guia curricular e por isso constitui também um dos objetivos do programa de SD da FCS-UBI. Quando questionados acerca da pertinência do programa, todos os participantes, docentes e estudantes, consideraram pertinente a inclusão de um programa de SD no currículo do MIM. A grande maioria compreende e aceita as evidências publicadas pela OMS, mas verificou-se, tanto por parte dos docentes como por parte dos estudantes, pouca familiarização com a literatura^{2,3,6,17} que fundamenta a importância da implementação deste tipo de programas nas escolas médicas. Este desconhecimento da literatura é comprovado não só pela clara insegurança de todos os participantes durante a discussão deste tópico, assim como pela crença, ainda presente em alguns docentes, de que o erro ou a falta de segurança do doente advém principalmente da “falta de conhecimento do médico e da falta de tempo para atender os doentes”. Os atrasos na prestação de cuidados, aliado à crescente complexidade dos cuidados de saúde e à pobre comunicação entre profissionais, são as causas, reconhecidas pela OMS², dos erros que causam danos aos doentes, não sendo dada relevância à falta de conhecimentos teóricos neste processo. Como tal, o esclarecimento e a formação dos docentes do MIM verifica-se necessária para o progresso deste programa. A maioria dos docentes desconhecia as recomendações da OMS relativas à SD e a existência deste tipo de programa na FCS-UBI até ao dia do *focus group*, facto que pode ajudar a compreender as dificuldades encontradas pelos autores deste trabalho em reunir e obter a colaboração dos docentes seleccionados. Ainda que inicialmente pouco seguros, os estudantes não mostraram dúvidas de que o programa de SD veio complementar o currículo do MIM em questões teóricas e práticas nunca antes abordadas no currículo do MIM e que veio uniformizar os conhecimentos deste tema que, até à inclusão do programa, estavam apenas dependentes da experiência clínica dos estágios hospitalares. Salientam que a sensibilidade para as questões de segurança do doente está bastante dependente da experiência clínica que vão tendo ao longo do curso, facto comprovado, durante o *focus group*, pela maior segurança dos representantes dos anos clínicos na discussão destas questões. Este é um facto também analisado pela OMS que destaca a importância de fazer uma distribuição das competências lecionadas de acordo com a experiência clínica dos estudantes, uma vez que este é um fator fundamental para a astúcia e responsividade dos estudantes a muitas das questões abordadas pela SD.²

Os docentes consideram que o conhecimento dos conceitos de SD e a execução correta dos protocolos de segurança é menos importante que a sensibilização dos estudantes

para a importância de adotar práticas seguras ou de garantir que estes saberão aplicá-las futuramente na sua prática clínica. Na verdade, todos estes princípios estão interligados. É necessário que os estudantes entendam o que causa os erros, como é que estes acontecem e que consequências podem ter nos doentes para que percebam a importância de prevenir e aprender a lidar com estas situações. Nada garante que os estudantes irão por em prática o que aprenderam, mas sabe-se que há maior probabilidade de o fazerem se tiverem a oportunidade de pôr em prática este conhecimento, o que pode ser ajudado pelo treino e execução e avaliação de protocolos.^{2,19,29,60,61}

4.2. Integração do programa de SD no plano curricular do MIM

Na FCS-UBI, o programa de SD foi integrado no programa de atividades do LaC e distribuído pelos 6 anos do MIM, uma vez que nesta escola é usado um método de ensino vertical (PBL). A discussão deste tópico foi dividida em 3 subtópicos - organização do programa, a distribuição dos módulos do IHI pelos 6 anos do MIM e os conteúdos lecionados - que se apresentam a seguir.

4.2.1. Organização do programa de SD da FCS-UBI

Relativamente a este subtópico, os estudantes dizem compreender os objetivos do programa, das metodologias usadas e consideram que o tempo disponibilizado para a conclusão dos módulos e submissão dos certificados foi suficiente. Foram referidas, apenas pelos estudantes dos anos não clínicos, dificuldades durante o processo de escolha da opção de certificação, o que atribuem à falta de informação esclarecedora por parte do programa. Uma explicação para esta diferença entre os estudantes pode estar relacionada com a sensibilidade para as questões da SD adquirida à medida que o contacto clínico aumenta, o que facilita a compreensão dos objetivos do programa pelos estudantes dos anos-clínicos. Perante esta situação, os estudantes sugeriram a implementação de uma sessão de apresentação formal do programa de SD, que esclareça os objetivos, o modo de funcionamento, assim como, as todas as dúvidas dos estudantes que iniciam o programa. Os docentes que participaram neste trabalho, por desconhecerem, até ao momento, a existência do programa, não teceram qualquer comentário acerca da organização, facto que permite compreender o distanciamento que mantém desta temática.

4.2.2. Distribuição dos módulos do IHI pelos 6 anos do MIM

Em relação à distribuição dos módulos do IHI pelos 6 anos do MIM, ainda que a maioria concorde que contacto com a SD deva ser iniciado desde o primeiro ano do MIM, o que vai ao encontro do que defendem os estudos^{2,12} que fundamentam este trabalho, alguns docentes defendem que os conhecimentos teóricos lecionados pelo programa de SD são facilmente adquiridos pelos estudantes e, por isso, a aplicação do programa poderá ser feita apenas no último ano do MIM. Esta perspetiva, adequada a um currículo tradicional, está desatualizada relativamente às recomendações da OMS que, em currículos como o do MIM da FCS-UBI, consideram que uma aplicação vertical dos conteúdos de SD mais vantajosa.^{2,10} Para além disso, este tipo de integração curricular entra em conflito com a experiência dos estudantes, que, conhecendo a grande densidade de conteúdos lecionados nos módulos do curso do IHI, defendem uma distribuição destes pelos 6 anos do MIM. A possibilidade de conciliar uma cobertura conjunta da aquisição teórica e prática dos conhecimentos de SD é vista como uma estratégia que aumenta a probabilidade de aplicação destes conhecimentos no futuro, sendo a integração gradual uma oportunidade de reforçar e construir uma melhor aprendizagem dos objetivos.^{2,10}

Os docentes sublinham a importância de criar um programa adaptado e integrado, em cada ano, aos conhecimentos que os estudantes vão adquirindo e sugerem que as tutorias de estudo de caso sejam feitas dentro do horário das tutorias de outros módulos que já fazem parte do currículo do MIM, aproveitando-se as matérias lecionadas nesses módulos para contextualizar os conteúdos lecionados pelo programa de SD. Esta estratégia vai ao encontro das recomendações do guia da OMS no que respeita à integração de conteúdos generalistas da SD que podem facilmente ser aplicados a qualquer disciplina do currículo, contudo nem todos os conteúdos têm esta flexibilidade de aplicação e estes últimos devem ser lecionados de forma isolada.^{2,10} A SD não é uma disciplina isolada e pode integrar-se em quase todas as áreas da saúde, contudo uma integração deste tipo implicaria o estudo pormenorizado das competências de cada ano do MIM, com a colaboração dos representantes docentes de cada ano na construção de um currículo de SD para a FCS-UBI. Defensora deste tipo de integração curricular, a OMS recomenda que esta seja ponderada ao ponto de não tornar os conteúdos demasiado dispersos e difíceis de coordenar, perdendo-se com isto alguns dos objetivos da SD.^{2,10} Os representantes dos anos clínicos consideram que o programa de SD está adaptado à experiência que os estudantes vão tendo em meio clínico, o que reforça o potencial desta proximidade, entre a teoria e prática, em melhorar a compreensão dos objetivos do programa e a probabilidade de uma aplicação futura destes conhecimentos, sendo por isso um ponto positivo nesta avaliação.

4.2.3. Conteúdos do programa

Quando questionados acerca dos conteúdos do programa de SD, os docentes defendem que este tenha, em cada ano, uma componente teórica aliada a uma componente prática, com uma distribuição crescente dos conteúdos teóricos ao longo dos 6 anos para diminuir a carga teórica dos três primeiros anos do curso. Desta forma procuram maximizar o aproveitamento deste programa pelos estudantes, aumentando a carga teórica a partir do 3º ano quando o contacto com o contexto clínico é também maior. Contudo, a carga de conteúdos teóricos não é um fator destacado pela literatura como relevante no aproveitamento, sendo mais valorizadas as metodologias de ensino, a contextualização dos conteúdos e o ambiente de aprendizagem proporcionado.^{2,14,17,29}

Principalmente para os estudantes dos anos não-clínicos, a maioria dos conteúdos lecionados pelo programa de SD foram totalmente novos, não fazendo referência a nenhum módulo do MIM que abordasse os temas atribuídos a esses anos. Já os estudantes dos anos clínicos identificaram alguns conteúdos sobreponíveis com conteúdos já lecionados pelo MIM, mas defendem que estes devam ser mantidos como forma de revisão e melhor consolidação dos conhecimentos, uma posição claramente concordante com as recomendações da OMS.^{2,10}

4.3. Metodologias de ensino

Segundo a literatura^{2,10,17}, o programa de SD da FCS-UBI escolheu duas metodologias de ensino adaptadas aos recursos da escola. O *curso on-line do IHI* que, segundo a maioria dos participantes, tem qualidade para ser usado como metodologia de ensino do programa de SD do MIM, tendo sido destacado pela diversidade de metodologias de ensino que usa e pela componente de auto-aprendizagem que permite que os estudantes sejam responsáveis pela aquisição do seu próprio conhecimento. Principalmente os estudantes dos anos clínicos valorizaram o contacto precoce com esta componente, uma vez que este é também um dos métodos atualização mais utilizados pelos profissionais de saúde nos dias de hoje. Os estudantes mostraram confiança na creditação que a IHI dá ao curso e salientam a versatilidade desta instituição internacional em disponibilizar alguns dos módulos em língua portuguesa. Esta pode ser uma alternativa para os estudantes que apresentam mais dificuldades com a língua inglesa, embora a maioria tenha concluído o curso on-line em inglês sem dificuldades. Para os estudantes, os módulos do curso do IHI estiveram, em cada ano, adequados ao seu nível de compreensão, aos conteúdos lecionados e ao calendário de atividades desse ano.

Na opinião dos docentes, o curso on-line, isoladamente, não é suficiente para garantir que os estudantes atinjam os objetivos pretendidos com o programa, dando, mais uma vez, ênfase às garantias de aplicação futura destes conhecimentos, o que na realidade não é possível de ser medido, mas pode ser potencializado.^{2,14,17} A OMS destaca algumas estratégias

que podem ajudar a envolver os estudantes nesta temática e que aumentam empenho e a responsabilidade necessária à aprendizagem auto-didata que um curso on-line exige.^{2,10} Ainda que defensores da componente de auto-aprendizagem, os estudantes admitem que, pelo facto de ser em contexto on-line e sem supervisão, os cursos podem ser facilmente concluídos sem qualquer aprendizagem pelos estudantes menos sensibilizados ou interessados, o que só reforça a necessidade de investir neste tipo de estratégias motivadoras que podem estar em falta nas metodologias escolhidas pelo programa.

No sentido de motivar os estudantes e simultaneamente criar um ambiente de aprendizagem descontraído e não intimidante^{2,10}, as *discussões de casos clínicos*, feitas em contexto de SGT, foi usado o sistema de PAL com o objetivo criar um ambiente que facilitasse a aprendizagem dos conteúdos de SD e que permitisse aos estudantes do 3º ano do MIM entrar em contacto e entender melhor a realidade dos seus futuros profissionais. Para os estudantes, as tutorias com discussão de casos clínicos foram indispensáveis à compreensão dos objetivos propostos pelo programa e ao desenvolvimento de interesse por parte dos alunos mais novos nas questões relativas à segurança do doente, afirmando, sem dúvidas, que a maior parte do conhecimento objetivado pelo programa de SD foi obtido nestas tutorias. Os docentes defendem que estas tutorias seriam mais adequadas a partir do 3º ano do MIM quando os estudantes já conseguem partilhar alguma da sua experiência clínica e neste ponto da discussão surge um importante confronto entre os pontos de vista dos estudantes e dos docentes relativamente aos objetivos das tutorias de discussão de casos clínicos. Para os estudantes, o contacto com o meio clínico e a sensibilização dos alunos mais novos constituem os principais objetivos destas aulas, já para os docentes seria mais importante que os estudantes aproveitassem as aulas para a partilha de experiências e com isso rentabilizar os momentos de aprendizagem. Uma vez que as tutorias foram fundamentais na compreensão dos objetivos do programa e no envolvimento dos estudantes com a SD. Uma forma equilibrar estes dois argumentos poderia passar por alargar as tutorias de discussão de casos clínicos aos 6 anos do MIM, desde que devidamente planificadas e adequadas à estrutura dos anos clínicos, tal como sugerido pelos estudantes.

Ao analisarem o caso clínico discutido no 1º ano do MIM, os docentes levantaram críticas ao incentivo avaliador e denunciador atribuído aos estudantes durante as práticas clínicas, o que, na visão destes, pode ser uma prática perigosa quando não dirigida à gestão hospitalar. Estas questões traduzem uma incompreensão da diferença que existe entre uma abordagem sistemática do erro e a cultura de culpabilidade ainda muito vivida nos sistemas de saúde atualmente.^{4,6,32} O erro ainda é visto pelos profissionais saúde como uma preocupação confinada aos gestores e administrados dos sistemas de saúde, saindo das competências dos prestadores de cuidados e muito mais estudantes que frequentam estes sistemas. A crença numa cultura de autoridade, em que a falta de conhecimento e o erro são ocultados e apenas permitidos no sentido descendente de uma hierarquia, perpetuam e explicam a indiferença que muitos docentes mantêm em relação ao ensino da SD no pré-

graduado.^{30,32} Ainda assim, a maioria dos docentes, conscientes do papel ativo dos estudantes na sua própria formação, discordam desta perspetiva e consideram que estes podem ser excelentes avaliadores dos erros em saúde, nomeadamente analisando e observando o trabalho dos formadores que os acompanham durante os estágios clínicos, e consideram que esta é uma forma de os motivar nas questões da SD.

Quanto à componente de PAL destas tutorias, as opiniões dos estudantes e docentes são mais uma vez opostas. Os estudantes vêem esta componente como vantajosa, afirmam estar mais confortáveis para discutir e colocar dúvidas quando os tutores são também estudantes, um conforto que é visto como vantajoso pela OMS.^{2,10} Os docentes discordam e consideram que seria mais enriquecedor se os orientadores das discussões dos casos clínicos fossem profissionais com mais experiência e sugerem que nos primeiros 3 anos do MIM, os estudantes tenham contacto com a experiência profissional de um médico sénior, com os erros que cometeu e o que fez para minimizar os danos causados ao doente. Este método, por um lado, pode trazer maior experiência às discussões, mas pode, por outro lado, tornar o ambiente mais intimidante e as intervenções dos estudantes menos produtivas, devendo por isso ser ponderado. A OMS reconhece que o ensino da SD requer quase sempre que os tutores adquiram conhecimentos que não fazem parte dos seus currículos base, uma vez que esta disciplina não é do domínio da maioria dos currículos dos docentes que contemplam os quadros das escolas médicas, tendo por isso dedicado uma parte do guia curricular a este tipo de instrução.² Uma forma de conciliar estas questões seria formar estudantes-tutores interessados em SD de forma a melhorar a experiência destes como tutores e assim homogeneizar e potencializar as discussões dos casos clínicos.

4.4. Metodologias de avaliação

Quanto às metodologias de avaliação, o método aplicado ao programa, baseado na entrega de certificados, foi classificado por todos os participantes como sendo insuficiente e falível do ponto de vista da avaliação. Uma vez que as questões avaliativas são as mesmas para todos e não há limite de tentativas de aprovação, os estudantes admitem que copiam as respostas dos testes finais que avaliam cada módulo do curso. Os estudantes admitem que a fraude acontece e atribuem esta situação à falta de sensibilidade que têm para as questões da segurança do doente, à sobrecarga de trabalhos que priorizam durante o ano letivo e ainda à ausência daquilo que eles consideram uma “verdadeira” avaliação. Este facto pode levantar questões importantes em termos dos conceitos de profissionalismo^{62,63} adquiridos pelos estudantes do MIM da FCS-UBI, o que deve ser matéria de análise por parte de todos os elementos da faculdade. A OMS considera que os momentos de avaliação influenciam o empenho dos estudantes e que devem estar de acordo com os objetivos de aprendizagem¹⁰, o que na perspetiva dos estudantes implica uma avaliação presencial, com peso na avaliação de cada ano do MIM de forma a aumentar a dedicação e o empenho dos estudantes nesta

temática. A SD visa uma avaliação formativa ou sumativa, que motive os estudantes a adquirir conhecimentos e competências que lhes vão ser úteis no futuro, sem o carácter discriminativo da maioria das avaliações.^{2,10,64} Os estudantes sugerem um método de avaliação, rápido, focado nos objetivos do programa e aplicado o mais cedo possível no ano letivo, que procure aumentar a sensibilidade dos estudantes para esta temática mas que, simultaneamente, não implique perder o carácter auto-didata dos cursos on-line. Segundo o guia curricular da OMS², podem ser usados vários métodos de avaliação em função das competências a avaliar (seguindo o esquema da Pirâmide de Miller⁶⁴), sendo apenas fundamental que, com estes momentos, os estudantes recebam feedback e obtenham mais motivação para aprender.

Estudantes e docentes concordam que as competências de SD devem continuar a ser avaliadas dentro de cada ano para manter ativo o empenho dos estudantes relativamente ao programa. Na opinião dos docentes, a avaliação deve ser feita dentro do contexto das matérias lecionadas nos módulos desse ano. Nos três primeiros anos do MIM, os docentes consideram que qualquer avaliação tem menos importância que a reflexão e a compreensão da importância da SD na futura prática clínica, uma perspetiva que destaca apenas o carácter discriminativo do processo avaliativo e que, como foi discutido acima, não faz parte dos objetivos da avaliação na SD. O portfólio, um método de avaliação que potencia o carácter crítico dos estudantes^{65,66}, foi sugerido pelos docentes como uma boa forma de avaliar a sensibilização e os conhecimentos teóricos aprendidos pelos estudantes durante os primeiros 3 anos do curso, o que já tem sido usado (o tema da SD é um dos sugeridos aos estudantes para o portfólio de todos os anos do MIM⁶⁷) com resultados muito positivos, não havendo justificação válida para que fique restrito aos primeiros anos do curso. Nos anos clínicos, os docentes sugerem que os momentos de avaliação sejam em contexto clínico, com análise e aplicação dos conteúdos de SD no contexto hospitalar/centro de saúde que frequentam. Tanto os mini-exames clínicos como o portfólio são forma de avaliar a assimilação e a aplicação dos conteúdos lecionados no programa de SD nos estudantes dos anos clínicos, contudo, para este tipo de avaliação, o apoio dos médicos tutores que acompanham e avaliam os estudantes em meio hospitalar é fundamental, o que implica uma sensibilização destes profissionais para as questões da SD. As avaliações integradas (OSCE) foram consideradas pelos docentes uma excelente ferramenta para avaliar a prática de técnicas, mas com difícil aplicação na avaliação de atitudes. O OSCE avalia o nível "shows how" da Pirâmide de Miller⁶⁴ o que permite que este método seja aplicado na avaliação de qualquer competência⁶⁸, ao contrário do que defendem os docentes. Para além disso, a OMS coloca o OSCE numa posição privilegiada na avaliação de competência de SD, quer incluídas na checklist de qualquer estação ou avaliadas isoladamente numa estação, deixado ao longo do guia diversos exemplos que podem ser aplicados neste tipo de avaliação.^{2,19,68}

4.5. Propostas para reforma curricular do programa de SD da FCS-UBI

Na sequência deste trabalho, tendo em conta os resultados acima discutidos e as sugestões dos docentes e estudantes, surgem algumas propostas de adequação e do programa de SD da FCS-UBI:

- Criação de uma sessão presencial de apresentação do programa de SD, destinada aos estudantes que estão a iniciar o programa, que esclareça os objetivos e o modo de funcionamento do mesmo, assim como, as dúvidas dos alunos, nomeadamente na questão da submissão dos certificados.
- Alargamento das tutorias de discussão de casos clínicos aos 6 anos do MIM, desde que devidamente planificadas e adequadas à estrutura dos anos clínicos.
- Aplicação de conteúdos de SD nos objetivos dos módulos que já fazem parte do currículo do MIM, aproveitando as matérias lecionadas nesses módulos para contextualizar os conteúdos lecionados pelo programa de SD.
- Aplicação de metodologias de avaliação que aumentem a motivação dos estudantes relativamente à SD e que contemplem o processo de atribuição de feedback aos estudantes:
 - Avaliação de competências de SD em ambiente clínico, a partir do 4º ano do MIM, com o apoio dos médicos tutores que acompanham e avaliam os estudantes em meio hospitalar.
 - Maior utilização do portfólio na avaliação das competências e conhecimentos específicos de SD lecionadas pelo programa em cada ano do MIM.
- Formação de docentes e estudantes-tutores interessados em SD de forma a melhorar a homogeneizar e potencializar as discussões dos casos clínicos, mantendo-se o ambiente confortável e facilitador da aprendizagem.

4.6. Limitações do estudo

O presente estudo enfrentou dificuldades na aplicação do método de investigação escolhido nomeadamente no que se refere à disponibilidade de alguns dos participantes selecionados. Este problema levou a que o número de participantes do *focus group* dos docentes fosse inferior ao previsto (os docentes do 2º e 6º MIM não puderam estar presentes), assim como o número de sessões de *focus group* aplicadas fosse inferior ao recomendado, sendo apenas uma por cada grupo. Para além disso, a impossibilidade de repetir as sessões de *focus group* fez com que as diferenças na abordagem dos tópicos, por cada grupo de participantes, não pudessem ser reduzidas, diminuindo assim a qualidade da discussão e das conclusões do trabalho. Desta forma, a colheita exaustiva dos dados passíveis de serem obtidos pelo método de *focus group* não foi levada ao máximo, o que reduz a confiabilidade deste trabalho.

A identificação dos conteúdos sobrepostos é uma das etapas que deve anteceder a implementação de um programa de SD^{2,10} e, com esse objetivo, foram distribuídos questionários durante o *focus group* dos docentes, o que corresponde à parte das questões específicas apresentada nos guiões (anexo 2). Os dados relativos a esta parte do trabalho não serão apresentados por falta de colaboração de totalidade dos participantes, facto que deve ser motivo de reflexão e procura de soluções para sensibilizar todos os elementos da FCS-UBI relativamente à importância de participar na construção dos currículos onde estão envolvidos.

Ainda que fossem aplicados métodos para maximizar a credibilidade deste trabalho, a interpretação dos resultados não está totalmente livre da influência dos autores uma vez que, por motivos de falta de recursos, parte destes coincidem com os elementos que fizeram parte da construção do programa de SD da FCS-UBI.

4.7. Propostas para o futuro

Em continuidade com este trabalho, proponho que os guiões de *focus group* utilizados (Anexo 2) sejam aplicados a mais grupos de estudantes e docentes dentro do mesmo ano letivo, de forma a maximizar o número de participantes, aumentar confiabilidade dos resultados apresentados e verificar a evolução destes ao longo dos anos. A aplicação de um teste padronizado, antes de depois dos estudantes completarem os módulos exigidos em cada ano, que avaliasse os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos dos estudantes relativamente às questões de SD lecionadas nos módulos, seria também um bom complemento aos objetivos deste trabalho.

A SD não é uma disciplina apenas destinada ao MIM, mas a todos os cursos que envolvem a formação de profissionais da área da saúde e por isso considero que alargar este programa aos restantes cursos que fazem parte da FCS-UBI (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêutica, Mestrado Integrado em Ciências Biomédicas e Mestrado Integrado em Optometria) seria um passo importante para alcançar os objetivos propostos pela OMS.

A análise curricular desenvolvida por este estudo é uma estratégia de desenvolvimento que pode ser aplicada a outros programas da FCS-UBI, com o objetivo de implementar melhorias no funcionamento curricular do MIM e simultaneamente aumentar a contribuição dos estudantes na construção dos seus próprios currículos

Com este trabalho, o LaC abriu-se à comunidade, deixando-se avaliar na construção e implementação do seu próprio programa de SD e demonstrando que o envolvimento dos docentes e dos estudantes neste tipo de avaliações curriculares é um passo importante no progresso curricular do MIM.

Conclusões

Relativamente à pertinência do programa de SD verificou-se que, tanto os docentes como os estudantes do MIM da FCS-UBI, ainda que tenham uma opinião defensora desta iniciativa, estão pouco familiarizados com a literatura que fundamenta a importância da implementação da SD nas escolas médicas, sendo necessário investir no esclarecimento e na formação de todos, para que os objetivos deste programa sejam atingidos na totalidade. A distribuição gradual das competências ao longo dos 6 anos foi vista como vantajosa pela maioria, pela possibilidade de conciliar uma cobertura conjunta da aquisição teórica e aplicação prática dos conhecimentos e deste modo aumentar a probabilidade de aplicação destes no futuro. Foram apresentadas propostas de alteração da estratégia usada para integrar o programa de SD no currículo do MIM, que implicam um estudo pormenorizado das competências de cada ano do MIM e a colaboração dos representantes docentes de cada ano. As metodologias de ensino escolhidas para o programa, ainda que consideradas pela maioria como adequadas ao currículo do MIM, foram um ponto de discordância entre estudantes e docentes, nomeadamente no que diz respeito ao aproveitamento e obtenção de conhecimentos proporcionado por estas metodologias. A contextualização clínica e o ambiente de aprendizagem foram destacados como fatores fundamentais na sensibilização dos estudantes para as questões abordadas pela SD assim como na motivação destes para a auto-aprendizagem deste tipo de competências. A metodologia de avaliação usada pelo programa foi considerada insuficiente no alcance dos seus objetivos, nomeadamente em motivar os estudantes na aquisição de conhecimentos e competências. Foram também apresentadas propostas de revisão da metodologia de avaliação usada pelo programa de SD e notificada a necessidade de intervir no processo fraudulento admitido pelos próprios estudantes. Ao longo da discussão são apresentadas diversas sugestões, tanto dos estudantes como dos docentes, que devem ser consideradas numa futura reforma curricular do programa. Apesar de todas as alterações propostas, segundo os estudantes, o programa de SD veio complementar o currículo do MIM em questões teóricas e práticas nunca antes abordadas e homogeneizou os conhecimentos que os estudantes já tinham nesta matéria, mas que, até à inclusão do programa, estavam dependentes unicamente da experiência clínica obtida nos estágios hospitalares. As dificuldades encontradas em obter a colaboração do corpo docente permitem reforçar a necessidade de sensibilizar todos os elementos da FCS-UBI para a importância de participar neste tipo de avaliações curriculares.

Bibliografia

1. Grol, R, Baker, R, Moss F. Quality improvement research : *Qual Saf Heal Care*. 2002;11(2):110-111.
2. World Health Organization W. Patient safety curriculum guide. Multi-Professional Edition. *Paitent Saf*. 2011:1-272. doi:10.1097/00001888-200005000-00082.
3. Nie Y, Li L, Duan Y, et al. Patient safety education for undergraduate medical students: a systematic review. *BMC Med Educ*. 2011;11(1):33. doi:10.1186/1472-6920-11-33.
4. Leape L L, Brennan T A LN et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. *Results Harvard Med Pract Study II N Engl J Med* 1991;324(6):370-376.
5. Brennan T a, Leape LL, Laird N a NM, et al. SPECIAL ARTICLES INCIDENCE OF ADVERSE EVENTS AND NEGLIGENCE IN HOSPITALIZED PATIENTS Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991;324(6):370-376.
6. Kohn LT, Corrigan JM DM. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC; 1999.
7. Madigosky WS, Headrick LA, Nelson K, Cox KR, Anderson T. Changing and sustaining medical students' knowledge, skills, and attitudes about patient safety and medical fallibility. *Acad Med*. 2006;81(1):94-101. doi:81/1/94 [pii].
8. Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. 2001.
9. Cohen J. Letter to medical school deans. 1999.
10. WHO WA for patient. WHO Patient Safety Curriculum guide for medical schools. 2009. www.who.int/patient_safety/activities/technical/medical_curriculum/en/index.html.
11. Liao JM, Etchegaray JM, Williams ST, Berger DH, Bell SK, Thomas EJ. Assessing Medical Students' Perceptions of Patient Safety. *Acad Med*. 2014;89(2):343-351. doi:10.1097/ACM.000000000000124.
12. Leung GK, Patil NG. Patient safety in the undergraduate curriculum: medical students' perception. *Hong Kong Med J*. 2010;16(2):101-105. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20354243>.
13. Fried JM, Vermillion M, Parker NH US. Eradicating medical student mistreatment: A longitudinal study of one institution's efforts. *Acad Med*. 2012;87:1191-1198.

14. Halbach JL, Sullivan LL. Teaching medical students about medical errors and patient safety: evaluation of a required curriculum. *Acad Med.* 2005;80(6):600-606. doi:http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200506000-00016.
15. Ogrinc G, Headrick LA, Mutha S, Coleman MT, O'Donnell J MP. A frame work for teaching medical students and residents about practice-based learning and improvement, synthesized from a literature review. *Acad Med.* 2003;78:748-756.
16. Whisnant R. Medical schools teach safety. *Minn Med.* 2005;87(4):9.
17. Armitage G, Cracknell A, Forrest K, Sandars J. Twelve tips for implementing a patient safety curriculum in an undergraduate programme in medicine. *Med Teach.* 2011;33(7):535-540. doi:10.3109/0142159X.2010.546449.
18. Australian Commission for Safety and Quality in Health care. National Patient Safety Education Framework. 2005;(December).
19. Newble D, Cannon R. *Handbook for Medical Teacher.* Vol 53.; 2001. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
20. Mira JJ, Navarro IM, Guilabert M, et al. A Spanish-language patient safety questionnaire to measure medical and nursing students ' attitudes and knowledge. 2015;38(2):110-119.
21. Fomby P, Cherlin AJ. NIH Public Access. 2011;72(2):181-204. doi:10.1038/nature13314.A.
22. Martinez W LB. Medical students' experiences with medical errors: an analysis of medical student essays. *Med Educ.* 2008;42:733-741.
23. Pilot PS, Patient WHO, Curriculum S, Curriculum PS. Student Focus Group : Instructions. :1-8.
24. de Feijter JM, de Grave WS, Dornan T, Koopmans RP, Scherpbier AJJA. Students' perceptions of patient safety during the transition from undergraduate to postgraduate training: An activity theory analysis. *Adv Heal Sci Educ.* 2011;16(3):347-358. doi:10.1007/s10459-010-9266-z.
25. Wakefield A, Attree M, Braidman I, Carlisle C, Johnson M CH. Patient safety: do nursing and medical curricula address this theme? *Nurse Educ Today.* 2005;25:333-340.
26. Vohra PD, Johnson JK, Daugherty CK, Wen M BP. Housestaff and medical student attitudes toward medical errors and adverse events. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007;(33):493-501.
27. Seiden SC, Galvan C LR. Role of medical students in preventing patient harm and enhancing patient safety. *Qual Saf Heal Care.* 2006;15:272-276.

28. Wang H, Ramakrishnan A, Fletcher S, Prochownik E V, Genetics M. HHS Public Access. 2015;2(2):271-278. doi:10.14440/jbm.2015.54.A.
29. Leotsakos A, Ardolino A, Cheung R, Zheng H, Barraclough B, Walton M. Educating future leaders in patient safety. *J Multidiscip Healthc.* 2014;7:381-388. doi:10.2147/JMDH.S53792.
30. Pilpel D, Schor R BJ. Barriers to acceptance of medical error: the case for a teaching programme. *Med Educ.* 1998;32:3-7.
31. Casarett D HC. Systems errors versus physicians' errors: finding the balance in medical education. *Acad Med.* 1999;74:19-22.
32. Lester H TJ. Medical error: a discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease error. *Med Educ.* 2001;35:855-861.
33. Aron DC H LA. Educating physicians prepared to improve care and safety is no accident: it requires a systematic approach. *Qual Saf Heal Care.* 2002;11:168-173.
34. Sorokin R, Claves JL, Kane GC GJ. The near miss resident conference: understanding the barriers to confronting medical errors. *Semin Med Pr.* 2002;5:12-19.
35. Rosebraugh CJ, Honig PK, Yasuda SU, Pezzullo JC WR. Centers for education and research on therapeutics report: survey of medication errors education eduring undergraduate and graduate medical education in the United States. *ClinPharmacolTher.* 2002;71:4-10.
36. PSP_endorsement_UBI.pdf.
http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/PSP_endorsement_UBI.pdf.
37. Kern DE, Thomas PA, Howard DM BE. Curriculum development for medical education: a six-step approach. *Balt Johns Hopkins Univ Press.* 1998.
38. Agency for Healthcare Research and Quality. PSNet.
<https://psnet.ahrq.gov/pset?certification=true>.
39. Capability I, Model T, Engine Y, et al. Course Catalog.
40. Miller R, Winterton T, Hoffman W. Building a Whole New Mind: An Interprofessional Experience in Patient Safety and Quality Improvement Education Using the IHI Open School. *South Dakota Med.*
41. IHI Open School. <http://www.ihl.org/education/ihioopenschool/Pages/default.aspx>.
42. IHI Open School Chapter.
<http://www.ihl.org/education/ihioopenschool/Chapters/Pages/WhatDoChaptersDo.aspx>.

43. The Spread of the IHI Open School: Curriculum Integration.
<http://www.ihl.org/education/ihlopenchool/Courses/Pages/OSInTheCurriculum.aspx>.
44. Ogrinc G, Nierenberg DW, Batalden PB. Building experiential learning about quality improvement into a medical school curriculum: The Dartmouth experience. *Health Aff.* 2011;30(4):716-722. doi:10.1377/hlthaff.2011.0072.
45. Institute for Healthcare Improvement. Chapter Details - Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior.
http://www.ihl.org/education/IHIOpenSchool/Chapters/_layouts/ihl/community/GroupInfo.aspx?id=222.
46. Barbour RS. Doing focus groups. *London SAGE Publ Ltd.* 2007.
47. Guba EG. The paradigm dialog. *Newsbury Park CA Sage.* 1990.
48. Stalmeijer RE, Mcnaughton N, Van Mook WNK a. Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. *Med Teach.* 2014;(91):1-17.
doi:10.3109/0142159X.2014.917165.
49. Mann K, van der Vleuten C, Eva K, Armson H, Chesluk B, Dornan T, Holmboe E, Lockyer J, Loney E SJ. Tensions in informed self-assessment: How the desire for feedback and reticence to collect and use it can conflict. *Acad Med.* 2011;86(9):1120-1127.
50. Sloopweg I, Lombarts K, van der Vleuten C, Mann K, Jacobs J SA. Clinical teachers' views on how teaching teams deliver and manage residency training. *Med Teach.* 2013;35(1):46-52.
51. Rabiee F. Focus-group interview and data analysis. *Proc Nutr Soc.* 2004;63:655-660.
52. Mays N PC. Rigour and qualitative research. *Br Med J.* 1995;311:109-112.
53. Crabtree BF MW. *Doing Qualitative Research.*; 1999.
54. McIntosh S, Block RC, Kapsak G PT. Training medical students in community health: A novel required fourth-year clerkship at the University of Rochester. *Acad Med.* 2008;83(4):357-364.
55. Stergiopoulos V, Maggi J SS. Teaching and learning the physician manager role: Psychiatry residents' perspectives. *Med Teach.* 2010;32(7):e308-e314.
56. Kidd PS PM. Getting the focus and the group: Enhancing analytical rigor in focus group research. *Qual Heal Res.* 2000;10(3):293-308.
57. Krueger RA, Casey MA. Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. 2000;2000:215.
58. Monique M. Hennink. *Focus Group Discussions Understanding Qualitative Research.*

(Oxford University Press, ed.); 2013.

59. Golafshani N. Understanding reliability and validity in qualitative research. *Qual Rep.* 2003;8(4):597-607. doi:10.3367/UFNr.0180.201012c.1305.
60. Patey R, Flin R, Cuthbertson BH, et al. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. *Qual Saf Health Care.* 2007;16(4):256-259. doi:10.1136/qshc.2006.021014.
61. Hart I. Objective clinical examinations. *A Pract Guid Med Teach.* 2001;453 S. : Ill., graph. Darst.
62. Cumming a. D. Good medical practice. 2010:1-16. doi:10.1016/B978-0-7020-3085-7.00001-8.
63. O'Sullivan H, van Mook W, Fewtrell R, Wass V. Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61. *Med Teach.* 2012;34(Wenger 1999):e64-e77. doi:10.3109/0142159X.2012.655610.
64. MILLER GE. The assessment of clinical skills / competence / performance. *Acad Med.* 1990;65(7):S63-S67.
65. Wilkinson T et al. The use of portfolios for assessment of the competence and performance of doctors in practice. *Med Educ.* 2002;36:918-924.
66. Friedman Ben David M, Davis M H, Harden R M, Howie P W KJ and PMJ. AMEE Medical Education Guide No 24:Portfolios as a method of student assessment. *Med Teach.* 2001;44(24).
67. ORIENTAÇÕES SOBRE O PORTEFOLIO DO CURSO DE MEDICINA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UBI MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA Ano lectivo 2015-16. 2015:1-8.
68. Lawn ON, Beach a T. The OSCE Getting started. 2014:3-4. doi:10.1016/B978-0-240-51660-8.50093-0.

Anexo 1

Exemplares dos documentos utilizados pelos
estudantes e tutores nas sessões de estudo de caso
aplicadas ao 1º ano do MIM



SEGURANÇA DO DOENTE

1^o ANO MIM

Estudo de caso¹

Objetivos:

1. Compreender erros do sistema de saúde
2. Introdução à cultura de segurança nos sistemas de saúde
3. Utilizar medidas de controlo de infeção

A fourth-year medical student on rotation in the pediatric intensive care unit (PICU) was invited to observe the operative repair of a congenital heart lesion in the pediatric cardiac surgery operating room (OR). When the student arrived in the OR, the patient was already intubated and anesthetized, and procedures were under way to prep the patient for surgery. The student observed one of the team members insert a Foley catheter into the female patient. He was surprised to see that no efforts were made to perform “sterile prep” prior to insertion. However, being new to this setting and assuming different practices were used in pediatric patients, the student dismissed the incident and did not mention it to anyone in the OR.

1. *A atitude do aluno foi correta? Porquê? De que forma agirias?*

*The student followed the patient during her PICU course. On postoperative day 3, the student found that the patient had been febrile overnight and a urine culture had grown *Pseudomonas aeruginosa*. On rounds, the student presented this new data, including the account of the Foley placement in the OR. The patient’s Foley catheter was discontinued and appropriate antibiotic coverage provided. Subsequent urine cultures were negative. After rounds, the student was approached by two attendings, separately. One remarked that the information about the catheter should not have been presented on rounds due to concerns that patients and family members might overhear. The second attending told the student this information should have been conveyed at the time of the incident. Neither attending commended the student for reporting the incident to the team. Shortly thereafter, the student submitted a report outlining the events in the OR to the institutional patient safety office.*

2. Comenta a atitude dos dois médicos que abordaram o estudante.
3. Consegues explicar de que forma os erros acontecem nos sistemas de saúde.
4. Que fatores levariam o estudante ou outro profissional de saúde a não declarar o erro?
5. Que soluções encontras para combater estes fatores que colocam em risco a vida dos doentes?

(1) Caso clínico adaptado de IHI.org



SEGURANÇA DO DOENTE

1^o ANO MIM

Estudo de caso¹

Orientações do Tutor

Ler em voz alta a primeira parte do caso.

Abrir o debate entre os alunos com a questão 1 – discussão em grupo – 5 minutos para encontrarem dentro do grupo a resposta à 1^a questão.

Abrir discussão entre os alunos – pedir a opinião de cada grupo e abrir a discussão – 10 minutos.

Ler em voz alta a segunda parte do caso.

Abrir o debate entre os alunos com a questão 2,3, 4 e 5 – discussão em grupo – 15 minutos para encontrarem dentro do grupo as respostas às questões.

Discutir as questões tentando escrever no quadro os **conceitos** a que os alunos forem chegando – 20 minutos.

Erro médico, Notificação do erro, Comunicação em saúde, Cultura de autoridade, Cultura de segurança, Segurança do doente, Controlo de infeções.

Sugestões de pontos a debater.

Questão 2 – primeiro médico: crítica à forma como o aluno declarou o erro/ segundo médico: negligenciou a posição do aluno na hierarquia imposta pelos sistemas de saúde.

Questão 3 – Os sistemas de saúde vivem de uma grande interdependência entre os profissionais (trabalho em equipa), o que os torna meios muito suscetíveis à progressão de pequenos erros que têm grandes consequência para o doente.

Questão 4 – Medo, falha no conhecimento, dúvidas, hierarquia, cultura de autoridade.

Questão 5 – Métodos de declaração de erros dentro do hospital, recompensas, ambiente que proporcione ao estudante ou a outro profissional de saúde a confiança para questionar, cultura de segurança dentro dos sistemas de saúde, protocolos de segurança

Anexo 2

Guiões de orientação usados nos *Focus group* dos
Docentes e Estudantes

GUIÃO FOCUS GROUP

ESTUDANTES

Apresentação:

Participantes sentados + agradecer a disponibilidade + explicar a escolha dos participantes

Apresentar Moderador e Observador

Introdução: (10 minutos)

Explicar o objetivo da sessão, as regras e pedir aos participantes que se apresentem.

Referir gravação e pedir consentimento.

Apresentação breve do plano curricular da segurança do doente (usar ppt)

Questão global: (10 min por participante = 60 minutos)

Relativamente à tua experiência de Segurança do Doente no passado ano letivo, comente:

- 1) Pertinência do programa de SD para o MIM
- 2) Integração do programa de SD no plano curricular do MIM:
 - a. Organização do programa
 - b. Distribuição dos módulos do IHI pelos 6 anos do MIM
 - c. Conteúdos lecionados
- 3) Metodologias de ensino e avaliação usadas neste programa
- 4) Sugestões

PAUSA 5 min

Questões específicas: (5 min para preenchimento folha + 5 minutos para comentar + 10 minutos para discussão) = 45 minutos

A partir da lista de competências apresentadas (dar folha de competências), escolhe as que consideras mais adequadas a cada ano do MIM que já completaste. (ver na folha complementar mais informações sobre cada competência)

Comenta as tuas escolhas. Abrir discussão perante as respostas de cada participante relativamente as escolhas feitas para cada ano do MIM.

Críticas/Sugestões

Agradecimentos

Regras:

Fala um de cada vez

Não há respostas certas ou erradas

É importante que todos falem

Não têm que concordar com o ponto de vista dos outros participantes

Temos uma hora, por isso é necessário focar diretamente os pontos em discussão

Alguma dúvida?

GUIÃO FOCUS GROUP

DOCENTES

Apresentação:

Participantes sentados + agradecer a disponibilidade + explicar a escolha dos participantes

Apresentar Moderador e Observador

Introdução: (10 minutos)

Explicar o objetivo da sessão, as regras e pedir aos participantes que se apresentem.

Referir gravação e pedir consentimento.

Apresentação breve do plano curricular da segurança do doente (usar ppt)

Questão global: (10 min por participante = 60 minutos)

Relativamente ao novo plano curricular da Segurança do Doente iniciado no passado ano letivo comente:

- 1) Pertinência do programa de SD para o MIM
- 2) Integração do programa de SD no plano curricular do MIM:
 - a. Organização do programa
 - b. Distribuição dos módulos do IHI pelos 6 anos do MIM
 - c. Conteúdos lecionados
- 3) Metodologias de ensino e avaliação usadas neste programa
- 4) Sugestões

PAUSA 5 min

Questões específicas: (5 min para preenchimento folha + 5 minutos para comentar + 10 minutos para discussão) = 45 minutos

A partir da lista de competências apresentadas (dar folha de competências e respetivo complemento), escolha as que considera mais adequadas ao ano do MIM que coordena. Há alguma que já faça parte dos objetivos dos módulos do ano de MIM que coordena?

Se sim, assinale qual/quais competências e os respetivos módulos onde se encontram.

Comente a escolha.

Abrir discussão perante as respostas de cada participante relativamente as escolhas feitas para cada ano do MIM.

Críticas/Sugestões

Regras:

Fala um de cada vez

Não há respostas certas ou erradas

É importante que todos falem

Não têm que concordar com o ponto de vista dos outros participantes

Temos uma hora, por isso é necessário focar diretamente os pontos em discussão

Anexo 3

Declaração de consentimento assinada por todos os
participantes dos *focus group*

CONSENTIMENTO

Sessão de *focus group* inserida no trabalho de investigação, que tem como objetivo avaliar o plano curricular da Segurança do Doente da FCS-UBI, desenvolvido pela aluna do 6º ano do MIM.

1. Confirmando que li e compreendi os objetivos do trabalho acima descrito e que me foi dada a oportunidade de esclarecer quaisquer dúvidas sobre este.
2. Confirmando que a minha participação neste estudo é voluntária e que posso abandonar a sessão em qualquer momento.
3. Confirmando que tomei conhecimento que esta sessão é baseada num esquema de respostas abertas às quais posso recusar-me responder sem qualquer justificação.
4. Dou consentimento ao investigador deste estudo para que grave a sessão ou que tome notas escritas, após ter sido garantido este seria o único com acesso às mesmas.
5. Garanto que a minha participação neste estudo não terá qualquer repercussão na minha conduta enquanto aluno ou docente desta universidade.
6. Os resultados deste trabalho poderão ser publicados desde que o anonimato dos participantes seja preservado.
7. Aceito ser participante do estudo acima descrito.

Nome do participante:

Data:

Assinatura: _____

Nome do investigador:

Data:

Assinatura: _____