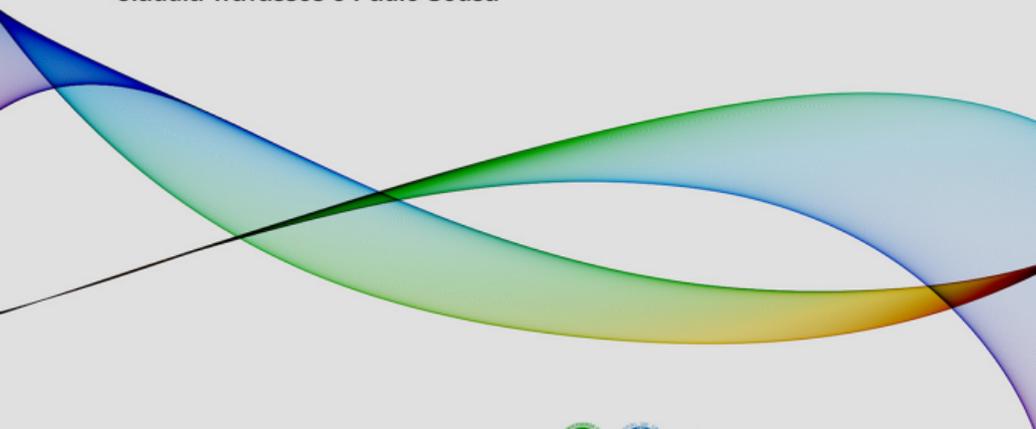


# Melhoria de qualidade que agrega valor

## o cuidado de saúde

John Øvretveit

Revisado e adaptado por  
Claudia Travassos e Paulo Sousa





# **Melhoria de qualidade que agrega valor**

o cuidado de  
saúde

# Melhoria de qualidade que agrega valor

## o cuidado de saúde

John Øvretveit

Revisado e adaptado por  
Cláudia Travassos e Paulo Sousa

Rio de Janeiro  
2015



PROQUALIS

**Presidência da República  
Dilma Rousseff**

**Ministro da Saúde  
Arthur Chioro**

**Presidente da Fiocruz  
Paulo Gadelha**

**Diretor do ICICT  
Umberto Trigueiros**

**Proqualis**

**Coordenação Geral  
Claudia Travassos**

**Coordenação Executiva  
Victor Grabois**

**Assessoria Técnico-Científica  
Camila Lajolo  
Isabela Simões  
Maria de Lourdes de Oliveira Moura  
Carla Gouvêa**

**Edição Executiva  
Alessandra dos Santos  
Miguel Papi**

**Bibliotecária  
Monique Rodrigues dos Santos**

**Secretária Executiva  
Beatriz Pontes**

© John Øvretveit, 2009  
© da versão brasileira, Proqualis, ICICT/Fiocruz, 2015

Tradução  
Camila Lajolo

Revisão  
Priscilla Mouta Marques

Normalização Bibliográfica  
Monique Santos

Capa  
Miguel Papi (sobre ilustração @pixabay.com)

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica / Proqualis

---

096 Øvretveit, John  
Melhoria de qualidade que agrega valor: o  
cuidado de saúde/ John Øvretveit . - Rio de  
Janeiro, 2015.

000 Kb; ePUB

Bibliografia.  
ISBN: -

1. Saúde. 2. Segurança do paciente. 3.  
Melhorias de qualidade. III. Título.

CDD 610

---

Proqualis  
Av. Brasil, 4.365 - Pavilhão Haity Moussatché sl 201  
Manguinhos, Rio de Janeiro  
CEP: 21045-360  
Tel.: (+55 21) 3865-3283

# Sumário

Prefácio por Don Berwick .....	8
Prefácio John Øvretveit .....	14
Apresentação: Melhoria que agrega valor: o que significa para nós.....	18
Introdução .....	27
Capítulo 1: Oportunidades para melhoria que agrega valor.....	41
Capítulo 2: Intervenções que promovem melhoria que agrega valor.....	60
Capítulo 3: O <i>business case</i> e a escolha da melhoria que agrega valor.....	79
Capítulo 4: Obtendo o máximo benefício da situação.....	104
Capítulo 5: Implementando melhoria que agrega valor.....	124
Capítulo 6: Qual o papel da liderança?.....	149
Capítulo 7: Utilizando o conhecimento para uma melhoria mais efetiva.....	169
Capítulo 8: Construindo melhoria que agrega valor.....	188
Capítulo 9: Liderança inovadora e melhoria.....	205
Bibliografia.....	219
Apêndice 1.....	235
Apêndice 2.....	237

## PREFÁCIO

Donald M. Berwick, MD, MPP, KBE

Ex-Presidente e Diretor Executivo, *Institute for Healthcare Improvement* Cambridge, MA, USA

Durante décadas, antes mesmo da crise financeira de 2008, as preocupações com os custos foram o cerne da teoria e da prática de melhoria em todas as indústrias que a levaram a sério. De uma forma global, falar em “custo e qualidade” como se fossem duas entidades distintas no espectro de atributos de um produto, serviço ou processo revela um engano. As ciências sobre sistemas na base das abordagens modernas de melhoria consideram o “custo” (os recursos utilizados para se fazer algo) como sendo um atributo da “qualidade”, tanto quanto qualquer um daqueles mais conhecidos, como segurança, confiabilidade, durabilidade ou conforto.

Eu lembro-me de uma conversa que tive um dia, há uns anos, com o então Presidente do Conselho e Diretor Executivo da empresa americana, Johnson & Johnson, o Sr. Ralph S. Larsen. Estávamos numa reunião com um grupo de 15 executivos de hospitais dos EUA que visitavam outras indústrias para estudar os aspectos relacionados com liderança e estratégia.

“Qual foi a sua maior realização nos últimos anos?”, alguém lhe perguntou.

Sr. Larsen respondeu: *“Há dois anos, o nosso custo total de produção era \$11 bilhões<sup>1</sup>. Nós o reduzimos para \$9 bilhões, ao mesmo tempo em que aumentamos o nosso mercado e criamos novos produtos. Eliminamos \$2 bilhões do custo total – puro desperdício”*.

O executivo do hospital voltou com outra questão: *“Qual é o próximo passo?”*

*“Vamos reduzir os custos em mais \$2 bilhões”*, respondeu o Sr. Larsen.

O executivo do hospital engasgou-se: *“Mais \$2 bilhões?”*

*“Há sempre \$2 bilhões”*, disse o Sr. Larsen.

Os executivos modernos de empresas multinacionais consideram ser viável e possível a redução contínua do desperdício. Eles não aceitam que a redução de custos deva implicar perdas, nomeadamente, no que tange à qualidade do “produto” ou “serviço” para o cliente.

Na área da Saúde, o meu colega Brent James relacionou custos e excelência, de forma elegantemente clara, ao falar ocasionalmente em “resultados clínicos”, “resultados do serviço” e “resultados de custo”. De forma correta, ele sugeriu que os custos são tanto características do sistema de saúde quanto o são os resultados mais clássicos, como mortalidade, controle da dor, tempo de espera e satisfação do paciente.

---

<sup>1</sup>Sempre que ocorrer o símbolo “\$” no texto, este significará valores monetários medidos em dólares americanos.

Esta comunhão não é percebida por muitos profissionais de saúde e gestores. Sem o pensamento sistêmico, eles podem fácil e erroneamente assumir que os custos (de produção) e a qualidade (do cuidado) são recíprocos. De forma geral, eles acreditam que um cuidado melhor custa sempre mais caro e que a redução de recursos deve, invariavelmente, prejudicar o cuidado. O resultado acaba por ser autênticas “batalhas” entre os que querem controlar os recursos, que agem como definidores de limites, e os profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente, cujos “punhos estão cerrados na luta” por “mais e mais”. Isso é um convite à hipocrisia, ao conflito e, na pior das hipóteses, ao insulto interpessoal. Muitas vezes os médicos “discutem” com os responsáveis pelo setor financeiro dos hospitais, chamando-os de “obcecados pelos custos” ou, até mesmo, como ouvi uma vez um médico de renome dizer; “seu tolo da calculadora”. Com muita frequência, executivos e gestores consideram que os profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente não entendem que os recursos são finitos e que as barganhas são necessárias.

Com o mundo em desordem econômica, um mal-entendido que, até então, era apenas infeliz, tornou-se inaceitável. Perpetuar o equívoco de que o “custo” e a “qualidade” ocupam extremos opostos é inútil e incorreto. Compete a todos os líderes – clínicos e não clínicos – na área da saúde analisar a realidade e tomar decisões baseadas na melhor evidência disponível.

Os fatos mostram que muitas formas de melhoria dos cuidados de saúde, que têm grande impacto para os pacientes, familiares e para a comunidade, possibilitam a obtenção de ganhos, quer na experiência e nos resultados dos cuidados, quer no âmbito dos custos. Descobrir, inventar e garantir iniciativas de melhoria – aquelas que agregam valor, segundo este livro – podem e devem agora, mais do que nunca, ser o foco dos líderes da área da saúde.

O grande estudioso da qualidade, o japonês Noriaki Kano, acrescentou textura à busca pelo valor ao sugerir, há mais de uma década, que pode ser útil classificar melhoria de qualidade em três tipos:

- Kano Tipo I: Redução dos defeitos que os clientes experimentam.
- Kano Tipo II: Redução dos custos associados à manutenção (ou melhoria) da experiência do cliente.
- Kano Tipo III: Adição de uma característica ou serviço que beneficie o cliente.

Eis alguns exemplos relativos ao cuidado de saúde:

- Tipo I:
  - Reduzir o tempo de espera indesejado no departamento de emergência;
  - Reduzir infecções pós-operatórias;
  - Diminuir os erros relacionados a medicamento.
- Tipo II
  - Reduzir os exames diagnósticos e tratamentos desnecessários (por exemplo, eliminação dos exames de Raio X e análises clínicas que precisam ser repetidos, de tratamentos que não sejam efetivos ou que sejam redundantes e que não acrescentem melhoria para o paciente);

- Utilizar medicamento genérico, ao invés do medicamento de marca;
- Evitar testes de rastreamento desnecessários.
- Tipo III
  - Lançar mão de novas terapêuticas (por exemplo, introdução de antibiótico mais efetivo para uma infecção);
  - Incluir o aconselhamento matrimonial no pacote de benefícios de um seguro de saúde;
  - Redesenhar um quarto de hospital de forma a acomodar melhor os pacientes e familiares.

Melhoria Kano tipo III é tradicionalmente mais familiar ao sistema de saúde dos países desenvolvidos do que os outros dois tipos. Na verdade, a maioria das pessoas *definiria* “progresso da medicina” como a contínua introdução de inovações – novas drogas, dispositivos e procedimentos – que tornam curável aquilo que, até então, era incurável. Por outro lado, o progresso na redução de defeitos e custos parece algo mundano ou tratado com indiferença. Contudo, através da lente do “valor” – tema deste livro –, todas as três formas de melhoria são importantes, principalmente em tempos de grande instabilidade econômica, quando a palavra de ordem é Eficiência. A equação do valor melhora quando: (i) os defeitos diminuem (sem aumento de custos); (ii) os custos diminuem (sem aumento dos defeitos); e (iii) os custos da inovação que surge valem o benefício que elas trazem.

Os três tipos de melhoria são acessíveis através de mudanças bem desenhadas nos processos e nos sistemas, baseadas em conhecimento e cuidadosamente monitoradas e geridas. É dever do executivo e do líder clínico moderno perseguir um equilíbrio produtivo e sustentável entre todos os três tipos. Este livro defende esse argumento e, simultaneamente, oferece uma série de ideias, de referenciais científicos e metodológicos e de conselhos práticos sobre como percorrer este caminho. Será um passo de amadurecimento e extremamente útil para o nosso futuro se aqueles que são responsáveis por assegurar a melhoria contínua do cuidado de saúde – os líderes – abraçarem a premissa de que o seu objetivo deva ser não apenas dar o melhor de si pelos pacientes que servem, mas também constantemente procurar e implementar as mudanças que façam exatamente isso. É claro que toda essa lógica deve ocorrer sem comprometer a prestação de cuidados aos pacientes e sem reivindicar uma parcela cada vez maior da riqueza e dos recursos de um mundo finito e exaurível. Ao agirmos dessa forma, daremos um passo no amadurecimento, reconhecimento e valorização da importância da melhoria que agrega valor e isso será fundamental para o nosso futuro. A busca pelo valor é a chave para a sustentabilidade.

## Prefácio

John Øvretveit

Diretor de Pesquisa, Professor of Health Improvement,  
Implementation and Evaluation

Medical Management Centre, Instituto Karolinska, Estocolmo,  
Suécia

### Liderando Melhoria que Agrega Valor Baseada em Evidência

Estamos adentrando tempos empolgantes na área da Saúde. Estamos aplicando processos de melhoria de qualidade para aprimorar não apenas tratamentos e diagnósticos, mas também a forma como organizamos o cuidado de saúde. Além disso, estamos começando a revolução digital. As descobertas no campo da Ciência da Melhoria estão agora conectadas àquelas relacionadas aos custos e à economia de recursos gerados pelas mudanças na qualidade e na segurança.

Este conhecimento está começando a ser utilizado por profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente, gestores e financiadores. Alianças estão sendo formadas para promover uma nova era de melhoria de qualidade e de segurança do paciente: uma era que integra recursos financeiros e qualidade na “melhoria que agrega valor”. Mudanças para melhorar serviços custam dinheiro e aquelas que economizam tempo e dinheiro são mais bem-sucedidas e sustentáveis.

Escrito em estilo conversacional, este livro apresenta formas comprovadas de economia através da promoção de melhoria. Baseada em 30 anos de pesquisa na área da qualidade e no conhecimento prático acerca de serviços de saúde comuns, esta publicação descreve como implementar processos de melhoria que agregam valor e como capacitar pessoas e organizações para fazê-los além do período do projeto (sustentabilidade da iniciativa).

Com a escassez de recursos financeiros na Saúde, as mudanças têm agora que contemplar a redução de custos sem reduzir a qualidade e a segurança. Os processos de melhoria no cuidado de saúde, porém, não cumprem sua promessa, à exceção de alguns poucos exemplos. Isso ocorre porque não se considera suficientemente os recursos necessários para implementar e sustentar essas mudanças, conforme argumenta este livro. Melhoria que agrega valor corresponde a mudanças que aumentam a qualidade e reduzem os custos. São mudanças efetivas porque unem os profissionais, pacientes, financiadores e compradores em torno de uma causa comum, além de usarem soluções e métodos cientificamente testados. Melhoria que agrega valor funciona de acordo com a realidade de recursos, factibilidade política e conhecimento daquilo que é efetivo em diferentes contextos.

O objetivo do cuidado de saúde é reduzir o sofrimento evitável. Isso inclui o sofrimento causado inconscientemente por um serviço, quando um tratamento efetivo não é utilizado ou quando ocorre um erro. Esses são também eventos que representam desperdício e que têm um custo financeiro. A boa notícia é que hoje temos mais conhecimento acerca dos eventos adversos e das

soluções efetivas para combatê-los. Hoje sabemos que nem todos os eventos adversos são inevitáveis. Estamos também começando a descobrir que muitos deles, se evitados, reduzirão os custos do cuidado de saúde: melhorar o diagnóstico e a prescrição reduz tanto o sofrimento evitável quanto os altos custos. O mesmo ocorre com estratégias para promoção da higienização das mãos e mudanças que garantam a transmissão correta de informações sobre o paciente de um profissional de saúde a outro.

Este livro mostra como líderes podem combinar conhecimento sobre melhoria e sobre recursos para reduzir o sofrimento e os custos do cuidado de saúde, além de considerar o auxílio da tecnologia da informação adequada ou de recursos especiais. Reconhece que nossos colegas podem não desejar gastar tempo neste trabalho e que, geralmente, não fazem o que lhes é pedido. Reconhece ainda que nem todos os processos de melhoria de fato agregam valor para o paciente ou reduzem custos. Nos casos em que a melhoria economiza recursos e melhora a qualidade do cuidado, podemos verificar algumas situações em que o sistema de pagamento penaliza o prestador por realizar a mudança, ou situações em que não podemos converter os recursos economizados em menores custos e maior receita. O livro aborda também essas questões com foco na melhoria de qualidade que agrega valor tanto a curto quanto a longo prazo.

Esta publicação discorre sobre como os gerentes e outros líderes podem encontrar e despertar a energia em si mesmos e naqueles com quem trabalham, como canalizar a energia de forma efetiva e como estimular que outros participem dos processos de melhoria de qualidade. É sobre o amanhã, sobre a próxima semana e sobre onde a inovação, a criatividade e a inspiração real acontecem: no cotidiano,

mas no mutante, subdimensionado em termos de profissionais e semicaótico mundo da maioria dos serviços de saúde.

Não somos impotentes e podemos escolher não aceitar que as falhas do sistema de saúde estejam fora de nossa esfera de influência. Utilizando evidências científicas, podemos garantir que o trabalho em melhoria valha a pena. Outros autores demonstraram o que pode ser conseguido quando nos juntamos em torno de uma causa comum e utilizamos métodos efetivos. O nosso desafio é fazer isso em nossos Sistemas de Saúde.

Estocolmo, 2014

## Apresentação

Claudia Travassos – Coordenadora do Proqualis e Pesquisadora Titular do Lis/Icict/Fiocruz – Rio, Brasil

Paulo Sousa – Professor na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Coordenador do Mestrado de Saúde Pública e Colaborador do Proqualis – Lisboa, Portugal.

### **Melhoria que agrega valor: O que significa para nós?**

O objetivo central dos Sistemas de Saúde é a manutenção e a melhoria da saúde das populações, através da promoção da equidade no acesso a cuidados de saúde de qualidade para a população como um todo. Para tal, é absolutamente necessária a sustentabilidade financeira desse sistema.

Os desafios que se colocam para os Sistemas de Saúde estão condicionados por vários fatores, entre os quais se destacam: (i) as alterações demográficas, com particular relevo para a redução da mortalidade infantil e o aumento do envelhecimento da população; (ii) a crescente complexidade dos cuidados de saúde, decorrentes de inovações tecnológicas e dos avanços na investigação biomédica; (iii) as profundas transformações do lado da demanda (por exemplo, aumento da prevalência de doenças crônicas e da incidência de algumas doenças transmissíveis; aumento da multimorbidade e da necessidade crescente de cuidados continuados) com implicações nos modelos de cuidado que têm que constantemente serem ajustados e mesmo redesenhados (por exemplo, novas formas de organização e

integração entre os diferentes pontos de cuidado, continuidade do cuidado, articulação intersetorial e entre o setor público e os demais prestadores de cuidados de saúde e social); e (iv) o aumento das expectativas com o cuidado de saúde por parte dos pacientes e da sociedade em geral. Tais condicionantes representam constante desafio à melhoria da qualidade do cuidado de saúde, de modo a garantir cuidados centrados no paciente, em tempo e local adequados, prestados com segurança, na busca constante pela equidade, efetividade e eficiência.

A maioria das intervenções de melhoria de qualidade tem como objetivo introduzir mudanças no comportamento dos prestadores (por exemplo, a lavagem/higienização das mãos); no processo de cuidado (por exemplo, o uso de *checklist* cirúrgico) ou na organização (por exemplo, cultura de segurança). O tema central deste livro refere-se às iniciativas de melhoria de qualidade que agregam valor, isto é, melhoria que tem associada a ela um ganho econômico, contemplando as suas diferentes fases, desde a concepção/conceção à avaliação. O livro foi escrito para todos os que se preocupam com a qualidade do cuidado de saúde, sejam eles profissionais de saúde, gestores, tomadores de decisão e pesquisadores/acadêmicos, podendo também ser de utilidade para pacientes e as pessoas em geral.

A melhoria de qualidade que agrega valor tem sido um tema muito estudado nos últimos anos, principalmente nos países desenvolvidos, pois representa a principal estratégia para a construção de sistemas de saúde de qualidade. A literatura científica existente em língua portuguesa sobre esse tema, é ainda muito residual. Tal fato, associado ao prestígio científico e à experiência prática do autor da versão original, John Øvretveit, levou-nos à decisão de aceitarmos o convite que este nos fez de

organizarmos uma edição adaptada do livro em português. Nosso objetivo com esta edição foi oferecer ao público de língua portuguesa um texto um pouco mais sintético e atualizado, com relação à versão original de 2009 cedida pelo autor, que descortina os vários aspectos de iniciativas de melhoria de qualidade que agregam valor, a partir da apresentação de evidências científicas e de relatos de vivência prática. Incluímos algumas referências bibliográficas mais recentes, sem termos o objetivo de sermos exaustivos nessa atualização, assim como recortamos e reorganizamos alguns trechos do livro, apenas para facilitar sua leitura em português, sem interferirmos no conteúdo do autor.

O livro está estruturado em três partes, sendo cada uma delas constituída por três capítulos.

A primeira parte centra-se na identificação e caracterização de áreas e problemas que necessitam melhorar. Aborda as seguintes questões: como identificar problemas, definir prioridades e estabelecer um plano de melhoria de qualidade que agrega valor?

- Capítulo 1: Oportunidades para melhoria que agrega valor
- Capítulo 2: Intervenções que promovem melhoria que agrega valor
- Capítulo 3: O *business case* e a escolha da melhoria que agrega valor

A segunda parte foca nos aspectos da implementação propriamente dita da melhoria que agrega valor e nos fatores que a influenciam, nomeadamente: o contexto, a liderança, os incentivos, além de abordar aspectos sobre as pessoas que serão

envolvidas no planejamento e na gestão do processo de melhoria/mudança. Está composta pelos seguintes capítulos:

- Capítulo 4: Obtendo o máximo benefício da situação
- Capítulo 5: Implementando melhoria que agrega valor
- Capítulo 6: Qual o papel da liderança?

A terceira parte destaca a importância de se medir os resultados das mudanças implementadas e como medi-las. Apresenta também caminhos para garantir a sustentabilidade e a disseminação da melhoria de qualidade que agrega valor.

- Capítulo 7: Utilizando o conhecimento para uma melhoria de qualidade mais efetiva
- Capítulo 8: Construindo processo de melhoria de qualidade que agrega valor
- Capítulo 9: Liderança inovadora e melhoria de qualidade

O primeiro capítulo discute a mudança e a inovação em sistemas complexos, como é o caso do cuidado de saúde. O conhecimento sobre o cuidado de saúde evolui de uma forma bastante rápida e as suas implicações têm grande repercussão ao nível do indivíduo, em determinados grupos populacionais e na sociedade em geral. Paralelamente, as questões relativas ao financiamento, principalmente no atual contexto de dificuldades econômicas, também exercem pressão sobre os serviços de saúde e vão exigir mudanças para garantir e melhorar a qualidade. Entre as mudanças necessárias estão a redução do uso excessivo ou desnecessário de procedimentos médicos e terapêuticos, de outros desperdícios e da ocorrência de eventos adversos pela

adoção, preferencialmente, de práticas cuja evidência científica comprove o seu benefício.

No segundo capítulo, é realçada a importância de se identificar e formular muito bem o problema de partida – uma área, um contexto, um processo ou ação a melhorar; de se encontrar uma solução de melhoria e de se definir um plano e implementar a mudança para melhorar a qualidade. Ao longo do capítulo, são relatados vários exemplos, com base em evidência científica, que não só demonstram a importância desses três aspectos (identificação, apresentação de soluções e implementação), como também destacam a relevância em se conhecer o componente econômico – ou a situação existente, ou o impacto que resulta da implementação de melhoria –, isto é, qual o real valor agregado que pode ser atribuído à mudança.

No terceiro, são abordados de forma objetiva os critérios que devemos levar em conta na seleção dos processos de melhoria que queremos implementar. Nas organizações complexas, existem múltiplas oportunidades e necessidades de melhoria, bem como diversas soluções alternativas. Como os recursos são escassos, não se pode resolver todos os problemas ao mesmo tempo; há que se definir prioridades. É também importante que se avalie as implicações associadas ao processo de melhoria e quem poderá se beneficiar ou ser prejudicado com as mudanças decorrentes desse processo, aumentando, assim, a probabilidade de sucesso na implementação de melhoria que agrega valor. Nesse capítulo, é destacada a importância em se definir um *Business Case* que contemple informação rigorosa e confiável para apoiar a tomada de decisão sobre a melhoria que se pretende implementar.

O quarto capítulo chama a atenção para a presença ou o conhecimento de condições necessárias para que a melhoria possa ter sucesso. Em outras palavras, é fundamental fazer escolhas informadas no processo de implementação. Não é suficiente ter um programa atrativo de melhoria; é necessário conhecer quais os fatores que facilitam ou dificultam sua implementação e atuar sobre eles, a fim de se maximizar o sucesso e o seu valor agregado. Nesses fatores se incluem, entre outros, o contexto em que se desenrola a ação; os líderes; a motivação e o envolvimento dos participantes; o quadro normativo-legal vigente e os incentivos ou penalizações (não apenas monetárias) em causa. São fatores que explicam o sucesso de processos de melhoria em determinado contexto organizacional e temporal. Por exemplo, à semelhança de outros países, em Portugal e no Brasil, o uso do *checklist* cirúrgico em alguns hospitais foi um processo célere e amplamente aceito, com tradução em ganhos materializados na redução de eventos adversos relacionados à cirurgia. Porém, em outros hospitais, em particular no Brasil, a adesão tem sido muito baixa, limitando o seu impacto. Da mesma forma que um terreno deve conter determinadas especificidades (tipo de terra, clima etc.) para que as plantas cresçam e se desenvolvam, o contexto em que são implementados processos de melhoria deve reunir um conjunto de características que não só permita, mas também, se possível, potencialize o sucesso destas.

O quinto capítulo prossegue na análise das condições que influenciam a implementação de melhoria que agrega valor. Neste capítulo são destacados: (i) o estudo de situações em que se obteve sucesso ou que resultaram em fracasso (aprender com o erro dos outros); (ii) a importância de se analisar as evidências científicas para apoiar a tomada de decisão e fundamentar escolhas; (iii) a importância da Ciência de Implementação

[*Implementation Science*] para os processos de melhoria. É conhecida a resistência que o ser humano tem à mudança, conforme é representado pela curva de disseminação da inovação de Rogers (1995), traduzida pela elevada percentagem de indivíduos classificados como *late majority* e *laggards*. O desejável é que o processo de melhoria possa despertar o interesse e a motivação de um número significativo de pessoas envolvidas (*innovators* e *early adopters*).

O capítulo seis retoma e aprofunda o tema da Liderança e o papel central que este tem na definição do problema, na escolha da solução e na implementação e avaliação do processo de melhoria. Dentre os vários pontos focados, destacam-se as funções do líder, os estilos de liderança, a comunicação, além de estratégias de motivação. Apesar de não haver prescrições exatas, o conhecimento gerado por pesquisas realizadas ao longo das últimas décadas apoia os líderes na elaboração de suas estratégias. Neste capítulo, é apresentado o referencial “ACTES” – Avaliação [Assessment], Comunicação [Communication], Teste [Testing], Acompanhamento [Evaluation] e Sustentabilidade [Sustaining] para a implementação de uma melhoria que agrega valor.

No capítulo sete é mais uma vez destacada a importância do conhecimento empírico e daquele que resulta de pesquisa científica para a definição e implementação de melhoria que agrega valor. Para se adquirir conhecimento, é fundamental coletar dados e obter informação que permita caracterizar a situação de base, visando compará-la à situação ao final do processo. Neste capítulo são apresentadas diferentes bases de dados de referências bibliográficas, contendo resumos de artigos, relatórios de pesquisas científicas e documentos, tais como *PubMed*, *Medline*, *Scopus* e *Embase*, fontes relevantes na busca de

evidências científicas sobre processos de melhoria. Paralelamente, é abordada a coleta/recolha de dados locais, para a caracterização da realidade inicial e o monitoramento das mudanças ocorridas durante a implementação do processo de melhoria. Indicadores de qualidade e segurança do paciente são também apresentados e possíveis fontes para sua seleção são sugeridas.

O capítulo oito aborda dois aspectos de importância central sempre que se pretende implementar uma melhoria da qualidade do cuidado de saúde e da segurança do paciente: a sustentabilidade da ação/programa e sua disseminação. A sustentabilidade, manutenção das mudanças após o término do projeto, é fundamental para que uma melhoria de fato consiga agregar valor. A disseminação, assim como a implementação, deve ser orientada para as pessoas, baseada em princípios e definida por um processo, aspectos estes detalhados no capítulo.

Fechando o livro, o capítulo nove coloca em perspectiva os próximos passos da melhoria que agrega valor, ao reunir algumas das ideias centrais que foram abordadas nos capítulos anteriores. Autores e exemplos do conhecimento produzido ao longo das últimas décadas sobre processos de melhoria e da contribuição destes para a evolução do cuidado de saúde de qualidade são apresentados, além de serem destacadas metodologias adequadas a estudos sobre os temas.

Diariamente, em nossas organizações de saúde, são identificadas necessidades e, em muitos casos, são definidos e implementados programas de melhoria. Com a publicação deste livro, o Proqualis<sup>2</sup> busca contribuir com políticos, gestores e profissionais de saúde, independentemente do grupo profissional a que pertençam ou da “posição hierárquica” que tenham, para que estes encontrem uma

<sup>2</sup> Portal Proqualis [www.proqualis.net](http://www.proqualis.net)

forma de participar dos processos de melhoria, uma vez que, em relação à melhoria que agrega valor, todos os profissionais contam – como refere Nigel Crisp<sup>3</sup>, “todos têm um papel a desempenhar”.

Foz do Arelho, 2015

---

30 Futuro para a Saúde. Nigel Crisp (ed.), Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 2014.

## Introdução

*O valor do cuidado de saúde é a sua qualidade em relação aos recursos utilizados. Melhor qualidade por si só não agrega valor. Uma mudança que agrega valor é aquela que melhora o cuidado, utilizando menos recursos. As melhores oportunidades para se obter isso, na área da saúde, vêm da redução do desperdício e da utilização de algumas novas tecnologias. O maior desafio é capacitar os profissionais para mudarem a forma como trabalham. A melhoria que agrega valor une profissionais, gestores e outros para utilizarem soluções efetivas por uma causa comum.*

Este livro é para líderes do processo de melhoria que agrega valor. Como é que você pode mudar um serviço para produzir melhor qualidade a um custo menor? Não é forçando os profissionais a trabalharem mais, mas capacitando-os para mudarem a forma de trabalhar, organizarem recursos de forma mais efetiva e utilizarem novas tecnologias que os apoiem em seu trabalho. Não é através de teorias não testadas, mas pela utilização do conhecimento que a pesquisa e a experiência demonstraram que funciona. Não é impondo abordagens bem-sucedidas em outros locais, mas adaptando-as ao contexto particular de sua organização, em conjunto não só com os profissionais que trabalham com os pacientes, mas também com os próprios pacientes.

*Richard havia aprendido a metodologia do ciclo “planejar, fazer, checar, agir” [plan, do, study, act] sobre itinerários clínicos [clinical pathways] e tinha um pouco de experiência com alguns projetos de melhoria da segurança do paciente. Em sua nova função administrativa, ele percebeu não só que o serviço precisava de uma*

*abordagem mais sistemática para priorizar os problemas, testar a melhoria, como também que os funcionários precisavam estar mais envolvidos nesse processo. Mas o que, especificamente, ele deveria fazer e o que poderia ser feito por outros? Onde ele encontraria ajuda? Como obter a colaboração dos funcionários e capacitá-los para liderar as mudanças enquanto eles estão, simultaneamente, ocupados com suas atividades de prestação de cuidados aos pacientes?*

Este livro é baseado na experiência de trabalhar com líderes em diferentes níveis do sistema de saúde e na observação de seus sucessos e fracassos na jornada pela melhoria. Além disso, baseia-se tanto em pesquisas sobre o que líderes fazem para alcançar melhoria quanto em evidências sobre a efetividade e os custos de diferentes mudanças voltadas para a qualidade e a segurança dos pacientes e, principalmente, sobre como implementá-las. Destinase a um mundo emergindo da recessão econômica, onde a segurança e a qualidade têm uma importância crescente, mas que estão ameaçadas pelas limitações de recursos. Um mundo onde as exigências e as expectativas aumentam sem considerar as limitações de recursos humanos, materiais e financeiros. Um mundo onde os custos de adesão e regulação aumentam sem aparentemente contribuírem para a qualidade ou refletirem diretamente na melhoria da qualidade e da segurança do paciente.

*“O prédio novo, o equipamento e os funcionários extras haviam transformado a organização. Muitos pacientes comentaram sobre a elevada qualidade do novo serviço. Mas eles não precisavam pagar. O novo Serviço/Departamento custava mais por paciente e teve um custo elevado para ser construído e equipado”.*

Um prédio novo, equipamentos e profissionais adicionais talvez possam agregar valor ao cuidado ao paciente. Não representam, porém, uma melhoria que agrega valor em virtude dos custos mais elevados que prestadores, compradores ou alguém teve que pagar. Alguns investimentos podem reduzir custos através da diminuição do desperdício ou ainda aumentar a qualidade de forma a elevar também a receita financeira: essas são iniciativas de melhoria que agregam valor.

*Se você prestar atenção, verá que esta paciente foi reinternada de urgência 4 dias após a alta hospitalar. Encontramos muitos casos como este que não são decorrentes de cuidados inadequados fora do hospital. O hospital não transmitiu as informações para a equipe de atenção básica/cuidados de saúde primários, nem para a fisioterapia. Os compradores do serviço (pode ser uma seguradora, pode ser o Estado, podem ser os próprios pacientes, dependendo da forma como o sistema de saúde está organizado e é financiado) devem pagar por esta segunda internação/internamento? O hospital tem conhecimento sobre esta e outras reinternações evitáveis? Não sabe, pois não gosta de investir para melhorar as informações sobre a alta, nem de perder dinheiro em decorrência de menos internações.*

A boa notícia é que há um aumento no reconhecimento, por parte dos financiadores e de outros grupos de interesse, de que o desempenho dos cuidados de saúde não se relaciona apenas com o número de pacientes tratados em troca de um determinado valor monetário, ou seja, com o custo por tratamento. Se o tratamento presente for inadequado, ou causar dano ao paciente, qualquer preço a pagar será sempre muito elevado. O cuidado de saúde deve ser comprado e avaliado também em termos da sua qualidade – o seu valor resulta da relação entre a quantidade e a qualidade dos cuidados e os custos.

*Analisando dados sobre próteses de quadril/da anca, num horizonte temporal de dez anos, pesquisadores suecos descobriram os pinos e as técnicas cirúrgicas que apresentavam melhores resultados no longo prazo. Alguns casos, geralmente, resultavam em reoperações ao fim de aproximadamente seis anos. Essa evidência levou a mudanças nas abordagens cirúrgicas, a menos sofrimento para os pacientes e a uma considerável economia para os financiadores. Levou tempo, no entanto, para que os financiadores percebessem que estavam, algumas vezes, pagando por procedimentos com baixa efetividade e para que os hospitais se acostumassem com uma perda de receita devido a um menor número de reoperações.*

Este livro não é sobre como fazer qualquer tipo de melhoria numa organização de saúde. A maioria dos processos de melhoria de qualidade e segurança do paciente, por definição, agrega valor ao cuidado prestado ao paciente. Este livro é sobre **melhoria que agrega valor – uma mudança que economiza recursos e mantém ou melhora a qualidade**. O foco é na redução do desperdício. Isso sempre agrega valor e acarreta na economia de dinheiro. Porém, se o prestador irá economizar também, isso é outra questão.

*A partir da sua experiência clínica e dos dados disponíveis, Richard identificou um problema de prescrição desnecessária de medicamentos. Se esse problema fosse reduzido, os pacientes se beneficiariam, os custos com medicamentos e alguns eventos adversos (EAs) a eles associados seriam menores e os custos extras que daí decorrem poderiam ser evitados. A organização, contudo, talvez perdesse dinheiro. Não porque o custo de implementar tal mudança seja elevado, mas porque o serviço lucra com os*

*medicamentos desnecessários e com o cuidado adicional para tratar os EAs relacionados aos medicamentos. Temos que fazer a coisa certa, mas a implementação desta mudança é dispendiosa e ela com certeza não vai ajudar o limitado orçamento do projeto de Richard. Talvez, quem sabe, no próximo ano?*

A ética e o profissionalismo apoiam as mudanças, mas o sistema financeiro pode penalizá-las. Veremos que os prestadores nem sempre economizam ou lucram com as iniciativas de melhoria. Assim, os líderes devem avaliar também o projeto de melhoria que agrega valor [*business case*] e identificar quem perde e quem ganha. Isso não quer dizer que não devemos fazer mudanças que não agregam valor, mas sim que devemos reconhecer que aquelas mudanças que agregam valor são mais facilmente passíveis de serem iniciadas, disseminadas e sustentadas.

## **A mudança**

Boa notícia: quanto mais se procura, mais desperdício se encontra e esse desperdício sempre estará associado a sofrimento evitável dos pacientes. Além disso, há uma grande oportunidade para a utilização de novas tecnologias para melhorar a qualidade do cuidado e reduzir custos – se estas forem aceitáveis e adotadas pelos profissionais e se melhorarem, ao invés de prejudicarem, a segurança. Não há falta de novas ideias ou de evidências sobre o que representaria uma melhoria que agrega valor ao cuidado de saúde. As perguntas, portanto, são: podemos implementar essa mudança aqui? De quanto tempo e dinheiro precisamos para implementar a mudança? Quem poderá economizar dinheiro com a mudança? A economia depende do tipo de sistema de pagamento e dos custos da mudança.

*Na sua nova função, Richard notou que alguns processos de melhoria poderiam ser positivos para os pacientes; porém, levariam a perdas monetárias para a organização. Então, como escolher que opção tomar no sentido de baixar os custos e, simultaneamente, economizar recursos? E como mobilizar os profissionais para contribuir para este projeto e implementarem as mudanças já que trabalham mais do que o horário contratado para atender à demanda de pacientes? De onde viria o investimento financeiro para treinamento/formação nos métodos a serem utilizados e para pagar substitutos durante esse treinamento/formação? Talvez Richard e os seus poucos colaboradores administrativos devessem realizar a maioria das tarefas relacionadas com a melhoria?*

Muitas organizações não têm apoio de especialistas, nem tempo livre para planejar e realizar testes piloto das mudanças propostas. Não há dinheiro extra para pagar os profissionais substitutos de forma a manter o serviço funcionando normalmente. Muitos profissionais estão “cansados de mudanças” ou já estão envolvidos com outros processos em curso na organização. Líderes de melhoria vivem no mundo real e conhecem os custos e os desafios de uma mudança. Para cada mudança “bem-sucedida”, há muitas “oportunidades perdidas” que talvez nem devessem ter sido iniciadas. O ceticismo é saudável, no sentido em que requer consideração cuidadosa sobre o que e como fazer. De fato, muito tempo e dinheiro são perdidos em mudanças que não resultam em melhoria, ou que não valem o custo das interrupções e distrações que causam. Argumentos claros orientados pela evidência científica sobre o porquê de não tentar uma mudança em determinado momento podem poupar a organização de uma tentativa hesitante que aumentará o desperdício, ao invés de reduzi-lo.

Melhoria que agrega valor = mais qualidade  
+ menor custo  
(as “despesas” pagam-se)

O desafio que os líderes das organizações de saúde encontram, portanto, é mudar o cuidado de saúde de forma a reduzir os custos e melhorar a qualidade. Assim, além de tornar a qualidade visível e relacioná-la com os custos, eles demonstram o “valor agregado” que a sua organização oferece. O desafio dos financiadores e dos outros grupos de interesse é garantir que a organização seja recompensada, e não penalizada por implementar iniciativas de melhoria que agregam valor, além de permitir que pacientes e seus familiares entendam a qualidade profissional dos serviços e o valor diferente de organizações aparentemente similares.

*Se você não tem recursos, não pode fazer uma melhoria. Você pode apenas falar sobre o assunto.*

## **O papel da liderança na melhoria que agrega valor**

*O modo de liderar a implementação de uma melhoria que agrega valor depende da função do líder, do tipo de mudança, do tipo de organização ou serviço e dos fatores existentes que podem ajudar ou dificultar a mudança – o ambiente interno e externo da organização.*

Este livro não se debruça sobre os desafios envolvidos em manter uma organização funcionando, mas sim em como mudá-la ao mesmo tempo em que ela é mantida em funcionamento e em como tornar possível que os profissionais que trabalham no serviço possam contribuir para a mudança. Líder de melhoria que agrega valor pode ser qualquer pessoa que permita que outros melhorem a qualidade ao mesmo tempo em que os custos são reduzidos.

Este livro é para gestores da linha de frente, como, por exemplo, gestores médicos ou enfermeiros de uma equipe que presta cuidados; para gerências de departamento ou organizações; e para gestores sênior, como diretores executivos, diretores de hospitais, diretores médicos ou de enfermagem, assim como conselhos/*boards* executivos de serviços/unidades ou do sistema de saúde. O foco é na liderança de processos de melhoria que agregam valor à prestação de serviços de saúde, mas há partes deste livro que levam em consideração o papel dos responsáveis pelo financiamento e pelas organizações reguladoras e o papel dos formuladores de política nos processos de melhoria que agregam valor. As ações desses líderes em cada nível estabelecem as condições que podem apoiar ou dificultar o trabalho dos líderes de melhoria “no terreno”.

Aprenderemos que há três tipos de mudança – 1-3-10: (i) mudanças rápidas que agregam valor em menos de um ano: a utilização da “repetição verbal de retorno” como garantia da comunicação correta é um exemplo simples; (ii) mudanças de médio prazo, que levam três anos, representam melhoria de processo, envolvendo uma série de profissionais de diferentes áreas e, algumas vezes, outros serviços; e (iii) mudanças de longo

prazo no sistema de cuidado, envolvendo diversos processos e etapas, inclusive o cuidado relacionado à prevenção de doença, geralmente englobando muitos prestadores. Essas mudanças necessitam de um líder “integrador”, que trabalhe alinhando incentivos para todos os envolvidos e garantindo que todos se beneficiem. Essas mudanças sistêmicas (até 10 anos) requerem líderes com cargos hierárquicos mais altos para liderá-las.

*No segundo mês, Richard descobriu que um dos médicos residentes/internos havia se convertido à “causa” da segurança do paciente e parecia conhecer a abordagem sistêmica. Talvez o meio de começar um programa de processo de melhoria que agrega valor fosse encontrar uma forma realista de envolver as pessoas certas em sua construção para começar os projetos. A partir do momento em que ele e alguns outros tivessem clareza sobre os passos a serem seguidos e as ferramentas a serem utilizadas, talvez pudessem identificar quem faria o quê conforme fossem progredindo e, aos poucos, poderiam atrair mais pessoas para contribuir de diferentes formas para os projetos.*

Algumas tarefas e ações são comuns a todos os líderes de processos de melhoria que agregam valor. Este livro descreve o papel dos líderes para iniciar e supervisionar as etapas envolvidas na decisão sobre o que e como mudar; a implementação da mudança e o acompanhamento do seu progresso e resultados. Todos os líderes precisam realizar uma seleção cuidadosa do que mudar, motivar os profissionais, garantir retroalimentação sobre o progresso do processo de mudança, manter pessoas e projetos sob sua responsabilidade e dedicar atenção contínua à mudança.

Algumas tarefas e a forma como são realizadas são específicas da posição do líder. As formas como um líder médico motivará os seus colegas para mudar são diferentes de como um gestor de enfermagem o fará. Um gestor geral coordenando uma equipe multidisciplinar ou um grupo de diferentes profissionais pode liderar processos de melhoria que agregam valor de forma diferente daquele que lidera apenas um tipo de profissional. Liderar mudanças simples também é diferente de liderar mudanças complexas, envolvendo diferentes tipos de profissionais e serviços. Tais mudanças requerem mais diplomacia e habilidades políticas do que aquelas necessárias quando a mudança envolve apenas um serviço ou um tipo de profissional que claramente reconhece a autoridade do líder.

A forma como o líder conduz a melhoria que agrega valor e as suas ações dependem também do tipo de organização/serviço. Liderar melhoria que agrega valor numa instituição de longa permanência ou numa unidade de atenção básica/cuidados de saúde primários será diferente de fazê-lo em um centro cirúrgico de um hospital universitário ou em um centro de reabilitação. Outro aspecto que torna difícil a transposição do sucesso de um líder numa determinada organização para a sua própria organização são os aspectos do contexto, que ajudam ou dificultam a melhoria. Geralmente, esses fatores que facilitam ou dificultam podem ter mais influência sobre o sucesso de uma melhoria do que a estratégia e as ações adotadas. Portanto, ao mesmo tempo em que se descrevem, neste livro, os resultados de pesquisas e experiências acerca do que, em geral, funciona para a melhoria que agrega valor, também se descreve o que parece ser mais específico de certos papéis, funções, situações e tipos de melhoria. O foco do livro são os líderes da prestação de cuidados

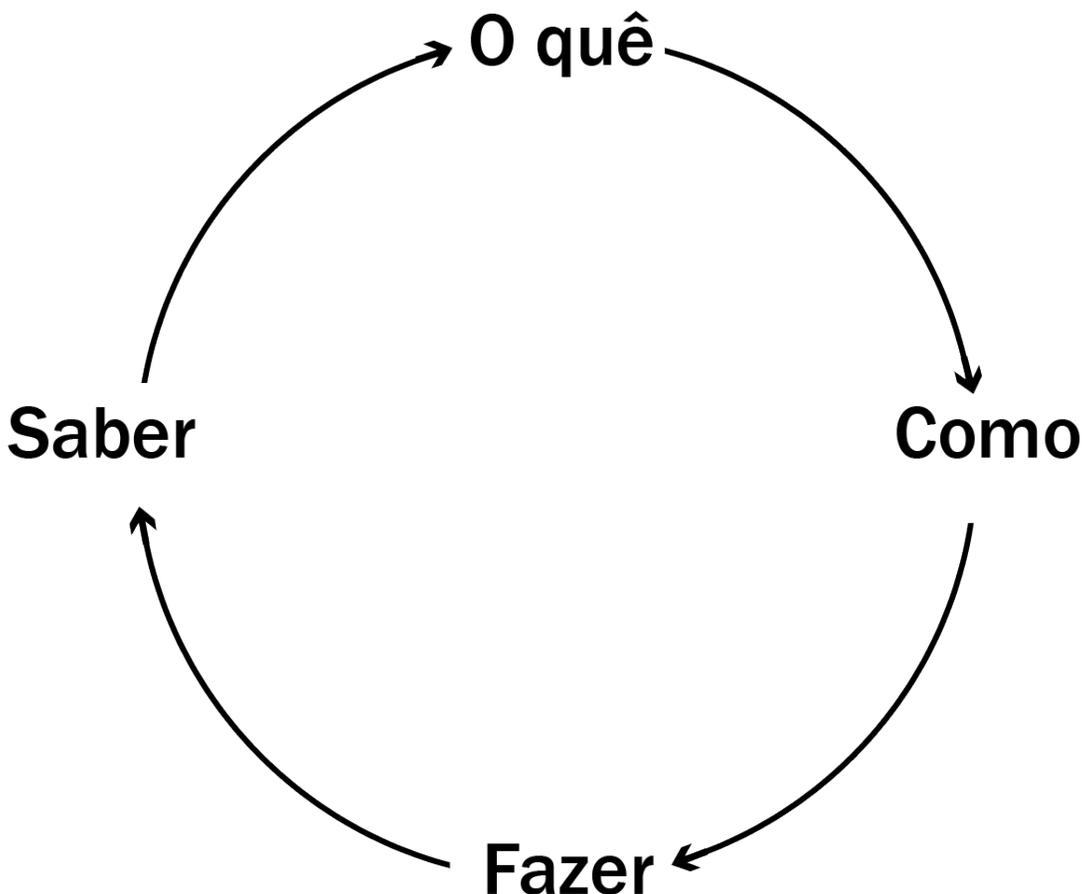
de saúde e as ações que os profissionais de níveis hierárquicos mais elevados (alta gestão/gestão de topo) podem fazer para viabilizar os processos de melhoria que agregam valor nas organizações de saúde.

## Visão geral do livro

Seguir cegamente fórmulas precisas ou criar planos racionais e detalhados que não podem ser ajustados não funciona. Um modelo e a explicitação dos passos a serem seguidos, porém, dão base para que se adote uma abordagem sistemática e permitem ao líder apresentar, em conjunto com outros profissionais, as considerações que *evitam vieses e impedem que sejamos movidos por “pensamento mágico” ou puramente baseados no desejo de tornar as ações mais efetivas.*

### **O modelo “O que-Como-Fazer-Saber” [ What-How-Do-Know]**

O guia do líder da melhoria que agrega valor é o modelo “O que-Como-Fazer-Saber”: O que devemos fazer? Como fazemos isso? Estamos fazendo o que nos propusemos? E como saber se está funcionando e o que devemos fazer diferente da próxima vez (“QCFS”)[sigla em inglês “WHDK”]?



Esse modelo permite que o líder utilize não só os resultados de pesquisa e a experiência de outros, da melhor forma possível, mas, acima de tudo, a sua experiência e as suas percepções sobre a sua organização em particular. Uma abordagem sistêmica é importante; porém, o conteúdo das etapas depende da sabedoria, da experiência e das habilidades técnicas, políticas e psicológicas usadas pelo líder e pelos outros profissionais. O modelo é um referencial e não uma prescrição detalhada.

**Em termos de estrutura organizativa, o livro apresenta-se dividido em três partes, sendo cada uma delas constituída por três capítulos.**

### **Parte 1: “O que” melhorar**

A primeira pergunta é: o que melhorar? Temos problemas com infecção relacionada à assistência à saúde, EAs relacionados com os medicamentos ou um tempo de espera para além do aceitável? Quais são as prioridades? Há soluções que podemos utilizar? Quanto custa? Seremos capazes de economizar? A questão “o quê?” pressupõe o conhecimento dos problemas e das suas potenciais soluções para, então, selecionar as mudanças de curto e longo prazo a serem implementadas. Erros ocorrem quando os líderes decidem sozinhos ou, no outro extremo, deixam a decisão totalmente nas mãos de outros profissionais. É necessário basear-se em todas as perspectivas e fontes de evidência de uma forma sistemática, de modo a tomar a melhor decisão e revisita-la constantemente à medida que as condições se alterarem. A parte 1 do livro discute como responder à questão “O que melhorar?” – que se refere a que mudança do tipo antes/depois devemos realizar. Também é abordada a importante questão sobre “por que melhorar”, de forma a encontrar a energia em nós mesmos e a motivar os outros.

### **Parte 2: Como implementar melhoria que agrega valor**

Trata-se da implementação do “fazer” a mudança. O termo “implementação”, porém, simplifica muito o processo de mudança nos serviços de saúde, com profissionais com elevado nível educacional servindo outros “mestres”. Ideias sobre a motivação, o

apoio e os incentivos são úteis, mas muito sobre “como melhorar” depende da política e das personalidades na organização e de como interpretá-las e lidar com elas. Esta parte também aborda o papel do líder. Se o líder envolveu as pessoas certas e supervisiona o uso correto dos métodos, então a implementação será mais fácil e as principais tarefas do líder serão dedicadas a questões políticas e à supervisão do progresso da mudança. Na maioria dos casos de iniciativas de melhoria que agregam valor, uma distribuição adequada entre o planejamento racional, o gerenciamento/gestão do projeto, o envolvimento com questões políticas e as revisões frequentes parece ser bem-sucedida.

### **Parte 3: Conhecendo e construindo**

Esta parte cobre o “saber” (ou o conhecer): como garantir a retroalimentação, as revisões, as correções e as avaliações que ajudarão a fazer as escolhas futuras. “Saber” também é descobrir quais são os problemas e quais são as soluções efetivas para eles, baseando-nos em pesquisas e nos dados locais. A “construção” refere-se à sustentabilidade e disseminação da mudança. Também trata da construção das nossas próprias competências – assim como as dos outros – para implementar iniciativas de melhoria que agregam valor e alude à capacidade que a nossa organização tem em fazê-lo, porque escolher e fazer essas mudanças é fundamental para o futuro.

## Capítulo 1: Oportunidades para melhoria que agrega valor

*Richard estava relutante em encerrar o “período de lua de mel” com seu novo emprego, mas sabia que era necessário avaliar mais profundamente as fraquezas da organização. Estava relutante, pois não queria enfraquecer um de seus pontos mais fortes – o ambiente de trabalho alegre e positivo. Ele sabia, porém, que havia coisas que a organização não fazia tão bem. Qual seria a melhor forma de descobri-las e trazê-las à tona sem prejudicar a moral?*

### Introdução

#### Por que melhorar?

Alguém afirmar que você precisa melhorar não é a melhor forma de motivação, podendo, inclusive, ter o efeito oposto. O ânimo resultante da participação em conferências pode ser estimulante, mas talvez não se mantenha alguns dias após a volta ao trabalho. A motivação para a ação resulta, na maioria das vezes, do despertar de valores, da quantidade e qualidade de dados existentes localmente e de uma visão com um plano viável.

#### Por que fazemos o que fazemos?

Uma das recompensas de se trabalhar em serviços de saúde é o fato de contribuir para a redução do sofrimento. Somos capazes de observar isso através dos pacientes; eles nos “transmitem” isso. Essa é a razão pela qual alguns de nós optam não só por desenvolver a nossa formação, como também por trabalhar na área da saúde. Por várias razões, porém, esta paixão diminui com o passar do tempo e nos tornamos parte de um sistema complicado,

no qual a redução do sofrimento nem sempre parece ser a prioridade. Líderes de melhoria despertam novamente esta paixão e lembram-nos o sentido da nossa ação – por que fazemos o que fazemos. Contudo, eles nos chamam a atenção de que precisamos fazê-lo em um mundo novo e mais complexo, onde dinheiro e regulação são uma realidade.

Líderes de melhoria mostram-nos como podemos reduzir o sofrimento tratando melhor os pacientes e que, para fazermos isso, precisamos organizar melhor o que nós fazemos e como fazemos em conjunto com os outros. Eles motivam e possibilitam que os profissionais utilizem parte de seu “tempo com o paciente” para ajudar a organizar melhor o trabalho. Eles fazem isso despertando novamente nossos valores e permitindo que centralizemos os processos no paciente ao mesmo tempo em que reconhecemos que há pressões financeiras e que o cuidado de saúde é atualmente um “trabalho de equipe”.

### Os três valores

Há três valores envolvidos na liderança de melhoria que agrega valor:

- o valor de reduzir o sofrimento, o qual motiva nosso trabalho na prestação de cuidados de saúde;
- o valor que o cuidado de saúde tem para o paciente: o cuidado agrega valor na vida deste e não deve causar dano;
- o valor comercial do cuidado de saúde para o comprador/financiador de serviço: ter baixo custo e alta qualidade, o que permite que seja demonstrado, inclusive, para outros agentes [*stakeholders*].

A resposta à pergunta “por que melhorar?” não deve ser porque alguém nos disse para fazê-lo, ou porque ficaria mal se não o fizéssemos, mas sim porque a melhoria desperta novamente nossos valores e interesses e reafirma aquilo que é importante em nosso trabalho. Ela faz isso de forma clara frente à realidade complexa e com fortes pressões financeiras do sistema de saúde, no qual a competência no cuidado ao paciente não é suficiente. Precisamos de um sistema competente e temos a responsabilidade profissional de ajudar a construí-lo.

### **A motivação para começar a jornada**

Começamos a jornada com a pergunta “por que melhorar?”. O líder deve encontrar uma resposta para si próprio e para os demais colaboradores. Ele precisa de uma boa resposta de forma a ter o tempo e a energia, além daquela necessária para manter o serviço funcionando, para engajar os profissionais, a fim de que estes contribuam para o desenho e a implementação das mudanças. Assim, a questão “por que melhorar?” refere-se à necessidade de sustentabilidade da motivação, devido:

- à preocupação com os valores: o que é importante e valorizado pelos profissionais de saúde – a “preocupação” pela redução do sofrimento – pode diminuir com a rotina do dia a dia do trabalho;
- aos fatos: problemas com a qualidade do cuidado e a segurança do paciente existem em todas as organizações de saúde e os dados/informações locais nos mostram, continuamente, problemas em nossas organizações;

- à crença de que uma solução para um cuidado de saúde melhor e de elevada eficiência é possível;
- à crença em uma jornada que todos podemos compartilhar e que nos levará a uma solução, apesar de a conjuntura não ser a melhor, do terreno acidentado e dos desvios inesperados.

### **Oportunidades para melhoria que agrega valor**

O capítulo agora abordará os “fatos observados em outros locais”, tratando, primeiramente, de problemas de segurança do paciente e, posteriormente, de problemas de qualidade do cuidado de saúde, que podem ser um indicativo dos problemas que temos em nossa organização. De uma maneira geral, há oportunidades para agregar valor onde há problemas relacionados à segurança do paciente e à qualidade dos cuidados prestados. Um problema relacionado à segurança é a ocorrência de eventos adversos (EAs) sofridos pelos pacientes que, em muitos casos, eram evitáveis. Um problema relacionado à qualidade ocorre quando o paciente pode não ter sofrido dano, mas não recebeu o cuidado adequado ou houve algum tipo de desperdício. Todos esses problemas são, por definição, evitáveis e há razões éticas, morais, profissionais, financeiras e, às vezes, legais para reduzi-los. O líder da melhoria que agrega valor precisa sensibilizar o serviço ou a organização sobre quais são os problemas e porque é que eles precisam ser resolvidos. Sem uma justificativa financeira, é menos provável que a ação aconteça e que as mudanças sejam implementadas de forma sustentável. Por vezes, as razões financeiras podem levar à ação quando outras razões não forem suficientes para justificar a tomada de decisão.

## **Problemas relacionados à segurança do paciente**

Um em cada dez pacientes internados sofre um EA e um número significativo necessita de tratamento adicional ou de prolongamento de sua estadia no hospital. Os danos mais comuns incluem: infecções, EAs relacionados aos medicamentos, EAs relacionados à cirurgia, quedas e úlceras por pressão (MENDES, 2009; SOUSA et al., 2014; ZEESHAN et al., 2014). A maioria é, por definição, evitável e, por essa razão, pode representar um ganho potencial para os prestadores e para outros atores envolvidos.

Ao longo deste livro, será apresentado um conjunto de evidências, com base no conhecimento científico, que o líder da melhoria que agrega valor pode utilizar em seu serviço ou organização para fins de sensibilização e de tomada de decisão. Mais detalhes podem ser encontrados em revisões sistemáticas da literatura (ØVRETVEIT, 2007, 2009b). Os maiores problemas de segurança ocorrem nas “transições de cuidado”: falhas na comunicação e na coordenação entre profissionais e serviços em decorrência de falhas do desenho dos sistemas de cuidado de pacientes envolvendo decisões profissionais.

Uma forma de medir a ocorrência de EAs num hospital é selecionar uma amostra de prontuários de pacientes/processos clínicos e avaliar o número e o tipo de EAs que podem neles ser identificados. Muitos países ao redor do mundo (incluindo o Brasil e Portugal) fizeram isso e as taxas de EAs apuradas variaram entre 3,4% e 16,6%. No entanto, a maioria dos pesquisadores acredita que este método subestima a “verdadeira frequência” de EAs. No capítulo 7, nos debruçaremos sobre métodos que um serviço pode utilizar para obter alguma informação sobre o número e o tipo de EAs que ocorrem localmente.

A maioria das pesquisas realizadas foi sobre EAs ocorridos em hospitais. Um estudo neozelandês identificou, através da revisão de prontuários, que 12,9% dos pacientes internados sofreram EAs, sendo que 20% destes eventos ocorreram antes da internação hospitalar (DAVIES et al., 2002). Outro estudo sobre EAs após a alta identificou que 20% dos pacientes que receberam alta sofreram um EA no período de um mês, sendo 33% destes evitáveis (FORSTER et al., 2003). Um estudo estimou que 12% dos residentes em instituições de longa permanência nos EUA (total 1.6 milhões) recebiam warfarina e que EAs a ela relacionados, basicamente sangramentos, eram “muito comuns”. O estudo estimou que aproximadamente 34.000 EAs relacionados à warfarina por ano eram fatais, graves ou causavam risco de vida (GURWITZ et al., 2000, 2005).

## Os custos

Relatório do *National Audit Office* (NAO, 1995) britânico estimou que o custo para o NHS da resolução de processos litigiosos, decorrentes em sua maioria de EAs, foi de £423 milhões<sup>4</sup> em 2003/4. O custo esperado da sinistralidade para o mesmo período foi estimado em £2 bilhões. Estudo realizado por Zhan & Friedman (2006) fornece uma estimativa do potencial econômico para os hospitais dos EUA caso os cinco EAs mais frequentes fossem controlados. Na época do estudo, não havia penalizações para os hospitais nos casos de ocorrência de EAs. Assim, o custo adicional para os pacientes do *Medicare*, por exemplo, gerado pela ocorrência de evento adverso ainda era pago quando o hospital apresentava a conta, com conseqüente aumento dos custos, decorrente do acréscimo de recursos e do prolongamento do

---

<sup>4</sup>£ - Libra esterlina

tempo de permanência no hospital. Entretanto, o estudo demonstrou que o pagamento adicional ainda não era suficiente para cobrir o custo extra dos EAs. O prejuízo para a média dos prestadores após o reembolso do *Medicare* pelo tratamento adicional de cada um dos seguintes EAs era de: \$2,400<sup>5</sup> para úlcera por pressão; \$16,000 para sepse pós-operatória; \$8,500 para embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatória; \$6,000 para hemorragia e hematoma pós-operatório; \$10,200 para pneumotórax iatrogênico (veja também HFMA, 2006 e Magdelijns et al., 2014).

## **Potencial ganho econômico de diferentes tipos de Eventos Adversos**

### **Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS)**

Um relatório de um comitê do parlamento do Reino Unido estimou a ocorrência de 100.000 casos de IRAS na Inglaterra por ano, com 5.000 óbitos delas decorrentes e um custo de \$1.6 bilhão. Estima-se que entre 15%-30% das IRAS poderiam ser evitadas (HCPAC, 2000). Um estudo identificou que o prolongamento do tempo de permanência no hospital em decorrência de EAs pode chegar a 11 dias para sepse pós-operatória, com custos excedentes de até \$57,727. As infecções relacionadas à assistência à saúde foram responsáveis por 9,6 dias a mais de internação e \$38,600 a mais em custos (ZHAN, 2003). Mais recentemente, Zimlichman e colaboradores (2013) apuraram um total de custos associados às infecções na ordem dos 9,8 bilhões de dólares.

---

5\$ - Dólar americano

## Eventos Adversos relacionados aos medicamentos

*“...há forte consenso de que erros relacionados à administração de medicamentos representam o problema mais crítico para a ocorrência de EAs. Eles podem ser resultantes de qualquer combinação de prescrição incorreta pelos médicos, ilegibilidade das prescrições escritas, prescrição de medicamentos inapropriados, interpretação/ transcrição incorreta pelos enfermeiros, administração e documentação incorreta dos medicamentos”* (Chefe da cirurgia do *Toronto University Health Network* – suas conclusões após revisão da literatura) (ANDERSON et al., 2006).

Um estudo que analisou 424 visitas à Emergência de um hospital, aleatoriamente selecionadas, demonstrou que em 47% dos casos os pacientes receberam prescrição de medicamento (BEERS et al., 1990). Em 10% dos casos, o medicamento prescrito poderia causar dano ao paciente em decorrência de uma interação medicamentosa evitável. Em todos esses casos, o histórico de medicações do paciente estava registrado e disponível aos médicos responsáveis pela prescrição.

Um estudo realizado nos Estados Unidos da América sobre EAs relacionados aos medicamentos estimou que o custo de um hospital para cada um desses eventos era \$2,000 e, aproximadamente, \$3,8 milhões ao ano. Destes, \$1 milhão era considerado evitável. Um estudo posterior relatou um prolongamento no tempo de internação de 2,2 dias com um custo adicional de \$ 3,244 por paciente. Os custos estimados seriam de \$2,8 bilhões para um hospital de ensino de 700 leitos (Bates et al., 1997). Mais recentemente, outros autores apresentaram conclusões de estudos igualmente interessantes e que

recomendamos a sua consulta (PORTO et al., 2008; TACHÉ et al., 2011; KRUEER et al., 2014; GROU VOLPE et al., 2014).

### **Eventos Adversos relacionados aos medicamentos em ambiente não hospitalar (ambulatório)**

Assim como outros EAs, a evidência sobre EAs em ambiente não hospitalar (no ambulatório) é escassa. Uma revisão da literatura sobre prescrição inadequada para idosos encontrou 11 estudos (Liu; Christensen, 2002). Foram utilizados tanto desenhos observacionais, quanto a análise de dados de formulários de cobrança dos seguros de saúde. Os dados revelaram uma taxa de prescrições inadequadas variando de um máximo de 40% para residentes de instituições de longa permanência a 21% para pacientes acima de 65 anos residindo em suas próprias casas. Entretanto, um outro estudo estimou o custo dos medicamentos desperdiçados em uma população de pacientes ambulatoriais idosos (n=73) (MORGAN, 2001). A pesquisa revelou que o custo médio do desperdício era de \$30 por pessoa, por ano, valor provavelmente subestimado.

Em 2000 e 2005, Gurwitz et al. estimaram a ocorrência de 1.9 milhões de EAs relacionados aos medicamentos por ano em uma população de 1.6 milhões de residentes de instituições de longa permanência nos Estados Unidos da América. Destes eventos, 40% eram evitáveis. Dos 86 mil eventos com risco de vida ou fatais, 70% eram evitáveis. Outro estudo estimou que 20% dos EAs evitáveis relacionados a medicamentos entre pacientes ambulatoriais idosos são devidos a erros relacionados ao paciente, incluindo problemas de adesão ao medicamento (FORSTER et al., 2003). Muitos destes incidentes relacionados à “má qualidade” podem ter sido causados por falhas na comunicação e na coordenação, conforme veremos mais adiante.

## **Eventos Adversos relacionados à cirurgia**

A pesquisa empírica mais antiga encontrada na revisão de 2007 realizada por Øvretveit sobre custos de EAs foi o estudo realizado por Couch et al. (1981). Foram encontrados 36 EAs em 5.612 internações cirúrgicas no período de um ano em um hospital dos EUA, sendo que 11 destes eventos foram fatais. O custo estimado para esses 36 EAs foi de \$1,732.432 por ano. Estudo estadunidense posterior utilizou, entre outras fontes de informação, anotações de um pesquisador para identificar “EAs” no cuidado cirúrgico (KRIZEK, 2000). Constatou-se que 46% dos pacientes sofreram EAs (2.183 erros, 21% graves); 18% sofreram EAs graves (com risco potencial de vida ou de perda de um membro); e o tempo de permanência médio foi de 32 dias para os casos de erros graves, comparado com a permanência média de 8,8 dias. Outro estudo identificou custos adicionais associados às complicações cirúrgicas, durante ou após grandes cirurgias, através da análise dos dados administrativos de rotina de 372.684 altas de 404 hospitais californianos de cuidado a pacientes agudos (KALISH et al., 1995). O custo associado aos 10,8% de pacientes internados, que sofreram uma complicação, variou de \$9,239 a \$30,896 e o prolongamento do tempo de permanência, de 5,4 a 13,5 dias. Ver também, a este propósito, Hellsten et al. (2013).

## **Úlceras por Pressão**

Um estudo identificou que úlceras por pressão ocorriam em 4-10% dos pacientes internados em um hospital distrital do Reino Unido em 1991. Outro estudo estimou que a falha em evitar a ocorrência de úlceras por pressão resultava em sofrimento desnecessário e um custo de mais de \$1 milhão ao ano para um hospital de 600 leitos (ØVRETVEIT, 2004a). O custo médio de pacientes estadunidenses que desenvolvem úlcera por pressão foi

estimado como sendo de \$37,288 em 1999 (ALLMAN, 1999), resultando em um custo de \$2,2 a \$3,6 bilhões nos hospitais de cuidados de pacientes agudos (BECKRICH; ARONOVITCH, 1999). A maioria dos casos de úlcera por pressão é evitável pelo reposicionamento regular do paciente e pela utilização de colchões e proteções especiais para pacientes em risco. Um estudo concluiu que, dados o custo elevado do tratamento das úlceras por pressão e o baixo custo relativo e a efetividade das soluções que podem ser facilmente implantadas, é provável que organizações de saúde possam reduzir gastos consideráveis se implementarem um programa para reduzir em 50%, por exemplo, as taxas atuais de úlcera por pressão (BREM et al., 2010; DEALEY et al., 2012).

### **Quedas de paciente**

Estudo do Reino Unido estimou os seguintes custos por dia associados à queda de pacientes: £11.452 para casos de quedas que resultaram em fratura de pescoço ou de fêmur; £234 para casos em que cuidado ortopédico e de reabilitação eram requeridos; e £584 referentes aos custos de centro cirúrgico (WALSH; ANTONY, 2009).

### **Falhas de comunicação e coordenação**

*“O período mais perigoso para um paciente é a passagem de caso entre uma equipe clínica e outra”.* Professor Michael Thick, diretor clínico do programa britânico de tecnologia de informação *“Connecting for Health”* (CARLISE, 2009).

Em minha experiência, a causa mais comum de “má qualidade” são as falhas na comunicação e na coordenação do cuidado, geralmente em decorrência de falhas nos sistemas de gestão voltados para garanti-las. Testemunhei muitas dessas falhas e as agrupei em categorias: (i) comunicação com o paciente, (ii) comunicação entre turnos de trabalho, (iii) comunicação entre profissionais, (iv) comunicação entre os serviços de uma organização e (v) comunicação entre organizações de saúde e o contexto externo. Mas qual é a evidência obtida pela literatura científica? Diferentes estudos atribuem causas diferentes aos EAs, podendo ou não identificar as causas como sendo falhas na comunicação e/ou na coordenação. Alguns estudos fundamentais a este tema estão descritos em Bodenheimer (2008).

### **Comunicação no processo de alta hospitalar**

Em 2006, Jones & Mitchell relataram um estudo do hospital Bolton (Reino Unido) que identificou 250 comunicações para a passagem de caso entre os profissionais de saúde durante a alta de um paciente com diagnóstico complexo.

Dos 500 médicos generalistas inquiridos em 2007 pela pesquisa *NHS Alliance* do Reino Unido (NHS ALLIANCE, 2007), 70% relataram atrasos nos resumos de alta “frequentemente” ou “muito frequentemente”. Destes, 90% relataram que o atraso “comprometeu o cuidado clínico” e 68% que comprometeu a “segurança do paciente”. Muitos resumos de alta estavam incorretos, ilegíveis, com abreviações desconhecidas, sem nome do paciente, sem diagnóstico ou sem as alterações realizadas na medicação.

Um estudo realizado nos Estados Unidos da América revelou que 59% dos médicos residentes em clínica médica e cirurgia relataram que um ou mais pacientes sofreram dano durante seu mais recente estágio clínico em decorrência de passagens de caso malfeitas; 12% relataram que o dano havia sido grave (RR 68% dos 238 pesquisados) e 37% relataram que sempre, ou na maioria das vezes, uma ou mais interrupções ocorriam durante a passagem de casos. O estudo apontou que frequentemente há informação faltando, incompleta ou imprecisa e que *“muitas das recomendações de melhores práticas para a passagem de casos não são seguidas. Um dos problemas é que o grau em que a melhoria nestas práticas pode reduzir a ocorrência de dano ao paciente é desconhecido”* (KITCH et al., 2008).

### **Outros Eventos Adversos**

Tromboembolismo venoso (TEV) ocorre em 40-60% dos pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas e 7,5% dos pacientes submetidos à cirurgia para correção de fratura de quadril/anca têm risco de sofrer embolia pulmonar potencialmente fatal. Tais eventos podem ser evitados com profilaxia medicamentosa pré-operatória. Bullano et al. (2005) relataram que o tratamento de TEV recorrente pós-alta custa em média \$12,000, principalmente em decorrência da necessidade de reinternação hospitalar, que ocorre em 2,4% dos pacientes com próteses de quadril/anca e joelho. Entretanto, até 40% dos pacientes cirúrgicos, em risco, não receberam a profilaxia recomendada pelas diretrizes clínicas.

## **Problemas relacionados à qualidade**

As evidências apresentadas referem-se aos diversos tipos de EAs e aos custos a eles associados. Neste livro, “problemas relacionados à qualidade” são incidentes ou omissões que não deveriam ocorrer. Nem todos os problemas relacionados à qualidade resultam em EA. Tais problemas são mais comuns do que os EAs e têm um custo elevado. Exemplos incluem a subutilização e o uso inadequado ou excessivo de procedimentos terapêuticos, além da insatisfação do paciente com o cuidado recebido. Apesar de existirem menos evidências sobre problemas relacionados à qualidade nos serviços não hospitalares, são crescentes as evidências da ocorrência de má qualidade resultante de falhas de transferência, coordenação e comunicação entre prestadores do cuidado.

### **Fatores do paciente relacionados à “má qualidade”, à insatisfação, às reclamações e às queixas por negligência**

Fatores dos pacientes relacionados à “má qualidade” relatados na literatura incluem: (i) pacientes agendados que não comparecem a consultas; (ii) pacientes que interrompem o tratamento por insatisfação com a qualidade do serviço; e (iii) pacientes insatisfeitos que relatam a outros suas experiências.

Se o processo de reclamação não tem um resultado amigável, pode haver custos judiciais e de ressarcimento. Um seguro de saúde dos EUA calculou que o custo anual de reclamações de pacientes não resolvidas foi de \$4 milhões num hospital com 88.000 altas.

## **Desperdício**

Outro problema relativo à “má qualidade” relatado na literatura é o desperdício, que inclui o tempo perdido em virtude de: prontuários/processos clínicos desaparecidos; pacientes terem de contar a mesma história para diferentes profissionais; resultados de exames que não são utilizados em decorrência de atrasos em fazê-los chegar às mãos do profissional solicitante; e atrasos no tratamento devido à resposta inadequada ou não atempada por parte das organizações de saúde. Erros no rastreamento de câncer no Reino Unido levam à reconvocação de muitos pacientes, à realização de novos testes e a gastos elevados com ressarcimento por inadequação ou falha no tratamento.

## **Desperdício por uso excessivo, inadequado e insuficiente e por má coordenação**

O uso excessivo, inadequado ou insuficiente de procedimentos terapêuticos pode não resultar em EAs, mas representa “má qualidade” e envolve custos elevados – desperdício. Uma revisão sistemática identificou 73 estudos que evidenciam o uso excessivo, o uso inadequado ou a subutilização de procedimentos médicos, incluindo a subutilização de vacina contra a gripe e de betabloqueadores. O uso excessivo de antibióticos e o uso inadequado de medicamentos antidepressivos (IOM, 2000) são, também, alguns desses exemplos. Grande variação na utilização de procedimentos foi relatada nos EUA, indicando tratamento excessivo em algumas regiões (CHASSIN et al., 1986). Flum e Koespell (2002) estimaram que 39.901 de 261.134 (15,3%) apendicectomias realizadas nos EUA em 1997 foram desnecessárias. O custo total destes erros diagnósticos foi

estimado em cerca de \$741,5 milhões ao ano. A Suécia apresenta metade do valor das taxas de revisão de cirurgias de prótese de quadril/anca (nova prótese) em comparação com outros países. Pesquisas revelaram que certas próteses, incluindo algumas cimentadas, reduzem as reoperações. Mais recentemente, o “movimento da medicina baseada em evidência” demonstrou que muitos procedimentos continuam a ser utilizados anos após pesquisas terem demonstrado que não são efetivos.

Estudos da corporação *RAND* nos EUA estimaram que 25% dos dias de internação e dos procedimentos clínicos são inapropriados (logo, passíveis de serem evitados) e que 40% dos medicamentos prescritos são desnecessários. O *Royal College of Radiologists* do Reino Unido estimou que 25% dos procedimentos radiológicos são desnecessários. Um artigo notou que até 30% das investigações clínicas e dos tratamentos não acrescentam ou acrescentam pouco benefício à saúde dos pacientes (FISHER; WELCH, 1999).

Há também inúmeros exemplos de subutilização de procedimentos efetivos, principalmente em prevenção, possivelmente em decorrência de questões financeiras. Mais de 40% dos pacientes, num estudo realizado nos EUA, não recebiam cuidado preventivo, agudo ou crônico conforme recomendado (MCGLYNN et al., 2003).

Um estudo britânico, que analisou dados de um questionário sobre resultado do cuidado preenchido pelo próprio paciente [PROM – *patient reported outcome measures*], apontou para possível utilização excessiva dos serviços de saúde (por vezes,

decorrente de práticas de medicina defensiva). Foi realizada uma estimativa dos custos acrescidos, tendo por base a premissa de que procedimentos cirúrgicos podem não ter sido necessários nos casos de pacientes assintomáticos antes da cirurgia e de pacientes que não apresentaram melhora ou que, inclusive, viram agravada a sua situação após o procedimento cirúrgico para hérnia inguinal, varizes, prótese de quadril/anca e de joelho (WEST, 2009). As conclusões são controversas, pois não se sabe até que ponto os pacientes podem verdadeiramente avaliar ou ter a real percepção dos benefícios clínicos. O custo acrescido foi estimado como sendo, respectivamente, de £40, £16, £26 e £64 milhões, gerando um total de £144 milhões.

Um estudo do *Juran Institute* (2003) nos EUA calculou os custos da “má qualidade” naquele país em decorrência de “procedimentos médicos ultrapassados ou ineficientes” como sendo de \$1,700 a \$2,000 por trabalhador segurado (\$390 bilhões). Os custos foram estimados a partir de dados sobre “atividade burocrática desnecessária” (o maior desperdício); uso excessivo de histerectomia, cateterização cardíaca, antibióticos, tranquilizantes, endarterectomia da carótida, marca-passo cardíaco [*pacemaker*], endoscopia do trato gastrointestinal superior e medicamentos anti-inflamatórios não hormonais. Neste estudo foi também analisada a subutilização de exames em pacientes com infarto/enfarte agudo do miocárdio, diabetes e insuficiência cardíaca congestiva; de vacinas contra gripe e pneumonia e de exames de rastreamento para depressão e câncer de mama.

A pesquisa sobre a “má qualidade” na atenção primária/cuidados de saúde primários, realizada por Wilson e Sheika (2002), descreve um estudo baseado nos relatos dos próprios médicos generalistas que identificou grande número de erros diagnósticos mais frequentemente nas situações de: asma, câncer, doenças dermatológicas, uso inadequado de substâncias e depressão. Esta revisão também identificou outro estudo que relata a existência de problemas em 3% a 5% de todas as prescrições na atenção primária, um terço dos quais representava “preocupações graves relativas à segurança”. Outro achado foi que 24% das pessoas acima de 65 anos vivendo em casa ou em instituições de longa permanência haviam recebido prescrições de medicamentos contraindicados (21% das quais estavam em instituições de longa permanência). Além disso, foram apontadas preocupações específicas relativas à segurança, relacionadas a medicamentos como anti-inflamatórios não hormonais, lítio, warfarina, corticoides e antidepressivos.

## **Conclusões**

Por que iniciar uma jornada em busca da melhoria que agrega valor? Para satisfazer nossos valores? Para reduzir o sofrimento dos pacientes? Para fazer frente aos desafios econômicos e financeiros com que se deparam as organizações e os sistemas de saúde?

Vimos, a partir da literatura, que há oportunidades para agregar valor nos casos de problemas relacionados com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente. A evidência com base no conhecimento científico ajuda os líderes de melhoria a estabelecer e aprimorar os sistemas de coleta/colheita e notificação local de

problemas relacionados à qualidade e à segurança (ØVRETVEIT, 2009b, 2011a, 2012a). Neste capítulo, sugeriu-se que a avaliação dos custos dos diferentes problemas associados à qualidade e à segurança também faz parte da responsabilidade da liderança da melhoria que agrega valor e que a literatura científica também ajuda nesta tarefa. No entanto, precisamos ficar atentos, pois gastar tempo coletando informação sobre qualidade e segurança pode constituir um desperdício, caso não seja utilizada devidamente para planejar, desenvolver, orientar e avaliar as ações de melhoria.

## Capítulo 2: Intervenções que promovem melhoria que agrega valor

*Para todos os problemas há uma solução ou um método para os resolver. Encontrar a solução é fácil, mas estimar o seu custo e se há possibilidade de economia de recurso (ganhos de eficiência) é mais difícil. A implementação da solução é a tarefa mais árdua; porém, a existência e o domínio de métodos de melhoria de qualidade e o conhecimento resultante da literatura científica podem ajudar.*

### Introdução

Soluções podem estar “prontas” – mudanças do tipo “antes/depois” – ou podem se configurar como métodos para ajudar a desenvolver uma solução própria. Exemplos que ilustram mudanças do tipo antes/depois são a higienização das mãos, a redução das prescrições inapropriadas de antibióticos ou um itinerário clínico [*clinical pathway*] mais rápido e efetivo para pacientes com dor torácica.

As soluções podem ser de três tipos:

**uma mudança de comportamento:** foco na causa direta do problema relacionado à qualidade (ex.: higienização das mãos);

**uma mudança nas condições:** foco na causa indireta (ex.: condições de trabalho ou um processo para garantir a coordenação entre os prestadores);

**um método para mudança:** método para desenvolver a sua própria solução ou para ajudá-lo a adaptar e implementar uma solução que já deu resultado em outro lugar ou situação (ex.: ciclo PDSA).

## **Soluções para problemas relacionados à segurança do paciente**

As mudanças do tipo antes/depois mais conhecidas e para as quais há evidências fortes são as “top 11” publicadas pela AHRQ em 2001 (sugere-se também a leitura do documento, que destaca as “top 22” da AHRQ publicado em 2013 – *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices*), que estão implementadas em muitos hospitais dos EUA. São elas:

1. Utilização apropriada de profilaxia para tromboembolismo venoso em pacientes de risco.
2. Utilização de betabloqueadores para prevenir morbimortalidade perioperatória.
3. Precauções máximas de barreira estéril durante a inserção de cateteres venosos centrais para prevenção de infecções.
4. Utilização apropriada de antibiótico (terapia profilática) em pacientes cirúrgicos para prevenir infecções perioperatórias.
5. Solicitação aos pacientes de que lembrem e repitam o que lhes foi dito durante o processo de consentimento informado.
6. Aspiração contínua de secreções subglóticas para prevenir pneumonia associada à ventilação mecânica.
7. Utilização de dispositivos para aliviar a pressão com o intuito de prevenir úlceras por pressão.
8. Utilização de ultrassonografia em tempo real para guiar a inserção de cateter venoso central e prevenir complicações.

9. Automonitorização para os pacientes em uso de warfarina de forma a atingir níveis ótimos de anticoagulação e prevenir complicações.
10. Provisão adequada de nutrição, com ênfase particular no começo precoce de nutrição enteral em pacientes criticamente doentes ou cirúrgicos.
11. Utilização de cateteres venosos centrais impregnados com antibiótico para prevenir infecções relacionadas aos cateteres.

Essas são mudanças de comportamento do tipo antes/depois e não mudanças das condições nas quais as pessoas trabalham, como, por exemplo, a forma como o trabalho é organizado e em que condições é realizado. O treinamento e o estabelecimento de novos procedimentos não são suficientes para mudar o comportamento. Geralmente, também é necessário mudar as condições de trabalho e as condições que favorecem a ocorrência de erros e a má qualidade, o que se denominou posteriormente de “ambiente organizacional”, sendo a carência de pessoal e a falta de condições, equipamentos ou materiais adequados alguns dos exemplos mais comuns.

Existe um amplo consenso de que implementar mudanças para garantir práticas de segurança do paciente, recomendadas com base em evidência científica, irá não apenas reduzir o sofrimento evitável, mas também os custos para a organização e para o sistema.

## **Intervenções para reduzir eventos adversos relacionados aos medicamentos.**

Vimos, no capítulo anterior, que os EAs relacionados aos medicamentos representam um dos tipos de incidente mais frequentes. Também são um tema para o qual as soluções têm sido mais estudadas. Dentre as mais conhecidas está a “conciliação medicamentosa”, que consiste em verificar os medicamentos de um paciente nos pontos de transição de cuidado entre serviços (PROVONOST et al., 2003; SCHINIPPER et al., 2009; SALANITRO et al., 2013).

Outro exemplo tem a ver com a dispensação/dispensa automática de medicamentos, considerada em vários estudos como efetiva e, provavelmente, custo efetiva. Gebhart (1999) relata redução de 70% nos erros de medicação nas unidades do *Veterans Health Administration* dos EUA, através da utilização de um sistema de código de barras, sem fio, portátil e de baixo custo.

Leape et al. (1999) avaliaram o impacto da participação de farmacêuticos em visitas clínicas, na unidade de terapia intensiva de um hospital dos EUA, na redução dos EAs evitáveis dos medicamentos causados por erros de prescrição. A taxa de erro foi de 3/75 no grupo da intervenção e 8/75 no controle, demonstrando que uma simples intervenção pode reduzir esses erros em aproximadamente 60%. O custo da intervenção, porém, não foi avaliado.

Automação e sistemas informatizados são cada vez mais usados para a redução de EAs, principalmente aqueles relacionados aos medicamentos. Essas soluções ilustram várias questões importantes para o estudo e a utilização dos resultados de

pesquisas para melhoria da segurança e da qualidade: a efetividade está relacionada com a forma como a solução foi implementada e em que situação. A implementação de uma solução raramente é um processo simples e pode resultar em efeitos colaterais negativos, além do fato de que a relação custo/efetividade pode ter grande variação. A economia de recursos para o prestador depende se ele tem apoio financeiro externo ou outro auxílio e se o sistema de pagamento recompensa os resultados (MANIAS et al., 2012; SEIBERT et al., 2014).

Uma solução é alterar o sistema informatizado de forma a alertar o farmacêutico sempre que um EA relacionado ao medicamento puder ocorrer, permitindo, assim, que ele contate o médico e que se evite o erro. Um estudo realizado nos EUA utilizando este sistema encontrou 1.116 alertas em 9.306 internações. Destes, 53% representavam EAs potenciais relacionados aos medicamentos que não teriam sido descobertos. Os médicos tiveram que ser contatados 794 vezes, e em 596 o evento não havia sido reconhecido. O estudo calculou que os potenciais ganhos econômicos para um hospital com 650 leitos seriam de 3 milhões de dólares ao ano.

Birkmeyer e Dimick (2004) estimaram que um sistema informatizado de prescrição, no qual os médicos prescrevem online, poderia reduzir os EAs dos medicamentos em 55%. Grandiville et al. (2006) estimaram essa redução como sendo de 62%. Outro estudo relata os resultados da introdução desse sistema (BATE, 1998), apontando que houve redução dos erros de medicação em 50% (de 11 para 5 por 1.000 pacientes-dia durante a utilização do sistema de prescrição informatizado). O custo desse sistema para um hospital de ensino foi equivalente ao

montante economizado. Contudo, quando outros custos foram apurados, como o trabalho adicional causado por erros graves de medicação ou litígio por má prática, os ganhos anuais giraram em torno de \$5-10 milhões. Estes são apenas dois dos poucos estudos com evidência confiável. Um depende do estabelecimento de um sistema para evitar que enganos aconteçam. O outro depende de intervenções em tempo real para desfazer o engano quando ele acontece. Ambos tiveram grande impacto em evitar erros de medicação em instituições de grandes dimensões e elevada complexidade, podendo melhorar o cuidado ao paciente e, simultaneamente, reduzir os custos (LAINER et al., 2013; PORTERFIELD et al., 2014).

Estudos descrevem sistemas informatizados de apoio à decisão para melhorar a prescrição de antibióticos. Um estudo inicial relata menos doses de antibiótico por esquema terapêutico, com custos dos antibióticos reduzidos em \$81 por paciente tratado, passando de 24,8% do total dos custos de medicamentos da farmácia para 12,9%, e de \$987,550 para \$612,500 com gastos totais (dólar de 1988) (PESTOTNICK et al., 1996). Veja também Evans et al., 1998, 1991, 1993; PESTOTNICK et al., 1990).

Uma revisão sistemática de intervenções utilizando aconselhamento informatizado sobre dosagem de medicamentos em hospitais para uma variedade limitada de medicamentos foi realizada por Walton (2002). Foram revisados 15 estudos, de qualidade científica variada, utilizando intervenções envolvendo médicos. As conclusões foram que sistemas informatizados de apoio à escolha da dosagem de medicamentos proporcionaram benefícios significativos; reduziram o tempo para obtenção de controle terapêutico e os níveis de toxicidade dos medicamentos;

diminuíram as reações adversas em 6% e também o tempo de permanência no hospital.

Uma revisão sistemática analisou os efeitos dos sistemas informatizados de prescrição e de apoio à decisão clínica sobre as taxas de erro de medicação (KAUSHAL; SHOJANIA; BATES, 2003). Foram relatados dois estudos sobre sistemas informatizados de prescrição que revelaram diminuição na taxa de erros graves de medicação: um demonstrando melhoria nas prescrições desencadeadas por outras [*corollary orders*] e no hábito de prescrição; e outro demonstrando redução na nefrotoxicidade por dose e frequência de medicamentos. Dentre os sete estudos sobre sistemas de apoio à decisão clínica, três demonstraram melhora significativa nos erros de medicação associados a antibióticos e nos EAs relacionados aos medicamentos. Um outro demonstrou redução na ocorrência de erros por medicamentos associados à teofilina. Nenhum dos estudos realizou avaliação confiável dos custos associados. Mais recentemente, Gillaizeau et al. (2014) apresentaram resultados muito interessantes sobre o uso de sistemas informatizados na melhoria da dosagem e prescrição.

Em relação aos custos e às economias relacionadas a estratégias englobando todo o hospital, a implementação de um sistema informatizado de prescrição em três hospitais de Toronto (UHN) foi relatada por seus responsáveis. O custo total informado foi de 5 milhões de dólares canadenses/canadianos (4 milhões em custos de capital) em cinco anos (FORRESTER et al., 2014; VERMEULEN et al., 2014).

Birkmeyer & Dimik (2004) relataram que o elevado custo da implementação de sistemas informatizados de prescrição representa uma barreira para muitos hospitais. As estimativas de custo variam de \$0,5 a \$15 milhões de dólares por hospital, com custos operacionais recorrentes variando de \$0,2 a \$2 milhões ao ano. A economia potencial decorrente da redução de erros e EAs relacionados aos medicamentos está estimada em \$0,18 a \$0,9 milhões por ano, dependendo da dimensão do hospital. Outras possíveis economias resultam da utilização do sistema informatizado de prescrição, como a substituição de medicamentos, da diminuição de exames laboratoriais e de imagem, e de maior utilização de itinerários clínicos. Birkmeyer et al. (2002) relataram que alguns hospitais estimam uma economia anual de \$5 milhões com a utilização de sistemas informatizados de prescrição.

### **Melhora na efetividade da coordenação e da comunicação**

Soluções simples foram desenhadas para a melhoria das passagens de plantão/turno, passagens de caso, transferências e transições de cuidado (entre serviços do mesmo hospital ou entre diferentes níveis de cuidado – por exemplo, hospital de atenção primária ou cuidados continuados e vice-versa). Estes termos geralmente têm o mesmo significado, apesar de transferência e transição de cuidado normalmente referirem-se à movimentação do paciente e à troca de responsabilidade entre prestadores de cuidado. As passagens de caso e de plantão referem-se apenas à última.

Pacientes idosos com fraturas geralmente apresentam múltiplas comorbidades, o que complica o tratamento e requer uma boa comunicação e coordenação do cuidado entre vários especialistas. No Reino Unido, os hospitais da rede Bolton [*Bolton Trust*] criaram uma unidade de trauma separada de outras unidades, com uma equipe com geriatras, cirurgiões ortopédicos, especialistas em Medicina Interna, além de outros especialistas clínicos (NIII, 2008). Padronizaram a passagem de casos entre cada membro da equipe de forma a possibilitar a identificação e a solução de questões em momento oportuno, independentemente do profissional presente em cada momento. Resultados iniciais do estudo sugeriram que a mortalidade pós-operatória por fratura de quadril/anca foi reduzida em 50%.

### **Outras soluções para problemas relacionados à segurança do paciente**

Chang et al. (2004) identificaram que intervenções efetivas para prevenção de quedas integram uma avaliação multifatorial do risco para queda e um programa para gestão desta (11,8 menos quedas por 100 pacientes por mês no grupo submetido à intervenção). O estudo recomenda particular atenção naqueles pacientes com histórico de queda, mas não faz estimativas de custo. Sugerimos como complemento de leitura Trepanier et al. 2014; Staggs et al. 2014.

Geralmente pensamos em uma solução para problemas relacionados à segurança como uma prática clínica de segurança do paciente, mas há outros tipos de ações que poderiam representar soluções de melhoria que agregam valor. A questão de como a carência de profissionais e a sua formação e preparação se relacionam com a qualidade e com a segurança foi estudada.

Não há soluções definitivas, mas o acúmulo de evidências aponta na direção esperada. Pesquisa realizada por Needleman et al. (2001, 2002, 2007) encontrou uma associação entre o subdimensionamento da equipe de enfermagem em um hospital e a qualidade do cuidado, sugerindo que uma solução efetiva poderia ser aumentar o número de profissionais de enfermagem. Essa proposta, porém, não foi testada na prática. Hospitais com maior número de enfermeiros tiveram tempos de permanência de 3% a 5% mais curtos e taxas de complicação 2% a 9% menores do que os hospitais com menos enfermeiros.

Mitchell (2006) sugere que os enfermeiros talvez sejam melhores para a integração do cuidado (que inclui a interceptação de erros dos outros), para o monitoramento e para a vigilância, que identificam riscos e pacientes em deterioração antes que estes fatores resultem em EAs. Seria importante desenvolver pesquisa que avaliasse se um maior e melhor dimensionamento de enfermagem tem mais impacto na redução de erros, se o tempo adicional é usado na coordenação, ou se outros métodos e sistemas são mais custo efetivos quando utilizados separadamente ou em combinação.

### **Soluções para problemas relacionados com a qualidade do cuidado**

As soluções apresentadas aqui são aquelas para as quais há evidência da sua efetividade na redução da sobre-utilização, uso inadequado ou subutilização de tratamentos. Posteriormente, são apresentados métodos genéricos para a melhoria de qualidade, como melhoria de processo e do itinerário clínico. Sugere-se como leitura complementar Hall et al, 2009; Woods et al., 2012; Brill et al., 2013; Herzer et al 2014.

Liu et al. (2008) realizaram um dos poucos estudos detalhados sobre os custos de um programa de larga escala. Este estudo avaliou os custos com um programa de melhoria da qualidade do cuidado para pacientes com depressão no sistema público do VHA nos EUA. Todas as atividades foram avaliadas, incluindo o tempo gasto com leitura de e-mails e teleconferências, pagamentos a participantes e o tempo despendido com suporte técnico. O valor gasto com a implementação foi de \$100,000 para cada uma das três regiões, tendo sido 85% desse valor gasto com a preparação e o desenho da iniciativa. Um terço desse valor foi gasto com a integração do programa ao sistema de prontuário/processo clínico eletrônico do VHA. A economia gerada não foi estimada. O estudo também não foi capaz de avaliar se os gastos seriam menores com a disseminação para outras regiões.

Outro relato de gastos com programas de larga escala inclui um programa similar do *Kaiser Permanente* dos Estados Unidos para melhoria da qualidade do cuidado para depressão, no qual foram gastos \$166,500 com desenho e implementação em três locais (RUBENSTEIN et al., 1995, 2002). As estimativas de custo da *Breakthrough Collaboratives*<sup>6</sup>, realizadas pelo IHI a partir da avaliação de três iniciativas para insuficiência cardíaca congestiva e diabetes (CRETIN; SHORTER; KEELER, 2004), variou de \$81,000 a \$148,000 por organização. Em iniciativa similar, focando a depressão, seis organizações privadas dos Estados Unidos pagaram \$12,500 cada para participar do projeto (MEREDITH et al., 2006).

---

<sup>6</sup>*Breakthrough Collaboratives*: Iniciado pelo IHI em meados dos anos 90, estabelece projetos de cooperação entre organizações que estejam a procurar melhorar o mesmo processo ou processos semelhantes, produtos ou serviços. A ideia central é que, trabalhando em conjunto e em permanente contato, pode-se aprender mais depressa e partilhar essa informação. Esta abordagem é hoje utilizada em todo o mundo para alcançar uma melhoria acelerada. O mote é “tudo ensinar, tudo aprender”.

Um estudo relatou os custos e a economia para o NHS de três iniciativas de melhoria; porém, não analisou esses valores para os prestadores (BEVAN et al., 2007). Este estudo está relatado aqui porque utilizou duas medidas (AVAQ e QALY) para estimar o valor agregado pela melhoria nos benefícios e ganhos de produtividade do NHS: AVAQ – anos de vida ajustados pela qualidade de vida – e QALY – anos de vida ajustados à qualidade (estimados em \$30,000 cada), além do valor estatístico de uma vida (1 milhão de libras esterlinas). As estimativas foram:

- Melhoria na prescrição de estatinas: o NHS gasta anualmente £ 500 milhões em custo direto e £ 55 milhões em custos líquidos. Economia de £ 15 bilhões com óbitos evitáveis e de £ 6 bilhões com AVAQs ganhos.
- Controle intensivo de glicemia: o NHS gasta £250 milhões, menos do que o valor monetário dos benefícios; “a produtividade do NHS provavelmente pioraria no curto prazo se o controle fosse introduzido a todos os pacientes diabéticos (perda líquida anual de £ 300 milhões)”. Entretanto, a longo prazo, a produtividade aumentaria com a introdução precoce do controle intensivo de glicemia (ganho anual de £ 250 milhões).
- *National Suicide Prevention Strategy* (NSPS) [Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio]: gasto anual de £ 20 milhões (mas com impacto mínimo), economia de £ 700 milhões com mortes evitáveis e £ 300 milhões com AVAQs ganhos.

Estudos realizados por Clemmer et al. (1998, 1999) apresentaram outras análises de custo e soluções relacionadas aos problemas de qualidade. Os autores relataram redução de custo, ajustado por risco, superior a \$2,5 milhões ao ano (dólares de 1991) e de 30% do total do custo do cuidado ao paciente como resultado de uma iniciativa baseada no método colaborativo em UTIs, incluindo melhora no controle glicêmico; na utilização de nutrição enteral; no uso racional de antibióticos; na sobrevivência de pacientes com DPOC; na utilização de exames laboratoriais, de gasometria arterial e de radiografias; e na utilização apropriada de sedação.

Young et al. (2000) relataram uma melhoria na abordagem multidisciplinar para o cuidado de pacientes dependentes de ventilação mecânica. Esta foi capaz de reduzir o custo, ajustado por risco, em mais de \$20,000 por caso de pacientes em ventilação mecânica há mais de 72 horas em uma unidade de terapia intensiva, com ganhos anuais estimados em \$2,5 milhões para o hospital estudado.

Mudanças que estabelecem sistemas de cuidado para pacientes que precisam de coordenação entre vários prestadores provavelmente são uma das categorias mais importantes de iniciativas de melhoria que agregam valor. Exemplos incluem sistemas para episódios completos de cuidado (cuidado integral/cuidado integrado) a pacientes com diabetes, asma, hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva, dislipidemia, algumas patologias relacionadas à saúde mental e neoplasias. Alguns programas de cuidado ao paciente crônico e alguns sistemas de saúde foram capazes de oferecer cuidado integral a determinados pacientes, mas há pouca pesquisa avaliando o

impacto dessa ação no aumento da qualidade ou na redução dos custos totais, ou ainda relatando a distribuição dos custos e ganhos entre os prestadores e ao longo do tempo.

### **Metodologias de melhoria de qualidade para testar e adaptar soluções ou para desenvolver uma solução própria**

Por fim, há um tipo de solução diferente daquelas “já prontas” ou das mudanças do tipo “antes/depois” mencionadas anteriormente. Esta abrange métodos de melhoria de qualidade e ferramentas para desenvolver soluções locais. Esses métodos também podem ser utilizados para testar e adaptar mudanças do tipo antes/depois, de forma a apoiar o sucesso da implementação. Incluem não só um conjunto de “ferramentas” utilizadas frequentemente por especialistas em projetos para o diagnóstico de problemas de qualidade e para coleta/colheita, apresentação e análise de dados/informação, como também modelos conceituais e abordagens mais amplas para a melhoria de qualidade. Detalhes completos sobre esses métodos podem ser encontrados na revisão da literatura realizada por Øvretveit (2003a, 2005, 2009b). Tais métodos e abordagens incluem:

Ferramentas para a melhoria de qualidade: ferramentas para coleta/colheita (ex.: notas de observação), apresentação (ex.: histograma) e análise (ex.: diagrama espinha de peixe) de dados; listas de verificação; itinerários clínicos e métodos para análise de fluxo (PLSEK, 1999). Ver também a este respeito: Raven et al., 2009; Siriwardena, 2009.

Modelos conceituais para a melhoria de qualidade: ciclo de auditoria para estabelecimento e verificação de conformidade com padrões de qualidade; ciclo planejar, fazer, checar/analisar e agir (PDSA); Modelo de Melhoria de Langley et al. (1997); prêmio Baldrige e modelo EFQM (ver também FAWCETT, 2014).

Abordagens para a melhoria de qualidade: estabelecimento de padrões e metas; monitoramento; publicação ou certificação; revisão por pares; *benchmarking*; controle estatístico de processo; *Breakthrough Collaboratives*; campanhas pela qualidade; redesenho de processos; programas *Lean* e Seis Sigma.

### **Generalizando as soluções para sua organização**

Uma das limitações dos estudos sobre efetividade é que este tipo de estudo não descreve, nem explica como o contexto influencia a implementação ou a efetividade. Combinar estudos de intervenções similares em revisões sistemáticas representa um problema, pois considera-se que soluções com o mesmo nome, como, por exemplo, “Tempo de Resposta Rápida”, são a mesma em cada estudo e foram implementadas da mesma forma. As revisões sistemáticas também removem as considerações sobre o contexto e sobre como este afetou a implementação e sua efetividade, pois baseiam-se em resumos dos estudos e na análise dos valores médios (MCDONALD, 2013).

Considere, por exemplo, a pesquisa sobre efetividade da melhoria decorrente da utilização de diretrizes clínicas. Uma revisão (GRIMSHAW et al., 2004) relatou que a mediana da melhoria na disseminação de materiais educacionais foi 8,1% (4 ensaios clínicos controlados), com uma variação de 3,6% a 17%.

Observou-se, portanto, uma mediana modesta na implementação, mas com grande variação entre os estudos. Por exemplo, a mediana na melhoria da utilização de “lembretes” foi de 14,1%, mas variou de -1 a 34% nos quatro ensaios analisados.

Essas diferenças talvez sejam resultantes da variedade do que foi, na realidade, implementado sob a denominação “lembrete” ou “disseminação de materiais educativos”, das diferenças no contexto no qual a implementação foi realizada ou ambos: contexto e implementação podem ter interagido – assim, esses ensaios possivelmente avaliaram soluções bastante diferentes. Esse fato, porém, é obscurecido pelo foco no resultado, utilizando desenhos tradicionais de ensaios clínicos controlados e revisões sistemáticas. Além disso, resultados de revisões sistemáticas sobre intervenções para melhorar a prática profissional são inconsistentes e contraditórios (OXMAN et al., 1995; GRIMSHAW et al., 2001; GRIMSHAW et al., 2004; GRIMSHAW, 2006).

Certamente, para que uma solução seja útil a outros implementadores, a pesquisa precisa informar não apenas se a solução funcionou, mas também o que funcionou e em que contexto. Os capítulos 4 e 5 descrevem as respostas que a experiência de implementação e outras pesquisas dão a essas questões e que podem ajudar os implementadores.

Em resumo, avaliar os resultados das pesquisas que refletem o desenvolvimento ou a implementação de melhoria depende da clareza sobre aquilo que foi exatamente implementado e em qual contexto. Depende também do reconhecimento de que a implementação não é simples, que pode ter efeitos colaterais

negativos, que o seu custo efetividade pode variar enormemente e que os ganhos para um prestador dependem do tipo de financiamento ou pagamento estabelecido, podendo ou não recompensar os resultados obtidos.

### **Implicações da melhoria que agrega valor**

Este capítulo resumiu algumas das evidências acerca da efetividade e dos custos com diferentes soluções para problemas relacionados à segurança dos pacientes e à “má qualidade”. Algumas dessas soluções são mudanças na prática clínica, na organização, nos sistemas de apoio ou em outras condições nas quais trabalham os profissionais de saúde.<sup>7</sup>

Várias das principais soluções ou métodos com evidências baseadas no conhecimento científico são bem conhecidas, mas as questões fundamentais para o líder de melhoria que agrega valor são: esta solução será efetiva em minha organização? E quanto custará?

A efetividade local depende se a mesma mudança poderá ou não ser totalmente implementada em sua organização. O custo para implementação desta solução também depende do tempo, do esforço e das mudanças que serão necessárias. Assim, a resposta às duas questões acima colocadas gira em torno daquilo que será necessário para implementar a solução em sua organização. A literatura e a experiência de outros podem ajudar nessa avaliação, conforme descrito nos capítulos 4 e 5, e também na avaliação do caso de melhoria que agrega valor, conforme descrito no capítulo 3.

---

<sup>7</sup>Resumos adicionais podem ser encontrados em Øvretveit 2009b, 2011a, 2012a.

### **Pontos-chave do capítulo**

Alinhe o problema a uma solução pronta ou a um método para desenvolver uma solução.

Você pode encontrar soluções previamente utilizadas em outros serviços ou organizações e em revisões da literatura.

Há poucas avaliações confiáveis sobre os custos com as soluções, mas, de qualquer forma, o custo para implementá-las em sua organização poderá ser diferente.

Métodos para melhoria de qualidade podem ajudar na adaptação e na implementação local da solução. Tais métodos também são importantes no desenvolvimento de uma solução, caso nenhuma esteja disponível.

## **Conclusão**

Há duas partes na “equação da melhoria que agrega valor”: o problema e a solução. Antes de agir no problema, precisamos saber se há uma solução pronta ou se precisamos “fazer a nossa”. Na realidade, geralmente é necessário adaptar para a nossa organização/contexto uma solução já pronta, uma mudança realizada em outro local. Os métodos para melhoria de qualidade ajudam a promover uma adaptação efetiva.

Se existe uma solução, precisamos saber se ela é efetiva. A literatura científica é uma importante fonte para avaliação de tal efetividade em circunstâncias específicas. Este capítulo apresentou uma revisão que reflete essa literatura, expondo as evidências sobre os custos com a implementação da solução, geralmente restritas ao local de realização do estudo. Pouco se conhece sobre o “valor/custo global” agregado pelas iniciativas de melhoria na integração do cuidado; sobre os desafios na conexão entre diferentes prestadores; e sobre as realidades no que

concerne aos modelos de financiamento/pagamento e incentivos – fundamental para estimar os custos e os benefícios.

A literatura sobre a efetividade das soluções de melhoria de qualidade geralmente não fornece muita informação sobre aquilo que é necessário para implementar uma solução localmente. Geralmente precisamos analisar os relatórios dos responsáveis pela implementação e a literatura sobre o assunto para obter informações sobre os detalhes da implementação e sobre a efetividade da solução em diferentes contextos. Precisamos fazer algumas estimativas sobre a possibilidade e sobre os custos da implementação local de uma solução. Esses são alguns dos temas que serão abordados nos próximos capítulos.

## Capítulo 3: O *business case* e a escolha da melhoria que agrega valor

*O problema estava claro: a atenção primária/cuidados de saúde primários não recebia informação apropriada após a alta hospitalar do paciente. A informação chegava com atraso, incompleta ou nunca era enviada. Algumas reinternações hospitalares ocorreram em decorrência disso. Richard estava perdendo a paciência com o diretor financeiro e com a Administração do seu hospital. Sua proposta para um novo sistema de envio de informações do paciente para a atenção primária, antes que o paciente recebesse alta, não estava chegando a lugar algum. Os custos de investimento eram elevados e o projeto não era considerado importante nem prioritário. Uma colega mais irônica comentou: “Não é surpresa alguma. O hospital recebe pela reinternação e poderia perder parte deste dinheiro caso realizasse a alta como deveria”.*

### Introdução

Temos problemas relacionados à qualidade e temos soluções possíveis, mas não podemos resolver todos os problemas. Então, como escolher qual solução adotar? Agências reguladoras e compradores de serviços (por exemplo, seguradoras) exigem que se implementem determinadas iniciativas de melhoria. Há outras, porém, que podemos ou não implementar. A escolha torna-se necessária, pois o tempo e os recursos são limitados. Como avaliar se determinada solução economiza ou gera recursos financeiros? Devemos escolher apenas os processos de melhoria que agregam valor? É importante lembrar que transformar o tempo economizado e a diminuição do número de dias de internação

(dias de internamento) em custos menores ou em receita adicional é outra questão.

Essas questões são discutidas neste capítulo. Também consideraremos como o sistema de pagamento pode penalizar (ser barreira) ou encorajar (ser um incentivo) a implementação de melhoria. Uma estimativa simples de retorno sobre investimento (ROI) [*Return on Investment*] demonstra se o prestador ou outra parte interessada lucra com uma melhoria e em que momento esse lucro ou o aumento de receita se materializam. Esse cálculo pode também promover a evidência necessária para persuadir a prestadora de serviço ou outro ator envolvido, que irá economizar recursos ao financiar ou contribuir com os custos de investimento da implementação de uma solução de melhoria de qualidade. Uma estimativa do tipo ROI não se resume apenas ao *business case* para um investidor que, geralmente, é a Administração da organização de saúde. A estimativa tipo ROI frequentemente fornece a informação sobre a necessidade de mudança no sistema de pagamento ou na regulação, que punem financeiramente a melhoria de qualidade.

### **Retorno sobre investimento e o desenvolvimento de um *business case***

Escolher uma mudança que represente uma melhoria que agrega valor torna mais provável que ela tenha o apoio de um maior número de pessoas, que seja implementada e consolidada. A estimativa de retorno sobre investimento indica se uma mudança representa, ou não, uma melhoria que agrega valor. Indica também se economizaremos ou lucraremos com ela ou

se outrem o fará. O ROI é a base do *business case*, pois mostra o quão relevante a mudança é para a estratégia da organização e fornece argumentos para convencer um investidor (ou a própria Administração ou a quem cabe a tomada de decisão) sobre o financiamento necessário para a mudança.

Então, como é que estimamos se uma melhoria agrega valor?

A seguir apresentamos um método baseado em evidência (o Modelo CGE)<sup>8</sup> para fazer essa estimativa e para estimar o ROI. Este modelo também pode ser utilizado para decidir quais dados/informação coletar/recolher para monitorar o progresso financeiro da mudança enquanto ela é implementada.

### **O modelo ROI [*return on investment – retorno sobre o investimento*] “custo-gasto-economia” (CGE)**

Este método fornece uma forma simples para avaliar os custos do problema, os custos com a solução e a economia, o prejuízo ou os recursos financeiros adicionais (lucro) dela resultantes. Ele foi testado com dados de rotina do sistema público de saúde sueco e norueguês e considerado útil por profissionais gestores e clínicos (ØVRETVEIT, 2000b; Øvretveit, Grandberg, 2007; Sedki et al., 2013). São feitas estimativas financeiras para três aspectos:

---

<sup>8</sup>Do inglês “Cost-spend-save” Model (CSS)

Custo do problema relacionado à qualidade: estimativa do custo anual para a organização de um problema relacionado à qualidade. Por exemplo, o custo anual da não disponibilidade do prontuário/processo clínico do paciente quando necessário (ex.: se 8% dos prontuários/processos clínicos do paciente não estiverem oportunamente disponíveis, conforme medido através de relatórios regulares dos profissionais de saúde, qual o custo do tempo perdido, dos exames adicionais e de outros tipos de desperdício?).

Gastos para reduzir o problema (em 50%): estimativa do custo para reduzir o problema em 50%, incluindo os custos de avaliação e monitoramento do problema (ex.: o custo do registro da não disponibilidade do prontuário/processo clínico do paciente com fins de avaliar a mudança e o custo das ações para aumentar sua disponibilidade em 50%).

Economia/prejuízo em um ano e em anos subsequentes: custo anual do problema comparado à estimativa do custo das atividades para melhoria de qualidade por um, dois e três anos, demonstrando o quanto a organização pode economizar no primeiro ano e em anos subsequentes.

A evidência sugere que o modelo CGE é mais simples de ser utilizado na área da saúde do que o modelo de qualidade e custo usualmente utilizado na indústria (JURAN, 1988), o qual estima os custos da prevenção, avaliação e falhas internas e externas. Esse assunto será abordado mais adiante neste capítulo. Outra vantagem do CGE é que este foca em uma redução de 50%, e não na resolução completa ou no “erro zero”, evitando, assim, as

críticas sobre a inevitabilidade de alguns erros e sobre os custos crescentes da redução de um problema, à medida em que a meta se aproxima do erro zero. A sua desvantagem é a dificuldade de realizar boas estimativas acerca do custo da redução do problema em 50% e do tempo que isto levaria, principalmente em relação a problemas para os quais há pouca evidência e pouca experiência prévia. Calcular a estimativa em um intervalo de valores é uma alternativa: não nos custaria mais do que X ao ano; provavelmente não nos custaria menos do que Y. Portanto, nossa estimativa de custo para a organização é algo entre X e Y por ano.

### **Exemplos de avaliações “CGE”**

Estimar o custo do problema tem implicações na utilização de dados/informações locais sobre o mesmo. O cálculo de tal custo pode ser uma estimativa aproximada, pois deve se orientar pelo princípio da simplicidade, objetividade e pragmatismo (NHS, 2011).

Um estudo utilizando o modelo CGE destacou a economia de recursos financeiros resultante de uma intervenção para reduzir cancelamentos e atrasos cirúrgicos na Noruega (Øvretveit, 2000b).

- O custo do desperdício proveniente de 100 cancelamentos de cirurgias, a cada três meses, foi calculado em 500 pessoas-hora, além de outros custos (\$50,000 + \$30,000), totalizando \$80,000 ou \$320,000 (anualmente).
- Os gastos, em um ano, com a solução, incluindo o tempo de reunião da equipe de projeto, a coleta/recolha e apresentação dos dados para todos os profissionais da área

cirúrgica, o desenho e a implementação destas mudanças foi calculado em \$98,000.

- A economia de recursos, quando a meta de 50% de redução nos cancelamentos foi atingida, foi igual a: (a) o “custo do desperdício” de 50 cancelamentos (\$160,000) menos (b) o gasto com reuniões e outros (\$98,000). A economia de recursos foi calculada em \$62,000 para o primeiro ano e em \$160,000 para os anos seguintes caso a redução de 50% pudesse ser sustentada sem custo.

A avaliação de custo identificou que o projeto economizou e iria começar a pagar por si próprio dentro de um ano [indicador “*time to Pay Off*” - T-POF].

Outra análise CGE relatou economia proveniente de uma intervenção para reduzir úlcera por pressão (UPP) em um hospital de 600 leitos/camas (ØVRETVEIT, 2007).

- Custo do desperdício = \$3 milhões. Se for reduzido em 50% = \$1.5 milhão.
- Gasto para solucionar 50% do problema = \$150,000 (tempo da equipe: \$30,000; custo de treinamento/formação: \$70,000; custo de colchões: \$50,000).
- Economia no primeiro ano = \$0.5 milhão (considerando que a equipe leve seis meses com planejamento e comece a colocar o plano em prática nos seis meses posteriores).

- Economia anual = \$1.4 milhão (após o primeiro ano do projeto).

O importante é começar com estimativas simples e, então, avaliar se uma estimativa de custo mais rigorosa é necessária para se ter mais certeza dos resultados iniciais e ter argumentos fortes para convencer os responsáveis e os gestores.

### **Os custos e os ganhos financeiros são diluídos ao longo do tempo e entre diferentes atores do sistema**

O que dificulta a avaliação do valor agregado de uma melhoria é o fato de que, geralmente, a alteração nos custos e a economia de recursos financeiros não ocorrem simultaneamente, nem incidem apenas sobre uma das partes interessadas, mas distribuem-se entre elas ao longo do tempo. A economia de recursos vai depender, em parte, da quantidade de recursos utilizada para realizar a mudança e se o comportamento ou a organização após a mudança consomem mais recursos do que anteriormente. Quem economiza depende de quem arca com os custos da “má qualidade” e de quem arca com os gastos para reduzi-la.

Se uma intervenção ou um método são custo-efetivos e representam melhoria que agrega valor, então o fator crítico é como os custos e a economia de recursos financeiros se distribuem ao longo do tempo e entre as partes interessadas. Isso tem implicações em como angariar fundos (obter apoio financeiro) e motivar os diferentes atores para apoiarem a implementação da melhoria que agrega valor.

A matriz de Custo, Gasto, Economia/Perda por grupo de interesse/atores também demonstra como os custos e a economia de recursos financeiros mudam ao longo do tempo. O exemplo apresentado na matriz refere-se a um novo formulário em papel para o registro de informações do paciente na alta, a ser enviado para o médico da atenção primária. Essa solução inclui um processo para atualização e verificação de quem é o médico da atenção primária responsável pelo paciente e o seu endereço.

Tabela: Matriz CGE – Grupos de interesse/atores que gastam e que economizam recursos financeiros e valores

<b>Grupos de interesse/atores</b>	<b>Custo do problema/ano</b> (ou maior receita devido a incentivos perversos que pagam adicional ao prestador pelo problema)	<b>Gasto com a solução</b> (principalmente gasto com pessoal para implementar a mudança)	<b>Maior Economia ou menor Prejuízo</b>
<b>Prestador</b>	- \$2,500 para seguimento e para lidar com queixas do médico da atenção primária	- \$25,000 gastos com investimento para criação e introdução de sistema de informação, formulários e endereços dos médicos de atenção primária	1º ano - \$61,500 2º ano - \$36,400
	- \$14,000 em encaminhamentos que o médico de atenção primária deixou de realizar por não estar disposto a aceitar ausência ou atraso na informação sobre o cuidado que o paciente recebeu no hospital (estimativa aproximada)	- \$32,000 gastos adicionais de funcionamento em virtude do tempo extra necessário para inserir informação do paciente e atualização do sistema com o endereço do médico de atenção primária	
	\$21,000: receita adicional proveniente de reinternações e cuidado extra devido à falta de informação		
<b>Financiador</b>	- \$69,000 por reinternações adicionais evitáveis e serviços de emergência em decorrência de falha do hospital em transmitir informações ao médico de atenção básica	Nenhum se o prestador arcar com os gastos	- \$69,000 anualmente (se pagar 100% dos gastos do prestador para solucionar o problema, então a economia será + \$12,000)
<b>Grupo de médicos da atenção primária</b>	- \$24,000 por tempo adicional procurando informações do paciente junto ao hospital quando descobrem que seu paciente esteve internado lá.	Nenhum se o prestador arcar com os gastos	- \$13,000 anualmente

	+ \$11,000 receita por tratamento adicional causado pela falta de informações (ex.: EAs dos medicamentos)		
<b>Pacientes/familiares</b>	Custos financeiros para o paciente relacionados à reinternação hospitalar e ao pior cuidado de atenção básica por falha do hospital em fornecer informações: afastamento do trabalho, perda de receita, viagens, medicações etc.	Nenhum se o prestador arcar com os gastos	Difficil de estimar, mas o custo financeiro é provavelment e alto para pacientes e familiares

Em vários sistemas de saúde, tal como o dos EUA, duas considerações são cruciais para a avaliação de algumas soluções: a solução será reembolsada se estiver implementada e em funcionamento (ex.: um tratamento preventivo ou consulta eletrônica)? Quanto tempo levará até que os ganhos sejam perceptíveis para os prestadores (organização) se eles investirem nesta melhoria?

Em um estudo sobre a avaliação de programa para gestão da diabetes (LEATHERMAN et al., 2003) é ilustrada a questão acima referida. Apesar dos grandes ganhos, a probabilidade de que o prestador economizasse dinheiro após o investimento feito foi baixa. Isso se deveu ao longo tempo que levou para que se concretizasse a economia de recursos financeiros e a possibilidade de o paciente trocar de prestador. A economia estimada com a menor utilização do serviço foi de \$405 por paciente. A intervenção consistiu na adoção de diretrizes clínicas; educação de prestadores; rastreamento e lembretes para os pacientes; retroalimentação sobre o desempenho para médicos e gestores de casos. Os custos dessa solução para o prestador foi de \$330 por paciente em um período de dez anos, o que produziria uma

economia de \$75 por paciente. O gasto com o programa foi elevado e os benefícios do menor número de complicações ocorreram, de forma mais pronunciada, próximo do fim do período analisado. Assim, foram necessários dez anos completos para que se obtivesse retorno sobre o investimento realizado: esperava-se que, no ano dez, o benefício anual excedesse os custos em \$1,500 por paciente, mas, até lá, era possível que o paciente já estivesse utilizando outro prestador. A matriz resume esta evidência para demonstrar a distribuição dos custos e da economia de recursos financeiros.

Quadro 1 . Melhoria na gestão do cuidado do paciente com diabetes.

<b>Grupo de interesse/ator</b>	<b>Custo</b>	<b>Gasto</b>	<b>Economia/Prejuízo</b>
<b>Prestador</b>	\$330/paciente/10 anos	Não informado	\$75/paciente ou economia anual de \$1,500
<b>Comprador de serviço</b>	Idem acima, pois comprador de serviço e prestador são integrados		\$405/paciente por menor utilização de serviços

No Reino Unido, assim como em outros sistemas de saúde públicos, a intervenção provavelmente seria implementada no âmbito da atenção primária/cuidados de saúde primários. Dependendo da organização do sistema de saúde local, poder-se-ia obter a economia de recursos financeiros com redução de internações hospitalares. O pagamento da intervenção na atenção primária pode incluir parte dos ganhos esperados em decorrência da redução de internações/internamentos.

## **Retorno sobre investimento: mais detalhes**

A seção acima ilustrou um modelo CGE simples para avaliação do retorno sobre investimento e adicionou perspectivas de tempo e dos grupos interessados/atores. Antes de voltarmos à questão de como utilizar o ROI para escolher qual a melhoria que agrega valor a ser implementada, analisaremos o ROI com mais detalhes e veremos como ele contribui para a construção de um *business case*.

Em teoria, “investimento” pode ser qualquer recurso financeiro, humano ou outro utilizado na intervenção e que pode ser usado para outros propósitos. O “retorno” pode ser qualquer benefício que agrega valor, como, por exemplo, o tempo economizado pelo familiar de um paciente ou a menor utilização de um recurso escasso. As avaliações ROI mais limitadas consideram a perspectiva do prestador ou do investidor/gestor do sistema de saúde em questão. Consideram os investimentos realizados com recursos mais importantes e mais facilmente quantificáveis (geralmente tempo dos profissionais), focando naqueles que podem ser expressos em termos monetários. Tais avaliações consideram os resultados das intervenções, às quais os recursos foram aplicados, concentrando-se naqueles que podem ser expressos em termos monetários e percebidos como retorno monetário em relação ao investimento.

### **Outro exemplo**

Qual o retorno sobre investimento do início de um programa de gestão de casos por enfermeiros para crianças com asma que

têm alto risco de ataques asmáticos graves, porém evitáveis? Essa foi a pergunta de partida de uma avaliação voltada para determinadas populações de pacientes em 10 organizações do tipo *managed care* filiadas ao *Medicaid* nos EUA (GREENE et al., 2008).

O estudo identificou que o custo de investimento para este programa foi \$126,151. As economias após três anos foram de \$801,345, resultando em um ROI acima de 1:6.

O ROI descrito no exemplo acima apresentado resultou, após três anos, num “ROI 1:6”, o que significa que, após um período de três anos, para cada dólar investido neste programa, a organização economizaria seis dólares. Isso se deve ao fato de o custo do programa de gerenciamento/gestão de caso por enfermeiros ser seis vezes inferior ao custo das visitas à Emergência e das internações hospitalares, que teriam ocorrido neste período caso o programa não fosse implementado, conforme observado na comparação feita com pacientes e organizações que não possuíam este programa (grupo controle).

Para responder a esta pergunta, o estudo teve que especificar a perspectiva da organização e o período de tempo (três anos) considerado. Conforme observado anteriormente na Matriz de Grupos de Interesses/Atores, estas são duas considerações importantes para a avaliação de retorno sobre investimento, pois os investimentos e os retornos são diferentes para o prestador de

serviço, comprador de serviço ou financiador ou gestor. O retorno sobre investimento, em um ano após o início do investimento, é diferente daquele observado três anos depois: primeiro, pode levar até 12 meses para a mudança estar plenamente operacional; segundo, os custos iniciais, que comprometem a maior parte do investimento, ocorrem nas fases iniciais e os retornos, se houve algum, estão apenas começando a ganhar expressão. Após três anos, o custo de investimento inicial desaparece, deixando os custos de funcionamento como o único custo de investimento.

### **A diferença entre economia teórica e monetária**

Um ponto adicional a ser mencionado é a diferença teórica entre custos e economia e entre os custos e a economia observados no “orçamento no final do ano”. Este estudo não coletou/recolheu dados financeiros do orçamento de diferentes unidades operacionais para identificar exatamente o quanto cada uma havia gastado e economizado. Portanto, não se estimou o impacto no orçamento das unidades operacionais, nem se coletou/recolheu dados sobre qual foi exatamente esse impacto.

A economia de recursos financeiros que acontece na realidade pode ser muito diferente da teórica. Aqueles que realizam estimativas geralmente não consideram todas as mudanças adicionais que devem ser feitas para realocar profissionais, ou fechar leitos/diminuir camas para concretizar a economia orçamentária ao final do ano. Essas mudanças frequentemente são difíceis e têm custos elevados. Os gestores sabem que o tempo e os materiais poupados devem ser transformados em dinheiro, o que pode originar outras mudanças que também consomem tempo e recursos. Técnicas de análise de impacto orçamentário (AIO) baseadas no tempo podem ser utilizadas para realizar essas

estimativas. Os princípios da AIO são utilizados nas etapas de avaliação do ROI, conforme se explica abaixo (MAUSKOPF et al., 2007).

### **Incentivos para implementar melhoria**

Observe os diferentes incentivos aos diferentes grupos de interesses/atores do sistema de saúde na implementação de melhoria e como isso pode mudar de acordo com as circunstâncias ou o momento. Os principais incentivos financeiros diretos ou indiretos para implementar uma melhoria de qualidade são:

Economia anual no orçamento operacional: frequentemente em decorrência de menor custo por desperdício de tempo, de material ou outros desperdícios.

Aumento da receita ou do rendimento: proveniente de mais pacientes ou serviços se estes forem decorrentes da melhoria de qualidade.

Disponibilidade de financiamento para o investimento ou subsídios de incentivo à melhoria: financiamento externo ou investimentos podem estar disponíveis para projetos de melhoria de qualidade, os quais reduzem os gastos do prestador com a implementação da solução.

Regulação: por exemplo, a perda do certificado de acreditação. Uma melhoria é exigida pelo agente regulador/acreditador e a organização sofreria perda financeira com as ações do agente regulador caso isso não fosse feito.

Comparação: dados mostram que a qualidade da organização está aquém do que seria esperado, o que poderia gerar ações de melhoria.

*“Melhoria que agrega valor = ideais, ideias, investimento e maior rendimento ou poupança”*

### **Resumo: Como fazer uma estimativa de melhoria que agrega valor**

Abaixo você encontra o resumo de um método que pode ser utilizado por uma organização local para predizer se uma mudança informada resultaria em melhoria que agrega valor à organização (ØVRETVEIT, 2012 a).

1. Há evidência suficientemente robusta na literatura ou em informações prévias acerca da melhoria de qualidade?
2. Se sim, então:
3. Quanto custa a intervenção (investimento)?
4. Há alguma evidência de redução do desperdício ou utilização mais eficiente de recursos (ex.: menos consultas/internações/internamentos, menos medicamentos/exames, menor tempo de permanência no hospital, economia de tempo)?
5. Qual é o valor monetário destas reduções e ganhos em eficiência?
6. Se não há evidência na literatura para os pontos 2 ou 3, então use teoria ou

estimativa para calcular a variação de custo (ex.: é provável que o gasto com implementação da solução não seja menor do que X, nem maior do que Y).

7. De uma forma geral, qual é o retorno sobre o investimento, se houver, para um grupo de interesse/ator em especial?

8. Tempo para amortizar o investimento: como o gasto e a economia estão distribuídos entre os diferentes grupos de interesse/atores, o tempo pode ser um, dois, três, cinco ou dez anos.

## **Etapas para avaliação de retorno sobre o investimento**

A seguir, encontra-se uma abordagem mais detalhada para avaliação do retorno sobre investimento, na qual dados mais específicos são necessários para justificar o investimento ou a realização de uma pesquisa mais aprofundada. A avaliação pode ser realizada retrospectivamente se você conseguir informação suficientemente válida e detalhada a partir de registros históricos e bases de dados. Idealmente, a estimativa é planejada e prospectiva, permitindo identificar antecipadamente os dados necessários e estabelecer sistemas para coletar/recolher e extrair esses dados.

**1. Defina a mudança** na qual vai ser feito o investimento. No exemplo, a mudança é um serviço de gerenciamento/gestão de caso por profissional de enfermagem para crianças com asma e alto risco de ataques graves de asma, sendo estes, porém,

evitáveis.

**2. Liste o tempo e outros recursos necessários:** *(a)* para fazer a mudança, *(b)* para sustentar a mudança, uma vez feita. Para estabelecer este serviço de gerenciamento/gestão de caso por enfermagem, é necessário que uma equipe de projeto planeje o serviço, estabeleça os sistemas para fazê-lo funcionar, recrute enfermeiros e operacionalize-o.

Quando o serviço se tornar operacional, haverá um custo para mantê-lo assim, incluindo salário dos profissionais e custos para manter e operar os sistemas.

**3. Defina o investimento e o investidor.** Decida com quanto tempo e com que recursos o investidor deverá contribuir e atribua um valor monetário a eles. Esses serão os custos que o investidor irá pagar por aquilo que precisa ser adicionado para estabelecer e sustentar a intervenção.

No estudo citado, o investidor era: *(a)* uma agência de pesquisa independente que financiou a maioria dos recursos necessários para estabelecer e avaliar o sistema, e *(b)* a própria organização que contribuiu com alguns recursos para estabelecer o sistema de gerenciamento/gestão do cuidado.

**4. Defina os retornos a serem avaliados.** Identifique os benefícios importantes para o investidor, geralmente aqueles que proporcionam retorno monetário.

No exemplo, esses benefícios são qualquer ganho para o sistema de saúde pelo investimento no programa de gerenciamento/gestão de cuidado. Uma organização do tipo *managed care* paga um valor pré-estabelecido por cada beneficiário, tendo, assim, que arcar com o custo de mais serviços e, algumas vezes, com o custo das medicações necessárias por qualquer um deles. Os retornos a serem avaliados são os ganhos que resultam da menor utilização de serviços.

### **5. Defina o desenho do estudo de ROI e explicita os dados.**

Isso envolve definir métodos para avaliar se o “retorno” é essencialmente decorrente do investimento na mudança e não de outros fatores. É necessário decidir que dados coletar/recolher, de quais fontes, utilizando quais métodos e quando avaliar:

1. Quanto dos recursos pagos pelo investidor foram investidos, dentre aqueles identificados anteriormente.
2. Que retornos e em que momento surgem.

### **6. Coleta/recolha, análise e apresentação dos dados:**

Custos e período de tempo do investimento.

Retorno em um ano, a partir do início do investimento, depois em dois e três anos.

ROI em três anos:

No exemplo, os custos de investimento para o programa foram de \$126,151. Este foi o custo para estabelecer e operar o programa por três anos (custos operacionais anuais foram adicionados cumulativamente).

A economia em três anos foi de \$801,345 decorrentes de menos procedimentos e medicação nos pacientes submetidos ao modelo de gerenciamento/gestão de casos em comparação aos pacientes no grupo controle.

O ROI em três anos foi de, pelo menos, 1:6.

### **7. Especifique os pressupostos, as limitações e o grau de certeza da avaliação**

Na avaliação, deve-se explicitar os pressupostos sobre: (a) outros fatores além do investimento na mudança que podem ter contribuído para os resultados (retornos) e (b) validade dos dados, principalmente dos dados sobre custos.

A partir desta declaração de pressupostos, o avaliador pode dizer o quão confiante está acerca dos limites superior e inferior de suas estimativas. No exemplo analisado, a declaração poderia ser “o investimento e os retornos poderiam variar em + ou - 12%; e o ROI em três anos poderia ser entre 1:5 e 1:7”.

### **“Retorno sobre investimento” é a mesma coisa que Projeto de mudança para melhoria de qualidade [business case]?**

Uma estimativa ROI é parte de um projeto de mudança para melhoria de qualidade. Contudo, um Projeto de mudança [business case]<sup>9</sup> também envolve outras declarações sobre o porquê de um investimento estar alinhado à missão de uma organização e de que forma contribui para os objetivos estratégicos ou para outras mudanças em curso ao mesmo tempo. Um Projeto de mudança [business case] é um documento que expõe a justificativa, o planejamento e os resultados esperados, apresentando informações, como, por exemplo:

- Problemas atuais e oportunidades de mudança.
- Como e por que uma mudança irá resolver o problema em questão e contribuir para os objetivos estratégicos da organização.
- O tempo, o dinheiro e outros recursos da organização e de outras fontes necessários para o sucesso da implementação da mudança.
- Os benefícios esperados, principalmente em relação ao problema atual ou à estratégia, e o ROI esperado em um, três e cinco anos.

---

<sup>9</sup>Reiter et al. (2006) fornecem um resumo mais detalhado de como formular um projeto de mudança [business case] para a melhoria de qualidade ou mudança semelhante.

- Riscos e estratégias para o gerenciamento/a gestão da mudança.
- Situação esperada se a mudança não for realizada e possível uso alternativo dos recursos a ela destinados.
- Esboço do plano para os próximos passos.

O IOM (2008) discute aspectos relacionados à elaboração de um *business case* para a melhoria de qualidade.

### **Predizer se uma melhoria agrega valor**

Uma terceira abordagem para a avaliação do ROI é a utilização de pesquisas anteriores ou outras informações para avaliar a probabilidade de uma mudança representar uma melhoria que agrega valor. O método foi descrito e aplicado por Øvretveit (2012b) para realizar “estimativas sobre o impacto de melhoria que agrega valor”

#### **Problemas: desperdício e custos**

- 1) Selecione estudos sobre problemas de qualidade, que fornecem dados sobre a frequência dos problemas ou de um problema. Utilize esses dados sobre a magnitude do problema para estimar o possível desperdício e o custo para os prestadores ou para o sistema de saúde, destacando o fundamento da estimativa e suas limitações. Enfatize que se trata de uma estimativa, apresentando um intervalo de variação (ex.: “é provável que isto custe ao prestador entre X e Y”).

## **Soluções: o custo e seus possíveis ganhos (ou perdas)**

2) Em relação aos estudos sobre intervenções, exclua aquelas intervenções ou estudos que não têm qualquer tipo de evidência capaz de dar suporte de cunho científico à solução de melhoria de qualidade.

3) Identifique estudos com evidência “aceitável” de melhoria de qualidade e também alguma evidência sobre os recursos ou o custo. Inclua e resuma essas informações na revisão.

4) Para estudos com evidência apenas sobre a solução de melhoria de qualidade, identifique se estes fornecem dados que permitam estimar os recursos utilizados para a intervenção e/ou os recursos poupados.

## **Dinheiro não é tudo na escolha de uma solução de melhoria de qualidade**

*“Melhoria que agrega valor trata apenas da economia ou do ganho financeiro para o governo ou para os acionistas? Você acha que os enfermeiros e médicos ‘cairão nessa’?”*

Os argumentos contra escolher apenas uma solução de melhoria, mesmo parcialmente, com base em fatores financeiros são:

- Pacientes estão sofrendo em decorrência de nossa falha em implementar soluções para a melhoria de qualidade. Não é ético, nem profissional deixar de implementar uma solução efetiva para melhoria de qualidade, quando sabemos que esta está disponível.
- Profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente não são motivados pela questão financeira. É

menos provável, então, que apoiem uma mudança cuja única razão pareça ser apenas de ordem financeira.

Mas a melhoria que agrega valor preocupa-se apenas com o economizar ou ganhar dinheiro? Abaixo são apresentadas as razões para se escolher uma solução com base, completa ou parcialmente, no retorno sobre investimento:

- Por definição, uma mudança, para ser uma melhoria, deve melhorar o cuidado ao paciente. Estamos apenas adicionando informação acerca da economia de recursos ou do aumento de receita advindos dessa melhoria. A questão é se devemos apenas escolher soluções de melhoria que contemplam ambos, isto é, que melhoram o cuidado e economizam recursos ou aumentam receita. Neste capítulo, analisamos como realizar essa avaliação e como adicionar essa análise na escolha das mudanças a que deveremos dedicar nosso tempo e energia.
- Soluções para melhoria que agrega valor, item de avaliação do *projeto de melhoria que agrega valor*, são soluções mais suscetíveis a serem bem-sucedidas porque obterão investimento de recursos e apoio da gestão. Não podemos arriscar gastar tempo e esforço em uma melhoria sem obter esse apoio, pois sabemos que a mudança pode não ser finalizada, nem sustentável.
- Dinheiro é apenas um número representando recursos: a estimativa do custo da melhoria baseia-se na nossa estimativa sobre o tempo, o esforço e a provável resistência à mudança e é apresentada como um valor financeiro. É ético considerar os recursos necessários em relação aos benefícios para os pacientes, pois isso nos permite

compará-los com outras formas de utilizar os recursos que podem vir a beneficiar mais os pacientes (custo de oportunidade). Economizar ou ganhar dinheiro pode ser bom, mas apenas quando os recursos liberados se transformam em melhor cuidado ao paciente.

## Conclusão

Neste capítulo, mostrou-se como realizar uma avaliação financeira (medida de desempenho usada para avaliar a eficiência de um investimento) simples de retorno sobre investimento (ROI) de uma intervenção ou mudança. O modelo custo-gasto-economia (CGE) [cost-spend-save (CSS) model] provou ser uma forma simples de estimar o ROI para uma melhoria. Esse modelo é utilizado para realizar uma avaliação prévia, acompanhar e analisar posteriormente como os custos e a economia de recursos foram distribuídos. Geralmente, os custos e a economia de recursos distribuem-se de modo desigual entre os diferentes grupos de interesse e ao longo do tempo. Isso ajuda a construir a argumentação para obtenção de financiamento para um investimento ou para influenciar mudanças nos sistemas de financiamento que penalizam a melhoria da qualidade e da segurança do paciente. Pode ser ainda utilizada como parte de um *projeto de melhoria* ou para ajudar na tomada de decisão sobre que dados coletar/recolher e sobre as expectativas em relação à implementação. Este capítulo também apresentou um método que pode ser utilizado para prever o provável ROI com base em dados disponíveis na literatura ou em relatórios sobre melhoria.

Na maioria das intervenções ou mudanças, o ROI muda com o tempo. Isso se deve ao fato de, inicialmente, haver um investimento para planejar e implementar a mudança. O gasto inicial diminui à medida que o plano é realizado e o tempo necessário para a mudança é reduzido. Surgem, porém, os custos rotineiros decorrentes do funcionamento e da manutenção da mudança. Para que uma mudança traga retorno sobre o investimento, o custo, tanto de sua implementação, quanto de sua manutenção, deve ser pago pela economia ou pela receita adicional gerada pela mudança. Isso, geralmente, leva dois ou três anos para ser atingido. Em relação à economia ou à receita adicional, ambas dependerão se a economia de tempo ou de recursos identificada pode ser transformada em dinheiro, geralmente pelo tratamento de um número maior de pacientes ou pelo encerramento de leitos/camas, e como o prestador é remunerado pelos serviços prestados.

## Capítulo 4: Obtendo o máximo benefício da situação

Não comece aquilo que a organização não pode terminar, mesmo que você venha a mudar de emprego no momento em que isso se tornar claro. O "como" fazer uma melhoria que agrega valor não começa com uma série de passos de implementação. Pelo contrário, inicia-se com uma avaliação do contexto no qual percorremos nossa jornada, pois é isso que determina se poderemos ter sucesso e como o obteremos.

### Introdução

Caminhadas e escaladas em montanha não começam se o clima não for favorável, mesmo que os praticantes tenham o equipamento adequado. Eles sabem que o clima pode mudar rapidamente, para melhor ou para pior, e que as previsões podem ser imprecisas. Os mais bem-sucedidos reduzem os riscos através da avaliação contínua do clima e do terreno e fazem ajustes conforme a necessidade.

Assim, a evidência também mostra que o fracasso ou o sucesso é determinado pela escolha da melhoria correta para determinado contexto, ajustando-a às mudanças que poderão ocorrer. Ter um bom *Programa de Melhoria que Agrega Valor* e saber se uma mudança é uma melhoria que agrega valor não é suficiente. Este capítulo aborda como fazer uma análise sistemática dos fatores contextuais que irão ajudar ou dificultar a implementação da mudança pretendida. O contexto em que implementamos a

mudança é mais importante do que um método em particular ou do que a motivação e a energia do líder e de seus colaboradores.

O contexto não é o cenário de fundo, mas o principal ator na sala, mudando e influenciando constantemente a cena. Este capítulo é sobre como avaliar a influência desses personagens imprevisíveis sobre o enredo e como calcular os riscos.

Líderes de melhoria podem superar muitos desafios com entusiasmo, coragem, persistência e com a equipe certa. Contudo, é imprudente e gera desperdício iniciar uma melhoria quando uma avaliação contextual simples mostra que a mesma não pode ser feita. É bem possível que cheguemos à conclusão de que o momento não é oportuno para esta jornada, mas pelo menos teremos uma análise sistemática das condições necessárias para termos uma chance razoável de sucesso. No futuro, isso pode ajudar na identificação das condições necessárias para que outra melhoria tenha sucesso.

## Quais são as condições certas?

A pesquisa mostra que muitos processos de melhoria fracassam porque os seus responsáveis não reconheceram as condições necessárias para ir além da fase de projeto. Além disso, aponta as “barreiras” que um olhar retrospectivo revela; o ir e vir das pessoas; e as mudanças nas condições, que ocorrem mais rapidamente do que os implementadores imaginam. Algumas pesquisas permitem concluir que muitos processos de melhoria estão condenados: as condições sugeridas como necessárias ao sucesso não estão presentes nos serviços de saúde (ou na organização onde queremos implementar a melhoria).

Inicialmente, sintetizaremos os principais resultados sobre quais fatores contextuais, internos e externos à organização, precisam ser considerados no desenvolvimento e no acompanhamento de um programa de implementação. A literatura sugere que algumas condições necessárias para mudanças simples são diferentes daquelas necessárias para mudanças mais complexas ou que necessitem de métodos mais sofisticados para a melhoria de qualidade. Todavia, também há algumas condições necessárias ao sucesso que abarcam todos os processos de melhoria que agregam valor – em especial, as condições financeiras.

O mais comum é liderarmos os processos de melhoria com base naquilo que herdamos, e não com aquilo que gostaríamos ou com o que os especialistas dizem que deveríamos ter. Quais são as principais características da nossa organização que devemos avaliar e que podem fazer a diferença no sucesso da implementação de uma mudança que represente melhoria? Quais são as características absolutamente essenciais e em que ponto devemos, sensatamente, concluir que o risco de perda de tempo e

de dinheiro é muito elevado? Não há respostas definitivas e universais para as perguntas acima, pois elas dependem do tipo de melhoria, da organização, entre outros aspectos. Apresentaremos algumas ideias acerca das condições que são consideradas mais importantes para determinadas mudanças e determinados “locais”. Antes disso, resumiremos algumas das principais características que devem ser avaliadas e que, segundo as pesquisas, são relevantes para as mudanças que representam melhoria.

O desejo ou a “oração” do responsável pela melhoria

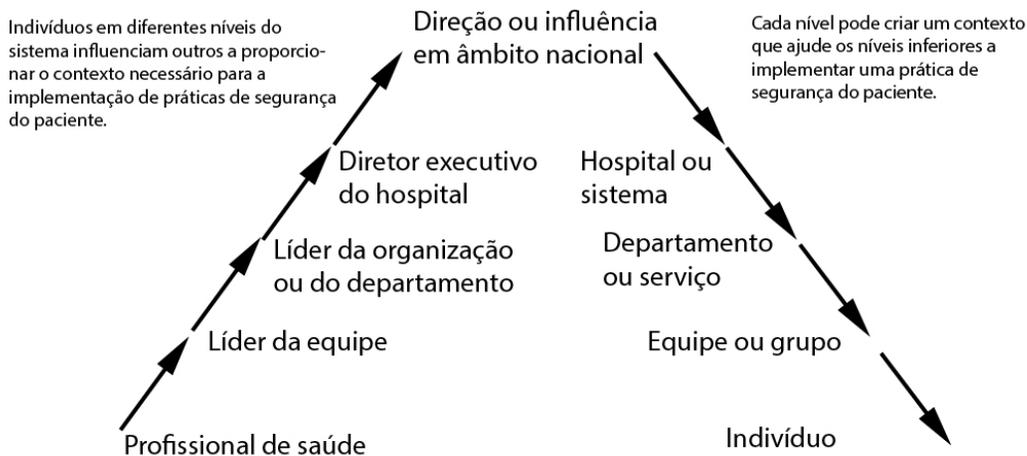
Me dê a coragem e os métodos para melhorar o que eu posso

A força para aceitar o que não posso mudar

E a sabedoria para compreender a diferença

## Níveis de contexto

Há fatores contextuais em âmbito nacional, sistêmico, organizacional, coletivo e individual que influenciam a implementação. Os líderes de cada nível do sistema de saúde criam o contexto para os líderes do nível abaixo, o qual pode ajudar, dificultar ou mesmo impedir a melhoria que agrega valor (figura abaixo).



Níveis mais elevados criam o contexto para a melhoria nos níveis mais baixos (contextos aninhados)

Líderes em níveis inferiores podem influenciar aqueles em níveis mais elevados para mudar o contexto de forma a incentivar a melhoria que agrega valor. Doutor Peter Pronovost é um destes líderes na prática clínica, que influenciou o desenvolvimento e a disseminação de práticas de segurança do paciente para cuidados intensivos. O hospital Johns Hopkins, em Baltimore, onde ele trabalha, é conhecido pela pesquisa clínica e por propiciar um ambiente favorável ao teste de diferentes práticas de segurança do paciente. Pronovost e outros colegas influenciaram o hospital para que este fornecesse infraestrutura de suporte ao teste e ao desenvolvimento de práticas de segurança na UTI e possibilitasse, em seguida, a disseminação destas por todos os setores hospitalares. Por exemplo, se os médicos não seguissem cada passo da lista de verificação, as enfermeiras tinham o apoio do Conselho de Administração para intervir para que fossem cumpridos todos os passos.

Através de conferências e de outros meios de comunicação (que são "contextos de apoio"), Pronovost disseminou as ideias e as evidências e influenciou a *Hospital Association Michigan* (MHA) a iniciar um programa formal. A MHA e o Estado de Michigan criaram alguns fatores contextuais que influenciaram a implementação. Entretanto, a aplicação, por autoridade federal, de normas relativas à privacidade foi um fator contextual, de âmbito nacional, que dificultou a implementação. A consequente reação de indivíduos e organizações em diferentes níveis influenciou a mudança.

Vale ressaltar que a pesquisa identificou os seguintes fatores contextuais como sendo importantes para a mudança: características da unidade e do hospital, liderança, conhecimento, cultura, comunicação e desempenho prévio (PRONOVOST et al., 2006). Normalmente, essas "características contextuais" são de ordem financeira, política, normativa, profissional e relativa à prontidão ou motivação para a mudança. Um líder e sua equipe de implementação podem encontrar pesquisas que tenham investigado o contexto ou as barreiras à implementação de uma mudança semelhante àquela que pretendem iniciar. Isso pode fornecer um ponto de partida para uma avaliação. Caso contrário, é possível utilizar teorias gerais sobre fatores contextuais que apoiam a mudança e que podem ser relevantes. O restante deste capítulo apresenta algumas dessas pesquisas.

Uma definição de contexto para a melhoria é "tudo aquilo que não é a mudança, a implementação ou o seu resultado". Muitos aspectos influenciam a melhoria, ajudando-a, dificultando-a ou mesmo impedindo-a, mas há uns mais críticos do que outros.

Por exemplo, os fatores contextuais relevantes para a implementação de um sistema informatizado de prescrição médica provavelmente são diferentes daqueles para a implementação de antibioticoterapia profilática pré-operatória para reduzir infecções cirúrgicas. Fatores contextuais diferentes influenciam a implementação de maneiras distintas.

Eles podem ser agrupados em fatores contextuais “de base” (antecedentes), necessários e diretos:

- Fatores contextuais “de base”: são condições favoráveis à implementação, que normalmente apoiam processos de melhoria. Por exemplo: boa cultura de segurança, dimensionamento adequado de pessoal, cartazes incentivando pacientes a perguntarem aos profissionais de saúde se lavaram as mãos. Essas condições reduzem os fatores relacionados às “falhas latentes”.
- Fatores contextuais necessários: são fatores necessários, mas não suficientes, para a implementação (esta tem menor probabilidade de sucesso sem eles). Exemplos incluem: infraestrutura para lavagem de mãos e disponibilidade de álcool-gel.
- Fatores contextuais diretos: influenciam diretamente as ações de implementação ou a mudança pretendida. Por exemplo: ações disciplinares para as falhas de cumprimento dos procedimentos de higienização das mãos (mudança em âmbito individual/comportamental) ou padrões de acreditação exigindo um procedimento para isso.

# Pesquisa sobre os elementos contextuais que “ajudam” ou “dificultam” a implementação da melhoria

## Contexto interno e externo à organização

Uma revisão da literatura realizada por Greenhalgh et al. (2004) sobre inovações no cuidado de saúde apontou alguns fatores contextuais e identificou cinco fatores associados à capacidade de inovação de uma organização:

- Complexidade estrutural – medida como uma função da especialização (número de especialidades) ou da diferenciação funcional (números de unidades, departamentos ou serviços);
- Dimensão organizacional – fator relacionado à complexidade estrutural, pode ser também um indicativo da flexibilidade de recursos;
- Liderança;
- Apoio às atividades de gestão do conhecimento;
- Contexto receptivo – incluindo visão, cultura organizacional favorável, prioridades e objetivos claros e relações com outras organizações.

Greenhalgh et al. (2004b) observaram que a evidência sobre a influência das “variáveis contextuais” (externas à organização) na capacidade de inovação da organização na área da saúde são “esparças e heterogêneas”, com cada grupo de pesquisadores explorando aspectos um pouco distintos do “contexto” ou das “mudanças no contexto”. Redes interorganizacionais, como

aquelas que ocorrem nas iniciativas baseadas no método colaborativo [*Breakthrough Collaboratives*] (ØVRETVEIT, 2002) ou nas comunidades de prática, também parecem ser importantes.

Bradley et al. (2003) avaliaram quatro programas de saúde que disseminaram diferentes inovações em contexto de prestação de cuidados. O estudo concluiu que o fato de haver gestores “seniores”, lideranças clínicas envolvidas e dados confiáveis foi importante para o sucesso. Além do mais, a disseminação precisou de uma infraestrutura dedicada a transferir a inovação de um ambiente de pesquisa para a prática. As características da inovação e dos esforços de disseminação foram fundamentais para a velocidade e o sucesso da disseminação. O processo de transferência do conhecimento e a aplicação prática deste também dependeram das características e dos recursos da organização que adotou a inovação e do grau de envolvimento dos profissionais de saúde. Os pesquisadores resumiram os resultados em oito lições:

*Lição 1: O sucesso da adoção de uma inovação aumenta se houver forte apoio de gestores seniores da organização.*

*Lição 2: A presença de liderança clínica efetiva na organização acelera a adoção da inovação.*

*Lição 3: Os dados apoiando o início, a implementação e a avaliação contínua devem ser confiáveis e usados para persuadir aqueles que influenciam decisões financeiras.*

*Lição 4: O grau em que a inovação requer mudanças na cultura organizacional influencia a velocidade da adoção.*

*Lição 5: O processo de difusão é retardado se o esforço requerer a coordenação entre diferentes departamentos ou múltiplos serviços.*

*Lição 6: Planeje a sustentabilidade do programa desde o início. Crie uma infraestrutura com recursos e expertise dedicados à difusão do programa.*

*Lição 7: A relação entre a infraestrutura para a disseminação e a organização de saúde afeta a velocidade de adoção da inovação.*

*Lição 8: A percepção de que uma inovação reduz as “ameaças externas” pode influenciar a velocidade da sua difusão.*

## **Resistência e barreiras às mudanças que representam melhoria**

Uma barreira é um fator que a estratégia de melhoria se esqueceu de abordar. Uma boa estratégia de melhoria terá avaliado possíveis barreiras e incluído no planejamento ações para abordá-las.

Este assunto será discutido com maior profundidade no capítulo 5. No entanto, apresentamos aqui um conjunto de barreiras que são “obstáculos” contextuais internos ou externos à organização. Um conjunto separado de estudos aborda o contexto em termos de barreiras e facilitadores da mudança que representa uma melhoria. A maior parte deste tipo de pesquisa avaliou as barreiras à mudança de comportamento dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente, principalmente em relação à adoção de diretrizes clínicas. A análise das barreiras é o momento em que os implementadores avaliam quais fatores ajudam e impedem a mudança, adicionando diferentes ações ao plano de implementação, com vistas a reduzir as barreiras que ameaçam o sucesso. Um estudo realizou uma análise das barreiras organizacionais com base em um modelo sistêmico da organização dividido em cinco partes, classificando as barreiras em: técnicas, estruturais, psicossociais, relacionadas à gestão, aos objetivos e aos valores (ZIEGENFUSS, 1991). Nenhuma evidência foi apresentada, mas a classificação e a discussão fornecem um modelo conceitual útil para que gestores avaliem sua situação

atual em relação às condições para a implantação de melhoria que agrega valor. As ações do líder podem influenciar todas as barreiras mencionadas. As cinco barreiras relacionadas com a gestão são:

1. A ausência de uma abordagem planejada para o desenvolvimento de um sistema de melhoria de qualidade.
2. A ausência de recursos de apoio para o referido sistema.
3. A ausência de informação e educação para grupos e indivíduos (necessidades de desenvolvimento).
4. A ausência de liderança por parte dos médicos e de apoio da alta administração e do Conselho de Administração (apoio para liderança).
5. Controle e envolvimento dos profissionais de saúde na avaliação da qualidade.

### **Avaliando o seu contexto**

Existem pesquisas e ferramentas que ajudam a avaliação da prontidão e da capacidade de uma organização para implementar uma mudança. Este é um aspecto do contexto interno da mudança. No entanto, tais pesquisas precisam ser incorporadas com cautela, pois as características dos vários estudos podem ser diferentes. Esses estudos, porém, proporcionam ferramentas úteis para a realização de um diagnóstico inicial e para a avaliação dos pontos fortes e fracos da organização em relação à mudança em questão. Os estudos apresentam nomenclaturas distintas, incluindo: “receptividade organizacional”, “contexto receptivo para mudança”, “prontidão para mudança” e “capacidade de absorção”. Há outra pesquisa útil para avaliar o contexto, que se refere aos “estágios da maturidade organizacional para qualidade e as fases de transição”, à “cultura de segurança” e à “cultura de qualidade”. Como já foi apontado anteriormente, há também pesquisas sobre a resistência e as barreiras às mudanças que representam

melhoria; algumas das quais desenvolveram ferramentas de avaliação. A utilização de um indicador de obtenção de sucesso com a mudança é uma ferramenta que líderes de diferentes países relatam ser útil no planejamento e no ajustamento de suas iniciativas de melhoria (“CASI”, ØVRETVEIT, 2003c).

### **Receptividade à mudança**

Um estudo definiu receptividade à mudança como “o grau de resistência à mudança, observado através de diferentes níveis de disposição para aceitá-la, quer de uma forma resignada e passiva, quer demonstrando um forte apoio” (GREENHALGH et al., 2004). Esse conceito foi originalmente proposto num estudo realizado no NHS do Reino Unido, que identificou quais mudanças estratégicas foram mais bem-sucedidas quando oito fatores estiveram presentes (PETTIGREW et al., 1999). Esses fatores foram redefinidos num estudo posterior sobre as iniciativas de melhoria de qualidade baseadas no método colaborativo, realizadas no NHS do Reino Unido (BATE et al., 2002):

- O papel do contexto gerando pressão intensa em momento de desencadeamento de processos de mudança radical.
- A disponibilidade de profissionais visionários e estratégicos em posições críticas para liderar a mudança.
- A existência de boas relações entre a área de gestão e a clínica.
- Uma cultura organizacional favorável (intimamente relacionada aos três itens anteriores).
- A qualidade e a coerência das políticas geradas no âmbito local.

- O desenvolvimento e a gestão de uma rede cooperativa interorganizacional.
- A simplicidade e a clareza de objetivos e prioridades.
- A agenda da mudança e sua ‘adequação’ às características locais.

Um projeto piloto na área da atenção primária/cuidados de saúde primários do NHS no Reino Unido concluiu que seis desses fatores são importantes para o sucesso de uma mudança (NEWTON et al., 2003). Foi encontrada uma forte associação entre qualidade e coerência das políticas e profissionais-chave liderando a mudança; entre cultura organizacional favorável e relação efetiva entre áreas clínicas e gestoras. Os fatores “pressão do contexto” e “adequação da agenda de mudança às características locais” não foram expressivos.

Uma síntese de sete estudos sobre mudanças na prática clínica baseadas em evidência científica (DOPSON et al., 2002) encontrou algumas condições correspondentes que pareceram ser necessárias para o seu sucesso:

- O contexto (política e recursos de governo, situação financeira local, histórico de relacionamentos, problemas do serviço) estimula os colaboradores a procurarem novas soluções (entre elas, esperar pelo momento certo).
- A evidência de base científica confronta-se com o conhecimento prático.
- Redes de profissionais moldam os seus comportamentos através do acesso a aconselhamento com colegas confiáveis

e da comparação com os pares (Desenvolvimento profissional contínuo, por exemplo).

- Os limites e a competição entre os profissionais que inibem a difusão do conhecimento são quebrados (dentro da mesma especialidade/profissão ou entre profissões).
- Os líderes de opinião, especialistas e pares, apoiam a mudança.

### **Prontidão para mudança**

Uma ideia relacionada à "receptividade à mudança", relevante para a avaliação do contexto para a melhoria que agrega valor, originou-se nos primeiros estudos sobre resistência à mudança em grupos (LEWIN, 1947). Estudos posteriores sobre dependência sugeriram que os indivíduos passam por várias fases de mudança: da pré-contemplação à contemplação, preparação, ação e, em seguida, manutenção da mudança (PROCHASKA et al., 1992). Esses modelos de estágios sugerem que profissionais em organizações que estejam nas fases de pré-contemplação ou contemplação respondem a intervenções de modo diferente daqueles que se encontram nas fases de preparação ou de ação (PROCHASKA et al., 1992; PROCHASKA; VELIC, 1997). Prontidão individual refere-se às expectativas e é influenciada pela prontidão dos outros, conforme percebido e discutido em grupo ou nos ambientes organizacionais.

A maioria dos estudos sobre este tema considera que "a prontidão organizacional para a mudança" se refere tanto à resistência individual quanto à prontidão individual; porém, é um conceito diferente se aplicado no âmbito de grupo. Ações para reduzir a resistência podem aumentar a prontidão, mas esta

envolve a percepção das pessoas de que elas ou sua organização têm "apoio financeiro; missão estruturada e liderança bem definida; equipes de trabalho coesas; ou as habilidades técnicas necessárias para adotar determinada inovação" (BACKER, 1995; WEINER et al., 2008).

Assim, as pessoas podem não ser resistentes à mudança, mas isso não significa que elas ou sua organização estejam "prontas para mudar". Mesmo que estejam prontas, os "recursos para a mudança" podem não estar disponíveis, ou as mudanças podem ser incompatíveis ou não se encaixar com os valores e com o tipo de organização. As pesquisas parecem não dar muita atenção à questão da prontidão como uma necessidade objetiva sobre a mudança, nem um desejo subjetivo para tal, resultante de desconforto racional e emocional com a situação atual, demonstrado pelas pessoas através de uma necessidade urgente de agir. Uma ferramenta útil para avaliar a prontidão para mudança é a ferramenta ORCA (HELFRICH et al., 2009).

### **Capacidade de absorção**

Neste grupo de ideias podemos ainda destacar a "capacidade absorptiva" de uma organização, um conceito proposto, há alguns anos, num estudo sobre a capacidade das empresas em aplicar novos conhecimentos (COHEN; LEVINTHAL, 1990).

*"A capacidade de absorção de uma organização não depende simplesmente da interface direta entre a organização e o contexto externo. Depende também da transferência de conhecimento entre e dentro das subunidades, as quais podem estar bastante afastadas do ponto original de entrada. Assim, para entender a origem da capacidade de absorção de uma*

*organização, concentramo-nos não só na estrutura de comunicação entre o contexto externo e a organização e entre as subunidades da organização, como também no caráter e na distribuição de conhecimento dentro dela" (COHEN; LEVINTHAL, 1990).*

### **Estágios da “maturidade organizacional para a melhoria de qualidade” e as “fases de transição”**

Outro conjunto de estudos sugere que os líderes precisam adaptar a sua ação e a sua estratégia ao estágio em que a sua organização se encontra em termos de "maturidade em melhoria de qualidade". Essa maturidade resulta não só da combinação de experiência e disposição para usar métodos de melhoria de qualidade, mas também da capacidade para a mudança. Øvretveit (1995) observou que os programas de melhoria de qualidade passam por diferentes fases e que os líderes precisam alterar as suas ações de acordo com essas fases, embora não tenha descoberto as especificidades dessas alterações. O estudo realizado pelo autor identificou que programas em larga escala têm "momentos decisivos" ou "transições" que os gestores devem enfrentar e que os levam a ter de tomar decisões importantes sobre o futuro do programa, normalmente em intervalos de dois em dois anos. Por vezes, a necessidade de tomar decisões não é enfrentada ou é evitada, mas a transição, ainda assim, acontece. Em algumas organizações, ideias para a melhoria de qualidade podem ser introduzidas e testadas em áreas específicas, mas são abandonadas posteriormente.

A transição entre as fases é descrita como:

**Fase 1: Formulação** levando à **Transição 1**: O Conselho de Administração decide qual tipo de programa de melhoria de qualidade introduzir, o calendário, o planejamento, as responsabilidades e quais recursos alocar. Sem essa

transição ou momento decisivo, as atividades de melhoria de qualidade permanecem localizadas ou restritas a alguns profissionais específicos.

**Fase 2: Educação e Fase 3: Projetos** levando à **Transição 2**: Dois anos após o início, o Conselho de Administração analisa o progresso e decide a melhor forma de disseminar as ideias e os métodos que obtiveram sucesso.

**Fase 4: Declínio ou Disseminação e Fase 5: Passar a Rotina ou Aceleração** levando à **Transição 3**: Cerca de quatro anos após o início, o programa passará por uma fase de transformação ou de estabelecimento e completa incorporação. Mais uma vez, as escolhas feitas e as decisões tomadas pela equipe gestora e pelos principais líderes são fundamentais para ultrapassar esta fase de transição.

**Fase 6: Acomodação ou Transformação.** A acomodação implica na incorporação das ideias às estruturas pré-existentes, às funções e à cultura. A mudança no *modus operandi* da organização ocorre de forma controlada. A transformação requer que a maioria dos gestores e outros profissionais utilizem estilos de gestão e práticas profissionais bastante diferentes daquelas que utilizavam antes do início do programa de melhoria.

## **Cultura de segurança e de qualidade**

A cultura é um fator contextual interno que afeta significativamente a implementação de melhoria; no entanto, é difícil avaliar as suas reais implicações no processo de mudança rumo à melhoria. Os instrumentos disponíveis avaliam as atitudes e as respostas que as pessoas dão, em alguns minutos, a um conjunto de questões do tipo “Na sua organização, se fala abertamente sobre a ocorrência de eventos adversos? – Escala de 1 a 5”. No entanto, a cultura é algo muito mais profunda do que pode ser refletido nas respostas a essas perguntas.

Independentemente de os líderes serem ou não capazes de mudar a cultura, há concordância na literatura acerca da necessidade de eles compreenderem a cultura organizacional. Diversas ferramentas de avaliação de cultura foram desenvolvidas com essa finalidade. Duas revisões descrevem ferramentas para gestores (SCOTT et al., 2003c; NIEVA; SORRA, 2003). Ambas observam que algumas ferramentas, por serem inespecíficas, podem não ser muito úteis. É improvável que aspectos mais profundos da cultura sejam capturados por ferramenta de pesquisa baseada em autoavaliação. Para anular essa situação, uma outra revisão sugere também utilizar informação qualitativa proveniente de entrevistas com colaboradores e grupos focais, ou listas de verificação de segurança de processos usadas em auditorias tradicionais de qualidade e segurança (SCOTT et al., 2003c).

Uma revisão, focando a avaliação da cultura de segurança, mostrou o uso de uma série de ferramentas para: (i) o diagnóstico e a conscientização acerca da cultura de segurança; (ii) a avaliação de intervenções com foco na segurança do paciente; (iii) o monitoramento das mudanças ao longo do tempo; e (iv) benchmarking interno e externo (NIEVA; SORRA, 2003). Esse estudo propõe que a avaliação deve ser o ponto de partida a partir do qual começa o planejamento das ações e o surgimento das mudanças e que a utilidade dos dados depende: do envolvimento das principais partes interessadas, da seleção de ferramenta apropriada para a avaliação da cultura de segurança, da utilização de procedimentos efetivos para a coleta de dados e da existência de um plano de ação a partir deles.

## Conclusões

No que se refere às condições para a mudança, que representam melhoria de qualidade, o sucesso é determinado mais pelo contexto do que pela liderança heroica ou por um plano incansável e inalterável de mudança. O contexto não é um pano de fundo, mas sim um “ator ativo” e imprevisível que influencia e é influenciado pelo desenrolar dos acontecimentos relacionados com a implementação. O líder de melhoria atua como um mediador entre este “personagem” e o desenrolar da jornada de implementação.

O “contexto” ou as “condições para a melhoria” foram definidos como sendo “as circunstâncias em torno da intervenção de melhoria de qualidade, que são separadas e distintas dela, mas que podem ajudar, dificultar ou impedir a sua implementação e efetividade, tal como são percebidas pelas diferentes partes envolvidas” (ØVRETVEIT, 2004b).

A relevância da pesquisa sobre este tema mostra, entre outros aspectos, que o contexto de melhoria de um líder é o produto da ação de outros líderes em níveis mais elevados. Através de suas políticas, direções, exigências e falhas, os líderes, em cada nível, criam as condições que irão ajudar, dificultar ou impedir a melhoria.

Conforme vimos, em teoria, uma mudança que representa uma melhoria que agrega valor requer existência objetiva de recursos, além de baixa resistência, alta prontidão, necessidade objetiva e desejo subjetivo para mudar, incluindo um “sentimento de urgência e dor”.

No entanto, a pesquisa fornece pouca orientação específica sobre quais fatores situacionais são mais importantes e como se adaptar a eles. Os fatores de sucesso podem ser distintos para os diferentes tipos de mudança e de organização. A evidência disponível é específica para determinadas mudanças. Ela sugere que os líderes podem contribuir para o estabelecimento de um contexto receptivo à mudança, fornecendo uma visão ampla desta, comunicando as consequências de não mudar e proporcionando treinamento/formação e tempo para que os colaboradores se envolvam, participem e se adaptem à mudança.

## Capítulo 5: Implementado melhoria que agrega valor

### Introdução

A implementação integra o planejamento e a execução de uma melhoria que agrega valor. Não é apenas fazer uma mudança “nas pessoas” ou “na organização”, mas sim trabalhar em conjunto com todos esses elementos para que a mudança aconteça. Neste capítulo, apresentam-se algumas pesquisas sobre como processos de melhoria podem ser executados e descreve-se a emergente “Ciência da Implementação”. Esta sugere que precisamos de uma abordagem sistemática e flexível (que se adapte aos contextos) para manter uma mudança no caminho certo e para adaptá-la às alterações e aos contextos – “testes sistemáticos e ajustamento”.

No capítulo anterior, discutiu-se como a situação de base (inicial) pode favorecer ou prejudicar uma melhoria, não importando o esforço e os recursos dedicados à mudança. Mesmo que seja implementada, a mudança talvez não seja sustentável devido a um conjunto de fatores, dentre os quais se destacam: (i) a forma como a organização é financiada; (ii) os incentivos e a direção dos mesmos (se os houver); (iii) a cultura existente; (iv) a legislação em vigor; (v) os potenciais e reais benefícios para os pacientes.

Para aumentar a possibilidade de sucesso, é preciso trabalhar “com a situação” e não “contra ela”. Torna-se fundamental tentar influenciar o sentido da mudança e ter pontos de verificação para garantir que o processo de implementação seja avaliado continuamente e que, se preciso, sejam feitos os ajustes

necessários. Portanto, a implementação reflete a escolha de uma mudança, da qual o contexto condiciona (negativa ou positivamente) a sua realização e a sua contínua adaptação. O histórico de mudanças faz parte do contexto.

*Um colega sênior de Medicina Interna estava furioso com a “implementação” do sistema informatizado de apoio à redução de eventos adversos aos medicamentos. Alguém se esqueceu de incluí-lo no planejamento antes da introdução do novo sistema, enquanto ele estava fora angariando fundos para um novo estudo sobre conciliação medicamentosa. No refeitório do hospital, a sua irritação aumentou enquanto descrevia o que tinha acabado de acontecer. “Este rapazinho de 20 anos do Departamento de Informática estava explicando, de uma forma condescendente, que o medicamento genérico que o sistema me forçou a prescrever era o correto para o meu paciente. Caramba! Depois de presidir o comitê que desenvolveu a nova lista de medicamentos genéricos, tenho que ouvir este “fedelho” me dizer que não posso optar por não acatar o sistema e prescrever um medicamento específico para o meu paciente porque o mesmo não é seguro. Isso é uma afronta! Isso reflete o que vem ocorrendo neste hospital e a forma como a gestão olha o nosso trabalho e reconhece os profissionais seniores que dedicaram suas vidas a este serviço. E ainda chamam isso de qualidade!”*

Não há roteiro detalhado para a implementação de melhoria que agrega valor, mas a pesquisa e o respeito às pessoas cujo trabalho sofrerá mudança sugerem alguns princípios gerais. Após nos debruçarmos sobre alguns estudos, avaliaremos esses princípios gerais. Como já foi indicado anteriormente neste livro, a pesquisa indica que a “jornada de implementação” depende do tipo de melhoria, do contexto e da estratégia de implementação – especialmente de como esta última pode ser modificada.

*As pessoas são os sujeitos da mudança, e não objetos ou alvos.*

Profissionais competentes, bem formados, cuja noção de individualidade e recompensa advém de sua prática clínica, não mudarão o que fazem, nem como organizam o seu trabalho, a menos que acreditem que manterão o controle sobre o seu trabalho e que esta nova forma melhorará o cuidado ao paciente. No passado, muitas mudanças foram impostas, dificultando o trabalho dos profissionais de saúde e reduzindo o respeito que têm por si próprios (e, em algumas situações, pelos colegas) por terem permitido que isso ocorresse.

## **Adaptar para aderir**

Para que uma mudança realmente ocorra, os profissionais de saúde devem criar, em conjunto, os detalhes de “como” a mudança deve ocorrer. As ações envolvidas na mudança não incluem o que é “feito a estes profissionais para que mudem”, mas sim o apoio e as condições de que eles necessitam para que mudem por si próprios. Talvez não seja possível definir os objetivos de uma mudança através de tamanha necessidade colaborativa. Portanto, pode ser necessário que a organização estabeleça uma mudança do tipo antes/depois que não seja negociável. Se é para ter sucesso, porém, então os detalhes de como fazê-la devem ser criados em conjunto com os profissionais que vão estar envolvidos ou nos quais a mudança vai ter impacto.

A implementação é sempre uma reinvenção local da mudança, a qual precisa ser adaptada para que seja adotada e se encaixe ao contexto local. Contudo, adaptação em excesso pode levar à perda do “ingrediente ativo” que tornou a mudança efetiva em outro lugar.

No próximo capítulo, discute-se como os líderes devem trabalhar com os outros para decidir e produzir as mudanças que agregam valor a uma organização. Antes disso, o presente capítulo dá um passo atrás para mostrar o que pode ser aprendido com as jornadas bem e malsucedidas de melhoria que agrega valor.

### **Ciência de implementação e experiência**

Há um conjunto crescente de pesquisa e teorias sobre a implementação de melhoria em serviços de saúde, que pode ajudar a tornar as mudanças mais efetivas. Uma dessas linhas de pesquisa foca as questões da implementação de “práticas baseadas em evidência científica”. Ela se debruça sobre as razões que fazem com que alguns clínicos levem tanto tempo para mudar a sua prática – aquilo que sempre fizeram – em prol de novos processos (medicamentos, abordagens diagnósticas ou terapêuticas) que a pesquisa demonstrou serem mais efetivos. Decisores políticos e gestores querem maior agilidade nas mudanças, principalmente em relação à utilização de procedimentos terapêuticos e de outras práticas clínicas que ajudem a economizar dinheiro, ou que diminuam o desperdício (em resumo, que sejam mais eficientes).

Desde então, a pesquisa expandiu-se para analisar por que os modelos de prestação de cuidado de saúde com maior efetividade, como, por exemplo, os modelos de cuidado de doenças crônicas, não foram postos em prática de uma forma mais ampla. A pesquisa sobre implementação de mudanças debruça-se sobre as “estratégias” para mudar o comportamento dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente; sobre as “estratégias” para mudar a organização de forma a estabelecer novos modelos de cuidado ao paciente; e sobre como métodos para melhoria de qualidade e testes incrementais são utilizados para planejar, testar e desenvolver uma mudança.

No restante deste capítulo, analisam-se pesquisas sobre implementação e, também, alguns estudos pioneiros sobre projetos e estratégias para melhoria de qualidade. A maioria não capta de forma adequada o lado psicológico, humano e político da implementação, devido aos métodos e às perspectivas que são utilizadas. Nem há muita evidência científica sobre os fracassos, a partir dos quais eu, pessoalmente, aprendi a maior parte daquilo que é necessário saber. Para isso e para os aspectos práticos da implementação, precisamos lançar mão de estudos de caso e relatórios de colegas compartilhando suas experiências, ambos acessíveis através dos seguintes sítios na internet (especialmente os relatos de caso do IHI – [www.ihf.org](http://www.ihf.org); conteúdos no Proqualis – [www.proqualis.net](http://www.proqualis.net); sobre divulgação de inovações [*innovations exchange*] da AHRQ – [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov) ).

## Algumas pesquisas sobre implementação

### **Comportamento dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente: implementando mudanças na comunicação**

Vimos nos problemas descritos no capítulo 1 que uma das causas para a ocorrência de eventos adversos é a falha na comunicação. No capítulo 2, mostraram-se mudanças do tipo antes/depois, simples e de baixo custo, que podem ser efetivas, como, por exemplo, a repetição verbal de retorno [*read back*], a padronização de formulários e as listas de verificação [*checklists*]. Melhorar a comunicação, desta forma, pode ter um custo baixo e um retorno elevado; porém, implementar tais mudanças pode ser um desafio bem difícil. Mudanças na comunicação muitas vezes demandam atravessar hierarquias e “convenções” existentes nas relações entre as profissões da área de saúde, além de afetar as relações de trabalho e as próprias identidades pessoais, coletivas e profissionais. Um hospital nos Estados Unidos da América foi bem-sucedido na implementação de *reuniões* pré-cirurgia, as quais também encorajam os profissionais a se manifestarem caso tenham uma preocupação relativa à segurança do procedimento. O *Veteran's Health Administration* (VHA) dos EUA também introduziu “reuniões” pré e pós-cirurgia, incluindo “pausas de segurança”, durante as quais qualquer membro da equipe cirúrgica pode até solicitar a suspensão da cirurgia caso tenha uma preocupação que seja fundamentada.

A implementação dessa mudança para além dos locais de teste não foi simples. Mesmo cirurgiões entusiastas que antes da cirurgia realizam reunião de equipe e pedem que os membros desta se manifestem frequentemente não obtêm respostas. Uma pesquisa realizada no VHA identificou que 60% dos profissionais do centro cirúrgico concordaram que “no centro cirúrgico em que trabalham, é difícil se manifestarem quando percebem um problema relacionado ao cuidado com o paciente: ‘aqui é difícil falar se eu perceber um problema com o atendimento ao paciente’”. Os cirurgiões não achavam que havia um problema de comunicação, mas os enfermeiros sim. Como resultado, o foco da implementação mudou, concentrando-se em persuadir os cirurgiões acerca do valor agregado da mudança e em proporcionar-lhes formas adicionais para encorajar outros membros da equipe – por exemplo, os enfermeiros e os auxiliares – a manifestarem-se.

### **Implementando uma solução para evitar readmissões desnecessárias**

Uma organização de saúde de uma empresa de seguro privado no Colorado descobriu que sua taxa média de reinternação/reinternamento era 15%. Uma investigação adicional revelou que muitos pacientes idosos e seus familiares não compreendiam a complexa necessidade de cuidados pós-alta, incluindo os complicados esquemas de medicação e a articulação de cuidado entre diferentes prestadores. A melhoria incluiu um “conselheiro hospitalar de transição de cuidado”, que visitava os pacientes em casa e realizava contatos telefônicos durante 30 dias, de forma a encorajar o paciente e os seus familiares a gerirem de forma mais ativa a doença e o cuidado pós-alta. Coleman et al. (2006) descrevem os detalhes do aconselhamento, das visitas e do

apoio prestado. Concentremo-nos nas questões relacionadas à implementação. Os passos principais foram:

- Inquérito com pacientes e cuidadores: o programa foi desenvolvido através de amplo processo consultivo com pacientes com necessidades complexas de cuidado e seus familiares cuidadores.
- Posteriormente, os líderes do programa desenvolveram e implementaram ferramentas e recursos para ajudar os pacientes na autogestão da sua medicação (ex.: prontuário do paciente/processo clínico, lista de sinais de alerta que podem indicar um agravamento da situação clínica e formas para responder a esses alertas) e na continuidade do cuidado com um médico de atenção primária/cuidados de saúde primários ou especialista num período de tempo determinado.
- Treinamento/Formação: os “conselheiros hospitalares” de transição do cuidado receberam treinamento/formação experimental com um a dois dias de duração. O treinamento/formação incluía uma sessão interativa de discussão do modelo desenhado para ajudar os profissionais de saúde a distinguirem entre educação do paciente e as orientações terapêuticas e educativas, em conjunto com simulação de casos que permitia aos indivíduos distinguirem entre orientações e prestação de cuidado. Foram também distribuídos manuais e DVDs.

Os recursos necessários foram:

- Pessoal: enfermeiros e assistentes sociais com experiência e competência não só em revisão e conciliação medicamentosa, mas também em ajudar pacientes a cuidarem de si próprios. Cada um era responsável por 24-28 pacientes que haviam recebido alta recentemente e que pertenciam a uma mesma área geográfica (aproximadamente 300 pacientes por ano).
- Custos: o custo anual de apoio de um enfermeiro durante a pesquisa totalizou \$74,310, consistindo em salários e benefícios (\$70,980), telefone celular e bipe (\$650), reembolso de deslocamento/deslocações (\$2,500), fotocópias e outros consumos (\$180).

O potencial de poupança pareceu exceder significativamente os custos. Um ensaio randomizado controlado identificou que os conselheiros reduziram a taxa de reinternação/reinternamento hospitalar em 20-50%. Dados do hospital sugerem que o programa economizou, pelo menos, \$300,000 por ano (COLEMAN et al., 2006).

## Implementando mudança para reduzir infecções por MRSA em unidades de terapia intensiva/cuidados intensivos

Esta melhoria que agrega valor consistiu no monitoramento dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva/unidades de tratamento/cuidados intensivos (UTIs) para avaliar a presença de colonização por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (sigla em Inglês e internacionalmente reconhecida: MRSA – Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus) desde a admissão até a alta (tanto da UTI quanto do hospital). Se os testes fossem positivos, o sistema informatizado do laboratório alertaria o responsável pela enfermagem ou os enfermeiros do andar/piso sobre o resultado, para que pudessem iniciar os protocolos relativos a MRSA e reduzir a disseminação da infecção. Desde 2001, essa melhoria reduziu a taxa anual de infecções por MRSA de 1,2 para 0,7 por 1000 pacientes-dia.

Essa iniciativa teve origem após o *University of Pittsburgh Medical Centre* (UPMC) descobrir que o custo médio de uma estadia de paciente com MRSA era \$14,000, quase o dobro do custo (\$7,600) de um paciente sem MRSA. Além do mais, 4,7% dos pacientes com MRSA apresentaram uma mortalidade intra-hospitalar maior do que o dobro da taxa dos pacientes sem MRSA.

O UPMC instituiu protocolos padronizados de rastreamento de MRSA por precaução para todos os pacientes internados na UTI. Rotineiramente, os profissionais de enfermagem testavam os pacientes para colonização por MRSA. Sempre que os testes fossem positivos, os enfermeiros recebiam um alerta em tempo real e, imediatamente, instituíam precauções de barreira,

desinfecção dos equipamentos e do ambiente onde estava o paciente, além de educação de todos os colaboradores relevantes. Detalhes do programa estão descritos no CRID (2004).

Os resultados desse programa foram uma adesão de 95% e uma redução de infecções por MRSA de 1,2 para 0,7 por 1000 pacientes-dia ao ano. Além disso, 16 vidas foram salvas e mais de \$2 milhões foram economizados por ano. O UPMC evitou mais de 171 infecções por MRSA nas suas UTIs clínicas entre 2001 e 2004 e a solução foi disseminada para outras unidades. Parte do sucesso foi devido ao curto tempo de espera para os resultados das culturas; a UTI recebeu-os dentro de 24 horas em 80% das vezes. O UPMC estima que, anualmente, 65 infecções por MRSA sejam evitadas, 16 vidas sejam salvas e aproximadamente \$2,3 milhões sejam poupados (com ganho cumulativo superior a \$11 milhões desde o início do programa).

### **A implementação e as lições aprendidas**

Parte importante do contexto no qual essa iniciativa foi realizada reside no fato de o estado da Pensilvânia exigir que todos os hospitais notifiquem as taxas de infecções relacionadas à assistência à saúde, as quais são divulgadas para o público.

Etapas fundamentais na implementação foram:

- Papel da liderança: A liderança do hospital tornou mandatória a cultura de rotina e a intervenção em pacientes colonizados por MRSA, e incluiu-os no painel de

controle/painel de indicadores do hospital (como indicador de qualidade).

- Envolvimento dos profissionais: Os profissionais da “linha de frente” decidiram acerca da melhor forma de coletar/recolher material para as culturas. A equipe também decidiu o tipo e a quantidade de equipamentos (ex.: aventais, máscaras, luvas, pias) necessários, como e onde armazená-los de forma a agilizar o acesso aos mesmos. Projetaram as prateleiras para guardar todas as caixas de luvas, aventais e máscaras em local limpo e protegido.
- Adoção do modelo de negócios existente [*Business Plan*]: O UPMC utilizou um modelo de negócios semelhante ao da Toyota. Neste modelo, os profissionais tinham que decidir como “parar a linha de produção” quando uma infecção fosse identificada.

Os recursos financeiros necessários para a realização de culturas (\$62 por paciente, \$62,000 ao ano) veio do orçamento anual do hospital. Os outros recursos incluíam tempo dos profissionais para ensinar os seus colegas como colocar as estratégias associadas à cultura e ao isolamento em prática.

## **Lições da implementação**

- O apoio de lideranças foi essencial.
- O envolvimento dos prestadores de cuidado na avaliação contínua do desempenho da sua unidade ajudou a rapidamente identificar e remover barreiras à adesão.
- Início gradual: O UPMC começou este programa numa unidade, fazendo com que a iniciativa parecesse “menos assustadora” do que se tentasse, logo no início, obter a adesão de todo o hospital de uma só vez.
- Sustentabilidade da mudança: tornar o rastreamento de MRSA parte da rotina e definir um dia da semana para realizar as culturas nas unidades e coletar/recolher dados sistematicamente para que cada unidade saiba sua taxa de adesão e procure melhorá-la.
- Outras lições: a colaboração foi essencial para o sucesso do programa. Todos têm que o considerar como uma prioridade, reconhecendo que as infecções são evitáveis e que podem ser prevenidas.

## **Lições da pesquisa sobre implementação**

Não podemos simplesmente copiar o que outros fizeram, pois o nosso contexto e a nossa mudança são diferentes. Porém, como já reiteramos várias vezes neste livro, a pesquisa e a experiência dos outros são uma ajuda fundamental para o nosso caso de implementação. A seguir, sugerimos como fazer o melhor uso da

pesquisa e de outros relatórios de forma a tornar a implementação mais bem-sucedida.

### **Procure e analise uma mudança semelhante à que você está pensando em fazer**

Os detalhes de como “fazer a implementação” dependem de uma série de fatores, sendo o tipo de melhoria o mais importante. Diferentes estratégias e ações de liderança parecem ser necessárias para a implementação de diferentes tipos de melhoria em contextos distintos. O sucesso da implementação de muitas intervenções, com foco em qualidade e segurança, parece depender da adaptação contínua e habilidosa da intervenção ao contexto. Qualquer orientação precisa demonstrar como “fazer a adaptação”, ao invés de apenas prescrever etapas específicas. Isso é um aviso geral para não considerarmos que uma abordagem para implementação utilizada por outro irá funcionar em nossa organização.

### **A implementação depende do tipo de mudança**

Diferentes tipos de mudança necessitam de diferentes abordagens. Por exemplo, as práticas para higienização das mãos seriam uma melhoria que agrega valor? A principal mudança refere-se à forma de organização do trabalho, que também inclui mudança de comportamento? A mudança é só quando há introdução de um novo equipamento ou *layout* físico? Se sim, há uma combinação de mudanças envolvendo logística, mas também alterações do comportamento e da organização do trabalho.

Para comparar uma mudança que representa uma melhoria com outra descrita na literatura, pergunte-se se ambas são simples, complexas ou complicadas:

Mudança simples: mudança na gestão, no comportamento clínico ou nos processos, limitada a um ou alguns profissionais de uma unidade ou equipe da qual o líder é responsável (ex.: novo formulário de passagem de caso).

Mudança complexa: mudança na gestão, no comportamento clínico, nos processos ou na organização, restrita a profissionais de uma unidade ou equipe pela qual o líder é responsável. Inclui um número de mudanças envolvendo um ou mais tipos de práticas profissionais e processos, como, por exemplo, os “pacotes de melhoria” – *Bundles*.

Mudança complexa em múltiplas áreas: mudança que engloba mais do que uma equipe ou unidade, sendo que o líder não é responsável por algumas delas.

Mudança complexa na organização inteira ou no sistema: mudança pela qual o líder pode ou não ser responsável.

Esta forma de classificar os tipos de mudança mostra os aspectos mais importantes da implementação de melhoria. Tais aspectos ajudam os líderes na tomada de decisão acerca das diferentes ações que devem ser realizadas para iniciar e sustentar cada tipo.

## Quadro 2 – Tipos de mudança e aspectos relevantes da melhoria

<b>Tipos de Mudanças</b> (demandam diferentes ações dos líderes)	Atividade contínua	Atividade com limitação de tempo	<b>Escopo/abrangência</b> (área afetada ou processo de melhoria)
Melhoria Simples	Mensuração rotineira ou atividades para cumprir regulamentação	Troca de rótulos de medicamentos facilmente confundíveis	Equipe ou unidade pequena, delimitada e sob controle do líder
Melhoria Complicada	Atualização contínua dos padrões em resposta ou em preparação a inspeções de qualidade	Implementação de mudanças baseadas em evidências para reduzir pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs	Intervenções sobre um único tópico, englobando a organização inteira; estratégias genéricas de segurança, englobando a organização inteira, que indiretamente auxiliam muitos outros processos de melhoria
Melhoria Complexa	Implementação e atualização de prontuário eletrônico dos pacientes	Realização de estratégia de melhoria da qualidade em 5 anos	<p>Intervenções nacionais ou regionais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Leis, normas, regulamentações ou exigências de órgãos oficiais.</li> <li>Organizações de controle e avaliação e acreditação que enfatizam a segurança em seus padrões.</li> <li>-Incentivos e penalidades financeiras.</li> <li>-Unidades governamentais para promoção de ações, aconselhamento,</li> </ul>

			<p>orientação, estímulo à pesquisa, coleta e fornecimento de dados sobre desempenho relacionado à segurança.</p> <p>-Associações profissionais promovendo iniciativas e conscientização em relação à segurança.</p> <p>-Desenvolvimento do papel dos pacientes e suas associações.</p> <p>-Programas educacionais.</p>
--	--	--	--

As iniciativas complicadas de melhoria envolvem uma série de mudanças e de pessoas, mas podem ser planejadas e executadas como projetos, geralmente num período temporal não superior a dois anos. Em alguns casos, a preparação para acreditação pode ser vista como uma “melhoria complicada”: um projeto de preparação para a primeira visita, ou uma atividade contínua caso haja avaliações frequentes para acreditação. A implementação de um conjunto de intervenções testadas para reduzir erros de medicação num hospital universitário também é uma melhoria complicada, tal como facilitar a sua implementação em âmbito regional ou nacional.

As iniciativas complexas de melhoria representam um território em grande parte desconhecido, envolvendo muitas pessoas e mudanças, e têm duração de dois a cinco anos. Dentre os exemplos, incluem-se a implementação plena de um novo sistema

de registros eletrônico de prontuários/processo clínico eletrônico de pacientes em um sistema de saúde, ou a realização de uma campanha regional ou nacional para implementação de uma série de iniciativas de melhoria baseadas em evidência. Essas são iniciativas complexas não somente por causa do número de pessoas e de mudanças envolvido, mas também por causa de interações imprevisíveis e alterações no contexto.

## **Análise de barreiras e estratégias de implementação**

### **Implementação sem uma análise das barreiras é como dirigir à noite sem faróis**

A análise de barreiras é o momento em que os implementadores avaliam quais fatores irão ajudar ou dificultar a mudança, para, em seguida, incluírem diferentes ações ao plano de implementação de modo a reduzir as potenciais ameaças ao sucesso. Barreiras à mudança não são apenas os "obstáculos" do contexto, dentro ou fora da organização, descritos no capítulo anterior. Elas também incluem fatores cognitivos e pessoais que podem tornar a mudança lenta. Muitas dessas barreiras foram descritas numa das primeiras revisões sobre o assunto, realizada por Cabana e colaboradores (1999). Eles analisaram 76 estudos sobre barreiras encontradas na adesão de médicos a diretrizes clínicas (normas de orientação clínica), um dos assuntos mais estudados quando se analisam as "barreiras". As barreiras mais comuns citadas na pesquisa foram: conscientização; concordância; autoeficácia (capacidade de colocar em prática); expectativa em relação ao resultado; capacidade de superar a inércia de práticas anteriores;

e “barreiras externas”. A revisão destacou, entretanto, que os resultados de alguns dos estudos avaliados podem não ser generalizáveis, uma vez que as barreiras num determinado local podem não estar presentes em outro. Outros estudos sobre barreiras foram descritos por Grol e colaboradores (2004).

O guia do NICE (2008) para análise de barreiras à mudança descreve métodos para identificá-las, incluindo retroalimentação informal obtida de informantes, inquéritos, grupos focais e observação direta. Na Austrália, as orientações contidas no NICS (2006) também sugerem a utilização das técnicas de grupo nominal, método Delphi ou *brainstorming*. O risco de perguntar aos profissionais “quais são as barreiras a esta mudança?” é que a resposta seja uma longa lista de razões para não mudar. A implementação certamente requer uma avaliação dos fatores internos e externos à organização que podem constituir barreiras à mudança, a fim de escolher em quais intervir. A melhor abordagem é envolver os profissionais na sugestão de soluções criativas com as quais possam contribuir, e não apenas na identificação de razões para não mudar ou de ações pouco realistas. Nem todas as barreiras precisam ou são passíveis de transposição. Há um número de ferramentas que orientam a análise das barreiras e o desenvolvimento de ações para contorná-las ou modificá-las (NICE, 2008; NICS, 2006). É bastante provável que um estudo sobre as barreiras à implementação de uma mudança ou diretriz como a que você está considerando já tenha sido feito num serviço ou contexto semelhante ao seu.

**Indicador de sucesso de uma mudança:**  
*Avalie as chances de sucesso de sua mudança, dando uma nota de 0-5 para:*

### **Parte 1: Gestão local da mudança**

Existe:

Um líder formalmente responsável pela mudança?

Uma equipe formalmente responsável pela mudança?

Planejamento?

Mensuração do progresso?

Mensuração, análise e notificação?

### **Parte 2: Natureza da mudança**

Complexidade (É preciso treinamento/formação? São necessárias novas habilidades? Quantas profissões e grupos de interesse serão afetados? A mudança é única e limitada no tempo ou dispersa ao longo do tempo?).

Compatibilidade, vantagem e evidências de base científica.

Custo-benefício.

### **Parte 3: Contexto organizacional**

Vínculo entre a mudança, o contexto e o ambiente

Aproveitamento de outras mudanças

Alta Direção/Gestão de topo

Média gerência/gestão intermédia

Outros líderes

Argumento, motivação e tensões para a mudança

Mudança de cultura e de atitudes

Saturação com mudanças

**Parte 4: Contexto externo**

Pressão dos consumidores

Pressão política

Pressão econômica

Exigências normativas e de agências/entidades reguladoras

Incentivos financeiros

Outras pressões externas

**Princípios de uma implementação bem-sucedida: os “3Ps” da mudança que representa uma melhoria que agrega valor**

Os três “Ps” referem-se a: Pessoas, Princípios e Processos. No conjunto, congregam as lições aprendidas com pesquisa e experiência de forma a orientar o desenho e a implementação de uma mudança que represente uma melhoria que agrega valor. Mais detalhes sobre as pesquisas de revisão, nas quais este resumo se baseia, podem ser encontrados em Øvretveit 1999, 2003, 2004a, 2005a,b,c,d, 2007, 2009a,b,c.

## Pessoas e melhoria

O objetivo é conseguir que as tarefas relativas ao “planejamento e execução da mudança” sejam alcançadas através do envolvimento das pessoas certas do jeito certo: a correta combinação de habilidades e de participantes-chave, contribuindo com tempo e participação plausíveis frente às demandas de seu trabalho rotineiro. A melhor estrutura parece ser concentrar o trabalho em uma “equipe central do projeto” – os implementadores. A equipe precisa de um líder com muita disponibilidade para o projeto.

A equipe nuclear pode precisar de membros associados (claramente definidos como tal) e de membros *ad hoc* (nomeados para fins específicos), que podem ser integrados quando necessário.

A equipe nuclear também precisa ter entre os seus membros alguém da média gerência/gestão intermédia ou da alta administração/gestão de topo. A experiência e a pesquisa demonstram que a presença de alguém da alta administração/gestão de topo na equipe é importante para a efetividade da maioria das iniciativas de melhoria.

Como os membros e líderes da equipe são escolhidos? As equipes podem ser formadas “de baixo para cima” (entusiastas juntam-se em decorrência de uma preocupação e do comprometimento em fazer algo) ou “de cima para baixo” (as instâncias superiores estabelecem um projeto para tratar de uma prioridade identificada pela organização). As equipes originadas “de baixo para cima” precisam ser nomeadas e adotadas pela alta administração/gestão de topo através da demonstração de que a

melhoria que defendem irá agregar valor. Já as equipes originadas “de cima para baixo” precisam do envolvimento de entusiastas e de líderes clínicos, através da demonstração de que a melhoria que agrega valor irá melhorar os resultados para os pacientes e as condições de trabalho (contexto envolvente).

Outro aspecto fundamental do tópico “pessoas pela melhoria” são aquelas pessoas que têm alguma influência em ajudar ou impedir a mudança, seja pelo que dizem sobre ela ou pelo que fazem. Estes são “atores” da organização que não fazem parte da equipe central, mas que têm influência, seja por serem respeitados profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente, seja por terem trabalhado algum tempo na organização e serem bem vistos por lá, por terem uma posição representativa formal ou por terem poder na política formal ou informal da organização. Logo no início, a equipe central precisa mapear quem são estes “atores” e qual a posição destes frente à determinada mudança: favoráveis, contrários ou indiferentes.

Por fim, há a psicologia da mudança: os implementadores precisam ser capazes de avaliar as atitudes e percepções individuais e do grupo em relação à mudança. A pesquisa pode ajudar no entendimento de como as pessoas respondem às propostas de mudança e como esta está progredindo. Temos diferentes respostas emocionais e relacionadas à forma de lidar com a mudança, o que também pode variar dependendo, por exemplo, dos acontecimentos da nossa vida pessoal. Os pioneiros na adesão à mudança [*early adopters*] têm um “limiar mais baixo” para mudar.

## Princípios de melhoria

A seção anterior abordou o primeiro princípio: **envolva as pessoas certas do jeito certo** em um processo estruturado de implementação. Outros princípios derivados da pesquisa e da experiência incluem:

Estabelecer objetivos gerais, objetivos intermediários e resultados: defina objetivos (mais abstratos), conquistas mensuráveis e resultados finais. Por exemplo, objetivo: reduzir infecções relacionadas à assistência à saúde; objetivo intermediário: soluções à base de álcool para a higienização das mãos disponíveis à beira de cada leito/cama; resultados: culturas positivas em doentes com baixo risco, medido mensalmente; taxa de pacientes com infecção associada à assistência à saúde abaixo da meta definida.

Definir ações: defina ações para atingir cada um dos objetivos intermediários e combine quem faz o quê e quando (ações, responsabilidades e cronograma). Identifique fatores que ajudam ou dificultam a ação.

Começar em pequena escala, testar e disseminar: aplicar as ações de mudança inicialmente numa amostra de pacientes ou profissionais ou unidades. Aprenda com este “projeto-piloto”, analise e dissemine as ações de mudança.

Comunicar: comunique aquilo que precisa ser feito e o porquê a 70-90% das pessoas que serão afetadas pela mudança no serviço.

Rever e ajustar: periodicamente, o líder de projeto deve rever e registrar as ações e o progresso em relação aos objetivos intermediários, comparando-os ao planejado anteriormente.

### **Processo de melhoria**

O “terceiro P” refere-se ao Processo, às etapas da jornada que dão à equipe nuclear uma forma disciplinada de aplicar os métodos. Essas etapas garantem que a equipe planeje e execute a mudança de forma sistemática, obtenha retroalimentação acerca do progresso e das mudanças de contexto e utilize essas informações para fazer os ajustes necessários.

### **Conclusões**

As jornadas bem-sucedidas de melhoria que agrega valor utilizam testes e ajustes sistemáticos. Seguem uma abordagem sistemática, porém flexível, constantemente atualizada com base nos diferentes tipos de retroalimentação sobre o desenvolvimento das ações.

A ciência e a experiência de implementação não são capazes de fornecer prescrições. A pesquisa mostra que o “como” executar uma mudança depende do tipo de melhoria que se pretende e do contexto. A implementação de uma melhoria varia bastante conforme as pessoas que estão envolvidas, a política e o histórico de mudança naquele local (hospital, serviço etc.). A boa notícia é que as pessoas da Organização, com alguma experiência, conhecem esses aspectos, podendo contribuir para o desenvolvimento e a execução de um plano de mudança adequado ao local.

## Capítulo 6: Qual o papel da liderança?

### Introdução

O líder começa e apoia os princípios e o processo de implementação descritos no capítulo 5. Uma questão crucial para todos os líderes é definir quem desempenha cada uma das tarefas necessárias para a melhoria que agrega valor. Um outro aspecto importante do líder é estabelecer as atividades de melhoria como parte das funções dos profissionais de saúde.

Mais uma vez: não há prescrição rígida e detalhada acerca do que os líderes precisam fazer para alcançar uma melhoria que agrega valor. Isso depende, em grande parte, da posição, do tipo de função, do estilo e das características pessoais do líder. Um enfermeiro gestor de uma unidade fará coisas diferentes daquelas que um diretor executivo fará. A pesquisa sobre as ações dos líderes em funções similares mostra que são poucas as ações que são efetivas em todos os locais. Mesmo para líderes com o mesmo tipo de função, as ações dependem do tipo de melhoria e do contexto. Entretanto, podemos extrair princípios gerais a partir da pesquisa e da experiência, os quais podem ser um bom ponto de partida.

Neste capítulo, inicialmente, define-se liderança da melhoria que agrega valor, apontando as diferentes funções e destacando as diferentes abordagens que um líder em determinada posição pode adotar. Em seguida, descrevem-se algumas pesquisas e orientações disponíveis para caracterizar funções e processos de melhoria específicos. Por fim, apresenta-se um “guia de uso geral”

que pode oferecer um ponto de partida para o líder desenvolver sua própria abordagem. Trata-se do referencial “ACTES”, que apoia os princípios e os processos descritos no capítulo 5 e que se baseia na pesquisa e na experiência com liderança de processos de melhoria que agregam valor – Øvretveit (2009 a).

Apresentam-se abaixo algumas questões importantes que devem ser consideradas por um líder durante um processo de melhoria que agrega valor:

- Liderar uma melhoria que agrega valor é diferente de liderar outras mudanças?
- O que fazer quando as pessoas não querem mudar as suas atitudes?
- Como arranjar tempo para liderar uma melhoria que agrega valor quando você tem que manter o serviço funcionando durante a mudança?
- Onde o líder da melhoria que agrega valor pode obter conselhos e apoio de especialistas?
- Como liderar uma melhoria quando os líderes mudam e não têm apoio?

### **Liderando melhoria que agrega valor – pontos principais**

- Líderes em todos os níveis podem iniciar e facilitar o processo de melhoria.
- O sucesso depende tanto da situação, quanto da forma como você lidera ou da estratégia utilizada para a mudança.

- A situação atual exige iniciativas de melhoria, tornando-as parte da sua responsabilidade, mas os recursos e a capacidade chegam lentamente.
- O líder pode aumentar o sucesso da melhoria influenciando líderes em níveis inferiores a criarem condições favoráveis.
- A responsabilidade dos líderes em níveis superiores é melhorar as ligações entre os diversos profissionais e a organização, dentro da sua área e entre a organização de que é responsável e outras organizações.
- A função de líder não é tomar todas as decisões e direcionar a ação, mas sim saber o que precisa ser feito e conduzir um processo para motivar as pessoas a trabalhar e a pensar em como fazer a mudança.
- O líder da melhoria permite que as pessoas contribuam para o planejamento e para a implementação de uma melhoria e que superem as diferenças para elaborarem soluções criativas.
- O líder pode ser mais efetivo se utilizar a pesquisa e a experiência dos outros para ajudá-lo a moldar suas ações. Deve garantir que a pesquisa seja utilizada no processo de planejamento e implementação, mas que seja adaptada ao seu contexto.
- A implementação é a parte mais difícil, pois requer supervisão, facilitação e remoção de barreiras a cada passo. Qualquer um pode começar a liderar um processo de

melhoria que agrega valor, mas poucos terminam de forma bem-sucedida.

### **Diferentes funções de liderança**

Gestores e líderes em diferentes níveis da organização passam parte do seu tempo liderando melhoria que agrega valor, tendo diferentes responsabilidades e autoridade sobre a melhoria.

## **Duas questões que importa responder**

### **O que é liderança de melhoria que agrega valor?**

Liderança de melhoria que agrega valor é definida como o ato de influenciar a si próprio e os outros para fazerem algo que não fariam normalmente, para melhorarem o cuidado ao paciente e para reduzirem o desperdício.

### **Os líderes podem influenciar os processos de melhoria?**

A pesquisa mostra que eles podem, inclusive, interromper o processo de melhoria. Há evidência de que as suas ações ou falhas em agir estão associadas a potenciais ocorrências que podem causar dano ao paciente e problemas de qualidade. Há alguma evidência de que os líderes podem estabelecer estruturas, processos e sistemas para implementar mudanças em suas organizações que levem à melhoria do cuidado ao paciente e à redução do desperdício.

Melhoria que visa futuros pacientes é tão importante quanto fazer o melhor para o paciente a nossa frente: ambos fazem parte dos nossos compromissos profissionais. Profissionais clínicos acreditam que a sua prioridade principal é o paciente a sua frente. Eles não consideram que gastar tempo com atividade de melhoria seja parte de sua tarefa. Contudo, implementar uma melhoria é “servir aos futuros pacientes”, principalmente se esta aumenta a segurança e reduz o tempo de espera (facilitando e melhorando o acesso a cuidados de saúde), por exemplo. É preciso equilibrar o presente e o futuro e garantir que o tempo gasto pelos profissionais de saúde com processos de melhoria produza, de fato, resultados visíveis. Os líderes têm um papel fundamental em garantir isso.

### **A função do líder – uma visão geral**

Liderança é a forma como uma pessoa age ou se comporta nas suas relações; forma esta que influencia outros a fazer coisas que o próprio líder estaria menos propenso a fazer. Os líderes têm um papel especial a desempenhar na melhoria que agrega valor em virtude de sua posição e das suas habilidades:

- A visão global do líder: os líderes estão numa posição que lhes permite ver todas as partes e trabalhar para equilibrá-las. Esta é a sua contribuição ao conduzir os colaboradores na discussão sobre “qual a melhoria em que deveremos nos focar agora?”.
- Os líderes lembram os colaboradores acerca da realidade financeira e de outros recursos. Processos de melhoria que adicionalmente não reduzem desperdício, nem

economizam recursos receberão menos apoio e recursos e serão menos sustentáveis.

- Os líderes são escolhidos, em parte, pela sua “habilidade com as pessoas” e por suscitarem respeito por parte dos outros profissionais em sua área de atuação. Influência e autoridade informal são fundamentais para a mudança e para motivar os profissionais a trabalharem em melhoria, atividade que eles podem não achar tão importante quanto cuidar dos pacientes no presente.
- Atribuições e responsabilização – a organização delegou trabalho aos líderes, providenciou recursos e espera que eles não apenas promovam a melhoria, mas também que mantenham os serviços funcionando “normalmente” durante o processo de mudança. As organizações estão adicionando o desempenho relativo à qualidade e à segurança ao desempenho em relação ao custo e à produção. Além disso, nomeiam líderes para alcançar todas estas três partes do “triângulo de valor do dinheiro”.

Os métodos de melhoria de qualidade, a filosofia e a teoria de liderança modernas minimizam a ideia de um líder herói com qualidades especiais, concentrando-se mais nas relações do líder e no seu papel em trazer à tona o melhor que há nos outros. Há menos ênfase em uma posição formal e de autoridade e maior enfoque na capacidade de incentivar um maior número de pessoas para contribuir com o processo de melhoria.

Competências importantes para líderes de melhoria incluem saber quando e como:

- Consultar, avaliar e delegar formalmente.
- Tornar claras suas responsabilidades e a dos outros, a sua autoridade e como eles e os profissionais obterão e fornecerão a retroalimentação sobre as tarefas de melhoria.
- Dar mais tempo ou encerrar uma atividade de melhoria de qualidade que não esteja tendo resultados satisfatórios. Apoiar a melhoria não significa continuar aquilo que não dá o resultado desejado. Isso prejudica a credibilidade e outros projetos de melhoria, além de desperdiçar recursos.

Alguns líderes não se sentem confortáveis em utilizar um estilo de liderança formal. Também é verdade que não conseguem muita coisa se utilizarem sempre esse tipo de autoridade. Uma atitude útil é considerar que o líder deve servir as pessoas, e não o contrário. Todavia, eles têm responsabilidades relativas à qualidade e à segurança. Ações efetivas requerem não apenas motivação, mas também persuasão. Por vezes, os líderes têm de tomar decisões que alguns podem não gostar. Um líder popular com todos, que os vê como amigos, pode não estar liderando. Isso é especialmente verdadeiro quando se trata de realizar mudanças difíceis, geralmente necessárias para uma melhoria genuína.

## Quais as lições da pesquisa sobre o papel da liderança na melhoria?

No geral, a evidência destaca a importância das lideranças de nível médio/intermédio e de médicos com elevado prestígio técnico, apesar de haver menos evidências ou orientação para os líderes nessas funções. Há também alguma evidência de que outros atores nas organizações de saúde podem desempenhar um papel importante na liderança da melhoria, como, por exemplo, líderes financeiros ou pessoas comuns que são líderes natos.

O ponto principal parece ser como o líder conduz o processo social através do qual os outros membros da equipe concordam e executam as tarefas de melhoria que precisam ser feitas. O novo modelo de “liderança para a melhoria” difere do modelo do “líder diretor” individual. A função do líder é a “criação colaborativa da melhoria” através do envolvimento das pessoas na decisão acerca das possíveis soluções de melhoria a serem escolhidas, na obtenção de concordância sobre como começar e no favorecimento daqueles processos de melhoria mais promissores.

Para o líder, isso significa negociar diferentes pontos de vista em prol de alguma unidade e não ser ele o único a lutar por uma decisão. Sua função é desenvolver o entendimento sobre a necessidade de se estabelecerem indicadores de resultado e de progresso, pois uma abordagem baseada em fatos é fundamental para a melhoria e necessária para otimizar a utilização dos recursos disponíveis.

Até o momento, a utilização do método científico nesta área não capturou, nem explicou o lado humano da melhoria e da mudança: como as pessoas querem tornar as coisas melhores para o paciente; como o líder e o contexto social podem apoiá-las, fornecendo esperança e ferramentas efetivas. Tampouco captou bem como o líder e o contexto social que ele cria podem fazer aflorar um lado negativo, gerando medo, desconfiança e causando uma piora na situação. Líderes bem-sucedidos estão conscientes da “vida interior” amplamente inexplorada pela ciência e da significância disso para a melhoria e para a mudança.

### **Boas práticas de liderança para melhoria**

A prática da liderança é aquilo que líderes fazem para definir e alcançar os objetivos organizacionais de melhoria, da mesma forma que a prática clínica é aquilo que os profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente fazem para alcançar os objetivos de saúde para um paciente. As boas práticas de liderança para a melhoria são as ações e os comportamentos reconhecidos, éticos e efetivos para melhorar o cuidado ao paciente.

O consenso sobre as boas práticas baseia-se nos valores, na pesquisa sobre aquilo que é efetivo e também na experiência daquilo que parece funcionar para os diferentes objetivos de melhoria em vários contextos. As afirmações das boas práticas de liderança para melhoria são genéricas, de forma a caberem na maioria dos contextos.

A maioria das pesquisas aponta a implementação como sendo uma parte negligenciada pela liderança do processo de melhoria. Novamente, aquilo que o líder precisa fazer para motivar, capacitar e apoiar os outros depende do contexto e do tipo de melhoria. É relativamente fácil começar uma intervenção; porém, progredir em relação à melhoria e sustentá-la é mais importante e mais difícil. Isso também é verdadeiro para os outros momentos da melhoria organizacional: estabelecer um sistema de qualidade não é suficiente; é necessário adaptá-lo continuamente. Até mesmo a cultura de segurança, que leva tempo para ser estabelecida, não é talhada em pedra. Os líderes não podem colocar pessoas, atividades e sistemas em movimento e achar que eles se autodirecionarão e permanecerão “nos trilhos”.

Líderes de melhoria bem-sucedidos não permitem que a “crise atual” os desvie ou desvie os outros. Eles prestam atenção constantemente para manter as pessoas envolvidas e a implementação no rumo certo. Persistentemente, eles influenciam outros líderes, removem barreiras ao progresso da melhoria e acompanham todas as etapas necessárias. O lado humano talvez se torne o mais importante na liderança da implementação, caso haja outras pessoas com maior *expertise* em aspectos técnicos da mudança. As pessoas devem sempre ser lembradas de suas conquistas, devem ser motivadas quando os desafios parecerem intransponíveis e devem ser apoiadas quando necessário.

*“Os enfermeiros realmente gostaram da liberdade criativa que os capacitou a desenvolver as suas próprias ideias, testá-las e decidir sobre sua efetividade. Estava claro que eles se apropriaram da qualidade em suas unidades”* (Observação de Annette Bartley, *Improvement Fellow da Health Foundation do Reino Unido*).

## **“ACTES”: Um referencial geral para ações de liderança**

Este referencial baseia-se na revisão de pesquisas sobre liderança bem-sucedida em processos de melhoria. Ele demonstra as ações que os líderes podem tomar para iniciar uma melhoria que agrega valor. A sigla “ACTES” vem do inglês e significa Análise [*Assessment*], Comunicação [*Communication*], Teste [*Testing*], Avaliação [*Evaluation*] e Sustentabilidade [*Sustaining*].

O quadro abaixo apresenta um resumo de cada uma dessas ações.

## Quadro 2 - ACTES – Um modelo de ação para a melhoria

Ação	Detalhamento da ação	Ação permanente
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realize uma descrição do contexto: enumere as exigências internas e externas relacionadas à qualidade e à segurança dos cuidados, o desempenho comparativo dos serviços e a competição atual e em dois anos.</li> <li>- Realize uma avaliação dos problemas relacionados à qualidade e à segurança em sua área de responsabilidade, de forma a ter uma visão geral.</li> <li>- Analise o custo e a facilidade de implementação de uma solução para cada uma das situações que devem ser melhoradas.</li> <li>- Analise quais as atividades de melhoria contínua da qualidade são exigidas para atender à regulação, quais as iniciativas de melhoria de curto prazo que podem ser feitas e quais necessitam de projetos e equipes maiores.</li> <li>- Priorize a melhoria combinando tamanho e importância com facilidade de implementação e custo da solução, e relacionando-a com as exigências e prioridades regulatórias e organizacionais.</li> <li>- Para iniciativas de melhoria específicas: defina as medidas e obtenha uma linha de base sobre o problema, de forma a ser capaz de monitorar os progressos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitore o risco e a qualidade no serviço. Obtenha dados fundamentais sobre desempenho em relação à segurança e à qualidade, rotineiramente relatados e compartilhados com os outros elementos da equipe.</li> </ul>
Comunicação sobre o rumo e motivação	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Chegue a um acordo sobre as iniciativas de melhoria de curto prazo.</li> <li>- Imagine e comunique a visão de como o serviço será após a melhoria. Procure e divulgue informações e exemplos acerca do problema e sobre o que outros fizeram.</li> <li>- Compartilhe dados sobre insuficiências na qualidade e sobre as oportunidades de melhoria identificadas pela análise acima. Compartilhe informações sobre as exigências identificadas na análise acima e as comparações com outros. Explique como a melhoria priorizada contribui para a estratégia organizacional e por que os níveis mais altos/gestão de topo devem apoiá-la.</li> <li>- Discuta e defina objetivos e metas mensuráveis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relacione as iniciativas de melhoria que estão sendo implementadas com a estratégia e a prioridade da organização.</li> </ul>

	<p>de tempo, que são realistas, mas significativamente melhores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconheça continuamente os esforços de melhoria realizados.</li> <li>- Remova os incentivos que prejudicam a melhoria; inclua uma análise formal de desempenho, além de incentivos financeiros, entre outros, para recompensar a melhoria.</li> <li>- Faça um mapa do campo de força política das pessoas ou grupos influentes, que podem ajudar ou impedir a melhoria, baseados nas percepções acerca de seus ganhos e perdas com ela. Decida quem e como influenciar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lance mão de argumentos “estratégicos” para diminuir a oposição e converter os “neutros” em apoiadores da melhoria.</li> </ul>
Apoio ao planejamento e aos testes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilize recursos de pessoal: chegue a um acordo sobre quem vai trabalhar na melhoria, quando e por quanto tempo. Obtenha recursos para os profissionais em tempo parcial ou integral. Consiga substitutos para compensar o tempo retirado do trabalho clínico. Chegue a um acordo sobre treinamento/formação de recursos, desenvolvimento de habilidades e especialistas externos.</li> <li>- Mobilize recursos de dados: utilize tecnologia de informação e apoio administrativo para reduzir o tempo que profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente gastam coletando dados adicionais para o esforço de melhoria. Garanta que os projetos de melhoria tenham os dados e as análises necessárias apresentados de forma visual e com comparações.</li> <li>- Entre em acordo sobre os planos para a melhoria com as pessoas responsáveis pela tarefa e com outras que serão afetadas, como pessoas-chave, gestores e profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faça lobby para a obtenção de recursos. Ajuste continuamente o equilíbrio entre os recursos para a melhoria com os recursos para a produção atual do serviço.</li> <li>- Remova obstáculos.</li> </ul>
Responsabilização e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chegue a um acordo em relação à frequência com que os relatórios serão feitos pelos indivíduos e equipes de projeto sobre os progressos e os desafios, bem como seu conteúdo.</li> <li>- Estabeleça um cronograma de reuniões mensais em todas as agendas para discutir os relatórios, os próximos passos e quem precisa fazer o quê,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faça atualizações formais sobre o progresso e os desafios da melhoria.</li> <li>- Desenvolva capacidade para a melhoria.</li> </ul>

	<p>incluindo o que o líder precisa fazer para reduzir os obstáculos.</p> <p>- Estabeleça relatórios de avaliação semestral mais completos, bem como reuniões para tomada de decisões importantes.</p>	
<p>Sustentabilidade e e disseminação dos resultados</p>	<p>- Se o teste e a avaliação de uma mudança específica mostrar uma melhoria, avalie os fatores que poderiam reverter as mudanças, identifique dados de alerta para tal e estabeleça sistemas, procedimentos e mudanças para sustentar a melhoria.</p> <p>- Decida acerca da disseminação da melhoria para outras populações de pacientes ou áreas do serviço ou organização. Utilize análises sobre o custo, os benefícios e outras prioridades descritas no topo da tabela para planejar como fazer isso.</p>	<p>- Verifique se as mudanças bem-sucedidas ainda são efetivas, ajustando-as se necessário.</p>

## Avaliação

Uma melhoria deve ser baseada em fatos para ser efetiva. Os capítulos 1 e 2 demonstraram que, antes de escolher aquilo em que trabalhar, o líder e a equipe central de projeto precisam ter uma visão geral das seguintes questões relacionadas à qualidade e à segurança no seu serviço:

- Os problemas relacionados à qualidade e à segurança, assim como as possíveis soluções.
- As prioridades e as exigências organizacionais e normativas.
- Os sistemas e os processos de melhoria operacional em curso e os recursos destinados a cada um.

Os líderes precisam ser realistas acerca do tipo de análise que são viáveis. Isso é feito combinando-se informação obtida de diferentes fontes: perspectivas dos colaboradores, relatórios de incidentes, indicadores de qualidade e de segurança, dados sobre satisfação e reclamações de pacientes, além de dados de outras fontes, como, por exemplo, comparações com serviços similares ou com o mesmo serviço no ano anterior.

Vimos no capítulo 2 que algumas informações sobre as soluções são provenientes de revisões sobre a efetividade das intervenções para a melhoria da qualidade e da segurança. Antes de formar a equipe de projeto para a implementação, pense na constituição de um “grupo de avaliação e priorização” composto pelas pessoas com o perfil certo para esta atitude. Tal ação pode aumentar a possibilidade de uma avaliação não perder aspectos importantes, além de iniciar a preparação para a mudança.

É possível definir prioridades através da combinação da magnitude e da gravidade dos problemas com a facilidade e o custo de implementação da solução, relacionando isso com as exigências e prioridades organizacionais e regulamentares.

A importância de conhecer as taxas diárias ou semanais de infecção ilustra que a avaliação não é uma atividade cíclica a ser realizada apenas uma vez ao ano. A avaliação também requer o monitoramento contínuo do risco e da qualidade através da utilização de dados rotineiros obtidos de diferentes maneiras, em diferentes momentos e para diferentes finalidades. É importante o estabelecimento de sistemas para a obtenção desses dados.

## **Comunicação sobre o rumo e motivação**

A avaliação fornece a base para decidir quantos recursos alocar nas atividades correntes (ex.: coleta/recolha de dados e notificação, cumprimento de exigências de inspeção e regulação) e nas iniciativas de melhoria específicas (algumas das quais já em curso), bem como em qual destas últimas se centrar. Isso fornece o pano de fundo para as ações do líder referentes à “comunicação sobre a direção e motivação”.

As pessoas julgam a importância de uma questão mais pelo tempo e atenção que os líderes dedicam a ela do que pelo que ela realmente representa.

Pesquisas sugerem que as seguintes ações de liderança são efetivas:

- Imagine e comunique a visão de como o serviço será após a melhoria. Crie um “atrativo” que desperte a esperança das pessoas por um local de trabalho melhor, que preste um cuidado melhor aos pacientes. Isso pode motivar mais do que focar em dados sobre o mau desempenho ou as exigências que o serviço deve cumprir.
- Encontre e conte boas histórias sobre o problema e sobre o que outros fizeram. É assim que líderes de sucesso têm passado sua mensagem.
- Conte primeiro as notícias ruins: compartilhe as informações obtidas na avaliação sobre em que a qualidade é deficitária, as exigências e a comparação com os outros. Em alguns casos, isso representa a gota d’água, que mostra não haver outra alternativa, senão melhorar. Discuta e

defina objetivos e metas mensuráveis em tempo realistas para a melhoria.

- Volte-se para os aspectos positivos, demonstrando aquilo que outros fizeram para melhorar em situações similares quando trabalharam em conjunto. Explique como a melhoria priorizada contribui para a estratégia organizacional e porque os níveis de liderança mais altos devem apoiá-la.
- Reconheça continuamente os esforços feitos pelas pessoas para realizar pequenas mudanças. Para garantir que as pessoas continuem motivadas, os líderes precisam assegurar a existência de indicadores intermediários de progresso e reconhecer que estas e outras mudanças talvez não tenham a visibilidade que merecem.

### **Apoio ao planejamento e aos testes**

O apoio aplica-se tanto aos projetos de melhoria, quanto ao estabelecimento de novos sistemas de apoio ou à revisão de atividades de qualidade em curso. Parte do planejamento e da execução pode ser delegado ou compartilhado, mas algumas ações são específicas do líder. É dele a decisão final sobre quantos e quais recursos alocar. Mobilizar recursos de pessoal é chegar a um acordo sobre quem vai trabalhar no processo de melhoria, quando e por quanto tempo, e obter recursos para que estes profissionais trabalhem em tempo parcial ou integral. A falta de recursos adicionais implica ter que decidir sobre aquilo que não será feito e encontrar substitutos para compensar o tempo do trabalho clínico deslocado para as ações de melhoria. Também é

necessário decidir sobre o treinamento/formação de recursos humanos, o desenvolvimento de habilidades e a necessidade de especialistas externos.

O líder talvez não seja capaz de ser um membro permanente da equipe de implementação do projeto, mas terá que chegar a um acordo sobre os planos de melhoria com as pessoas escolhidas para tal e com aquelas afetadas pelo projeto, gestores e profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente, entre outros.

### **Acompanhamento**

Uma habilidade fundamental do líder é acompanhar, durante a execução do projeto, se este está produzindo os resultados previstos e que compensem o investimento realizado. Os líderes podem falhar em assumir essa responsabilidade, geralmente porque os indicadores de progressos não foram estabelecidos, porque faltam dados ou opiniões objetivas para realizar tal acompanhamento. No outro extremo, cortes no orçamento podem desperdiçar investimentos significativos no momento em que os resultados estejam surgindo.

### **Sustentabilidade e disseminação dos resultados**

Se os testes e a avaliação de uma mudança específica indicam uma melhoria, então as ações do líder devem continuar seguindo os próximos passos com a mesma ou com outras equipes de projeto. Será igualmente importante sustentar e disseminar a mudança, alargando-a para outras populações de pacientes ou serviços. A mudança inicial é frágil e frequentemente reversível. Os líderes estão numa posição que lhes permite institucionalizar

as mudanças através da criação de procedimentos permanentes, alterações nos sistemas e na cultura, de forma a reforçar as mudanças. Isso significa analisar os fatores que dificultaram a mudança e planejar quais os dados que permitem alertar para isso. Assim como diretrizes clínicas precisam de atualização para incluir novas pesquisas, outras ferramentas e informação de apoio à mudança também necessitam ser atualizadas. Tudo está em permanente mutação e as atividades de melhoria e qualidade sempre vão requerer ajustes de modo a garantir a sua efetividade.

## Conclusões

A pesquisa demonstra que as ações dos líderes são importantes para o sucesso da melhoria que agrega valor, mas há pouco consenso sobre o quanto e o que eles precisam fazer. A especificidade das suas ações depende do nível e da posição que ocupam, do tipo de objetivos de melhoria, do método utilizado e dos fatores do contexto organizacional ou de nível mais amplo. Grande parte do contexto que ajuda ou dificulta a ação do líder em realizar uma melhoria que agrega valor é criado pelos líderes em níveis mais elevados (gestão de topo) – suas políticas, direções e exigências – e também pelo que eles deveriam fazer.

Um novo modelo mais social de liderança está surgindo como a abordagem mais bem-sucedida para a melhoria. No entanto, ainda são muitos os que utilizam os modelos diretivos ou do herói individual (*one-man's show*). Há alguma evidência de que as iniciativas de melhoria de maior sucesso são aquelas para as quais o líder cria um processo social de compartilhamento e de troca de tarefas em diferentes momentos. A sua função é começar e sustentar esse processo. A forma como ele faz isso depende da situação. Os ingredientes principais são: os valores e a

motivação; intervenções efetivas; ciência e ferramentas de melhoria; comunicação e relacionamentos.

Apesar de não ser possível realizar prescrições específicas, a pesquisa permite identificar algumas orientações que fornecem um ponto de partida para os líderes decidirem a sua própria abordagem. Esta orientação está resumida no referencial “ACTES” – Avaliação [*Assessment*], Comunicação [*Communication*], Teste [*Testing*], Acompanhamento [*Evaluation*] e Sustentabilidade [*Sustaining*] de uma melhoria que agrega valor.

## **Capítulo 7: Utilizando o conhecimento para uma melhoria mais efetiva**

Como encontrar e utilizar conhecimento que possa garantir que o processo de melhoria agregue valor? O conhecimento voltado para a prática é a base das ações do líder da melhoria que agrega valor e o alicerce de um serviço que também o faz. A capacidade de encontrar e utilizar conhecimento, voltado para a prática, de forma efetiva decidirá o sucesso da melhoria que agrega valor e, por consequência, do serviço ou da organização de saúde.

### **Introdução**

Este capítulo aborda as questões relacionadas à obtenção de dados sobre os problemas de qualidade e de segurança em nosso próprio serviço, sobre as iniciativas para reduzi-los e sobre os custos e os ganhos de recursos. Aborda também como encontrar pesquisas úteis sobre os problemas prováveis, as soluções efetivas e os custos associados. Pesquisas sobre quais soluções para a melhoria de qualidade aplicáveis em serviços comuns como o seu ajudam a criar um sistema custo efetivo de coleta/recolha rotineira de dados. Pesquisas sobre a transferência de conhecimento da teoria para a prática também nos mostram formas efetivas de colocar as teorias de base científica em prática, de forma a agregar valor ao nosso serviço ou organização de saúde, como, por exemplo, o conhecimento sobre tratamentos efetivos ou soluções para a melhoria de qualidade.

Richard tinha a impressão de que o projeto ia bem, mas ele interrogava-se sobre todos os outros problemas de qualidade do serviço: teriam eles escolhido corretamente qual problema abordar? E como poderiam obter uma imagem mais precisa para saber se o projeto estava no rumo certo? E como poderia saber se o mesmo já começava a ter impacto? Havia uma forma mais efetiva de apresentar os dados?

A melhoria só é possível através da obtenção de informação sobre o progresso do projeto de mudança, a qual deve esclarecer, de maneira confiável, o que fazer em seguida. Retroalimentação sobre o progresso de uma intervenção é um tipo de informação necessária. Porém, há outros tipos de informação que são essenciais para cada uma das tarefas da jornada que vai desde a escolha à execução da melhoria.

São informações, por exemplo, sobre:

- Quais são os problemas de qualidade reais e com maior impacto na organização?
- Qual é o desempenho atual do serviço em relação à qualidade e à segurança?
- Existem soluções de melhoria de qualidade já preparadas, com métodos estabelecidos e custos avaliados?
- Quais foram os progressos e resultados dessa melhoria?
- Quais são as formas efetivas de disseminação e sustentabilidade das soluções de melhoria?

Neste capítulo não se aborda o conteúdo do conhecimento, pois o mesmo já foi apresentado em outros capítulos, mas descreve-se como encontrar, utilizar e criar os diferentes tipos de informação de forma a escolhermos e executarmos uma mudança que é uma melhoria que agrega valor. É fácil desperdiçar tempo procurando pelo conhecimento e informação necessários ou tentando aplicar aqueles que sejam “muito distantes da ação prática”.

## **As razões para obter e utilizar o conhecimento**

“Falta de tempo” são três palavras que expressam: “Eu tenho coisas mais importantes e mais satisfatórias para fazer”. Por vezes, líderes de melhoria ficam desapontados ao tentar utilizar dados ou o conhecimento produzido por pesquisas científicas. Considere a seguinte situação: a taxa de infecção em um serviço. Os dados demoraram a ser obtidos, não eram confiáveis e não podiam ser comparados de forma a fazer sentido. O mesmo pode ocorrer com a procura por pesquisas sobre como reduzir a taxa de infecção. A experiência tem sido negativa devido ao tempo gasto para encontrar 5% dos estudos com implicações práticas, avaliar a sua qualidade e correlacioná-los com a realidade da sua organização. Melhoria baseada em conhecimento faz sentido em teoria, mas, até agora, faz pouco sentido na prática para muitos líderes ocupados, sob pressão, com pouco treinamento/formação nesta área específica, dispendo de sistemas de apoio insuficientes e pouco especializados, numa cultura bastante voltada para a ação.

Novas ferramentas de pesquisa e o aumento do número de bases de dados, bem como da qualidade e dimensão da informação que contêm, facilitaram o acesso a pesquisas e permitiram ver que a sua utilidade prática está mudando e é hoje muito maior. Parece

haver algum consenso de que os líderes que sabem quais dados buscar, onde e como obter a pesquisa que os fundamenta, consideram que isso faz uma grande diferença para o sucesso da melhoria. Por exemplo, eles podem mostrar dados sobre o que mudou como resultado dos esforços de melhoria. Apesar de geralmente vistos pelos seus colegas como sendo “o tipo científico”, o que nem sempre é um elogio, esses líderes descobriram que saber utilizar dados e pesquisas “no trabalho do dia-a-dia” proporciona aprendizagens e competências valiosas em outras áreas do seu trabalho. Eles reconheceram que essas habilidades são essenciais para o seu futuro e para o futuro da organização.

Recompensas rápidas e o desenvolvimento de capacidades valiosas também são motivadores organizacionais. Se a utilização de dados e de pesquisa permitir à organização focar os seus esforços e evitar desperdiçá-los em algo que não tenha retorno, então ela começará a reconhecer o seu valor. Organizações de saúde estão começando a perceber que esta capacidade é essencial para o seu futuro e para agregar valor aos seus serviços e organizações de saúde.

Experimentar o sucesso com a utilização do conhecimento e a percepção da diferença que ele faz é o principal fator motivador. A não utilização de pesquisa e de dados locais é uma razão pela qual, no passado, os responsáveis pela melhoria escolheram mudanças que não melhoraram a qualidade nem reduziram os custos. A pesquisa teria demonstrado que tais mudanças não deveriam ter sido iniciadas.

## Conhecendo os problemas

Este capítulo não é sobre “quais os problemas”, mas sim sobre como obter conhecimento sobre os problemas e qual a melhor forma de definir prioridades. No capítulo 1, dois tipos de informações necessárias foram descritos. São eles:

- Informações geradas por pesquisa proveniente de outros locais, que podem sugerir quais são os principais problemas de segurança e qualidade em nosso serviço. Essa pesquisa pode, inclusive, apontar quais os tipos de problemas, quantos pacientes são afetados, as consequências para eles e os custos.
- Informações geradas a partir de dados sobre estes problemas em nosso serviço e, preferencialmente, a partir da comparação do desempenho do nosso serviço ou organização de saúde com o de outros serviços/organizações similares ou do nosso desempenho atual com o observado no ano ou no mês passado.

A melhor fonte para se ter uma ideia acerca dos possíveis problemas (o primeiro tipo de informação anteriormente mencionado) é a realização de uma revisão abrangente da literatura sobre qualidade e/ou segurança do paciente, com foco em nosso tipo de serviço e em nosso próprio país. Alguém já realizou uma revisão de literatura sobre o tema e apresentou os dados de uma forma que nos permita extrapolá-los para nosso serviço? Os artigos de revisão de literatura científica poupam-nos

de termos que obter e resumir várias pesquisas sobre problemas específicos. O nosso objetivo é identificar uma lista de problemas sobre os temas da qualidade e da segurança, evidenciando as suas respectivas frequências, de modo a nos permitir estimar a ocorrência de tais problemas no nosso serviço e começar a decidir qual deles abordar.

As fontes de busca de pesquisas são bases de dados, como *PubMed*, *Medline*, *Scopus*, *Embase*, entre outras, com a correta combinação de termos para pesquisa, inclusive no “Google scholar”. Além dos artigos de revisão, estudos que tenham avaliado eventos adversos hospitalares numa amostra de prontuários de paciente/processo clínico também podem dar indícios sobre os possíveis problemas (VRIES et al., 2008; HAUCK et al., 2012). A maioria dos países, incluindo o Brasil (MENDES et al., 2009) e Portugal (SOUSA et al., 2014), realizou esse tipo de estudo.

## **Dados locais**

A pesquisa proveniente de outros locais é útil na elaboração de uma estimativa e também mostra como enumerar e categorizar os problemas. Posteriormente, precisamos de informação local sobre a nossa realidade, a realidade do nosso serviço ou organização de saúde (o segundo tipo de informação anteriormente mencionado), por duas razões: primeiro porque poucos colegas aceitam dados de outro serviço como um indicativo das “falhas de qualidade” ou da taxa de eventos adversos em seus serviços. Segundo, porque precisamos de dados locais passíveis de serem monitorados ao longo do tempo, que nos permitam avaliar o progresso e verificar se a mudança melhorou a qualidade ou a segurança da prestação

de cuidados. Dados locais são necessários para monitorar e avaliar os esforços de melhoria. Estes, por sua vez, são necessários para que outros, como, por exemplo, a alta gestão/gestão de topo, avaliem o valor do tempo e do esforço despendidos.

Podemos obter esses dados através de pesquisas e de relatórios gerados pelos sistemas de informação sobre indicadores de qualidade e de segurança, para depois avaliar quais deles estão disponíveis a partir dos dados de rotina do nosso serviço e verificar se são válidos. Os indicadores de segurança do paciente e de qualidade da AHRQ, disponíveis em seu sítio na internet, são bons pontos de partida, assim como a página de indicadores do Proqualis (<http://proqualis.net>). Artigos e relatórios de grupos nacionais com recomendações sobre indicadores de qualidade e segurança, geralmente baseados em dados coletados/recolhidos rotineiramente, estão disponíveis para a maioria das especialidades clínicas. Em alguns casos, indicadores de estrutura, processo e resultados transversais a uma organização de saúde também são encontrados.

As organizações de saúde podem utilizar as seguintes fontes e métodos de coleta/recolha de dados para obter informações sobre os problemas de qualidade:

### **Depois da ocorrência de um evento indesejado**

Eventos adversos, erros ou incidentes que não atingiram o paciente [near miss]

- Observação direta e notificação por paciente, profissional ou outra pessoa (a um indivíduo ou sistema que registra a notificação).

- Notificação obrigatória de determinados eventos (ex.: eventos sentinela ou *never events*).
- Análise do prontuário/processo clínico do paciente (ex.: utilizando ferramentas de rastreamento de eventos adversos, mais conhecidas por *trigger tools*) (WOLFF; TAYLOR, 2009; MENDES et al., 2009; SOUSA et al., 2014).
- Atividades da organização e relatórios de cobrança relativos a procedimentos terapêuticos ou outros serviços desnecessários; ou tempo de permanência adicionais causados por “problemas da organização”.
- Ações judiciais interpostas por pacientes ou familiares após evento adverso.

Fontes de informação sobre a qualidade relacionada aos pacientes e aos profissionais

- Dados de reclamações, pesquisas de satisfação dos pacientes ou dos profissionais de saúde, ou grupos focais.
- Dados de notificações feitas por profissionais sobre insatisfação de pacientes.
- Prática ou resultados de auditorias clínicas, utilizando diferentes metodologias.
- Indicadores de qualidade específicos por especialidade (alguns destes podem ser provenientes de sistemas locais de informação estabelecidos por profissionais de saúde que

lidam diretamente com o paciente para contribuir com bancos de dados nacionais ou “registros de qualidade”).

### **Antes da ocorrência de um evento**

Preditores potenciais de “má qualidade” e dados para a gestão de risco

- Auditorias das condições de trabalho, utilizando métodos que analisem aquelas que aumentam a probabilidade de ocorrência de erro, evento adverso ou “má qualidade”.
- Auditorias da prática clínica (as práticas recomendadas estão sendo utilizadas?).
- Avaliação individual do risco de os pacientes sofrerem um evento adverso (ex.: utilização de escalas de risco de quedas – Escala de Morse, por exemplo – ou de úlcera por pressão – Escala de Braden, por exemplo).

Os dados não têm significado algum, a menos que possam ser comparados [*benchmarking*] em qualquer uma das formas abaixo indicadas:

- Comparar os mesmos indicadores ao longo do tempo em nosso próprio serviço ou organização de saúde para averiguar se o problema se agravou ou se a melhoria surtiu efeito; ou
- Comparar nossos indicadores com indicadores de serviços ou de organizações de saúde similares para encontrar aqueles cujo desempenho seja muito melhor e descobrir

como fazem isso. Até hoje, as comparações de dados sobre qualidade e segurança entre serviços têm baixa validade porque os serviços coletam/recolhem dados de formas diferentes, usam definições distintas e a validade dos mesmos não é auditada. Porém, isso irá mudar quando a melhoria que agrega valor assumir maior importância nos serviços, organizações e sistemas de saúde.

Como já foi referido neste livro, melhoria que agrega valor também requer informação sobre o custo do problema. A pesquisa fornece uma ideia inicial, mas precisamos fazer nossas próprias estimativas para aquelas iniciativas de melhoria que parecem promissoras e viáveis. No capítulo 3, foi discutido como fazer isso através de uma análise do caso de melhoria que agrega valor [*Business Case*].

## **Conhecendo as soluções**

Vimos, no capítulo 2, que conhecer o problema é apenas parte da equação da escolha de uma melhoria que agrega valor. Outra parte é conhecer uma solução efetiva e os seus prováveis custos.

Uma solução é a combinação de uma mudança do tipo antes/depois com um método efetivo para implementá-la. Há mais evidência sobre a primeira do que sobre o último e, de qualquer maneira, como discutido anteriormente, pesquisas sobre implementação provenientes de outros locais são apenas um guia básico daquilo que seria necessário localmente – a implementação depende de fatores locais. Neste capítulo, estamos mais

preocupados em como encontrar soluções e métodos e em como aplicá-los aos nossos problemas de modo a ajudar a escolher a melhoria que agrega valor. Há cinco fontes de informação sobre as soluções:

- Revisões abrangentes de pesquisa que fornecem uma visão geral sobre a efetividade de intervenções com foco em qualidade e segurança. Uma das primeiras revisões com foco em segurança foi a realizada pela AHRQ em 2001 (atualizada em 2013), seguida pelas revisões realizadas por Øvretveit (2004a; 2007).
- Vários sítios de internet sobre segurança e qualidade (ex.: IHI, AHRQ, *Joint Commission*, NQF, NPSA, ASCQHC, CEC, Proqualis, *The Health Foundation*).
- Estudos sobre problemas específicos que também analisaram soluções (ex.: eventos adversos aos medicamentos).
- Estudos originais que avaliaram uma solução.
- Pesquisa ou revisões sobre métodos para implementar soluções.

Uma coisa é saber se existe uma solução. Outra é verificar se ela é efetiva em qualquer lugar, incluindo na organização onde queremos implementar. O grande objetivo é desenvolver rapidamente habilidades e métodos para encontrar soluções e evidências acerca da efetividade das mesmas. Em seguida, procura-se analisar se a solução pode ser implementada em sua

organização e qual o custo dela. Os passos para se obter conhecimento sobre uma solução e para capacitar indivíduos e a organização para fazer isso implicam responder às questões abaixo indicadas:

- Existe uma solução para este problema, seja ela uma mudança do tipo antes/depois ou um método para desenvolver uma solução?
- Qual é a evidência da efetividade dessa solução ou método?
- Ela poderia ser implementada no meu serviço, organização ou contexto? (Quais são as condições necessárias e os riscos de uma implementação parcial?)
- Quanto isto iria custar?

Da pesquisa e de outras fontes de informação obteremos apenas uma parte da informação necessária para responder a essas questões. O restante é proveniente do próprio conhecimento que se tem do contexto. Para isso, é importante conhecer a política local e os atores que podem ajudar ou dificultar a implementação, conforme discutido no capítulo 5.

## **Informação para a escolha de uma melhoria que agrega valor**

Conhecer os problemas, as soluções e os custos é a base para escolher qual melhoria que agrega valor deveremos implementar. O quadro abaixo ajuda na construção de uma escolha de uma melhoria, conforme descrito no capítulo 3.

### **Quadro 3 - Síntese dos elementos a se ter em conta na escolha de uma melhoria que agrega valor**

<b>Problema</b>	<b>Custo</b> (para o serviço por ano) (\$)	<b>Solução</b>	<b>Gasto</b> (custo para o serviço decorrente da redução do problema em 50%)	<b>Economi</b> a potencial	<b>Risco de implemen</b> tação (0-5)	<b>Score de prioridade</b> (0-5)
Infecção pós-operatória evitável	26,000	Antibiótico-profilaxia até 1 hora antes da incisão cirúrgica	12,000	14,000	3	3
Eventos adversos por erros de prescrição	15,500	Revisão por farmacêutico e alerta	9,000	6,500	3	3
Queda de paciente	4,600	Avaliação de risco e implementação de medidas de precaução	2,000	2,600	1	1
Úlcera por pressão	6,700	Avaliação de risco e criação de condições apropriadas	4,200	2,500	2	2

### **Conhecendo o progresso e os resultados**

Até agora analisamos a razão pela qual devemos utilizar e como combinar o conhecimento sobre os problemas e sobre as soluções para escolher qual melhoria adotar. Se começamos a implementar uma mudança, precisamos de informações sobre como ela está progredindo, preferencialmente de informação voltada para a prática e que nos aponte o que é necessário fazer para acelerar o progresso. Esse tipo de informação é essencial para as avaliações periódicas, descritas no capítulo sobre implementação, e permite

corrigir algo que não esteja evoluindo como previsto. Trata-se de retroalimentação ou monitoramento do desempenho.

Os indicadores de qualidade e de segurança do cuidado, descritos anteriormente para analisar os problemas em nosso serviço, são informações voltadas para a prática. Porém, os processos de melhoria levam tempo para impactá-los e ainda haverá dúvidas sobre o quanto a melhoria ou outras influências causam diferença nos indicadores. Precisamos, portanto, de outras fontes de informação sobre o progresso. Estas incluem dados sobre resultados intermediários, indicadores de processo e conquistas, transformações ou melhoria da implementação. Por exemplo: no caso de uma intervenção de conciliação medicamentosa para reduzir eventos adversos dos medicamentos, essa informação poderia ser se os formulários padronizados foram elaborados ou distribuídos, se o treinamento/formação foi feito, se os líderes da unidade estão supervisionando e verificando a utilização dos formulários etc.

A forma mais rápida e comumente utilizada para conhecer o progresso são as avaliações pessoais, que se baseiam em várias observações, além dos dados quantitativos descritos acima. Podemos fortalecer esta fonte de informação reduzindo os seus critérios. Por exemplo, utilizar diversos tipos de informação e observar se apresentam um padrão consistente. Se não há um padrão consistente, então deve-se perguntar quais as fontes que são consideradas as mais confiáveis.

Também precisamos conhecer os resultados; por exemplo, em quanto a mudança melhorou a qualidade e quais são os reais ganhos financeiros conquistados? Essas respostas necessitam de dados. Organizações de saúde de média e pequena dimensão não podem realizar rotineiramente pesquisas que envolvem desenhos mais complexos, de modo a garantir a validade dos seus resultados. Porém, há outras formas de se ter mais certeza e aumentar a credibilidade dos resultados.

Uma das formas mais fáceis é utilizar um desenho de série temporal: coletar/recolher dados em três momentos no tempo, antes do início da mudança (ex.: número de eventos adversos por mês) e continuar monitorando-os para avaliar se há melhoria consistente. Outros métodos de avaliação que podem ser utilizados em serviços de rotina para avaliar intervenções de qualidade e segurança estão descritos em NHSMA, 2005 (NELSON et al., 2003; GROL et al., 2004; ØVRETVEIT, 2014).

### **Conhecendo as mudanças do contexto**

Quando trabalhamos intensamente numa mudança, concentramo-nos em nossos esforços e desenvolvemos uma visão restrita, esquecendo que o sucesso da mudança é decidido, também, por outros fatores da organização e fora dela. No capítulo 4, discutiram-se os fatores contextuais que podem ajudar ou dificultar a mudança. De modo a acelerar o progresso e a fazer os ajustes necessários, os implementadores precisam saber quais os fatores organizacionais ou mais amplos que sofreram ou sofrerão alteração e que podem impactar na implementação da mudança. Eles devem garantir que esses fatores sejam levados em consideração nas revisões e que medidas para abordá-los sejam tomadas. Conhecer as mudanças é parte do monitoramento e

documentá-las ajuda a explicar os resultados durante uma avaliação, através da demonstração de quais fatores poderiam justificá-los.

Devemos incluir métodos e sistemas para detectar e alertar sobre mudanças nesses fatores, objetivando neutralizar o viés, o foco interno e a visão que invariavelmente surgem com o esforço feito para a implementação. O ponto de partida é identificar, nas etapas de planejamento, os fatores que podem ajudar ou dificultar que uma melhoria específica seja implementada e buscar formas de obter informações acerca desses fatores. Podem ser informações sobre uma alteração na forma como o serviço é financiado, ou informações sobre pessoas que exercem influência na mudança e que podem estar deixando o serviço, ou ainda outros fatores, tais como aqueles descritos no capítulo 5.

### **Melhorando nosso conhecimento**

Os tipos de conhecimento descritos anteriormente ajudarão na obtenção de sucesso na escolha e na implementação de processos de melhoria. No momento, sua própria capacidade, ou a do seu serviço, de encontrar o conhecimento adequado e utilizá-lo pode ser limitada. O que podemos fazer para melhorar nossa habilidade de encontrar e usar conhecimento adequado? O que podemos fazer para aumentar a capacidade organizacional para implementar processos de melhoria com base no conhecimento?

Pesquisas científicas sobre como as pessoas utilizam conhecimento de forma efetiva podem fornecer algumas respostas a essas questões. Antes, porém, deve haver motivação individual e organizacional para utilizar o conhecimento de forma mais efetiva.

Geralmente, esta motivação vem de experiências positivas, nas quais o conhecimento adequado fez a diferença. Enquanto a experiência na utilização de conhecimento sobre questões clínicas e terapêuticas, em sua maior parte, é positiva em termos do valor agregado para o paciente, a experiência com a utilização de conhecimento sobre métodos de gestão e processos de melhoria geralmente não existe ou teve resultado negativo, em decorrência da utilização de conhecimento inadequado. Uma forma de “melhorar nosso conhecimento” é “aprender fazendo” com a orientação de especialistas: engajamento em iniciativas de melhoria baseadas no método colaborativo é uma boa forma de começar e tem custo menor do que outras opções.

Há dois grupos de conhecimento e métodos que as organizações precisam desenvolver: (i) a gestão do conhecimento [*knowledge management* – *KM*] e (ii) os métodos para tradução do conhecimento na prática dos serviços. Gestão do conhecimento é um termo genérico que indica como as organizações podem identificar e utilizar o conhecimento [*know how*] existente e as evidências científicas.

É através do conhecimento e da experiência das pessoas que uma organização presta seus serviços. Estes recursos valiosos ficam geralmente com os indivíduos e vão embora com eles. Experiências acerca daquilo que funciona ou não, e em quais situações, geralmente não são compartilhadas entre colegas ou entre projetos. As organizações também falham em facilitar aos seus profissionais a utilização do conhecimento obtido através de publicações científicas sobre processos de melhoria efetivos. Estes profissionais geralmente não sabem onde buscar, nem como adaptar o conhecimento ao seu contexto. Como resultado, as

atividades são menos efetivas do que poderiam ser, e tempo e dinheiro são geralmente desperdiçados “reinventando a roda”.

Gestão do conhecimento refere-se aos métodos e sistemas para identificar, compartilhar e aplicar o conhecimento de modo mais efetivo. Em grande parte, refere-se à colocação “da pesquisa científica na prática”, mas também inclui métodos para transformar a experiência das pessoas em conhecimento (“evidência empírica”), principalmente em relação às intervenções efetivas e às práticas de trabalho. Esta é, provavelmente, a maior contribuição do campo da gestão do conhecimento, mas a menos conhecida. Em alguns casos, os serviços de saúde de menor dimensão, como instituições de longa permanência, unidades de atenção primária ou pequenos hospitais, precisarão utilizar sistemas de gestão do conhecimento proporcionados por outros serviços. Mais informações sobre este tema podem ser encontradas na revisão sobre métodos para gestão do conhecimento realizada por Øvretveit (2006).

Tradução ou Translação do Conhecimento [*knowledge translation – KT*] refere-se à teoria, à pesquisa e à prática. Tem por objetivo acelerar a incorporação do conhecimento sobre cuidado de saúde efetivo à prática e está intimamente relacionada à Ciência da Implementação. Abordagens práticas foram mais desenvolvidas pela *Canadian Health Services Research Foundation* (CHSRF) e incluem programas de treinamento, bolsas [*fellowships*], serviços colaborativos e projetos de pesquisa. Maiores informações podem ser encontradas em CHSRF (2008) e em Reardon (2006). Neste domínio, também destacam-se a *The Health Foundation* ([www.health.org.uk](http://www.health.org.uk)) e o *Institute for Healthcare Improvement – IHI* ([www.ihl.org](http://www.ihl.org)), que apresentam uma vasta experiência e uma série de publicações recentes sobre o tema muito interessantes.

## Conclusão

Alguns líderes consideraram frustrante e uma perda de tempo procurar conhecimento de base científica ou através dos dados dos seus serviços. Neste capítulo, vimos o que nos motivaria a utilizar mais o conhecimento científico e como encontrar o tipo de conhecimento necessário para identificar processos de melhoria que agregam valor.

A mensagem principal deste capítulo foi que o conhecimento é a base para a escolha e para a execução de uma melhoria que agrega valor. A capacidade individual e organizacional de encontrar e utilizar conhecimento prático é essencial para o futuro da organização e para o sucesso de processos de melhoria que agregam valor. Sabemos que isso é verdadeiro no que se refere ao emprego do conhecimento científico para a decisão diagnóstica e terapêutica. Muitos líderes e organizações de saúde, porém, não têm experiência sobre o quão útil também é a aplicação do conhecimento adequado na escolha e na implementação de processos de melhoria.

## Capítulo 8: Construindo processos de melhoria que agregam valor

### Introdução

Os processos de melhoria que, reconhecidamente, agregam valor têm mais chances de serem bem-sucedidos. Iniciar e progredir na implementação de uma melhoria é mais provável se o *business case* for positivo, pois isso garantirá recursos e apoio de instâncias superiores. Vimos nos capítulos anteriores que é mais provável obter o apoio e o envolvimento dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente se houver objetivos de qualidade, um plano credível e se o líder conseguir persuadir “atores-chave”. Dados sobre o progresso da melhoria apoiam a iniciativa; revisões regulares e ajustes ajudam o avanço da implementação. Portanto, medidas de resultados sobre a qualidade e o custo mostram se a mudança valeu a pena e ajudam outros a defender mudanças similares.

Se todos esses passos forem dados corretamente, então o novo serviço terá maior qualidade e menor custo e haverá dados confiáveis para demonstrar isso. Mas como é possível, então, que algumas destas mudanças não sejam sustentáveis? Como o serviço pode retroceder à antiga forma após todo este esforço e após a demonstração dos benefícios? Por vezes, a mudança está limitada a alguns pacientes ou partes do serviço e pode não se adequar a outras rotinas ou procedimentos. A mudança pode se apoiar em treinamentos que não são reforçados, permitindo que os “velhos hábitos” retornem. Pode ainda falhar por “competir” com outras pressões do trabalho. Além disso, há também a chegada de novos profissionais ao serviço ou outras eventuais alterações que podem afetar o processo de mudança.

O fato de uma mudança ser reconhecidamente uma melhoria que agrega valor, resultando em maior qualidade e menor custo, pode ainda não ser suficiente para sustentá-la em locais de trabalho muito “turbulentos”. Como podemos desenvolver nossa capacidade de implementar processos de melhoria que agregam valor, de forma a integrá-los no trabalho e nos procedimentos diários da organização? Este capítulo tenta responder a estas perguntas (mais detalhes podem ser encontrados em ØVRETVEIT, 2011 b,c,d; ØVRETVEIT, 2014).

### **Um projeto reduziu o número de úlceras por pressão, mas por que não foi sustentável nem disseminado em larga escala?**

Uma equipe externa de pesquisa ajudou gestores de uma instituição de longa permanência a treinar, apoiar e motivar os profissionais para a identificação e a prevenção das úlceras por pressão (UPP). A prevalência de UPP na instituição era de 20%, o que fez com que esta recebesse advertências do Departamento de Saúde. A pesquisa mostrou que o custo de tratamento de uma UPP na categoria II era de \$2,700, que as diretrizes clínicas de prevenção não eram efetivas e que, apesar de a presença de consultores externos melhorar os resultados, ela era muito cara para a maioria das instituições de longa permanência.

O programa incluiu treinamento, educação via vídeo interativo em computador, orientação sobre como utilizar o toque para detectar alterações precoces na pele, lembretes, cartões e avisos. Havia também incentivos: \$10 para cada profissional que completasse o treinamento e \$75 para cada profissional, caso a incidência de UPP caísse para menos de 3% até a última semana

da fase do teste piloto (o gestor da unidade estabeleceu esta meta). Houve retroalimentação para a gestão, com a apresentação de relatórios semanais sobre quantos profissionais haviam completado o treinamento e o uso de uma grande figura de um termômetro, atualizada semanalmente, que mostrava a incidência de UPP, baseada em dados fornecidos pela equipe.

Os resultados mostraram que o número de utentes/residentes com UPP caiu de 38% para 10% durante a intervenção, mas depois saltou para 19% nos três meses subsequentes. Por quê?

Uma avaliação realizada chegou às seguintes explicações:

- Na ausência da equipe externa, o gestor da instituição não tinha motivação para dedicar o tempo e a energia necessários para a continuidade do programa. Ele parou de estabelecer novas metas para a redução de UPP e o programa foi rapidamente abandonado.
- A instituição de longa permanência não podia arcar com os incentivos financeiros pelo treinamento para melhor desempenho dos profissionais. Os profissionais antigos tornaram-se menos vigilantes na identificação de UPP e os novos falharam em completar o treinamento do programa (seis meses após, somente 6 de um total de 29 tinham sido treinados).
- A abordagem poderia ter sido efetiva na redução de UPP caso tivesse tido apoio contínuo.

- A equipe descobriu que cada um dos componentes do programa foi bem-sucedido durante o seu engajamento:
  - O treinamento e os lembretes forneceram as habilidades e ferramentas necessárias para o reconhecimento e a prevenção de UPP;
  - O bônus potencial de \$75 criou um espírito de trabalho em equipe entre os profissionais. Além do mais, a participação no treinamento foi intensa (mas deve-se ressaltar que, além do bônus de \$10 por completar o treinamento, os colaboradores podiam ser demitidos caso não o fizessem). Durante os três meses que constituíram a linha de base do projeto, 148 dos 154 profissionais concluíram voluntariamente o treinamento (dois foram demitidos por não o terem completado, mesmo após receberem duas advertências);
  - A retroalimentação para a gestão através do termômetro visual foi uma ferramenta motivacional efetiva, fornecendo um indicativo claro e atualizado do sucesso do programa na redução de UPP (e mostrando aos profissionais que eles estavam no caminho certo para receber o bônus em dinheiro).

O relatório concluiu que programas similares não seriam sustentáveis sem apoio externo contínuo ou sem um gestor interno altamente motivado (ROSEN et al., 2006). Concluiu também que a economia de recursos e a diminuição do sofrimento pagariam o custo do apoio externo à intervenção, a qual se provou efetiva a curto prazo. Porém, o relatório não comentou se o incentivo continuaria a ter um poder motivador no longo prazo, nem discutiu os aspectos éticos do pagamento de profissionais para a prevenção de úlceras por pressão.

## **Sustentabilidade dos processos de melhoria que agregam valor**

O exemplo acima é relativamente raro, no sentido de que sabemos o que ocorreu após o projeto – a maioria das pesquisas é de curto prazo. A falta de seguimento leva a uma imagem enviesada – uma mudança bem-sucedida no período de um ano, mas que retrocede após dois, não é uma melhoria que agrega valor. Parece consensual que uma mudança que não é sustentável é uma mudança que não foi implementada. Entretanto, a opinião comum é de que, uma vez que a implementação “acabou”, as atenções se voltam para a “sustentabilidade”, como se fosse outra fase.

A história da melhoria da qualidade e da segurança contém poucos sucessos bem divulgados. Além disso, os custos e os esforços, em geral, não são adequadamente avaliados. A experiência demonstra que, para cada um destes sucessos, há vários projetos em organizações comuns que desapareceram gradualmente ou que tiveram resultados medíocres. Seria esta uma visão negativa ao entusiasmo que deve ser nutrido nos

profissionais e nas organizações? Ou um reconhecimento realista do porquê de os processos de melhoria e o ato de implementá-los geralmente não estarem completamente integrados nos serviços?

Parte destas razões já foi apresentada anteriormente. Os resultados não eram medidos; as medidas estavam erradas e não capturavam os benefícios; havia pouca atenção aos recursos utilizados durante o projeto piloto; as mudanças focavam apenas em resultados relacionados ao custo ou ao cumprimento de prioridades não clínicas, não recebendo o apoio dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente.

Neste livro, argumenta-se que escolher processos de melhoria que agregam valor, ao invés de outras mudanças, torna a incorporação e a sustentabilidade destes mais prováveis de ocorrer. Ressalta-se que isso não é suficiente: há ações que ainda precisam ser tomadas para a manutenção da melhoria que agrega valor. Essas ações são ainda mais necessárias para mudanças mais complexas, envolvendo diversas profissões em processos de melhoria ambiciosos que envolvem itinerários clínicos e fluxo de pacientes. Da mesma forma como são mais difíceis de serem executadas, essas mudanças são também mais difíceis de serem sustentadas, visto que os diferentes profissionais ou departamentos farão suas próprias mudanças posteriormente, podendo não levar em consideração a melhoria incorporada ao itinerário clínico ou ao fluxo do paciente.

## **Mudança nas condições para garantir apoio contínuo à melhoria**

Vimos, no capítulo 4, que o contexto pode ajudar ou dificultar a implementação e que o mesmo ocorre com a sustentabilidade. Uma vez implementada, a mudança deve ser constantemente renovada porque as condições que a apoiam podem mudar. A renovação, entretanto, não precisará de tantos recursos quanto aqueles necessários para iniciar a mudança.

## **Desafios à sustentabilidade da melhoria de qualidade: conflitos, contradições e enigmas**

Uma revisão da literatura sobre sustentabilidade da melhoria de qualidade indicou que muitas dificuldades eram decorrentes de diferentes tensões ou conflitos. Para disseminar e sustentar os processos de melhoria, os líderes precisam reconhecer tais problemas e trabalhar para equilibrá-los.

## **O que deixamos de fazer pela melhoria de qualidade? (Recursos adicionais para melhoria de qualidade versus deslocamento de recursos)**

O problema da sustentabilidade de novos projetos é comum na área da saúde. Frequentemente, é possível encontrar recursos para começar um novo projeto, mas, mesmo que ele tenha sucesso, é difícil garantir recursos de forma permanente. Financiamento externo de curto prazo pode acabar, ou os profissionais podem não continuar a trabalhar no projeto, além de terem que se dedicar às suas atividades regulares. Financiamento para equipamento e recursos de capital estão mais facilmente disponíveis do que investimentos para o desenvolvimento de pessoas e da organização, apesar de estes “investimentos suaves” gerarem melhoria de eficiência e de qualidade, que podem se

igualar ou superar os investimentos de capital. Geralmente, a integração de um novo projeto à rotina de operações demanda que uma unidade desloque recursos de outras atividades para a nova. Sem recursos adicionais, levanta-se a seguinte questão: o que deixamos de fazer para obter recursos para a nova atividade (custo de oportunidade)?

### **Uma cultura “de curto prazo” impõe demandas imediatas que se antepõem aos investimentos de longo prazo**

Desenvolvimento significa quase sempre realocar recursos de atividades atuais para investir no futuro; equilibrar o tempo e os recursos destinados ao cuidado do paciente no presente com aqueles destinados a melhorar o serviço para os futuros pacientes. Geralmente este equilíbrio não é alcançado porque as crises requerem atenção urgente e porque as demandas políticas e as prioridades mudam com o tempo.

O foco no curto prazo e a necessidade de se obter resultados rápidos significam que as atividades que levam tempo para se estabelecer e ter resultados terão menos chances de receber apoio, ou não terão o tempo e as condições necessárias para produzir os resultados esperados. É também mais rápido e fácil introduzir melhoria de qualidade em uma unidade ou trabalhar com processos internos do que abordar questões que ultrapassam barreiras entre as unidades e as profissões. Apesar disso, os processos de melhoria de qualidade mais expressivos advêm destas ações que cruzam barreiras; porém, isso leva tempo.

## **Uma crise pode desencadear uma melhoria, mas a sustentabilidade precisa de estabilidade**

Imershien (1997) observa que as maiores inovações ocorrem em situações de crise quando as tensões estão altas – “a necessidade é a mãe da invenção”. Contextos turbulentos geralmente originam a crise que força a organização a fazer mudanças radicais para trabalhar com melhor qualidade. Apesar disso, o contexto de crise é menos condutivo ao trabalho de longo prazo necessário para a melhoria de qualidade. É mais difícil sustentar uma atividade quando o contexto está mudando constantemente. Uma forma de criar as condições necessárias é o gestor “proteger” ou isolar a atividade de melhoria das interrupções, por tempo suficiente, para que se produzam os resultados esperados.

## **Interrompa precocemente atividades inefetivas, mas antes dê tempo para que elas demonstrem seus resultados**

A sustentabilidade está intimamente relacionada com a efetividade, já que somente atividades efetivas deveriam ser sustentadas. Mesmo assim, é difícil para uma organização prever quais atividades de melhoria de qualidade produzirão resultados positivos. Entretanto, algumas atividades são interrompidas antes mesmo de produzirem resultados. Outras continuam por longos períodos, apesar da ausência de resultados positivos, devido à insuficiente supervisão por parte da gestão. Deve-se dar tempo aos projetos de melhoria de qualidade para que produzam resultados, mas é preciso saber quanto tempo é suficiente e quando se torna claro que o projeto não é efetivo.

Apesar de a evidência científica demonstrar que algumas atividades de melhoria de qualidade podem ser efetivas, não há garantia de que os bons resultados possam ser atingidos em uma organização específica. A organização pratica um ato de fé ao comprometer recursos por tempo suficiente para dar às atividades a chance de produzirem resultados. Além disso, ela necessita de formas para avaliar a efetividade local e aprender com a experiência.

Indicadores para medir inefetividade podem ser a ausência de metas mensuráveis para uma equipe, de indicadores de progresso ou de autoavaliação regular do progresso. A teoria e a experiência demonstraram que estas são abordagens de melhoria de qualidade necessárias.

Apesar da dificuldade em se avaliar a efetividade, está claro que esta avaliação não será feita se ninguém for responsável por ela e se não houver dados coletados para informá-la. Isso requer que os gestores se responsabilizem pela avaliação da probabilidade de sucesso da atividade; que facilitadores realizem uma avaliação precoce especializada; e que a equipe estabeleça e colete dados para indicadores de progresso, além de fazer relatórios regulares. Essas condições precisam ser esclarecidas como requisitos logo no início da atividade.

### **Flexibilidade da institucionalização**

Outra tensão que existe é entre a necessidade de formalização e os custos e resistências a que esta ocorra. Estabelecimento de padrões, procedimentos e políticas é um meio de formalizar as atividades de melhoria de qualidade e as mudanças, de modo a

integrá-las na organização. Muitas mudanças requerem que novos procedimentos sejam escritos e que haja adesão a eles. Demandam também da organização capacidade de documentação e revisão constante. Frequentemente há resistência a esses procedimentos burocráticos e à formalização. Eles, certamente, consomem tempo e recursos. Muitos acreditam que não há benefícios visíveis e que tal formalização é desnecessária.

Mesmo quando uma organização consegue institucionalizar procedimentos, geralmente ela não é boa em mudá-los e eles acabam por se tornar “fossilizados”. O contexto rapidamente mutante, que exigiu mudanças, também cria situações que requerem mudanças adicionais. Uma organização precisa ser capaz de institucionalizar uma mudança específica, mas também de “desinstitucionalizá-la” para implementar e sustentar ajustes adicionais.

### **Lições para a sustentabilidade da melhoria de qualidade aprendidas com a implementação de diretrizes clínicas**

Há semelhanças, mas também há diferenças, entre diretrizes clínicas e processos de melhoria de qualidade no que concerne à sustentabilidade. É mais provável que as diretrizes clínicas sejam seguidas sem apoio externo, uma vez que tenham sido adotadas. A incorporação de diretrizes depende mais da mudança do comportamento individual do que a melhoria de qualidade, a qual envolve o aprendizado de várias pessoas, a utilização de novos comportamentos em equipe e, geralmente, envolve também várias pessoas externas à equipe fazendo alguma coisa de forma diferente.

Entretanto, pesquisas sobre diretrizes clínicas indicam alguns fatores que talvez possam ser relevantes para a adesão dos profissionais de saúde às abordagens de melhoria de qualidade. Esses fatores incluem: (i) a credibilidade destas abordagens aos que as utilizam e cuja cooperação é necessária para a efetivação das mudanças; (ii) o apoio ativo dos líderes de opinião; (iii) a simplicidade dos métodos e das mudanças; (iv) a organização das atividades de melhoria de qualidade, que devem ser realizadas de forma adequada e em momentos adequados aos profissionais; (v) a ausência de perda de receita em virtude da execução destas atividades; (vi) a disponibilidade de recursos; (vii) a ausência de conflito entre o trabalho de melhoria, as mudanças propostas, as regulamentações e as políticas; (viii) a tomada de diferentes ações de apoio às atividades de melhoria de qualidade (sistema multifacetado para sustentabilidade).

Essas são algumas das tensões e dos conflitos que os líderes precisam gerenciar. Mas quais são as principais condições necessárias para a sustentabilidade das iniciativas de melhoria?

### **Condições de apoio à sustentabilidade da mudança, dos resultados e das atividades de melhoria de qualidade**

Uma revisão da literatura científica sugere que há maior probabilidade de atividades de melhoria de qualidade serem sustentáveis quando (ØVRETVEIT, 2007f):

- O custo das atividades e o valor financeiro dos resultados são conhecidos e a razão custo-benefício é favorável.

- A atividade contribui para objetivos prioritários da organização e está alinhada a objetivos estratégicos importantes.
- Há formas de equilibrar as demandas imediatas de tempo da produção com aquelas da atividade de melhoria. Esses conflitos são enfrentados e os acordos são estabelecidos para permitir que os profissionais, incluindo gestores, dediquem tempo ao trabalho de melhoria de qualidade.
- As pessoas envolvidas gostam da experiência com a atividade de melhoria e recebem informação de retroalimentação que indica resultado positivo, o qual também é valorizado por outros profissionais da organização.
- Os métodos são utilizados da forma correta.
- Há coleta de dados que fornecem aos membros da equipe e aos outros profissionais retroalimentação sobre o progresso da atividade em relação às metas.
- A continuidade das atividades não é vista como sendo prejudicial aos interesses de grupos poderosos dentro da organização.
- As atividades recebem o apoio de líderes de opinião.
- Os gestores apoiam as atividades de melhoria em diferentes níveis e de diversas formas, incluindo a identificação e a remoção de barreiras, o reconhecimento e

a disponibilização de tempo e recursos necessários para a execução de tais atividades.

- Há sistemas internos e externos de incentivo e recompensa.
- Há “pacotes simples de ferramentas” que orientam os novos projetos e informam sobre como disseminar as melhores práticas, métodos e atividades de melhoria de qualidade.

A criação dessas condições é o objetivo crucial de uma estratégia de qualidade sistêmica e sustentável.

## **Disseminação de melhoria que agrega valor**

“Disseminação” é outra palavra importante para a implementação de uma mudança.

Vários países têm as suas versões da campanha para “salvar 100.000 vidas”, iniciada nos EUA pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI). Um elemento é a mudança do cuidado para infarto/enfarte agudo do miocárdio, visando garantir a aplicação consistente de tratamentos baseados em evidência, incluindo a administração correta de aspirina, betabloqueador e dos inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA).

A campanha apresentou exemplos de serviços que fizeram mudanças para garantir a melhoria do cuidado e demonstrar melhor qualidade e o baixo custo dos resultados. Porém, a disseminação dessas mudanças exigiu a presença de estrutura, motivação e habilidades para entender como mudar o comportamento e os processos em serviços com desempenho muito diferente daquele utilizado como exemplo. A genialidade da

ideia de combinar uma campanha preconizando mudanças baseadas em evidências com uma estrutura para disseminação dos métodos foi igualada pela criatividade de cada serviço local, já que tais serviços descobriam formas de fazer as mudanças com recursos e níveis de apoio bastante distintos.

Grande parte do capítulo sobre implementação incluiu como testar e disseminar em sua organização uma mudança ou um método utilizado em outro local. Vimos, porém, que o que foi comprovado em outro local não o é obrigatoriamente em nossa organização, sendo necessária, então, a adaptação da mudança ou do método, através da realização de estudo piloto, antes da disseminação destes.

Grande parte das orientações e dos métodos para implementação de mudanças são relevantes para a sua disseminação:

- A disseminação de um método ou uma mudança requer a sua adaptação por parte daqueles que a adotarão para que funcione neste novo local de trabalho.
- Os responsáveis pela adoção de um método ou mudança precisam ter clareza acerca de quais aspectos podem ser alterados e quais não podem, de modo a não prejudicar a sua efetividade.
- Assim como a implementação, a disseminação implica em testes locais e revisões sistemáticas, incluindo pontos de checagem para responder às informações sobre mudanças no contexto e sobre o progresso da iniciativa.

- Os três “Ps” da implementação também são importantes para a disseminação: as **Pessoas**, que liderarão a disseminação, que a adotarão e que ajudarão ou impedirão que a mudança ocorra em outros locais; os **Princípios** de uma estrutura, com as pessoas certas, as conquistas, os planos de ação, as comunicações, as revisões e os ajustes; e o **Processo**, que descreve as etapas para a disseminação.

Apesar de as pesquisas sobre como disseminar processos de melhoria de modo efetivo serem escassas, há alguma orientação baseada em experiência que pode ser útil.

## Conclusão

Como sustentar uma melhoria além da fase de projeto? Como disseminá-la a baixo custo para outros pacientes ou serviços que poderiam também se beneficiar com tal melhoria? Essas perguntas devem ser respondidas na construção de processos de melhoria que agregam valor. Desenvolver a capacidade de liderar processos de melhoria que agregam valor – a capacidade dos profissionais e da organização – é essencial para o futuro e para a sustentabilidade da melhoria.

Este capítulo aponta a importância e a necessidade de se garantir a sustentabilidade de projetos que agregam valor. Iniciativas de melhoria que agregam valor devem perdurar para além dos ganhos iniciais, ou do período de implementação do projeto. Para tal, é necessário que o contexto seja ajustado e esteja adequado para permitir que as iniciativas de melhoria introduzidas

perdurem. Concomitantemente, as pessoas envolvidas na implementação de processos de melhoria que agregam valor, nomeadamente, os profissionais de saúde, os líderes, os gestores, os tomadores de decisão da área da saúde e os pacientes devem ter essa consciência e atuar no sentido de criar e fomentar as condições necessárias para garantir a sustentabilidade.

## Capítulo 9: Liderança inovadora e melhoria

A inovação que aumenta a probabilidade de sucesso de um processo de melhoria é aquela que não só permite selecionar e implementar mudanças que aumentam a qualidade do cuidado e reduzem custos, como também se organiza com base em informação e evidências científicas. Inovação também é a forma como líderes e profissionais de saúde reinventam localmente o conhecimento e as ferramentas já existentes. A verdadeira engenhosidade está em como eles adaptam ideias à situação local para obter sucesso nas mudanças e em como identificam formas de fazer isso em conjunto. A inovação mais importante é aquela implementação local criada em conjunto com os profissionais, que conhecem seus pacientes e as rotinas diárias de seus serviços.

### Introdução

As conquistas feitas por autores e peritos que nos antecederam na área de melhoria de qualidade são extraordinárias e preciosas. Eles perceberam o quanto a medicina muda permanentemente. O conhecimento sobre a efetividade dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos ultrapassa a nossa capacidade de mudar a prática clínica em nossas organizações para que os pacientes se beneficiem das novas pesquisas com a máxima rapidez. Esses autores também perceberam que o cuidado a um paciente não é apenas aquele que um profissional presta, mas sim o quão bem os diferentes profissionais coordenam seus trabalhos uns com os outros. A segurança e a qualidade não são determinadas por um profissional isolado. Eles reconheceram que a prática de saúde precisa ser realizada em equipe e que a incorporação da evidência científica ao cuidado ao paciente deve ocorrer em tempo útil.

Sabedoria e competência clínica não são suficientes; precisamos recuperar o controle sobre a organização clínica do cuidado, que, em muitos casos, deixou de estar voltada para os pacientes, e estabelecer formas de apoio mais sofisticadas ao cuidado, como, por exemplo, o emprego de sistemas de informação, que apoiam a utilização de novo conhecimento.

Como ocorrera com os colegas que os antecederam, nossos predecessores viram os problemas e procuraram soluções, mas, desta vez, com enfoque na organização do cuidado, ao invés de nas disfunções do corpo humano. Afastaram as barreiras da ignorância sobre a organização e sobre como estas podem dificultar a efetividade do cuidado de saúde. Revelaram ainda como a má organização e a falta de apoio à mudança nas práticas de saúde podem causar sofrimento desnecessário aos pacientes. Através do emprego de métodos de pesquisa previamente utilizados na verificação de tratamentos efetivos, nossos predecessores identificaram abordagens adequadas para a reorganização do cuidado e para apoiar mudanças na prática de saúde. Mostraram-nos que não precisamos aceitar que a organização clínica fique fora de nosso controle, nem que a má qualidade e a falta de segurança no cuidado ao paciente sejam inevitáveis. Mais difícil de tudo, eles demonstraram que diferentes prestadores e financiadores, com responsabilidades por etapas distintas de um episódio de cuidado, podem se juntar e chegar a um acordo sobre mudanças para melhorá-lo, aumentando a integração e reduzindo os custos. Isso tudo deve ser feito de modo que todos compartilhem os benefícios gerados por essas mudanças.

Esse trabalho desenvolvido ao longo dos últimos 30 anos é importante porque nos oferece soluções efetivas e uma grande oportunidade para renovar o cuidado de saúde de forma a reduzir as “falhas”. Esta oportunidade nos é dada em hospitais, instituições de longa permanência e serviços de atenção primária, ao invés de em alguns poucos serviços de ponta. Nós podemos usar esta oportunidade se prestarmos mais atenção aos recursos destinados à melhoria de qualidade, focando naquela que agrega valor, e se usarmos esse conhecimento para criarmos um processo de mudança colaborativo.

Este capítulo final analisa como podemos dar os próximos passos, reunindo algumas das ideias do livro. Serão abordadas inovações nos processos de melhoria que agregam valor, nas quais cada profissional pode desempenhar um papel de líder na renovação do cuidado de saúde.

***"Os ideais e ideias por si só não são capazes de melhorar a qualidade: são necessários recursos, mas também redução nos custos."***

## **Por que os processos de melhoria que agregam valor são necessários?**

É lugar comum afirmar que nenhum profissional de saúde quer ver falhas em seu serviço. Pode ser desmotivador tomar consciência constantemente de danos sofridos pelo paciente no serviço de saúde e da má qualidade do cuidado prestado. Porém, isto é desmoralizante somente se não enxergarmos como as condições de trabalho levam até o profissional mais diligente ao

erro e se formos impotentes e não recebermos ajuda para fazer algo que mude as coisas. Torna-se, assim, fundamental destacar que o enfoque da melhoria deve ser colocado nas pessoas e no sistema.

Conhecimento sobre a “má qualidade” e sobre o que fazer para mudar pode nos motivar para melhorarmos, mas não é suficiente. Argumentou-se neste livro que não podemos mais ignorar a parte da equação referente aos recursos, aqueles necessários para realizar a mudança, as economias financeiras obtidas e a receita que pode advir de alguns processos de melhoria. Propôs-se também que o caminho a ser seguido é o dos processos de melhoria que agregam valor, isto é, aqueles que melhoram a qualidade e reduzem o desperdício.

À medida em que a regulação e o financiamento do cuidado de saúde mudam seu foco do volume de procedimentos realizados para o valor atribuído ao cuidado, o desempenho dos gestores passa a ser cada vez mais baseado na qualidade e na segurança de seu serviço, assim como no custo e na produtividade.

A redução das taxas de infecção é um exemplo de “melhoria de primeira ordem”. Várias pessoas precisam contribuir para que mudanças como esta ocorram. Contudo, para que sejam bem-sucedidas e sustentáveis, mudanças mais gerais no sistema e na cultura organizacional são necessárias. Essas são as “iniciativas de melhoria de segunda ordem”, realizadas no âmbito da organização, como sistemas de informações capazes de gerar retroalimentação rápida e fácil sobre a qualidade e segurança e sobre os resultados das mudanças.

## **Lista de verificação para escolha da melhoria que agrega valor**

A melhoria passa nos testes abaixo?

1. O problema é grave para os pacientes e custa caro?
2. Há em qualquer lugar uma solução que melhora o cuidado prestado aos pacientes?
3. A melhoria economizaria recursos e reduziria o desperdício para nós?
4. Se pudéssemos implementá-la sem custo, ela reduziria nossos custos ou aumentaria nossa receita?
5. Quanto custa?
6. Quanto economizaríamos ou lucraríamos?
7. Quanto tempo leva para os ganhos compensarem os custos da mudança?
8. O que se perde (ou o que se ganha) se não começar agora?

## **Liderando processos de melhoria que agregam valor**

Os métodos e a Ciência da Melhoria estão relativamente bem desenvolvidos. Embora conheçamos quais tarefas precisam ser realizadas, sabemos menos sobre quem deve fazer o quê, sobre o que os líderes precisam fazer, sobre quais profissionais devem contribuir ou liderar a melhoria e sobre o trabalho conjunto para implementá-la. Essas são perguntas a serem respondidas em cada serviço e para cada tipo de processo de melhoria. Contudo, é importante lembrar que há princípios que devem orientar as respostas a essas perguntas, baseados na experiência de melhoria de outros serviços e na pesquisa científica.

Liderar uma melhoria é iniciar e apoiar, influenciando-a e possibilitando que você e que outros melhorem o cuidado prestado ao paciente e reduzam o desperdício. “Influenciar a si mesmos” significa que os líderes precisam “ser a mudança que querem ver”. Antes que outros o sigam de verdade, o líder precisa dar tempo ao processo de melhoria, além de conduzir ao entendimento dos métodos e das razões pelas quais tal processo é necessário.

Em algumas situações uma abordagem mais diretiva da liderança pode ser fundamental, na qual o líder decide quais processos de melhoria serão implementados e supervisiona o trabalho. Isso pode ser modificado através de deliberações e empoderamento [*empowerment*]. Abordagens mais efetivas, porém, parecem ser aquelas nas quais o líder põe em movimento um processo compartilhado e participativo adequado ao contexto, permitindo que diferentes pessoas liderem diferentes tópicos em momentos distintos. Essa é a versão de uma abordagem coletiva de liderança. É uma abordagem que pode não só ser mais desafiadora, pois requer tanto clareza sobre quem faz o quê, quanto flexibilidade acerca das tarefas e funções, mas também ser mais gratificante, pois pode trazer à tona aquilo que há de melhor nas pessoas.

“Dirão sobre um bom líder: ‘Nós mesmos que fizemos isso’. E estarão certos – nós fizemos”.

## Liderança efetiva dos processos de melhoria que agrega valor

Liderar melhoria que agrega valor não significa apoiar qualquer ação que tenha o termo “qualidade”, “segurança” ou “melhoria” a ela relacionada. Nem todas as atividades de melhoria da qualidade e da segurança resultam numa diferença positiva para os pacientes, e os líderes precisam ser capazes de identificar quais as que fazem diferença. Algumas atividades de melhoria de qualidade não são efetivas e desperdiçam o tempo que poderia ser dedicado ao cuidado clínico. Os líderes precisam assumir riscos, mas, simultaneamente, ter meios de avaliar se o que está sendo feito está funcionando como previsto. Têm a responsabilidade de garantir que os escassos recursos disponíveis para investir no futuro produzam resultados positivos, mas não podem controlar o processo de melhoria da forma como controlam outras atividades. O processo de melhoria depende não apenas da “engenharia rígida” dos métodos, mas também do lado humano. Depende da motivação, das ideias e dos esforços de todos os que trabalham no serviço, e isso não combina com o perfil de um líder individualista tomando decisões e direcionando a força de trabalho.

A evidência científica sugere que líderes de processos de melhoria bem-sucedidos são aqueles que:

- Inspiram e motivam os profissionais a se responsabilizarem e a agirem em prol da melhoria, influenciando positivamente os profissionais que estejam retardando o processo.
- Definem o que “responsabilidade e ação em prol da melhoria” significam para cada função, desenvolvem as

competências e dão tempo aos profissionais e a si próprios para tornar a melhoria uma realidade.

- Definem as limitações que os profissionais vão enfrentar no processo de melhoria e buscam consenso acerca das prioridades, das metas e dos métodos a serem empregados.
- Demonstram sua credibilidade na melhoria, mais pelo seu comportamento e forma de ser do que por suas palavras.
- Fornecem recursos especialmente para a coleta e a análise de dados e para o apoio de especialistas.

## Inovação em liderança

À medida que mais líderes se envolvem em processos de melhoria que agregam valor, novas ideias e abordagens para as lideranças são desenvolvidas. Algumas dessas ideias foram descritas ao longo do livro e são agora aqui resumidas:

**Liderando e implementando melhoria:** liderar processos de melhoria é influenciar e possibilitar que outros melhorem o cuidado prestado ao paciente e reduzam o desperdício. Quanto mais tempo o líder gastar com tarefas específicas de melhoria que poderiam ser feitas por outros, menos tempo terá para aquelas que só ele pode fazer. Os líderes precisam de algum envolvimento no “fazer”, mas engajamento excessivo os incapacitará de realizar as funções específicas de liderança para melhoria nas quais precisam se concentrar.

**Liderar melhoria é criar um processo** que dá às pessoas a oportunidade de contribuir para tornar o seu trabalho melhor para os pacientes e, portanto, para si mesmas.

**Compartilhar a liderança, mas tomar decisões difíceis quando necessário:** a abordagem participativa, apesar de ser mais efetiva, torna mais difícil para o líder decidir quando deve tomar sozinho uma decisão, mesmo que essa decisão possa não ser consensual ou gerar conflito.

**Criar um sistema de liderança para a melhoria:** este “sistema” é composto por todas as pessoas que podem contribuir para a escolha e para a implementação de processo de melhoria, como elas são reunidas e como suas energias são organizadas para o progresso da melhoria.

A “semente” é a intervenção, o implementador é o jardineiro, mas muito depende do clima e do solo. Um bom jardineiro sabe quais as sementes que sobreviverão nas condições locais.

**Contexto e condições para melhoria:** estas são as circunstâncias em torno da intervenção de melhoria de qualidade que, apesar de separadas e distintas deste processo, podem ajudar ou dificultar a sua implementação. A evidência científica sugere que o contexto e as condições sob os quais se tenta realizar uma melhoria têm mais influência sobre a implementação e sobre os seus resultados do que ações específicas que os líderes possam tomar. Se a organização tem poucos profissionais e se eles têm pouco conhecimento sobre métodos de melhoria de qualidade, então será mais difícil para o líder influenciar outros profissionais

na direção dos processos de melhoria e as ações deste serão menos efetivas.

Boas práticas na liderança de processos de melhoria incluem saber quais condições organizacionais são necessárias e procurar criá-las. Geralmente, essas condições são criadas por líderes de instâncias superiores (alta gestão/gestão de topo), mas estes podem ignorar como suas ações impactam processos de melhoria em instâncias inferiores (gestão intermediária ou operacional). Por outro lado, líderes de instâncias inferiores podem influenciar aqueles em instâncias superiores, principalmente no caso de se juntarem com outros profissionais. Contudo, pode ser melhor não iniciar um processo de melhoria se estiver claro que as condições não o tornarão possível. Conhecer a linha que separa uma jornada corajosa de uma aventura fadada ao fracasso é difícil, mas a avaliação das condições necessárias para o sucesso, orientada pela pesquisa científica e pela experiência, pode ajudar.

**Liderança de processos específicos de melhoria versus liderança de sistema de apoio à melhoria:** uma melhoria específica pode ser garantir a prescrição adequada de betabloqueadores ou aumentar a adesão às práticas de higienização das mãos. Um sistema de apoio pode ser a provisão de tecnologia de informação e dados para as equipes de melhoria, ou a mudança da cultura para torná-la mais consciente das questões de segurança. As ações da liderança necessárias para criar sistemas gerais de apoio que melhoram o cuidado diferem daquelas para desencadear ações necessárias para abordar problemas específicos. Líderes inovadores utilizam e desenvolvem sistemas de apoio de forma criativa para garantir o sucesso de mudanças específicas.

**Intervenções com e sem evidência científica sobre a sua efetividade:** há evidência de que a implementação de uma intervenção efetiva em outro local que não aquele em que foi testado é uma escolha custo efetiva (ex.: uma prática de segurança baseada em evidência científica). Gastar tempo customizando e testando essa intervenção no contexto local do líder representa um melhor uso dos recursos do que desenhar e testar uma solução completamente caseira, a partir do zero. Geralmente é melhor abordar um problema para o qual há uma intervenção com efetividade cientificamente comprovada do que focar em problemas mais graves, mas sem evidência ou experiência acerca das soluções possíveis.

## **Inovação no valor agregado pelo serviço**

Outro tipo de inovação na qual os líderes devem se envolver é a criação de novas estratégias para aumentar o valor agregado. Processos de melhoria que agregam valor resultam da escolha adequada do que mudar, assim como do método correto para fazer a mudança. Melhoria que agrega valor é uma forma efetiva de aumentar o valor agregado de um serviço que combina abordagens baseadas no conhecimento com métodos de mudança cientificamente comprovados e avaliação dos custos e da economia de recursos. Novas tecnologias, como a telemedicina, os sistemas informatizados de apoio à decisão, o autocuidado apoiado pela internet e o monitoramento remoto podem ser processos de melhoria que agregam valor; no entanto, a sua implementação é geralmente precária fora do contexto de projetos piloto. As inovações que obtêm maior retorno, mas que são as mais difíceis de serem implementadas, são aquelas que articulam os diferentes prestadores de que um paciente necessita durante os

episódios de cuidado. Um dos maiores desafios é encontrar formas de remunerar de maneira justa todos os prestadores pelo serviço prestado, o que também inclui o tempo gasto com comunicação e coordenação do cuidado com outros prestadores e profissionais. É daí que advêm os maiores avanços na qualidade: redução da coordenação frágil do cuidado (ØVRETVEIT, 2008; ØVRETVEIT; SOUSA, 2008; ØVRETVEIT, 2014).

## **Inovação em implementação**

Como já foi descrito, a implementação é a parte mais desafiadora dos processos de melhoria e as mudanças, geralmente, não são sustentáveis, nem disseminadas amplamente na organização. Uma coisa é conhecer o que uma instituição de longa permanência fez para reduzir quedas e fraturas dos seus residentes, outra é implementar essas mudanças em organizações distintas, principalmente se estas tiverem menos recursos. É na implementação que os líderes são mais inovadores, principalmente quando adotam uma abordagem flexível de criação colaborativa.

Os líderes são capazes de energizar o desejo existente em todos nós de tornar as coisas melhores, até mesmo os mais pessimistas: seu persistente “sim, mas como podemos tornar isso melhor?” traz à tona, em seu devido tempo, o lado construtivo. Eles avaliam, em conjunto com os profissionais, os fatores contextuais que ajudam ou dificultam a iniciativa e os incluem no planejamento da mudança, por exemplo na afetação de verbas para projetos locais, visitas de especialistas, participação de médico sênior (perito reconhecido pelos pares) respeitado e com interesse pelo assunto. Os líderes garantem os ajustes no processo de mudança conforme

seu progresso. O líder também utiliza a mudança para inovar o seu estilo de liderança, testando abordagens mais participativas dentro dos limites de “segurança” do projeto e avaliando quais profissionais respondem melhor a maiores responsabilidades e a novas tarefas.

## **Conclusão**

Eu tenho trabalhado ao lado de médicos, enfermeiros e gestores que usaram o seu pouco tempo livre para "tratar de sua organização" com o mesmo cuidado e profissionalismo excepcionais com que tratam seus pacientes. Alguns até trabalharam junto a outras organizações para "tratar as lacunas existentes entre elas". Eles aprenderam sobre métodos de melhoria da qualidade e da segurança do paciente e buscaram se prevenir contra as dificuldades para realizar mudanças. Mudanças capazes de evitar tanto o sofrimento quanto o tratamento de pacientes individuais. Através de mudança na organização de sua prática clínica, eles foram capazes de dar a pacientes ansiosos os resultados de seus exames mais rapidamente; reduziram o sofrimento, a dor e a indignidade da espera por uma prótese articular ou por uma cirurgia de catarata; reduziram também o sofrimento causado por um enfarte/infarto agudo do miocárdio ou por um acidente vascular cerebral evitáveis porque a organização não prestou o tratamento correto. Eles utilizaram soluções de melhoria de qualidade para reorganizar o trabalho de forma a salvar pacientes das infecções bacterianas que facilmente se disseminam em serviços de saúde complexos; das úlceras por pressão que adicionam agonia ao sofrimento de estar longe de casa e da família; dos medicamentos desnecessários e de seus efeitos colaterais sempre desagradáveis e, por vezes, fatais.

Eles descobriram, assim como seus antecessores, que podiam fazer algo para reduzir o sofrimento. Desta vez foi o sofrimento causado pela maneira como o cuidado de saúde está organizado e pela nossa lentidão em incorporar métodos clínicos e mudanças comprovadas. E não era tarde demais. Havia um impasse sobre quem decidia a organização, pelo menos no âmbito clínico. Com boa vontade e habilidade, os ternos, os jalecos brancos, os enfermeiros, os pacientes e outras pessoas poderiam trabalhar juntas para mudar a sua organização e fazê-la funcionar em prol dos pacientes.

Esses profissionais viram como o cuidado pode ser melhor e consideraram tratar o sistema como sendo também sua responsabilidade, assim como o é tratar seus pacientes. Eles mostraram que o sistema não estava "lá fora", mas que é algo que eles criavam em suas ações cotidianas. A coragem e a persistência deles atraíram outros profissionais para esse trabalho, aqueles que se recusavam a ser vítimas de um sistema que não entendiam ou que sentiam não poder influenciar. Herdamos essa experiência e esse conhecimento duramente conquistados. Devemos a esses pioneiros o compromisso de movê-los para o palco principal. O clima financeiro pode parar ou retardar um processo de melhoria, mas também pode ser a oportunidade de combiná-lo com o conhecimento sobre os recursos existentes e unir as diversas partes interessadas para construir uma nova era de processos de melhoria que agregam valor em todos os tipos de organizações de saúde. Tendo em consideração os ganhos que decorrem da melhoria que agrega valor, torna-se fundamental assegurar a sustentabilidade desses projetos, bem como garantir a sua disseminação e correta aplicação em outros contextos, serviços ou organizações de saúde.

## Bibliografia

1. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Making Health Care Safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. Rockville, MD, 2013.
2. ALLMAN, R. M.; GOODE, P. S.; BURST, N. Pressure ulcers, hospital complications, and disease severity: impact on hospital costs and length of stay. *Advances in Wound Care*, New Rochelle, NY, v. 12, n. 1, p.22-30, Jan-Feb 1999.
3. ANDERSON, R. J.; AMARASINGHAM, R.; PICKENS, S. The quest for quality: perspectives from the safety net. *Frontiers of Health Services Management*, Chicago, v. 23, n. 4, p.15-28, 2007.
4. ARANAZ-ANDRÉS, J. M. et al. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *European Journal of Public Health*, Oxford, v. 22, n. 6, p. 921-925, 2012.
5. BACKER, T. E. Assessing and enhancing readiness for change: implications for technology transfer. In: BACKER, T. E.; DAVID, S. L.; SAUCY, G. (Ed.). *Reviewing the behavioral knowledge base on technology transfer*. Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Sciences, Public Health Service, National Institute of Health, 1995. p. 21-41. (NIDA research monograph, 155).
6. BATE, P. *Strategies for Cultural Change*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1998.
7. BATE, S. P.; ROBERT, G.; MACLEOD, H. Report on the 'Breakthrough' Collaborative approach to quality and service improvement in four regions of the NHS: a research based evaluation of the Orthopaedic Services Collaborative within the Eastern, South and West, South East, and Trent regions. Birmingham: Health Services Management Centre, University of Birmingham, 2002.
8. BECKRICH, K.; ARONOVITCH, S. A. Hospital-acquired pressure ulcers: a comparison of costs in medical vs. surgical patients. *Nursing Economics*, Pitman, NJ, v. 17, n. 5, p. 263-71, Sep.-Oct. 1999.
9. BEERS, M. H.; STORRIE, M. L. G. Potential adverse drug interactions in the emergency room: an issue in the quality of care. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v.112, p.61-4, 1990.

10. BEVAN, G. et al. Estimating health and productivity gains in England from selected interventions. London: Health Foundation, 2007.
11. BIRKMEYER, C. M. et al. Will electronic order entry reduce health care costs? *Effective Clinical Practice*, Philadelphia, v. 5, p. 67–74, 2002.
12. BIRKMEYER, J. D.; DIMICK, J. B. Leapfrog safety standards: potential benefits of universal adoption. Washington, DC: Leapfrog Group, 2004.
13. BODENHEIMER, T. Coordinating care: a perilous journey through the health care system. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 358, n.10, p.1064-71, 2008.
14. BRADLEY, E. H et al. The roles of senior management in quality improvement efforts: what are the key components? *Journal of healthcare management*, Chicago, v. 48, n.1, p.15-28, Jan.-Feb. 2003.
15. BREM, H. et al. High cost of stage IV pressure ulcers. *American Journal of Surgery*, Belle Mead, NJ, v. 200, n. 4, p .473–477, Oct. 2010.
16. BRILLI, Richard J. et al. A Comprehensive Patient Safety Program Can Significantly Reduce Preventable Harm, Associated Costs, and Hospital Mortality. *The Journal of Pediatrics*, St. Louis, v. 163, n. 6, p.1638-1645, 2013.
17. BULLANO, M. F. et al. Longitudinal evaluation of health plan costs per venous thromboembolism or bleed event in patients with a prior venous thromboembolism event during hospitalization. *Journal of Managed Care Pharmacy*, Alexandria, VA, v. 11, p. 663–73, 2005.
18. CABANA, D. et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: a framework for improvement. *JAMA*, Chicago, v. 282, p. 1458 – 1465, Oct. 1999.
19. CANADIAN HEALTH SERVICES RESEARCH FOUNDATION. Tools for using research to improve health care. Ottawa, 2008.
20. CARLISLE, D. Lost for words. *Health Service Journal*, London, p. 18–21, Jan. 2009.
21. CHANG, J. T. et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*, London, v. 328, p. 680, 2004.
22. CHAO, Samantha. Creating a Business Case for Quality Improvement Research: expert views, workshop summary. Washington, DC: National Academies Press, 2008.

23. CHARATAN, F. Medical errors kill almost 100,000 Americans a year. *BMJ*, London, v. 319, p. 1519, 2003.
24. CHASSIN, M. et. al. Variations in the use of medical and surgical services by the Medicare population. Santa Monica, CA: Rand, 1986.
25. CLEMMER, T. P.; SPUHLER, V. J. Developing and gaining acceptance for patient care protocol. *New Horizons*, Baltimore, MD, v.6, n. 1, p. 12–19, 1998.
26. CLEMMER, T. P. et al. Results of a collaborative quality improvement program on outcomes and costs in a tertiary critical care unit. *Critical Care Medicine*, Philadelphia, v. 27, n. 9, p.1768–1774, 1999.
27. COHEN, W. M.; LEVINHAL, D. A. Absorptive Capacity: a new perspective on learning and innovation. *Administrative Science Quarterly*, Michigan, v. 35, n. 1, p.128-152, 1990.
28. COLEMAN, E. A. et al. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v. 166, n. 17, p.1822-1828, 2006.
29. COUCH, N. P. et al. The high cost of low-frequency events: the anatomy and economics of surgical mishaps. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 304, n.11, p. 634-637, 1981.
30. CRETIN, S.; SHORTELL, S. M.; KEELER, E. B. An evaluation of collaborative development of an automated antibiotic consultant'. *M. D. Computing*, Secaucus, NJ, v. 10, p. 17–22, 2004.
31. CRETIN, S.; SHORTELL, S. M.; KEELER, E. B. Interventions to improve chronic illness care: framework and study design. *Evaluation Review*, Thousand Oaks, CA, v. 28, n.1, p. 28–51, 2004.
32. DAVIS, P. et al. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *The New Zealand Medical Journal*, Wellington, v. 1167, n. 115, p.1-9, 2002.
33. DE VRIES, E. N. et. al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *BMJ Quality & safety in health care*, London, v. 17, p. 216–223, 2008.
34. DEALEY, C.; POSNETT, J.; WALKER, A. The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. *Journal of Wound Care*, London, v. 21, n. 6, p. 261-66, 2012.

35. DOPSON, S. et al. No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. *Health Care Management Review*, Germantown, v. 27, n. 3, p.35-47, 2002.
36. EVANS, R. S. The HELP system: a review of clinical applications in infectious diseases and antibiotic use. *M. D. Computing*, Secaucus, NJ, v. 8, p. 282-288, 1991.
37. EVANS, R. S.; PESTOTNIK, S. L.; CLASSEN, D. C. Development of an automated antibiotic consultant. *M. D. Computing*, Secaucus, NJ, V. 10, P. 17-22, 1993.
38. EVANS, R. S. et al. A computer assisted management program for antibiotics and other anti-infective agents. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 338, p. 232-238, 1998.
39. FAWCETT, J. Thoughts about conceptual models, theories, and quality improvement projects. *Nursing Science Quarterly*, Baltimore, v. 27, n. 4, p.336-339, 2014.
40. FISHER, E. S.; WELCH, H. G. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care: how might more be worse? *JAMA*, Chicago, v. 281, n. 5, p.446-453, 1999.
41. FLUM, D. R.; KOEPESELL, T. The clinical and economic correlates of misdiagnosed appendicitis: nationwide analysis. *Archives of Surgery*, Chicago, v. 137, p. 799-804, 2002.
42. FORRESTER, S. H. et al. Cost-effectiveness of a computerized provider order entry system in improving medication safety ambulatory care. *Value in Health*, Malden, v. 17, n. 4, p.340-349, 2014.
43. FORSTER, A. J. et al. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 138, n. 3, p.161-167, 2003.
44. GEBHART, F. V. A facility slashes drug errors via bar-coding. *Drug Topics*, Montvale, NJ, v.1, p. 44, 1999.
45. GILLAIZEAU, F. et al. Computerized advice on drug dosage to improve prescribing practice. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oxford, n. 11, p.1-205, 2013.
46. GRANDVILLE, T.; MOLINARI, A.; CAMPBELL, S. Effect of CPOE on medication errors. *American Society of Health-System Pharmacists*, Bethesda, MD, v. 63, n. 5, p. 409, 2006.

47. GREENE, S. B. et al. Searching for a business case for quality in Medicaid managed care. *Health Care Management Review*, Germantown, v. 33, n. 4, p.350-360, 2008.
48. GREENHALGH, T. et al. How to spread good ideas: a systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation. Report for the National Coordinating centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D, London, p.1-426, 2004.
49. GRIMSHAW, J. M. et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, Southampton, UK, v. 8, n. 6, p.1-72, 2004.
50. GRIMSHAW, J. M. et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, Philadelphia, v. 39, n. suppl. 8, p.II2-II45, 2001.
51. GROL, R.; WENSING, M.; ECCLES, M. (Ed.). *Improving patient care: the implementation of change in health care*. Oxford: Elsevier, 2004.
52. GROL, R.; WENSING, M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Journal of Australia*, Sydney, v. 180, n. suppl. 6, p.57-60, 2004.
53. GURWITZ, J. H. et al. Incidence and preventability of adverse drug events in nursing homes. *The American Journal of Medicine*, New York, v. 109, n. 2, p.87-94, 2000.
54. GURWITZ, J. H. et al. The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities. *The American Journal of Medicine*, New York, v. 118, n. 3, p.251-258, 2005.
55. HARVEY, G.; WENSING, M. Methods for evaluation of small scale quality improvement projects. *Quality & Safety in Health Care*, London, v. 12, n. 3, p.210-214, 2003.
56. HAUCK, K.; ZHAO, X.; JACKSON, T. Adverse event rates as measures of hospital performance. *Health Policy*, Amsterdam, v. 104, p. 146-154, 2012.
57. HEALTH FOUNDATION. *Evidence scan: improvement science*. London, 2011. Disponível em: < <http://www.health.org.uk/areas-of-work/improvement-science/>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

58. HELFRICH, C. D. et al. Organizational readiness to change assessment (ORCA): Development of an instrument based on the Promoting Action on Research in Health Services (PARIHS) framework. *Implementation Science*, London, v. 38, n. 4, p.1-13, 2009.
59. HELLSTEN, E. K. et al. An economic evaluation of perioperative adverse events associated with spinal surgery. *The Spine Journal*, New York, v. 13, n.1, p. 44-53, 2013.
60. HERZER, K. R. et al. Cost-effectiveness of a quality improvement programme to reduce central line-associated bloodstream infections in intensive care units in the USA. *BMJ Open*, London, v. 4, n. 9, p.1-8, 2014.
61. IMERSHEIN, A. W. Organizational Change as a Paradigm Shift. *The Sociological Quarterly*, Hoboken, NJ, v. 18, n. 1, p.33-43, 1977.
62. INSTITUTE OF MEDICINE. Creating a business case for quality improvement and quality improvement research: expert views, workshop summary. Washington, DC: National Academies Press, 2008.
63. INSTITUTE OF MEDICINE. Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press, 2001.
64. JONES, D.; MITCHELL, A. Lean thinking for the NHS. London: NHS Confederation, 2006.
65. JURAN, J. M. Juran on Leadership for Quality. New York: Free Press, 1988.
66. KALISH, R. L.; DALEY, J.; DUNCAN, C. C. Costs of potential complications of care for major surgery patients [abstract]. *American Journal of Medical Quality*, Baltimore, MD, v. 10, n. 1, p. 48-54, Spring 1995.
67. KAUSHAL, R.; SHOJANIA, K. G.; BATES, D. W. Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v. 163, n. 12, p.1409-16, Jun. 2003.
68. KITCH, B. Tet al. Handoffs causing patient harm: a survey of medical and surgical house staff. *Journal on Quality and Patient Safety*, Oak Brook, IL, v. 34, n. 10, p.563-570, 2008.
69. KOMENDA, P. et al. Cost-effectiveness of primary screening for CKD: a systematic review. *American Journal of Kidney Diseases*, Philadelphia, v. 63, n. 5, p.789-797, 2014.

70. KRIZEK, T. J. Ethical Issues of Adverse Events. *Archives of Surgery, Chicago*, v. 135, n.11, p.135-9, 2000. doi:10.1001/archsurg.135.11.1359.
71. KRUER, R. M.; JARRELL, A. S.; LATIF, A. Reducing medication errors in critical care: a multimodal approach. *Clinical Pharmacology, New Zealand*, v. 6, p.117-126, 2014.
72. LAINER, M.; MANN, E.; SÖNNICHSEN, A. Information technology interventions to improve medication safety in primary care: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care, Oxford*, v. 25, n. 5, p.590-598, 2013.
73. LANGLEY, G. L. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1997.
74. LEAPE, L. Reporting of adverse events. *The New England Journal of Medicine, Boston*, v. 347, n. 20, p.1632-37, 2002.
75. LEATHERMAN, S. et al. The business case for quality: case studies and an analysis. *Health Affairs, Bethesda, MD*, v. 22, n. 2, p.17-30, 2003.
76. LEWIN, K. *Frontiers in group dynamics: concept, method and reality in social science; social equilibria and social change*. Human Relations, London, v. 1, n. 1, p.5-41, 1947.
77. LILLEMÖE, K. D. Does surgical quality improve in the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program: an evaluation of all participating hospitals. *Annals of Surgery, Philadelphia*, v. 250, n. 3, p.363-376, 2009.
78. LIU, C.; MANNING, W. G.; BURGESS, J. F. et al. Organizational Cost of Quality Improvement for Depression Care. *Health Services Research, London*, v. 65, p.300-314, 2008.
79. LIU, G. G.; CHRISTENSEN, D. B. The continuing challenge of inappropriate prescribing in the elderly: an update of the evidence. *Journal of The American Pharmaceutical Association, Washington, DC*, v. 42, n. 6, p.847-857, 2002.
80. MAGDELIJNS, F. J. H. et al. Direct health care costs of hospital admissions due to adverse events in the Netherlands. *European Journal of Public Health, Oxford*, v. 24, n. 6, p.1027-1032, 2014.

81. MANIAS, E.; WILLIAMS, A.; LIEW, D. Interventions to reduce medication errors in adult intensive care: a systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*, Oxford, v. 74, n. 3, p.411-423, 2012.
82. MAUSKOPF, J. A. et al. Principles of good practice for budget impact analysis: report of the ISPOR Task Force on good research practices-budget impact analysis. *Value in Health*, Malden, v. 10, n. 5, p.336-347, 2007.
83. MC DONALD, K. M. Considering context in quality improvement interventions and implementation: concepts, frameworks, and application. *Academic Pediatrics*, New York, v. 13, suppl. 6, p.S45-S53, 2013.
84. MCGLYNN, E. A. The quality of health care delivered to adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 348, n. 26, p.2635-2645, 2003.
85. MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford, v. 21, n. 4, p.279-284, 2009.
86. MEREDITH, L. S. et al. Implementation and maintenance of quality improvement for treating depression in primary care. *Psychiatric Services*, Arlington, VA , v. 57, n. 1, p. 48-55, 2006.
87. MITCHELL, J. Defining patient safety and quality of care. In: NATIONAL QUALITY FORUM. Standardizing a patient safety taxonomy: a consensus report. Washington, DC, 2006. Chap. 1
88. MORGAN, T. M. The economic impact of wasted prescription medication in an outpatient population of older adults. *Journal of Family Practice*, Parsippany, NJ, v.50, n. 9, p. 779-81, Sep. 2001.
89. MUELLER, S. K. et al. Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v. 172, n. 14, p.1057-1069, 2012.
90. NATIONAL AUDIT OFFICE. Department of Health. A safer place for patients: learning to improve patient safety. London: NAO, 2005.
91. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. How to change practice: understand, identify and overcome barriers to change. London: NICE, 2007.
92. NATIONAL INSTITUTE OF CLINICAL STUDIES. Identifying barriers to evidence uptake. Melbourne: NICS, 2006.

93. NEEDLEMAN, J.; BUERHAUS, P.; MATTKE. Nurse staffing and patient outcomes in hospitals. Boston, MA: Harvard School of Public Health, 2001.
94. NEEDLEMAN, J.; KURTZMAN, E.; KIZER, K. Performance measurement of nursing care: state of the science and current consensus. *Medical Care Research and Review*, London, v. 64, p.10S-20S, 2007.
95. NEIVA, V. F; SORRA, J. C. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality & Safety in Health Care*, London, v. 12, suppl. 2, p.II17-II23, 2003.
96. NELSON, E. C. et al. Microsystems in health care: part 2. Creating a rich information environment. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, Oakbrook Terrace, v. 29, n. 1, p.5-15, 2003.
97. NEW HAMPSHIRE STATE SOCIETY OF MEDICAL. Sustainability and spread in the National Booking Programme. Leicester: NHS Modernisation Agency Research Into Practice Report, 2004. (N° 2).
98. NEWTON, J. et al. Receptivity to change in a general medical practice. *British Journal of Management*, London, v. 14, n. 2, p.143-153, 2003.
99. NHS INSTITUTE FOR INNOVATION AND IMPROVEMENT. How to reduce harm (inpatient falls), improve quality and save costs: a practical step-by-step guide for ward staff and frontline healthcare teams. Coventry, 2011.
100. NHS INSTITUTE FOR INNOVATION AND IMPROVEMENT. Improvement Leaders' Guides: Personal and Organisational Development. London, 2013.
101. NIEVA, V. F; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality & Safety in Health Care*, London, v. 12, suppl.2, p.ii17- ii23, 2003.
102. ØVRETVEIT, J. Action Evaluation of Health Programmes and Change. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2002.
103. ØVRETVEIT, J. Conditions for success of change interventions: change achievement success indicator CASI. Boston: Institute of Health Improvement, 2003c.
104. ØVRETVEIT, J. Do changes to patient-provider relationships improve quality and save money?: a review of evidence about value improvements made by changing communication, collaboration and support for self-care. London: The Health Foundation, 2012.

105. ØVRETVEIT, J. Does clinical coordination improve quality and save money?: Summary. London: The Health Foundation, 2011. v 1.
106. ØVRETVEIT, J. Does improving quality save money?: a review of evidence of which. London: The Health Foundation, 2009.
107. ØVRETVEIT, J. Evaluating Improvement and Implementation for Health. Maidenhead: Open University Press, McGraw-Hill, 2014.
108. ØVRETVEIT, J. Grading evidence for decision-makers: issues and methods in assessing the scientific quality of research and summarizing strength of evidence for public health research reviews. Copenhagen: WHO, 2003b.
109. ØVRETVEIT, J. Implementing, sustaining, and spreading quality improvement. In: WILSON, R. From front office to front line: essential issues for health care leaders. 2nd ed. Illinois: Joint Commission Resources, 2011. p. 159-176.
110. ØVRETVEIT, J. Integrated quality development for public healthcare. Oslo: Norwegian Medical Association, 1999.
111. ØVRETVEIT, J. Knowledge management and good practices a review of concepts and methods, Karolinska MMC Stockholm, 2006. Disponível em: <<http://homepage.mac.com/johnovr/FileSharing2.html>>. Acesso em: 1 fev. 2015.
112. ØVRETVEIT, J. Leading improvement effectively, a review of research. London: Health Foundation, 2009a.
113. ØVRETVEIT, J. Leading improvement. Journal of Health Organization and Management, Bradford, v. 19, n. 6, p.413-430, 2005.
114. ØVRETVEIT, J. Purchasing for Health. Columbus: Open University Press, 1995.
115. ØVRETVEIT, J. Quality improvement translation: understanding the conditionality of quality improvement interventions. Illinois: Joint Commission Journal on Quality and Safety, 2004.
116. ØVRETVEIT, J. Research and knowledge about the effectiveness of interventions to improve patient safety: a review of research and guidance for Lof. Stockholm: MMC Karolinska Institute, 2007.
117. ØVRETVEIT, J. Review of research into Integration. Stockholm: MMC Karolinska Institute, 2008.

118. ØVRETVEIT, J. The cost of poor quality in health care: A review of research for Stockholm County Council. Stockholm: MMC Karolinska Institute, 2004a.
119. ØVRETVEIT, J. The economics of quality: a practical approach. The International Journal of Health Care Quality Assurance, v.13, n. 4-5, p. 200-7, 2000.
120. ØVRETVEIT, J. The leaders role in quality and safety improvement: a review of research and guidance. Sweden: Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2005b.
121. ØVRETVEIT, J. Understanding the conditions for improvement: research to discover which context influences affect improvement success. BMJ Quality & Safety, London, v. 20, suppl. 1, p.i18-i23, 2011.
122. ØVRETVEIT, J. What are the advantages and disadvantages of different quality tool: a review and synthesis of the evidence. Copenhagen: WHO, 2005.
123. ØVRETVEIT, J. What is the best strategy for improving quality and safety of hospitals: a review and synthesis of the evidence. Copenhagen: WHO, 2003.
124. ØVRETVEIT, J. Which interventions are effective for improving patient safety?: a synthesis of research and policy issues. Copenhagen: WHO HEN; Stockholm MMC Karolinska, 2009c.
125. ØVRETVEIT, J. Widespread focused improvement: lessons from developing countries for scaling up specific improvements to health services. International Journal for Quality in Health Care, Oxford, v. 23, n. 3, p.239-246, 2011c.
126. ØVRETVEIT, J.; GRANBERG, C. B. Testing quality costing models, Phase 3 (2006-2007): a report of the 12-month experience of 10 projects. Stockholm: MMC Karolinska Institute, 2007.
127. ØVRETVEIT, J.; SOUSA, P. Quality and safety improvement research: methods and research practice from the International Quality Improvement Research Network (QIRN). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, MMC Karolinska Institute, 2008.
128. ØVRETVEIT, J.; STAINES, A. Sustained improvement?: findings from an independent case study of the Jönköping quality program. Quality Management in Health Care, Frederick, v. 16, n. 1, p.68-83, 2007.

129. OXMAN, A. D. et al. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, v. 153, n. 10, p.1423-1431, 1995.
130. PESTOTNIK, S L. et al. Implementing antibiotic practice guidelines through computer-assisted decision support: clinical and financial outcomes. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 124, n. 10, p.884-890, 1996.
131. PESTOTNIK, S. L. Therapeutic antibiotic monitoring: surveillance using a computerized expert system. *The American Journal of Medicine*, New York, v. 88, n. 1, p.43-48, 1990.
132. PETTIGREW, A. et al. The determinants of organisational performance: a review of the literature. London: Warwick Business School, 1999.
133. PLSEK, P. E. Quality Improvement Methods in Clinical Medicine. *Pediatrics*, Chicago, v. 103, n. 1, p.203-214, 1999.
134. PORTERFIELD, A.; ENGELBERT, K.; COUSTASSE, A. Electronic prescribing: improving the efficiency and accuracy of prescribing in the ambulatory care setting. *Perspectives in Health Information Management*, Chicago, v. 11, p.1-13, 2014.
135. PORTO, S. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, v. 10, p.74-80, 2010.
136. PRIMARY CARE TODAY. A very present danger. London: NHS Alliance, 2007. Disponível em: <<http://www.primarycaredtoday.co.uk/news/a-very-present-danger>>. Acesso em: 8 jan. 2015.
137. PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. O.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, Washington, DC, v. 47, n. 9, p.1102-1114, 1992.
138. PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. F. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, Royal Oak, MI, v. 12, n. 1, p. 38-48, 1997.
139. PRONOVOST, P. et al. 2003 Medication reconciliation: a practical tool to reduce the risk of medication errors. *Journal of Critical Care*, Orlando, FL, v. 18, p.201-205, Dec. 2003.
140. PRONOVOST, P. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 355, n. 26, p. 2725-2732, 2006.

141. RAVEN, J. et al. Methodology and tools for quality improvement in maternal and newborn health care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, New York, v. 114, n. 1, p.4-9, 2011.
142. REITER, K. L.; KILPATRICK, K. E.; REENE, S. B. How to develop a business case for quality. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford, UK, v.19, p. 50-55, 2007.
143. ROSEN, J. et al. Ability, incentives, and management feedback: organizational change to reduce pressure ulcers in a nursing home. *Journal of the American Medical Directors Association*, Hagerstown, MD, v. 7, n. 3, p.141-6, 2006.
144. RUBENSTEIN, L. V. et al. Understanding team-based quality improvement for depression in primary care. *Health Services Research*, Chicago, v. 37, n. 4, p. 1009-29, 2002.
145. RUBENSTEIN, L. et al. Improving patient quality of life with feedback to physicians about functional status'. *Journal of General Internal Medicine*, Alexandria, VA, v. 10, n. 11, p. 607-614, 1995.
146. SALANITRO, A. H. et al. Rationale and design of the Multicenter Medication Reconciliation Quality Improvement Study (MARQUIS). *BMC Health Services Research*, London, v. 13, n. 230, p.1-12, Meredith 2013.
147. SCHNIPPER, J. L. et al. Effect of an electronic medication reconciliation application and process redesign on potential adverse drug events: a cluster-randomized trial. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v.169, p.771-780, 2009.
148. SCOTT, T. et al. The quantitative measurement of organizational culture in Health Care: a review of the available instruments. *Health Services Research*, Bradford, v. 38, n. 3, p. 923-945, 2003.
149. SEDKI, K.; POLET, P.; VANDERHAEGEN, F. Using the BCD model for risk analysis: An influence diagram based approach. *Engineering Applications of Artificial Intelligence*, Swansea, v. 26, n. 9, p.2172-2183, 2013.
150. SEIBERT, H. H. et al. Effect of barcode technology with electronic medication administration record on medication accuracy rates. *American Journal of Health-system Pharmacy*, Bethesda, v. 71, n. 3, p.209-218, 2014.
151. SHMUELI, T. et al. Reporting adverse events at geriatric facilities: categorization by type of adverse event and function of reporting personnel.

- International Journal of Health Care Quality Assurance, Bradford, v. 27, n. 2, p.91-98, 2014.
152. SINTCHENKO, V.; COIERA, E.; GILBERT, G. L. Decision support systems for antibiotic prescribing. *Current Opinion in Infectious Diseases*, Hagerstown, v. 21, n. 6, p.573-579, 2008.
  153. SIRIWARDENA, A. N. Using quality improvement methods for evaluating health care. *Primary Care: clinics in office practice*, Philadelphia, v.17, n. 3, p. 155-159, 2009.
  154. SOUSA, P. et al. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Services Research*, London, v. 14, n. 311, p.1-6, 2014.
  155. STAGGS, V. S.; MION, L. C.; SHORR, R. I. Assisted and unassisted falls: different events, different outcomes, different implications for quality of hospital care. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, Oakbrook Terrace, v. 40, n. 8, p.358-364, 2014.
  156. STARMER, A. J. et al. Rates of Medical Errors and Preventable Adverse Events Among Hospitalized Children Following Implementation of a Resident Handoff Bundle. *Journal of The American Medical Association*, Chicago, v. 310, n. 21, p.2262-2270, 2013.
  157. TACHÉ, S. V.; SÖNNICHSEN, A.; ASHCROFT, D. M. Prevalence of adverse drug events in ambulatory care: a systematic review. *The Annals of Pharmacotherapy*, Cincinnati, v. 45, n. 7-8, p.977-989, 2011.
  158. TREPANIER, S.; HILSENBECK, J. A hospital system approach at decreasing falls with injuries and cost. *Nursing Economic\$, Pitman, NJ*, v. 32, n. 3, p.135-141, 2014.
  159. VERMEULEN, K. M. et al. Cost-effectiveness of an electronic medication ordering system (CPOE/CDSS) in hospitalized patients. *International Journal of Medical Informatics*, Shannon, v. 83, n. 8, p.572-580, 2014.
  160. VOLPE, C. R. G. et al. Medication errors in a public hospital in Brazil. *The British Journal of Nursing*, London, v. 23, n. 11, p.553-559, 2014.
  161. WALSH, K.; ANTONY, J. An assessment of quality costs within electronic adverse incident reporting and recording systems. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Bradford, v. 22 n. 3, p. 203 – 220, 2009.

162. WALTON, R. T. Computerised advice on drug dosage to improve prescribing practice (Cochrane Review), Update Software. Oxford: The Cochrane Library, 2002.
163. WEST, D. Patient reports cast doubt on the need for large numbers of procedures. *Health Service Journal*, London, p. 4–5, 14 May 2009.
164. WILSON, T.; SHEIKA, A. Enhancing patient safety in primary care. *BMJ*, London, v. 324, p. 584–587, 2002.
165. WOLFF, A.; TAYLOR, S. Enhancing patient care: a practical guide to improving quality and safety in hospitals. Strawberry Hills: MJA Books, 2009.
166. WONG, J. M. et al. Patterns in neurosurgical adverse events: intracranial neoplasm surgery. *Neurosurgical Focus*, Charlottesville, v. 33, n. 5, p.E16, 2012.
167. WOODS, E. R. et al. Community Asthma Initiative: Evaluation of a Quality Improvement Program for Comprehensive Asthma Care. *Pediatrics*, Illinois, v. 129, n. 5, p.465-472, 2012.
168. WOODWARD, C. A. Improving provider skills: strategies for assisting health workers to modify and improve skills: developing quality health care - a process of change. Geneva: WHO, 2000.
169. YOUNG, G. Managing organizational transformations: lessons from the veterans. *Health Administration California Management Review*, Berkeley, v. 43, n.1, p. 66-83, 2000.
170. ZEESHAN, M. F. et al. Incidence of adverse events in an integrated US healthcare system: a retrospective observational study of 82,784 surgical hospitalizations. *Patient Safety in Surgery*, London, v. 8, n. 23, p.1-10, 2014.
171. ZHAN, Chunliu. et al. Medicare Payment For Selected Adverse Events: Building The Business Case For Investing In Patient Safety. *Health Affairs*, Bethesda, v. 25, n. 5, p.1386-1393, 2006.
172. ZHAN, Chunliu. et al. Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. *JAMA*, Chicago, v. 290, n. 14, p.1868-1874, 2003.
173. ZIEGENFUSS, J. Organisational barriers to quality improvement in medical and health care organisations. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford, v. 6, n.4, p.115-122, 1991.

174. ZIMLICHMAN, E. et al. Health Care-Associated Infections: A Meta-analysis of costs and financial impact on the US Health Care System. *JAMA Internal Medicine*, Chicago, v.173, n.22, p.2039-2046, 2013. Disponível em: <<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1733452>>. Acesso em: 4 mar. 2015.

## Apêndice 1: Modelo para planejar uma mudança

Baseado no “*Model for planning change*” [Modelo para planejamento de mudança] (GROL et al., 2007)

### Modelo em 10 etapas para planejamento de uma mudança: eventuais barreiras, estratégias e intervenções

Etapa	Eventuais barreiras à mudança	Eventuais estratégias e intervenções
Orientação		
1. Conscientização sobre a inovação	Não familiarizado; não lê a literatura, nem tem contato com colegas.	Distribua mensagens curtas através de todos os canais de comunicação; aborde pessoas e redes fundamentais.
2. Interesse, engajamento	Ausência de sentimento de urgência; não vê a mudança como relevante.	Brochura que chame a atenção; abordagem pessoal e explicação, discussão em relação ao desempenho.
Aprendizado [insight]		
1. Compreensão	Ausência de conhecimento; informação complexa ou extensa demais.	Bons materiais educacionais, mensagens concisas, informação baseada nos problemas da prática, repetição regular da mensagem.
2. Aprendizado sobre novas rotinas	Ausência de aprendizado; superestimação do próprio desempenho.	Métodos simples de auditoria e retroalimentação sobre o desempenho; comparação de dados com os pares.
Aceitação		

1. Atitude positiva	Vê desvantagens; dúvidas sobre o valor ou sobre os desenvolvedores da iniciativa; não atraído pela mudança.	Adaptação das inovações aos desejos dos grupos-alvo, com discussão local e consenso; discussão sobre a resistência; provisão de bons argumentos científicos; envolvimento de indivíduos-chave e de líderes de opinião.
2. Decisão de mudar	Dúvida sobre a viabilidade, o sucesso e a própria eficácia.	Pares demonstram a viabilidade, detecção dos gargalos, busca de soluções e proposição de objetivos viáveis para a mudança.
<b>Mudança</b>		
1. Adoção real, experimentação	Não começar; falta de tempo; falta de habilidades; não adequado às rotinas prévias.	Recursos adicionais; apoio; treinamento de habilidades; redesenho de processos de cuidado; apoio temporário de consultores; materiais informativos para pacientes.
2. Confirmação do valor agregado	Sucesso insuficiente; reações negativas dos outros.	Concepção do plano com objetivos factíveis; inventário dos gargalos; achar soluções.
<b>Sustentabilidade</b>		
1. Integração da nova prática à rotina	Recaída; esquecimento.	Monitoramento, retroalimentação e sistemas de lembrete; integração nos planos de rotina de cuidado e nos protocolos locais.
2. Incorporação da nova prática à organização	Ausência de apoio ou de orçamento.	Provisão de recursos; apoio da alta administração; medidas organizacionais; recompensas; pagamento por determinadas tarefas.

Nota: O modelo em dez etapas é uma síntese de diferentes modelos de etapas apresentados na literatura, incluindo exemplos de possíveis barreiras à mudança e possíveis estratégias para superá-las. Fonte: Grol e Wensing, 2005a e b.

## *Apêndice 2: Resumo das teorias de mudança (Grol et al., 2007)*

### Âmbito Individual

Visão geral das teorias sobre mudança na área da saúde, hipóteses derivadas destas teorias e possíveis intervenções

Teoria	Hipótese derivada da teoria sobre mudança na prática	<b>Intervenções possíveis (aplicadas a exemplos sobre higienização das mãos e diabetes)</b>
Profissionais individuais		
Teorias cognitivas	A implementação da mudança precisa considerar os processos de decisão profissional. Além disso, os profissionais precisam de boa informação e métodos para apoiar suas decisões na prática.	Proporcione informação convincente e oportuna aos profissionais sobre o cuidado desejado; apoie sua tomada de decisão sobre rotinas de higiene das mãos e manejo de diabetes.
Teorias educacionais	A implementação da mudança precisa estar vinculada às necessidades e à motivação dos profissionais; motivação intrínseca é crucial: as pessoas mudam com base nos problemas que enfrentaram na prática.	Engaje os profissionais na busca de soluções para o problema; estabeleça metas individuais de melhoria e “planos de aprendizagem” relacionados ao desempenho desejado.
Teorias motivacionais	A implementação da mudança precisa focar nas atitudes, nas normas sociais percebidas e na experiência de controle relacionado ao desempenho desejado.	Convença os profissionais acerca da importância de melhor higienização das mãos ou de melhor cuidado de pacientes diabéticos; mostre que eles podem fazer isso e que outras pessoas acham importante que o façam.
Contexto social		
Teorias de comunicação	Importância da fonte da inovação (credibilidade); enquadramento e ensaio das mensagens; características dos receptores da	Desenvolva uma mensagem bastante convincente; identifique pessoas de credibilidade para apresentá-la;

	mensagem.	adapte a mensagem à competência e à motivação do receptor.
Teoria sobre aprendizado social	Mudança no desempenho ocorre através de demonstração, exemplo e reforço por parte dos outros.	Faça com que os “líderes” sirvam de exemplo para a higienização das mãos e as melhores práticas de cuidado com o paciente diabético; faça com que pares respeitados as reforcem.
Teorias sobre rede social e influência	Mudança requer adaptação local das inovações e a utilização de redes e líderes de opinião locais para a disseminação, incluindo a identificação de inovadores e pessoas-chave na rede social.	Analise a interação da equipe; identifique os líderes de opinião e utilize-os para melhorar o controle de infecções e o manejo do diabetes.
Teorias relacionadas ao trabalho em equipe	Equipes mais efetivas estão mais bem preparadas para executar as mudanças necessárias para melhorar o cuidado porque compartilham objetivos e conhecimento.	Crie equipes nas quais os papéis estejam definidos e os membros encorajem uns aos outros a trabalhar pelo objetivo comum de menos infecções ou complicações de pacientes diabéticos.
Teoria do desenvolvimento profissional	Fidelidade profissional, orgulho, consenso e “reinvenção” da proposta de mudança pelo corpo de profissionais.	Lance mão do orgulho profissional e estabeleça padrões para o desempenho desejado.
Teoria da liderança	Engajamento e comprometimento dos líderes e da (alta) administração com o processo de melhoria são importantes.	Faça com que membros da alta administração e as lideranças informais iniciem as atividades e forneçam apoio contínuo voltado para a mudança nas práticas de cuidado ao paciente diabético e de higienização das mãos.

## Âmbito organizacional ou mais amplo

Teoria	Hipótese derivada da teoria sobre mudança na prática	<b>Intervenções possíveis (aplicadas a exemplos sobre higienização das mãos e diabetes)</b>
Contexto organizacional		
Teorias das organizações inovadoras	A implementação deve levar em consideração o tipo de organização; a tomada descentralizada (equipe) de decisões sobre inovação é importante.	Crie coligações de profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente nas diferentes enfermarias para mudar os sistemas de controle de infecção e cuidado com o paciente diabético; aumente as responsabilidades das enfermarias.
Teoria da gestão da qualidade	A melhoria é um processo cíclico contínuo, com os planos de mudança sendo constantemente adaptados com base em experiência prévia; medidas englobando a organização inteira focam em melhorar a cultura, a colaboração, a centralidade no consumidor e os processos.	Reorganize os processos de trabalho relacionados ao cuidado com pacientes diabéticos e controle de infecção; desenvolva um sistema baseado em atenção primária ou englobando toda a organização para o cuidado ótimo ao paciente diabético e para a prevenção de infecções; monitore o progresso e adapte os planos de mudança continuamente com base nos dados.
Teoria da integração do cuidado	Mude processos de cuidado multidisciplinares e colaborativos, ao invés da tomada de decisão individual.	Analise e redesenhe os processos de trabalho relacionados ao cuidado de pacientes diabéticos e à higienização das mãos de forma a torná-los mais efetivos e eficientes.
Teoria da complexidade	Foque no sistema como um todo; encontre padrões de comportamento (atrativos) e vincule o plano de mudança a eles; teste e melhore o plano.	Encare o controle de infecções e o manejo do diabetes como um sistema com muitos agentes; encontre padrões/atrativos; defina especificações cruciais (mínimas) para a mudança e teste-as.
Teorias do aprendizado organizacional	A criação e a disponibilização de condições organizacionais para aprendizagem contínua em todos	Ofereça a todos os níveis da organização aprendizagem e troca de informações contínuas

	os níveis podem levar a mudanças bem-sucedidas.	sobre manejo de diabetes e melhor higienização das mãos.
Teoria da cultura organizacional	Mudanças na cultura podem estimular mudanças no desempenho, especialmente uma cultura de trabalho em equipe, flexibilidade e orientação externa.	Trabalhe para melhorar a cultura geral do hospital ou da enfermaria, onde o controle de infecções e o cuidado integral ao paciente diabético são vistos como prioridades.
Contexto político e econômico		
Teorias sobre reembolso	Recompensas atrativas e incentivos (financeiros) podem influenciar o volume de atividades específicas.	Recompense o declínio das infecções e o alcance das metas em relação ao cuidado com o paciente diabético através de incentivos não materiais e materiais/financeiros (orçamento adicional, colaboradores, licença-prêmio).
Teoria da contratualização	Regimes contratuais podem nortear o desempenho profissional e organizacional.	Providencie regimes contratuais entre financiadores e prestadores de cuidado, contemplando metas para controle de diabetes e de infecção.