



PROQUALIS

Referencial para um cuidado seguro, confiável e efetivo

Allan Frankel, MD: *Cofundador, Safe & Reliable Healthcare*

Carol Haraden, PhD: *Vice-Presidente, IHI*

Frank Federico, RPh: *Vice-Presidente, IHI*

Jennifer Lenoci-Edwards, RN, MPH: *Diretora de Segurança do Paciente, IHI*



PROQUALIS

COMO CITAR ESTE ARTIGO

Frankel A, Haraden C, Federico F, Lenoci-Edwards J. *A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care*. White Paper. Cambridge, MA: Institute for

Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare; 2017.

AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer aos professores do *IHI Patient Safety Executive Development Program* e aos participantes que, ao longo de 15 anos, ajudaram a criar e refinar o referencial descrito neste trabalho. Agradecemos especiais a Michael Leonard e Terri C. Frankel por suas ideias extraordinárias, que ajudaram continuamente a tornar este referencial mais forte e mais coeso. Agradecemos também a Jana Dean, Doug Salvador e Don Goldmann por sua excelente e cuidadosa revisão do nosso manuscrito. Agradecemos também a Jane Roessner e Val Weber do IHI pelo seu apoio no desenvolvimento e edição deste documento.

O *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) é líder no trabalho de melhoria da saúde e do cuidado de saúde em todo o mundo. Por mais de 25 anos, temos feito parcerias com visionários, líderes e profissionais da linha de frente do cuidado em todo o mundo para promover formas ousadas e inovadoras de melhorar a saúde de pessoas e populações. Reconhecido como um instituto inovador, um polo

de atração, um sócio confiável e um propulsor de resultados, o IHI é o centro de referência para qualquer pessoa que busque conhecimentos especializados, apoio e incentivo com o objetivo de mudar profundamente a saúde e o cuidado de saúde para melhor.

A *Safe & Reliable Healthcare* (SRH) está na vanguarda da medição e melhoria da cultura e da construção de sistemas de aprendizagem altamente confiáveis. O nosso trabalho em todo o contínuo do cuidado de saúde e em todo o mundo nos dá uma compreensão única sobre os atributos, habilidades e características específicas dos líderes efetivos que conseguem promover a transformação cultural necessária para melhorar a excelência operacional. Acreditamos que o cuidado seguro, de alta qualidade e com boa relação custo-efetividade se baseie em relações colaborativas; por isso, fazemos parcerias com diferentes organizações para transformar a sua cultura e promover a aprendizagem.

PREFÁCIO

A segurança do paciente sempre esteve no cerne do movimento de melhoria da qualidade no cuidado de saúde. Mais de 30 anos atrás, o *Harvard Medical Practice Study* ajudou a lançar o movimento de melhoria da qualidade, demonstrando que muitos — se não a maioria — dos casos de danos em hospitais eram causados por falhas sistêmicas. São essas

falhas sistêmicas que os métodos e ferramentas de melhoria da qualidade procuram enfrentar, e o IHI foi fundado justamente para aplicá-los.

Em 1999, o relatório *To Err is Human*, do *Institute of Medicine*, chocou os EUA com a estimativa de que pelo menos 44.000 — e até 98.000 — pessoas morriam em hospitais a cada ano em razão de er-



PROQUALIS

ros evitáveis no cuidado de saúde. Alguns anos atrás, uma nova estimativa sugeriu que podem ocorrer até 400.000 óbitos evitáveis por ano. Além disso, em 2016, um estudo publicado no BMJ estimou o número em mais de 250.000, o que, segundo os autores, faria dos danos evitáveis a terceira maior causa de morte nos EUA. É importante compreender o verdadeiro impacto dos danos evitáveis, mas seja o número 40.000 ou 400.000, podemos todos concordar que é um número excessivo.

Acredito que estamos em um ponto de inflexão na história da melhoria da segurança do paciente. As alterações nos modelos de pagamento, a incerteza em torno da reforma da saúde e o escrutínio cada vez maior da era digital moderna exigem um pensamento novo e criativo sobre a melhor maneira de garantir a prestação de um cuidado sem danos.

No Fórum Nacional do IHI, em dezembro de 2016, propus seis “resoluções de ano novo” para a segurança do paciente — a fim de assegurar que os grandes avanços já feitos fossem sustentados e para expandir o nosso pensamento sobre a segurança:

1. Concentrar no que funciona bem, além de aprender com o que vai mal;
2. Avançar para uma maior proatividade;
3. Criar sistemas para aprender com a aprendizagem;
4. Ser humilde — criar confiança e transparência;
5. Coproduzir a segurança com os pacientes e suas famílias; e
6. Reconhecer que a segurança é mais que a ausência de danos físicos; é também a busca pela dignidade e pela equidade.

As primeiras cinco resoluções não são inteiramente novas e estão alinhadas com a abordagem do IHI para melhorar a qualidade em geral. A sexta é

uma questão na qual tenho pensado muito nos últimos anos. Agora que sabemos como reduzir e até eliminar danos que um dia já pareceram inevitáveis — pneumonias associadas à ventilação mecânica, infecções associadas a cateteres centrais —, precisamos dedicar os nossos esforços a eliminar os danos que ainda não abordamos explicitamente. Os danos causados por indignidades e iniquidades no cuidado de saúde são tão evitáveis e tão inaceitáveis quanto as cirurgias em local errado e os erros de medicação. Estamos apenas começando a entender como a saúde física é afetada pelo trauma psicológico. Garantir a segurança do paciente significa garantir o direito de todos os pacientes a um cuidado livre de danos, o que inclui serem tratados de forma equitativa e digna.

Este trabalho não aborda todas as seis “resoluções” diretamente. Está centrado, com razão, na criação de sistemas de segurança. O documento apresenta, de maneira clara e convincente, um referencial prático para qualquer organização ou sistema de saúde que pretenda melhorar a segurança do paciente de forma contínua e confiável. Para assegurar a confiabilidade, a melhoria e a sustentabilidade, os domínios da criação de uma cultura de segurança e de um sistema de aprendizagem são fundamentais não só para resolver os tipos de problemas de segurança com os quais temos experiência, como também para aqueles que ainda sequer imaginamos. Os componentes individuais do referencial — liderança, transparência, responsabilização etc. — são os ingredientes necessários para criar uma cultura de segurança e um sistema de aprendizagem contínua. As organizações de saúde de qualquer tipo ou tamanho podem se apoiar nesta base para criar sistemas e processos que assegurem o cumprimento da nossa *primeira* promessa aos pacientes — não causar danos.

Derek Feeley
Presidente e Diretor-Executivo
Institute for Healthcare Improvement



PROQUALIS

SUMÁRIO EXECUTIVO

Os esforços para melhorar a segurança, a confiabilidade e a efetividade do cuidado de saúde não são novos; as organizações trabalham diligentemente em direção a esses objetivos há anos. No entanto, muitas vezes adotam várias estratégias numa espécie de vácuo, sem apreciar plenamente a forma como diferentes abordagens e iniciativas se influenciam mutuamente. Ao tentarem alcançar objetivos mais ambiciosos, essas organizações de saúde às vezes precisam de orientações sobre como integrar e ordenar os seus esforços de melhoria.

Neste contexto, um grupo de especialistas em temas específicos do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) e da *Safe & Reliable Healthcare* (SRH) tem colaborado ao longo de 15 anos para desenvolver o *Referencial para um cuidado seguro, confiável e efetivo* apresentado neste documento. Formado por dois domínios fundamentais — a cultura e o sistema de aprendizagem —, juntamente com nove componentes inter-relacionados, com os pacientes e suas famílias no centro, o referencial reúne sucintamente, num só lugar, todos os conceitos estratégicos, clínicos e operacionais que são fundamentais para alcançarmos um cuidado seguro, confiável e efetivo.

INTRODUÇÃO

As organizações de saúde têm a responsabilidade absoluta de oferecer um cuidado seguro, confiável e efetivo aos pacientes. Porém, pode ser muito difícil cumprir consistentemente essa obrigação, e as organizações enfrentam muitas vezes o desafio de conceber um portfólio equilibrado de projetos de melhoria que lhes permita atingir os objetivos de qualidade e segurança ao nível sistêmico. Elas podem ter projetos isolados de melhoria da se-

Este documento apresenta os domínios da cultura e do sistema de aprendizagem, descrevendo os fatores envolvidos em cada um e a interação entre eles, dá exemplos de definições e estratégias de implementação para os nove componentes (liderança, segurança psicológica, responsabilização, trabalho em equipe e comunicação, negociação, transparência, confiabilidade, melhoria e medição e aprendizagem contínua) e discute o envolvimento dos pacientes e suas famílias. Ao longo do documento, apresentamos exemplos do mundo real para que os leitores tenham uma compreensão mais completa dos diversos componentes e do seu impacto sobre o referencial como um todo.

Este trabalho dá às organizações uma compreensão mais clara de como alcançar um cuidado seguro, confiável e efetivo. As organizações podem usar o referencial como um roteiro para orientá-las na aplicação dos princípios contidos aqui ou como uma ferramenta de diagnóstico para determinar se estão avançando adequadamente (ou nem um pouco) em direção aos diferentes componentes do referencial. O compromisso de usar o referencial permitirá que as organizações de saúde de todos os tipos e tamanhos deem mais um passo para alcançar a excelência operacional segura e confiável.

gurança em andamento ou realizar inquéritos regulares junto aos seus profissionais para entender melhor a cultura de segurança atual da organização, mas ainda não está claro de que forma esses diversos esforços se entrelaçam e interagem para a prestação de um cuidado mais seguro e confiável. É difícil combinar diferentes fluxos de dados, o que dificulta a criação de programas sustentáveis, implementados ao nível do sistema como um todo



PROQUALIS

e centrados em danos e erros por todas as causas possíveis.

O *Referencial para um cuidado seguro, confiável e efetivo* apresenta orientações claras às organizações de saúde sobre os principais componentes estratégicos, clínicos e operacionais envolvidos na promoção da excelência operacional segura e confiável. O referencial abrange dois domínios fundamentais — a cultura e o sistema de aprendizagem —, juntamente com nove componentes inter-relacionados: liderança, segurança psicológica, responsabilização, trabalho em equipe e comunicação, negociação, transparência, confiabilidade, melhoria e medição e aprendizagem contínua. O envolvimento dos pacientes e suas famílias está no centro do referencial — esse é o motor que impulsiona o trabalho para criar um cuidado seguro, confiável e efetivo.

O referencial tem diversos propósitos. Em primeiro lugar, as organizações podem usá-lo como um roteiro que as orientará na aplicação dos princípios aqui apresentados. Em segundo lugar, podem usá-lo como uma ferramenta de diagnóstico para determinar se estão avançando adequadamente (ou nem um

pouco) em direção aos diferentes componentes do referencial.

Utilizando este referencial, as organizações podem, ao longo do tempo, melhorar a segurança, a confiabilidade e a efetividade do cuidado que prestam. No entanto, o processo de redesenhar um sistema de cuidado é complicado e não pode ser feito às pressas. Embora o referencial possa ajudar um sistema de saúde a organizar os seus esforços na criação de sistemas para a prestação de um cuidado seguro e confiável, assegurando que tais sistemas contenham os principais componentes necessários para alcançar o êxito continuado, é essencial que as organizações reservem tempo e recursos para fazer este trabalho. Além disso, devem avaliar o seu desempenho atual nos diferentes domínios e componentes: estão trabalhando atualmente para implementar algum aspecto do referencial? Que progresso já fizeram? O que tem funcionado bem? O que não está funcionando? Uma vez estabelecido este padrão de referência, é mais fácil compreender onde a organização precisa concentrar sua atenção e esforços.

CONTEXTO

Ao longo de sua evolução, o *Referencial para um cuidado seguro, confiável e efetivo* se baseou no trabalho colaborativo entre especialistas em temas específicos do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) e da *Safe & Reliable Healthcare* (SRH). Os componentes do referencial surgiram como parte de um trabalho coletivo para desenvolver o currículo do Programa de Desenvolvimento Executivo em Segurança do Paciente do IHI, que ensina os conceitos e estratégias com os quais devem estar familiarizados os responsáveis pela segurança do paciente em uma organização.^{1,2}

Com base em análises aprofundadas em muitos ambientes de trabalho de alto desempenho,

proativos e generativos, o IHI e a SRH refinaram continuamente as ideias contidas no referencial e, ao longo do tempo, observaram que este trabalho produz resultados positivos. Todas as organizações de saúde seguras e confiáveis que a equipe encontrou estão no processo de aplicar a maior parte dos componentes do referencial, talvez todas. Embora estivesse inicialmente focado no cuidado de pacientes agudos, o referencial evoluiu para ser aplicável de forma mais ampla em qualquer ambiente — no cuidado de pacientes agudos, no cuidado ambulatorial, na atenção domiciliar, no cuidado de longa permanência e na comunidade. Como qualquer bom modelo, o referencial continua a evoluir



PROQUALIS

à medida que as organizações contribuem com as suas próprias experiências.

O objetivo deste documento é explicar o referencial, descrever cada domínio e seus componentes com mais detalhes e oferecer definições, estratégias e exemplos do mundo real para ajudar as organizações a compreenderem plenamente cada faceta e iniciarem o trabalho. Existem diversos métodos e ferramentas que as organizações devem possuir para promover a prestação de um cuidado seguro, confiável e efetivo, e muitos deles são comentados ao longo deste trabalho. No entanto, este trabalho não tem o objetivo de cobrir todos esses temas; consulte o Apêndice para obter informações adicionais sobre métodos e ferramentas selecionados.

OS GRANDES DOMÍNIOS: A CULTURA E O SISTEMA DE APRENDIZAGEM

O referencial tem como base dois domínios essenciais e inter-relacionados: a cultura e o sistema de aprendizagem. Neste contexto, a cultura é o produto dos valores, atitudes, competências e comportamentos individuais e coletivos que formam uma base sólida para a construção de um sistema de aprendizagem.

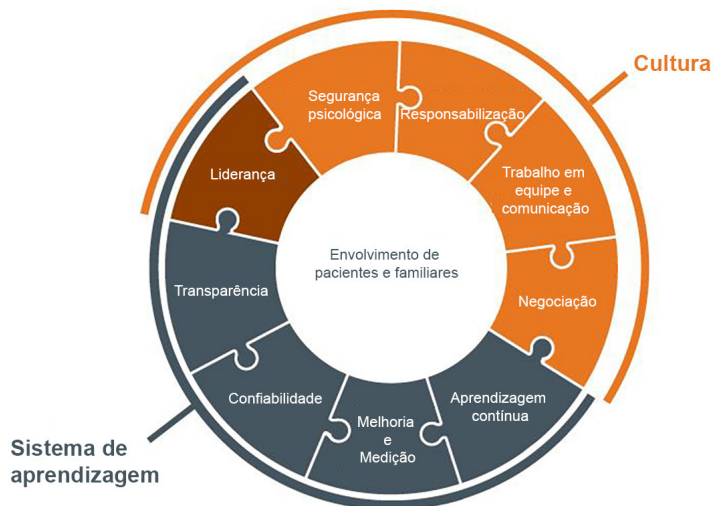
Um sistema de aprendizagem é caracterizado pela capacidade de realizar a autorreflexão e de identificar os pontos fortes e fracos, tanto em tempo real como em revisões periódicas. No cuidado de saúde, isso implica que os líderes devam sublinhar a importância da reflexão contínua para a avaliação do desempenho. Também implica a adoção consistente de comportamentos em equipe estabelecidos por consenso, como briefings e debriefings dedicados à autorreflexão. Os sistemas de aprendizagem identificam os defeitos e atuam sobre eles; recompensam a proatividade, e não a reatividade. A aprendizagem e uma cultura saudável se reforçam mutuamente, identificando e resolvendo os defeitos clínicos, culturais e operacionais. Aplicando efetivamente a ciência da melhoria, as organiza-

ções podem aprender a lidar com muitos dos componentes culturais aqui mencionados.

As figuras 1 e 2 facilitam a compreensão holística do referencial. As figuras ilustram o referencial como um modelo circular, onde cada componente está encaixado nos outros. Isso reforça a ideia de que todas as partes estão interconectadas e são interdependentes, e o êxito em uma área depende do êxito em outra. O referencial ajuda a compreender o trabalho prévio feito pela organização na área da segurança, destacando os seus pontos fortes e as lacunas existentes.

No âmago do referencial está o envolvimento dos pacientes e suas famílias — isto é, todos os esforços envolvidos na aplicação do referencial devem ter por objetivo alcançar os melhores resultados para os pacientes e suas famílias, em todo o contínuo da prestação do cuidado.

Figura 1. Referencial para um cuidado seguro, confiável e efetivo



Como os domínios da cultura e do sistema de aprendizagem são ambos fundamentais para o referencial, pode ser difícil saber por onde começar o trabalho. É mais ou menos como o problema do ovo e da galinha: as organizações precisam da cultura



PROQUALIS

para poderem aprender, e precisam aprender para mudar a cultura. No fim das contas, não há um lugar perfeito para começar; ambos os pontos de partida têm suas justificativas.

Figura 2. Referencial para um cuidado seguro, confiável e efetivo — com detalhes descritivos dos componentes



Este trabalho começa por desconstruir os componentes da cultura, e então os do sistema de aprendizagem. No entanto, os leitores devem ter em mente que os dois domínios são sinérgicos e, em muitos casos, as organizações trabalharão simultaneamente em múltiplos componentes, abarcando os dois domínios. O objetivo final é implementar todos os componentes e trabalhar de forma conjunta na construção de um sistema para a prestação consistente de um cuidado seguro, confiável e efetivo aos pacientes.

OS COMPONENTES DA CULTURA

Como mostrado na Figura 1, o referencial inclui quatro componentes culturais (segurança psicológica, responsabilização, trabalho em equipe e comunicação e negociação), além de um componente comum (liderança) que faz parte de ambos os domínios (cultura e sistema de aprendizagem). A seguir, examinaremos cuidadosamente cada um desses com-

ponentes culturais, fornecendo uma definição e as etapas para implementar as ideias na prática diária.

LIDERANÇA

A função principal dos líderes no cuidado de saúde é influenciar os seus “seguidores” para que desenvolvam comportamentos, hábitos, processos e tecnologias que resultem em um desempenho excepcional e em constante melhoria. No referencial, os líderes não são identificados por sua posição ou cargo; eles existem em todos os níveis e em todos os grupos, inclusive entre os pacientes e suas famílias. De fato, o referencial é indiferente aos títulos dos líderes: ele reconhece tacitamente que os líderes de alto escalão desenvolvem estratégias ou criam alinhamento, os de nível médio trabalham predominantemente na gestão, e os líderes clínicos se concentram na perspicácia clínica dos seus profissionais. Estes diferentes atributos são fundamentais para cada tipo específico de liderança; porém, o referencial indica que existem algumas expectativas semelhantes para todos os cargos de liderança, independentemente da função.

O referencial requer que todos os líderes formais e informais estejam empenhados em alcançar a excelência operacional segura, confiável e efetiva. Essencialmente, os líderes têm quatro responsabilidades principais:

- ▶ **Proteger o sistema de aprendizagem:** Envolver-se plenamente no trabalho de autorreflexão que leva à transparência; compreender e aplicar a ciência da melhoria, a ciência da confiabilidade e a aprendizagem contínua; e inspirar esse trabalho em toda a organização.
- ▶ **Promover a segurança psicológica:** Assegurar-se de que todas as pessoas da organização, inclusive os pacientes e suas famílias, possam expressar confortavelmente as suas preocupações, sugestões e ideias para mudanças.



- ▶ **Fomentar a confiança:** Criar um ambiente de respeito absoluto, de modo que as pessoas sintam que as suas opiniões são valorizadas e que qualquer comportamento negativo ou abusivo é rapidamente corrigido.
- ▶ **Assegurar o alinhamento dos valores:** Aplicar os valores organizacionais a todas as decisões tomadas, seja em nome da segurança, da efetividade, do foco no paciente, da prontidão, da eficiência ou da equidade.

Quando os líderes cumprem consistentemente estas responsabilidades, preparam o terreno para uma cultura e um sistema de aprendizagem centrados na segurança e na confiabilidade.

PASSANDO DO CONCEITO PARA A REALIDADE

A liderança forte envolve uma série de comportamentos que se manifestam através de ações. Consequentemente, as organizações podem avaliar e cultivar a liderança através do controle, monitoramento e fomento de certas ações.

As seguintes perguntas podem ajudar as organizações a avaliar o cenário atual de liderança e a identificar oportunidades de melhoria:

- ▶ De que maneira a organização treina os profissionais para cargos de liderança?
- ▶ Como a organização planeja, de forma efetiva, a sucessão dos líderes?
- ▶ Quanto tempo e energia os líderes de alto escalão e o conselho de administração gastam discutindo a qualidade e a segurança nas reuniões do conselho? (O tempo recomendado é de cerca de 25%.)³ As questões de segurança e de confiabilidade são priorizadas na agenda da reunião?
- ▶ Os líderes têm ao menos uma compreensão tácita do referencial e seus componentes, bem

como de seu papel como líderes?

- ▶ Os líderes estão empenhados em rever os painéis de aprendizagem que documentam os problemas que as pessoas estão tendo e o que está sendo feito para resolvê-los? (Para mais informações sobre os painéis de aprendizagem, veja a seção sobre Transparência, abaixo.)
- ▶ Os líderes de todos os níveis definem objetivos claros sobre os quais é possível agir? Todos sabem como podem contribuir para o objetivo geral da organização?

Inquéritos sobre a cultura são particularmente valiosos quando dão informações sobre as lideranças e as percepções dos profissionais. Algumas das coisas a procurar nos inquéritos sobre a cultura são: saber se os profissionais sentem que são orientados pelos líderes, se existe a percepção de que os valores dos líderes de alto nível estão alinhados com os valores expressos da organização e se estes valores se manifestam nas ações dos líderes.

Os líderes também devem ser acessíveis, devem ouvir mais do que falar e devem responder às preocupações. As organizações devem possuir um processo de comunicação interna que vincule as respostas dos líderes às preocupações dos prestadores da linha de frente, para assegurar que os profissionais sintam que as suas vozes são ouvidas. Este *feedback* é fundamental, pois há estudos que demonstram que, quando os líderes falam com as pessoas e respondem com *feedback* e ação, as pessoas sentem que as suas vozes são ouvidas, e os escores de engajamento aumentam em 20 a 50%, incluindo os escores que medem a efetividade da liderança. No entanto, quando os líderes ouvem, mas não respondem, ou quando as respostas não são conhecidas pelos profissionais da linha de frente, os escores de engajamento e as percepções sobre a efetividade da liderança diminuem 10 a 20%, segundo os resultados do estudo SCORE, de 2016.⁴



SEGURANÇA PSICOLÓGICA

Este conceito se originou com o livro de James Reason, *Managing the Risks of Organizational Accidents*,⁵ e foi popularizado por Amy Edmondson em seus primeiros trabalhos e em seu livro, *Teaming*.⁶ Embora seja coloquialmente pensado como a ideia de que “eu posso manifestar as minhas preocupações”, os elementos específicos da segurança psicológica têm muito mais nuances e envolvem os seguintes quatro atributos:⁶

- ▶ Qualquer pessoa pode fazer perguntas sem parecer tola;
- ▶ Qualquer pessoa pode pedir *feedback* sem parecer incompetente;
- ▶ Qualquer pessoa pode ser respeitosamente crítica sem parecer negativa;
- ▶ Qualquer pessoa pode sugerir ideias inovadoras sem dar a impressão de que está perturbando o trabalho.

Cada atributo surge em diferentes lugares e momentos dentro dos ambientes de trabalho e é apoiado por diferentes atividades. Por exemplo, a noção de que podemos fazer perguntas sem parecermos tolos está ligada à aprendizagem no ambiente clínico, e a ideia de que podemos pedir *feedback* sem parecermos incompetentes é um componente importante da forma como os profissionais da linha de frente se relacionam com seus superiores.

Infelizmente, muitos ambientes sociais comuns, até mesmo a escola ou reuniões em família ou com os amigos, reforçam o oposto da segurança psicológica e não apoiam o valor de fazer perguntas, pedir *feedback* ou sugerir inovações. Um ambiente de segurança psicológica rompe este ciclo, fazendo com que estas atividades sejam não só bem-vindas, mas, inclusive, esperadas.

PASSANDO DO CONCEITO PARA A REALIDADE

Para alcançar a segurança psicológica, é preciso haver uma hierarquia horizontal e um sistema de aprendizagem sólido que crie um ambiente no qual as pessoas se sintam confortáveis em fazer sugestões, inclusive ideias aparentemente absurdas que não podem ser aproveitadas naquele momento, mas que podem ser adaptadas por outras, tornando-se úteis. Os líderes, em seu papel de orientadores, devem atuar como modelos, aplicando a aprendizagem de forma criteriosa, evitando julgar as pessoas demasiadamente e admitindo as suas próprias falhas e erros. Esses modelos de orientação e *feedback* são os principais mecanismos para alcançar a segurança psicológica. Reuniões individuais regulares com os profissionais servem como um ambiente ideal para este tipo de trabalho. Os administradores devem se reunir individualmente com os seus subordinados — pelo menos 10 minutos por mês — e fazer perguntas específicas, tais como:

- ▶ O que está funcionando bem?
- ▶ O que não está funcionando bem e dificulta o trabalho?
- ▶ Como está o meu desempenho na gestão do ambiente de trabalho?
- ▶ Que pessoas devemos destacar por estarem realizando um excelente trabalho?
- ▶ Que melhorias você sugere?

Como mencionado anteriormente, é fundamental responder ao *feedback*. Os profissionais precisam ver que as suas preocupações e comentários são ouvidos e abordados.

Além das reuniões individuais, os líderes devem realizar reuniões rápidas de melhoria (*huddles*), nas quais os grupos se juntam para compartilhar informa-



ções e onde as pessoas são encorajadas a se manifestarem. Antes da primeira reunião, um líder pode pedir a pessoas específicas que mencionem problemas para que outros membros da equipe vejam que não serão recriminados por sugerirem ideias e fazerem críticas construtivas. Quando os membros da equipe perceberem que os comentários e contribuições são bem-vindos, o processo se tornará mais natural.

Para estabelecer as bases da segurança psicológica, as organizações devem deixar claro a todos os profissionais e líderes que esta é uma expectativa da organização. Todos devem criar e apoiar a segurança psicológica como parte do seu trabalho. Os profissionais da linha de frente do cuidado talvez não saibam que essa é uma expectativa e, dessa forma, não buscarão esses comportamentos de apoio em seus líderes e colegas.

RESPONSABILIZAÇÃO

Este componente do referencial destaca a importância de responsabilizar as pessoas por suas ações, mas não por falhas em processos ou sistemas. Cada pessoa é responsável diante dos outros por agir de uma forma que represente os valores da organização, e cada pessoa é responsável, como um membro de uma equipe, a ser comprometida, competente, corajosa e a gerir o seu próprio comportamento.⁷ Por sua vez, a organização é responsável por tratar as pessoas de forma justa “quando as coisas dão errado”.⁸

O conceito de uma cultura justa requer um algoritmo simples e preciso que promova um ambiente no qual os profissionais aceitem serem responsabilizados por suas próprias ações, mas saibam que a organização os tratará de forma justa e não os culpará por algo que esteve fora do seu controle. O algoritmo, assim como as políticas e práticas que o manifestam, deve ser praticado regularmente para que seja aplicado com precisão quando necessário. Isto envolve a aplicação periódica por meio de simu-

lações e discussões regulares sobre os conceitos nas reuniões em equipe.

A literatura apresenta alguns algoritmos de responsabilização diferentes; os mais conhecidos são o Algoritmo de Cultura Justa (*Just Culture Algorithm*), baseado no trabalho de David Marx,⁹ e A Árvore de Decisão para Incidentes (*Incident Decision Tree*), de James Reason.⁵ O algoritmo que apresentamos aqui considera aspectos de ambos os modelos.¹⁰

Quando algo correr mal e um paciente sofrer danos, avalie as ações dos profissionais envolvidos usando o seguinte algoritmo:

- ▶ *As ações foram mal-intencionadas? Houve a intenção de causar danos?*
 - ▶ Sim — Isto indica uma atividade potencialmente criminosa, e a organização deve responder de forma correspondente.
 - ▶ Não — A avaliação deve passar para a próxima pergunta.

- ▶ *O raciocínio da(s) pessoa(s) estava intacto? Ela(s) estava(m) pensando com clareza?*

O pensamento claro costuma ser afetado por problemas de saúde, fatores graves de estresse social, como um divórcio ou um filho doente, drogas (legais ou ilegais) ou abuso de álcool.

- ▶ Não — A organização deve envolver o profissional num programa de apoio ou aplicar medidas disciplinares, conforme necessário.
- ▶ Sim — A avaliação deve passar para a próxima pergunta.

- ▶ *As ações foram razoáveis e apropriadas?*

Neste ponto, as organizações devem usar o Teste da Substituição de Reason (*Reason's Substitution Test*) para orientar a resposta, perguntando se é pro-



vável que três outras pessoas em situação semelhante, com habilidades semelhantes, fariam o mesmo. Se a resposta for sim, é provável que se trate de um problema sistêmico.

Observe, porém, que nem sempre é o caso; há momentos em que grupos inteiros se desviam do comportamento seguro e razoável. Para dar um exemplo, a análise de uma overdose de opioides em uma mãe após o parto revelou que um serviço de maternidade hospitalar com 30 obstetras e 300 enfermeiros tinha como procedimento-padrão a administração de uma dose de 2 mg de morfina para a dor pós-cesariana, repetida conforme necessário até 30 mg de morfina — uma dose extremamente alta. Com base nesse procedimento-padrão, as pacientes recebiam uma dose média de 17 mg de morfina. (Uma modificação no procedimento, que determinou que os enfermeiros deveriam discutir a medicação para a dor com os médicos uma vez que houvessem sido administrados 10 mg de morfina, diminuiu a dose média para 11 mg.)

Quando os grupos apresentam um desvio coletivo, a organização deve pedir a todo o grupo que reflita sobre os seus comportamentos, e então os reformule. Se alguém sofreu danos como resultado do comportamento do grupo, as pessoas envolvidas ainda são responsáveis por suas decisões, e a organização deve gerir com habilidade o equilíbrio entre responsabilização e segurança psicológica. Infelizmente, influências externas, como a legislação sobre negligência, fazem com que as respostas tendam mais para a responsabilização. Os líderes das organizações devem refletir continuamente sobre os seus valores ao lidar com esses eventos complexos.

- ▶ *As ações foram arriscadas, imprudentes ou não intencionais?*

Se uma ação não foi intencional, é muito provável que haja um problema sistêmico em jogo. Se foi

arriscada, isto indica que pode haver problemas de discernimento. Nesses casos, a educação ou a discussão em grupo, que permita aos participantes chegar a um acordo sobre os padrões a serem seguidos, pode ajudar. Se o comportamento for imprudente, o que significa que a pessoa assumiu riscos desnecessários voluntariamente, ela é culpada pelo comportamento e deve ser responsabilizada.

- ▶ *A pessoa tem um histórico de comportamentos inseguros?*

Se uma pessoa esteve envolvida em múltiplos eventos adversos, é perfeitamente possível que não esteja capacitada para o cargo que ocupa. Nessas situações, é razoável que os administradores avaliem a capacidade da pessoa para desempenhar as suas funções; essa avaliação pode levar a uma transferência ou a uma demissão.

PASSANDO DO CONCEITO PARA A REALIDADE

Se uma organização decidir usar o algoritmo discutido acima ou algum outro algoritmo de responsabilização, as políticas e práticas que refletem o algoritmo devem ser implementadas e compartilhadas com todas as pessoas na organização, estabelecendo a expectativa comum de que o algoritmo seja seguido quando ocorrerem eventos adversos.

A organização deve envolver todos os funcionários em simulações regulares, avaliando os casos quando algo vai mal, para ajudar os profissionais a praticarem o comportamento desejado de modo que seja aplicado com precisão quando necessário e se torne a norma. Pelo menos duas vezes por ano, é preciso reunir os administradores de nível médio para rever conjuntamente um caso, seja real ou simulado, usando o algoritmo. Depois desta simulação, os administradores de nível médio devem rever



o caso em suas reuniões mensais com os profissionais da linha de frente. Ao fazê-lo, as organizações podem assegurar a utilização de um único conjunto de regras em toda a organização, que seja aplicado a todos da mesma forma.

TRABALHO EM EQUIPE E COMUNICAÇÃO

Os grupos efetivos desenvolvem normas de conduta que levam a uma compreensão comum, que preveem as necessidades e problemas e que utilizam métodos definidos de comum acordo para gerir as situações — inclusive as que envolvem conflitos. Os grupos que conseguem fazê-lo adequadamente possuem um excelente nível de trabalho em equipe e uma comunicação robusta.

As marcas de uma equipe forte incluem o trabalho conjunto para planejar o futuro, refletir sobre o passado, comunicar-se com clareza e gerir os riscos. Isto se aplica a todo tipo de equipe, seja uma equipe cirúrgica na sala de cirurgia ou um grupo de enfermeiros na comunidade que trabalham para a mesma agência de atenção domiciliar.

- ▶ **Planejar o futuro:** dedicar tempo — mesmo que seja pouco; por exemplo, em uma reunião de segurança ou na “pausa” (*timeout*) antes da cirurgia — para delinear os próximos passos, falar sobre os potenciais riscos e escolher um caminho que gere da melhor forma os riscos, a segurança e a eficiência.
- ▶ **Refletir sobre o passado:** usar *debriefings* em equipe para refletir sobre os acontecimentos passados e avaliar o que correu bem ou mal, a fim de identificar áreas que possam ser melhoradas. As equipes realmente robustas avaliam não só as atividades clínicas e operacionais, mas também as culturais. O grupo trabalhou como uma equipe coerente? Todos estavam cientes do

plano? A segurança psicológica foi assegurada?

- ▶ **Comunicar-se com clareza:** as equipes altamente funcionais utilizam a comunicação estruturada para compartilhar informações críticas de forma consistente, sucinta e respeitosa. Um excelente exemplo é o método SBAR^{11,12} (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*), que membros de equipes podem utilizar para comunicar rapidamente um conjunto abrangente de fatos que podem servir como base para as decisões das equipes. O sistema *read back/call back*¹² é outra ferramenta de comunicação estruturada para conciliar a transmissão e a recepção de informações, na qual a pessoa que ouve a mensagem lê de volta o que ouviu para evitar falhas na comunicação e encorajar a precisão.
- ▶ **Gerir os riscos:** em certos momentos críticos, as equipes podem usar uma palavra ou frase designada que indica a existência de um risco percebido e que dá à equipe permissão para interromper o que está fazendo e avaliar a situação. Talvez a equipe não esteja seguindo o plano definido de comum acordo, ou a dinâmica da situação tenha sido alterada. Isto pode ocorrer quando um membro da equipe não mais compreende o que o grupo está fazendo em relação ao plano, ou quando um membro percebe um risco aumentado.

Por exemplo, quando um cirurgião geral que está realizando uma colecistectomia laparoscópica difícil passa 30 minutos tentando identificar o ducto biliar comum em meio ao tecido cicatricial que circunda a vesícula biliar, e a sua frustração é evidente, uma enfermeira circulante experiente ou um anestesista podem sugerir que uma avaliação por outra pessoa com experiência no problema talvez ajude. Hoje em dia, isto seria considerado intrusivo e uma afronta à habilidade do cirurgião na maior parte das salas de cirurgia. A realidade é que todos correm riscos ao



PROQUALIS

ficarem fixados numa tarefa e podem se beneficiar das diferentes perspectivas de uma equipe multidisciplinar.

Em uma cultura que promove o trabalho em equipe e a comunicação a fim de prestar um cuidado seguro, confiável e efetivo, os membros da equipe dão permissão explícita para se responsabilizarem mutuamente em uma hierarquia horizontal. Durante cada interação, os membros da equipe conhecem o plano e existe uma dinâmica que apoia a segurança psicológica. As equipes chegam a um acordo sobre as normas de conduta, que são recordadas a seus membros quando necessário.

Segundo Kelley,⁷ para alcançar esses objetivos ambiciosos, porém necessários, é preciso que os membros da equipe sejam comprometidos, competentes, corajosos e capazes de autogerir o seu comportamento. Isto lhes permitirá planejar o futuro, refletir sobre o passado, comunicar-se claramente e gerir os riscos.

PASSANDO DO CONCEITO PARA A REALIDADE

Na maior parte dos casos, as equipes só passam a incorporar as características mencionadas acima depois de um período de prática regular. Para avaliar onde uma equipe se encontra nesse contínuo, os líderes de alto escalão devem visitar periodicamente os locais de trabalho e fazer as seguintes perguntas:

- ▶ Como são feitos os *briefings* na equipe? Qual é o processo para assegurar que todos os membros da equipe conheçam o plano?
- ▶ Quando são feitos os *briefings*? Como é gerido o trabalho quando os membros da equipe iniciam seus turnos de trabalho em horários diferentes?
- ▶ Como são feitos os *debriefings*? Que atividades são utilizadas para identificar o que funcionou ou não? Quando isto ocorre?

As organizações devem criar a expectativa de que os administradores de nível médio são os responsáveis por estabelecer essas normas de conduta e comportamentos da equipe, adaptando-os para atender às nuances dos ambientes de trabalho, de modo que as normas e comportamentos sejam percebidos pelos membros da equipe como um apoio construtivo para o seu trabalho. Se um administrador não conseguir ou não quiser assumir essa responsabilidade, provavelmente não será efetivo em seu cargo.

NEGOCIAÇÃO E GESTÃO DE CONFLITOS

Dado o nível de complexidade do cuidado de saúde e a necessidade de tomar decisões em grupos de pessoas inteligentes e apaixonadas que têm diferentes pontos de vista, as organizações devem encontrar maneiras de gerir adequadamente os conflitos e negociações a fim de chegar a um acordo genuíno sobre as questões mais importantes.

Segundo Kenneth Thomas, são cinco os tipos de negociação que ocorrem entre pessoas e grupos:¹³

- ▶ **Evitação:** uma das partes evita a interação, geralmente deixando questões em aberto e caminhos pouco claros e abrindo oportunidades para desentendimentos e problemas futuros.
- ▶ **Acomodação:** uma das partes aceita a posição da outra para evitar conflitos.
- ▶ **Concorrência:** ambas as partes se esforçam para “vencer” a discussão, como quando alguém está comprando um carro ou algum outro produto e procura barganhar. O resultado final é a percepção de que um lado ganha e o outro perde.
- ▶ **Meio-termo:** ambas as partes “perdem” um pouco, cada uma cede um pouco para chegar a um acordo.
- ▶ **Colaboração:** ambas as partes trabalham juntas para encontrar uma solução mutuamente aceitável, de modo a preservar a relação e assegurar



PROQUALIS

que ambas saiam ganhando. A negociação colaborativa também envolve a ideia de pensamento inovador, que leva à busca de novas oportunidades para beneficiar ambas as partes.

As equipes de saúde devem procurar usar a negociação colaborativa sempre que possível. Esta é a única abordagem de negociação que gera soluções viáveis para a gestão dos recursos, que produz as melhores opções para os pacientes e que preserva as relações entre as partes.

As marcas da negociação colaborativa são o inquérito apreciativo e a autorreflexão, que permitem aos negociadores desvendar as razões que existem por trás das posições dos participantes. O inquérito apreciativo envolve fazer perguntas simples para obter uma melhor compreensão das necessidades e interesses da outra pessoa. A autorreflexão ocorre quando cada participante trabalha para compreender os desejos que traz à negociação. Durante as negociações, ambas as partes devem trabalhar para reconhecer as suas próprias emoções e mantê-las sob controle. Quando os participantes ficam frustrados ou irritados, são menos capazes de fazer a distinção entre posições e interesses e de participar efetivamente em negociações colaborativas.

Durante uma negociação, as pessoas devem tentar estar atentas aos momentos em que seu estado mental prejudica o processo de negociação. Para isto, pode ser necessário que a pessoa se distancie; por exemplo, ela pode desviar o olhar, respirar um pouco, ou mesmo dizer: “Acho que deveríamos fazer uma pausa”.

Embora seja um processo difícil, os benefícios da negociação colaborativa valem o esforço. Ao realizarem simultaneamente o inquérito apreciativo e a autorreflexão, os participantes têm uma maior possibilidade de terem ideias que atendam às necessidades de ambas as partes e de identificar aspectos de um pro-

blema que não haviam sido considerados inicialmente. Isto pode resultar em soluções inovadoras que levem à resolução dos problemas no interesse de todos.

PASSANDO DO CONCEITO PARA A REALIDADE

A negociação é uma habilidade que requer treinamento e que deve ser praticada regularmente, mantendo-se intencionalmente o foco nos conceitos. Caso contrário, os participantes com divergências são muito mais propensos a sucumbir a interações menos efetivas ou satisfatórias. As organizações devem procurar conscientizar os seus membros sobre a negociação colaborativa e seus diversos componentes durante os *briefings* e pausas para discussão. Os membros mais corajosos da equipe abraçarão esta ideia, e a segurança psicológica serve como base para este tipo de negociação.

OS COMPONENTES DO SISTEMA DE APRENDIZAGEM

Assim como o domínio da cultura, o domínio do sistema de aprendizagem tem quatro componentes (transparência, confiabilidade, melhoria e medição e aprendizagem contínua), além do componente comum da liderança. Discutimos abaixo cada um desses componentes, juntamente com as etapas para realizá-los na prática diária.

LIDERANÇA

Tal como acontece no domínio da cultura, os líderes desempenham um papel fundamental na promoção de um sistema de aprendizagem robusto. Eles atuam como guardiões do sistema de aprendizagem, isto é, devem entender plenamente, encorajar e aplicar os conceitos de melhoria, confiabilidade e apren-



dizagem contínua. Através da autorreflexão regular, eles promovem a transparência em todos os níveis e inspiram a aprendizagem nas áreas de sua responsabilidade e em toda a organização.

TRANSPARÊNCIA

De modo geral, a transparência operacional existe quando os líderes, profissionais, pacientes e suas famílias, organizações e a comunidade podem observar claramente as atividades envolvidas no processo de aprendizagem. Nas organizações transparentes, o modo como as entidades tomam decisões e acompanham o desempenho é claro, e elas têm a coragem de mostrar o seu trabalho abertamente.

Quando usada para descrever a interação entre pessoas, grupos e comunidades, a transparência implica abertura, comunicação e responsabilização. Isto se manifesta de diferentes maneiras dependendo do contexto, mas sempre em busca da transparência operacional:¹⁴

- ▶ **A transparência entre profissionais clínicos** existe quando estes não têm medo de dar sugestões, apontar problemas ou oferecer *feedback*.
- ▶ **A transparência com os pacientes**, especificamente após a ocorrência de um evento adverso, envolve descrever claramente o que aconteceu e o que está sendo feito para evitar que algo semelhante ocorra no futuro.
- ▶ **A transparência entre organizações** inclui o compartilhamento de boas práticas e a aplicação das lições aprendidas.
- ▶ **A transparência com a comunidade** requer o compartilhamento robusto de informações para que os pacientes possam tomar decisões embasadas e tenham fácil acesso ao cuidado de que precisam.

Os painéis de aprendizagem — painéis analógicos ou digitais usados para exibir visualmente os principais processos, indicadores e testes de melhoria ao nível da unidade — são essenciais na promoção da transparência operacional, pois permitem que as pessoas observem o processo de aprendizagem em ação. Os painéis de aprendizagem direcionam os profissionais a processos ou atividades específicos que ajudarão a alcançar não só o sucesso operacional, mas também melhorias na aprendizagem. Também informam aos profissionais sobre quem é responsável pelas diferentes partes de uma tarefa. As equipes da linha de frente do cuidado devem saber como interagir com os painéis, para que possam entender quais partes de um processo estão funcionando de forma confiável e quais não estão. As organizações e administradores devem aprender a configurar as informações nesses painéis para que sejam interessantes para os prestadores da linha de frente do cuidado.

É mais fácil entender o funcionamento de um painel de aprendizagem com um exemplo real, como o de trabalhar para reduzir as taxas de infecção de sítio cirúrgico, melhorando a confiabilidade das práticas perioperatórias. Um painel de aprendizagem destaca alguns passos-chave — e os indicadores para medi-los — que sabidamente influenciam as taxas de infecção cirúrgica: assegurar a administração de antibióticos de forma apropriada e no momento certo, conforme necessário; garantir que os pacientes estejam normotérmicos ao chegarem à sala de recuperação; e garantir que a glicemia dos pacientes seja controlada adequadamente durante a operação. Todos os dias, os anestesiológicos, cirurgiões e enfermeiros devem administrar os antibióticos certos aos pacientes certos no momento certo, manter os pacientes aquecidos e monitorar e gerir a glicemia de pacientes diabéticos. Um painel de aprendizagem robusto mostra o nível de sucesso desses processos, tanto no presente como no passado. Um painel de aprendiza-



PROQUALIS

gem robusto também exhibe as melhorias testadas no centro cirúrgico, contando uma história visual e de fácil compreensão que liga os testes aos indicadores, gerando informações sobre quais ações influenciaram quais indicadores. O painel também deve ligar o desempenho em cada um dos processos aos objetivos globais — neste caso, relacionar a administração de antibióticos, a normotermia intraoperatória e o gerenciamento da glicemia às taxas de infecção de sítio cirúrgico nos serviços perioperatórios.

Outro exemplo de como os painéis de aprendizagem podem ser usados em um ambiente comunitário consiste em destacar os esforços feitos para reduzir as reinternações hospitalares desnecessárias após a alta. Este é um problema com causas complexas, no entanto, alguns determinantes muito claros e essenciais da reinternação em muitas comunidades incluem: ter acesso a uma farmácia local, ter dinheiro para obter os medicamentos necessários e, então, tomar esses medicamentos da forma indicada. Outros fatores estão especificamente ligados a certos diagnósticos — por exemplo, pacientes com insuficiência cardíaca devem se pesar todos os dias. Indicadores da efetividade da avaliação desses fatores por parte dos cuidadores e profissionais da saúde na comunidade podem ser incluídos nos painéis de aprendizagem para que os grupos clínicos estejam cientes da efetividade do apoio oferecido a subgrupos de pacientes particularmente vulneráveis.

PASSANDO DO CONCEITO PARA A REALIDADE

O uso de painéis de aprendizagem no trabalho diário é fundamental. Os líderes devem estabelecer a expectativa de que os administradores criem painéis de aprendizagem para destacar e comunicar as atividades e o trabalho que está sendo realizado nas diferentes áreas. Para isto, as organizações devem

oferecer treinamento aos administradores para que saibam criar, usar e responder aos painéis.

Os líderes de alto escalão devem visitar rotineiramente os locais de trabalho para discutir os componentes do sistema de aprendizagem deste referencial incluídos nos painéis de aprendizagem. Durante essas visitas, os prestadores da linha de frente do cuidado e os administradores têm uma oportunidade para descrever o painel de aprendizagem, incluindo os seus objetivos globais, as mudanças testadas para atingir esses objetivos e os indicadores do desempenho atual. Os líderes de alto escalão, orientando os seus subordinados durante essas sessões, também podem destacar a importância da autorreflexão e o desejo de identificar defeitos e torná-los visíveis.

CONFIABILIDADE

A confiabilidade é a capacidade de um sistema de gerar com sucesso um produto com determinadas especificações repetidamente. No caso do cuidado de saúde, esse produto é o cuidado seguro, eficiente e centrado na pessoa. A dificuldade em alcançar a confiabilidade no cuidado de saúde está ligada à complexidade dos processos, que dependem muito dos seres humanos e das interações entre eles. A vigilância e a exortação são inadequadas para combater as fraquezas humanas; às vezes, as pessoas competentes também erram, e as consequências podem ser terríveis. As organizações de excelência criam sistemas que aproveitam as forças intrínsecas das pessoas e dão apoio às suas fraquezas inerentes, e, ao fazê-lo, aumentam a probabilidade de que o desempenho seja confiável. As organizações medíocres, por outro lado, presumem que a vigilância e as forças intrínsecas superarão a falibilidade humana e as fraquezas pessoais e organizacionais inerentes.

Para alcançar altos níveis de confiabilidade nos processos e sistemas, as organizações devem aplicar as melhores evidências e minimizar a variação não



específica dos pacientes, com o objetivo de funcionar sem falhas ao longo do tempo. Esta é a ciência da confiabilidade.

Existem quatro princípios fundamentais para tornar os sistemas e processos mais confiáveis:¹⁵

- ▶ **Padronizar:** Conceber os processos de modo que as pessoas façam a mesma coisa, da mesma forma, todas as vezes. A padronização torna mais fácil treinar as pessoas na realização dos processos e ajuda a identificar os processos que falham e onde falham, permitindo que a organização direcione melhor as melhorias.
- ▶ **Simplificar:** Quanto mais complexa uma atividade, menor é a probabilidade de que seja bem-sucedida, pois há mais oportunidades de erros, e os profissionais podem evitar seguir processos que sejam muito difíceis ou demorados. Com processos simplificados, por outro lado, é mais fácil fazer a coisa certa.
- ▶ **Reduzir a autonomia:** Historicamente, os profissionais da saúde foram autônomos, tomando decisões com base em preferências pessoais ou numa crença individualizada em sua perspectiva. No entanto, isto pode resultar em variação na prestação do cuidado e em resultados menos consistentes. Para alcançar uma maior confiabilidade, as organizações precisam estabelecer a expectativa de que a prestação do cuidado deve seguir as melhores práticas baseadas em evidências, a menos que contraindicado para pacientes específicos.
- ▶ **Destacar os desvios em relação às melhores práticas:** Às vezes, os profissionais clínicos têm boas razões para não seguirem os processos padronizados. As boas organizações de saúde criam ambientes nos quais os profissionais podem aplicar os seus conhecimentos e experiência de forma inteligente, desviando-se dos protocolos quando necessário, mas também identificam incessantemente os desvios, para

poder analisá-los. Uma vez analisados, os novos conhecimentos podem ajudar a educar os profissionais ou a alterar o protocolo. Ambos resultam em uma maior confiabilidade.

Quando existem contraindicações, os profissionais da saúde devem documentar as razões pelas quais se justifica o desvio em relação à prática padrão, para que a organização possa aprender e determinar se o processo deve ser modificado. Por exemplo, nos pacientes em ventilação mecânica, há evidências de que a cabeceira do leito deve ser elevada entre 30 e 45 graus.¹⁶ Para a maioria dos pacientes, isto é o que deve ser feito. Porém, há pessoas que, devido à sua situação clínica ou a certas características específicas, não se beneficiam da elevação da cabeceira. Nestes casos, é razoável deixar de seguir as melhores práticas, desde que a equipe de tratamento tenha considerado adequadamente o cuidado baseado em evidências e documentado as razões pelas quais decidiu seguir outro método.

Na maior parte das doenças e situações clínicas, há cuidados baseados em evidências que os pacientes devem sempre receber, a menos que haja contraindicações. Quando as evidências não determinam uma conduta específica, os profissionais devem trabalhar juntos para identificar a conduta mais simples e confiável e concordar em seguir as decisões do grupo. Ao fazê-lo, simplificam a linha de cuidados, tornando as organizações mais eficientes e o cuidado mais confiável. Com o surgimento de novas evidências, as linhas de cuidado devem ser revistas periodicamente para garantir que as práticas decididas de comum acordo continuem relevantes.

PASSANDO DO CONCEITO PARA A REALIDADE

A confiabilidade não acontece por acidente; ela deve ser planejada. Para isto, é preciso aplicar os princípios da confiabilidade — métodos para ava-



PROQUALIS

liar, calcular e melhorar a confiabilidade geral de um sistema complexo — a cada processo ou sistema que precise ser melhorado.

Para começar, as equipes podem usar fluxogramas de alto nível para visualizar o processo ou sistema atual. Em seguida, devem escolher um segmento ou subconjunto da população de pacientes e trabalhar para melhorar a confiabilidade do cuidado prestado a este grupo. Uma vez que o cuidado confiável possa ser prestado de forma consistente a essa população, podem então ser abordadas populações com maior complexidade.

As organizações devem se esforçar para alcançar o nível mais alto possível de confiabilidade em cada processo. Em algumas circunstâncias, é necessária uma confiabilidade de 100% — por exemplo, ao evitar a cirurgia em local errado e assegurar a administração correta de sangue. No entanto, em certas situações, que chamamos de processos não catastróficos (aqueles nos quais o paciente não sofrerá danos nas próximas horas), uma confiabilidade de 95% é perfeitamente aceitável, porque, para superar esses últimos 5%, será necessário um grande investimento de tempo e recursos, e a relação custo-benefício não será viável. Nesses casos, deve haver outros processos que permitam identificar e corrigir esses defeitos.

À medida que o trabalho avança, a equipe deve monitorar continuamente o processo para ver se produz os resultados esperados. Neste ponto, a equipe precisa assegurar que a confiabilidade se estenda a todos os aspectos do processo — o que interessa não é só verificar se o processo ocorre de forma confiável, mas também se os resultados desejados estão alinhados aos objetivos. Se o processo não estiver gerando os resultados desejados, ou se o desempenho começar a cair ao longo do tempo, os profissionais devem reavaliar o processo, identificando e corrigindo quaisquer causas-raiz.

Consideremos, por exemplo, a transferência de pacientes de um serviço de emergência (SE) para

uma unidade de pacientes internados. O SE pode fazer um excelente trabalho ao avaliar o paciente e determinar que este precisa ser internado no hospital. Os profissionais da unidade de internação também podem fazer um excelente trabalho ao cuidar do paciente após a sua admissão. No entanto, se o tempo de transferência for prolongado e o paciente ficar largado em um corredor durante horas, sem que haja uma definição sobre qual unidade é responsável pelo seu cuidado, o sistema não é tão confiável quanto deveria ser.

A confiabilidade deve ser planejada, mas também precisa ser encorajada e cultivada. As lideranças devem apoiar os profissionais, dando-lhes tempo, espaço e treinamento para que apliquem os métodos e ferramentas de melhoria, a fim de estabelecer processos confiáveis. Não basta oferecer maior treinamento e educação clínica, ou pedir aos profissionais que trabalhem mais ou sejam mais vigilantes. Se não for criado um ambiente que possibilite tudo isso, os resultados não irão melhorar. Os profissionais também precisam desenvolver suas capacidades e habilidades para a melhoria e receber orientações sobre como aplicar essas habilidades em seu trabalho diário para prestar um cuidado mais seguro e confiável. Os líderes também devem garantir que exista segurança psicológica, de modo que os profissionais se sintam confortáveis em sugerir ideias sobre como tornar os processos mais confiáveis.

Consideremos o exemplo de um hospital onde um profissional sugere, durante uma reunião de melhoria com as lideranças, que a conciliação medicamentosa não tem um alto nível de confiabilidade porque o processo atual não é realizado de forma eficaz em todos os pacientes. Quando as pessoas chegam ao serviço de emergência, por exemplo, os médicos e enfermeiros estão ocupados e podem iniciar o tratamento antes de terem uma lista completa de medicamentos. Por outro lado, os pacientes agendados para cirurgias eletivas quase



PROQUALIS

sempre possuem uma lista completa. No ambiente de cirurgia eletiva, a equipe tem tempo para discutir os medicamentos com o paciente antes do procedimento, e há um plano de apoio segundo o qual o anestesista revê a lista de medicamentos do paciente logo antes da cirurgia. Se a lista não estiver completa ou disponível, o anestesista e os enfermeiros pré-operatórios tomam medidas para resolver o problema. No SE, há pouco tempo para empregar um plano de apoio.

A equipe analisa as duas situações e determina que o processo para os pacientes agendados para cirurgia eletiva não funciona nos pacientes do SE; no entanto, alguns aspectos da avaliação pré-operatória podem ser testados no SE. É criado, então, um plano de apoio para que os profissionais revejam a lista de medicamentos do paciente na unidade de internação, usando algumas das técnicas aplicadas pelos anestesistas no ambiente de cirurgia eletiva. Com isto, a confiabilidade melhora, o que é possível graças à segurança psicológica, que permite que os membros da equipe manifestem as suas preocupações, e graças à oportunidade de refletir sobre as atividades atuais e difundir as melhores práticas.

Da mesma forma, considere um exemplo em que, durante as rondas dos líderes pelas enfermarias, os profissionais informam que estão tendo dificuldade em assegurar que todos os pacientes elegíveis recebam a vacina contra pneumonia pneumocócica antes da alta hospitalar. O líder pergunta sobre os processos utilizados para isso. Os profissionais respondem que testaram e implementaram um processo padronizado segundo o qual, no dia anterior à alta, todos os pacientes são avaliados para determinar se cumprem os critérios para a vacinação. Os profissionais médicos estabeleceram um protocolo padrão para que os enfermeiros administrem a vacina se um paciente cumprir os critérios. Segundo o processo padronizado, esta responsabilidade recai sobre o enfermeiro que está cuidando do paciente na véspera da alta hospitalar. Porém, devido a mudanças

no quadro de pessoal, à alta hospitalar precoce ou à indisponibilidade da vacina na enfermaria, algumas vezes os pacientes são mandados para casa sem serem vacinados.

O líder pede aos profissionais que deem sugestões sobre como melhorar o processo. Como o processo inicial foi padronizado e funciona bem cerca de 80% das vezes, os profissionais sugerem implementar um plano de apoio para identificar todos os pacientes elegíveis que não recebem a vacina antes da alta. Eles sugerem que, como parte da comunicação pós-alta, o enfermeiro que faz contato com o paciente deve perguntar se a vacina foi administrada. Se o paciente responder “sim”, o caso está encerrado. Se responder “não” ou “não sei”, o enfermeiro diz ao paciente que entrará em contato com o médico de atenção primária para informá-lo de que o paciente precisará da vacina.

MELHORIA E MEDIÇÃO

Este componente do referencial trata do aprimoramento dos processos de trabalho e dos resultados do cuidado usando ferramentas-padrão para a melhoria, incluindo a medição ao longo do tempo. Ele envolve o uso da ciência da melhoria para desenvolver, testar, implementar e difundir as mudanças que resultam em melhores resultados.

Observe que a melhoria nem sempre significa que existe um defeito; ela pode apenas significar que existe uma melhor maneira de realizar um processo. Às vezes, as melhorias são iniciadas em resposta a defeitos clínicos, culturais e operacionais, como um aumento nas taxas de infecção ou uma má relação entre pacientes e profissionais. Porém, os projetos de melhoria estão cada vez mais centrados na prevenção de problemas, pela compreensão profunda dos processos de cuidado e das operações.

Antes de iniciar um projeto de melhoria, as organizações devem entender o sistema que estão tentando melhorar. Existem muitas ferramentas que



podem tornar as etapas do processo ou do sistema mais visíveis — mapas visuais de processos ou fluxogramas, por exemplo. Combinando a aprendizagem obtida com fluxogramas, com as experiências dos usuários e com dados, é possível “ver” onde os defeitos estão ocorrendo e identificar oportunidades para melhorar o processo.



MODELO DE MELHORIA

Uma vez identificados os defeitos, uma abordagem sistemática para a melhoria — como o Modelo de Melhoria (*Model for Improvement*)¹⁷ — permite às equipes redesenhar os processos e alcançarem os resultados que interessam aos pacientes, às famílias e aos profissionais.

O Modelo de Melhoria combina uma metodologia sistemática com conhecimentos em temas específicos para criar as melhorias desejadas. O Modelo é composto por três perguntas e um ciclo PDSA (do inglês, *Plan-Do-Study-Act*, ou Planejar-Fazer-Estu-

dar-Agir) para testar as mudanças e avaliar se levaram ou não a uma melhoria.

► Pergunta 1: O que estamos tentando realizar? (Objetivo)

A resposta a esta pergunta dá à equipe de melhoria uma visão clara do projeto. Os melhores objetivos declarados especificam o nível de melhoria esperado e em que prazo — por exemplo, “reduziremos as quedas de pacientes na unidade de enfermagem especializada em 25% nos próximos seis meses”, ou “reduziremos a taxa de trombose em pacientes com fibrilação atrial em 20% nos próximos 12 meses”, ou “reduziremos a incidência de pneumonia pneumocócica em pacientes com mais de 65 anos de idade em 30% nos próximos 16 meses”. Um objetivo declarado que seja claro, conciso, mensurável e limitado no tempo ajuda toda a equipe a entender os objetivos do trabalho e o prazo em que deve ser realizado.

► Pergunta 2: Como saber se uma mudança é uma melhoria? (Indicadores)

Este é o componente de medição do Modelo de Melhoria. Num primeiro momento, uma equipe pode querer realizar medições bastante simples, fazendo perguntas como: “A mudança que implementamos obteve os resultados desejados — sim ou não?”, ou então, “Foi fácil de realizar — sim ou não?”.

À medida que o trabalho de melhoria se expande, a medição se torna mais complexa. Neste momento, as organizações devem examinar indicadores sobre os processos — as etapas tomadas para alcançar um resultado. Em última análise, as organizações de saúde procuram melhorar os resultados. Porém, um resultado não pode melhorar se não for melhorado o processo que o gera. Uma vez que uma organização conta com um processo confiável, pode então verificar se o processo é capaz de produzir o efeito desejado — o resultado em si.

As organizações também precisam coletar e analisar indicadores de equilíbrio. Estes indicadores re-



PROQUALIS

velam se as melhorias em uma parte do sistema têm um impacto negativo indesejado em outras partes do sistema. A Tabela 1 traz exemplos desses três tipos de indicadores.

Tabela 1. Exemplos de indicadores de processo, resultado e equilíbrio

Indicador de processo	Indicador de resultado	Indicador de equilíbrio
Porcentagem de pacientes avaliados quanto ao risco de desenvolverem trombose	Porcentagem de pacientes com trombose	Porcentagem de pacientes que tiveram sangramentos devido ao uso agressivo de medicamentos anticoagulantes
Porcentagem de pacientes que receberam vacina contra pneumonia pneumocócica	Incidência de pneumonia pneumocócica	Porcentagem de pacientes que receberam a vacina contra pneumonia pneumocócica que apresentaram reação alérgica à vacina

Os dados dos indicadores são exibidos ao longo do tempo em gráficos de tendência ou gráficos de controle estatístico de processos (CEP), permitindo que os profissionais vejam se as mudanças que estão testando resultam no efeito desejado. Estes gráficos também permitem que a equipe faça a distinção entre variação por causas especiais ou comuns no processo que está sendo melhorado.

► **Pergunta 3: Que mudança podemos fazer que resulte em melhorias? (Ideias para a mudança)**

Esta parte do Modelo de Melhoria trata de gerar ideias para a mudança que possam ser testadas. As ideias a serem testadas podem vir de qualquer parte. De fato, as melhores fontes de ideias são as pessoas envolvidas no processo a ser melhorado, bem como os pacientes para os quais o processo foi concebido. A adaptação de ideias de outras organizações ou indústrias também pode ser um método criativo e

útil para expandir o pensamento das equipes. Conceitos-padrão para a mudança, como aqueles apresentados no Guia de Melhoria (*The Improvement Guide*),¹⁷ costumam ser extremamente úteis na identificação e implementação de mudanças.

TESTANDO AS MUDANÇAS: O CICLO PDSA

Uma vez respondidas as três perguntas do Modelo de Melhoria, existe clareza em torno da melhoria planejada e os testes podem começar. Usando as ideias para a mudança surgidas com a Pergunta 3, a equipe começa a testar as mudanças usando o ciclo PDSA:

- **Planejar:** Planeje o teste ou a observação, incluindo um plano para a coleta de dados.
- **Fazer:** Teste a mudança em uma pequena escala.
- **Estudar:** Reserve tempo para analisar os dados e estudar os resultados.
- **Agir:** Refine a mudança com base no que aprendeu com o teste.

Os ciclos PDSA são iterativos: cada novo ciclo de testes aprimora o que foi aprendido no anterior. Os testes começam em pequena escala e são repetidos até que os resultados desejados sejam alcançados, e então são ampliados para um grupo cada vez maior, até que o novo processo seja implementado em todos os lugares onde os pacientes se beneficiem de seu uso.

A equipe encarregada de fazer as melhorias realiza os testes. Dessa forma, é fundamental que esta equipe inclua os profissionais que utilizam o processo a ser melhorado; eles são os especialistas na questão. Eles devem ser orientados com frequência pelos responsáveis pela melhoria de qualidade, que são os



PROQUALIS

especialistas em ciência da melhoria. Se esses dois grupos forem reunidos, o projeto tem mais probabilidade de ser bem-sucedido.

Por exemplo, numa equipe de melhoria centrada na prevenção de trombose, vamos explorar as ideias para mudança que a equipe poderia testar usando ciclos PDSA. Em primeiro lugar, a equipe precisa de um processo para identificar os pacientes em risco e então tratá-los com medicação anti-coagulante e outras modalidades, como meias de compressão. A equipe discute como poderia identificar pacientes de alto risco e decide desenvolver e testar uma lista de verificação concebida para esse fim. Os especialistas no assunto contribuem com informações sobre os fatores de risco específicos a serem incluídos na lista de verificação. Os profissionais clínicos e outros que trabalham naquela área em particular conhecem o fluxo de trabalho. Mesmo que as informações técnicas na lista de verificação estejam corretas, a equipe ainda não sabe se a lista é utilizável pelo pessoal ou se será efetiva na prevenção de trombose nos pacientes em risco; por isso é preciso testar a intervenção.

A equipe começa a fazer perguntas:

- ▶ A lista de verificação apresenta as informações em um formato lógico e legível?
- ▶ Quanto tempo será necessário para aplicar a lista?
- ▶ Quem irá aplicá-la?
- ▶ Onde ela será aplicada?

Estas e muitas outras questões exigirão testes iterativos das mudanças usando ciclos PDSA para desenvolver um processo bem-sucedido de identificação de pacientes em risco de desenvolver trombose. Uma vez que a equipe tenha determinado as respostas a essas questões, usará as mesmas etapas para desenvolver o processo destinado a assegurar

que os pacientes de alto risco recebam o tratamento preventivo de que precisam.

A equipe só poderá melhorar o processo se contar com informações que só podem ser obtidas através de testes e medições. Assim, se a equipe testar as mudanças diariamente, poderá aprender e melhorar diariamente até que o processo chegue a um ponto no qual seja executado sem percalços, no tempo previsto, e os pacientes de alto risco sejam identificados de forma confiável na área piloto. A melhoria pode, então, ser difundida ou ampliada para todas as áreas onde os pacientes possam se beneficiar da mudança proposta.

PASSANDO DO CONCEITO PARA A REALIDADE

Todos os profissionais da organização devem saber como utilizar uma abordagem de melhoria sistemática, como o Modelo de Melhoria, Lean ou Six Sigma.¹⁸ Algumas organizações criam um modelo específico para o seu próprio sistema, como uma compilação de diferentes métodos de melhoria. Como existem muitos modelos e ferramentas de melhoria que podemos escolher, é preciso criar clareza para os profissionais, simplificando a abordagem e a terminologia selecionadas de modo a desenvolver um modelo e uma linguagem de melhoria adotados uniformemente em toda a organização.

Independentemente do modelo específico a ser utilizado, os líderes e administradores precisam compreender o modelo de forma aprofundada, de modo que possam impulsionar a melhoria em toda a organização, bem como utilizá-lo para melhorar o seu próprio trabalho. Devem ser capazes de orientar os funcionários e fazer perguntas apropriadas aos profissionais e administradores em torno do painel de aprendizagem. Também devem saber interpretar os dados nos gráficos de tendência e de controle de processos e distinguir a variação por causas especiais ou comuns.



PROQUALIS

Os administradores precisam de um conhecimento mais aprofundado dos métodos de melhoria para orientar e ajudar os profissionais da linha de frente do cuidado com as dificuldades que encontram no processo de melhoria. Também devem saber como coletar, exibir e analisar dados na forma de gráficos de tendência e de controle de processos.

Os profissionais da linha de frente devem saber como executar pequenos testes de mudanças, aplicar a metodologia de melhoria, rastrear dados ligados aos principais indicadores e interpretar os dados exibidos nos gráficos para avaliar o desempenho e o efeito dos seus esforços de melhoria.

Os Conselheiros de Melhoria (CMs), pessoas dentro de uma organização que têm formação avançada em melhoria e medição, precisam dos conhecimentos mais aprofundados para que possam aconselhar e orientar os funcionários de toda a organização. Os CMs não lideram nem implementam o trabalho de melhoria em si; esta é uma responsabilidade dos profissionais da linha de frente do cuidado, pois eles conhecem melhor o processo, e a melhoria deve fazer parte do seu trabalho diário. Os Conselheiros de Melhoria contribuem com importantes conhecimentos e orientações para a criação de sistemas de medição eficazes e confiáveis (definindo indicadores e desenvolvendo métodos para a captura e exibição de dados), que são componentes fundamentais para a melhoria.

De modo geral, deve haver a expectativa de que a organização utilize uma metodologia de melhoria escolhida e colete dados ao longo do tempo, exibindo-os em gráficos de tendência e de controle de processos. As decisões baseadas em dados refletem uma compreensão mais aprofundada dos processos de melhoria.

APRENDIZAGEM CONTÍNUA

A aprendizagem contínua implica a identificação e prevenção proativa, em tempo real, dos defeitos e da-

nos. Há quem defenda que o cuidado de saúde precisa ampliar a definição de danos para incluir, por exemplo, os danos causados por desigualdades em saúde e pela falta de respeito, para além dos danos resultantes de eventos adversos e erros no cuidado de saúde.^{19,20}

São dedicados cada vez mais tempo e atenção à aprendizagem proativa, e não reativa. As organizações que contam com bons sistemas de aprendizagem estão ficando obcecadas em buscar melhores maneiras de trabalhar e obter resultados que melhorem a vida dos pacientes e suas famílias e dos profissionais.

É gerada continuamente uma enorme quantidade de dados e informações em todos os níveis do sistema de saúde — hospitais, ambulatórios, agências de atenção domiciliar e outros ambientes de cuidado. Infelizmente, esses dados muitas vezes não são convertidos em informações compartilhadas com os profissionais da saúde em um formato útil ou em tempo hábil, para que possam resultar em ações para a melhoria do cuidado. Atualmente, os dados gerados pelos profissionais — a partir de sistemas de autotificação de incidentes, rondas de líderes pelas enfermarias, painéis de aprendizagem e reuniões com as equipes de saúde — são utilizados para a produção de relatórios que atendem aos requisitos legais e regulamentares, mas que costumam ser subutilizados na promoção de mudanças e melhorias reais no local de prestação do cuidado.

A aprendizagem contínua requer ciclos de *feedback* para que os dados voltem aos diversos sistemas de notificação, permitindo o compartilhamento de informações e a geração de ideias que levem à ação e à aprendizagem.

PASSANDO DO CONCEITO PARA A REALIDADE

Em organizações com sistemas de aprendizagem robustos, os dados servem como substrato para o



processo de aprendizagem. Uma organização dotada de um sistema de aprendizagem contínua tem diversas características:

- ▶ Os dados clínicos e operacionais importantes para os pacientes, famílias e profissionais são compartilhados de forma ampla e transparente, assim como os planos de ação e os prazos associados a esses dados. Alguns exemplos de dados clínicos são as taxas de infecção, as taxas de higienização das mãos e as taxas de quedas que resultam em danos. Os dados operacionais poderiam incluir, por exemplo, os tempos de espera.
- ▶ A aprendizagem gerada por defeitos, e também pelos êxitos e melhorias, é amplamente compartilhada.
- ▶ Os dados gerados a partir de *near misses*, quando os profissionais interceptam eventos potencialmente nocivos, são vistos como oportunidades de aprendizagem valiosas e são compartilhados para melhorar a cultura de segurança, demonstrando transparência e segurança psicológica.
- ▶ A busca por possíveis soluções para os problemas atuais e potenciais se estende muito além dos limites da própria organização; a organização procura aprender com outras entidades ou indústrias.
- ▶ São dedicados tempo e recursos para aprender tanto com o que funciona bem como com o que apresenta falhas.
- ▶ A aprendizagem ocorre entre os profissionais, entre as diversas unidades operacionais dentro de uma organização e entre diferentes organizações.
- ▶ Os ciclos de *feedback* ocorrem em tempo hábil e geram ações concretas. A organização examina os esforços agregados dos vários sistemas de notificação de dados e toma decisões sobre a importância relativa de cada informação.

- ▶ Existe um compromisso em identificar proativamente os problemas usando reuniões rápidas de melhoria, painéis de aprendizagem e a comunicação estruturada.
- ▶ Os pacientes e suas famílias são membros ativos da equipe e participam no seu próprio cuidado, bem como no desenvolvimento de uma aprendizagem mais aprofundada, ao nível sistêmico, sobre o que significa fazer parte da comunidade de cuidados de saúde.

Para promover um sistema de aprendizagem robusto, as organizações devem incorporar a excelência operacional no trabalho e nas operações cotidianas, sem tratá-la como um projeto de melhoria isolado. A aprendizagem e a melhoria contínuas fazem parte da cultura — sempre buscando oportunidades para prestar um cuidado mais seguro, confiável e efetivo baseado em novos conhecimentos científicos, novas abordagens ou novos avanços na medicina.

ENVOLVER OS PACIENTES E SUAS FAMÍLIAS

O envolvimento dos pacientes e suas famílias é um elemento central do referencial — isto é, todo o esforço envolvido na execução do referencial deve estar a serviço do envolvimento dos pacientes e suas famílias e da obtenção dos melhores resultados para eles em todo o contínuo da prestação do cuidado.

Em organizações seguras e confiáveis, os pacientes e suas famílias são membros plenos da equipe de saúde, tanto quanto os profissionais clínicos e outros profissionais de saúde. Portanto, o referencial tem implicações diretas e significativas para eles. A seguir, descrevemos de que maneiras o envolvimento dos pacientes e suas famílias se insere nos domínios do referencial da cultura e do sistema de aprendizagem.



LIDERANÇA E RESPONSABILIZAÇÃO

Em cada episódio de cuidado, os pacientes e o restante da equipe de saúde devem definir conjuntamente uma série de objetivos e definir claramente as funções e responsabilidades necessárias para alcançá-los. Os membros da equipe clínica devem aconselhar os pacientes em relação aos componentes clínicos, e os pacientes devem apresentar as suas perspectivas até que haja consenso em relação ao que constitui um objetivo razoável. Quando as pessoas estão de acordo e se sentem responsáveis, há uma maior probabilidade de êxito. Por exemplo, para uma pessoa com dor crônica, o paciente e a equipe de tratamento podem determinar que eliminar a dor inteiramente não é um resultado razoável, enquanto que reduzir a dor a um nível sustentável e tolerável é um objetivo viável. Se todos os membros da equipe tiverem os mesmos objetivos e as mesmas expectativas, será mais fácil alcançar as metas e reconhecer o sucesso.

SEGURANÇA PSICOLÓGICA

Os pacientes devem se sentir psicologicamente seguros para compartilhar as suas preocupações com a equipe clínica. As opiniões, ideias, perguntas e preocupações expressas pelos pacientes devem ser recebidas com abertura e sem julgamento. A resposta da equipe clínica, desde a primeira interação clínica, dá o tom para a continuidade da relação com o paciente.

Também é preciso incentivar os pacientes para que sejam transparentes em relação aos seus sinais e sintomas clínicos e à adesão ao tratamento. Estas informações permitem que os profissionais clínicos administrem um tratamento adequado. Sem segurança psicológica, um paciente pode sentir-se tentado a ocultar certas informações ou preocupações, pelo medo de passar vergonha. Por exemplo, se um paciente sentir que o médico ficará bravo ou desapontado se o paciente não aderir completamente a um regime

medicamentoso, talvez não seja inteiramente sincero sobre a forma como toma a medicação e sobre as razões para o seu comportamento. No entanto, se o médico encorajar o paciente a transmitir plenamente as informações e não reagir negativamente, promoverá uma troca de informações mais completa e precisa.

NEGOCIAÇÃO

Tal como ocorre na negociação entre profissionais, a equipe de saúde deve se envolver em negociações colaborativas com os pacientes e suas famílias. Para ajudar a equipe de saúde a determinar se o paciente tem disposição para fazer mudanças, é preciso deixar de perguntar “Qual é o problema com você?” e passar a perguntar “O que é importante para você?”.²¹ Um aspecto fundamental para alcançar os objetivos de saúde é conhecer as prioridades do paciente e sua família, bem como as suas preocupações e os resultados que desejam obter. Por exemplo, uma paciente idosa que cuida diariamente dos seus netos pode se recusar a tomar um remédio para hipertensão, pois o remédio a deixa tonta, diminuindo a sua capacidade de cuidar das crianças. Com essa informação em mãos, a equipe de saúde pode então identificar uma solução que preserve a sua saúde e também atenda aos seus objetivos.

TRANSPARÊNCIA

A transparência com os pacientes e suas famílias é importante porque elimina o estigma da infalibilidade da equipe clínica. Quando ocorrem eventos adversos graves, a transparência é especialmente importante. Se a organização de saúde não responder a um evento adverso de forma rápida e efetiva, correrá o risco de perder a confiança dos pacientes, não promover a cura e não aprender e melhorar com o evento.²²

Quando os pacientes entendem que a organização de saúde está tentando melhorar os processos



PROQUALIS

para aumentar a segurança e a confiabilidade, passam a reconhecer a necessidade de se envolverem no sistema. Por exemplo, se os médicos são transparentes sobre o fato de nem sempre comunicarem os resultados de exames ou fazerem encaminhamentos, os pacientes podem ser motivados a assumirem a responsabilidade de obter diretamente os resultados dos seus exames, quando podem fazê-lo através de um canal específico, e a fechar outras lacunas que possam surgir. Isto não quer dizer que as organizações devem contar com os pacientes para o seguimento deste tipo de processo; significa apenas que a transparência em relação às possíveis lacunas pode servir como um componente para tornar os processos mais confiáveis.

CONFIABILIDADE

Com relação à confiabilidade, os pacientes querem ter certeza de que sempre receberão um cuidado seguro e efetivo. Ninguém quer receber um cuidado “abaixo do ideal” — ou, o que é pior, sofrer danos não intencionais causados pelo cuidado de saúde. Os pacientes são um trunfo importante para encontrar maneiras de desenvolver processos mais confiáveis, que levem à sustentabilidade de longo prazo da excelência clínica e operacional nas organizações de saúde.

MELHORIA E MEDIÇÃO

Os pacientes são muito valiosos nos processos de melhoria, pois trazem perspectivas únicas, especialmente em relação à forma como vivenciam o cuidado prestado por uma organização. Uma forma de envolver os pacientes e suas famílias na melhoria do cuidado consiste em pedir que contribuam com suas experiências e ideias, e compartilhar dados com eles sobre os esforços de melhoria que estão sendo realizados. Gráficos de tendência são um método de fácil

compreensão para compartilhar dados sobre indicadores importantes para os pacientes (por exemplo, o tempo de espera). A apresentação de gráficos de tendência que estão sendo monitorados pela equipe em áreas onde os pacientes circulam (como uma sala de espera) é uma forma de envolver os pacientes e suas famílias nos processos de melhoria, além de promover a transparência. Em muitos sistemas de saúde progressistas, os pacientes também participam diretamente como membros de equipes de melhoria multidisciplinares.

Para assegurar que os pacientes e suas famílias participem ativamente no seu cuidado, as organizações devem considerar as suas necessidades clínicas e sociais. Embora muitos dos aspectos sociais do cuidado sejam difíceis de entender e abordar, as organizações não podem esquecer de que este é um preditor significativo do êxito clínico. Comprometendo-se a promover uma cultura centrada no paciente e a contar com um sistema de aprendizagem, as organizações estarão mais capacitadas para realizar este trabalho corretamente.

Se os pacientes e suas famílias não forem envolvidos nos dois domínios fundamentais deste referencial e em seus respectivos componentes, as organizações provavelmente não alcançarão o objetivo de construir sistemas para a prestação de um cuidado seguro, confiável e efetivo.

CONCLUSÃO

A realidade atual dos ambientes de saúde faz com que os sistemas que apoiam a prestação do cuidado sejam complexos e propensos a erros, e a maior parte das organizações carece de um método abrangente para corrigir essa situação. O *Referencial para um cuidado seguro, confiável e efetivo* foi concebido para orientar as organizações nessa jornada. Os dois domínios fundamentais e seus nove componentes — com os pacientes e suas famílias



no centro do processo — reforçam a ideia de que todas as partes do referencial são interconectadas e interdependentes, e o êxito em uma área depende do êxito em outra.

Embora o referencial continue a evoluir, trata-se de um ponto de partida robusto. Esperamos que as organizações usem o referencial para orientar os seus esforços para melhorar a segurança, a confiabilidade e a efetividade do cuidado que prestam — e que compartilhem conosco o que aprenderam para que possamos continuar a refiná-lo com base em suas experiências.

ANEXO: LISTA DE RECURSOS PARA MÉTODOS E FERRAMENTAS ESPECÍFICOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. *Leadership Guide to Patient Safety*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2006. www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/LeadershipGuidetoPatientSafetyWhitePaper.aspx

Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell MJ. *Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events* (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/RespectfulManagementSeriousClinicalAEsWhitePaper.aspx

Griffin FA, Resar RK. *IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events* (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009. www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/IHIGlobalTriggerToolWhitePaper.aspx

Langley GL, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*

(Second Edition). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 2009.

Nolan TW. *Execution of Strategic Improvement Initiatives to Produce System-Level Results*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2007. www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/ExecutionofStrategicImprovementInitiativesWhitePaper.aspx

Nolan T, Resar R, Haraden C, Griffin FA. *Improving the Reliability of Health Care*. IHI Innovation Series white paper. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2004. www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/ImprovingtheReliabilityofHealthCare.aspx

RCA2: *Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2015. www.npsf.org/?page=RCA2

VA National Center for Patient Safety. “The Basics of Healthcare Failure Modes and Effects Analysis.” www.patientsafety.va.gov/docs/hfmea/FMEA2.pdf

[Veja também: Institute for Healthcare Improvement. “Failure Modes and Effects Analysis Tool.” www.ihl.org/resources/Pages/Tools/FailureModesandEffectsAnalysisTool.aspx]

Weick K, Sutcliffe K. *Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 2001.

When Things Go Wrong: Responding to Adverse Events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals. Burlington, MA: Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors; March 2006. www.ihl.org/resources/Pages/Publications/WhenThingsGoWrongRespondingtoAdverseEvents.aspx

Wyatt R, Laderman M, Botwinick L, Mate K, Whittington J. *Achieving Health Equity: A Guide for Health Care Organizations*. IHI White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement;



2016. www.ihi.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Achieving-Health-Equity.aspx

REFERÊNCIAS

1. Institute for Healthcare Improvement. Patient Safety Executive Development Program. www.ihi.org/education/InPersonTraining/PatientSafetyExecutive/Pages/default.aspx
2. Leonard M, Frankel A, Federico F, Frush K, Haraden C (editors). *The Essential Guide for Patient Safety Officers*. Chicago, IL: Joint Commission Resources with the Institute for Healthcare Improvement; 2013. www.ihi.org/resources/Pages/Publications/EssentialGuideforPatientSafetyOfficers.aspx
3. 5 Million Lives Campaign. *Getting Started Kit: Governance Leadership “Boards on Board” How-to Guide*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008. www.ihi.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuideGovernanceLeadership.aspx
4. Michigan Health and Hospital Association. “Creating a Culture of High Reliability: Safety, Communication, Operational Reliability and Engagement (SCORE).” www.mha.org/MHA-Keystone-Center-Patient-Safety-Organization/High-Reliability-in-Healthcare/High-Reliability-Culture
5. Reason J. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot, Hants, Inglaterra: Ashgate; 1997.
6. Edmondson AC. *Teaming: How Organizations Learn, Innovate, and Compete in the Knowledge Economy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2012.
7. Kelley RE. In praise of followers. *Harvard Business Review*. 1988 Nov;66:142-148.
8. *When Things Go Wrong: Responding to Adverse Events*. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals. Burlington, MA: Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors; March 2006. www.ihi.org/resources/Pages/Publications/WhenThingsGoWrongRespondingtoAdverseEvents.aspx
9. Marx D. *Patient Safety and the “Just Culture”: A Primer for Health Care Executives*. Nova York, NY: Columbia University: Trustees of Columbia University in the City of New York; 2001.
10. Leonard M, Frankel A. The path to safe and reliable health care. *Patient Education Counsel*. 2010;80:288-292.
11. Institute for Healthcare Improvement. “SBAR Technique for Communication: A Situational Briefing Model.” www.ihi.org/resources/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.aspx
12. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*. 2004;13 Suppl 1:i85-90.
13. Thomas KW. Conflict and conflict management. In: Dunnette MD (ed). *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago, IL: Rand-McNally; 1976:889-935.
14. National Patient Safety Foundation’s Lucian Leape Institute. *Shining a Light: Safer Health Care Through Transparency*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2015.
15. Nolan T, Resar R, Haraden C, Griffin FA. *Improving the Reliability of Health Care*. IHI Innovation Series white paper. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2004. www.ihi.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Achieving-Health-Equity.aspx



- pers/ImprovingtheReliabilityofHealthCare.aspx
16. Centers for Disease Control and Prevention. Pneumonia (Ventilator-Associated [VAP] and non-ventilator Pneumonia [PNEU]) Event. Janeiro de 2016.
 17. Langley GL, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance* (Second Edition). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 2009. [Veja também: Institute for Healthcare Improvement. “How to Improve.” www.ihp.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx]
 18. Scoville R, Little K. *Comparing Lean and Quality Improvement*. IHI White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2014. www.ihp.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/ComparingLeanandQualityImprovement.aspx
 19. Feeley D. “A Second Look at the Report on Medical Errors.” Institute for Healthcare Improvement Blog. 14 de julho de 2016.
 20. Wyatt R, Laderman M, Botwinick L, Mate K, Whittington J. *Achieving Health Equity: A Guide for Health Care Organizations*. IHI White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2016. www.ihp.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Achieving-Health-Equity.aspx
 21. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making: Pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*. 2012 Mar;366(9):780-781.
 22. Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell MJ. *Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events* (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. www.ihp.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/RespectfulManagementSeriousClinicalAEsWhitePaper.aspx

