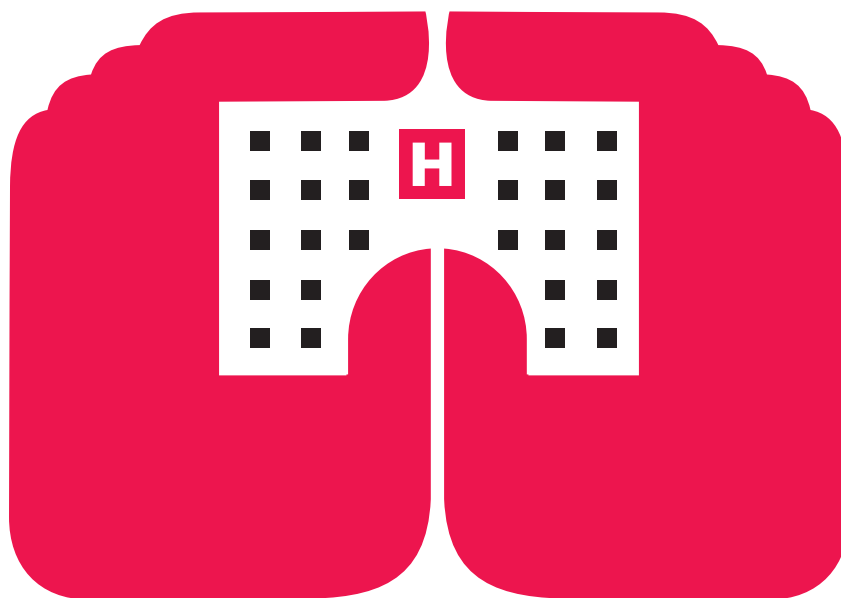


Relatório de aprendizagem: Safer Patients Initiative

Lições extraídas do primeiro grande programa de melhoria da segurança do paciente no Reino Unido



Fevereiro de 2011

Identificar, Inovar, Demonstrar, Encorajar

© 2011 Health Foundation

Learning report: Safer Patients Initiative

publicado pela Health Foundation

90 Long Acre, Londres WC2E 9RA

ISBN 978-1-906461-23-2

Este texto foi originalmente escrito em inglês. A Health Foundation permitiu a tradução deste relatório e cedeu os direitos de publicação ao Proqualis/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, único responsável pela edição em português. A Health Foundation não se responsabiliza pela acurácia das informações e por perdas ou danos decorrentes da utilização desta versão.

Relatório de aprendizagem : Safer Patients Initiative

Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2014

Coordenação Geral: Claudia Maria Travassos

Coordenação Executiva: Victor Grabois

Revisão técnica: Camila Lajolo

Revisão gramatical/Copydesk: Priscilla Mouta Marques

Edição Executiva: Alessandra dos Santos e Miguel Papi

Tradução: Diego Alfaro

Creative Commons Atribuição-NãoComercial 3.0 Não Adaptada



PROQUALIS

The Health Foundation
Inspiring Improvement



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado
e a Segurança do Paciente – PROQUALIS
Instituto de Comunicação e Informação Científica
e Tecnológica (ICICT) / FIOCRUZ
Avenida Brasil, 4365
Pavilhão Haity Moussatché – Sala 215
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: (55) (21) 3865-3283

Sumário

Introdução

Avançando sobre novos horizontes

O que é a *Safer Patients Initiative*?

Avaliando o impacto e identificando o aprendizado

O impacto e a influência positivos da *Safer Patients Initiative*

O que aprendemos? Lições fundamentais extraídas das avaliações

Internalizando o aprendizado: a influência da *Safer Patients Initiative* sobre os programas da *Health Foundation*

Olhando para o futuro: ampliando o aprendizado obtido a partir da *Safer Patients Initiative*

Leituras e recursos adicionais

1. Introdução

A Safer Patients Initiative (SPI) foi uma intervenção em grande escala que representou o primeiro grande programa de melhoria da segurança do paciente no Reino Unido. A Health Foundation lançou essa iniciativa para testar maneiras de melhorar a segurança do paciente em hospitais do Reino Unido, procurando envolver as organizações de forma integral.

O programa aumentou a conscientização sobre os danos evitáveis, fez com que a segurança do paciente ganhasse importância e ajudou a lançar as bases de um movimento mais amplo para a segurança, destinado a criar e implementar conhecimentos e competências relacionados à melhoria da segurança.

Na *Health Foundation* estamos comprometidos com uma avaliação rigorosa do impacto de todo o nosso trabalho. Uma importante parte desse compromisso consiste em desenvolver e compartilhar uma compreensão profunda sobre os efeitos e o aprendizado gerados pela *Safer Patients Initiative*.

O grau de avaliação e estudo dedicado à *Safer Patients Initiative* dá-nos uma oportunidade única de identificar as principais lições que nos permitirão melhorar a segurança do paciente e enfrentar o desafio de transformar organizações de forma integral. A iniciativa também deu-nos novas ideias sobre a natureza da avaliação de intervenções organizacionais complexas dentro do sistema de saúde.

Além disso, as lições extraídas das avaliações e dos estudos sobre a *Safer Patients Initiative* ressaltam uma série de questões importantes a serem abordadas. Cada uma delas requer novas investigações e debates a fim de fazer avançar a agenda da segurança do paciente.

Este relatório traz um sumário da *Safer Patients Initiative* e da avaliação desta e destaca o impacto do programa, as principais lições aprendidas e as próximas questões a serem exploradas. Ao longo do relatório, referimos o leitor a materiais mais detalhados sobre a *Safer Patients Initiative* e sobre o trabalho mais amplo da *Health Foundation* em relação à melhoria da segurança do paciente.

Esperamos que os conhecimentos, as ideias e o aprendizado gerado pela *Safer Patients Initiative* e por sua avaliação sirvam para informar e encorajar os líderes, os profissionais da linha de frente do cuidado, os administradores e os formuladores de políticas para que continuem o progresso a partir das bases lançadas pelo programa.

Estamos comprometidos a continuar na vanguarda do trabalho para acelerar o avanço da agenda da segurança do paciente e levá-la para a próxima fase. Vamos trabalhar com diversos grupos de interesse dentro e fora do NHS, continuando a moldar o debate e a desenvolver o aprendizado sobre como criar uma cultura sustentável de segurança do paciente.

2. Avançando sobre novos horizontes

Em 2004, publicações seminais, como *An Organisation with a Memory*¹ e o relatório sobre o *Bristol Royal Infirmary Inquiry*², começaram a fazer com que segurança do paciente ganhasse importância dentro do NHS. Entretanto, havia poucas atividades coordenadas para enfrentar o problema do dano e da segurança no âmbito organizacional.

Os gestores hospitalares concentravam-se na gestão dos riscos e a alta direção recebia poucas informações além das queixas formais relacionadas à segurança do cuidado em suas organizações. A segurança era amplamente subordinada à agenda da governança clínica e era vista como uma responsabilidade individual dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente, e não como uma questão organizacional. Ao nível nacional, as agências do NHS concentravam-se na notificação retrospectiva de eventos adversos, e não em abordagens proativas para melhorar a segurança do paciente.

Havia algumas exceções a esta regra. Por exemplo, em 2003, um pequeno grupo de hospitais ingleses envolvidos na iniciativa internacional *Pursuing Perfection*³ formou uma comunidade de prática e

iniciou um trabalho pioneiro para explorar formas de atingir o seu objetivo de “nenhuma morte evitável”. Utilizando dados sobre mortalidade⁴ e ferramentas de rastreamento, essas instituições começaram a examinar formas de aplicar métodos de melhoria para aumentar a confiabilidade e a qualidade do cuidado.

Nós procuramos ampliar essas iniciativas inovadoras de melhoria da segurança do paciente e reconhecemos uma grande lacuna nos conhecimentos e competências necessários para atingirmos mudanças significativas. Em novembro de 2003, procurando suprir esse déficit e gerar novos conhecimentos, a direção da *Health Foundation* aprovou o nosso primeiro programa de demonstração: a *Safer Patients Initiative*.

3. O que é a *Safer Patients Initiative*?

A *Safer Patients Initiative* foi uma intervenção complexa em grande escala que representou o primeiro grande programa de melhoria da segurança do paciente no Reino Unido. Criamos a iniciativa para testar maneiras de melhorar a segurança do paciente em hospitais do NHS, procurando envolver as organizações de forma integral.

O *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*⁵ concebeu o programa e prestou apoio técnico. O programa concentrou-se em melhorar a confiabilidade de determinados processos de cuidado dentro de quatro áreas clínicas nas quais existiam estratégias conhecidas de melhoria da segurança, a saber: enfermarias gerais, terapia intensiva, cuidado perioperatório e manejo de medicamentos.

As intervenções possuíam uma base de evidências bem estabelecida nos Estados Unidos e no Reino Unido e já haviam sido utilizadas em projetos, empregando o método colaborativo. Por exemplo,

o *Critical Care Collaborative* da *NHS Modernisation Agency* introduziu algumas das estratégias de terapia intensiva utilizadas na *Safer Patients Initiative*. Esta iniciativa foi inovadora tanto por combinar essas estratégias num só programa como por oferecer um referencial e um conjunto de ferramentas para auxiliar sua implementação. A iniciativa também foi pioneira na utilização de uma abordagem ambiciosa para melhorar a segu-

rança do paciente, envolvendo as organizações de forma integral.

A combinação de intervenções baseadas em evidências teve o objetivo de padronizar o cuidado e reduzir as variações na prática, diminuindo, assim, os danos causados aos pacientes por:

- ▶ deterioração clínica;
- ▶ pneumonia associada à ventilação mecânica;
- ▶ infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateteres venosos centrais;
- ▶ infecções da corrente sanguínea por MRSA;
- ▶ medicamentos anticoagulantes;
- ▶ infecções de sítio cirúrgico.

Além disso, o programa incluiu uma intervenção relacionada à liderança, procurando construir e fortalecer o papel dos líderes executivos na melhoria da cultura de segurança (Para maiores detalhes sobre os diagramas direcionadores das intervenções, consulte o apêndice).

Lançamos a primeira fase da *Safer Patients Initiative* (SPI 1) em 2004, escolhendo quatro hospitais do Reino Unido com base num processo de competição. As instituições participantes realizaram melhorias relacionadas à liderança e às quatro áreas clínicas, utilizando um referencial de medição que continha 43 indicadores-padrão. Elas tinham o objetivo ambicioso de diminuir pela metade o número



A nossa participação na Safer Patients Initiative como o primeiro hospital-piloto inglês foi uma experiência interessante que levou a uma verdadeira transformação na abordagem do Luton and Dunstable NHS Foundation Trust para melhorar a segurança do paciente.



de eventos adversos ocorridos em toda a organização durante os dois anos de duração do programa de aprendizagem.

O *Institute for Healthcare Improvement* utilizou seu método colaborativo, reconhecido internacionalmente, para apoiar os hospitais participantes. Equipes de 15 a 20 profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente e líderes de cada organização reuniram-se regularmente, encorajando o aprendizado colaborativo através de sessões presenciais de aprendizagem, visitas aos hospitais e teleconferências. Os especialistas em melhoria clínica ofereceram apoio técnico e orientações para ajudar as equipes a desenvolver as suas competências para melhoria e a implementar as intervenções. Indicadores e ferramentas comuns facilitaram a partilha de dados, informações e conhecimentos entre os hospitais.

O programa utilizou gráficos de tendência³ e métodos de controle estatístico de processos⁴, que permitiram que os profissionais compreendessem e medissem o progresso e o impacto das intervenções clínicas em tempo real, ajudando-os a promover melhorias contínuas. As equipes registraram e compartilharam os dados medidos mensalmente através de plataforma disponibilizada *online* pelo *Institute for Healthcare Improvement*.

O trabalho de melhoria nas áreas clínicas específicas baseou-se na adoção, por parte da organização inteira, da segurança do paciente como prioridade. Esse trabalho concentrou-se na melhoria da comunicação, no treinamento dos profissionais em métodos de melhoria de qualidade, em novos sistemas para medir os processos e os resultados e na notificação e aprendizagem a partir de eventos adversos. Os diretores executivos e as equipes executivas seniores das organizações envolveram-se plenamente no programa para assegurar que a segurança do paciente fosse mantida como uma grande prioridade estratégica.

Nos dez primeiros meses do programa, as quatro organizações já começaram a fazer bastante progresso, especialmente nas estratégias ligadas à terapia intensiva, à gestão de medicamentos e à liderança. Após esses primeiros resultados encorajadores, começamos uma segunda fase da iniciativa (SPI 2) em 2006, incluindo mais 20 hospitais no programa: 10 da Inglaterra e 10 de outros países do Reino Unido. Essas organizações tinham dois objetivos: uma redução de 30% na ocorrência de eventos adversos e



PROQUALIS



de 15% na mortalidade ao longo de um período de 20 meses. Além disso, tinham objetivos específicos relacionados a uma série de processos e medidas de resultado intermediárias.

Cada hospital participante do SPI 2 teve que trabalhar com uma organização parceira, e as equipes de implementação das duas instituições faziam reuniões regulares. Esse modelo de organizações

“parceiras” teve o objetivo de fomentar a colaboração e maximizar as conquistas e a disseminação do aprendizado. Ao mesmo tempo, os quatro hospitais iniciais do SPI 1 passaram a uma segunda fase, atuando como organizações “modelo” para ajudar a disseminar de forma mais ampla os conhecimentos e as lições aprendidas sobre a redução da ocorrência de eventos adversos.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente – PROQUALIS
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) / FIOCRUZ
Avenida Brasil, 4365
Pavilhão Haity Moussatché – Sala 215
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: (55) (21) 3865-3283

4. Avaliando o impacto e identificando o aprendizado

Estamos comprometidos com uma avaliação rigorosa do impacto de todo o nosso trabalho. Uma importante parte desse compromisso consiste em desenvolver e compartilhar uma compreensão profunda sobre os efeitos e o aprendizado gerados pela *Safer Patients Initiative*.

Reconhecendo que intervenções complexas exigem perspectivas múltiplas e variadas, o nosso aprendizado baseia-se em três fontes de avaliação e estudo da iniciativa.

As três fontes de avaliação e estudo:

- ▶ Um relatório técnico interno do programa, baseado em dados notificados pelos hospitais participantes.⁵
- ▶ Avaliações independentes da SPI 1⁶ e da SPI 2⁷, focadas nos resultados.
- ▶ Um programa de pesquisa independente que avalia questões mais amplas.⁸

Relatório técnico interno do programa:





Institute for Healthcare Improvement (IHI)

A geração regular de dados pelos hospitais participantes fazia parte do desenho da *Safer Patients Initiative*. Isso permitiu ao IHI produzir um relatório interno sobre o impacto das iniciativas SPI 1 e SPI 2, fazer avaliações contínuas das equipes e fornecer-lhes informações necessárias para o processo de melhoria.

Os resultados baseiam-se em dados para a melhoria, gerados pelas próprias organizações. Como a medição para a melhoria tem como objetivo principal apresentar dados ao nível local, as definições, os métodos de amostragem e a análise podem variar de uma instituição para outra. Por isso, precisamos ser cuidadosos na interpretação e na atribuição dos resultados.

Objetivo e abordagem

O relatório técnico interno do IHI teve como objetivo determinar se o modelo de aprendizado criado pela *Safer Patients Initiative* resultou nas melhorias desejadas. O IHI procurou examinar o êxito do programa através da avaliação de indicadores específicos incluídos no plano de trabalho da SPI, reconhecendo que os resultados de longo prazo dos processos de capacitação destinados a sustentar e disseminar melhorias de curto prazo só poderiam ser determinados após vários anos.

O IHI apresentou relatórios separados para a primeira e a segunda fase da iniciativa. Esses relatórios cobriram uma série de componentes distintos, dentre eles: (1) resultados qualitativos e quantitativos nas áreas clínicas; (2) liderança e cultura e (3) mudanças estruturais para apoiar a melhoria da qualidade. Os relatórios utilizaram uma escala de cinco pontos para avaliar o progresso feito pelas organizações participantes num contínuo que começa pela preparação do projeto (representada pela nota 1) e passa pela medição, testagem, melhoria e, finalmen-

te, disseminação (representada pela nota 5).

Fontes de dados

O relatório do IHI baseou-se em informações quantitativas e qualitativas extraídas de:

- ▶ relatórios mensais apresentados pelas organizações participantes, que incluíam gráficos de tendência ou gráficos de controle estatístico de processos nos quais as equipes registraram os seus dados em tempo real;
- ▶ entrevistas estruturadas com líderes e profissionais de saúde dos hospitais participantes;
- ▶ pesquisas sobre o clima cultural⁹ e a cultura em equipe, preenchidas por uma série de profissionais de saúde em cada organização, tanto no início como ao final do programa.

Principais resultados da SPI 1

- ▶ Todos os quatro hospitais reduziram a variação e demonstraram melhorias ao longo do tempo numa série de medidas de processo e nas seguintes medidas de resultado:
- ▶ taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica;
- ▶ taxa de infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateteres venosos centrais;
- ▶ taxa de eventos adversos relacionados a medicamentos (EAMs) anticoagulantes;



A terapia intensiva foi a área na qual observamos o maior nível de melhorias: 72% dos hospitais participantes cumpriram ou excederam os seus objetivos nessa área.

- ▶ taxa de chamadas de equipes de reanimação às enfermarias ;
- ▶ taxa de infecções de sítio cirúrgico (ISC).
- ▶ Todos os quatro hospitais relataram reduções de mais de 50% (variação de 51,9% a 74,5%) na taxa geral de eventos adversos¹⁰ (eventos adversos por 1.000 pacientes-dia) ao longo dos dois anos de duração do programa. Como o programa viu apenas uma parte das instâncias de dano detectadas pela ferramenta de rastreamento global, precisamos ser cautelosos ao atribuir as reduções na taxa geral de danos apenas às intervenções específicas incluídas no programa.
- ▶ Questionários e entrevistas com líderes e profissionais de saúde indicaram que os gestores clínicos e os profissionais clínicos da linha de frente discutiram regularmente (ao menos uma vez por mês) as questões ligadas à qualidade e à segurança em reuniões formais e que todos os hospitais tinham planos de treinamento para oferecer capacitação em melhoria da segurança do paciente.
- ▶ As entrevistas, o número de rondas de líderes nos hospitais (leadership WalkRounds[®]) realizadas durante o programa¹¹ e a revisão dos relatórios anuais, dos documentos administrativos e de outros materiais relacionados às reuniões corroboram as declarações dos profissionais seniores, que afirmam que a melhoria da segurança do paciente foi um dos focos principais de seu trabalho.

Principais resultados da SPI 2

Os resultados mostram que:

- ▶ Passaram-se nove meses desde o início formal do programa até o momento em que todos os hospitais estivessem monitorando o conjunto completo de medidas de resultado e medidas relevantes de processo (o que é representado pela nota 1,5 na escala de avaliação).
- ▶ Ao final dos 20 meses do programa, observou-se um progresso variável nos diferentes hospitais, com notas que foram de 2,0 (fase de medição) até 4,5 (produzir e disseminar melhorias). A maior parte das organizações estava apenas começando a expandir o projeto para além das populações-piloto, enquanto algumas não haviam sequer começado a disseminar as melhorias.

Todos os 20 hospitais demonstraram melhorias¹² em pelo menos 50% das 43 medidas de processo e de resultado. No entanto, somente três demonstraram melhorias em mais de três quartos dessas medidas.

As três medidas de resultado nas quais foram observadas melhorias no maior número de hospitais foram:

- ▶ pneumonia associada à ventilação mecânica;
- ▶ infecções relacionadas a cateteres venosos centrais;
- ▶ MRSA em terapia intensiva.

A terapia intensiva foi a área na qual observamos o maior nível de melhorias: 72% dos hospitais participantes cumpriram ou excederam os seus objetivos nessa área.

Avaliações externas: *University of Birmingham*

A *Health Foundation* contratou o professor Lilford, da *University of Birmingham*, para fazer avaliações independentes das fases 1 e 2 da *Safer Patients Initiative*. A primeira avaliação foi encomendada ao início da SPI 1. O professor Lilford reuniu uma equipe multidisciplinar de pesquisadores especializados em serviços de saúde para medir o impacto da iniciativa.¹³

Objetivo e abordagem

A equipe concebeu as avaliações da SPI 1 e da SPI 2 com objetivo de responder à pergunta: “Qual foi o grau de melhoria da segurança do paciente e que fatores estiveram relacionados ao êxito?”.

O estudo procurou avaliar o impacto organizacional de forma mais ampla; por isso, sua análise foi além das populações-piloto das intervenções clínicas. A equipe de avaliação mediu o efeito médio do programa em uma série de práticas, baseando-se no pressuposto inicial de que a SPI transformaria as abordagens da organização como um todo em relação à segurança do paciente.

Fontes de dados

As avaliações examinaram o nível macrossistêmico (organizacional), utilizando uma mistura de dados sobre resultados coletados de forma rotineira nos hospitais e de dados coletados especificamente para o programa.

Para fazer a avaliação da SPI 1, a equipe da *University of Birmingham* estudou os quatro hospitais participantes e os 18 hospitais-controle ingleses. A avaliação incluiu cinco subestudos relacionados, aplicados aos hospitais participantes e aos hospitais-controle, que geraram dados quantitativos e quali-

tativos. Esses estudos consistiram em:

- ▶ entrevistas telefônicas semiestruturadas para avaliar os conhecimentos e as opiniões de participantes estratégicos em relação à intervenção nos hospitais;
- ▶ uma avaliação do tipo antes/depois sobre as atitudes dos profissionais da linha de frente nos hospitais participantes e nos hospitais-controle¹⁴;
- ▶ estudo etnográfico nas enfermarias clínicas para pacientes com doenças respiratórias agudas nos hospitais participantes da SPI. Este estudo incluiu observações diretas nas enfermarias, entrevistas com profissionais e grupos focais;
- ▶ revisão de prontuários de pacientes de alto risco tratados antes e após a intervenção nos hospitais participantes e nos hospitais-controle;
- ▶ medição do tipo antes/depois dos seguintes resultados:
- ▶ eventos adversos¹⁵ e mortalidade entre pacientes incluídos na revisão de prontuários;
- ▶ satisfação do paciente.¹⁶

Para a SPI 2, a equipe da *University of Birmingham* examinou nove hospitais participantes e nove hospitais-controle com características semelhantes, todos situados na Inglaterra. A avaliação incluiu cinco subestudos relacionados aplicados aos hospitais



O estudo procurou avaliar o impacto organizacional de forma mais ampla; por isso, sua análise foi além das populações-piloto das intervenções clínicas.

participantes da SPI 2 e aos hospitais-controle, concentrando-se apenas em dados quantitativos. Foram eles:

- ▶ entrevistas do tipo antes/depois com profissionais da linha de frente do cuidado¹⁷;
- ▶ revisão de prontuários de pacientes (respiratórios) de alto risco nas enfermarias clínicas;
- ▶ revisão de prontuários de pacientes de alto risco em cuidado perioperatório;
- ▶ avaliação indireta da higienização das mãos com base no consumo de produtos para higienização¹⁸;
- ▶ medição de resultados ao nível organizacional:
 - ▶ eventos adversos e mortalidade entre pacientes de alto risco em enfermarias clínicas;
 - ▶ taxas de mortalidade hospitalar;
 - ▶ resultados ligados às unidades de terapia intensiva;
 - ▶ taxas de infecções relacionadas à assistência à saúde¹⁹;
 - ▶ escores de satisfação dos pacientes.²⁰

Principais resultados da SPI 1

Os principais resultados descritos na avaliação da SPI 1 foram os seguintes:

- ▶ Em geral, os profissionais seniores mostraram-se entusiásticos em relação à iniciativa, demonstrando compreender o programa e a teoria da mudança na qual ele se baseia. De modo

geral, profissionais com maior conhecimento sobre o programa demonstraram maior entusiasmo.

- ▶ Antes do início do programa, as entrevistas com profissionais dos hospitais participantes e dos hospitais-controle apresentaram resultados semelhantes. Uma dimensão (o clima organizacional) melhorou significativamente ao longo do tempo, em favor dos hospitais participantes da SPI.
- ▶ O estudo etnográfico mostrou uma penetração modesta da SPI ao nível das enfermarias; a intervenção mais visível foi a identificação de pacientes cuja condição clínica estava se deteriorando. Embora a SPI tivesse como objetivo gerar mudanças de baixo para cima, a maioria dos profissionais das enfermarias não se sentiu envolvida no programa.
- ▶ A qualidade do monitoramento de pacientes agudos melhorou nos hospitais participantes e nos hospitais-controle, mas a melhoria foi maior nos hospitais participantes. Com relação ao importante objetivo de melhorar a observação de pacientes agudamente doentes, o registro da frequência respiratória apresentou um aumento significativamente maior nos hospitais participantes do que nos hospitais-controle.
- ▶ A qualidade das prescrições não mudou ao longo do tempo, nem nos hospitais participantes nem nos hospitais-controle.
- ▶ As taxas de eventos adversos foram semelhantes nos hospitais participantes e nos hospitais-controle, tanto na linha de base como ao longo do programa.



- ▶ As taxas de mortalidade (identificadas pela revisão de prontuários) aumentaram nos hospitais-controle e diminuíram nos hospitais participantes da SPI 1 ao longo do tempo. Entretanto, as diferenças não foram estatisticamente significativas quando ajustadas segundo o risco.
- ▶ Nos hospitais participantes, observou-se melhoria em um dentre os cinco critérios avaliados através dos questionários de satisfação dos pacientes.

Principais resultados d7a SPI 2

Com relação à avaliação da SPI 2, os principais resultados são descritos a seguir:

- ▶ Somente uma dimensão da pesquisa junto aos profissionais de saúde mudou significativamente ao longo do tempo: o clima organizacional melhorou nos hospitais-controle. Entretanto, os

valores desta dimensão foram mais altos nos hospitais participantes tanto na linha de base como durante o estudo.

- ▶ A medição dos sinais vitais e o uso de escores de risco melhoraram consideravelmente ao longo do tempo, tanto nos hospitais participantes como nos hospitais-controle.
- ▶ Muitos aspectos do cuidado clínico e perioperatório baseado em evidências já eram bons na linha de base, deixando pouco espaço para melhorias.
- ▶ Observou-se uma melhoria acentuada no consumo de produtos para a higienização das mãos e uma queda drástica nas taxas de infecções relacionadas à assistência à saúde em todos os hospitais.
- ▶ Não foi detectado um efeito aditivo significativo da *Safer Patients Initiative* sobre os indicadores incluídos nos estudos.



Programa de pesquisa *Journey to Safety: Imperial College London*

O *Journey to Safety* é um programa de pesquisa com duração de cinco anos encomendado pelo *Imperial College London* e estabelecido em 2006. O programa examina como melhorar a segurança de toda uma organização prestadora de cuidado de saúde.

O programa aborda várias questões específicas, cobrindo cinco temas: (1) papel do paciente na segurança; (2) capacitação e conscientização sobre segurança; (3) *design* para a segurança do paciente; (4) unidades de alta confiabilidade e, por fim, (5) como fazer com que organizações inteiras se tornem seguras.

Com relação a este último tema, o programa concentrou-se especificamente nos hospitais participantes da *Safer Patients Initiative*.

Objetivo e abordagem

O programa de pesquisa foi concebido, em parte, para complementar a avaliação centrada nos resultados, fazendo uma série de perguntas mais amplas, dentre elas:

- ▶ Quais foram as barreiras críticas e os fatores que contribuíram para o programa?
- ▶ Quais foram os efeitos do contexto local?
- ▶ Como é possível medir o progresso ao longo do tempo?

Fontes de dados

- ▶ Análise baseada em gráficos de tendência dos 43 indicadores-padrão da SPI 1 e dos 37 indicadores adicionais customizados, gerados pelos próprios hospitais (2006-2009).
- ▶ Visitas aos hospitais e mais de 200 entrevistas

com participantes da SPI (2007-2009).

- ▶ Avaliação das percepções sobre o impacto e o clima de segurança²¹ realizadas com as equipes de projeto da SPI 2 em 2008 (631 respostas), com uma segunda avaliação em 2009 (284 respostas).

Resultados principais

- ▶ De modo geral, a experiência de medição de processos nos hospitais foi muito positiva: ela ajudou a compreender as causas e os efeitos, permitiu a geração e a apropriação local de dados para melhoria e tornou a confiabilidade do cuidado mais visível.
- ▶ A análise baseada em gráficos de tendência revelou que 12 dos 43 indicadores-padrão apresentaram uma tendência consistente de melhoria em três ou mais organizações participantes da SPI 1.
- ▶ A qualidade dos dados apresentou vários problemas, ligados à necessidade de coletar dados continuamente, à novidade do processo e a questões técnicas relacionadas à definição e à implementação dos indicadores.
- ▶ A disposição organizacional para a mudança foi determinada por uma combinação de fatores, dentre eles: histórico de melhorias; comunicação e educação antes do início do programa; escolha de equipes e estrutura de gestão do



programa; estabilidade financeira e capacidade de cumprir objetivos; profissionais engajados.

- ▶ Sete fatores foram descritos como os principais elementos que afetam o engajamento médico na iniciativa:

1. histórico de melhorias na organização;
2. disponibilidade e alocação de recursos;
3. percepções sobre os objetivos da SPI;
4. evidências sobre a eficácia do programa;
5. especialistas externos;

6. profissionais locais dedicados a promover o programa;

7. envolvimento dos gestores.

Num grande número de organizações, as equipes de melhoria consideraram que o maior impacto ocorreu nas áreas de: colaboração multiprofissional, cultura, comunicação e trabalho em equipe e sistemas de medição.

- ▶ Entre a primeira e a segunda avaliação dos profissionais, percebeu-se uma melhoria no clima e na capacitação em segurança.



Entendendo os resultados

Os dados dos gráficos de tendência, avaliados tanto pelo IHI quanto pelo *Imperial College*, indicam melhorias nas medidas de resultado e de processo dentro das áreas clínicas específicas abordadas pela *Safer Patients Initiative*. Como a medição para a melhoria tem como objetivo principal apresentar dados ao nível local, com suas implicações em relação à qualidade e à análise dos dados, precisamos ser cuidadosos na interpretação e na atribuição dos resultados.

Dessa forma, não podemos atribuir, de forma confiável, as melhorias atingidas apenas à intervenção do programa.

A equipe da *University of Birmingham* reconheceu que, para a SPI 2, muitos aspectos do cuidado já eram bons ou estavam melhorando em todo o NHS, deixando pouco espaço para melhorias. Essas mudanças podem ser resultado de iniciativas políticas, inclusive algumas com características semelhantes à SPI, e do surgimento de consensos profissionais sobre alguns processos clínicos. Além disso, alguns hospitais participantes da SPI compartilharam seu trabalho aos níveis local, regional e nacional, contribuindo ativamente para um debate mais amplo sobre a melhoria da segurança do paciente e influenciando, assim, outras organizações do NHS.

Os relatórios da *University of Birmingham* mostram que, no momento da avaliação, as diferenças entre os hospitais participantes da SPI e os hospitais-controle não eram estatisticamente significativas a ponto de permitir atribuir as melhorias quantitativas à *Safer Patients Initiative*. O efeito do programa sobre os resultados clínicos no âmbito organizacional, para além de outras iniciativas, não foi grande.

Esses resultados levaram-nos a refletir sobre os aspectos enfocados pela avaliação em comparação à forma como o programa foi concebido e às suas

conquistas no período de dois anos. Enquanto as intervenções da SPI foram aplicadas dentro de áreas clínicas específicas em cada hospital, os resultados medidos pela *University of Birmingham* diziam respeito ao nível organizacional.

Assim, em retrospecto, os efeitos da *Safer Patients Initiative* provavelmente seriam localizados, tendo em vista a escala, relativamente pequena, da aplicação da iniciativa nas organizações e o tempo limitado para a disseminação das intervenções. Os resultados da avaliação não negam os resultados positivos e as conquistas relatadas por cada hospital. Em vez disso, questionam a aspiração e a alegação mais ampla de que a *Safer Patients Initiative* teria um efeito aditivo que poderia ser observado não só ao nível do microsistema de cuidado, mas também ao nível organizacional, dentro da escala de tempo do programa.

Além disso, os avaliadores externos reconhecem que pode ter havido efeitos em áreas que não foram avaliadas especificamente pelo desenho do estudo e que esses efeitos poderão ser visíveis a longo prazo.

5. O impacto e a influência positivos da *Safer Patients Initiative*

Embora a *Safer Patients Initiative* não tenha atingido o nível de impacto organizacional esperado dentro da escala de tempo do programa, teve de fato um efeito e uma influência significativos nos hospitais participantes e em sua equipe de profissionais, no cuidado de saúde e no sistema do NHS como um todo.

Qual foi o impacto da *Safer Patients Initiative* sobre os profissionais de saúde e os líderes envolvidos?

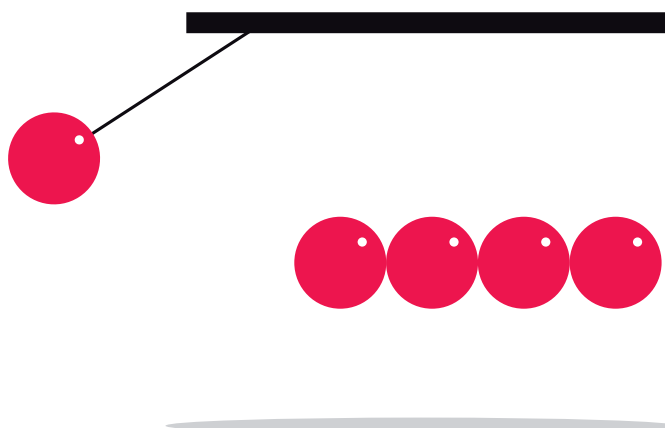
A *Safer Patients Initiative* foi extremamente efetiva ao destacar a necessidade de melhorar a segurança e a confiabilidade de processos de cuidado comuns, conseguindo engajar os profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente, e os líderes nessa agenda crucial. Os profissionais seniores demonstraram altos níveis de conhecimento e de entusiasmo em relação ao programa.

A *Safer Patients Initiative* aumentou a conscientização sobre os danos causados por aspectos rotineiros do cuidado — os dados locais obtidos a partir das revisões de prontuários serviram para informar os líderes executivos e deram-lhes o ímpeto para agir. O programa propiciou aos gestores e aos profissionais de saúde que lidam diretamente com o

paciente uma linguagem comum e um território no qual puderam envolver-se e estimular a colaboração multiprofissional.

Técnicas específicas, como as rondas de líderes nos hospitais (*leadership WalkRounds*[®]), deram visibilidade às lideranças e serviram como oportunidades não só para ouvir as preocupações dos profissionais clínicos da linha de frente do cuidado em relação à segurança do paciente como também para atuar sobre elas. O uso de histórias de pacientes deu uma face humana aos dados sobre qualidade e segurança discutidos nas reuniões de direção, ajudando a engajar os diretores e a modificar as suas prioridades.

A *Safer Patients Initiative* apresentou um conjunto de intervenções clínicas definidas e uma metodologia para abordar as questões ligadas à segurança e promover melhorias contínuas. A medição contínua de dados em tempo real ajudou os profissionais clínicos da linha de frente a compreender o que estava acontecendo em suas próprias equipes e enfermarias e o impacto desses efeitos sobre os resultados clínicos. Além disso, permitiu-lhes melhorar a confiabilidade de processos de cuidado rotineiros, como a adesão à higienização das mãos, as observações clínicas e a conciliação de medicamentos.





De que maneira a *Safer Patients Initiative* influenciou as estruturas, os processos de cuidado e a cultura das organizações envolvidas?

A *Safer Patients Initiative* ajudou a tornar os danos mais visíveis e tangíveis dentro dos hospitais. A iniciativa ofereceu métodos para enfrentar os problemas de segurança, desenvolver soluções e colocá-las em prática.

As organizações que participaram do programa possuem agora sistemas estabelecidos para a coleta e o registro de dados em tempo real, o que lhes permite compreender a confiabilidade e a variação, enxergar o impacto das mudanças implementadas e identificar novas áreas para a melhoria. As equipes clínicas envolvidas modificaram seus processos de cuidado e passaram a utilizar intervenções baseadas em evidências.

A iniciativa também teve uma influência positiva sobre a cultura organizacional dos hospitais participantes. Por exemplo, ela serviu para questionar o pressuposto de que os danos são inevitáveis e para transformar a segurança do paciente numa prioridade estratégica, fazendo com que os gestores das organizações voltassem a sua atenção e empenho para o problema. As rondas regulares de líderes nos hospitais (*leadership WalkRounds®*), a priorização da segurança nas reuniões de diretores e equipes e o desenvolvimento de painéis de avaliação da segurança e de veículos de comunicação específicos, como os boletins de segurança, contribuíram para que a segurança do paciente ganhasse importância e se tornasse uma prioridade nos hospitais participantes da SPI.

Os resultados atingidos através das intervenções clínicas fortaleceram a crença, entre os líderes e os profissionais, de que é possível melhorar e permitiu que as organizações estabelecessem novos padrões de cuidado.

A participação na *Safer Patients Initiative* encora-

jou e promoveu a colaboração multiprofissional e o trabalho em equipe, oferecendo ferramentas e métodos de comunicação para facilitar esse processo. Além disso, a iniciativa promoveu o aprendizado e as parcerias com outros hospitais. Por fim, graças ao seu foco na medição para melhoria, a iniciativa ajudou a aumentar a transparência dos dados e da notificação tanto dentro de cada organização como entre diferentes organizações.

A nossa participação na Safer Patients Initiative como o primeiro hospital-piloto inglês foi uma experiência interessante que levou a uma verdadeira transformação na abordagem do Luton and Dunstable NHS Foundation Trust para melhorar a segurança do paciente. Conseguimos modificar a mentalidade tradicional, que considerava certas formas de dano como uma complicação comum do tratamento clínico, fazendo com que esses mesmos danos passassem a ser vistos como uma falha inaceitável no cuidado de saúde.

A SPI me fez perceber que, como presidente e responsável pela minha organização, a segurança do paciente era a minha prioridade mais importante, e também a do hospital. Graças à SPI, adquirei conhecimentos sobre as diversas intervenções e, sobretudo, sobre o que eu deveria estar fazendo como líder para apoiar e instigar as equipes clínicas. A iniciativa me trouxe a coragem necessária para dizer e fazer coisas instigantes e despertou em mim uma verdadeira paixão pela segurança do paciente.

Stephen Ramsden, ex-Presidente do Luton & Dunstable NHS Foundation Trust.



A cultura é uma das coisas mais difíceis de mudar, mas estou certa de que, hoje, a segurança do paciente é vista como uma prioridade em toda a nossa organização.

Liz Childs, Diretora de Enfermagem e Qualidade/Vice-Presidente do *South Devon Healthcare NHS Foundation Trust*.

Que mudanças os hospitais participantes conseguiram promover em relação às experiências dos pacientes e aos resultados do cuidado?

Todos os hospitais envolvidos na *Safer Patients Initiative* melhoraram seus processos de prestação do cuidado e o tornaram mais seguro e confiável para os pacientes.

Os dados notificados pelos quatro hospitais envolvidos na SPI 1 indicam que essas instituições reduziram a variação e demonstraram melhorias ao longo do tempo nas taxas de:

- ▶ pneumonia associada à ventilação mecânica;
- ▶ infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateteres venosos centrais;
- ▶ eventos adversos relacionados a medicamentos anticoagulantes;
- ▶ chamadas de equipes de reanimação às enfermarias;
- ▶ infecções de sítio cirúrgico.

Ao longo da duração do programa, os 20 hospitais participantes da SPI 2 relataram uma série de melhorias clínicas que reduziram significativamente a ocorrência de danos aos pacientes. Foram elas:

- ▶ uma redução de 50% nas infecções por MRSA nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de 18 hospitais;
- ▶ taxas de infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateteres venosos centrais (ICS-CVCs) reduzidas a zero em 17 hospitais;
- ▶ taxas de pneumonia relacionada à ventilação mecânica reduzidas a zero em 10 hospitais;

- ▶ mais de 300 dias sem infecções relacionadas a cateteres venosos centrais em nove hospitais;
- ▶ taxas de infecções por MRSA em enfermarias gerais reduzidas pela metade em sete hospitais.

Essas melhorias no cuidado de saúde representam a prevenção de danos evitáveis em milhares de pacientes.

A Safer Patients Initiative ajudou a voltar a atenção nacional para o que é preciso para atingir a implementação significativa e sustentada de práticas mais seguras na linha de frente do cuidado de saúde. As experiências com a SPI trouxeram ideias novas e importantes sobre liderança, trabalho em equipe e medição, que serviram como uma forte base para a campanha *Patient Safety First*.

O trabalho da SPI também ajudou a criar um grupo nacional de profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente e gestores comprometidos, que procuram melhorar a segurança do paciente até nas situações mais difíceis. E isso foi feito de uma forma que permitiu criar relações colaborativas entre pessoas, equipes e organizações, o que, por si só, produzirá benefícios duradouros para a segurança do paciente e para o NHS.

Martin Fletcher, Presidente da *Australian Health Practitioner Regulation Agency*, ex-Presidente da *National Patient Safety Agency*.



Existe uma resistência natural diante da mudança e de qualquer modelo para a mudança. Porém, penso que a SPI foi um modelo excepcional de como promover mudanças num processo.

Chris Uridge, Médico Consultor em Cuidado Geriátrico e Medicina Interna, *South Devon Healthcare NHS Foundation Trust*.

De que maneira a Safer Patients Initiative moldou, de forma mais ampla, o sistema e as políticas do NHS?

O impacto mais amplo da *Safer Patients Initiative* sobre as políticas do NHS não foi medido sistematicamente. No entanto, muitas evidências casuais indicam que a iniciativa ajudou a fazer com que a melhoria da segurança recebesse mais atenção e se tornasse uma prioridade, tendo sido extremamente influente no desenvolvimento do movimento para a segurança do paciente em todo Reino Unido.

Quando criamos o programa em 2004, as iniciativas organizacionais para reduzir a ocorrência de danos e melhorar a segurança recebiam pouca atenção. A *Safer Patients Initiative* mudou essa situação. A iniciativa destacou a necessidade de reduzir a variação e de aumentar a confiabilidade da prática clínica para reduzir a ocorrência de danos. A iniciativa apresentou, pela primeira vez no Reino Unido, dados em tempo real sobre os níveis de dano, uma abordagem prática para a medição rotineira e um conjunto de intervenções baseadas em evidências para melhorar a segurança do paciente.

A *Safer Patients Initiative* ajudou a criar novos padrões de cuidado e a crença de que é possível melhorar. Cinco anos depois, a abordagem para melhoria adotada pelos hospitais participantes do programa continua a moldar o seu trabalho e influenciou muitos outros.

A *Safer Patients Initiative* ajudou a criar a disposição para a melhoria da segurança não só nos hospitais participantes, como também no âmbito nacio-

nal. A iniciativa influenciou fortemente a concepção de programas e campanhas nacionais de segurança do paciente nos quatro países que formam o Reino Unido, servindo como uma base para esses programas. Em muitos casos, as pessoas que lideraram essas iniciativas tinham estado diretamente envolvidas com a *Safer Patients Initiative*.

O programa *Leading Improvement in Patient Safety* (LIPS), do *NHS Institute*, a campanha *Patient Safety First*, a campanha *1000 Lives* no País de Gales,

O Scottish Patient Safety Programme dirigido pelo *NHS Quality Improvement Scotland* em nome do governo escocês baseou-se no bom trabalho realizado pelo *NHS Tayside* como parte da primeira onda da *Safer Patients Initiative*. O aprendizado sobre quais elementos são bem sucedidos na execução da melhoria ajudou a moldar o nosso programa, que também teve o apoio do *Institute for Healthcare Improvement*. Os nossos resultados iniciais atestam a importância de envolver os profissionais de saúde para reduzir os danos causados aos pacientes.

Dr^a. Frances M. Elliot, Presidente do *NHS Quality Improvement Scotland*.



PROQUALIS



o *Scottish Patient Safety Programme* na Escócia e o *Health and Social Care Safety Forum* na Irlanda do Norte atribuem o ímpeto e o formato do trabalho que realizam às bases lançadas pela *Safer Patients Initiative*.

O relatório sobre segurança publicado pelo *Health Select Committee* da Câmara dos Comuns em 2009 cita a iniciativa e recomenda que as organizações do NHS utilizem ativamente as fontes de dados e os métodos defendidos pelo programa. Em sua resposta aos resultados do comitê, o governo do

Partido Trabalhista britânico afirmou:

“A marca de projetos como a Safer Patients Initiative e a campanha Patient Safety First, que devem ser estimulados e promovidos, é gerar o entusiasmo e o desejo de liderar mudanças de forma direta e no nível correto, proporcionando aos profissionais de saúde capacitação para atingir mudanças positivas. Só conseguiremos atingir mudanças sustentáveis em todas as organizações de saúde — e não só em algumas — se adotarmos os princípios e as práticas de iniciativas como estas.”

Tendo estado envolvida em importantes projetos de melhoria baseados no método colaborativo no NHS, inclusive num projeto que examinou os eventos adversos relacionados a medicamentos, e baseando-me neste método, iniciei um programa interno sobre erros de medicação no Luton & Dunstable NHS Foundation Trust. O envolvimento no projeto Pursuing Perfection fez com que o diretor executivo da organização se engajasse no programa e, então, começamos a examinar os danos e a mortalidade. A Safer Patients Initiative foi a peça do quebra-cabeça que reuniu todas as outras partes.

Parte da força do programa esteve em reunir equipes multidisciplinares de profissionais de saúde engajados, para que aprendessem de forma colaborativa, expondo-os a um corpo docente confiável e a novos conhecimentos e competências. Os médicos e enfermeiros seniores sentiram-se empoderados ao ver que poderiam provocar mudanças e atuar como líderes clínicos. A SPI também reconheceu a importância da adesão da equipe executiva.

O programa Leading Improvement in Patient Safety foi uma manifestação desse aprendizado e serviu posteriormente como um dos principais veículos para o desenvolvimento de competências em melhoria da segurança dentro do NHS.

Kate Jones, Diretora da unidade Safer Care, NHS Institute for Innovation and Improvement.

6. O que aprendemos? Lições fundamentais extraídas das avaliações

A Safer Patients Initiative gerou um aprendizado considerável e trouxe novas ideias. Em particular, a ideia de que é necessário um conjunto mais amplo de métodos e abordagens para promover a segurança do paciente ao nível organizacional. A iniciativa também destacou o volume de recursos necessário para promover mudanças em organizações por inteiro, a necessidade de promover mudanças em todos os níveis do sistema, desde a formulação de políticas até o envolvimento profundo junto aos profissionais, e o tempo necessário para gerar e internalizar as melhorias.

Dentre os principais temas e lições extraídos das três linhas de avaliação e reflexão nos hospitais participantes estão as questões ligadas à prontidão organizacional, à prática da melhoria e à internalização e avaliação das mudanças.

Prontidão organizacional

Avaliação da prontidão organizacional

As experiências e as avaliações da *Safer Patients Initiative* ajudaram a destacar uma série de fatores que promoveram ou obstruíram o êxito. Quando pedimos às próprias equipes participantes que identificassem as principais barreiras ao progresso, os três elementos mais citados foram:

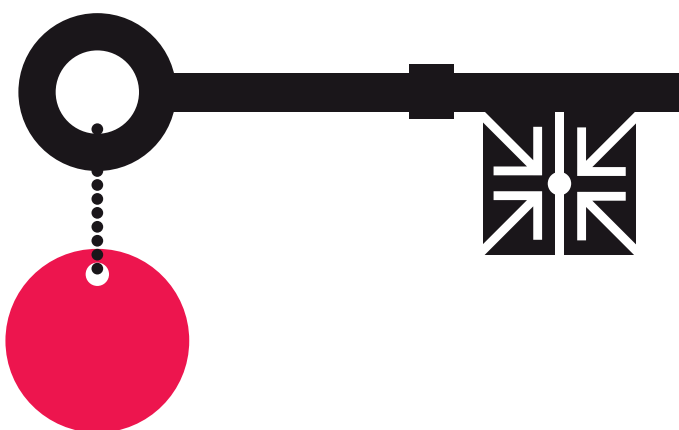
- ▶ gestão dos dados;

- ▶ reorganização e mudanças executivas;
- ▶ envolvimento e adesão dos profissionais.

As dificuldades enfrentadas e reconhecidas pelos hospitais participantes na implementação do programa reiteram aquelas que foram identificadas pelos avaliadores externos. Por exemplo, os resultados da SPI 2 mostram que foram necessários nove meses desde o início formal do programa até que todos os hospitais estivessem medindo o conjunto completo de indicadores do projeto. Isso ilustra as dificuldades enfrentadas pelos hospitais na tarefa de implementar os sistemas e as equipes necessários em toda a organização.

A pesquisa *Journey to Safety* revelou que a prontidão organizacional para a mudança foi determinada por uma combinação de fatores, dentre eles: histórico de melhorias, comunicação e educação antes do início do programa, escolha de equipes e estrutura de gestão do programa, estabilidade financeira e capacidade de cumprir metas e engajamento dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente.

A equipe de pesquisa sugere que, antes de envolver toda a organização num programa para melhorar a qualidade e a segurança, as organizações se beneficiariam de uma “avaliação da prontidão”²², com dedicação de tempo para preparar a infraestrutura, os processos e a cultura organizacional.





Engajamento dos profissionais clínicos

A experiência da *Safer Patients Initiative* mostrou que o ímpeto para reduzir a ocorrência de danos evitáveis está fortemente ligado aos valores e à motivação interna dos profissionais de saúde. O programa serviu como um veículo poderoso para fazer com que os profissionais clínicos cruciais se engajassem na agenda de segurança do paciente.

Reunindo intervenções baseadas em evidências e um conjunto de ferramentas e técnicas para medição e melhoria, a iniciativa ofereceu aos líderes clínicos uma abordagem prática para a mudança. O uso de dados em tempo real permitiu que os profissionais de saúde conhecessem o nível de danos em sua área de trabalho e percebessem como as mudanças implementadas afetavam os resultados clínicos.

No entanto, apesar dos altos níveis de conhecimento e entusiasmo apresentados pelos profissionais seniores, que se envolveram ativamente na *Safer Patients Initiative*, os profissionais das enfermarias geralmente não se sentiram tão envolvidos no trabalho e o envolvimento dos médicos continuou a ser uma das maiores barreiras para o programa.

A experiência da *Safer Patients Initiative* reitera a importância do componente profissional na melhoria da qualidade e a necessidade de um envolvimento precoce e pleno dos líderes clínicos. É fundamental que exista um foco mais amplo no engajamento dos profissionais de saúde e na apropriação local do programa, a fim de maximizar os esforços de melhoria e assegurar mudanças sustentáveis. A pesquisa *Journey to Safety* indica sete fatores que as organizações devem abordar para atingir um engajamento ideal dos profissionais clínicos.

Dados e medição

A experiência dos profissionais de saúde com a medição de processos foi muito positiva. As informações em tempo real ajudaram estes profissionais

a compreender causas e efeitos, promoveram a apropriação local dos dados para a melhoria e tornaram mais visível a atual confiabilidade do cuidado, possibilitando, assim, a melhoria. No entanto, houve uma carência de sistemas adequados de medição nos hospitais participantes da SPI e ocorreram vários problemas ligados à qualidade dos dados, incluindo questões técnicas ligadas às definições e à implementação.

Como os sistemas de medição existentes foram concebidos para dar resposta a metas nacionais, a maior parte dos hospitais não coletava rotineiramente a maior parte das informações necessárias para compor os dados da linha de base do programa. Por exemplo, menos de cinco dos 43 indicadores usados na SPI 2 estavam facilmente disponíveis, e os sistemas de coleta de dados tiveram de ser desenvolvidos a partir do zero. Além disso, o histórico de utilização de dados para a gestão do desempenho exigiu uma mudança de paradigma, de modo que a medição passasse a ser usada para a melhoria. Isso provocou um maior consumo de tempo e esforço para desenvolver a transparência dos dados e da notificação.

Competências e capacidades para a melhoria de qualidade

A medição contínua de processos e a retroalimentação para apoiar melhorias contínuas é um processo ideal em teoria; porém, é mais difícil na prática. Poucas instituições envolvidas na iniciativa possuíam sistemas que assegurassem que os profissionais de saúde tinham as competências necessárias em métodos de medição e melhoria de qualidade. Portanto, com a disseminação das intervenções, foi preciso oferecer treinamento a tais profissionais.

O aprendizado obtido com a *Safer Patients Initiative* destaca a necessidade de desenvolver competências e capacidades para a melhoria nas organizações. Os profissionais clínicos e os líderes precisam ser capacitados tanto para compreender as questões



A Safer Patients Initiative foi importante para o êxito que alcançamos no País de Gales na 1000 Lives Campaign. Ela nos dotou de capacidade, confiança, coragem e um senso de "isto é possível" — elementos nos quais nos baseamos ao desenvolver a nossa campanha.

Professor Jonathan Gray, Diretor Adjunto da 1000 Lives Campaign.

ligadas aos danos como para melhorar a qualidade do cuidado. Agora que a longa jornada de desenvolvimento de habilidades e competências começou,²³ as organizações do NHS precisam de abordagens mais sistemáticas para treinar os seus profissionais em questões ligadas à confiabilidade, à medição e aos métodos de melhoria de qualidade. É fundamental assegurar que um número suficiente de profissionais seja capacitado em melhoria da segurança, para mitigar as deficiências causadas quando profissionais-chave se mudam para outra organização ou são realocados dentro de uma organização.

Contexto e ambiente

Em nosso trabalho, estamos cada vez mais cientes de que a melhoria depende das pessoas, do contexto e da intervenção. A *Safer Patients Initiative* apresentou intervenções bem descritas e procurou selecionar organizações cujas pessoas e cujo contexto apresentassem uma predisposição para melhoria. No entanto, na realidade, esses dois fatores foram altamente variáveis nos diferentes hospitais participantes.

O sucesso foi maior nas áreas clínicas mais definidas, como a terapia intensiva. Pode-se dizer que essas áreas têm uma maior capacidade de enfrentar problemas ligados às pessoas e ao contexto, com uma cultura de equipe mais forte e as lideranças cotidianas necessárias para promover a medição e a melhoria.

O ambiente externo também tem seu papel. Embora boa parte do trabalho de segurança do paciente realizado nos hospitais participantes da SPI 1 tenha

sido pioneiro, o período de duração da SPI 2 sobrepôs-se ao desenvolvimento de novos programas e campanhas de segurança que ampliaram a iniciativa. Esses novos programas ajudaram a aumentar ainda mais a importância dada à segurança do paciente e a disseminar conhecimentos e competências para melhoria da segurança de forma mais ampla dentro do NHS, reduzindo as diferenças entre os hospitais participantes da SPI e as outras organizações.

Por último, a *Safer Patients Initiative* destacou a necessidade de reconhecermos os diferentes contextos no momento de “importar” intervenções de outros sistemas de saúde. Por exemplo, a estratégia de medição introduzida na iniciativa pressupôs uma disponibilidade de dados comparável à que existe nos EUA. Na realidade, poucos dos indicadores eram coletados rotineiramente nos hospitais do NHS, o que exigiu o desenvolvimento de novos sistemas de coleta de dados antes que as intervenções clínicas pudessem ser plenamente implantadas.

A prática da melhoria

Objetivos e metas

Os objetivos da *Safer Patients Initiative* foram intencionalmente ambiciosos, destinados a captar a atenção e a promover a ação dos profissionais envolvidos. Esses objetivos serviram como um forte veículo de engajamento. No entanto, foram ambiciosos demais para serem cumpridos dentro do período de duração do programa.



Ainda que, ao final da iniciativa, alguns hospitais demonstrassem um progresso significativo em direção às metas, o programa teve uma penetração limitada nas organizações durante os primeiros 18 meses. Existe uma tensão, e um equilíbrio a ser encontrado, entre a necessidade de estabelecermos objetivos ambiciosos sobre os quais centrar a nossa atenção e os nossos esforços e a necessidade de sermos realistas sobre o que é possível atingir.

Tanto as iniciativas de melhoria como as organizações participantes precisam articular uma visão de suas aspirações e apresentar objetivos claros e realistas diante dos quais possamos medir o progresso.

Intervenções e métodos

A *Safer Patients Initiative* associou conhecimentos sobre segurança a abordagens para melhoria de qualidade. Existem intervenções fundamentais que sabidamente reduzem a ocorrência de danos em ambientes clínicos. A iniciativa serviu como um campo de testes para combinar um conjunto de quatro intervenções clínicas a estratégias de liderança²⁴ destinadas a aumentar a conscientização sobre os danos e a enfrentar as preocupações relacionadas à segurança. Ela focou as organizações e ajudou-as a priorizar seus esforços de melhoria.

A experiência da SPI 1 demonstrou o quanto é importante haver clareza tanto nas intervenções como nos métodos de melhoria. Baseamo-nos nesse aprendizado ao desenvolver a SPI 2, definindo melhor os objetivos específicos relacionados às medidas de processo e de resultado intermediárias.

Aplicando um conjunto de métodos e ferramentas de melhoria para compreender os danos, implementar soluções e promover melhorias contínuas, a *Safer Patients Initiative* gerou um novo aprendizado sobre a melhoria da segurança do paciente. Outras organizações do NHS continuaram a testar e a re-

finar essas intervenções clínicas e de liderança em programas e campanhas de segurança mais amplos.

Liderança para a mudança

Os líderes são necessários em todos os níveis de uma organização para promover melhorias sustentáveis na segurança do paciente. Embora o engajamento e a liderança por parte dos profissionais clínicos da linha de frente sejam cruciais para o êxito dos esforços destinados a melhorar os processos de cuidado, os líderes executivos também desempenham um papel fundamental.

Os diretores executivos, diretores médicos e de enfermagem e outros membros da alta direção das organizações precisam articular e difundir claramente a segurança do paciente como uma prioridade estratégica e demonstrar seu compromisso com as ações empreendidas. A experiência com a *Safer Patients Initiative* demonstrou que é possível promover mudanças significativas quando associamos uma forte liderança executiva a líderes clínicos motivados.

Técnicas específicas, como as rondas de líderes nos hospitais (*Executive WalkRounds*®), tornam a liderança visível e esclarecem questões ligadas à organização, aos profissionais e à cultura. Quando bem utilizadas, servem como oportunidades para que os líderes escutem as preocupações dos profissionais da linha de frente com relação à segurança e atuem para resolvê-las. No entanto, os líderes de organizações precisam desenvolver processos robustos, para além das rondas, para assegurar um trabalho proativo junto aos profissionais, a fim de enfrentar os problemas de segurança e organizacionais identificados e comunicar essas ações de forma ampla.





Para sustentar os esforços e gerar impacto na organização como um todo, é preciso que os membros da alta direção, a gerência intermediária e os gestores de recursos financeiros demonstrem maior engajamento na agenda da segurança.

Trabalho em equipe e colaboração multiprofissional

As equipes de melhoria envolvidas na *Safer Patients Initiative* consideraram que, para além dos sistemas de medição, o maior impacto do programa esteve ligado à colaboração multiprofissional, à cultura, à comunicação e ao trabalho em equipe.

O desenho da *Safer Patients Initiative* teve a intenção de facilitar o trabalho multiprofissional, com uma estrutura para apoiá-lo. O programa exigiu que as organizações reunissem equipes de melhoria locais, selecionadas a partir de diversos grupos profissionais e administrativos, que se reuniram em sessões nacionais de aprendizagem.

Além disso, o modelo de melhoria utilizado nesta iniciativa ofereceu ferramentas e métodos práticos de comunicação para facilitar a colaboração multiprofissional e o trabalho em equipe em áreas clínicas específicas. Foram eles: as reuniões de segurança, a ferramenta de comunicação SBA²⁵ (*Situation, Background, Assessment, Recommendation* ou Situação, Contexto, Avaliação e Recomendação) e os escores de alerta precoce.

Internalizando e avaliando as mudanças

Ampliação do programa e sustentabilidade

A *Safer Patients Initiative* trouxe um novo aprendizado sobre questões ligadas à ampliação do programa e à sustentabilidade das mudanças. Está claro que a teoria da disseminação do programa foi pouco desenvolvida e que o número de profissionais ex-

postos às abordagens da SPI em cada organização foi limitado. Depois de dois anos, a maior parte dos hospitais participantes estava apenas começando a ampliar as melhorias para além de suas populações-piloto, e alguns hospitais sequer haviam começado.

A melhoria da segurança do paciente deve ser realmente integrada aos principais sistemas, com os profissionais assumindo a responsabilidade de prestar um cuidado confiável. Se isso não acontecer, alterações organizacionais, como fusões ou mudanças nas lideranças, podem desestabilizar o progresso e reverter as conquistas. As iniciativas ao nível da organização precisam de uma teoria e de uma estratégia para a disseminação, explicitadas dentro do programa, para assegurar sua internalização e sustentação e evitar que as iniciativas permaneçam como projetos isolados.

Escalas de tempo para a mudança e a melhoria

A criação de sistemas de medição confiáveis nas organizações participantes levou algum tempo, o que afetou a rapidez com que as equipes puderam iniciar testes de mudanças e estratégias de melhoria. O programa teve uma penetração limitada nos sistemas hospitalares durante o período de dois anos, permanecendo, principalmente, como um “projeto”, sem se integrar às principais estruturas e processos organizacionais. Além disso, o alto nível de conhecimento e entusiasmo observado entre os profissionais seniores não se estendeu para os profissionais da linha de frente.

Dessa forma, não é de surpreender, em retrospecto, que a *Safer Patients Initiative* não tenha provocado efeitos ao nível organizacional dentro da escala



O processo de melhorar e internalizar a segurança do paciente nas organizações do NHS e em sistemas de saúde como um todo é um grande desafio (...) uma maratona, e não uma corrida de 100 metros rasos.

de tempo do programa e de sua avaliação. Entretanto, os avaliadores externos reconhecem que pode ter havido efeitos em áreas não especificamente avaliadas pelo desenho do estudo e que esses efeitos podem aparecer a longo prazo.

Modificação dos sistemas por inteiro

A experiência da *Safer Patients Initiative* demonstra que a promoção de mudanças sistêmicas no cuidado de saúde é um processo complexo, no qual raramente observamos uma relação causal direta entre intervenções e resultados. As intervenções e iniciativas organizacionais para a segurança do paciente talvez precisem de uma melhor implementação, com uma teoria da mudança mais explícita e um maior reconhecimento do nível de recursos, esforço e apoio requerido pelos participantes.

É necessário um conjunto amplo de estratégias, dentre elas: dar mais atenção ao papel da alta direção; promover um maior engajamento dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente, procurando compreender os fatores que moldam as suas decisões e ações; dar mais ênfase à capacitação; influenciar através de redes de profissionais.

A melhoria de qualidade só é sustentável se houver atenção em todos os níveis do sistema. Para sustentar os esforços e gerar impacto na organização como um todo, é preciso que os membros da alta direção, a gerência intermediária e os gestores de recursos financeiros demonstrem maior engajamento na agenda da segurança.

A tarefa de melhorar e sustentar a segurança do paciente nos hospitais representa um enorme desafio e requer uma dedicação e um comprometimento de longo prazo. A *Safer Patients Initiative* permitiu

que as organizações do NHS compreendessem os requisitos e as dificuldades envolvidos no processo.

Avaliação e pesquisa

As três linhas de avaliação da *Safer Patients Initiative* destacaram algumas reflexões importantes sobre a pesquisa e a avaliação de intervenções organizacionais complexas.

As abordagens de avaliação precisam de uma mistura de métodos qualitativos e quantitativos e de um desenho longitudinal que capte mudanças dinâmicas em sistemas sociotécnicos como o sistema de saúde. Os modelos de medição precisam levar em consideração a capacidade organizacional para a melhoria contínua de qualidade. Além disso, o desenho experimental das avaliações deve ser sensível a variações complexas e deve conseguir captar as interações entre as intervenções do programa e o contexto local.

A avaliação dos programas de melhoria de qualidade precisa combinar medidas de processo e de resultado, mas também deve reconhecer o quanto é difícil atingir e atribuir resultados em ambientes de saúde complexos.

O desenho experimental precisa levar em consideração o nível do sistema no qual está sendo implementada a intervenção e onde deverá ocorrer o impacto.

Existe um debate na literatura sobre se o método dominante para avaliar os efeitos de intervenções farmacêuticas e clínicas (por exemplo, a comparação com um grupo controle) é adequado para avaliar os efeitos de programas de mudança organizacional complexos, ou se a medição para a melhoria representa um método mais apropriado. Nós valorizamos as duas abordagens e sugerimos que ambas podem ser combinadas para avaliar o grau de êxito de uma intervenção e explicar as razões para tal.

7. Internalizando o aprendizado: a influência da *Safer Patients Initiative* sobre os programas da *Health Foundation*

A Safer Patients Initiative foi o nosso primeiro programa de demonstração. Com ela, identificamos conhecimentos importantes para o desenho, o desenvolvimento e a avaliação de programas para melhorar a qualidade de forma mais ampla.

As lições aprendidas com a *Safer Patients Initiative* encaixam-se bem na teoria da mudança da nossa organização, que enfatiza a importância de identificar as evidências e os conhecimentos atuais, criar e testar novas ideias para a mudança, demonstrar como essas ideias podem ser implementadas numa escala mais ampla e promover melhorias contínuas e a disseminação do aprendizado. Estamos confiantes de que já aprendemos algo com a *Safer Patients Initiative* e aplicamos essas lições à forma como abordamos e desenvolvemos o nosso trabalho.

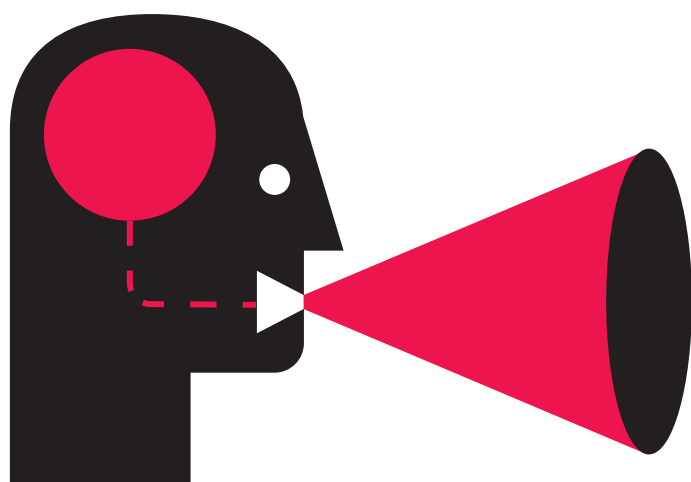
Os nossos programas de demonstração passam agora por uma etapa de concepção na qual os nossos parceiros técnicos e avaliadores trabalham juntos para desenvolver uma teoria clara para o programa e definir as abordagens e os métodos a serem utilizados. Isso nos permite desenvolver intervenções claras e viáveis e avaliações capazes de gerar os conhe-

cimentos e o aprendizado de que precisamos para o sistema de saúde como um todo.

Nos últimos dois anos, expandimos nosso trabalho de segurança para além do âmbito da *Safer Patients Initiative*, reconhecendo que precisamos empregar uma série mais ampla de métodos e abordar um conjunto mais variado de danos e danos potenciais sofridos pelos pacientes.

Em outubro de 2008, criamos o programa *Safer Clinical Systems*. Este programa visa aumentar a confiabilidade dos sistemas de cuidado, reduzindo, assim, as falhas em sistemas clínicos que resultam em danos aos pacientes. As equipes do programa *Safer Clinical Systems*, que estão atualmente na fase de inovação, são provenientes de quatro organizações diferentes e utilizam uma ampla gama de abordagens, da ciência dos fatores humanos ao pensamento sistêmico, para desenvolver e testar intervenções destinadas a reduzir a variação; as equipes também desenvolvem abordagens proativas para prever e controlar os riscos e aumentar a confiabilidade de uma série de processos clínicos de apoio — como a passagem de casos clínicos, a transmissão de informações, as prescrições e a gestão dos medicamentos. Outro dos nossos programas, chamado *Flow Safety Cost*, dá apoio a duas outras organizações, ao longo de três anos, para que desenvolvam evidências sobre a relação entre melhorias no fluxo de pacientes, a segurança do paciente e os custos.

Reconhecendo que o desafio de melhorar a segurança numa organização por inteiro é um pro-





Aprendemos muito sobre como adquirir conhecimentos, técnicas, competências e novas práticas de segurança do paciente. Continuamos a enfrentar dificuldades com a ampliação e a disseminação dos programas. Precisamos encontrar novas maneiras de apoiar os profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente e os gestores para que implementem mudanças baseadas em evidências que tenham sido adequadamente testadas. Dessa forma, podemos desenvolver uma base de evidências mais ampla e robusta para a melhoria da segurança em todos os níveis do sistema de saúde.

Jane Jones, Diretora Assistente, *The Health Foundation*.

cesso de longo prazo, apoiamos a maior parte dos hospitais envolvidos na *Safer Patients Initiative* para que formassem uma comunidade de prática — a *Safer Patients Network*. Lançada em junho de 2009 e apoiada pela *Health Foundation* e pelo IHI, a rede continua a desenvolver e compartilhar aprendizados sobre segurança do paciente, com o objetivo de servir como um catalisador para a melhoria da segurança dentro do NHS. A rede está ampliando as conquistas e o aprendizado obtidos com a *Safer Patients Initiative* e testando e desenvolvendo novas abordagens de segurança do paciente (por exemplo, realizando trabalhos na área dos cateteres vasculares periféricos, das úlceras por pressão, da demência e ainda na iniciação de novos médicos nas práticas de uma organização), a fim de ampliar a capacitação para a melhoria entre os profissionais do NHS. Muitos membros da *Safer Patients Network* fazem parte de um corpo docente cada vez maior de líderes clínicos e executivos que têm ampliado as competências em segurança e melhoria obtidas a partir de seu envolvimento na *Safer Patients Initiative* e estão trabalhando em outros programas e campanhas para melhorar a segurança do paciente no NHS.

Nosso objetivo é promover a adoção de intervenções de segurança do paciente em todo o NHS na Inglaterra, aumentando as ambições das organizações

do NHS para além das cinco intervenções promovidas pela campanha *Patient Safety First*. Para isso, estamos formando uma parceria com quatro Autoridades de Saúde Estratégicas para ajudar a desenvolver a sua infraestrutura de segurança do paciente, testar as abordagens usadas na *Safer Patients Initiative* em novos serviços e ambientes de cuidado e entender a melhor forma de disseminar as melhorias em regiões inteiras.

Em 2009, estabelecemos programas destinados especificamente a melhorar a segurança do paciente numa série de ambientes de cuidado, para além do cuidado geral de pacientes agudos. Estamos agora trabalhando com maternidades, organizações prestadoras de cuidado em saúde mental e consultórios de médicos generalistas para desenvolver e testar abordagens destinadas a reduzir a ocorrência de danos, aumentar a confiabilidade e melhorar o trabalho em equipe e a segurança.

Para que a qualidade clínica e a segurança se tornem prioridades, é necessária a presença de lideranças no âmbito administrativo. Atualmente, estamos utilizando projetos-piloto para explorar uma série de intervenções e abordagens de melhoria junto aos gestores hospitalares, a fim de promover uma melhor governança da segurança do paciente dentro das organizações.



PROQUALIS



Para além dos nossos programas de segurança, também estamos apoiando um trabalho pioneiro para enfrentar algumas das dificuldades comuns na melhoria da qualidade e da segurança. O trabalho de melhoria de qualidade é uma atividade rigorosa, sistemática, orientada pelos dados e baseada em evidências. Acreditamos, pois, ser realmente vantajoso tratá-lo como “Ciência da Melhoria”. Estamos trabalhando com um grupo de especialistas internacionais para definir os componentes e os limites dessa ciência e lançamos um novo programa de pós-doutorado em Ciência da Melhoria para capacitar lideranças futuras nesta área acadêmica aplicada.

Embora o contexto organizacional seja apenas um dentre muitos fatores que afetam o êxito das in-

tervenções, ele é muito importante para as seguintes áreas do nosso trabalho: disseminação e ampliação (entender quais intervenções podem ser reproduzidas adequadamente em quais situações), o modo como apoiamos as organizações para que aproveitem ao máximo as intervenções feitas sob medida para melhorar a qualidade, o desenho e a implementação dos nossos programas e a medição e avaliação das intervenções (a compreensão do contexto permite que utilizemos indicadores adequados do êxito das intervenções dentro de uma escala de tempo apropriada). Encomendamos estudos de pesquisa primária nessa área.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado
e a Segurança do Paciente – PROQUALIS
Instituto de Comunicação e Informação Científica
e Tecnológica (ICICT) / FIOCRUZ
Avenida Brasil, 4365
Pavilhão Haity Moussatché – Sala 215
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: (55) (21) 3865-3283



8. Olhando para o futuro: ampliando o aprendizado obtido a partir da *Safer Patients Initiative*

A área da segurança do paciente mudou significativamente desde o lançamento da *Safer Patients Initiative*. A nossa conscientização e compreensão sobre a natureza dos danos no cuidado de saúde aumentaram amplamente. Adquirimos novos conhecimentos sobre intervenções baseadas em evidências que diminuem a variação e aumentam a confiabilidade dos processos clínicos, reduzindo, assim, a ocorrência de danos evitáveis.

Iniciativas nacionais e regionais de segurança em todo Reino Unido basearam-se nas fundações lançadas pela *Safer Patients Initiative* e ajudaram a gerar as condições para que o trabalho local de melhoria da segurança do paciente pudesse crescer. Por sua vez, as conquistas e aprendizados locais moldaram as iniciativas nacionais. Juntos, esses desenvolvimentos criaram novos padrões e expectativas em relação ao cuidado de saúde e aumentaram os nossos conhecimentos e competências coletivas sobre como melhorar a segurança do paciente.

Uma série de casos notórios de falhas importantes na segurança do paciente também impulsionou a agenda para a mudança e aumentou a conscientização pública em relação aos danos, fazendo com que o trabalho de melhoria da segurança ganhasse maior atenção e um senso de urgência. No que tange às políticas, a segurança do paciente é atualmente articulada como uma clara prioridade e passou a estar ligada de forma mais estreita ao ímpeto nacional

para melhorar a qualidade do cuidado juntamente com a produtividade e a eficiência.

O mais significativo talvez seja o fato de termos ampliado a nossa compreensão coletiva sobre as dificuldades complexas envolvidas nos esforços de grande escala para melhorar a segurança e de, atualmente, termos uma agenda mais clara para a inovação e as ações futuras.

O novo programa de reformas do sistema de saúde apresenta desafios à resolução dos problemas identificados a partir da *Safer Patients Initiative* e à manutenção do impulso do trabalho de melhoria da segurança.

A ênfase na reconfiguração dos serviços e na economia de recursos financeiros pode fazer com que a alta direção das organizações passe a dar menos atenção à segurança do paciente e deixe de considerá-la uma prioridade; os cortes indiscriminados nos contingentes de pessoal e em outros recursos podem afetar o fluxo e a efetividade dos itinerários clínicos e o abastecimento de recursos. Já estamos observando reduções nos programas de treinamento e educação de profissionais de saúde em muitas organizações, o que poderia afetar diretamente as competências para melhoria, que são vitais para criar uma cultura de segurança nessas instituições.

Vistas de forma mais otimista, as reformas também representam oportunidades. A integração da atenção





O trabalho da SPI também ajudou a criar um grupo nacional de profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente e gestores comprometidos, que procuram melhorar a segurança do paciente até nas situações mais difíceis

primária e secundária pode ajudar a enfrentar problemas fundamentais de segurança, como as variações na prática clínica e a dificuldade de comunicação para além das fronteiras organizacionais. O atual ambiente financeiro pode nos dar o foco necessário para redesenhar os serviços de forma a eliminar os danos evitáveis e a melhorar a segurança do paciente.

No entanto, para que isso seja possível, é preciso assegurar que os aprendizados coletivos sejam retidos, disseminados e aplicados.

Desafios futuros para a segurança do paciente

As lições extraídas das diversas linhas de avaliação e pesquisa relativas à *Safer Patients Initiative* despertaram muitas questões complexas e importantes. Cada uma delas deve ser mais explorada e debatida, a fim de ampliarmos os aprendizados obtidos até agora e avançarmos com a agenda de segurança do paciente.

São elas:

Continuar a desenvolver e fortalecer a base de evidências:

- ▶ Dentre as novas intervenções clínicas, quais terão maior impacto na redução dos danos evitáveis, tanto no cuidado de pacientes agudos como em outros setores da saúde?
- ▶ Como assegurar a criação e a avaliação contínua de novos métodos obtidos a partir de uma base científica mais ampla, a fim de melhorar a segurança do paciente?
- ▶ Como reunir a pesquisa e a prática clínica para desenvolver soluções implementáveis baseadas em evidências?

Enfrentar os desafios na medição da segurança do paciente:

- ▶ Quais sistemas são necessários para medir de forma precisa e inteligente os dados notificados sobre segurança do paciente?
- ▶ Como transformar esses dados em informações significativas que possam ser utilizadas na prática, levando em consideração a complexidade inerente do cuidado de saúde?

Teorias da mudança – explorando diferentes abordagens para melhorar a segurança do paciente em grande escala:

O que aprendemos com os diferentes métodos e abordagens utilizados para melhorar a qualidade e a segurança?

- ▶ De que forma esse aprendizado ajuda a embasar as nossas teorias sobre como promover mudanças positivas?
- ▶ Quais são os modelos e teorias para as mudanças organizacionais que podem servir como um referencial para intervenções em grande escala?
- ▶ Como podemos aproveitar os melhores elementos dos movimentos sociais e das abordagens programáticas estruturadas para atingir as melhorias em grande escala de que precisamos na segurança do paciente?

Maior engajamento da alta direção, da gerência intermediária e dos gestores de recursos financeiros na agenda da segurança

- ▶ Como assegurar que a segurança seja vista como uma grande prioridade em todos os níveis do NHS e que seja internalizada na gestão operacional?



- ▶ De que maneira os formuladores de políticas podem assegurar o alinhamento das ações dentro do sistema para gerar sistemas de cuidado mais seguros e confiáveis?

*Fortalecer a **capacidade organizacional** para promover melhorias contínuas de qualidade:*

- ▶ Como apoiar o aprendizado dos profissionais de saúde a partir de uma base de evidências mais ampla, a fim de melhorar continuamente a segurança do paciente?
- ▶ Como ampliar e aprofundar a capacidade de medição e de melhoria entre os profissionais da linha de frente do cuidado, a gerência intermediária e os líderes seniores?.
- ▶ Como lidar com as dificuldades culturais que obstruem os esforços de segurança do paciente e melhorar o trabalho em equipe e os fatores humanos?

*A necessidade de **disseminar e internalizar as melhorias de segurança**, e os métodos usados para atingi-las, nos principais sistemas:*

- ▶ Como assegurar que o impacto das intervenções de segurança do paciente se estenda para além dos projetos e das organizações-piloto?
- ▶ O que é necessário para internalizar as melhorias e o aprendizado nas estruturas e processos cotidianos?

*Criar o elo entre **melhoria da segurança e produtividade**:*

- ▶ O que é preciso para criar e fortalecer o elo entre uma maior produtividade e uma melhor segurança do paciente?
- ▶ Como apresentar essa agenda de uma forma que envolva os líderes clínicos e gestores e satisfaça as necessidades futuras dos pacientes e do NHS?

*Explorar o **papel que os pacientes e o público podem desempenhar** na criação de um cuidado de saúde mais seguro:*

- ▶ Como podemos utilizar a ênfase crescente na cocriação e na coprodução dos serviços junto com os pacientes, cuidadores e famílias para acelerar a agenda de segurança?
- ▶ Que papel eles podem ter na construção de culturas organizacionais que apoiem um cuidado mais seguro e criem sistemas mais confiáveis?

Pesquisa e avaliação mais amplas dos programas de segurança:

- ▶ É possível combinar os métodos tradicionais de avaliação com grupo-controle e a abordagem da medição para melhoria de forma a gerar uma compreensão mais profunda sobre o funcionamento de iniciativas organizacionais complexas?
- ▶ Como medir o desenvolvimento e o impacto das iniciativas de segurança ao longo do tempo?

*O equilíbrio entre **objetivos motivacionais e de avaliação**:*

- ▶ Como estabelecer objetivos de melhoria ambiciosos e amplos, assegurando, ao mesmo tempo, que as iniciativas e programas não sejam “criados para fracassar”?
- ▶ Devemos separar os objetivos motivacionais daqueles que serão utilizados para avaliar os projetos e programas de segurança?

Precisamos manter a continuidade do movimento pela segurança do paciente num momento de possível fragmentação e perda de entusiasmo, particularmente na Inglaterra. Estamos comprometidos a permanecer na linha de frente do trabalho para avançar com a agenda da segurança do paciente e levá-la para a próxima fase.

Vamos trabalhar com uma série de grupos de interesse dentro e fora do NHS, continuando a moldar o debate e a desenvolver o aprendizado em torno do desafio de construir uma cultura sustentável de segurança do paciente.

Notas

1. Department of Health (2000). *An Organisation with a Memory*. Londres: Department of Health.
2. Department of Health (2001). *Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984 -1995*. Londres: Bristol Royal Infirmary Inquiry.
3. O programa *Pursuing Perfection* foi fundado pelo IHI em 2001. Na Inglaterra, a *NHS Modernisation Agency* apoiou a participação de seis comunidades de cuidado de saúde e assistência social e uma comunidade de prática mais ampla.
4. Baseado no trabalho de Sir Brian Jarman e Dr. Foster sobre a Taxa de Mortalidade Hospitalar Padronizada.
5. O *Institute for Healthcare Improvement* é uma organização independente e sem fins lucrativos, localizada em Boston, nos EUA, que promove e apoia a melhoria da qualidade e da segurança no cuidado de saúde.
6. Gráficos de tendência são gráficos de dados ao longo do tempo. Eles ajudam as equipes de melhoria a formular objetivos ilustrando o bom (ou mau) desempenho de um processo. Também ajudam a determinar se as mudanças realmente representam melhorias, pois mostram padrões nos dados que podemos observar à medida que promovemos mudanças.
7. O controle estatístico de processos examina a diferença entre a variação natural (causa comum) e a variação por causas especiais, permitindo a coleta de dados ao longo do tempo para demonstrar se um processo está sendo controlado de forma segura.
8. Institute for Healthcare Improvement. *Technical Report of the Health Foundation's Safer Patients Initiative Phase 2*. (Disponível a pedido)
9. Health Foundation (2011). *Evidence: Safer Patients Initiative phase one*. Londres: Health Foundation.
10. Health Foundation (2011). *Evidence: Safer Patients Initiative phase two*. Londres: Health Foundation.
11. Imperial College; Journey to Safety Study. Relatórios e artigos disponíveis no nosso sítio: <http://www.health.org.uk/areas-of-work/research/journey-to-safety/>
12. A pesquisa foi adaptada para o Reino Unido a partir do original desenvolvido pelo Dr. Bryan Sexton *et al* no *Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, University of Texas*.
13. O IHI calculou as mudanças percentuais gerais tomando a taxa média de eventos adversos nos dados dos primeiros 6 meses e comparando-a aos dados dos últimos 6 meses, terminados em setembro de 2006.
14. A marca registrada WalkRounds® é propriedade do autor principal [Allan Frankel, MD] e do *Health Research and Educational Trust* (HRET), subsidiário da *American Hospital Association*.
15. A melhoria foi avaliada a partir das regras para gráficos de tendência do IHI. São elas: a) um deslocamento nos dados, determinado pela presença de pontos de dados acima ou abaixo da mediana da linha de base durante 6 meses consecutivos e b) uma tendência, isto é, cinco ou mais meses consecutivos de elevação ou queda consistentes nos dados.
16. Os dois relatórios de avaliação completos (*Evidence: Safer Patients Initiative phase one*; *Evidence: Safer Patients Initiative phase two*) estão disponíveis na seção de publicações do sítio da *Health Foundation*: www.health.org.uk/publications.
17. Utilizamos o *National Staff Survey* da *Care Quality Commission*. Para a SPI 1, enviamos questionários a todos os profissionais dos quatro hospitais da SPI e a uma amostra aleatória de 850 profissionais dos 18 hospitais-controle.
18. Os eventos adversos foram identificados através de uma revisão de prontuários holística realizada por um especialista em clínica médica, sendo, posteriormente, classificados a partir de indicadores oriundos de protocolos baseados em evidências.
19. Utilizamos o *National NHS Acute Inpatient Survey in England* da *Care Quality Commission*.
20. Utilizamos o *National Staff Survey* da *Care Quality Commission*. Para a SPI 2, utilizamos uma amostra aleatória de 850 profissionais de nove hospitais participantes da SPI e nove hospitais-controle.
21. Utilizando dados do NHS coletados rotineiramente para o *National Observational Study to Evaluate the "cleanyourhands" Campaign* (NOSEC).
22. Benn J, Burnett S, Parand A, Pinto A, Iskander S, & Vincent C. (2010) Perceptions of the impact of a large-scale collaborative improvement programme: Experience in the UK Safer Patients Initiative. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*: 15(3): 524-540.
23. Utilizamos o *National NHS Acute Inpatient Survey in England* da *Care Quality Commission*.
24. Burnett S, Benn J, Pinto A, Parand A, Iskander, S, Vincent, C. (2010) Organisational readiness: Exploring the preconditions for success in organisation-wide patient safety improvement programmes. *Quality and Safety in Health Care*: 19(4):313-7.
25. Ibid.
26. Até o presente, 1000 profissionais de 107 hospitais de cuidado a pacientes agudos já participaram do programa de formação *Leading Improvement in Patient Safety* (LIPS) do *NHS Institute*. Além disso, 17 organizações prestadoras de atenção primária e 9 de saúde mental também participaram.
27. Consulte os diagramas direcionadores das intervenções ao final deste documento.
28. SBAR (*Situation Background Assessment Recommendation*) é uma ferramenta de comunicação estruturada desenvolvida pelo instituto Kaiser Permanente, nos Estados Unidos.

Leituras e recursos adicionais

Os seguintes trabalhos estão disponíveis na seção de publicações do sítio da *Health Foundation*:

www.health.org.uk/publications

Health Foundation (2011). *Evidence: Safer Patients Initiative phase one*. Londres: Health Foundation.

Health Foundation (2011). *Evidence: Safer Patients Initiative phase two*. Londres: Health Foundation.

Health Foundation (2010). *Snapshot: Patient safety*. Londres: The Health Foundation.

Health Foundation (2010). *Theory of Change*. Londres: The Health Foundation.

Leia os estudos de caso para saber mais sobre o trabalho realizado pelos hospitais envolvidos na *Safer Patients Initiative*:

www.health.org.uk/spicasestudies

Health Foundation (2011). *Case study: Critical care in practice*. Londres: The Health Foundation.

Health Foundation (2011). *Case study: General ward workstream in practice: Bradford and York teaching hospitals*. Londres: The Health Foundation.

Health Foundation (2011). *Case study: A closer look at Luton and Dunstable Hospital*. Londres: The Health Foundation.

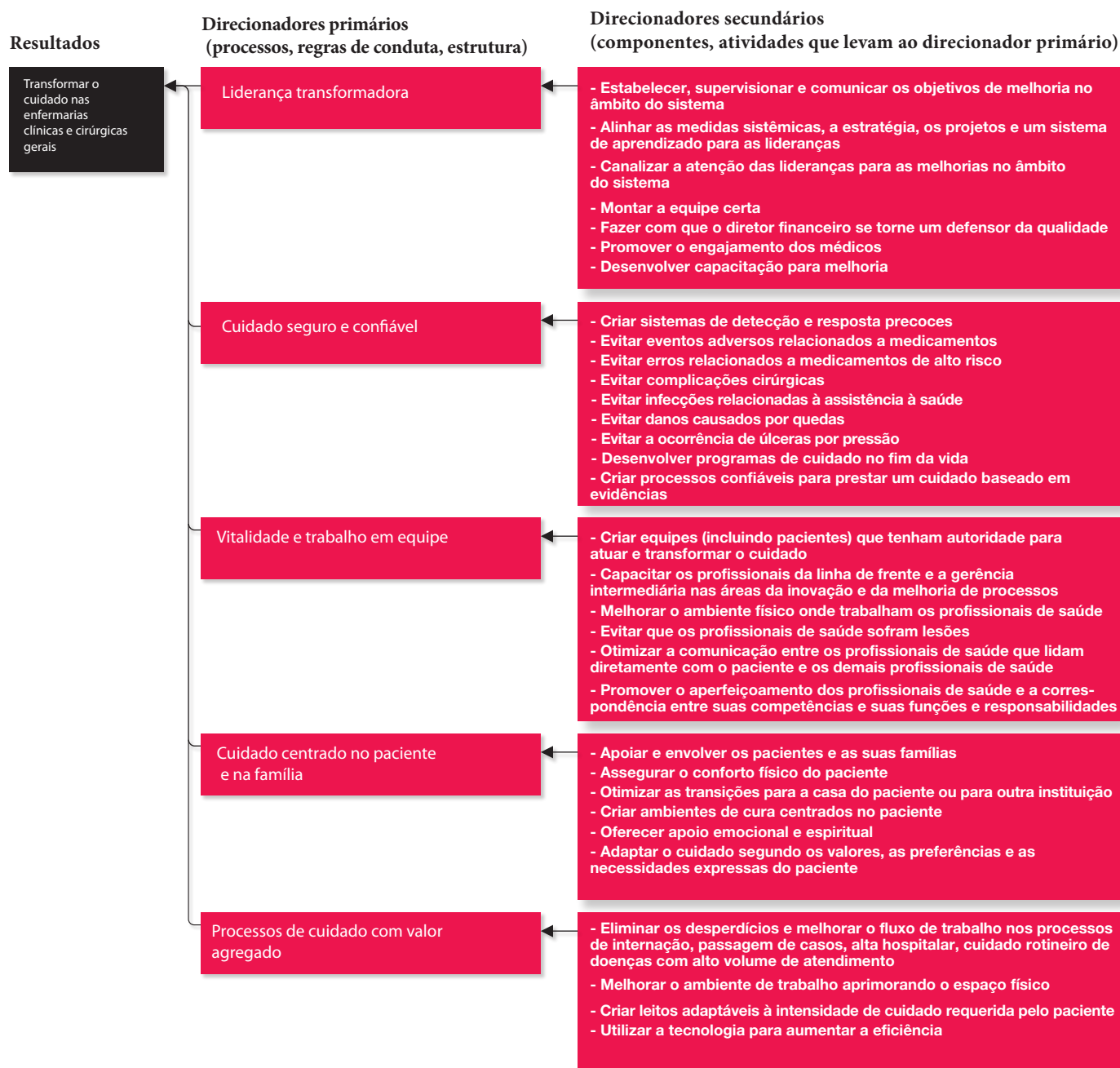
Health Foundation (2011). *Case study: Medication management workstream in practice: Ninewells hospital*. Londres: The Health Foundation.

Health Foundation (2011). *Case study: A closer look at Musgrove Park Hospital*. London: The Health Foundation.

Health Foundation (2011). *Case study: Perioperative care in practice: Causeway hospital and Wrexham Maelor Hospital*. Londres: The Health Foundation.

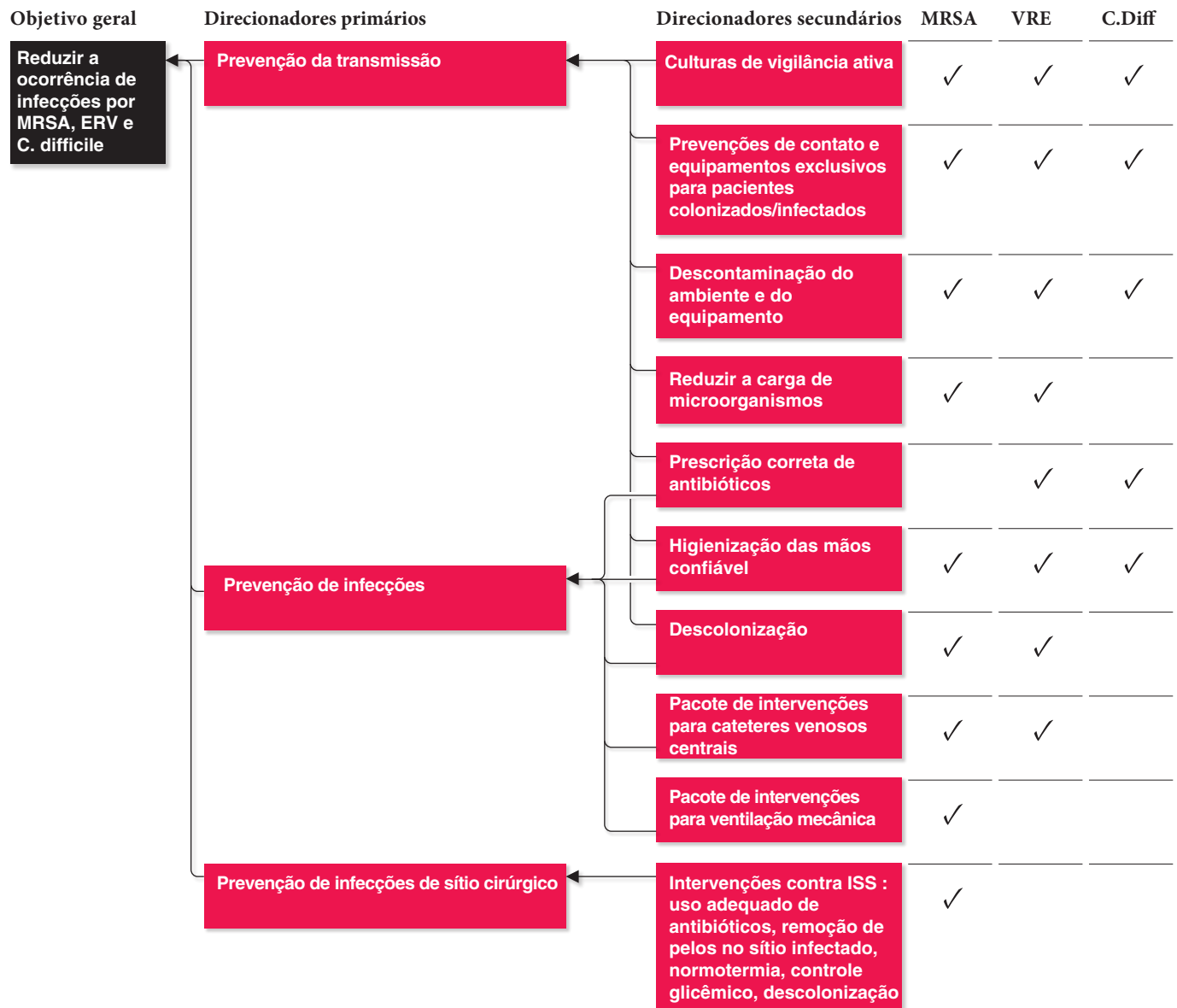
Apêndice

Diagrama direcionador e pacote de mudanças para o cuidado nas enfermarias gerais



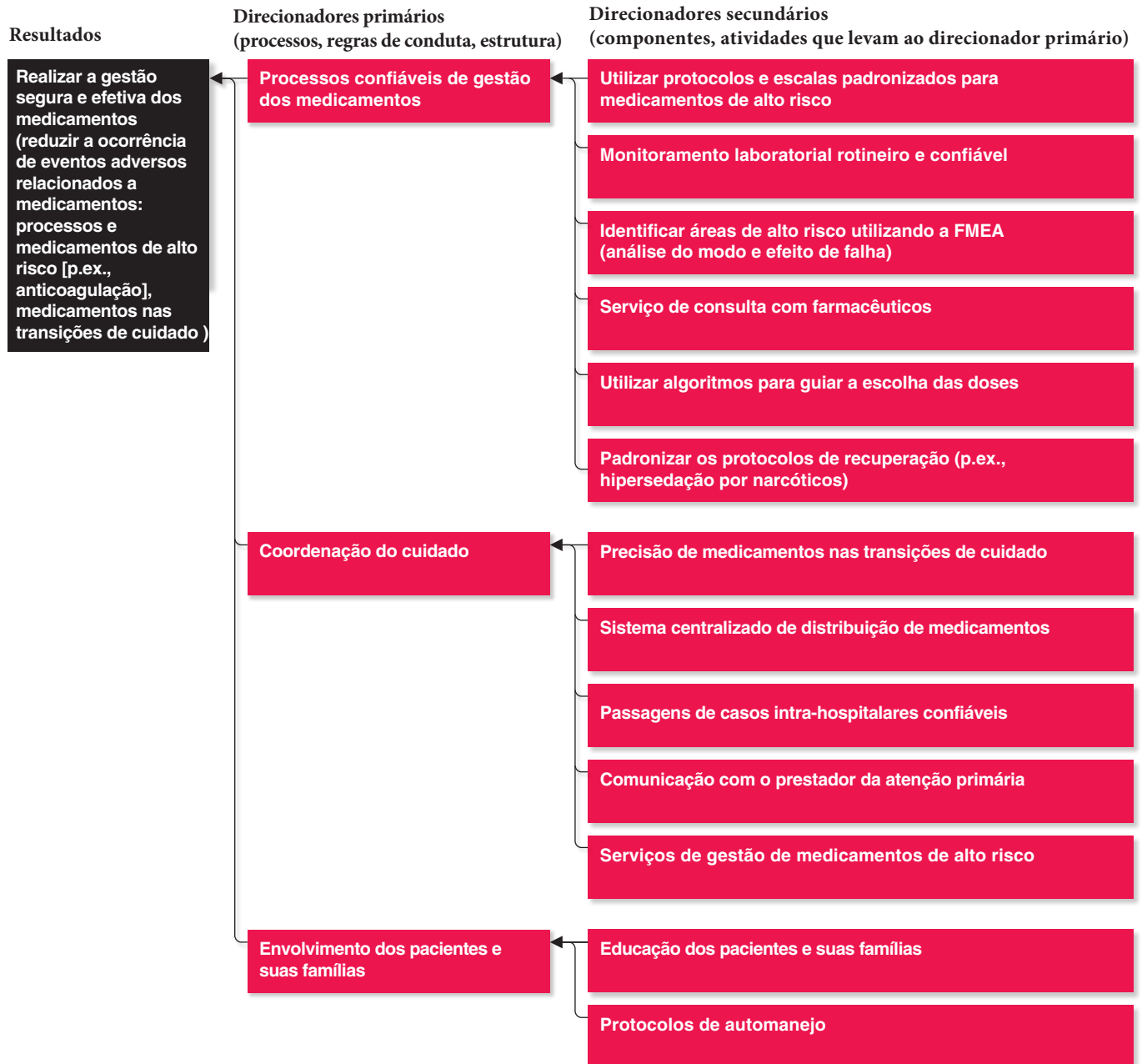
Baseado no trabalho da *Robert Wood Johnson Foundation* e do *Institute for Healthcare Improvement* (2007).

Diagrama direcionador e pacote de mudanças para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde



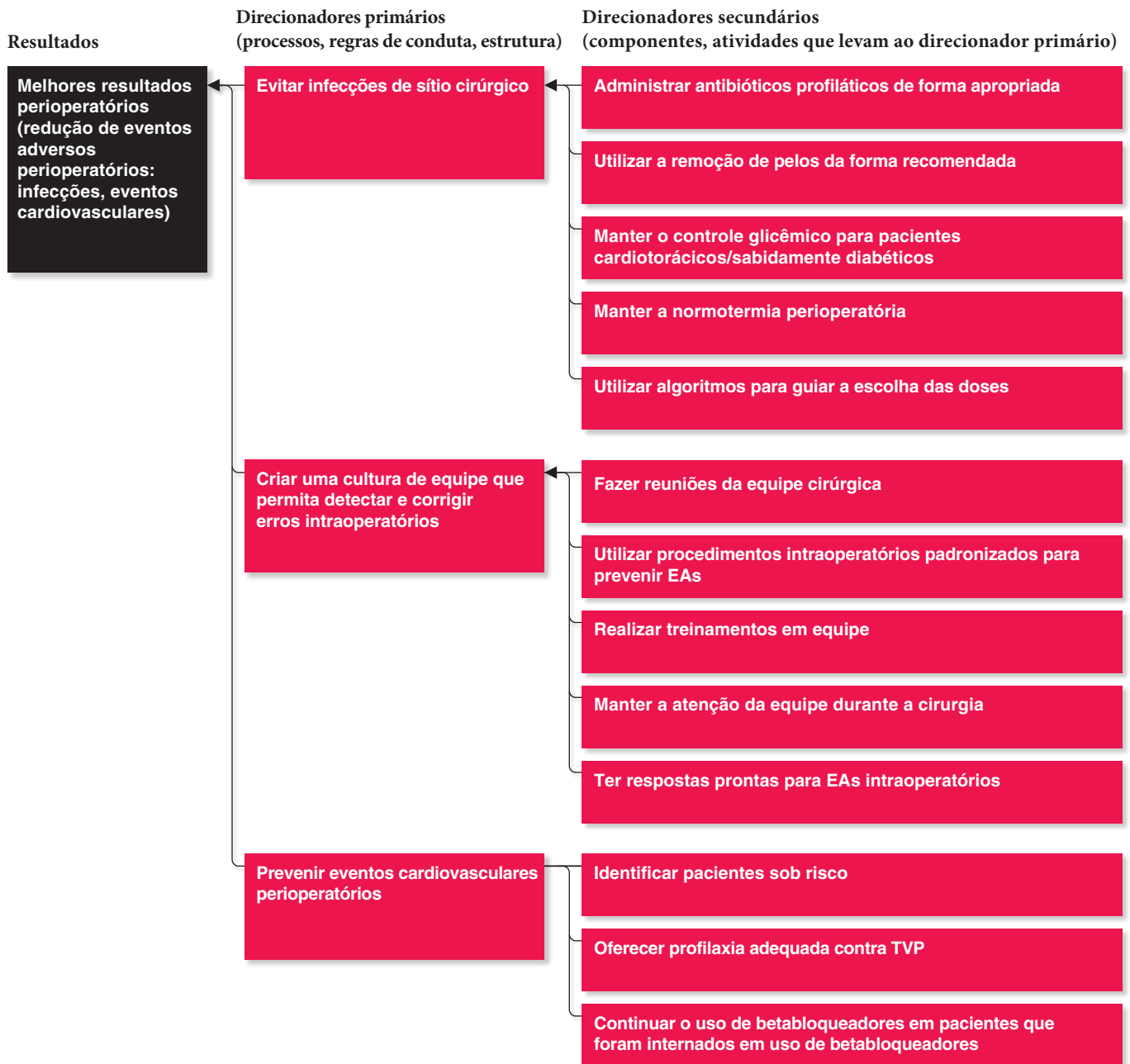
Institute for Healthcare Improvement, 2007.

Diagrama direcionador e pacote de mudanças para gestão de medicamentos



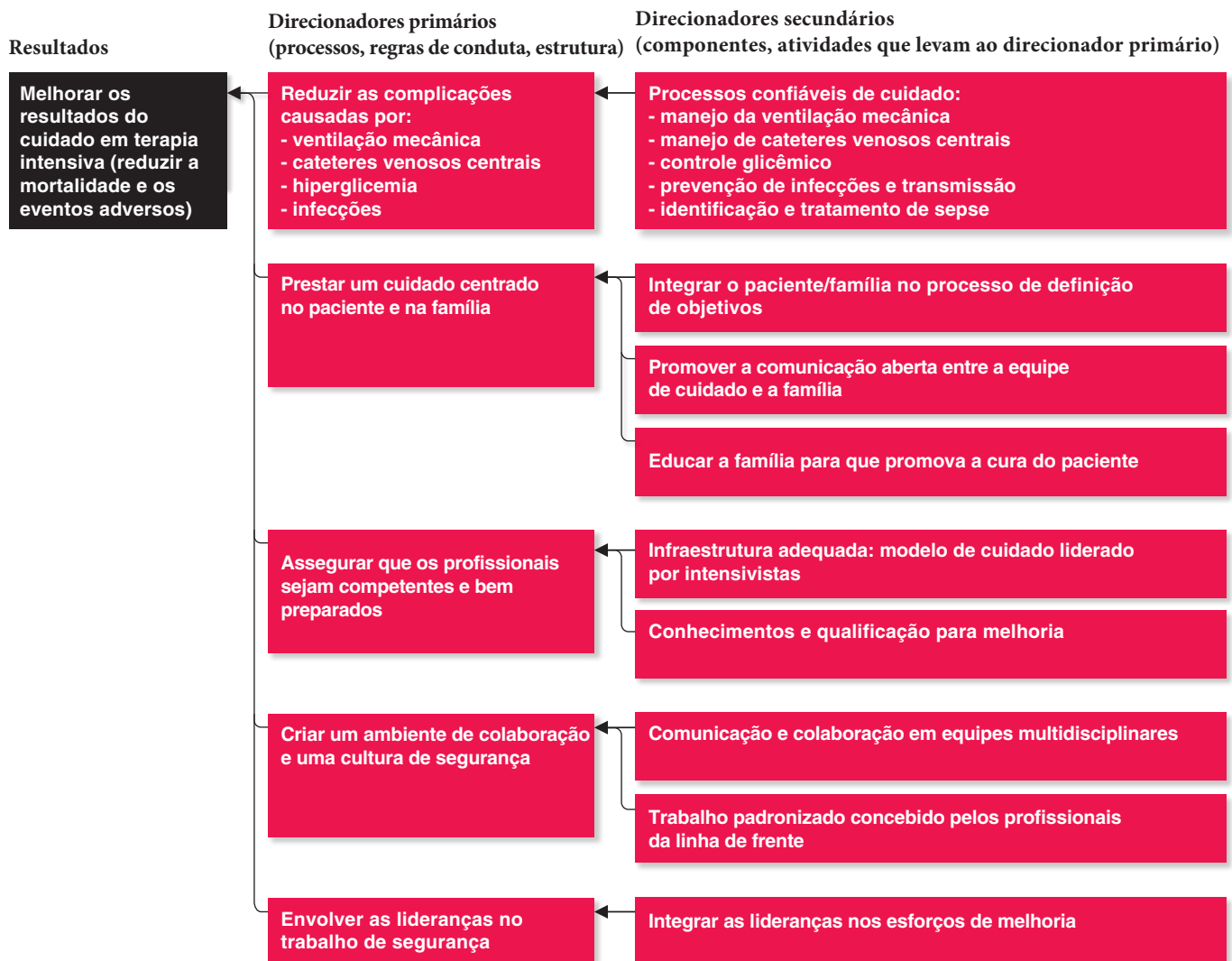
Institute for Healthcare Improvement, 2007.

Diagrama direcionador e pacote de mudanças para o cuidado perioperatório



Institute for Healthcare Improvement, 2007.

Diagrama direcionador e pacote de mudanças para cuidado em terapia intensiva



Institute for Healthcare Improvement, 2007.

A *Health Foundation* é uma instituição filantrópica independente que trabalha para melhorar a qualidade do cuidado de saúde no Reino Unido.

Queremos que o Reino Unido tenha um sistema de saúde com a maior qualidade possível — seguro, efetivo, centrado na pessoa, prestado em tempo hábil, eficiente e equitativo.

Acreditamos que, para isso, os serviços de saúde precisam melhorar continuamente seu funcionamento. Estamos aqui para inspirar e para criar um espaço onde as pessoas possam promover melhorias duradouras nos serviços de saúde.

Trabalhando em todos os níveis do sistema, nosso objetivo é desenvolver habilidades técnicas, lideranças, capacidades e conhecimentos e gerar o ímpeto para a mudança, a fim de assegurar a melhoria duradoura do cuidado de saúde.

The Health Foundation

90 Long Acre

Londres WC2E 9RA

T. 020 7257 8000

F. 020 7257 8001

E-mail: info@health.org.uk

Número de registro como associação filantrópica: 286967

Número de registro da empresa: 1714937

www.health.org.uk

ISBN 978-1-906461-23-2

© 2010 Health Foundation