



PROQUALIS

Superando desafios para melhorar a qualidade

Lições extraídas das avaliações dos programas de
melhoria da Health Foundation e de literatura relevante

Abril de 2012

Identificar, Inovar, Demonstrar, Encorajar



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 Hailty Moussatché – Sala 215
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: (55) (21) 3865-3283

Artigo publicado originalmente pela Health Foundation, ISBN 978-1-906461-38-6

Overcoming Challenges to Improving Quality

Copyright © 2012 Health Foundation Ltd All rights reserved

Este texto foi originalmente escrito em inglês. A Health Foundation permitiu a tradução deste artigo 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.

Superando desafios para melhorar a qualidade

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

Creative Commons Atribuição-NãoComercial 3.0 Não Adaptada



PROQUALIS

Este estudo foi encomendado e financiado pela *Health Foundation* para ajudar a identificar onde e como é possível fazer melhorias da qualidade no cuidado de saúde. As ideias apresentadas neste relatório não representam necessariamente as da *Health Foundation*.

Este estudo foi conduzido por:

Emma Henrion, Diretora Sênior de Avaliação

Jonathan Riddell Bamber, Diretor de Pesquisa e Desenvolvimento

The Health Foundation

jonathan.bamber@health.org.uk

020 7257 8000

Um artigo baseado neste estudo, “Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation’s programme evaluations and relevant literature”, de Mary Dixon-Woods, Sarah McNicol e Graham Martin, foi publicado na revista *BMJ Quality & Safety*, <http://qualitysafety.bmj.com> (doi:10.1136/bmjqs-2011-000760)

Autores

Mary Dixon-Woods

Sarah McNicol

Graham Martin

Organização

Social Science Applied to Healthcare Improvement Research (SAPPHIRE) Group, Department of Health Sciences, University of Leicester

Contato

University of Leicester,

Adrian Building, University Road,

Leicester LE1 7RH.

Reino Unido

md11@le.ac.uk;

0116 229 7262

© 2012 Health Foundation

Evidence: Overcoming challenges to improving quality, publicado pela *Health Foundation*, 90 Long Acre, Londres



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 Hailty Moussatché – Sala 215
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: (55) (21) 3865-3283



PROQUALIS

WC2E 9RA

ISBN 978-1-906461-38-6



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 Hailty Moussatché – Sala 215
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: (55) (21) 3865-3283



Prefácio

Durante quase dez anos, a *Health Foundation* tem trabalhado com o NHS para promover melhorias através de programas de desenvolvimento dos serviços e dos profissionais. Nossos programas testam novas ideias para melhorar a qualidade do cuidado de saúde. O nosso objetivo é escolher as melhores ideias — aquelas que comprovadamente contribuem para melhorar a qualidade e a segurança do cuidado de saúde — e estimular a sua adoção em todo o NHS.

Acreditamos ter feito um trabalho praticamente único de avaliação consistente desses programas de melhoria e dos seus efeitos. Avaliamos os nossos programas para apresentar evidências sólidas sobre seu impacto e para compreender melhor de que forma esse impacto foi atingido — ou não. As avaliações nos permitiram compreender melhor as intervenções testadas e demonstraram muitos dos benefícios gerados pelos programas. Por exemplo:

- ▶ O programa de automanejo *Co-Creating Health* melhorou não só a participação dos pacientes (proporcionando-lhes conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e a confiança necessária para o automanejo), como também a utilização de tais habilidades. Também observamos melhorias em resultados ligados a doenças específicas e na qualidade de vida.
- ▶ A participação nos nossos programas de liderança catalisou melhorias. Por exemplo, o programa *Shared Leadership for Change* fez com que uma equipe da *Carmarthenshire Diabetes Network* conseguisse transferir o cuidado rotineiro do diabetes da atenção secundária para a primária. Isso resultou em uma redução drástica nos tempos de espera, que passaram de 12 meses ao atendimento sem espera no caso de novas consultas na atenção secundária.
- ▶ A *Safer Patients Initiative* aumentou a conscientização e o comprometimento dos gestores em relação à segurança do paciente e promoveu a compreensão organizacional sobre como implementar iniciativas de melhoria da segurança.
- ▶ Os dois programas *Engaging with Quality* mostraram que processos de melhoria liderados pelos pares promovem o envolvimento efetivo dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente. A iniciativa *Engaging with Quality* atraiu a atenção dos *royal colleges* e de associações profissionais, que relataram consequências imediatas em suas práticas e formas de organização. Essas entidades também indicaram que o programa havia “catalisado” ou apoiado tendências de longo prazo rumo a um maior envolvimento na melhoria de qualidade.

Todos os profissionais envolvidos ativamente em trabalhos de melhoria sabem que a tarefa de modificar comportamentos e práticas a fim de melhorar a qualidade pode ser difícil e lenta. Embora haja muitos casos de êxito nos programas que apoiamos, as equipes frequentemente encontram obstáculos quando tentam atingir seus objetivos originais. Isso fez com que nos perguntássemos se, ao identificar e compreender melhor alguns dos desafios comuns aos programas, seria possível desenvolver um conjunto de abordagens baseadas em evidências para superar esses desafios e melhorar a qualidade. Nosso interesse não era identificar as vantagens e desvantagens dos diferentes métodos técnicos para melhoria, e sim os fatores que afetam a probabilidade de que os métodos sejam aplicados e de que novas intervenções sejam adotadas.



Para sanar essa dúvida, pedimos à Professora Dixon-Woods que fizesse uma revisão das nossas avaliações até o presente e identificasse as barreiras que as equipes de projeto normalmente encontram durante seu trabalho de melhoria. O relatório resultante traz uma análise cativante e convincente dos principais desafios enfrentados pelos profissionais que trabalham com melhoria — e identifica os elementos que, segundo as evidências extraídas da prática e da literatura como um todo, ajudam a superá-los.

Existe um debate em andamento sobre como as abordagens para melhoria podem contribuir para a qualidade e para o valor do cuidado de saúde. Para enfrentar o problema da carência de recursos no cuidado de saúde, considera-se necessário melhorar a segurança, a efetividade e as experiências vividas pelos pacientes. No entanto, os benefícios demonstrados pelas intervenções de melhoria em condições “experimentais” frequentemente ficam aquém das expectativas quando aplicadas em escalas maiores. Este relatório sublinha os fatores que precisam ser enfrentados para aumentar o êxito das iniciativas de melhoria. Dessa forma, trata-se de uma leitura necessária para qualquer pessoa que lidere um trabalho de melhoria.

Que mudanças, então, poderiam ser implementadas com base nas ideias apresentadas aqui?

Os resultados deste relatório enfatizam o quanto é importante que os líderes do trabalho de melhoria tenham tempo para refletir antes de iniciar um programa. Eles precisam planejar cuidadosamente o seu trabalho, reconhecendo os diversos fatores interdependentes que devem ser levados em consideração para que os programas de melhoria sejam efetivos. Também é necessário assegurar que a linguagem e as estruturas do projeto não acabem por excluir involuntariamente os profissionais dos quais o projeto dependerá para ser bem sucedido. Uma questão particularmente importante é o tempo necessário para estabelecer a base de evidências para a mudança, dando espaço para o debate e permitindo que os participantes se apropriem genuinamente do programa. Também é fundamental ajustar os processos de medição — algo que sempre leva mais tempo do que o previsto.

O relatório chega à conclusão de que a melhoria estruturada é um processo complexo e demorado, que tem pouca probabilidade de atingir plenamente os seus objetivos se as condições para o êxito não estiverem presentes. Isso reforça a importância do trabalho realizado pelos líderes das organizações e do sistema como um todo ao apoiarem as iniciativas de melhoria. Eles têm que oferecer uma quantidade mínima de tempo e de recursos para permitir que os profissionais que trabalham em todos os níveis da organização dediquem tempo aos projetos de melhoria. Os líderes devem promover uma cultura que motive uma abordagem multiprofissional para a melhoria e precisam encontrar o equilíbrio certo entre apelar para a motivação interna das pessoas e utilizar exigências externas na promoção da melhoria.

Para muitos, os achados deste relatório não serão nenhuma novidade. Entretanto, é possível que estes resultados repercutam alguns conhecimentos tácitos sobre o trabalho de melhoria. O valor deste documento encontra-se no fato de oferecer uma base de evidências sobre os fatores que contribuem para o êxito dos projetos de melhoria.

Como uma grande financiadora de programas de melhoria, a própria *Health Foundation* encontrou neste relatório muitos elementos que servirão para embasar seus trabalhos futuros. Os resultados aqui apresentados estão moldando o modo como apoiamos programas específicos de melhoria e também o foco estratégico do nosso trabalho. Estamos dando mais ênfase à necessidade de que os nossos projetos possuam uma clara teoria da mudança, apoiem-se numa forte base de evidências e contem com o envolvimento e o compromisso





PROQUALIS

ativo da alta direção das organizações. Estamos dedicando muito mais tempo ao planejamento e à organização, e também à análise objetiva e crítica das dificuldades encontradas em cada projeto.

Parte do nosso foco estratégico consiste em contribuir para o desenvolvimento de disciplinas acadêmicas emergentes ligadas à ciência da melhoria, a fim de criar uma base de evidências mais forte sobre os fatores que ajudam a melhorar a qualidade. Também temos diversos programas de melhoria destinados explicitamente a modificar o contexto organizacional geral para a melhoria da qualidade.

Sabendo-se dos grandes desafios que enfrentamos atualmente no cuidado de saúde, a melhoria da qualidade mostra-se mais importante que nunca. No entanto, podem existir pressões adicionais para que as mudanças sejam imediatas; além disso, na cultura do sistema de saúde, existe a tendência de saltar diretamente para a implementação. Este relatório mostra que, se reservarmos algum tempo para definir a teoria da mudança de uma organização, ajustar os sistemas de medição e incentivar o envolvimento dos diferentes grupos de interesse, é possível gerar o entusiasmo e o ímpeto necessários para promover os resultados profundos que caracterizam os melhores trabalhos de melhoria.

Stephen Thornton,
Diretor Executivo,
The Health Foundation



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 Hailty Moussatché – Sala 215
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: (55) (21) 3865-3283

Índice

Sumário executivo

Capítulo 1: Introdução

Capítulo 2: Abordagem e métodos

Capítulo 3: Resultados: fatores que afetam a melhoria

Tema 1: Desenho e planejamento

Tema 2: Contextos organizacionais e institucionais, profissões e lideranças

Tema 3: Sustentabilidade, disseminação e consequências inesperadas

Capítulo 4: Questões fundamentais para superar os desafios da melhoria

Capítulo 5: Conclusões

Apêndice: Resumo dos relatórios revistos

Referências



Sumário executivo

A melhoria da qualidade do cuidado de saúde é intrinsecamente boa e as iniciativas de melhoria devem ser elogiadas. No entanto, o trabalho de melhoria não é fácil. Embora existam alguns exemplos de melhorias demonstráveis, reais e duradouras do cuidado prestado aos pacientes,¹ a efetividade das iniciativas de melhoria muitas vezes é inconsistente e irregular. Ao longo do tempo, a *Health Foundation* reuniu um portfólio impressionante de programas de melhoria e, numa contribuição que talvez seja única na área, fez com que cada um desses programas fosse avaliado — na maior parte das vezes, de forma independente. Fazemos aqui uma síntese das lições que a *Health Foundation* extraiu das avaliações de seus programas de melhoria. Esta síntese é colocada no contexto da literatura acadêmica mais ampla, procurando ressaltar lições para todos aqueles envolvidos em atividades de melhoria no NHS e em outros sistemas de saúde.

Os relatórios de avaliação são necessariamente definidos pela natureza dos próprios programas de melhoria, que podem ser categorizados, de forma genérica, como programas destinados a melhorar:

- ▶ as lideranças;
- ▶ o engajamento clínico;
- ▶ a segurança do paciente;
- ▶ as abordagens integradas para o automanejo de doenças crônicas.

Embora os nossos resultados sejam limitados pelo âmbito dessas avaliações, eles nos permitem aprender uma série de lições importantes que provavelmente serão úteis para a maior parte das iniciativas de melhoria. Dentro de três temas principais, identificamos dez desafios que surgem consistentemente nas iniciativas de melhoria e sugerimos maneiras de superá-los, resumidas abaixo.

Tema 1: Desenho e planejamento

O desenho e o planejamento rigoroso das intervenções de melhoria são cruciais para as suas perspectivas de êxito.

Desafio 1: Convencer as pessoas de que existe um problema

Utilizar dados concretos para demonstrar a extensão do problema, associados a histórias e opiniões dos pacientes para garantir o envolvimento emocional. Utilizar o debate e a discussão liderados pelos pares.

Desafio 2: Convencer as pessoas de que a solução escolhida é a correta

Reunir fatos e números claros, possuir medidas de impacto convincentes e conseguir demonstrar as vantagens da solução escolhida. Envolver profissionais que gozem de respeito na organização.



PROQUALIS

Desafio 3: Ajustar os sistemas de coleta de dados e monitoramento

Isto é algo que leva muito mais tempo e energia do que o previsto. Vale a pena fazer grandes investimentos na coleta de dados desde o início. Pode ser necessário obter apoio externo. Avaliar os sistemas locais, treinar os profissionais e possuir sistemas de controle de qualidade.

Desafio 4: Ambições excessivas e o “status de projeto”

Objetivos ambiciosos demais e uma grande ênfase na “transformação” podem alienar os profissionais se estes sentirem que as mudanças são impossíveis. Em vez disso, deve-se estabelecer objetivos e ambições realistas e viáveis, concentrando então os esforços em fazer com que todos adotem o projeto. Não dar impressão de que a atividade de melhoria dificilmente sobreviverá além do tempo de duração do projeto.

Tema 2: Contextos organizacionais e institucionais, profissões e lideranças

Os contextos organizacionais e institucionais — incluindo as lideranças, o comportamento profissional e a cultura — podem ter um impacto profundo sobre as perspectivas das iniciativas de melhoria. É importante assegurar que esses elementos promovam a melhoria, em vez de inibi-la.

Desafio 5: Contexto, cultura e capacidades organizacionais

Os profissionais talvez não entendam todas as exigências do trabalho de melhoria no momento em que aceitam participar de um programa, e a instabilidade nas equipes pode ser muito prejudicial. Explicar aos profissionais quais serão os requisitos e, então, oferecer apoio contínuo. Assegurar que os objetivos de melhoria estejam alinhados com os objetivos da organização como um todo, para que os profissionais não se sintam levados a muitas direções diferentes. É importante que a cultura organizacional apoie o aprendizado e o desenvolvimento.

Desafio 6: Tribalismo e falta de engajamento dos profissionais

Pode ser muito difícil superar a percepção de que um projeto não pertence realmente aos profissionais; também é difícil superar as fronteiras entre as profissões e as disciplinas. Esclarecer a quem pertence cada problema e solução, chegar a um acordo sobre os papéis e as responsabilidades de cada profissional desde o início do programa, trabalhar em direção a objetivos comuns e utilizar uma linguagem comum a todos. Pode ser útil envolver intermediários, como profissionais de treinamento. Proteger o tempo de trabalho dos profissionais ajuda a promover o seu envolvimento.



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 Hailty Moussatché – Sala 215
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: (55) (21) 3865-3283



Desafio 7: Lideranças

Para que as lideranças sejam efetivas, é necessário encontrar um equilíbrio delicado entre definir uma visão para o programa e ter sensibilidade em relação às opiniões dos outros. Uma liderança mais “silenciosa”, orientada para a inclusão, a explicação e a persuasão suave, talvez seja mais efetiva. Para isso, pode ser necessário oferecer treinamento adicional.

Desafio 8: Promover o engajamento dos profissionais, equilibrando incentivos e possíveis sanções

Podemos fazer um grande progresso se confiarmos na motivação intrínseca da equipe de profissionais para a melhoria da qualidade, especialmente se oferecermos incentivos — porém, isto nem sempre é suficiente. Para promover mudanças, também é importante estabelecer possíveis sanções, mas estas devem ser utilizadas de forma criteriosa e provavelmente deverão contar com o apoio da alta direção das organizações, das associações profissionais e dos responsáveis por conceber as estruturas de recompensas.

Tema 3: Sustentabilidade, disseminação e consequências inesperadas

Dois grandes desafios são a sustentabilidade e a disseminação das iniciativas de melhoria. As melhorias são vulneráveis a um “efeito de evaporação”, especialmente após a conclusão de um projeto.

Desafio 9: Assegurar a sustentabilidade

A sustentabilidade pode ser ameaçada quando as iniciativas são vistas como “projetos” ou quando dependem de profissionais específicos. Desde as primeiras etapas, os projetos devem identificar fontes de financiamento futuras ou, então, encontrar maneiras de utilizar os recursos de forma mais eficiente para sustentar as melhorias. Os resultados positivos devem ser transformados em normas, protocolos e procedimentos para garantir sua integração nas atividades de rotina.

Desafio 10: Efeitos colaterais das mudanças

Não é raro que a resolução de um problema gere novos problemas em outra parte. Isso pode fazer com que as pessoas percam a fé nas iniciativas de melhoria. Devemos estar vigilantes para detectar as consequências inesperadas, com disposição a aprender e a nos adaptar.

Para superar os desafios relacionados aos processos de melhoria, é importante evitar o niilismo. A melhoria é difícil, mas não impossível. Podemos superar muitos desafios se os reconhecermos e os enfrentarmos da maneira adequada. A seguir, apresentamos uma lista do que pode ser feito para otimizar as iniciativas de melhoria.





- ▶ Reconhecer que não existe solução mágica. Para fazer progresso, teremos que avançar por caminhos cheios de obstáculos.
- ▶ Assegurar o envolvimento de vários grupos de interesse utilizando diversas abordagens, por vezes aparentemente contraditórias: lideranças fortes associadas a uma cultura de participação; direção e controle, mas com flexibilidade em relação às necessidades locais no momento da implementação; retroalimentação crítica em relação ao desempenho, mas sem culpabilização.
- ▶ Conter a ânsia por agir, dedicando tempo ao planejamento e à preparação; reconhecer que saber da necessidade de melhorar o cuidado não implica saber como fazê-lo.
- ▶ Fazer uma avaliação cuidadosa da prontidão organizacional, dos recursos necessários e do comprometimento exigido dos profissionais. É fundamental avaliar todos esses elementos no início de um projeto, durante a fase de desenvolvimento, piloto e experimentação. Entretanto, esses elementos continuam a ser importantes durante a fase de implementação, para evitar o desencanto e a perda de envolvimento à medida que os participantes se dão conta da dimensão do trabalho a ser realizado.
- ▶ Resistir à impaciência organizacional que pede vitórias rápidas e resultados imediatos, pois isso pode ter muitos efeitos negativos sobre a autenticidade da melhoria e estimular o uso de abordagens mal planejadas, insustentáveis e fundamentadas numa base de evidências frágil.
- ▶ Gerir cuidadosamente o “status de projeto” das intervenções de melhoria.
- ▶ Considerar de que forma os contextos organizacionais e institucionais podem representar ameaças persistentes para as atividades de melhoria, especialmente quando envolvem mudanças no contingente de pessoal ou tensões organizacionais que minam o tempo e o entusiasmo dedicado às atividades.
- ▶ Equilibrar a tentação de atuar nos ambientes mais receptivos às iniciativas de melhoria com o risco de que essa abordagem reproduza as iniquidades, por aumentar o tempo necessário para a melhoria nos ambientes menos férteis.
- ▶ Alcançar o consenso e construir alianças. O apoio de um grupo de interesse pode provocar a alienação de outro grupo. É importante chegar a um acordo sobre o problema a ser enfrentado e construir alianças entre diversos grupos profissionais. As intervenções que “seguem com a corrente” e oferecem uma vantagem claramente demonstrável em relação às práticas atuais têm mais probabilidade de êxito.
- ▶ Coordenar ações em múltiplos níveis, procurando influenciar diversos grupos de interesse para assegurar uma melhoria duradoura, que incentive os profissionais e promova o seu envolvimento.
- ▶ Manter a vigilância em relação aos possíveis efeitos indesejados da melhoria, respondendo a eles de forma flexível e adequada.



Capítulo 1

Introdução

A melhoria do cuidado de saúde enfrenta importantes desafios. Não existe nem mesmo um consenso sobre a definição de “melhoria”. A definição mais útil talvez seja a de Batalden e Davidoff:

No cuidado de saúde atual, muitas pessoas estão interessadas em definir a “melhoria da qualidade”. Nós propomos defini-la como os esforços combinados e incessantes de todos — profissionais de saúde, pacientes e suas famílias, pesquisadores, pagadores, planejadores e educadores — na promoção de mudanças que levarão a melhores resultados para os pacientes (saúde), a um melhor desempenho do sistema (cuidado) e a um melhor desenvolvimento profissional.²

Os autores utilizam o termo “melhoria da qualidade”. Este é um termo que tende a ser utilizado de diferentes maneiras por diferentes pessoas em diferentes contextos, estando frequentemente relacionado a metodologias específicas. Como estamos interessados na melhoria do cuidado de saúde de forma genérica, e para nos atermos ao espírito da definição de Batalden e Davidoff, vamos utilizar o termo “melhoria” para englobar todo o conjunto de esforços propositados destinados a promover mudanças positivas nos sistemas de saúde.

Embora existam alguns exemplos de melhorias reais e demonstráveis no cuidado prestado aos pacientes,³ na maior parte das vezes a efetividade das iniciativas de melhoria é inconsistente e irregular. A área da melhoria está repleta de exemplos de intervenções, iniciativas e programas que funcionaram bem em alguns contextos, mas que falharam quando introduzidos em outros ambientes. O contexto organizacional costuma ser o elemento crucial que permite ou não a ocorrência de mudanças positivas no cuidado de saúde. Com o avanço da compreensão científica sobre a melhoria, damos cada vez mais atenção à tentativa de explicar o que causa essa variabilidade nas respostas organizacionais.³⁻⁶

Ao longo do tempo, a *Health Foundation* reuniu um portfólio impressionante de programas de melhoria e, numa contribuição que talvez seja única na área, fez com que cada um desses programas fosse avaliado — na maior parte das vezes, de forma independente. Os programas tiveram diferentes âmbitos e áreas de atuação, mas possuíam em comum o foco nas habilidades técnicas, nas lideranças, na capacitação, nos conhecimentos e na disposição para a mudança. Dessa forma, os programas estão em conformidade com a definição de “melhoria” que apresentamos acima. Os relatórios de avaliação representam um recurso valioso, pois trazem ideias sobre as dificuldades e as oportunidades para a melhoria e como estas são influenciadas pelos diferentes contextos organizacionais no cuidado de saúde.

Neste relatório, apresentamos uma síntese e uma revisão dos resultados dessas avaliações e a sua relação com os fatores que limitam ou facilitam a melhoria. Contextualizamos as lições extraídas dos relatórios de avaliação com base na literatura e procuramos apresentar essas lições de forma clara para os responsáveis por conceber e implementar iniciativas de melhoria dentro do NHS.



Capítulo 2

Abordagem e métodos

Revisão dos relatórios de avaliação da Health Foundation

Fizemos uma revisão dos 14 relatórios de avaliação da *Health Foundation*, apresentados a seguir (mais detalhes no apêndice). A abreviação entre parênteses após cada relatório é a que utilizaremos para nos referir a cada avaliação nesta revisão.

Safer Patients Initiative (SPI)

Safer Patients Initiative, fase 1 (SPI 1), fevereiro de 2011.

- ▶ *Safer Patients Initiative*, fase 2 (SPI 2), fevereiro de 2011.
- ▶ *Learning report: Safer Patients Initiative* (SPI Lng), fevereiro de 2011.
- ▶ *The Journey to Safety: a report of 24 NHS organisations undertaking the Safer Patients Initiative* (Journey to Safety), não publicado.

Leadership programmes (2008-2011)

- ▶ *What's leadership got to do with it?* (Leadership), janeiro de 2011.
- ▶ *Evaluation of the Shared Leadership for Change programme* (Shared Leadership), junho de 2009.

Leadership programmes (2003-2008)

- ▶ *A review of the Health Foundation's leadership programmes 2003-07* (Leadership review), outubro de 2008.
- ▶ *Leadership Fellows pilot scheme* (LF pilot), setembro de 2006.
- ▶ *Leaders for Change evaluation report* (Leaders for Change), agosto de 2006.

Engaging with Quality Initiative

- ▶ *How do you get clinicians involved in quality improvement?* (EWQI), agosto de 2010.
- ▶ *An evaluation of the Health Foundation's Engaging with Quality Initiative* (EWQI 2009), março de 2009.



PROQUALIS

- ▶ *An evaluation of the Health Foundation's Engaging with Quality Initiative (EWQI 2007)*, outubro de 2007.

Engaging with Quality in Primary Care (EWQPC)

- ▶ *Engaging with Quality in Primary Care: evaluation of the Leading Improvement Teams Programme (EWQPC)*, março de 2011.

Co-creating Health

- ▶ *Co-creating Health evaluation (Co-creating Health)*, no prelo.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ICICT
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 Hailty Moussatché – Sala 215
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: (55) (21) 3865-3283



O primeiro passo foi fazer uma leitura cuidadosa de cada relatório. Os relatórios tinham diferentes níveis de qualidade, tamanho e detalhamento, mas não tomamos nenhuma decisão sobre a inclusão ou exclusão de dados com base nessas características. Assim, não fazemos nenhum comentário sobre a força das evidências apresentadas, embora tenhamos tentado assegurar que todas as afirmações estejam embasadas nos resultados da análise dos relatórios e numa base de evidências correspondente.

Para realizar a análise e a síntese, começamos por produzir um referencial temático para a codificação baseado no referencial consolidado para a ciência da implementação de Damschroder *et al.*⁷

Escolhemos esse referencial para fazer uma classificação preliminar rápida do material. Assim, a nossa abordagem tem uma série de semelhanças com a síntese de evidências do tipo “melhor ajuste”, que se baseia na técnica de análise por referencial.^{8,9} O referencial preliminar foi modificado consideravelmente quando começamos a refinar a nossa análise, a discutir os primeiros resultados com a equipe do projeto e a integrar a literatura relevante. O referencial final é representado pelos títulos e subtítulos temáticos do relatório apresentado aqui.

Revisão da literatura

Fizemos uma revisão narrativa rápida dos fatores organizacionais que provavelmente obstruem a melhoria, com o objetivo primário de gerar uma compreensão aprofundada sobre os resultados contidos nos relatórios de avaliação, fazendo a correspondência com a literatura acadêmica relevante. Baseamo-nos numa revisão prévia da literatura numa área relacionada,¹⁰ que incluiu pesquisas sistemáticas no banco de dados *Scopus* utilizando palavras-chave. Essa pesquisa foi atualizada através de uma combinação de conhecimentos profissionais,¹¹ análise encadeada de referências e recomendações de especialistas.

Para fazer a revisão da literatura, nós:

- ▶ tratamos a questão central da revisão como uma bússola, e não como uma âncora, de modo que essa questão pudesse ser refinada ao longo da revisão;
- ▶ fizemos uma pesquisa iterativa e intuitiva da literatura, associada a técnicas mais formais de pesquisa sistemática;
- ▶ fizemos uma amostragem seletiva e criteriosa da literatura relevante;
- ▶ procuramos integrar as diversas produções selecionadas num argumento narrativo.

A pesquisa da literatura envolveu as seguintes áreas: estudos organizacionais; sociologia médica, econômica e institucional; psicologia social e comunitária; estudos críticos do desenvolvimento; movimentos sociais; estudos sobre inovação e difusão. Examinamos estudos empíricos originais, trabalhos teóricos conceituais e revisões (tanto sistemáticas como narrativas). Cada tópico que discutimos está ligado a uma extensa literatura, que não pretende ser exaustiva. Esta apresentação tinha o potencial de adquirir um tamanho enorme, tornando-se inacessível para o público não acadêmico; por isso, a nossa revisão foi necessariamente seletiva e só citamos a literatura considerada suficiente para apoiar as ideias apresentadas aqui.

Capítulo 3

Resultados: fatores que afetam a melhoria

Os relatórios de avaliação são necessariamente definidos pela natureza dos programas de melhoria avaliados. Os programas utilizaram diferentes intervenções e tiveram diferentes objetivos. As intervenções usadas nos programas podem ser classificadas genericamente como:

- ▶ desenvolvimento de lideranças;
- ▶ envolvimento dos profissionais clínicos;
- ▶ abordagens organizacionais e sistêmicas para a segurança do paciente;
- ▶ promoção de abordagens integradas para o automanejo de doenças crônicas.

Os programas fizeram intervenções em muitos níveis distintos, do indivíduo à equipe, da organização ao sistema. A síntese de evidências dos múltiplos programas ajuda a apresentar uma perspectiva integrada que reconhece a importância dos indivíduos (suas habilidades, competências e qualidades) e também dos contextos nos quais eles trabalham.

Os nossos achados, evidentemente, refletem (e são limitados por) a natureza dos programas e de suas intervenções e a natureza dos relatórios de avaliação. No entanto, os relatórios ressaltam uma série de temas importantes que provavelmente serão úteis para a maioria das iniciativas de melhoria. Organizamos a nossa análise em três temas amplos:

- ▶ desenho e planejamento;
- ▶ contextos organizacionais e institucionais, profissões e lideranças;
- ▶ sustentabilidade, disseminação e consequências inesperadas.

O material poderia ter sido organizado de outras formas. A apresentação que escolhemos não representa uma tentativa de impor uma hierarquia sobre a importância de certos temas; em vez disso, a ideia foi tornar a apresentação o mais clara possível.

Em geral, concentramo-nos nos **fatores comuns** encontrados nos relatórios. Quando apropriado, também comentamos os silêncios e os fatores ausentes dos relatórios. A natureza dos relatórios e dos programas estudados não nos permitiu avaliar facilmente o grau de interação entre os diferentes fatores nem quais fatores exercem mais influência sobre as iniciativas de melhoria. Entretanto, é de se esperar que muitos fatores dependam do contexto e que as suas inter-relações sejam difíceis de prever.



Tema 1: Desenho e planejamento

Nossa análise sugere que, no desenho e planejamento das intervenções de melhoria, é importante:

- ▶ estabelecer, junto aos públicos-chave, que existe um verdadeiro problema a ser resolvido e que esse problema é importante no âmbito local;
- ▶ assegurar que a base de evidências tenha qualidade suficiente para convencer as pessoas de que a intervenção proposta irá funcionar;
- ▶ compreender os mecanismos através dos quais as intervenções deverão atingir os seus efeitos;
- ▶ desenhar sistemas de coleta de dados e retroalimentação que permitam acompanhar o progresso e que estimulem o engajamento e o aprendizado;
- ▶ lidar com a “faca de dois gumes” do “status de projeto”;
- ▶ garantir que as ambições sejam consistentes com os recursos disponíveis e com a probabilidade da ocorrência de mudanças.

Desafio 1: Convencer as pessoas de que existe um problema

Um dos desafios mais fundamentais, e muitas vezes o mais difícil de superar, é convencer os profissionais de saúde de que existe um problema real a ser resolvido.

Nos programas da SPI, muitos aspectos já eram bons desde o início, deixando pouco espaço para melhorias (SPI I/II). Isso também ocorreu na EWQI, em que algumas unidades já apresentavam um desempenho tão bom que dificilmente poderiam fazer grandes melhorias. Os profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente e outros profissionais envolvidos no cuidado poderiam argumentar que o problema abordado pela intervenção de melhoria não era um problema real, que não era um problema naquele ambiente ou que existiam muitos problemas mais importantes a serem resolvidos antes daquele (EWQI; SPI).

A literatura está cheia de exemplos de intervenções nas quais os profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente insistem que o serviço prestado já é bom. Nesses casos, talvez seja inútil tentar convencer as equipes clínicas que já demonstram um bom desempenho a modificar o seu modo de trabalhar. Assim, ao desenhar e planejar uma intervenção, devemos ter o cuidado de visar problemas com mais probabilidade de serem aceitos como problemas reais, de modo que a atividade de melhoria represente uma **vantagem relativa** em relação ao *status quo*.^{12,13}

Os relatórios de avaliação e a literatura como um todo sugerem várias estratégias para determinar que o problema é de fato um problema. Em primeiro lugar, é fundamental usar dados concretos para demonstrar a sua existência, incluindo dados sobre a variabilidade entre as unidades com melhor e pior desempenho.¹⁴ Hoje em dia, já sabemos da importância de utilizar dados “passivamente”, para “gerar transparência” sobre as discrepâncias no desempenho,¹⁵ e também “ativamente”, para implementar mudanças clínicas.¹⁶ Os relatórios de avaliação trazem alguns exemplos do uso de dados dessa maneira: por exemplo, o programa EWQI utili-



zou um ciclo duplo de auditorias para demonstrar que é possível utilizar dados comparativos de desempenho para promover a melhoria. Além disso, podemos usar histórias de pacientes para fomentar o envolvimento emocional em relação ao impacto do cuidado de má qualidade. As avaliações trazem poucos relatos do uso de histórias de pacientes, mas os exemplos existentes “pareceram ter efeitos poderosos e ajudaram a envolver os gestores de recursos financeiros do cuidado de saúde, fazendo-os perceber o valor do programa para os pacientes” (*Co-creating Health*).

Outra estratégia importante consiste em envolver os próprios profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente, perguntando-lhes o que eles desejariam melhorar em seu serviço. Os profissionais geralmente conseguem identificar defeitos que gostariam de corrigir, embora exista o risco de que esses defeitos sejam atribuídos a causas que estão fora do controle das equipes individuais.¹⁷ Trabalhos interessantes, que utilizaram métodos como a etnografia gravada em vídeo, trazem resultados promissores, ajudando os profissionais a se envolverem ativamente no reconhecimento dos problemas e do seu próprio papel ou contribuição para resolvê-los.¹⁸

Desafio 2: Convencer as pessoas de que a solução escolhida é a correta

Um segundo desafio fundamental é convencer as pessoas de que escolhemos a abordagem correta para enfrentar o problema. As intervenções de melhoria muitas vezes sofrem “contestações essenciais”: todos concordam com a necessidade de melhorar a qualidade, mas não concordam em relação ao que define a boa qualidade nem como esta deve ser alcançada. Tanto a literatura¹⁹ como as evidências extraídas dos relatórios de avaliação sugerem que, para aumentar a probabilidade de êxito das intervenções de melhoria, é importante contar com uma boa base de evidências científicas.

É preciso distinguir dois aspectos relacionados às evidências. Por um lado, as evidências são necessárias para apoiar **intervenções específicas** — por exemplo, os cinco elementos da prática que sabidamente reduzem as taxas de infecções nas inserções de cateteres venosos centrais²⁰ —; por outro, também são necessárias para definir as melhores formas de **implementar** essas práticas. Deficiências na base de evidências sobre qualquer desses dois aspectos podem afetar negativamente os projetos.²¹ Os relatórios de avaliação mostram, por exemplo, que os projetos ligados às lideranças tiveram dificuldade em demonstrar a relação entre determinados comportamentos dos líderes e os resultados de melhoria previstos (*Leadership review*). Da mesma forma, na EWQI, o envolvimento dos pacientes na melhoria e no desenvolvimento dos serviços e as iniciativas para promover o engajamento dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente tiveram problemas por contarem com bases de evidências mais fracas. O programa SPI incluiu intervenções para as quais a base de evidências foi contestada. Uma dessas intervenções (o uso de betabloqueadores) foi eliminada da segunda fase do programa.

Questionar a base de evidências pode ser uma estratégia de resistência adotada pelos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente que não querem cooperar com a intervenção, como demonstram vários relatórios de avaliação (inclusive o da SPI). Se não houver consenso profissional sobre a base de evidências para uma certa intervenção, podemos perder tempo e energia com debates sobre a legitimidade de tentar atingir um determinado padrão de cuidado. Se reduzirmos o número de áreas abordadas e evitarmos aquelas que podem ser contestadas cientificamente, pode ser mais fácil atingir os objetivos das intervenções (SPI II).





É mais fácil promover mudanças na prática quando existe uma correspondência entre as provas probabilísticas e estatísticas encontradas na base de evidências e o raciocínio dos próprios profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente sobre o que deverá funcionar na prática.²² Ou seja, mesmo as normas de qualidade que parecem estar relativamente bem estabelecidas em termos científicos podem ser contestadas se não estiverem alinhadas com o raciocínio próprio das pessoas, se ameaçarem os seus interesses ou se causarem muitos conflitos de prioridades. Além disso, diferentes tipos de evidências podem ter distintos graus de credibilidade entre diferentes grupos de profissionais e gestores.^{19,23,24} Vários programas da *Health Foundation* revelaram que o que é aceito como uma boa prática numa profissão ou disciplina pode ser contestado em outras.

Dessa forma, é importante contar com uma boa base de evidências, mas isso, por si só, não garante o engajamento e a implementação. É necessário um trabalho ativo para promover a credibilidade. Isso provavelmente significa trabalhar com grupos profissionais variados nos seus próprios termos, alinhando o projeto aos valores de cada grupo e às suas noções sobre as melhores práticas. As intervenções que “seguem a corrente” e são consistentes com os valores e as motivações internas dos profissionais de saúde (SPI Lng), sem colidir com as mudanças gerais ocorridas no sistema de saúde (EWQI), terão maior probabilidade de êxito.¹⁶ Se esse alinhamento não ocorrer, os profissionais poderão ficar na defensiva e não demonstrar engajamento.^{12,13,15} A conexão com certas formas de pensar já estabelecidas numa organização também pode ser útil; por exemplo, os escores de alerta precoce do programa SPI (SPI I) estavam claramente ligados a uma longa tradição de monitoramento dos sinais vitais, por isso foram vistos como mais aceitáveis que outras inovações mais perturbadoras, como a ferramenta SBAR (do inglês, *Situation* [Situação], *Background* [Contexto], *Assessment* [Avaliação], *Recommendation* [Recomendação]).

No entanto, se respeitarmos demais as normas, os valores e os comportamentos existentes, existe o risco de não conseguirmos questionar as práticas de má qualidade. Pode ser necessário usar táticas que abalem essas normas, a fim de confrontar as complacências institucionalizadas.¹⁴ Além disso, se desenharmos intervenções muito parecidas com as que já estão em uso, como ocorreu no programa EWQI, existe o risco de que não sejam adotadas e que os esforços sejam em vão. Uma abordagem para assegurar a aceitabilidade das intervenções consiste em fazer uso estratégico de fóruns que envolvam os grupos de interesse relevantes no debate sobre as evidências, expondo-as ao questionamento, em vez de esperar que as evidências “falem por si mesmas” e convençam os profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente sobre a necessidade de modificar as práticas.^{25,26}

Nos últimos anos, tem sido dada mais ênfase à necessidade de saber não só **se** as intervenções de melhoria serão bem sucedidas, mas também **por quê**.^{14,27} A literatura defende a ideia de que a existência de uma **teoria da mudança** explícita — isto é, um relato das atividades realizadas e dos nexos causais entre essas atividades e os resultados pretendidos²⁸ — é fundamental para assegurar um foco claro e uma direção estratégica, e também para convencer as pessoas de que a solução escolhida provavelmente será bem sucedida.

Os relatórios de avaliação demonstram as dificuldades que podem surgir quando alguns aspectos do desenho da intervenção não são bem detalhados desde o início, ou quando a teoria da mudança é difícil de articular, pois a intervenção continua a ser desenvolvida ao longo da implementação. Às vezes, alguns aspectos fundamentais da intervenção e das recompensas estão pouco claros, como no caso das definições consensuais de “liderança compartilhada” e “qualidade” (EWQI 2009). Além disso, pode haver confusão sobre a natureza





PROQUALIS

das recompensas concedidas pelos programas (que podem ser em dinheiro ou na forma de apoio profissional “em espécie”) (*Shared Leadership*). Na SPI, a existência de uma teoria da mudança mais explícita poderia ter ajudado a concentrar a atenção no engajamento clínico e no papel da gerência intermediária (SPI II). A avaliação da iniciativa *Co-creating Health* revelou que o programa foi dificultado porque a sua teoria da mudança não fora articulada explicitamente desde o início, da forma mais clara possível, e também porque houve uma desconexão entre os objetivos do programa e os indicadores de impacto ao nível da organização. No programa *Shared Leadership*, os participantes em geral se concentraram no seu desenvolvimento pessoal, exceto nos casos em que o foco na melhoria da qualidade foi articulado de forma muito clara (*Leadership review*). Como os participantes não tinham a obrigação de aplicar o aprendizado no local de trabalho, eles tiveram uma menor expectativa de receber apoio dos seus empregadores (*Leadership review*).

A realização de muitas consultas e testes prévios pode ajudar não só a refinar a teoria subjacente à intervenção, como também a envolver os participantes mais relevantes, fazendo com que se sintam mais incluídos e valorizados. Por exemplo, um projeto do programa EWQI observou que alguns profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente relutaram em participar por não terem sido consultados sobre o desenvolvimento de um pacote de intervenções. Se o programa *Shared Leadership* tivesse dado mais atenção às habilidades e experiências prévias dos participantes, teria sido mais fácil implementar a intervenção. Da mesma forma, o programa SPI poderia ter se beneficiado de um maior trabalho na fase pré-intervenção para identificar como esta funcionaria e em quais circunstâncias.

Embora seja necessário investir esforços consideráveis na teoria da mudança desde o início, esta não deve ser considerada fixa e imutável. Devemos permitir que ela se desenvolva ao longo do tempo em resposta ao aprendizado: a flexibilidade e o compromisso com o aprendizado são aspectos importantes para o êxito das iniciativas de melhoria.¹⁴ Uma boa compreensão sobre o real funcionamento de uma intervenção e a capacidade de articulá-la de forma significativa são fundamentais para evitar as simplificações que reproduzem apenas os aspectos mais superficiais das intervenções. No entanto, todo esse processo pode ser particularmente difícil. O programa *Co-creating Health*, por exemplo, gerou a percepção de que a confiança excessiva em “manuais” e as interações excessivamente “ensaiadas” entre tutores e pacientes estavam minando a formação de relações mais autênticas.

As adaptações em tempo real feitas nos projetos da *Health Foundation* parecem ter sido muito úteis, desde que realizadas de forma cuidadosa e criteriosa. Por exemplo, as revisões ao programa EWQPC, que inicialmente parecia ser muito inflexível, permitiram que a iniciativa se adaptasse melhor às necessidades das equipes.

Desafio 3: Ajustar os sistemas de coleta de dados e monitoramento

Em qualquer iniciativa de melhoria, uma das primeiras tarefas é desenhar e oferecer suporte aos sistemas de coleta de dados e retroalimentação. A coleta de dados e a retroalimentação são elementos essenciais do processo de melhoria. Dados de boa qualidade são fundamentais tanto para expor o problema como para mostrar que ele está sendo enfrentado. Além disso, como já observamos anteriormente, os dados são fundamentais para promover o investimento de emoções, esforços e recursos. Sistemas transparentes de monitoramento facilitam o aprendizado, permitindo que os profissionais de saúde que lidam diretamente com o



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 Hailty Moussatché – Sala 215
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: (55) (21) 3865-3283



paciente instiguem e apoiem uns aos outros na busca por uma melhor qualidade.^{12,13,16} O monitoramento tem um importante papel a cumprir tanto ao assegurar a adesão ao programa em tempo real como ao oferecer evidências de êxito, contribuindo para o estabelecimento de normas comuns de qualidade. A retroalimentação regular de dados sobre o desempenho pode motivar esforços sustentados, dando aos participantes um senso de progresso e mantendo-os concentrados — especialmente quando o desempenho é comparado ao de outros ambientes semelhantes.^{29,30} De fato, uma das características que diferencia a melhoria da pesquisa é a retroalimentação em tempo real dos dados de melhoria às equipes clínicas, em vez da utilização destes apenas para produzir artigos científicos.³¹ Porém, para que os dados (e as suas fontes) sejam usados na promoção de melhorias, é preciso que os possíveis participantes os considerem confiáveis e que sua coleta não seja difícil ou fatigante.³² Se a coleta de dados facilitar o fluxo de trabalho, ao invés de dificultá-lo, e se substituir os sistemas prévios, em vez de duplicar os esforços, terá mais probabilidade de ser bem sucedida.

Dessa forma, os sistemas de coleta de dados, monitoramento e retroalimentação precisam ser concebidos explicitamente desde o início, como parte integrante da atividade de melhoria, e devem receber recursos suficientes. Porém, é particularmente difícil criar sistemas com essas características: os relatórios de avaliação demonstram consistentemente que muitos projetos de melhoria enfrentam dificuldades nesse aspecto do processo. Não existem métodos estabelecidos e padronizados para avaliar certos tipos de intervenções e atividades; ainda assim, muitos programas investem pouco no desenvolvimento desses métodos antes de iniciar suas atividades. A necessidade de avaliar os programas, com seus benefícios e limitações, costuma ser mal compreendida (EWQI; *Co-creating Health*). O programa SPI destacou a necessidade de reconhecer as diferenças no contexto quando as intervenções são importadas de outros sistemas de saúde; por exemplo, permitindo que os sistemas de coleta de dados implementados no Reino Unido sejam diferentes dos que são utilizados nos EUA (SPI Lng; *Journey to Safety*). Os programas ligados às lideranças (*Leadership*) utilizaram a autonotificação retrospectiva, que está sujeita a diversos vieses. Os indicadores nem sempre são coletados na linha de base do programa ou, então, são coletados de forma inadequada (*Shared Leadership*; SPI; *Co-creating Health*). As equipes locais e os gerentes de projeto talvez não tenham a experiência e os conhecimentos necessários para coletar e interpretar dados, o que os faz introduzir vieses ou chegar a conclusões incorretas (*Co-creating Health*).

Indicadores excessivamente trabalhosos, ou que não gozem de credibilidade na comunidade-alvo, correm o risco de alienar os profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente, em vez de envolvê-los, e geram confusão em relação à verdadeira magnitude das mudanças. O uso de indicadores capazes de captar problemas de qualidade de forma confiável é fundamental para evitar a manipulação dos resultados — situações nas quais os participantes são incentivados a apresentar os números desejados sem que as mudanças pretendidas ocorram na prática.³³ O uso de objetivos e indicadores comuns entre todas as equipes participantes geralmente é preferível.³⁴ No entanto, o processo de chegar a um consenso sobre esses objetivos e indicadores e de criar sistemas centralizados de coleta de dados não é nada simples; além disso, consome muitos recursos e depende do apoio organizacional.

Alguns dos relatórios de avaliação deixam claro que a coleta de dados para a melhoria foi um pouco excessiva em algumas organizações. Em alguns casos, a criação dos sistemas e a coleta dos dados geraram ressentimento, prejudicando a iniciativa de melhoria como um todo. Na maioria das organizações, os sistemas existentes haviam sido criados com base nas necessidades clínicas ou, então, para captar dados a serem notificados às iniciativas nacionais: os sistemas não estavam bem adaptados para coletar os dados necessá-





rios para as iniciativas de melhoria (SPI Lng). Os sistemas de medição da qualidade, quando existem, muitas vezes são instáveis ou subfinanciados (EWQI 2007). É necessário um investimento considerável em treinamento para assegurar que os profissionais consigam coletar, registrar e interpretar os dados corretamente. Mesmo as equipes comprometidas e bem informadas podem precisar de apoio adicional para medir, validar e aprender com as atividades (EWQI 2009).

Desafio 4: Ambições excessivas e o “status de projeto”

Uma dificuldade para certas atividades de melhoria, por mais bem concebidas que sejam, é a possibilidade de que adquiram um status de “projeto”, que gera oportunidades, mas também envolve riscos. No setor privado, os projetos são vistos como ferramentas fundamentais para introduzir novas práticas de trabalho.⁵² O status de projeto pode trazer benefícios importantes, gerando foco, identidade e motivação, o que ajuda a separar a atividade de melhoria das atividades rotineiras do dia a dia. Os projetos também têm o potencial de introduzir práticas de trabalho que não sejam limitadas pelas divisões organizacionais existentes, gerando entusiasmo e interesse. No entanto, tais projetos não são facilmente transferíveis ao contexto do setor público, como o do NHS.⁴¹

Mudanças no contexto das políticas institucionais podem dificultar o alinhamento dos projetos de duração limitada com os grandes objetivos organizacionais. Se uma iniciativa não contar com o apoio da alta direção, pode ser difícil fazer com que deixe de ser vista como um projeto e torne-se institucionalizada, passando a integrar as políticas, procedimentos e normas organizacionais. O mais problemático talvez seja o fato de que as atividades previstas para um período limitado correm o risco de ser apenas toleradas ou totalmente ignoradas até que o projeto chegue ao fim. A avaliação da EWQI revelou que a melhoria “muitas vezes não é considerada parte do trabalho central do NHS e precisa ser realizada às margens das atividades principais”. Assim, os projetos de melhoria podem ser desprezados pelos profissionais que não têm tempo ou disposição para se envolver, pois eles sabem que, dentro de algum tempo, o projeto vai “desaparecer”. No extremo oposto, os projetos correm o risco de se tornar o “preferido do diretor executivo”, gerando ressentimento por roubar a atenção e os recursos de outras atividades. Além disso, a avaliação da SPI traz evidências de hostilidades contra aqueles que recebem elogios e recompensas por estarem associados às equipes de projeto, enquanto outros fazem o trabalho monótono da implementação. Isso aponta para a necessidade de encontrar um equilíbrio entre utilizar a excepcionalidade dos projetos de melhoria como uma ferramenta para a mudança e assegurar que esses projetos também estejam alinhados com as grandes tendências das organizações e das políticas governamentais.

O entusiasmo em relação à melhoria é muito natural, mas pode facilmente exceder os recursos disponíveis. As ambições excessivas trazem muitos riscos, em parte porque os objetivos ambiciosos e o discurso da “transformação” podem indispor os profissionais desde cedo, levando posteriormente à desilusão se os objetivos não forem atingidos. O equilíbrio entre objetivos ambiciosos e a disponibilidade de recursos para promover mudanças é uma preocupação expressa com frequência nos relatórios de avaliação (SPI; *Leadership review*; *Shared Leadership*; EWQI), e tanto a literatura como os relatórios sugerem que o volume de recursos necessários para apoiar a melhoria costuma ser subestimado (SPI I; *Shared Leadership*).

Se não contarem com um grau adequado de apoio financeiro, infraestrutura, habilidade e capacitação para





melhoria e para gestão, treinamento e tempo de trabalho dos gestores e dos profissionais da linha de frente, os esforços de melhoria podem rapidamente encontrar dificuldades.²⁷

Essas dificuldades podem piorar se a cultura organizacional for impaciente e não der tempo às novas iniciativas para que passem por uma fase diagnóstica (*Co-creating Health*) ou para que as intervenções possam se “assentar”.¹² O tempo necessário para que as intervenções cheguem à linha de frente do trabalho e resultem em melhorias mensuráveis pode ser muito maior do que o previsto no início do projeto. Algumas atividades, como a formação de equipes e o estabelecimento de relações, podem tomar bastante tempo, especialmente quando não são bem desenvolvidas no começo da iniciativa. Também pode ser difícil sustentar o entusiasmo e o esforço durante longos períodos e manter o foco quando os interesses e as prioridades se alteram (EWQI). Em última análise, a literatura sugere que a disparidade entre as ambições e os recursos disponíveis pode gerar a “fadiga da mudança”, causando frustração, desilusão e exaustão com o fracasso das iniciativas de melhoria¹² e fazendo com que as pessoas e as organizações se tornem mais resistentes às iniciativas futuras.^{27,42}

Por isso, a escala e as exigências das intervenções de melhoria devem ser bem avaliadas desde o início, e as implicações do envolvimento num programa devem ser explicadas às equipes participantes. No *Leading Improvement Teams Programme*, as equipes começaram o projeto sem apreciar de fato o volume de trabalho necessário nem o tempo que o engajamento na iniciativa demandaria (EWQPC). Pode ser difícil proteger o tempo que os participantes deverão dedicar a um programa (EWQI; *Leadership review*), especialmente se eles estiverem envolvidos numa série de projetos ou se tiverem muitas outras demandas. Portanto, essa é uma questão que precisa ser negociada de forma clara e explícita antes do início da intervenção. É essencial definir claramente o que se espera de cada membro da equipe, incluindo os consumidores dos serviços (EWQI).

Os recursos humanos e o conjunto de habilidades necessários para atingir os objetivos da intervenção devem ser avaliados de forma especialmente cuidadosa. A pesquisa sobre melhoria aponta para a falta de capacitação como um problema consistente.^{12,43} Nos programas cobertos pelos relatórios de avaliação, observou-se a necessidade de habilidades nas seguintes áreas: liderança, finanças, gestão, comunicação, habilidades clínicas, administração, formação de relações, análise de dados, criação de bases de dados e capacidade de treinar outros profissionais (EWQI; *Leadership*). Muitos achados da literatura corroboram essa necessidade.^{12,44} É possível que exista uma carência de todas essas habilidades nas organizações do NHS.

É difícil formar equipes que possuam todo o conjunto de habilidades necessárias, especialmente quando as pessoas não possuem habilidades básicas para a participação em reuniões e para o trabalho em equipe (*Shared Leadership*). Em alguns programas da *Health Foundation*, a falta de recursos foi observada num nível muito básico; por exemplo, nem todos os profissionais clínicos receberam um manual de instruções para o trabalho (EWQI). Também é preciso dar muito mais ênfase à importância do apoio administrativo dedicado especificamente às atividades de melhoria (*Shared Leadership*). Se não houver estruturas e sistemas preexistentes para apoiar atividades como a coleta de dados, o problema das ambições excessivas poderá se tornar ainda maior (SPI).



Tema 2: Contextos organizacionais e institucionais, profissões e lideranças

Um segundo tema evidenciado nos relatórios de avaliação está relacionado ao profundo impacto do contexto organizacional e institucional sobre as iniciativas de melhoria, incluindo: as culturas organizacionais, a capacidade organizacional, o envolvimento dos consumidores e os contextos externos (como o ambiente das políticas circundantes).

Os relatórios de avaliação e a literatura como um todo apresentam evidências claras do papel das profissões e das lideranças em aumentar a efetividade das atividades de melhoria. Os relatórios deixam claro que é importante utilizar o potencial do profissionalismo, apoiar e promover as lideranças, promover a apropriação do projeto pelos participantes, envolver os profissionais sênior e outros grupos de interesse, envolver a gerência intermediária e os profissionais das enfermarias, evitar a compartimentalização do trabalho, promover o envolvimento efetivo dos pacientes e incentivar a participação.

Desafio 5: Culturas, contextos e capacidades organizacionais

Culturas organizacionais

Como era de se esperar, as culturas organizacionais que apoiam o desenvolvimento pessoal e profissional e que adotam a melhoria como uma prioridade organizacional¹⁵ têm mais capacidade de gerar um ambiente fértil para a melhoria (*Leadership review*; *LF pilot*). As avaliações demonstram como o moral, as lideranças e a gestão em ambientes organizacionais podem provocar variações nos resultados (EWQI), refletindo evidências mais amplas sobre como a cultura organizacional afeta o desempenho, a qualidade e os resultados.^{45,46} Um grande desafio é assegurar que os objetivos organizacionais estejam alinhados com as atividades de melhoria (*LF pilot*).¹³ Algumas organizações de saúde não parecem valorizar a melhoria (EWQI), porque, às vezes, a atividade de melhoria concorre com muitas outras demandas em termos de atenção, recursos e apoio organizacional.

As razões das organizações para participar das atividades de melhoria muitas vezes são importantes determinantes da probabilidade de êxito de uma iniciativa.⁴⁷ As organizações às vezes participam de programas por uma questão de reputação — pois não participar seria inaceitável e prejudicial —, mas seu engajamento no programa pode não ser autêntico.⁴⁸ Diferentes razões para a participação podem levar a variações na resposta.

A política interna das organizações muitas vezes afeta profundamente o apoio cultural à melhoria, e uma inspeção simples das estruturas organizacionais talvez não consiga detectá-la facilmente.⁴⁹ As relações entre as equipes clínicas e os gestores dentro das organizações são cruciais para o êxito; porém, os relatórios de avaliação sugerem que alguns gestores parecem estar ocupados demais para se interessar pelo projeto ou, então, sentem-se pessoalmente ameaçados (*Leadership review*). Quando as equipes procuram obter recursos, como um maior orçamento ou mais tempo para se dedicar à melhoria, isso pode ser visto pelos gestores (ou por outros colegas) como um ato político, sendo tratado dessa forma.⁴⁹ Às vezes, bastam algumas pessoas cruciais — descritas de forma vívida num relatório de pesquisa como os “constipadores”⁵⁰ — para bloquear um processo de mudança ou um sistema de coleta de dados.



A falta de engajamento organizacional nas iniciativas pode fazer com que profissionais altamente comprometidos tenham que assumir a responsabilidade pela melhoria, somando essa responsabilidade aos seus compromissos preexistentes (EWQI). Pode ser difícil encontrar e reservar o tempo necessário para dar atenção a atividades de melhoria, que não são vistas como prioridades pela organização como um todo (*Leadership review*; EWQPC). A falta de apoio emocional e logístico ao envolvimento dos profissionais clínicos tende a resultar em atividades insustentáveis que se dissipam ao longo do tempo.²⁷

Se uma organização tiver um histórico de envolvimento em atividades de melhoria, isso poderá lhe dar uma vantagem em termos de prontidão organizacional⁴³ — mas também pode ser uma fonte de conflitos caso as atividades não estejam bem integradas e alinhadas com os objetivos organizacionais (*Journey to Safety*). Embora os hospitais mais flexíveis e dispostos a assumir riscos tenham mais probabilidade de êxito nas iniciativas de melhoria,^{45,51} algumas culturas organizacionais são orientadas para a estabilidade, e não para a inovação; com isso, demonstram relutância em permitir a ocorrência de falhas, com o aprendizado gerado por elas. Isso pode influenciar o grau de aversão ao risco dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente no momento de adotar novas práticas (EWQI). Durante a implementação de projetos inovadores, é necessário haver abertura para novas formas de aprendizado (*Shared Leadership*) e aceitar que nem todas as intervenções serão bem sucedidas; algumas intervenções só trarão resultados positivos depois de um longo período. A implementação de novos métodos requer que a equipe de profissionais já tenha um bom nível prévio de moral e motivação.

Um outro desafio cultural é o forte individualismo em algumas áreas dos serviços de saúde (*Shared Leadership*). A segurança pode ser vista como uma responsabilidade individual dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente, e não como uma questão organizacional (SPI Lng). Ainda assim, uma barreira enfrentada por estes profissionais é que os planos de carreira no NHS para as profissões clínicas não costumam prever o progresso através do envolvimento em atividades de melhoria (*Leadership review*). Em geral, o trabalho de melhoria pode ser menos valorizado que a pesquisa médica, especialmente entre os profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente. Muitas vezes é necessário que esses profissionais enxerguem além de seu trabalho diário para encontrar oportunidades de aplicar o seu aprendizado; por exemplo, assumindo funções em comitês (LF *pilot*). Esses desincentivos ao envolvimento dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente representam uma barreira importante para a melhoria, especialmente se considerarmos os resultados de estudos que enfatizam a importância das lideranças clínicas (e, em particular, médicas) nos processos de melhoria.^{12,19,25,42}

Algumas organizações não aprenderam tudo o que poderiam ter aprendido com seu envolvimento em projetos de melhoria porque não tinham a capacidade de aplicar o aprendizado. O maior potencial de aprendizado ocorreu quando os participantes puderam trabalhar junto à alta direção para promover a capacitação local (*Leadership review*). A efetividade do diálogo e a qualidade das relações foram a base para a melhoria tangível (*Leadership*). Outros participantes mencionaram a necessidade de trabalho conjunto entre os gestores e os profissionais da linha de frente para assegurar que o aprendizado fosse internalizado e para evitar a “amnésia organizacional”^{16,27}, mas também observaram que as estruturas organizacionais às vezes prejudicam a capacidade dos profissionais clínicos de resolver problemas ao assumirem uma abordagem “de cima para baixo” na implementação das evidências, deixando pouco espaço para a criatividade e o aprendizado.^{51,52}





Capacidade organizacional

A importância da capacidade organizacional em apoiar a melhoria tem sido reconhecida repetidamente na literatura.^{27,44,45} É difícil atingir um senso comum de “prontidão” entre todas as organizações.⁵³ Foram observadas variações consideráveis nas capacidades locais (*Journey to Safety*) em áreas fundamentais para a melhoria, dentre elas a implementação de medidas de processo e a coleta e notificação confiável de dados. Um estudo acadêmico baseado no relatório *Journey to Safety* comentou que:

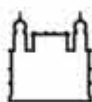
A implementação das estruturas de coleta e notificação de dados clínicos no âmbito dos microssistemas de cuidado nesta escala gera dificuldades práticas e uma grande demanda por recursos nas organizações nas quais esses processos não existiam anteriormente. A revisão dos indicadores de processos da SPI revelou uma grande variação na facilidade e na rapidez com que as organizações conseguiram captar dados e em sua capacidade final de medição de processos. Isso ficou evidente ao observarmos uma série de limitações na qualidade dos dados obtidos na primeira fase do programa, como, por exemplo: pontos de dados insuficientes e períodos de linha de base muito curtos, mudanças nas amostras ou nas estratégias de amostragem ao longo do programa, ausência ou carência de anotações que descrevessem quais mudanças foram implementadas e quando, dentre outras.⁵⁴

A ausência de estruturas adequadas para apoiar as atividades de melhoria muitas vezes obriga as organizações a criarem novos sistemas e processos a partir do zero (SPI I; *Journey to Safety*). Sem essas infraestruturas, as organizações não conseguem se beneficiar plenamente dos programas (*Leadership review*), mas o desenvolvimento de novos sistemas pode ser muito dispendioso em serviços que não possuem a experiência e a infraestrutura necessárias para apoiar a melhoria (EWQI).

A **complexidade** de muitas intervenções também pode gerar dificuldades consideráveis para as organizações. As abordagens que envolvem organizações por inteiro exigem o alinhamento e a coordenação entre diferentes departamentos, profissões e níveis, o que não é nada fácil (EWQI; SPI). Os trabalhos mais complexos de melhoria requerem uma mistura de habilidades de liderança relacionadas às tarefas e às pessoas (*Leadership*), o que pode ser particularmente difícil. Pode haver problemas substanciais quando os profissionais se sentem impotentes diante de problemas que escapam ao seu controle direto; por exemplo, problemas surgidos em outros departamentos e enfermarias, ou relacionados a tarefas realizadas por outras equipes.¹⁷

A tentativa de implementar a melhoria em locais onde a capacidade organizacional é inadequada e a cultura é hostil pode resultar na exaustão emocional e na dissipação do apoio para as atividades de melhoria.⁴⁹ É particularmente difícil obter apoio organizacional quando as organizações passam por períodos de instabilidade, como a substituição de profissionais sênior, dificuldades financeiras e reorganizações. Essas distrações podem minar o engajamento da alta direção.^{12,15} Um contingente de pessoal instável também representa um risco para projetos de melhoria, resultando na interrupção do progresso, especialmente quando um líder de equipe deixa a organização sem que exista alguém para substituí-lo (*Shared Leadership*). A instabilidade das equipes, com problemas relacionados à rotatividade dos profissionais, aos turnos de trabalho e ao uso de profissionais terceirizados, dificulta a sustentação dos conhecimentos coletivos relacionados à implementação (SPI I; *Safer Systems*).

O apoio externo pode ser importante para superar as limitações em termos de conhecimentos e capacidades locais. Nos relatórios de avaliação, as equipes que tentaram realizar a melhoria valorizaram: o apoio, os conhecimentos e a expertise de organizações como o *Institute for Healthcare Improvement* e outros prestado-





res de apoio técnico; o apoio de órgãos profissionais (embora alguns estejam mais equipados e possuam mais experiência que outros [EWQI]); as contribuições técnicas e orientações de especialistas, como os peritos em melhoria clínica e os consultores em desenvolvimento de lideranças; e a presença de pacientes treinados que atuaram como amigos críticos — embora tenha sido necessário envolver estes pacientes logo no início do programa e oferecer-lhes apoio e treinamento efetivos (EWQI 2009). O apoio desses consultores externos e a participação em outras estruturas, como projetos de melhoria da qualidade baseados no método colaborativo, foram mencionados por outros participantes como um importante recurso nas iniciativas de melhoria.^{16,49} O envolvimento dos pacientes como consultores na promoção da melhoria é uma abordagem promissora, embora ainda não tenha sido bem pesquisada.^{55,56} No entanto, ainda não está claro em que medida o apoio externo pode compensar os grandes déficits estruturais e de recursos (como a escassez de enfermeiros) ou uma cultura organizacional adversa.

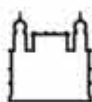
Envolvimento dos usuários dos serviços

A literatura apoia a noção de que o envolvimento dos usuários dos serviços nas mudanças organizacionais pode aumentar a legitimidade dos programas e a sua chance de êxito, embora ainda existam evidências limitadas de que o envolvimento dos usuários melhore a qualidade e os resultados.^{52,53} Ao menos alguns dos relatórios de avaliação trazem evidências sobre o valor do envolvimento dos usuários. No entanto, os líderes de iniciativas de melhoria enfrentam grandes dificuldades ao tentar integrar as contribuições dos usuários dos serviços em seus projetos. Além disso, existem debates ainda não resolvidos sobre o papel a ser desempenhado pelos usuários e a questão da sua “representatividade” diante da população de pacientes como um todo.⁵⁴ As grandes dificuldades geradas pelo trabalho em disciplinas muito compartimentalizadas, consideradas acima, também surgem durante as tentativas de trabalhar efetivamente com os usuários dos serviços, que podem facilmente ser marginalizados apesar da intenção de “trabalhar em parceria”.^{55,56} É fundamental que os objetivos sejam claros e que a implementação seja flexível, para que os usuários envolvidos possam participar ativamente do desenvolvimento e do refinamento da intervenção ao longo do tempo.

Contextos externos

O contexto das políticas de saúde tem um importante impacto sobre a probabilidade de êxito das iniciativas de melhoria. As exigências externas compulsórias que determinam as metas a serem atingidas, os objetivos das políticas, os pagamentos, as inspeções ou certificações, a revalidação e a coleta de dados têm um grande peso sobre as iniciativas de melhoria, consumindo energia, atenção e recursos. As sanções pela falta de adesão a certas atividades podem reduzir o apoio dado a outras atividades não compulsórias, como a melhoria.

Muitos documentos estratégicos, relatórios e protocolos nacionais estão alinhados com os objetivos das iniciativas de melhoria promovidas pela *Health Foundation*. Na última década, as políticas governamentais têm dado uma grande ênfase à qualidade, à segurança e às lideranças no NHS. Os pesquisadores da literatura de melhoria têm observado que a natureza desse “contexto externo” pode ser crucial para apoiar ou prejudicar as iniciativas de melhoria.^{12,57} Algumas intervenções citadas nos relatórios de avaliação receberam mais apoio do contexto externo do que outras. Por exemplo, a melhor higienização das mãos era um objetivo tanto da SPI como das políticas nacionais no mesmo período; assim, as duas estavam bem alinhadas. Por





PROQUALIS

outro lado, o desenvolvimento de lideranças, embora seja enfatizado nas políticas nacionais, muitas vezes representa uma iniciativa *ad hoc* e incoerente no NHS (*Leadership review*), recebendo um apoio muito mais inconsistente nas organizações.

A turbulência na formulação de políticas e na estrutura organizacional do NHS inglês muitas vezes representa um obstáculo significativo para os projetos de melhoria financiados pela *Health Foundation*. A mudança constante na agenda política ao longo de muitos dos projetos representou uma grande barreira à melhoria. Enquanto as equipes na Escócia e no País de Gales puderam se beneficiar de um ambiente razoavelmente estável, a persistente instabilidade política na Inglaterra, que causou grandes reviravoltas organizacionais, afetou a capacidade de concluir projetos e de sustentar compromissos (*Shared Leadership; Leadership review*). Dentre as mudanças importantes que afetaram os projetos estiveram: a reorganização e a fusão de *trusts* de atenção primária e a transferência de serviços da atenção secundária para a primária.

Essa volatilidade provavelmente continuará a existir no contexto do NHS inglês no futuro — ao menos no médio prazo. Outra dificuldade importante gerada pela rápida evolução dos contextos externos é a de isolar o impacto do trabalho da *Health Foundation*, pois, de modo geral, as habilidades e os conhecimentos tenderam a aumentar devido aos desenvolvimentos nacionais concomitantes às atividades dos projetos — o chamado “fenômeno da maré alta”.⁵⁸

Para além das distrações e das perturbações associadas à turbulência política, mudanças na organização e na estrutura do NHS podem provocar alterações mais fundamentais no contexto que os projetos de melhoria enfrentam. Isso já pode ser observado, por exemplo, ao compararmos os programas EWQI e EWQPC, nos quais as estratégias eficazes no cuidado de pacientes agudos nem sempre foram eficazes na atenção primária. No cuidado de pacientes agudos, os médicos consideraram que a melhoria de qualidade era uma motivação suficiente por si só; na atenção primária, muitas vezes são necessários incentivos financeiros para motivar mudanças entre médicos generalistas. Isso reflete uma mudança cultural mais ampla na atenção primária já detectada por cientistas sociais: mudanças nas políticas, como os novos contratos para médicos generalistas e a introdução do *Quality and Outcomes Framework*, fizeram com que o tempo de trabalho dos médicos generalistas e até mesmo as suas decisões clínicas fossem cada vez mais afetados por considerações financeiras.⁵⁹

É difícil prever com certeza de que modo as mudanças atuais — a abolição dos *trusts* de atenção primária e a introdução da gestão de recursos financeiros por médicos generalistas, por exemplo — afetarão a melhoria, mas as abordagens provavelmente terão que ser adaptáveis. As motivações profissionais talvez resistam a essas mudanças,⁶⁰ mas muito dependerá de como a questão da qualidade será integrada às expectativas em torno da gestão dos recursos financeiros, da liberdade de escolha e da regulamentação. Além de mais um detalhe: como tudo isso será medido e valorizado.

Desafio 6: Tribalismo e falta de engajamento dos profissionais

Aproveitar o potencial do profissionalismo

O status profissional de muitos dos grupos de interesse no cuidado de saúde representa simultaneamente uma das maiores dificuldades e oportunidades para a melhoria. A resistência à melhoria baseada em ideias



de autonomia profissional, fronteiras impermeáveis entre grupos profissionais, e a resistência das culturas profissionais às mudanças promovidas por agentes externos têm obstruído os esforços de melhoria de qualidade feitos pela *Health Foundation* e outros.⁶⁷ Ainda assim, as normas, valores e redes profissionais também representam um importante recurso que pode ser utilizado para tentar modificar o comportamento dos profissionais. O segredo está em mobilizar esses elementos na direção certa.

Os sociólogos têm se afastado cada vez mais da ideia de que as profissões são associações movidas por interesses próprios⁶⁸, passando a adotar um ponto de vista mais matizado que reconhece que o etos profissional pode ser útil na promoção de valores como a qualidade e a centralidade no paciente.^{69,70} Um elemento fundamental desse interesse renovado no potencial progressivo do profissionalismo é o reconhecimento da função social das profissões, que exerce forte efeito normativo sobre a conduta e o comportamento de seus membros. As profissões podem promover a conformidade a certas normas e expectativas de comportamento — e, geralmente, são muito mais eficazes nesse trabalho do que os esforços organizacionais e administrativos destinados a modificar o comportamento.^{71,72} A avaliação da EWQI, por exemplo, revelou que as auditorias lideradas por pares podem atingir uma alta participação e resultados confiáveis. O fato de que um projeto tenha sido iniciado por profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente ajudou a torná-lo mais atraente para os colegas, pois seus objetivos foram enxergados como objetivos comuns à profissão como um todo. Outros autores encontraram resultados semelhantes.⁶¹

Questões ligadas à legitimidade profissional surgem repetidamente nos relatórios de avaliação e na literatura como um todo. Na tentativa de promover a legitimidade das intervenções de melhoria, algumas avaliações revelaram que os profissionais clínicos podem ser mais influenciados por redes pessoais e profissionais do que pela gestão do hospital (SPI II). Os órgãos profissionais e os *royal colleges* não só conferem legitimidade, como também influenciam as atitudes através do treinamento, da liderança e do apoio organizacional (EWQI; SPI II). É importante envolver os profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente na elaboração de normas, no desenvolvimento de planos de melhoria e na realização de auditorias, pois isso ajuda a engajar os outros profissionais (EWQI). Como observaram outros autores, as organizações de saúde reúnem “múltiplas profissões socializadas em outras partes”⁷³ e os diferentes grupos nem sempre compartilham conhecimentos de forma efetiva.^{23,74} Consequentemente, pode ser fundamental aproveitar o potencial das redes, normas e valores específicos de cada profissão.^{12,16,19}

O apoio dos pares foi destacado como uma característica importante em vários projetos, especialmente nos que estavam ligados ao desenvolvimento de habilidades de liderança (*Leadership review*; EWQI; *Leaders for Change*). Esse apoio tomou a forma de experiências de aprendizado colaborativo, trabalho em duplas, compartilhamento de ferramentas e dados e métodos de *benchmarking*. Embora tenha consumido muitos recursos, essa interação contínua foi considerada muito valiosa e ajudou a sustentar o ímpeto dos programas (EWQI; *Shared Leadership*). A estratégia foi especialmente importante para os profissionais da linha de frente, que têm poucas oportunidades como essa (*Journey to Safety*). O apoio dos pares pode gerar confiança e servir como uma fonte de estímulo e motivação, pois os colegas compartilham problemas comuns. A oportunidade de os profissionais trabalharem com os colegas de fora da sua organização foi importante, pois proporcionou um espaço seguro onde puderam ocorrer discussões francas e sinceras (*Leaders for Change*). Esse foi um aspecto importante do programa EWQPC, que promoveu reuniões de especialistas com certos grupos, como os gerentes de projeto. As avaliações de outras iniciativas de melhoria sugerem que essa abordagem pode ser muito valiosa; em particular, essas avaliações observam que os “especialistas externos” e as comunidades de





prática podem apoiar os líderes de melhoria, enfatizando a necessidade de um trabalho transprofissional (que reduza a compartimentalização entre as profissões e as disciplinas) e interativo.¹⁶

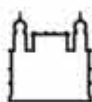
De fato, na avaliação de algumas das iniciativas centradas nas lideranças, a abordagem multidisciplinar foi considerada bem sucedida, sendo vista como uma característica particularmente útil (*Leadership review*; *LF pilot*). A reunião de pessoas com diferentes históricos organizacionais e profissionais expôs os participantes a uma variedade de habilidades, perspectivas e conhecimentos que lhes permitiu ampliar o seu pensamento e os seus horizontes (*LF pilot*). No entanto, esses grupos precisaram da ajuda de especialistas em trabalho em equipe e em gestão de relacionamentos para poder atingir seu pleno potencial (*Shared Leadership*). Uma dificuldade foi o fato de que os profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente e os gestores utilizavam linguagens diferentes, o que prejudicou o estabelecimento de relações (*LF pilot*). Outra dificuldade foi a falta de entendimento e de apreciação das funções uns dos outros (*LF pilot*).

As atitudes e comportamentos hierárquicos internalizados também ficaram evidentes, especialmente em situações mais difíceis (*LF pilot*). Parece ser fundamental fazer com que os profissionais e os gestores consigam trabalhar juntos de forma efetiva — de modo que o trabalho de melhoria não se transforme num “campo de batalha” no qual as profissões concorrem para se apropriar do projeto e para impor a sua definição de qualidade.⁷⁴

Apropriação

Um dos maiores desafios na promoção de mudanças organizacionais como a melhoria é envolver a equipe de profissionais e superar a percepção de falta de apropriação.⁷⁵ Como já observamos acima, isso requer lideranças no nível gestor e local, alinhamento com as prioridades dos profissionais de saúde e um trabalho ativo entre estes para promover a colaboração e o engajamento diante dos objetivos de melhoria.^{12,15,67,76} No programa SPI, envolver os médicos foi uma das maiores dificuldades (SPI Lng). As percepções sobre as intervenções variam segundo os grupos de interesse envolvidos em projetos de melhoria. A ênfase na medição e na notificação de dados para níveis hierárquicos superiores nas organizações participantes da SPI deu a impressão de uma abordagem “de cima para baixo”, apesar do envolvimento dos profissionais locais nos ciclos *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) (*Journey to Safety*), o que afirma a necessidade de fazer com que a apropriação local dos projetos pareça real, e não apenas simbólica.¹⁵ Alguns profissionais da linha de frente sentiram que o foco dos programas deveria estar nas estruturas e nos recursos, e não nos processos (SPI). Grupos diferentes também possuem atitudes diferentes: médicos e enfermeiros têm abordagens distintas diante das mudanças e das lideranças, o que dificulta o engajamento de tais grupos (EWQI). As diferenças entre os grupos no que diz respeito às culturas organizacionais e aos estilos preferenciais de aprendizado também foram destacadas como um obstáculo à melhoria.¹⁶

Outros autores sugeriram que os conflitos entre os diferentes modelos profissionais e administrativos para a mudança — por exemplo, modelos do tipo “comando e controle” contra aqueles baseados em “influência e persuasão” — podem ser um obstáculo à melhoria. É importante evitar situações nas quais a melhoria é vista como uma intromissão ilegítima dos gestores nas questões profissionais.^{12,77} Ainda assim, segundo algumas avaliações, os métodos introduzidos permitiram que os profissionais de certas organizações entendessem e medissem o progresso e o impacto das intervenções clínicas. Ações que ajudem os profissionais a compreender as causas e os efeitos desta forma têm o potencial de promover a apropriação local (SPI Lng).





Envolvimento dos profissionais sênior e outras partes interessadas

Nos esforços de melhoria, é fundamental obter o engajamento dos profissionais em todos os níveis, desde a prática diária dos profissionais da linha de frente até o trabalho burocrático da alta direção das organizações. Pode ser particularmente difícil promover o envolvimento simultâneo dos profissionais da linha de frente e da alta direção. A primeira fase da SPI, por exemplo, gerou muito entusiasmo entre os diretores, mas foi vista às vezes pelos profissionais da linha de frente como uma abordagem “de cima para baixo” e “imposta”. Por exemplo, houve entusiasmo em relação à SPI no âmbito estratégico, que encarou positivamente certos elementos do programa, como as rondas de executivos pelos hospitais. Entretanto, os profissionais das enfermarias não consideraram que esses métodos fossem tão efetivos.

Os relatórios de avaliação concordam com boa parte da literatura ao sugerirem que o envolvimento da alta direção é uma condição necessária, mas não suficiente, para que as intervenções de melhoria sejam bem sucedidas.^{42,61,62} Ao contrário do que aconteceu na SPI, o apoio da alta direção em alguns programas da *Health Foundation* pareceu ser apenas nominal. Embora tenha sido mais fácil atrair o interesse dos executivos dos *trusts* quando um projeto estava de acordo com alguma prioridade nacional ou local, esse apoio foi frágil (EWQI). A necessidade de compreensão mútua entre colegas e empregadores foi destacada na *Leadership review*.

É interessante notar que os projetos que funcionaram melhor foram aqueles nos quais um dos membros do grupo diretor do programa tinha um importante papel de liderança na organização (EWQI). Figuras respeitadas podem desempenhar um papel crucial, estimulando os colegas de diferentes profissões e dando credibilidade às atividades (EWQI). Por outro lado, em um projeto da EWQI no qual a equipe funcionava como um satélite, foi especialmente difícil influenciar os altos funcionários (Shared Leadership). Alguns projetos precisaram desenvolver melhor o pensamento estratégico e formar laços não só com os diretores médicos, mas também com uma série de executivos sênior e membros dos conselhos diretores (*Shared Leadership*; *Safer Systems*). Dessa forma, para que o apoio dos altos funcionários seja efetivo, ele deve ocorrer através da integração estratégica dos objetivos de melhoria com os grandes objetivos organizacionais.⁷⁸

Envolver e apoiar a gerência intermediária e os profissionais das enfermarias

A falta de envolvimento da gerência intermediária foi identificada como um problema nas avaliações de vários programas, dentre eles vários projetos de liderança e a primeira fase da SPI. A gerência intermediária preocupa-se em manter a estabilidade e em promover a prestação confiável dos serviços, sendo responsável por implementar mudanças estratégicas definidas pelos altos escalões das organizações; porém, teve poucas oportunidades de envolver-se de forma proativa nas iniciativas de melhoria promovidas pela *Health Foundation*. Embora também tenham recebido recompensas, estes profissionais, por vezes, tiveram dificuldade em reservar tempo para os programas, afastando-se de suas responsabilidades operacionais. A literatura sugere que o seu apoio pode ser importante de várias maneiras: por exemplo, ajudando a fazer com que determinados projetos e iniciativas estejam alinhados com os grandes objetivos organizacionais e integrando os esforços de melhoria nos sistemas de monitoramento e gestão do desempenho.⁸⁰ Uma gerência intermediária mais aberta às mudanças pode se tornar importante defensora interna dos programas, desempenhando a tarefa crucial de obter recursos e justificar as atividades.⁸¹



Pode ser difícil envolver a gerência intermediária e os profissionais das enfermarias nas novas intervenções, pois esses profissionais não só já enfrentam muitas demandas clínicas e organizacionais complexas (e frequentemente contraditórias), como também muitas vezes contam com contingentes de pessoal, recursos e equipamentos limitados. Como eles já precisam equilibrar muitas prioridades concorrentes, as iniciativas que geram ainda mais burocracia tendem a ser particularmente indesejáveis (SPI I). As intervenções complexas podem ser consideradas intimidantes (SPI I); por isso, é importante fazer com que a implementação pareça viável, a fim de assegurar o apoio dos profissionais da linha de frente (SPI I). Outros autores observaram a importância de fazer com que a infraestrutura de informação promova o envolvimento dos profissionais, ao invés de desencorajá-lo.¹²

Alguns dos fatores que afetaram o envolvimento dos médicos na SPI foram um histórico prévio de iniciativas de melhoria, a alocação de recursos, as percepções sobre o objetivo da intervenção, a existência de evidências sobre a eficácia do programa, a presença de especialistas externos, a presença de profissionais locais que atuaram como defensores do programa e o envolvimento dos gestores (*Journey to Safety*). No mesmo programa, os gestores em geral relataram mais resultados positivos do que os profissionais da linha de frente. A comunicação franca e frequente é importante para promover o envolvimento dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente (EWQI).

Compartimentalização

A distância entre os grupos profissionais e disciplinares e também, de forma mais ampla, entre os profissionais e os gestores foi um obstáculo importante para a promoção de mudanças nos programas da *Health Foundation*. Os beneficiários dos programas muitas vezes tiveram dificuldade em desenvolver relações de trabalho fortes com os diferentes participantes e em cruzar as fronteiras profissionais e administrativas. Isso reflete a caracterização feita por cientistas sociais, que veem os hospitais e outros ambientes de saúde como organizações “tribais” nas quais geralmente existem relações tensas entre os diferentes grupos profissionais.⁸² O consenso e a confiança no interior de uma profissão não necessariamente se estende aos processos liderados por outros grupos clínicos. A compartimentalização profissional pode ser um obstáculo importante ao envolvimento nas iniciativas de melhoria.^{23,75} A avaliação da EWQI também revelou que as fronteiras disciplinares no interior das profissões podem ser importantes: o envolvimento de profissionais de diferentes especialidades clínicas, com distintas normas, valores e concepções em relação à base de evidências, pode obstruir o engajamento.

Uma estratégia bem sucedida em alguns programas foi a oportunidade de oferecer orientações e reflexões sobre a natureza dessa compartimentalização profissional, o que deu aos beneficiários dos programas uma rara oportunidade de escapar das pressões cotidianas ligadas aos papéis com os quais tinham sido socializados durante muitos anos. O aprendizado multidisciplinar — tanto entre os beneficiários dos programas como nos ambientes nos quais as atividades de melhoria estavam sendo realizadas — também foi um método promissor na mediação das fronteiras entre grupos profissionais e disciplinares. Este achado corrobora as sugestões da literatura de melhoria e as teorias e evidências das ciências sociais.^{34,83,84} No entanto, essas evidências também indicam que a formação de uma comunidade multidisciplinar, que envolva diversas profissões e especialidades e também os gestores, não é algo que possa ser imposto. Pelo contrário — para que possa ser sustentável e efetiva, deve ser impulsionada pela vontade desses próprios grupos, de modo que os diferentes participantes a vejam como algo legítimo e valioso, em consonância com as normas das diferentes profissões.





Desafio 7: Lideranças

A literatura da melhoria dá um papel de destaque às lideranças, especialmente as lideranças clínicas (e frequentemente médicas), que podem ser cruciais para que as iniciativas ganhem ímpeto no nível local.¹² As avaliações da *Health Foundation* revelaram que o trabalho de liderança em intervenções de melhoria complexas requer uma combinação de habilidades técnicas de facilitação e qualidades pessoais (*Leadership review*). Em conformidade com a literatura,^{42,61,62} observou-se que os líderes eram necessários em todos os níveis, desde a linha de frente até a gestão. A disponibilidade de tempo e espaço para desenvolver as capacidades de liderança foi observada como um fator crucial para o êxito em várias avaliações dos programas da *Health Foundation*, especialmente diante dos diferentes históricos pessoais dos profissionais e da experiência limitada dos participantes em atividades de liderança. Além disso, observou-se a necessidade de uma ampla variedade de qualidades de liderança para atingir os objetivos de melhoria; as lideranças facilitadoras são particularmente importantes, especialmente se considerarmos que muitos dos beneficiários dos programas atuam como elementos “intermediários” no interior das organizações. Os líderes de melhoria devem ser confiantes, mas não excessivamente dominantes (*Shared Leadership*). Dentre as qualidades particularmente importantes estão as habilidades interpessoais necessárias para envolver e encorajar os outros (*Leadership review*). Bradley *et al.*, por exemplo, observaram que “líderes clínicos determinados”, que estavam dispostos a promover verdadeiras mudanças, mas que também tinham sensibilidade em relação às necessidades dos membros das equipes, foram um componente crucial no projeto de melhoria estudado pelos autores.¹⁵

Considerando-se o foco, os objetivos e os beneficiários dos programas de melhoria, a conceitualização da *Health Foundation* sobre as lideranças está bem fundamentada na base de evidências das ciências sociais. Entretanto, essa base de evidências também sublinha a necessidade de uma pluralidade de papéis de liderança, distribuídos ao longo dos diferentes níveis da hierarquia organizacional e entre os diversos grupos que precisam se envolver nos projetos.⁶³ Isso reflete os resultados de um corpo crescente de evidências sobre as lideranças em organizações do setor público. Essas evidências enfatizam a importância de formas mais distribuídas de liderança em organizações que possuem objetivos organizacionais ambíguos e cujo poder está distribuído entre vários grupos profissionais.^{64,65}

Existe o risco de que as pessoas que procuram ser vistas como “inspiradoras” ou “transformadoras” acabem por indispor os outros profissionais, sendo vistas como elementos que procuram receber o mérito por esforços feitos por outros profissionais na camada intermediária e na linha de frente. Isso implica a necessidade de que as responsabilidades de liderança sejam assumidas coletivamente pelos diferentes grupos clínicos e administrativos. Além disso, é necessário adotar um conjunto amplo de estratégias que sejam convincentes nos diferentes níveis da organização e nos diferentes grupos profissionais, tendo, assim, uma maior probabilidade de exercer influência e de modificar as políticas e as práticas.³⁴

Talvez seja mais adequado caracterizar o líder da melhoria como um facilitador, e não como uma autoridade. O papel do facilitador envolve a capacidade de permitir que os outros contribuam com seus pontos de vista, conhecimentos e ideias, criando redes, facilitando a cooperação e a colaboração, gerando confiança entre os outros profissionais (*Leadership*), promovendo o entusiasmo e mantendo o ímpeto (EWQI). Uma liderança mais “silenciosa”, que utilize menos declarações bombásticas e se dedique mais a trabalhar para facilitar a colaboração entre os participantes-chave de um projeto, pode ser fundamental.⁶⁶





Desafio 8: Promover o engajamento dos profissionais equilibrando incentivos e possíveis sanções

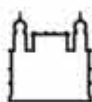
Profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente são muito ocupados e podem precisar de incentivos para priorizar as ações de melhoria. A literatura sugere que quanto mais indiretos e dispersos forem os benefícios de uma intervenção, mais difícil será promover o engajamento desses profissionais.^{15,16} Os relatórios de avaliação corroboram essa ideia (EWQI 2009). Melhorias visíveis e evidências inequívocas de que os pacientes se beneficiarão das ações de melhoria podem servir como um incentivo para envolvê-los de forma mais ampla nessas ações, que, geralmente, são vistas como atividades com pouco status e que geram poucas recompensas (EWQI 2007, 2009). Uma sugestão consiste em desenvolver as auditorias como atividades que possam ser usadas como evidências para o envolvimento no desenvolvimento continuado e na revalidação dos profissionais (EWQI). Juntamente com as auditorias, os sistemas de monitoramento também podem servir como um incentivo, imbuindo os profissionais de um senso de responsabilização (SPI I). Há relatos na literatura de iniciativas semelhantes que tiveram algum êxito.^{15,16,62}

Por um lado, a pressão e a estima por parte dos colegas, promovidas por atividades como as auditorias comparativas, as reuniões regionais e as visitas de revisão por pares (EWQI), podem ser importantes motores para a mudança; por outro lado, evidências sobre a relação custo-benefício e o cumprimento de metas centrais podem servir como incentivos para os gestores (EWQI 2007).

Embora a participação na SPI tenha elevado as perspectivas profissionais de uns poucos participantes, o relatório de avaliação (SPI I) recomendou que incentivos em termos de reputação associados à participação em programas de melhoria sejam considerados como uma “estratégia para o futuro”. Da mesma forma, a avaliação do programa *Shared Leadership* defendeu que os planos de carreira e os sistemas de recompensa fossem organizados de modo a manter as equipes juntas e a aumentar a sustentabilidade. A literatura certamente sugere que o alinhamento dos programas com os valores e as motivações dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente pode facilitar o envolvimento nas atividades de melhoria.^{13,16}

Muitos dos projetos de melhoria financiados pela *Health Foundation* procuram, em grande medida, aproveitar a motivação intrínseca dos profissionais de saúde para maximizar a qualidade e a efetividade do cuidado prestado aos pacientes. No entanto, o comprometimento profissional e o etos do serviço público têm seus limites na promoção de mudanças. Quando os projetos se deparam com hostilidade ou indiferença, os métodos de persuasão mais “suaves” podem não conseguir promover mudanças na prática. Se não houver motivação intrínseca, talvez seja necessário utilizar táticas mais duras, para além das formas de estímulo mais suaves. Alguns dos projetos mais bem sucedidos da EWQI aprenderam essa lição desde cedo e aplicaram uma combinação de instrumentos persuasivos mais suaves com “medidas mais duras” para promover mudanças nos sistemas — por exemplo, alguns projetos implementaram um sistema de revisão e auditoria por pares desde o início, a fim de promover mudanças e relembrar as organizações participantes de que elas estavam sendo monitoradas.

O fundamental parece ser o uso de uma combinação de estratégias, de modo que as abordagens mais duras que dependem da motivação extrínseca não afetem a disposição intrínseca dos profissionais para melhorar a qualidade.⁸⁵ A profissão médica serve como um exemplo sofisticado dessa situação — nela, o comprometimento presumido dos profissionais é sustentado por um sistema de regulamentação, apoio e possíveis repreensões pelos pares caso um profissional se desvie das normas de conduta.⁸⁶





Dessa forma, o apoio das associações profissionais pode servir como um importante auxílio aos projetos de melhoria; no entanto, os projetos também precisam desenvolver uma clara teoria da mudança que defina como pretendem modificar o comportamento para promover a melhoria, utilizando medidas suaves e duras de forma complementar.²⁸

Tema 3: Sustentabilidade, disseminação e consequências inesperadas

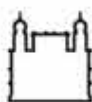
Um último tema está ligado à sustentabilidade, à disseminação e à possibilidade de que uma intervenção gere consequências inesperadas e indesejadas. Os relatórios de avaliação trazem evidências limitadas sobre estes tópicos, pois a maior parte das avaliações coincidiu com os períodos de duração dos programas, sem estudos de seguimento. A *Health Foundation* talvez passe a estender a avaliação dos programas para examinar seus efeitos de longo prazo, especialmente se considerarmos que a sustentação e a disseminação dos programas no interior das organizações e para outras organizações é uma dificuldade bem conhecida: o “efeito da evaporação da melhoria” pode fazer com que melhorias iniciais na qualidade e na segurança diminuam ao longo do tempo.⁸⁷

Desafio 9: Assegurar a sustentabilidade

As evidências disponíveis sugerem a necessidade de estabelecer, desde o início, um modelo explícito para **disseminar o aprendizado e sustentar as mudanças** (SPI; *Leadership review*). O envolvimento em programas de melhoria pode servir como um elemento estabilizador em tempos de incerteza (*Shared Leadership*), mas também pode permitir a sustentação da melhoria no futuro, especialmente quando o foco das políticas de saúde for desviado para outras questões (SPI I). No entanto, a menos que as medidas sejam inseridas em mecanismos mais amplos, o interesse dos gestores e dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente provavelmente diminuirá quando eles se depararem com novas prioridades concorrentes (EWQI). Dessa forma, para sustentar as mudanças, pode ser fundamental “firmar” as medidas de melhoria, modificando as políticas de gestão do desempenho e a infraestrutura organizacional.²⁷

A avaliação da EWQI observou que as atividades de melhoria pareceram ser mais efetivas quando integradas às atividades de rotina. O problema central foi que os projetos dependeram excessivamente de certos indivíduos, em vez de contar com processos institucionalizados como a adaptação das normas e protocolos e a capacitação local para a promoção de mudanças. Essa dependência de pessoas específicas ameaça a estabilidade dos programas, pois o impacto, o apoio e o comprometimento podem se perder rapidamente se essas pessoas deixarem o serviço (EWQI). Da mesma forma, mudanças organizacionais podem rapidamente desestabilizar o progresso e reverter as conquistas, a menos que a melhoria esteja plenamente internalizada (SPI Lng). O apoio da alta direção pode ser necessário para sustentar o progresso diante desses desafios.

Uma dificuldade evidente na tarefa de internalizar as atividades de melhoria é a falta de recursos contínuos, especialmente quando as organizações enfrentam situações financeiras desfavoráveis. Em muitos programas da *Health Foundation*, os profissionais continuaram a dedicar seu tempo à sustentação da melhoria mesmo depois do final da iniciativa. Alguns projetos obtiveram fundos adicionais pela participação em ou-





tros programas de financiamento. No caso dos profissionais que participavam de programas ligados às lideranças, alguns conseguiram atrair recursos adicionais da organização na qual trabalhavam. No entanto, na maioria dos casos, os programas só foram sustentados quando não representaram um consumo adicional de recursos ou quando utilizaram os recursos existentes de forma mais eficiente (EWQI). Nem todos os projetos se transformam em serviços sustentáveis; para se tornar parte dos serviços centrais de uma organização, eles precisam conseguir demonstrar a sua efetividade e eficiência clínica (SPI Lng).

Nos programas ligados às lideranças, encontramos exemplos de pessoas que aplicaram o aprendizado num contexto prático, introduzindo um referencial de responsabilização ou alterando os planos da organização para implementar cortes no orçamento. Outros conseguiram fazer com que a alta direção se envolvesse numa estratégia nacional de desenvolvimento de lideranças (*Leadership review*). Apesar desses casos de sucesso, um importante fator limitante foi o fato de que liderar iniciativas de melhoria nem sempre se adequou aos papéis profissionais tradicionais (*Leadership*). Além disso, papéis exemplares ou de defesa da melhoria só são sustentáveis em organizações cuja cultura apoie o desenvolvimento de lideranças (LF *pilot*). Isso reflete o que foi dito acima — o impacto limitado que a participação em programas de liderança para melhoria tem na ascensão profissional dos participantes.¹⁶

Outra questão tratada nos relatórios de avaliação diz respeito à possibilidade de transferir as intervenções bem sucedidas para novos contextos. É arriscado presumirmos que, se uma intervenção de melhoria funcionou bem num contexto, será possível transplantá-la para outro. As avaliações contêm alguns relatos de transferências bem sucedidas dentro de áreas clínicas específicas. Por exemplo, no programa EWQI, os métodos do *Scottish National Audit Project-Community Acquired Pneumonia* (SNAP-CAP) foram transferidos para projetos ligados a outras infecções e o pacote de cuidados foi adotado por organizações de outras regiões (EWQI). Também houve exemplos de projetos e pessoas que contribuíram para o desenvolvimento de normas e estratégias nacionais e para o desenho de programas e campanhas futuras (SPI Lng, EWQI). No entanto, em termos gerais, a transferência de abordagens de melhoria complexas e multifacetadas não é fácil, mas aprendizados importantes podem migrar de um ambiente a outro.⁸⁸

Os contextos organizacionais podem provocar uma variação considerável nos efeitos dos programas (EWQI). O êxito de abordagens complexas e multifacetadas para melhorar a qualidade pode ser especialmente difícil de reproduzir fora da instituição original e requer paciência e adaptabilidade.⁸⁸ Em particular, pode ser difícil transferir intervenções implementadas originalmente em áreas clínicas definidas e específicas, como a terapia intensiva, na qual é mais fácil lidar com questões ligadas às pessoas e ao contexto, a cultura de equipe é mais forte e existem lideranças no trabalho cotidiano (SPI Lng). A natureza “tribal” de muitos hospitais, com “subculturas [que vivem] suas vidas num glorioso isolamento em relação às outras”,⁸² também pode dificultar a transferência entre departamentos, enfermarias e até mesmo equipes.⁷⁵ Essas observações corroboram achados das ciências sociais, segundo os quais a coesão interna atua reforçando mudanças comportamentais, fazendo com que os indivíduos tenham dificuldade em se desviar de iniciativas que foram abraçadas por seus colegas.⁸⁹

Algumas intervenções necessariamente terão um alcance localizado, tendo em vista o tamanho da equipe e do domínio (*Shared Leadership*), além do tempo e dos recursos disponíveis, o que pode fazer com que apenas um número limitado de pessoas seja exposto à intervenção (SPI I; *Leadership review*). Até mesmo num programa bem financiado e conduzido, o impacto provavelmente será irregular e limitado (EWQI).



Desafio 10: Efeitos colaterais das mudanças

Qualquer intervenção corre o risco de ter consequências indesejadas, e pode ser difícil promover os efeitos colaterais positivos e mitigar os efeitos negativos ao mesmo tempo. Embora nenhuma das avaliações tenha tentado examinar explicitamente os efeitos colaterais das mudanças causadas pelas iniciativas de melhoria, alguns dos relatórios de avaliação discutem o risco de consequências indesejadas, dentre elas a possibilidade de que os profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente fiquem desiludidos com as atividades de melhoria. Por exemplo, o relatório *Co-creating Health* identifica o risco de que as boas práticas existentes sejam interrompidas. Alguns projetos depararam-se com custos de oportunidade inesperados que, na opinião de alguns, superaram todos os benefícios do programa (por exemplo, o custo relacionado à substituição dos profissionais que passaram a dedicar seu tempo à melhoria não foi previsto no programa *Shared Leadership*). Existe uma conscientização crescente sobre a necessidade de estarmos alertas aos efeitos colaterais da melhoria,^{90,97,98} mas seus métodos de detecção ainda não estão bem desenvolvidos.



Capítulo 4

Questões fundamentais para superar os desafios da melhoria

A má compreensão sobre como os contextos organizacionais e outras dificuldades afetam a melhoria continuam a obstruir o desenho e a implementação bem sucedida destas iniciativas. Neste trabalho, procuramos sintetizar o aprendizado extraído de vários relatórios de avaliação de projetos e programas de melhoria realizados pela *Health Foundation*, que procuraram melhorar a qualidade desenvolvendo lideranças para tal e implementando mecanismos mais amplos de apoio.

Além de identificar alguns dos principais desafios enfrentados pela melhoria, a nossa análise destacou algumas maneiras de superá-los, extraídas das avaliações e da literatura como um todo. A tabela 1 resume as principais lições extraídas dessa análise, classificadas em três grandes temas. Mais adiante, apresentamos uma breve discussão sobre questões importantes surgidas da análise.

Tabela 1: Lições práticas para superar os desafios à melhoria

Desafios que afetam a melhoria	Maneiras de superar os desafios
Tema 1: Desenho e planejamento	
Os profissionais não consideram que o problema em questão seja "real"	Debates e discussões liderados pelos pares; uso de dados concretos para demonstrar a dimensão do problema
Base fraca de evidências faz com que a intervenção não tenha credibilidade	Evitar áreas nas quais a base de evidências é fraca ou nas quais o consenso profissional não possa ser atingido Envolver profissionais sênior respeitados (líderes que possam dar sua opinião como especialistas)
Abordagens inadequadas para o contexto local	Testes-piloto das abordagens e revisão (ou rejeição) conforme apropriado
Objetivos ambiciosos demais para o tempo e/ou os recursos disponíveis	Reconhecer melhor os recursos, os esforços e o apoio necessários Enfocar uma área mais definida Fazer testes para identificar o apoio necessário



Falta de clareza sobre as definições/natureza do programa	Acordar os detalhes básicos desde o início
Métodos de avaliação não integrados ao projeto/dados para construção de linha de base não coletados	Projetar a avaliação durante a fase de planejamento
Dificuldade em isolar o impacto das intervenções e de compreender as causas das mudanças	Conceber métodos de avaliação desde o início, p.ex., coletar dados para a construção de linha de base Grupo controle Abordagem contrafactual
A importância da avaliação não é bem compreendida (p.ex., a diferença entre melhoria/gestão do desempenho)	Pode ser necessário apoio externo; a avaliação deve ser integrada ao projeto desde o início As equipes locais precisam de mais apoio
Coleta de dados orientada para a pesquisa, e não para a melhoria	Buscar formas de utilizar os dados para beneficiar os pacientes
Melhoria significativa não é obtida, pois os processos já são bons desde o início	Direcionar os esforços para as organizações/pessoas com maior potencial de se beneficiar com o programa
Falta de apoio administrativo	Considerar os custos do apoio administrativo no orçamento do projeto
Custos de oportunidade inesperados ou outras consequências indesejadas	Fazer com que os limites do financiamento estejam claros desde o início, p.ex., saber se há fundos suficientes para cobrir os custos da substituição de profissionais
Tema 2: Contextos organizacionais e institucionais, profissões e lideranças	
Falta de estruturas organizacionais que apoiem a implementação	Necessidade de identificar o apoio necessário e dar tempo/recursos ao projeto para estabelecer sistemas (p.ex., para coletar dados) caso estes não existam



A melhoria é menos valorizada do que a pesquisa médica	Apoio da alta direção, órgãos profissionais, sistemas de recompensas
Capacidade limitada de aprendizado organizacional	É necessário o envolvimento da alta direção A cultura deve apoiar o aprendizado e o desenvolvimento
Necessidade de alinhar departamentos, profissionais, níveis	Reduzir o número de áreas a serem abordadas
Mudanças na agenda/prioridades do "contexto externo"	Direcionar as intervenções aos temas centrais e às políticas específicas
Os planos de carreira do NHS não promovem o progresso através da melhoria, p.ex., os profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente precisam enxergar além do trabalho diário para aplicar o aprendizado ou mudar de carreira	Apoio da alta direção e dos órgãos profissionais Incentivos em termos de reputação (elevar o status da melhoria) Pressão/reconhecimento dos pares (p.ex., visitas de revisão por pares, auditorias comparativas)
Mudanças no quadro de pessoal	Integrar as iniciativas às estruturas institucionais, em vez de depender de indivíduos
Falta de incentivos que encorajem a participação	Destacar as melhorias visíveis Utilizar a melhoria como uma base de evidências para o desenvolvimento profissional contínuo/revalidação Incentivos em termos de reputação (elevar o status da melhoria) Pressão/reconhecimento dos pares (p.ex., visitas de revisão por pares, auditorias comparativas)





A melhoria é vista como algo liderado/ imposto pelos gestores	Utilizar abordagens lideradas pelos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente e outros colaboradores Envolver os órgãos profissionais
Diferentes pontos de vista entre as diversas profissões, áreas clínicas e grupos de interesse	Envolver os representantes de todas as áreas/profissões no desenho da intervenção Centrar as iniciativas em áreas clínicas definidas
Barreiras de linguagem entre profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente e gestores e falta de compreensão sobre seus respectivos papéis	Mais oportunidades de trabalho trans-profissional Utilizar intermediários, p.ex., profissionais dedicados ao treinamento
Mistura de habilidades necessárias para a melhoria	Equipes multidisciplinares e apoio externo
Carência de habilidades da equipe de profissionais (p.ex., trabalho em equipe, trabalho em rede)	Incluir o treinamento como parte do projeto
Estilo de liderança inadequado	Treinamento para líderes em todos os níveis nos métodos de liderança facilitadora/sutil
Falta de definição clara dos papéis dos usuários dos serviços e conselhos diretores, por exemplo	Definir o envolvimento e os papéis dos diferentes grupos de interesse desde o início





Falta de envolvimento dos profissionais das enfermarias e da gerência intermediária	<p>Evitar que o projeto gere uma burocracia excessiva</p> <p>Fazer com que a intervenção pareça viável</p> <p>Assegurar o apoio precoce e pleno dos líderes clínicos</p> <p>Intervenções lideradas pelos pares/líderes de opinião</p> <p>Criar recompensas para a gerência intermediária e para os profissionais das enfermarias</p>
Falta de tempo da equipe de profissionais	<p>Proteger o tempo dos profissionais dedicado ao trabalho de melhoria, inclusive o tempo para reflexão</p> <p>Fazer com que as atividades sejam reconhecidas como uma prioridade</p>
Tema 3: Sustentabilidade, disseminação e consequências inesperadas	
O alcance das intervenções é extremamente localizado	<p>Necessidade de realismo sobre o alcance da intervenção desde o início</p> <p>Monitoramento longitudinal, dando tempo para que os efeitos do programa cheguem à linha de frente do cuidado</p>
Falta de financiamento continuado	<p>Identificar as fontes futuras de financiamento, p.ex., participação em outros programas, novos financiadores</p> <p>Identificar maneiras de utilizar os recursos de forma mais eficiente</p>
Os projetos não são integrados aos mecanismos mais amplos/atividades de rotina	<p>Integrar o projeto às normas, protocolos, procedimentos etc.</p> <p>Envolver a alta direção</p>
Ausência de requisitos específicos para aplicar/disseminar o aprendizado	<p>Especificar esse requisito na documentação relativa ao programa</p>





As melhorias não são transferidas com êxito	Identificar as áreas nas quais a melhoria pode ser transferida com êxito (provavelmente áreas relacionadas) Ter em conta o contexto organizacional durante a transferência (pode ser necessário adaptar o programa) Envolver os órgãos profissionais e os responsáveis por desenvolver as estratégias nacionais
---	---

A mensagem predominante talvez seja a de que não existe uma solução mágica para a melhoria. Isso não significa que devamos ser nihilistas, e sim que precisamos aceitar os desafios e adotar uma abordagem baseada em soluções. Muito do que aprendemos diz respeito a tensões e equilíbrios, por isso as soluções precisam ser matizadas, sensíveis e razoáveis, mantendo um foco firme nos benefícios da melhoria para os pacientes. Para assegurarmos o envolvimento dos diversos grupos de interesse na melhoria da qualidade, precisamos utilizar muitas abordagens, várias delas aparentemente contraditórias: lideranças fortes ao lado de uma cultura participativa; direção e controle, mas também flexibilidade diante das necessidades locais para a implementação; retroalimentação crítica sobre o desempenho, mas sem culpabilização.¹⁵ Para conseguir superar os desafios da melhoria, teremos que avançar por muitos caminhos difíceis de percorrer.

Uma das tensões é a que existe entre a ação e a avaliação. A ânsia de agir para promover a melhoria é compreensível, especialmente quando é revelado um déficit no cuidado. No entanto, saber que é preciso melhorar o cuidado não implica saber como fazê-lo.⁹⁰ Uma das características da melhoria ao longo da última década talvez tenha sido a ânsia de agir sem uma base de evidências suficientemente forte, ou sem planejamento, avaliação e consultas adequadas, seguida da expectativa de resultados impressionantes num curto espaço de tempo. Uma lição importante para as iniciativas futuras talvez seja a necessidade de períodos muito mais longos para o desenvolvimento dos projetos. São necessários investimentos consideráveis para especificar a teoria da mudança, consultar as partes envolvidas, desenhar e escolher os indicadores adequados, estabelecer um sistema de coleta de dados e avaliar a capacidade organizacional. Ao mesmo tempo, os programas de melhoria devem apresentar um referencial para a mudança, e não uma especificação rígida; a adaptabilidade é um componente fundamental da melhoria.

Outra tensão relacionada é o “status de projeto”. Por um lado, os projetos podem gerar entusiasmo e um claro ímpeto para a mudança, mas também podem prejudicar a efetividade de várias maneiras. A mera complexidade das organizações de saúde, com suas diversas tribos de profissionais e gestores, mudanças nas políticas e diferentes níveis de responsabilização diante dos pacientes, das agências reguladoras e dos contadores, faz com que a contribuição das iniciativas de melhoria represente apenas uma pequena parte das atividades da organização. É necessário considerar, logo nas primeiras fases do planejamento, o quão alinhados estão os projetos de melhoria com as políticas nacionais. Projetos que forem de encontro às iniciativas nacionais, ou que sejam introduzidos em ambientes que já sofrem tensões organizacionais devido a outras demandas obrigatórias, acabarão por enfrentar dificuldades.



PROQUALIS

Também existem tensões relacionadas ao entusiasmo que cerca os projetos, especialmente quando, como no caso da *Health Foundation*, o financiamento para estes é concedido através de um processo competitivo e é visto como algo que traz muito prestígio para a organização. Os líderes de projetos de melhoria podem facilmente se deixar levar pelo entusiasmo ou pela aparente necessidade de impressionar o financiador, fixando objetivos pouco razoáveis ou drenando recursos e energia de outras atividades importantes. A isso pode se somar a impaciência organizacional, que deseja conquistas fáceis e resultados rápidos, devendo, portanto, ser gerida com cuidado. Os projetos são particularmente difíceis quando são complexos, envolvem muitas prioridades e exigem muito das estruturas e da boa vontade das pessoas. Projetos que adotam metas muito ambiciosas podem facilmente subestimar o volume de trabalho e os recursos necessários para atingir as mudanças desejadas numa enfermaria, num serviço ou num hospital. É preciso fazer avaliações explícitas do esforço que será exigido dos participantes, que deverão, então, assumir um compromisso explícito de realizar esses esforços. Além disso, provavelmente seja necessário desenvolver habilidades específicas em gestão de projetos para evitar os perigos da mudança de objetivos — casos em que, por exemplo, atingir metas ou marcos pré-estabelecidos torna-se mais importante que efetuar uma mudança positiva.

As avaliações e a literatura como um todo revelam repetidamente a existência de diferentes capacidades organizacionais para apoiar as iniciativas de melhoria. O grau de prontidão organizacional, em termos de infraestrutura física (como os sistemas de informação) e recursos humanos (na forma de apoio administrativo e envolvimento da alta direção), possivelmente tem efeitos significativos sobre a probabilidade de êxito de um projeto de melhoria. O envolvimento da alta direção deve se basear no apoio ativo, na comunicação em dois sentidos e no alinhamento estratégico. Os estilos de liderança também devem levar em consideração a necessidade de facilitar a colaboração entre diferentes grupos profissionais para garantir o êxito da melhoria. Alguns estudos sugerem que a criação de líderes de melhoria com status de “celebridades” pode acabar por indispor os demais profissionais, enquanto o subfinanciamento de funções pouco glamourosas, como as de um auxiliar administrativo, pode ser fatal para uma iniciativa de melhoria.

Mesmo nas organizações que contam com capacidade organizacional e com o apoio da alta direção, mudanças no quadro de pessoal, particularmente se envolverem os grandes defensores e “mentores” de um programa, podem perturbar o progresso da melhoria. Em algumas organizações, as ações de melhoria são vistas como uma atividade periférica, fora do trabalho central de prestação do cuidado de saúde. Alguns dos aspectos mais valorizados pelos beneficiários dos programas, como os projetos de aprendizado e tutoria e o tempo reservado à reflexão, podem ser mais vulneráveis à erosão caso não exista apoio pleno por parte das organizações. Consequentemente, é importante evitar que o apoio organizacional se dissipe. Para isso, pode ser necessário estabelecer ligações mais diretas entre esses aspectos das intervenções e os acordos de financiamento, deixando clara a conexão entre esses processos de melhoria e os resultados do cuidado de saúde.

Com base na nossa análise dos desafios organizacionais enfrentados pela melhoria, uma opção tentadora seria concentrar o trabalho intensamente nos contextos mais receptivos às mudanças, onde o retorno sobre o investimento em melhoria provavelmente será maior. As experiências dos projetos da SPI e da EWQI mostram que a melhoria é atingida com muito mais facilidade em alguns ambientes do que em outros: por exemplo, o ambiente extremamente contido e culturalmente coeso das unidades de terapia intensiva parece ser mais fértil para a promoção de mudanças comportamentais do que outros serviços. Se concentrarmos o trabalho nas unidades caracterizadas por laços fortes e recíprocos entre os profissionais, onde houver maior



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 Hailty Moussatché – Sala 215
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: (55) (21) 3865-3283



aceitação das normas do grupo e maiores oportunidades para o automonitoramento e para sanções sociais informais será mais fácil colher os frutos de uma melhor qualidade e segurança.^{89,91} No entanto, mesmo essa abordagem envolve uma tensão — pois é muito provável que as unidades, enfermarias ou consultórios menos férteis sejam justamente as que mais precisam da melhoria. Dessa forma, ao concentrarmos o trabalho nos locais onde as conquistas podem ser mais fáceis, corremos o risco de simplesmente aumentar a iniquidade.

Uma outra tensão está ligada à necessidade de atender a muitos públicos diferentes. Ao ganharmos o apoio de um grupo de interesse, podemos acabar por alienar outro. Alguns dos elementos mais importantes de uma iniciativa de melhoria são a formação de boas relações e o envolvimento dos profissionais. Para isso, como afirmam Bradley *et al.*, precisamos da “capacidade de utilizar abordagens contrastantes simultaneamente e de equilibrar as tensões entre elas”.¹⁵ Chegar a um acordo sobre o problema a ser enfrentado talvez seja o passo mais importante na construção do consenso e da união. Um achado claro dos relatórios é a necessidade de que tanto o problema a ser enfrentado pela melhoria como as evidências de efetividade das iniciativas sejam vistos como legítimos pelos profissionais por eles afetados. Temos que ter cuidado ao decidir onde concentrar as intervenções de melhoria, garantindo que as iniciativas representem uma verdadeira vantagem em relação aos sistemas existentes.

As iniciativas que vão “contra a corrente” dos grandes objetivos profissionais, organizacionais e políticos provavelmente terão grandes dificuldades em atingir seus objetivos. No âmbito da alta direção, projetos bem adaptados aos objetivos organizacionais têm mais chances de serem acolhidos com entusiasmo que com indiferença.⁹² Na linha de frente do cuidado de saúde, é fundamental fazer com que os profissionais se apropriem do projeto, de modo que aqueles que têm a sua prática profissional afetada mais diretamente pelo programa tenham a possibilidade de participar do refinamento da intervenção.⁹³ A gerência intermediária muitas vezes é negligenciada, embora desempenhe uma função crucial nos processos de melhoria, que precisa ser reconhecida e apoiada. Dessa forma, é preciso encontrar um equilíbrio entre adequar um projeto aos grandes objetivos, a fim de assegurar o apoio da alta direção, e manter um grau de flexibilidade, permitindo que os profissionais cujo comportamento será alterado sejam participantes do processo, e não apenas objetos da mudança.

O trabalho junto a tantos grupos de interesse leva tempo e energia, e não há nenhuma garantia de êxito. Eventos e turbulências inesperados no contexto externo podem afetar o ímpeto de uma iniciativa de melhoria. No entanto, se o projeto estiver alinhado aos interesses dos diversos grupos de interesse e estiver associado a focos políticos duradouros, poderá exercer uma maior influência ao longo do tempo.

Para promover mudanças nas organizações é necessário executar ações coordenadas em múltiplos níveis, procurando influenciar as diversas redes profissionais que cobrem todos os grupos de interesse.⁹⁴ É necessária uma combinação de lideranças claras sobre o que precisa ser modificado, sensibilidade em relação às particularidades locais e adaptabilidade na implementação, a fim de promover um senso de apropriação e fazer com que o projeto não pareça tão ameaçador. No entanto, as iniciativas para promover a apropriação podem parecer meramente simbólicas se ocorrerem dentro de uma cultura administrativa percebida como “de cima para baixo” e autoritária, ou se os profissionais sentirem que questões importantes estão sendo deixadas de lado.

Outro grande desafio é a sustentação do progresso ao longo do tempo. Se contarem com o envolvimento adequado das associações profissionais e dos *royal colleges*, as atividades de melhoria poderão ser integradas



PROQUALIS

às atividades centrais de uma organização através de processos de treinamento e revalidação. As intervenções de melhoria têm muito mais probabilidade de êxito quando desenvolvidas **junto** aos profissionais de saúde, em vez de ser impostas **sobre** eles. Os projetos que procuram modificar o comportamento sem contar com alguma forma de endosso por parte das profissões no âmbito local ou nacional estão fadados a fracassar: os grupos profissionais continuam a ser elementos cruciais para a aceitação ou rejeição de iniciativas destinadas a modificar a prática.^{23,95,96} As melhorias de qualidade são vulneráveis às mudanças no contexto organizacional e ao declínio nos níveis de interesse e entusiasmo, especialmente se não forem integradas aos grandes sistemas de gestão do desempenho e às políticas organizacionais. Porém, mais uma vez, o risco de ressentimento e de exibições ritualizadas de adesão aumenta depois que uma atividade de melhoria passa a fazer parte de um sistema de gestão do desempenho.



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 Hailty Moussatché – Sala 215
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: (55) (21) 3865-3283



Capítulo 5

Conclusões

A *Health Foundation* está comprometida em apoiar iniciativas de melhoria destinadas a melhorar a qualidade, a segurança e as experiências vividas pelos pacientes no NHS. Muitos dos líderes que receberam apoio da *Health Foundation* encontraram formas inovadoras de superar os desafios impostos pelo complexo contexto organizacional e profissional do cuidado de saúde. As mudanças, porém, são difíceis e demoradas.⁹⁹ Muitos desafios têm uma natureza profunda e estrutural, resistindo até às mudanças promovidas pelos líderes mais determinados. Alguns aspectos do contexto organizacional talvez não possam ser modificados apenas por meio de esforços individuais ou de equipe, por mais “heroica”, “transformadora” ou determinada que seja a liderança e por mais generoso que seja o apoio. Podemos esperar que ao menos algumas falhas venham a ocorrer e talvez não possam ser atribuídas a deficiências por parte dos beneficiários dos programas e suas equipes. Em vez disso, essas falhas devem ser vistas como oportunidades de aprendizado e como contribuições para a ciência da melhoria.

Muitos dos fatores identificados nesta revisão estão inter-relacionados e fazem parte de sistemas maiores e mais complexos. As intervenções que consigam superar um desafio talvez produzam outros. Como observado acima, as consequências inesperadas das iniciativas de melhoria de qualidade não foram bem estudadas. Se aqueles que desejam melhorar a qualidade puderem reconhecer, de forma mais explícita, a complexidade dos desafios enfrentados, isso talvez ajude a reduzir as ambições, evitar frustrações e maximizar o aprendizado.

Isso não significa que devemos ser pessimistas em relação aos esforços da *Health Foundation* e de outras organizações comprometidas a promover mudanças através das ações dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente e outros que trabalham na linha de frente do cuidado de saúde. Embora alguns desafios possam parecer insuperáveis, outros se tornam mais suscetíveis às intervenções à medida que aprendemos mais sobre eles. Muitas das conquistas destacadas nos relatórios de avaliação demonstram o quanto pode ser alcançado pelos programas de melhoria se estes contarem com recursos financeiros, treinamento adequado e apoio. As avaliações como um todo também sublinham o potencial para refinarmos e aprimorarmos a ciência da melhoria da qualidade através de avaliações rigorosas e da síntese cuidadosa das lições aprendidas. Esperamos que a nossa análise ajude a definir as estratégias futuras.



Apêndice

Resumo dos relatórios revistos

Safer Patients Initiative

A *Safer Patients Initiative* ocorreu de 2004 a 2008. Foi criada para testar maneiras práticas de melhorar a segurança hospitalar e para demonstrar o que pode ser atingido ao utilizarmos abordagens para a segurança do paciente que envolvam organizações por inteiro.

Safer Patients Initiative, fase 1 (SPI 1), fevereiro de 2011

A primeira fase da *Safer Patients Initiative* começou em 2004, quando quatro hospitais do Reino Unido foram selecionados através de um processo competitivo. Essas entidades realizaram atividades de melhoria ligadas às lideranças nas quatro áreas clínicas, utilizando um referencial de medição predefinido. As organizações tinham o objetivo ambicioso de reduzir pela metade o número de eventos adversos ocorridos em cada hospital ao longo de dois anos.

O trabalho de melhoria baseou-se na ideia de melhorar a segurança do paciente em cada organização por inteiro, trabalhando nas diferentes áreas clínicas. Para isso, foi necessário desenvolver uma melhor comunicação, treinar os profissionais em métodos de melhoria, criar novos sistemas para medir os processos e os resultados, notificar a ocorrência de incidentes adversos e aprender com eles. Os diretores executivos e equipes da alta direção envolveram-se inteiramente no programa, fazendo da segurança do paciente uma alta prioridade estratégica.

Safer Patients Initiative, fase 2 (SPI 2), fevereiro de 2011

A segunda fase da iniciativa começou em 2006. Na fase 2, outros 20 hospitais entraram no programa, trabalhando em pares para aprender com os êxitos e as dificuldades encontrados pela organização parceira.

Essas organizações tinham dois objetivos ambiciosos: uma redução de 30% na ocorrência de eventos adversos e de 15% na mortalidade ao longo de um período de 20 meses.

Learning report: Safer Patients Initiative (SPI Lng), fevereiro de 2011

Este relatório traz um resumo da *Safer Patients Initiative* (fases 1 e 2) e de sua avaliação, destacando o impacto do programa, as principais lições aprendidas e outras questões a serem exploradas.



PROQUALIS

The Journey to Safety: a report of 24 NHS organisations undertaking the Safer Patients Initiative (Journey to Safety), não publicado

Este programa examinou cinco questões fundamentais para qualquer programa de segurança:

- ▶ o papel do paciente na segurança do paciente;
- ▶ como aumentar a conscientização sobre os problemas de segurança nas organizações;
- ▶ a melhoria dos processos clínicos;
- ▶ unidades de alta confiabilidade e a transformação de organizações por inteiro;
- ▶ como a segurança é abordada em cada nível de uma organização numa série de etapas encadeadas (com foco na *Safer Patients Initiative*).

Leadership programmes (2008-2011)

What's leadership got to do with it? (Leadership), janeiro de 2011

Esta foi uma avaliação aprofundada dos programas da *Health Foundation* ligados às lideranças, incluindo uma análise da relação entre as lideranças e a melhoria. As três perguntas centrais avaliadas pelo estudo foram:

- ▶ Quais são as relações entre a melhoria e o comportamento de liderança?
- ▶ Diferentes tipos de iniciativa de melhoria exigem diferentes comportamentos de liderança?
- ▶ Que lições aprendemos sobre o desenvolvimento de lideranças de modo geral e sobre os programas da *Health Foundation* em particular?

Este relatório descreve detalhadamente o estudo, que durou dois anos, e as suas conclusões. O relatório traz ideias sobre como o desenvolvimento de lideranças pode apoiar a melhoria no NHS.

Evaluation of the Shared Leadership for Change Programme

(Shared Leadership), junho de 2009

Este programa foi concebido para testar a hipótese de que o apoio estruturado para melhorar o funcionamento das equipes, baseado num modelo de “liderança compartilhada”, levaria a melhores processos de trabalho em equipe e melhores resultados do cuidado. O programa concentrou-se em redes clínicas para a gestão do diabetes. Seis equipes multidisciplinares ligadas ao diabetes participaram do programa entre outubro de 2005 e julho de 2007.



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 Hailty Moussatché – Sala 215
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: (55) (21) 3865-3283



Leadership Programmes (2003-2008)

A review of the Health Foundation's leadership programmes 2003-2007 (Leadership review), outubro de 2008

Em 2003, quando a *Health Foundation* começou a investir no desenvolvimento de lideranças entre os profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente e os gestores das organizações de saúde do Reino Unido, não havia fundos suficientes para desenvolver líderes e as ações realizadas geravam um aprendizado limitado. Os objetivos do programa foram produzir mais e melhores líderes, descobrir quais iniciativas foram bem sucedidas e difundi-las de forma ampla. Esta revisão descreve a história, a evolução e o impacto desse investimento.

Leadership Fellows Pilot Scheme (LF pilot), setembro de 2006

Este relatório identifica as lições aprendidas com uma avaliação formal do projeto piloto do programa *Leadership Fellows Scheme* 2003-2005, da *Health Foundation*. O objetivo do projeto piloto foi embasar o desenvolvimento de um programa destinado a identificar e desenvolver um quadro de líderes com o potencial — coletivo e individual — de promover a melhoria de qualidade no cuidado de saúde. Os 16 beneficiários envolvidos no projeto piloto receberam aconselhamento, sessões de aprendizado em ação e aulas a nível de Mestrado.

Leaders for Change evaluation report (Leaders for Change), agosto de 2006

O objetivo deste programa foi equipar os profissionais sênior e de nível médio para que assumissem um papel de liderança na melhoria dos serviços, dando-lhes as habilidades e os conhecimentos necessários para gerir e implementar mudanças. O programa envolveu:

- ▶ a realização de um projeto (que forma o contexto do desenvolvimento durante o período do programa);
- ▶ a participação em três sessões de aprendizado em ação;
- ▶ a participação em um programa modular chamado *Change Agent Skills*;
- ▶ a realização de um programa de desenvolvimento pessoal;
- ▶ a utilização de um recurso de aprendizado virtual.

Engaging with Quality Initiative

Os três objetivos da *Engaging with Quality Initiative* foram:

- ▶ envolver os profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente na liderança de projetos de melhoria destinados a atingir melhorias mensuráveis na qualidade clínica;



PROQUALIS

- ▶ identificar estratégias efetivas para a melhoria clínica que possam ser reproduzidas e disseminadas pelo sistema de saúde;
- ▶ aumentar a capacidade de medição e de melhoria da qualidade clínica no Reino Unido pelo desenvolvimento da infraestrutura.

An evaluation of the Health Foundation's Engaging with Quality Initiative (EWQI 2007), outubro de 2007

Este foi o segundo relatório anual de avaliação da iniciativa.

An evaluation of the Health Foundation's Engaging with Quality Initiative (EWQI 2009), março de 2009

Este foi o terceiro relatório anual de avaliação da iniciativa.

How do you get clinicians involved in quality improvement? (EWQI), agosto de 2010

Este foi o relatório final de avaliação da iniciativa.

Engaging with Quality in Primary Care

Engaging with Quality in Primary Care: evaluation of the Leading Improvement Teams Programme (EWQPC), março de 2011

Esta foi uma grande demonstração e avaliação de como envolver os profissionais da atenção primária oriundos de uma série de disciplinas para melhorar a qualidade do cuidado de saúde prestado por eles. O estudo baseou-se no argumento de que o envolvimento ativo dos profissionais é uma maneira sustentável e custo-efetiva de melhorar os resultados do cuidado de saúde.

Co-creating Health

Co-creating Health evaluation (Co-creating Health), no prelo

Este programa tem o objetivo de gerar melhorias mensuráveis na qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas e melhorar as experiências vividas por eles no sistema de saúde, internalizando o apoio ao autogerenciamento da saúde nos processos centrais oferecidos pelos serviços de saúde. O relatório de avaliação examinará o êxito do programa em atingir esse objetivo.



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 Hailty Moussatché – Sala 215
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: (55) (21) 3865-3283



Referências

1. Lipitz-Snyderman A, Steinwachs D, Needham DM, Colantuoni E, Morlock LL, Pronovost PJ. Impact of a statewide intensive care unit quality improvement initiative on hospital mortality and length of stay: retrospective comparative analysis. *BMJ* 2011;342:d219.
2. Batalden PB, Davidoff F. What is 'quality improvement' and how can it transform healthcare? *Qual Saf Health Care* 2007;16(1):2-3.
3. Walshe K, Freeman T. Effectiveness of quality improvement: learning from evaluations. *Qual Saf Health Care* 2002;11:85-7.
4. Davidoff F. Heterogeneity is not always noise. *JAMA* 2009;302(23):2580-6.
5. Lomas J. Using research to inform healthcare managers' and policy makers' questions: From summative to interpretive synthesis. *Healthc Policy* 2005;1(1):55-71.
6. Kaplan HC, Brady PW, Dritz MC, Hooper DK, Linam WM, Froehle CM *et al.* The influence of context on quality improvement success in health care: a systematic review of the literature. *Milbank Q* 2010;88(4):500-59.
7. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* 2009;4:50.
8. Dixon-Woods M. Using framework-based synthesis for conducting reviews of qualitative studies. *BMC Med* 2011;9:39.
9. Carroll C, Booth A, Cooper K. A worked example of 'best fit' framework synthesis: a systematic review of views concerning the taking of some potential chemopreventive agents. *BMC Med Res Methodol* 2011;11:29.
10. Aveling EL, Martin GP, Armstrong N, Banerjee J, Dixon-Woods M. Quality improvement through clinical communities: eight lessons for practice. *J Health Organ Manage* 2012; no prelo.
11. Dixon-Woods M. Systematic reviews and qualitative methods. In: Silverman D (ed) *Qualitative research*. 3rd ed. Londres: Sage; 2010.
12. Halladay M, Bero L. Getting research into practice: implementing evidence-based practice in health care. *Public Money Manage* 2000;20(4):43- 50.
13. Robinson JC, Casilino LP, Gillies RR, Rittenhouse DR, Shortell SS, Fernandes-Taylor S. Financial incentives, quality improvement programs, and the adoption of clinical information technology. *Med Care* 2009;47(4):411-7.
14. Dixon-Woods M, Bosk CL, Aveling EL, Goeschel CA, Pronovost PJ. Explaining Michigan: developing an ex post theory of a quality improvement program. *Milbank Q* 2011;89(2):167-205.
15. Bradley EH, Curry LA, Webster TR, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ, *et al.* Achie-





ving rapid door-to-balloon times: how top hospitals improve complex clinical systems. *Circulation* 2006;113(8):1079-85.

16. 16. Titler M. Translating research into practice. *Am J Nurs* 2007;107(6):26-33.
17. 17. Dixon-Woods M, Suokas A, Pitchforth E, Tarrant C. An ethnographic study of classifying and accounting for risk at the sharp end of medical wards. *Soc Sci Med* 2009;69(3):362-9.
18. 18. Carroll K, Iedema R, Kerridge R. Reshaping ICU ward round practices using video-reflexive ethnography. *Qual Health Res* 2008;18(3):380-90.
19. 19. Dopson S, Locock L, Chambers D, Gabbay J. Implementation of evidence-based medicine: evaluation of the Promoting Action on Clinical Effectiveness programme. *J Health Serv Res Policy* 2001;6(1):23-31.
20. 20. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, *et al.* An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 2006;355(26):2725-32.
21. 21. Wilkinson J, Powell A, Davies H. *Healthcare professionals' views on clinician engagement in quality improvement*. Londres: Health Foundation; 2010.
22. 22. Harrison S. The politics of evidence-based medicine in the United Kingdom. *Policy Politics* 1998;26(1):15-31.
23. 23. Ferlie E, Fitzgerald L, Wood M, Hawkins C. The nonspread of innovations: The mediating role of professionals. *Acad Manag J* 2005;48(1):117-34.
24. 24. Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? *J Adv Nurs* 2004;47(1):81-90.
25. 25. Dopson S, Fitzgerald L, Ferlie E, Gabbay J, Locock L. No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence-based. *Health Care Manag Rev* 2002;27(3):35-47.
26. 26. Ferlie E, Gabbay J, Fitzgerald L, Locock L, Dopson S. Evidence-based medicine and organisational change: An overview of some recent qualitative research. In: Ashburner L (ed). *Organisational behaviour and organisational studies in health care: Reflections on the future*. Basingstoke: Palgrave; 2001.
27. 27. Bate P, Mendel PJ, Robert G. *Organizing for quality: The improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States*. Abingdon: Radcliffe Publishing; 2008.
28. 28. Weiss C. Nothing as practical as a good theory: Exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families. In: Connell J, Kuchisch A, Schorr LB, Weiss C (eds). *New approaches to evaluating community initiatives: Concepts, methods and contexts*. 1ª ed. Nova York: Aspen Institute; 1995. p65-92.
29. 29. Bosk CL, Dixon-Woods M, Goeschel CA, Pronovost PJ. The art of medicine. Reality check for checklists. *Lancet* 2009;374(9688):444-5.





30. 30. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362(9391):1225-30.
31. 31. Stetler CB, McQueen L, Demakis J, Mittman BS. An organizational framework and strategic implementation for system-level change to enhance research-based practice: QUERI Series. *Implementation Sci* 2008;3:30.
32. 32. Pronovost PJ, Nolan T, Zeger S, Miller M, Rubin H. How can clinicians measure safety and quality in acute care? *Lancet* 2004;363(9414):1061-7.
33. 33. Anders G. Good governance as technology: Towards an ethnography of the Bretton Woods institutions. In: Mosse D, Lewis D (eds). *The aid effect: Giving and governing in international development*. Londres: Pluto Press; 2005. p37-60.
34. 34. Øvretveit J, Bate P, Cleary P, Cretin S, Gustafson D, McInnes HM, et al. Quality improvement collaboratives: Lessons from research. *Qual Saf Health Care* 2002;11(4):345-51.
35. 35. Bresnen M, Edelman L, Newell S, Scarbrough H, Swan J. Social practices and the management of knowledge in project environments. *Int J Project Manage* 2003;21:157-66.
36. 36. Lozeau D, Langley A, Denis J-L. The corruption of managerial techniques by organizations. *Hum Relat* 2002;55(5):537-64.
37. 37. Boaden R, Harvey G, Moxham C, Proudlove N. *Quality improvement: theory and practice in healthcare*. Coventry: NHS Institute; 2008.
38. 38. Ting HH, Shojania KG, Montori vM, Bradley EH. Quality improvement: science and action. *Circulation* 2009;119(14):1962-74.
39. 39. Walsh J, McDonald KM, Shojania KG, Sundaram v, Nayak S, Davies S, et al. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. *Technical Reviews* 2005;3: Hypertension Care(9.3).
40. 40. Shortell SM, Bennett CL, Byck GR. Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what it will take to accelerate progress. *Milbank Q* 1998;76(4):593-624.
41. 41. Mannion R, Davies H, Marshall M. *Cultures for performance in health care*. Buckingham: Open University Press; 2004.
42. 42. DiMaggio PJ, Powell WW. The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organisational fields. *Am Sociol Rev* 1983;48(2):147-60.
43. 43. Sutton JR, Dobbin F, Meyer JW, Scott WR. The legalization of the workplace. *Am J Sociol* 1994;99(4):944-71.
44. 44. Krein SL, Damschroder LJ, Kowalski CP, Forman J, Hofer TP, Saint S. The influence of organizational context on quality improvement and patient safety efforts in infection prevention: A multi-center qualitative study. *Soc Sci Med* 2010;71(9):1692-701.



45. 45. Saint S, Kowalski CP, Banaszak-Holl J, Forman J, Damschroder L, Krein SL. How active resisters and organizational constipators affect health care-acquired infection prevention efforts. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2009;35(5):239-46.
46. 46. Shortell M, O'Brien J, Carman J, Foster RW, Hughes EFXLB, O'Conner EJ. Assessing the impact of continuous quality improvement/ total quality management: Concept versus implementation. *Health Serv Res* 1995;30(2):377-401.
47. 47. Nutley S, Davies HTO. Making a reality of evidence-based practice: Some lessons from the diffusion of innovations. *Public Money Manage* 2000;20(4):35-42.
48. 48. Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. *Implement Sci* 2009;4:67.
49. 49. Benn J, Burnett S, Parand A, Pinto A, Iskander S, vincent C. Studying large-scale programmes to improve patient safety in whole care systems: Challenges for research. *Soc Sci Med* 2009;69(12):1767-76.
50. 50. Grol R. Improving the quality of medical care. *JAMA* 2001;286:2578-85.
51. 51. Solberg LI, Brekke ML, Fazio CJ, Fowles J, Jacobsen DN, Kottke TE, *et al.* Lessons from experienced guideline implementers: attend to many factors and use multiple strategies. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2000;26:171-88.
52. 52. Fudge N, Wolfe CD, McKeivitt C. Assessing the promise of user involvement in health service development: ethnographic study. *BMJ* 2008;336(7639):313-7.
53. 53. Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N, *et al.* Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ* 2002;325(7375):1263.
54. 54. Martin GP. Representativeness, legitimacy and power in public involvement in health-service management. *Soc Sci Med* 2008;67(11):1757-65.
55. 55. Rutter D, Manley C, Weaver T, Crawford MJ, Fulop N. Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London. *Soc Sci Med* 2004;58(10):1973-84.
56. 56. Martin GP, Finn R. Patients as team members: opportunities, challenges and paradoxes of including patients in multi-professional health-care teams. *Sociol Health Illness* 2011; no prelo.
57. 57. Pettigrew AM, Woodman RW, Cameron KS. Studying Organizational Change and Development: Challenges for Future Research. *Acad Manage J* 2001;44(4):697-713.
58. 58. Benning A, Dixon-Woods M, Nwulu U, Ghaleb M, Dawson J, Barber N, *et al.* Multiple component patient safety intervention in English hospitals: controlled evaluation of second phase. *BMJ* 2011;342:d199.
59. 59. Checkland K, McDonald R, Harrison S. Ticking boxes and changing the social world: data collection and the new UK general practice contract. *Sociol Pol Admin* 2007;41(7):693-710.



60. 60. Waring J, Bishop S. Occupational identities at the crossroads of healthcare modernisation: the transfer of NHS clinicians to the Independent Sector. *Sociol Health Illn* 2011;33(5):661-76.
61. 61. Weiner BJ, Alexander JA, Shortell SM. Leadership for quality improvement in health care: Empirical evidence on hospital boards, managers, and physicians. *Med Care Res Rev* 1996;53(4):397-416.
62. 62. Alexander JA, Weiner BJ, Shortell SM, Baker LC, Becker MP. The role of organizational infrastructure in implementation of hospitals' quality improvement. *Hosp Top* 2006;84(1):11-20.
63. 63. Martin G, Currie G, Finn R. Leadership, service reform and public-service networks: The case of cancer-genetics pilots in the English NHS. *J Public Admin Res Theory* 2009;19(4):769-94.
64. 64. Denis J, Langley A, Cazale L. Leadership and strategic change under ambiguity. *Organization Studies* 1996;17(4):673-99.
65. 65. Crosby BA, Bryson JM. *Leadership for the common good: Tackling public problems in a shared-power world*. San Francisco: Jossey-Bass; 2005.
66. 66. Heifetz RA. *Leadership without easy answers*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1994.
67. 67. Gollop R, Whitby E, Buchanan D, Ketley D. Influencing sceptical staff to become supporters of service improvement: a qualitative study of doctors' and managers' views. *Qual Saf Health Care* 2004;13(2):108-14.
68. 68. Freidson E. *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press; 1988.
69. 69. Freidson E. *Professionalism: The third logic*. Cambridge: Polity Press; 2001.
70. 70. Timmermans S, Oh H. The continued social transformation of the medical profession. *J Health Soc Behav* 2010;51(S1):S94-S106.
71. 71. Dopson S, Locock L, Ferlie E, Fitzgerald L. Evidence-based medicine and the implementation gap. *Health* 2003;7(3):311-30.
72. 72. Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed 'mindlines'? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ* 2004;329(7473):1013.
73. 73. Ramanujam R, Rousseau DM. The challenges are organizational not just clinical. *J Organiz Behav* 2006;27:811-27.
74. 74. Øvretveit J. A comparison of hospital quality programmes: lessons for other services. *Int J Serv Ind Manage* 1997;8(3):220- 35.
75. 75. Scott T, Mannion R, Marshall M, Davies H. Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence. *J Health Serv Res Policy* 2003;8(2):105- 17.
76. 76. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q* 2004;82(4):581-629.





77. 77. Arndt M, Bigelow B. The implementation of total quality management in hospitals: How good is the fit. *Health Care Manage Rev* 1995;20(4):7-14.
78. 78. Reinertsen JL, Bisognano M, Pugh MD. *Seven leadership leverage points for organization-level improvement in health care*. Cambridge, MA: Institute for Health Improvement; 2008.
79. 79. Currie G. The influence of middle managers in the business planning process: a case study in the UK NHS. *Br J Manage* 1999;10:141-55.
80. 80. Huy QN. In praise of middle managers. *Harvard Bus Rev* 2001;79(8):72-9.
81. 81. Kellogg KC. Operating room: relational spaces and microinstitutional change in surgery. *AJS* 2009;115(3):657- 711.
82. 82. Bate P. Changing the culture of a hospital: From hierarchy to networked community. *Public Admin* 2000;78(3):485-512.
83. 83. Bentley C, Browman GP, Poole B. Conceptual and practical challenges for implementing the communities of practice model on a national scale – A Canadian cancer control initiative. *BMC Health Services Res* 2010;10.
84. 84. Wenger E, McDermott R, Snyder WM. *Cultivating communities of practice*. Harvard Business School Press 2002.
85. 85. Le Grand J. Knights, knaves or pawns? Human behaviour and social policy. *J Soc Pol* 1997;26(2):149-69.
86. 86. Waring J, Dixon-Woods M, Yeung K. Modernising medical regulation: where are we now?. *J Health Organ Manage* 2010;24(6):540-55.
87. 87. Buchanan D, Fitzgerald L, Ketley D. *The sustainability and spread of organizational changes: modernizing healthcare*. Londres: Routledge; 2007.
88. 88. Rubenstein Lv, Pugh J. Strategies for promoting organizational and practice change by advancing implementation research. *J Gen Intern Med* 2006;21(S2):S58-64.
89. 89. Holtman MC. A theoretical sketch of medical professionalism as a normative complex. *Adv Health Sci Educ* 2008;13(2):233-45.
90. 90. Auerbach AD, Landefeld CS, Shojania KG. The tension between needing to improve care and knowing how to do it. *N Engl J Med* 2007;357(6):608-13.
91. 91. Saint Lamont S. ‘See and Treat’: spreading like wildfire? A qualitative study into factors affecting its introduction and spread. *Emerg Med J* 2005;22(8):548-52.
92. 92. Pettigrew A, Ferlie E, McKee L. *Shaping strategic change: making change in large organizations : the case of the National Health Service*. Londres: Sage; 1992.
93. 93. Bate SP, Robert G. Knowledge management and communities of practice in the private sector: Lessons for modernising the National Health Service in England and Wales. *Public Admin*



2002;80(4):643-63.

94. 94. Martin GP, Currie G, Finn R. Leadership, service reform, and public-service networks: The case of cancer-genetics pilots in the English NHS. *J Public Admin Res Theory* 2009;19(4):769-94.
95. 95. Currie G, Suhomlinova O. The impact of institutional forces upon knowledge sharing in the UK NHS: The triumph of professional power and the inconsistency of policy. *Pub Admin* 2006;84(1):1-30.
96. 96. Martin G, Currie G, Finn R. Reconfiguring or reproducing intra-professional boundaries? Specialist expertise, generalist knowledge and the 'modernisation' of the medical workforce. *Soc Sci Med* 2009;68(7):1191-8.
97. 97. Han YY, Carcillo JA, venkataraman ST, Clark RSB, Watson RS, Nguyen TC, *et al.* Unexpected increased mortality after implementation of a commercially sold computerized physician order entry system. *Pediatrics* 2005;116(6):1506-12.
98. 98. Wachter RM. Expected and unanticipated consequences of the quality and information technology revolutions. *JAMA* 2006;295(23):2780-3.
99. 99. Atkins D. Connecting research and patient care: lessons from the vA's Quality Enhancement Research Initiative. *J Gen Intern Med* 2010;25(Suppl 1):1-2.





PROQUALIS

Mantenha-se informado

A Health Foundation trabalha para melhorar continuamente a qualidade do cuidado de saúde no Reino Unido. Se você quiser receber notícias sobre o nosso trabalho e as nossas atividades, por favor, assine o nosso boletim, enviado por e-mail:

www.health.org.uk/enewsletter

Você também pode nos encontrar no Twitter:

www.twitter.com/HealthFdn



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 Hailty Moussatché – Sala 215
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: (55) (21) 3865-3283



PROQUALIS

A Health Foundation é uma instituição filantrópica independente que trabalha para melhorar continuamente 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, oportuno, eficiente e equitativo.

Acreditamos que, para isso, os serviços de saúde precisam melhorar continuamente o 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

Para mais informações, visite:

www.health.org.uk

Siga-nos no Twitter: www.twitter.com/HealthFdn

Assine o nosso boletim: www.health.org.uk/enewsletter

ISBN 978-1-906461-38-6

© 2010 Health Foundation



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 Hailty Moussatché – Sala 215
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: (55) (21) 3865-3283