

Sustentando Melhorias





AUTORES:

Richard Scoville, PhD: *Conselheiro de Aperfeiçoamento e Corpo Docente do IHI*

Kevin Little, PhD: *Diretor, Informando Design Ecológico, LLC, e Faculdade IHI*

Jeff Rakover, MPP: *Pesquisador Associado, IHI*

Katharine Luther, RN, MPM: *Vice-presidente, IHI*

Kedar Mate, MD: *Diretor de Inovação e Educação, IHI*

Tradução para o Português em 2022: Paulo Borem, MD; Aline Pedroso; José Iran Costa; Adriano José Pereira; Paula Hirayama; Aline de Sá; Fabricia Rocha; Estelamaris as Silva Santos; Paula Tuma; e Cíntia Laurindo da Silva

Reconhecimentos:

Os autores desejam agradecer aos muitos revisores que generosamente contribuíram com seu tempo e bom senso. Don Goldmann, Diretor Médico e Científico do IHI, forneceu orientação formativa sobre nossos primeiros rascunhos. Maureen Bisognano, Presidente Emérita e Sênior Fellow do IHI, nos lembrou que são as histórias que dão vida à teoria. Pierre Barker, vice-presidente sênior do IHI, ajudou a esclarecer nossa compreensão da Trilogia de Juran. Comentários da equipe do IHI, Andrea Kabcenell, Dave Williams e Christina Gunther-Murphy, Rohit Ramaswamy, da Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill, e Steve Meuthing, do Cincinnati Children's Hospital Medical Center, apontaram os esclarecimentos necessários. Clareen Weincek, Presidente da Associação Americana de Enfermeiros de Cuidados Intensivos, forneceu uma perspectiva da enfermagem de linha de frente. Os editores do IHI Jane Roessner e Val Weber forneceram ideias valiosas para melhorar a estrutura e a expressão. Obviamente, os autores assumem total responsabilidade por quaisquer erros ou declarações falsas. No espírito de que “todos ensinam, todos aprendem”, agradecemos as reações, correções e sugestões dos leitores.

O *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* é um líder inovador na melhoria da saúde e dos cuidados de saúde em todo o mundo. Por mais de 25 anos, temos parceria com uma comunidade crescente de visionários, líderes e profissionais da linha de frente em todo o mundo para criar maneiras ousadas e inventivas de melhorar a saúde de indivíduos e populações. Juntos, construímos a vontade de mudança, buscamos modelos inovadores de atendimento e disseminamos as melhores práticas comprovadas. Para avançar em nossa missão, o IHI se dedica a otimizar os sistemas de prestação de cuidados de saúde, impulsionando o Triplo Objetivo para as populações, realizando cuidados centrados na pessoa e na família e desenvolvendo capacidade de melhoria. Desenvolvemos os relatórios brancos do IHI como um meio de avançar em nossa missão. As ideias e descobertas nestes relatórios brancos representam um trabalho inovador do IHI e das organizações com as quais colaboramos. Nossos relatórios brancos são projetados para compartilhar os problemas que o IHI está trabalhando para resolver, as ideias que estamos desenvolvendo e testando para ajudar as organizações a fazer melhorias revolucionárias e os primeiros resultados onde eles existem.

Conteúdo

Sumário Executivo	4
Fundo	4
Contexto Teórico: “Fazendo o Trabalho, Melhorando o Trabalho”	6
Um Sistema de Gestão de Alto Desempenho	9
Principais Direcionadores de Gestão de Alto Desempenho da Linha de Frente	12
Implementar um Sistema de Gestão de Alto Desempenho (SGAD): Lições Aprendidas das Organizações	17
Conclusão	21
Apêndice A: Exemplos de Caso de Implementação do Trabalho Padronizado em Cuidados de Saúde	22
Apêndice B: Exemplos de Como as Organizações Informantes Executam os Direcionadores do Controle da Qualidade	32
Referências	36

Sumário Executivo

Este relatório branco apresenta uma estrutura que as organizações de saúde podem usar para sustentar melhorias na segurança, eficácia e eficiência do atendimento ao paciente. A chave para sustentar a melhoria é focar no trabalho diário dos gerentes da linha de frente, apoiado por um sistema de gestão de alto desempenho que prescreve tarefas e responsabilidades padronizadas para gerentes em todos os níveis da organização. Para estabelecer este trabalho, revisamos a literatura selecionada e entrevistamos organizações líderes. O resultado aqui apresentado é uma descrição da gestão de alto desempenho na teoria e na prática, juntamente com recomendações para organizações interessadas em seguir esses métodos:

- **Um contexto teórico para gestão de alto desempenho**, fundamentada na Trilogia de Juran (Planejamento, Controle e Melhoria da Qualidade) e literatura selecionada atual;
- **Uma estrutura organizacional para um Sistema de Gestão de Alto Desempenho (SGAD)**, ilustrando o trabalho padronizado para cada nível de gestão e a hierarquia organizacional integrada que reforça, apoia e melhora o trabalho em todos os níveis;
- **Um diagrama direcionador que resume nossa teoria dos principais fatores para implementar um SGAD** por meio de tarefas de gerenciamento padronizadas, Controle da Qualidade abrangente (conforme definido por Juran significando monitoramento do sistema e os ajustes necessários para garantir a estabilidade ao longo do tempo), Melhoria da Qualidade coordenada e desenvolvimento de uma cultura de transparência sincera que incentiva e sustenta essas atividades;
- **Exemplos de casos** que descrevem as abordagens de três organizações de saúde para testar e implementar o gerenciamento do trabalho padronizado; e
- **Apêndices** contendo orientações adicionais para organizações que buscam implementar essas práticas.

Fundo

As principais organizações de saúde estão começando a reconhecer que a melhoria sustentada é essencial. Normalmente, elas passaram anos construindo capacidade de melhoria e aplicando-a em toda a organização. Mas, com muita frequência, as melhorias conquistadas com muito esforço são perdidas à medida que a atenção muda para outras prioridades e a equipe volta para a “maneira antiga” de fazer as coisas.

Tendo alcançado altos níveis de qualidade e segurança clínica, as organizações com reputação de excelência clínica estão cada vez mais focadas em sustentar a melhoria — garantindo que, após a melhoria, os processos de atendimento e suporte continuem a funcionar nos novos níveis de qualidade e segurança. Na pesquisa que fundamenta este relatório branco, nos propusemos a entender os sistemas para sustentar a melhoria desenvolvidos por dez sistemas de saúde excepcionais — e sintetizá-los em uma estrutura que outras organizações de saúde podem usar para garantir que as melhorias sejam sustentadas ao longo do tempo.

Duas principais escolas de pensamento foram especialmente influentes na estruturação de nossa investigação: a “Trilogia” de Juran¹ para gestão da qualidade (ou seja, Planejamento, Controle e Melhoria da Qualidade); e gestão Lean, articulada por *David Mann*,² *Steven Spear*,³ e outros.

Nosso estudo de dez sistemas de saúde de alto desempenho revelou um foco comum no **gerenciamento explicitamente organizado da linha de frente** — o trabalho diário para líderes de unidade — que orienta a prestação diária de excelente atendimento ao paciente por toda a equipe da linha de frente. Neste relatório branco, nos referimos a esse trabalho diário regular usando o termo Lean “trabalho padronizado”: as tarefas diárias de cuidados e suporte de rotina executadas em unidades de enfermagem, UTIs/UCIs, salas de cirurgia, pronto-socorro ou clínicas onde o paciente e o profissional se encontram e os cuidados são procurados e entregues. Também aprendemos sobre práticas coordenadas específicas em **níveis mais altos de gerenciamento** — uma “arquitetura de sistema de gerenciamento” integrada — que permite um Planejamento de Qualidade eficaz e reforça, apoia e melhora o trabalho na linha de frente.

Usando a terminologia e as definições de Juran,¹ nosso foco principal neste artigo não é a *Melhoria da Qualidade*, mas o *Controle da Qualidade* — e por Controle da Qualidade, nós expressamente não estamos nos referindo aos sistemas regulatórios de inspeção e acreditação que desempenham um papel vital na padronização da qualidade em todo o setor de saúde; nem nos referimos ao tipo de microgerenciamento praticada por alguns líderes. Naturalmente, o leitor astuto reconhecerá que Controle da Qualidade e Melhoria da Qualidade não são atividades separáveis, mas elementos integrados de um sistema de gestão de alto desempenho (SGAD).

Nossa investigação revelou uma visão do trabalho gerenciado como um trabalho padrão disciplinado, análogo ao trabalho orientado por protocolo do pessoal da linha de frente, integrado vertical e horizontalmente por meio de comunicação frequente baseado na equipe e medição de processo onipresente e exibida graficamente (geralmente na forma de *Shewhart* gráficos de controle). Anormalidades do processo (causas especiais) desencadeiam ajustes na linha de frente ou trazem a tona problemas que são escalados para iniciativas formais de melhoria. A atenção contínua da linha de frente à qualidade e uma cultura que se concentra na análise de problemas (em vez de culpar as pessoas) fornecem a base para o Planejamento, Controle e Melhoria da Qualidade. O Planejamento da Qualidade formal e negociado depende da participação sincera e enérgica da equipe e alinha as melhorias da linha de frente com a intenção estratégica da organização. Em um SGAD que incorpora o trabalho padronizado, os gerentes atuam principalmente como coordenadores e mentores, a fim de desenvolver a capacidade e a experiência da equipe para melhorar a qualidade.

Embora o comprometimento da liderança nos níveis mais altos (por exemplo, diretoria executiva, conselhos de administração, vice-presidentes, presidentes e chefes de departamentos e divisões) seja necessário para cultivar e liderar melhorias em toda a organização, os líderes clínicos da linha de frente — aqueles que impactam mais diretamente a experiência de cuidado do paciente — precisam de direcionamento complementar na forma de um sistema direcionador prático e apoio. O comprometimento da liderança sênior é necessário para alcançar um desempenho totalmente integrado e consistentemente excelente; ainda etapas menores e incrementais dentro das unidades de prestação de serviços também podem construir vontade e preparar o cenário para a mudança de todo o sistema.

Muitos dos parceiros estratégicos do IHI desenvolveram infraestruturas de melhoria de classe mundial e agora estão explorando os métodos e benefícios de gerenciar o trabalho padronizado. Este relatório branco busca entender seus esforços, aprender com suas experiências e sugerir uma direção a seguir para as organizações que estão começando a seguir esse caminho.

Representantes das seguintes organizações compartilharam seus esforços: *Intermountain Healthcare (Utah)*; *ThedaCare (Wisconsin)*; *Virginia Mason Health System (Washington)*; *Essentia Health (Minnesota)*; *Greater Baltimore Medical Center (Maryland)*; *Children’s Mercy*

Hospital (Missouri); Saskatoon Health Region (Canadá); Saskatchewan Health Quality Council (Canadá); Denver Health (Colorado); e Cincinnati Children's Hospital Medical Center (Ohio).

Essas organizações foram selecionadas com base em sua reputação de excelência clínica e implementação de abordagens de gestão padronizadas (por exemplo, Lean, Juran, estratégias do IHI para Melhoria da Qualidade) que caracteriza empresas reconhecidas mundialmente dentro e fora do sistema de saúde.⁴

Três exemplos de casos, extraídos de entrevistas com organizações informantes, ilustram em profundidade a implementação de um SGAD por três sistemas líderes de saúde norte-americanos (ver Apêndice A). Nossas investigações para este relatório branco se concentraram em sistemas de gerenciamento em ambientes de cuidados intensivos; mas os princípios da gestão de alto desempenho podem ser aplicados em qualquer ambiente de atendimento, assim como foram implantados em diversas empresas fora do setor saúde. Esperamos explorar essas variações em pesquisas futuras.

Contexto Teórico: “Fazendo o Trabalho, Melhorando o Trabalho”

A excelência na prestação de cuidados exige sistemas capazes de apoiar de forma confiável as habilidades clínicas de médicos, enfermeiros e colaboradores – e nesses sistemas, todos têm dois papéis interdependentes: fazer o trabalho e melhorar o trabalho. Vários conceitos teóricos importantes sustentam o sistema de gestão de alto desempenho descrito neste relatório branco.

Cuidados de Saúde como um Sistema

W. Edwards Deming descreveu um “sistema” como um conjunto de componentes interdependentes — estruturas, pessoas e processos — trabalhando juntos em direção a um propósito comum.⁵ Uma organização de saúde é um sistema complexo e adaptável animado por centenas ou milhares de prestadores, administradores, pacientes e equipe de apoio. Para que a organização cumpra a promessa expressa em sua declaração de missão — para cada paciente, sempre — é necessário que todos no sistema saibam o que fazer e por que, como e quando fazê-lo e como ajustar quando necessário para manter a fidelidade com a missão e os valores da organização.

Conforme demonstrado por nossas organizações informantes, a padronização de tarefas rotineiras na linha de frente no atendimento cria um ambiente de trabalho ordenado e previsível — reduzindo assim as dificuldades e ambiguidades que afastam a equipe do ato de cuidar do paciente e que levam a “variações não intencionais” que colocam em risco a segurança do paciente e impede a eficácia e eficiência do cuidado.⁶ O trabalho padronizado da linha de frente fornece uma “plataforma” estável na qual os médicos podem exercer com mais eficácia suas habilidades clínicas e na qual iniciativas sistemáticas e integradas de melhoria podem ser conduzidas e seus resultados sustentados.⁷

Conforme proposto por Deming, a administração é responsável por estabelecer e manter tal sistema.⁵ A coordenação e alinhamento de diversas partes ao propósito de todo o sistema é a função essencial de um sistema de gestão de alto desempenho.

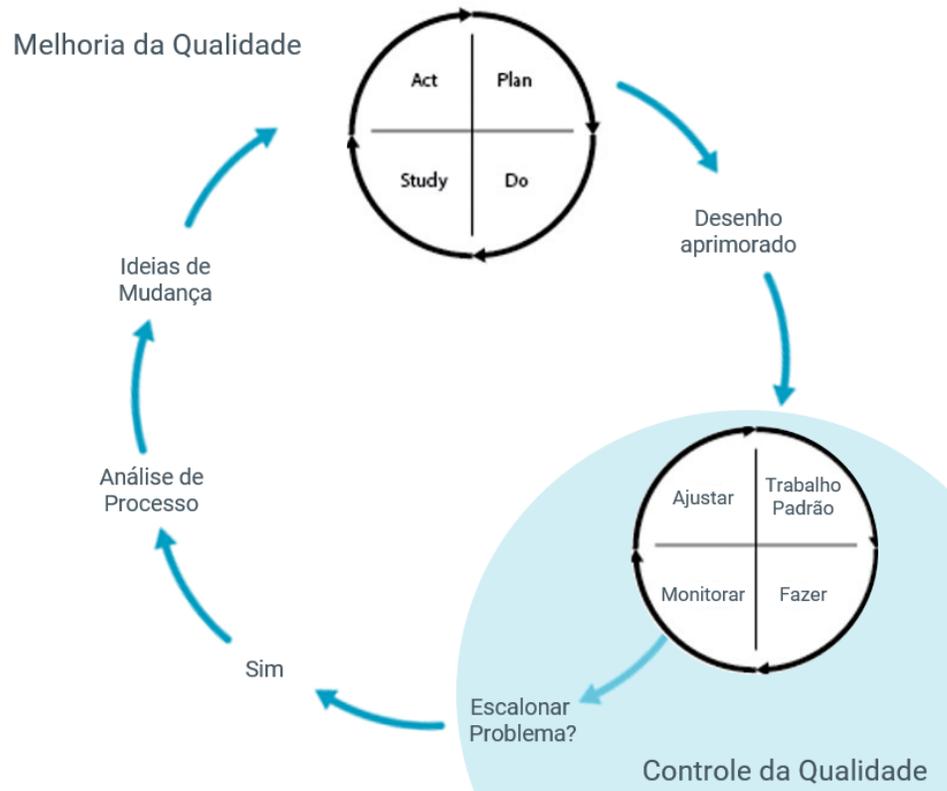
A Trilogia de Juran

A Trilogia de Juran¹ consiste em três funções-chaves relacionadas à qualidade para gestores: Planejamento, Controle e Melhoria da Qualidade. Juntas, essas funções constituem um sistema ativo e integrado para atenção organizacional abrangente às necessidades dos clientes (ou seja, dos pacientes), o design e a entrega de produtos e serviços consistentes com as melhores especificações técnicas para atender consistentemente a essas necessidades e o gerenciamento contínuo e aperfeiçoamento dos sistemas de produção.

- **Planejamento da Qualidade (QP):** o Planejamento da Qualidade começa com uma compreensão abrangente das necessidades do cliente. Nos cuidados de saúde, o Triplo Objetivo fornece uma estrutura para conceituar as necessidades dos pacientes: experiência com o atendimento, melhor saúde e custo do atendimento. Outras partes interessadas, incluindo médicos, colaboradores, planos de saúde, reguladores e a comunidade em geral, impõem demandas adicionais aos sistemas de atendimento. PQ compreende, assim, processos para compreender a experiência do paciente; o estabelecimento de protocolos baseados em evidências; o desenho do espaço físico, tecnologia e rotinas de cuidados específicos para garantir que o melhor conhecimento técnico disponível seja traduzido na prática; o estabelecimento de um ambiente de trabalho sustentável e recompensador; e muito mais. O PQ também inclui o desenho e operação dos sistemas de gestão, como o SGAD descrito neste documento, bem como uma infraestrutura para identificar lacunas de desempenho e comissionar projetos de melhoria para eliminar estas lacunas. Este relatório branco pode ser usado como orientação ao Planejamento da Qualidade para estabelecer o Controle da Qualidade da linha de frente, com base no SGAD.
- **Controle da Qualidade (CQ):** o Controle da Qualidade se concentra nas operações: monitorando o sistema de produção para a estabilidade, detectando problemas de processo emergentes (causas especiais) e tomando medidas para resolvê-los. O CQ é baseado na medição de desempenho; os processos são continuamente examinados (por meio de métodos estatísticos, tecnologia ou observação direta) quanto à conformidade com as expectativas atuais de qualidade (objetivos). Quando são detectadas lacunas entre o desempenho esperado e o observado, a equipe da linha de frente adota métodos de solução de problemas, como análise de causa raiz, para identificar a origem do problema e criar uma solução. Se o processo atual não for capaz de atender às necessidades do cliente e as mudanças necessárias estiverem além do escopo da linha de frente da unidade, uma iniciativa de MQ é planejada para redesenhar o processo. O Controle da Qualidade é fundamentalmente para garantir que um processo permaneça estável (“sob controle”) ao longo do tempo — ou seja, seu desempenho permaneça dentro dos limites de controle superior e inferior. O CQ geralmente é realizado por aqueles mais próximos do processo.
- **Melhoria da Qualidade (MQ):** em uma iniciativa de MQ, uma equipe designada de gestores e colaboradores com experiência relevante, e Especialistas em Melhoria da qualidade analisam o processo atual, identificam os sintomas e as causas da má qualidade e elaboram uma teoria do que é necessário para melhorar o processo. A equipe usa uma variedade de métodos e ferramentas para desenvolver, testar e implementar mudanças e, se necessário, redesenha os processos relevantes.⁴ Após a melhoria bem-sucedida, o CQ é usado para monitorar o processo redesenhado para garantir que ele funcione em um novo nível (com novos limites de controle superior e inferior), com novas especificações de trabalho, resultados aprimorados e variação reduzida.

A Figura 1 mostra o CQ e MQ como um ciclo de atividades interligados. O Controle da Qualidade envolve a execução rotineira de tarefas padronizadas, monitorando a qualidade e fazendo ajustes de rotina e locais. (Observe que a etapa “Ajustar” no ciclo de CQ pode envolver a equipe da linha de frente na aplicação do Modelo para Melhoria, com seus próprios ciclos *Plan-Do-Study-Act*, ou PDSA, alinhados para testar e refinar as mudanças que levarão à melhoria.) Quando surgem problemas que estão além do alcance da equipe local, ou que apontam para a necessidade de melhorias na capacidade do processo (por exemplo, quando for introduzido um novo protocolo clínico que altera fundamentalmente os processos de atendimento ou as expectativas do paciente, ou quando o problema requer coordenação interdepartamental), o problema é escalado para uma iniciativa de MQ de nível superior para redesenhar o processo ou para o Planejamento da Qualidade para revisar fundamentalmente o sistema de produção.

Figura 1. A Relação entre Melhoria da Qualidade e Controle da Qualidade



É importante distinguir o conceito de Controle da Qualidade de Juran como um componente integral do trabalho e gestão diários da percepção errônea comum de que CQ é o mesmo que garantia ou inspeção de qualidade. Vale a pena consultar o *Manual de Qualidade*¹ de Juran sobre este ponto:

“Controle da Qualidade e garantia de qualidade têm muito em comum. Cada um avalia o desempenho. Cada um compara o desempenho às metas. Cada um age sobre a diferença. No entanto, eles também diferem entre si. O Controle da Qualidade tem como objetivo primordial manter o controle. O desempenho é avaliado durante as operações e o desempenho é comparado às metas durante as operações. A informação resultante é recebida e utilizada pelas forças da operação. O objetivo principal da Garantia da Qualidade é verificar se o controle está sendo mantido. O desempenho é avaliado após as

operações, e as informações resultantes são fornecidas tanto para as forças operacionais quanto para outros que queiram saber.” (pág. 4.3)

A acreditação é uma forma particular de Garantia de Qualidade nos cuidados de saúde e é realizada por órgãos reguladores externos ou órgãos normativos. Embora importante, a Garantia de Qualidade e acreditação não são o foco deste relatório branco. Da mesma forma, o Controle da Qualidade não deve ser confundido com a forma de “controle” exercido por alguns gestores que periodicamente respondem a relatórios com diretrizes para que os colaboradores respondam a problemas que podem não ser atuais, ou para os quais o gestor carece de informações completas. Uma variante é “interferir” — fazer alterações em um processo, com base em uma compreensão limitada dos princípios de causa comum e causa especial.⁶

Outras Fontes Importantes da Literatura

Nossa revisão da literatura trouxe à tona uma série de descrições de sistemas de gestão de alto desempenho que são substancialmente consistentes com a Trilogia Juran, embora com terminologia e métodos diferentes. Revisamos as principais fontes do tradicional Lean, incluindo *Mann*,² *Spear*,³ e *Toussaint*.⁸ *Ando* e colegas documentam práticas padronizadas formais para “Gestão Diária” em nome da Sociedade Japonesa de Controle da Qualidade.⁹ *Nolan* relata o trabalho do IHI para desenvolver “uma estrutura para execução de iniciativas estratégicas destinadas a produzir resultados sistêmicos”.¹⁰ Estudos de caso da indústria automotiva fornecem *insights* sobre inúmeras questões envolvidas na implementação de um sistema de gestão de alto desempenho (SGAD).^{11,12} O trabalho anterior do IHI fornece orientações específicas para organizar o trabalho da linha de frente de forma padronizada e para trazer à tona problemas de processo que exigem ajustes de CQ ou intervenções de MQ.¹³

Um Sistema de Gestão de Alto Desempenho

A Figura 2 apresenta uma visão geral da arquitetura de um sistema de gestão de alto desempenho, organizado em funções e tarefas de CQ e MQ em níveis representativos de uma organização de saúde típica. (Observe que os autores discutiram exaustivamente os méritos de inverter a dimensão vertical desta figura para mostrar os pacientes no topo, para indicar sua posição no foco do propósito da organização, com os níveis de gestão agrupados abaixo para significar seu papel como apoiadores e facilitadores de CQ e MQ. Por fim, decidimos pela figura como ela aparece agora porque reconhecemos os tradicionais “altos” e “baixos” das hierarquias organizacionais e sentimos que uma mudança seria confusa para os leitores.)

No SGAD, o Controle da Qualidade Nível 1 (gestão de operações) concentra-se em orientar a prestação direta dos cuidados. Por exemplo, os *huddles*, conduzidos por um gestor de unidade nas mudanças de turno se concentram no gerenciamento imediato de processos: garantir que todas as funções de trabalho sejam atribuídas, identificar pacientes em risco ou com necessidade de atenção especial e antecipar necessidades que surgirão nas próximas horas. Durante o turno, o gestor da unidade garante a adesão da equipe ao trabalho padronizado, monitora os processos de cuidado, toma medidas corretivas para evitar falhas, ajuda quando necessário e treina a equipe da linha de frente sobre competências do trabalho, identificação de problemas e métodos para melhoria. Problemas operacionais além do alcance da unidade são escalonados para níveis superiores, para resposta do nível de gestão apropriado, para quem triar e agir em problemas escalonados são partes do *seu* trabalho no Controle da Qualidade. A atualização e revisão diária de dados operacionais, incluindo eventos sentinela por todos os níveis garante que as respostas aos problemas sejam imediatas; atrasos em qualquer nível representam riscos para o propósito e a

reputação da organização. (Consulte o Apêndice A para obter exemplos adicionais que detalham esses agrupamentos.)

Para projetos de Melhoria da Qualidade iniciados para tratar de problemas que surgem durante o PQ, os gerentes de Nível 1, inicialmente contando com o apoio de Especialistas em Melhoria da organização, mostram e abrangem oportunidades locais de melhoria (muitas vezes, variação de causa especial identificada em atividades de CQ de rotina, mas também incluindo pequenos problemas tipo causa comum),¹³ priorizá-los, orientar a equipe sobre os métodos de MQ, monitorar o progresso e envolver a equipe da linha de frente nos testes e na implementação de mudanças no processo. O gerente da unidade e a equipe da unidade são responsáveis (com a ajuda do Especialista em Melhoria) por traduzir as principais métricas organizacionais relacionadas à estratégia e missão em indicadores no nível da unidade. Com o tempo, à medida que o pessoal da linha de frente e de nível 1 se torna adepto a MQ, a necessidade de assistência especializada diminui.

Figura 2. Arquitetura de um Sistema de Gestão de Alto Desempenho

Controle da Qualidade (Operações)			Melhoria da Qualidade (Mudanças no Sistema)			
Atividades chave	Dados para Controle	Orientação		Atividades Chave	Dados para Melhoria	Alinhamento de Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> Definir valores fundamentais Articular princípios Obter e entregar recursos Monitorar indicadores chaves Observar frequentemente a linha de frente 	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores sistêmicos, de processos e resultados Relatório para todos os envolvidos 	<ul style="list-style-type: none"> Mentoria no local de trabalho (todos os níveis) Monitoramento do trabalho padronizado (Nível 2) 	Nível 3, Executivos	<ul style="list-style-type: none"> Monitorar ambiente antecipando mudanças Planejar Qualidade: <ul style="list-style-type: none"> Definir direção estratégica Incentivar e direcionar iniciativas em todo sistema Comunicar consistentemente Celebrar melhorias 	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores agregados de processo e resultado Status de projetos sistêmicos de melhoria da qualidade e indicadores - Nível 2 Impacto organização, população 	<ul style="list-style-type: none"> Negociar objetivos estratégicos Nível 2 Lançar, priorizar iniciativas de melhoria da qualidade no sistema
<ul style="list-style-type: none"> Coordenação interdepartamental Obter e entregar recursos Definir indicadores por departamentos Monitorar as operações e planejamento dos departamentos 	<ul style="list-style-type: none"> Resumo de problemas diários operacionais Nível 2 Indicadores operacionais padronizados do departamento 	<ul style="list-style-type: none"> Mentoria (Nível 1) trabalho padronizado Monitore a equipe, a capacidade do processo Monitoramento do trabalho padronizado (Nível 1) 	Nível 2 Gerente de Departamento, Diretor	<ul style="list-style-type: none"> Fazer análise de causa raiz Realizar planejamento da qualidade: Incentivar projetos Nível 1 Liderar projetos interdepartamentais 	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores agregados de processo e resultado da unidade Status projetos Nível 1 e indicadores Capacidade da equipe em MQ 	<ul style="list-style-type: none"> Negociar metas com Nível 1 Lançar, priorizar, monitorar projetos Nível 2
<ul style="list-style-type: none"> Monitorar o status operacional da unidade Definir padrão aceitável de trabalho e indicadores das unidades departamentos Gerenciar equipes dos turnos, prioridades de pacientes por turno Resposta a incidentes, escalonar 	<ul style="list-style-type: none"> Resumo de problemas diários operacionais Indicadores padronizados do departamento Relatório de incidentes 	<ul style="list-style-type: none"> Mentoria "o que fazer e como" Mentoria para detecção de problemas e como responder Monitore o trabalho padronizado da linha de frente 	Nível 1 Gerente da Unidade	<ul style="list-style-type: none"> Coordenador projetos com Especialista em Melhoria para trazer a tona problemas, melhores práticas Liderar projetos MQ Nível 1 Liderar análise de causa raiz Liderar PDSAs diários 	<ul style="list-style-type: none"> Status de indicadores de projetos da unidade Problemas para escalonar Nível 2 Resultados PDSA 	<ul style="list-style-type: none"> Negociar metas da unidade Lançar, priorizar, monitorar projetos nível da unidade
<ul style="list-style-type: none"> Realizar análise situacional, priorizando atividades assistências Definir o trabalho padrão da linha de frente Ajustar à variação usual do processo, necessidades do paciente Responder as variações atípicas do processo 	<ul style="list-style-type: none"> Observação do processo do cuidado e ambiente Feedbacks e observações relatadas pelo paciente Dados clínicos e registros operacionais do processo 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicação clara para apoiar decisões e expectativas do paciente/família 	Enfermeira, Equipe de Linha de Frente	<ul style="list-style-type: none"> Realizar correções de processos simples (problema ver e resolver) Identificar ideias de mudança Participar PDSA 	<ul style="list-style-type: none"> Problemas para escalonar Nível 1 Ideias de melhoria 	<ul style="list-style-type: none"> Participação em equipes de MQ para melhoria alinhada Engajar pacientes nas melhorias
Interface com cuidado ao paciente				Interface com cuidado ao paciente		
<ul style="list-style-type: none"> Acionar resposta "agudas" do sistema Relatar sintomas atuais, situações e necessidades emergentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentações Histórias e observações "O que importa para você?" 	<ul style="list-style-type: none"> Conversa franca, diálogo transparente Reportar dados de qualidade (online) 	Pacientes e Familiares	<ul style="list-style-type: none"> Participar da equipe de MQ 	<ul style="list-style-type: none"> Identificação de problemas no processo, sugerindo solução Histórias e observações 	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes e familiares definem objetivos de melhoria

Subindo na hierarquia de gestão, os níveis superiores identificam, priorizam e respondem às oportunidades de melhoria com escopo crescente. No Nível 3, e até certo ponto no Nível 2, a Melhoria da Qualidade dá lugar ao Planejamento da Qualidade: iniciando, orientando e monitorando o projeto e a melhoria do sistema no nível organizacional. As informações — sobre o estado atual das operações e o status dos projetos de MQ — fluem para cima em níveis sucessivamente agregados de granularidade.^{14,15} Para questões de CQ, o fluxo de informações é imediato: questões que podem afetar seriamente a segurança do paciente devem atingir o Nível 3 dentro horas, se não minutos.

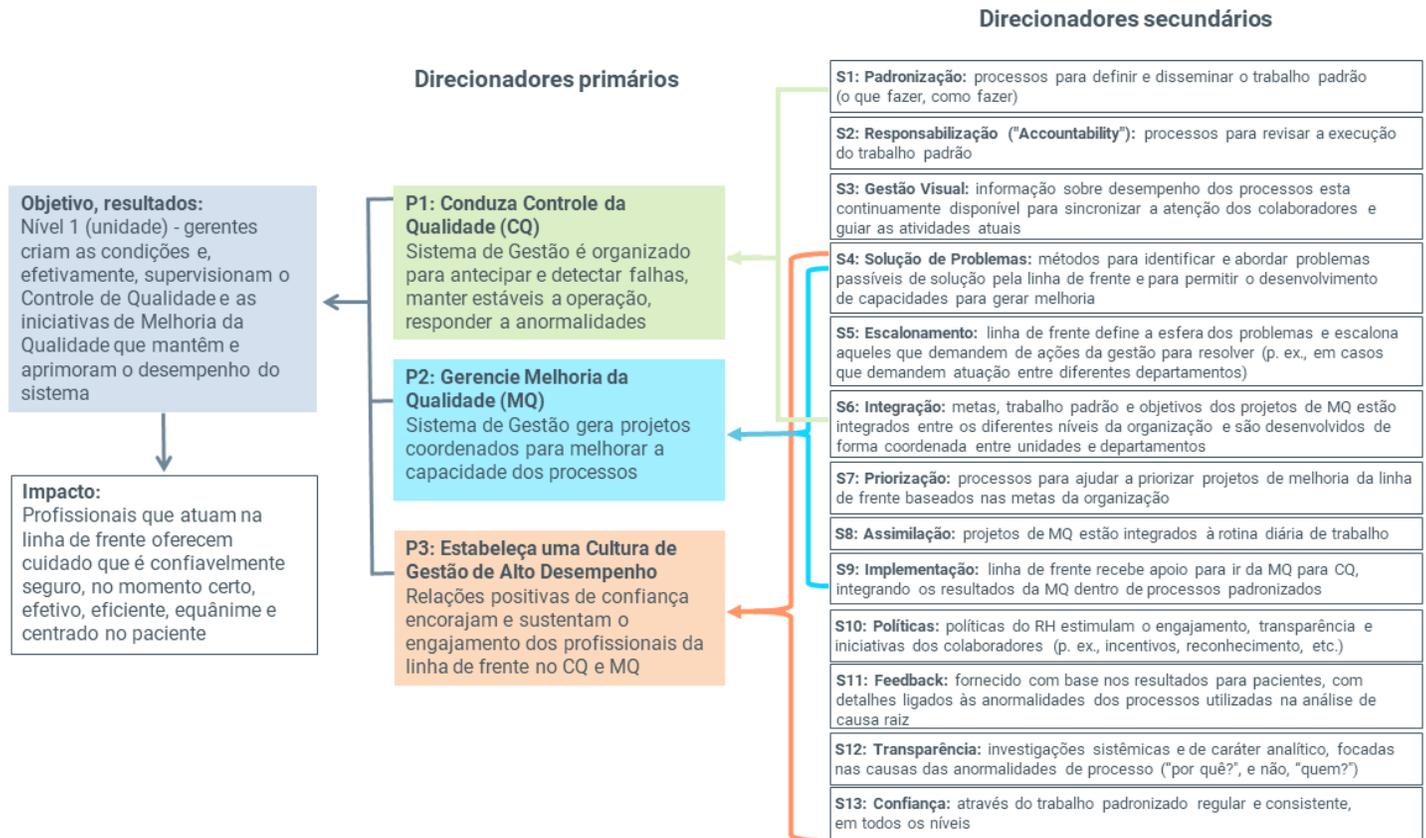
Indicadores do status operacional atual estão alinhadas com o propósito organizacional, em várias dimensões da qualidade.¹⁶ A orientação operacional e o alinhamento da MQ com o propósito organizacional fluem para baixo em direção à linha de frente. A integração de projetos de MQ no nível da unidade com os esforços estratégicos gerais de Melhoria da Qualidade em toda a organização pode ser alcançada por meio de um processo anual de MQ de negociações tipo “bate bola” entre os níveis (onde ideias e informações fluem entre os níveis), começando com as prioridades estratégicas do Nível 3, como no *Virginia Mason Health System* (ver Apêndice A). O Nível 3 e Nível 2 negociam as prioridades, iniciativas e metas do Nível 2, e o processo é repetido para baixo para projetos de melhoria no nível da unidade, com metas e indicadores no nível da unidade alinhadas com a estratégia organizacional geral.

Principais Direcionadores de Gestão de Alto Desempenho da Linha de Frente

O que é preciso para implementar um sistema de gestão de alto desempenho? Por meio de nossa revisão de literatura e entrevistas, identificamos três direcionadores principais de um SGAD sustentável para a linha de frente, conforme mostrado no diagrama direcionador na Figura 3. É importante notar que um revisor deste relatório branco apontou corretamente que os direcionadores representados neste diagrama podem exigir modificações substanciais em contextos de poucos recursos, onde infraestrutura, políticas governamentais, financiamento, disponibilidade de recursos, práticas de gestão de qualidade existentes e normas culturais podem priorizar um conjunto diferente de intervenções. O diagrama direcionador tem como alvo os principais processos, estruturas e normas culturais que nossa pesquisa identificou como fatores necessários para o estabelecimento e manutenção de um sistema de gestão de alto desempenho na linha de frente.

Os direcionadores primários P1 e P2 estão alinhados com a Trilogia de Juran: P1 se concentra na gestão do Controle da Qualidade, P2 na Melhoria da Qualidade. O direcionador primário P3 destaca as práticas de gerenciamento para estabelecer a cultura que sustenta a execução consistente das atividades de Planejamento, Controle e Melhoria da Qualidade. O Planejamento da Qualidade (PQ) não é explicitamente mencionado neste diagrama direcionador, mas permeia todas as funções representadas; na verdade, o diagrama é um roteiro para o Planejamento da Qualidade. O Apêndice B fornece exemplos de como sete de nossas organizações informantes implementaram o direcionador primário P1 para Controle da Qualidade.

Figura 3. Diagrama Direcionador: Sistema de Gestão de Alto Desempenho na Linha de Frente



Direcionador Primário P1: Conduza Controle da Qualidade

O sistema de gestão de alto desempenho é organizado para antecipar e detectar defeitos, manter operações estáveis e responder a anormalidades.

Identificamos seis direcionadores secundários (S1–S6) no Controle da Qualidade. (Consulte o Apêndice B para obter exemplos de ideias específicas para implementar os seis direcionadores secundários, com base em nossas entrevistas com informantes.)

- **S1: Padronização: existem processos para ajudar a definir e disseminar o trabalho padronizado (o que fazer e como fazer).**

Os gerentes em todos os níveis devem ter tarefas diárias, semanais, mensais, trimestrais e anuais bem definidas (ou seja, trabalho padronizado). O gerente de unidade de Nível 1 deve ter uma noção clara da confiabilidade dessas tarefas em todos os momentos, independentemente de como elas são representadas (por exemplo, checklist diário, quadros ou agenda de *huddles*). Várias organizações entrevistadas desenvolveram esse trabalho padronizado. Por exemplo, a *Intermountain Healthcare* desenvolveu uma documentação detalhada do trabalho para enfermeiros, equipe de linha de frente e gerentes de unidade de nível 1, apoiado por checklists, educação e um website interno.

- **S2: Responsabilização: um processo está em vigor para revisar a execução do trabalho padronizado.**

A organização precisa de sistemas para monitorar continuamente se a equipe está fazendo o trabalho de acordo com os padrões acordados. Isso é crucial para manter o CQ do processo, entender quais necessidades de treinamento dos colaboradores devem existir ou identificar processos que não funcionam bem. Os gestores utilizam essas informações para analisar e melhorar o trabalho da unidade; avaliação do desempenho individual dos colaboradores para promoção ou afastamento é secundária. O *Virginia Mason Health System*, por exemplo, desenvolveu uma ferramenta abrangente para rastrear o trabalho padronizado do gerente, sendo autorrelatado até o próximo nível de gerenciamento trimestralmente.
- **S3: Gestão Visual: as informações de desempenho do processo estão continuamente disponíveis para sincronizar a atenção da equipe e orientar as atividades atuais.**

Os colaboradores da unidade precisam de informações quantitativas e qualitativas atualizadas sobre o desempenho do processo para coordenar e orientar seu trabalho. Na maioria das vezes, as unidades clínicas rastreiam os dados principais e exibem de forma pública usando quadros de indicadores visuais, que mostram os principais indicadores de processo que, por sua vez, se alinham com os objetivos estratégicos de todo o sistema. Essas exibições de dados visuais geralmente são acompanhadas por um processo de comunicação diário, como *huddles* da equipe, para garantir que todos os colaboradores entendam o contexto atual, as questões, os problemas e as prioridades de seu trabalho. Muitas das nossas organizações entrevistadas desenvolveram quadros de gestão diária (GD) para estruturar esses *huddles*. Por exemplo, o *Greater Baltimore Medical Center* usam quadros de gestão diária para *huddles* com metas definidas, padronizadas e organizadas de acordo com quatro objetivos estratégicos: melhor saúde, melhores cuidados de saúde, menos desperdício e alegria no trabalho.
- **S4: Solução de Problemas: métodos estão disponíveis para emergir e abordar problemas que são solucionáveis pela linha de frente e para desenvolver a capacidade de melhoria.**

Os gerentes da unidade e o pessoal da linha de frente devem ser capazes de aplicar métodos e ferramentas de melhoria, como o método Lean A3¹⁷ ou o Modelo para Melhoria¹⁸ para tratar anomalias dos processos operacionais à medida que eles surgem. Métodos estruturados para identificar e diagnosticar problemas (por exemplo, diagramas de fluxo, análise de causa raiz, diagramas de causa e efeito) e testar mudanças utilizando a ferramenta de ciclos PDSA são essenciais, mas devem ser usados com o verdadeiro espírito de questionamento por parte de gerentes e colaboradores que mantêm uma “preocupação com o fracasso”.¹⁹ Os gerentes e colaboradores da linha de frente da unidade aplicam este métodos e ferramentas rotineiramente com Especialistas em Melhoria para fornecer suporte conforme necessário. Os gerentes dos níveis superiores reconhecem e analisam de forma honesta os problemas e soluções consideradas mais eficazes para cada situação de melhoria. O modelo “Ver-Resolver” articulado por *Resar* e colegas fornece um método detalhado e testado para envolver a equipe da linha de frente na identificação e no escopo dos problemas.¹³ Entre nossos entrevistados o *Virginia Mason Medical Center* espera que os gerentes das unidades sejam mestres nestes métodos (incluindo os 5 Porquês, diagramas espinha de peixe e diagramas de afinidade), treine as equipes nessas técnicas e lidere esforços de solução de problemas por meio de eventos de melhoria rápida (também conhecidos como eventos *kaizen*, um termo Lean traduzido como “melhoria contínua” ou “mudança benéfica”).

- **S5: Escalonamento: a equipe da linha de frente define o escopo dos problemas e escalona aqueles que exigem ação de gestão para resolver.**

Abordar as anormalidades do processo pode exigir ajustes do sistema que estão além do controle da equipe da linha de frente e dos gerentes da unidade, como quando um evento sentinela requer uma resposta imediata da gestão ou quando novas evidências clínicas, alterações no sistema ou exceções recorrentes apontam para atualizações necessárias no desenho do processo (por exemplo, novos protocolos de atendimento, mudanças nos sistemas de TI ou sempre que o desenho do processo atual for incapaz de fornecer resultados aceitáveis). Em muitos casos, as causas-raiz de um problema envolvem várias unidades ou departamentos, portanto, a melhoria requer uma iniciativa coordenada.

Assim, um sistema de gestão funcional inclui critérios claros para distinguir questões que devem ser escalonadas para níveis superiores de gestão, que então resolve a questão diretamente ou encomendam um projeto de melhoria interdepartamental (função do Planejamento da Qualidade). Na *ThedaCare*, por exemplo, se surgir um problema de atendimento ao paciente que um colaborador da linha de frente não possa resolver em 15 minutos, o colaborador encaminhará o problema para o gerente de unidade do nível seguinte e para cima na hierarquia, conforme necessário. Um problema suficientemente complexo e/ou agudo pode chegar ao CEO em até 90 minutos.⁸

- **S6: Integração: metas, trabalho padronizado e objetivos de projetos de MQ são integrados em todos os níveis organizacionais e coordenados entre unidades e departamentos.**

Para reforçar e apoiar continuamente o cuidado adequado e os objetivos das atividades de melhoria local, as prioridades e indicadores devem ser alinhadas verticalmente em todos os níveis de liderança da organização e consistentes horizontalmente em todas as divisões, departamentos e unidades. O trabalho padronizado da equipe e dos líderes da linha de frente é fundamental para garantir que as práticas de atendimento ao paciente sejam consistentes com os padrões, metas e estratégia de toda a organização. O SGAD do *Greater Baltimore Medical Center* se beneficiou de um forte suporte executivo, incluindo rondas da alta liderança no local de trabalho (ir ao *gemba*) e *huddles* regulares alimentadas por dados para alta liderança.

Direcionador Primário P2: Gerencie Melhoria da Qualidade

O sistema de gestão de alto desempenho coordena projetos para melhorar a capacidade do processo.

Além dos direcionadores secundários citados acima que são: S4: Solução de Problemas, S5: Escalonamento e S6: Integração (direcionadores para CQ e MQ), identificamos outros três direcionadores secundários que apoiam os gerentes de unidade na gestão eficaz dos esforços de Melhoria da Qualidade da linha de frente.

- **S7: Priorização: os processos são estabelecidos para ajudar a priorizar os projetos de melhoria da linha de frente com base nas metas organizacionais.**

A qualquer momento, as unidades clínicas terão muitas iniciativas de melhoria diferentes que poderiam implementar, mas implementar todas ao mesmo tempo seria um desperdício e, em última análise, contraproducente.²⁰ O planejamento da qualidade em um SGAD ajuda a estabelecer procedimentos e critérios claros para priorizar melhorias no nível da unidade que são importantes tanto para os objetivos da unidade quanto para os da organização. No *Virginia Mason*, linhas de cuidado como ortopedia mantêm “Planos Kaizen”, que incluem todos os esforços de melhoria em andamento. Os líderes de linha de serviço se reúnem

mensalmente para garantir que as prioridades de melhoria estejam corretas e ajustá-las conforme necessário. Para evitar esforços fragmentados e duplicados, a linha de cuidado realiza apenas esforços de melhoria em grande escala que sejam consistentes com este plano..

- S8: Assimilação: os projetos de melhoria são integrados ao trabalho diário.** Conforme sugerido na arquitetura do sistema de gestão de alto desempenho (veja a Figura 2 acima), iniciar e dirigir projetos de Melhoria da Qualidade é um componente central do trabalho padronizado em todos os níveis da organização. Devido ao seu envolvimento diário no atendimento ao paciente, os gerentes de unidade de Nível 1 são responsáveis por liderar os testes e a implementação de mudanças de processo no nível da unidade. As descrições de cargos e as expectativas dos gerentes seniores incentivam a participação ativa da equipe de linha de frente e do gerente no trabalho de MQ, como *huddles*, eventos de melhoria rápida, testes PDSA, coleta de dados e revisão de dados. Os colaboradores protegem explicitamente o tempo necessário para participar dessas atividades. Por exemplo, no *Children's Mercy Hospital*, a realização de PDSAs está incluída como parte do trabalho padronizado regular dos líderes clínicos da linha de frente, juntamente com a participação nas revisões do projeto de MQ.
- S9: Implementação: as equipes de linha de frente têm o suporte para ir da MQ para CQ, integrando os resultados dos projetos de MQ em processos padronizados.** Muitos projetos de MQ não geram melhorias sustentáveis porque as mudanças necessárias em sistemas de suporte como laboratórios, compras, relações humanas, sistemas mecânicos ou TI nunca são implementadas. Um sistema de gestão de alto desempenho SGAD tem estratégias estabelecidas para coordenar melhorias entre departamentos (consulte S6: Integração) e incorporar os resultados de projetos de melhoria no trabalho padronizado da linha de frente. No *ThedaCare*⁸ e na *Intermountain*, os engenheiros de gestão trabalham em estreita colaboração com os gerentes clínicos da linha de frente para apoiar a melhoria e ajudar no desenvolvimento e ajuste do trabalho padronizado.

Direcionador Primário P3: Estabeleça uma Cultura de Gestão de Alto Desempenho (SGAD)

O sistema de gestão de alto desempenho estabelece e cria uma relação positiva de confiança que incentiva e mantém o envolvimento da equipe de linha de frente no Controle e Melhoria da Qualidade.

- S10: Políticas, S11: Feedback, S12: Transparência, S13: Confiança** Estes direcionadores primários referem-se ao meio social e ético em que as pessoas realizam suas tarefas diárias e compreendem quatro direcionadores secundários: política, feedback, transparência e confiança. Embora não seja o foco deste artigo, esses fatores são absolutamente essenciais para estabelecer e manter profundo senso de confiança mútuo que permeia um sistema de gestão de alto desempenho. Essa cultura oferece a atmosfera de transparência na qual os problemas dos processos podem ser rapidamente apresentados, compreendidos e tratados pela equipe de linha de frente.^{12,21}

Um sistema de gestão de alto desempenho exige que os gerentes confiem na equipe para adotar conscientemente práticas padronizadas necessárias, ajustar apropriadamente os processos em resposta aos problemas do dia a dia e honestamente identificar problemas que representam oportunidades de melhoria. Por outro lado, o SGAD também exige que a equipe confie nos líderes a adotar uma “visão sistêmica”: fornecer habilidades em mentoria e sistemas de suporte operacional necessários para um desempenho excelente, buscar as

verdadeiras causas dos problemas em vez de culpar os indivíduos, agir prontamente para resolver problemas sistêmicos e defender a dignidade dos trabalhadores como um valor essencial para a organização. Políticas de recursos humanos (RH) alinhadas, feedback regular para a equipe da linha de frente sobre os resultados dos pacientes e uma resposta objetiva e analítica aos problemas são os principais direcionadores chaves para esta crítica relação positiva de confiança.

Em nossas entrevistas com as organizações informantes o que mais nos impressionou foi o rigor com que essas organizações implementaram a gestão do trabalho padronizado (por exemplo, checklists) e apreciação da importância da conclusão consistente dos mesmos — não apenas para garantir cuidados confiáveis, mas como meio de construir confiança. O ritmo regular de *huddles* diários conduzidas em um espírito de investigação aberta e sem culpar, com acompanhamento previsíveis e resultados, permitiu que os colaboradores ganhassem confiança no sistema de gestão.

Implementar um Sistema de Gestão de Alto Desempenho (SGAD): Lições Aprendidas das Organizações

Juntos, a arquitetura do sistema de gestão de alto desempenho (consulte a Figura 2) e o diagrama direcionador (consulte a Figura 3) descrevem as “mudanças” – estruturas, processos e normas culturais – necessárias para estabelecer e manter um sistema de gestão de alto desempenho. Os exemplos no Apêndice A oferecem um rico conjunto de ideias e lições de organizações de saúde que implementaram o trabalho padronizado como parte de seus esforços para implementar um SGAD. Esta seção do relatório branco oferece recomendações, no espírito do PDSA, para colocar essas mudanças em prática — não como um caminho garantido para um SGAD, mas como um conjunto de ideias a serem testadas e adaptadas por aqueles que desejam seguir a jornada.

O Modelo de Melhoria fornece um quadro conceitual para estruturar uma iniciativa para testar essas mudanças. No nível do sistema, o plano para implementar uma iniciativa SGAD pode ser algo assim:

- **Objetivo:** melhorar os resultados para o paciente e performance dos processos considerando todo o sistema através de um sistema de gestão de alto desempenho
- **Indicadores:**
 - Indicadores de resultados para paciente, custo do cuidado e satisfação da equipe alinhados com a missão do sistema
 - Indicadores de confiabilidade de processos clínicos, eficiência, segurança, cuidado a tempo, foco no paciente e equidade alinhados com os objetivos de resultados
 - Indicadores de adoção do SGAD: estado de implementação de cada direcionador secundário por unidade, ritmo de implementação na unidade, dados qualitativos da observação do líder etc.
 - Indicadores de equilíbrio (por exemplo, alegria no trabalho)
- **Mudanças:** descritas na arquitetura do sistema de gestão de alto desempenho (Figura 2), diagrama direcionador (Figura 3) e exemplos de casos organizacionais (Apêndice A)

- **Aprendizagem empírica:** com base em um plano para testar mudanças em pequena escala (piloto), depois implementar mudanças em todo o sistema com as devidas adaptações

Recomendações para Implementar a Gestão do Trabalho Padronizado

O trabalho padronizado é exigido pelos líderes em todos os níveis (Níveis 1, 2 e 3), referido aqui como “gestão do trabalho padronizado” (GTP). Por exemplo, enquanto os líderes de Nível 1 são responsáveis por identificar os indicadores de processos nas unidades, coletar os dados necessários e manter visualização para os *huddles*, os líderes de Nível 2 e 3 determinam os indicadores necessários para monitorar o sistema de trabalho padronizado e são responsáveis por coletar os dados necessários (através dos *huddles*, observação direta e ajuda de Especialistas em Melhoria). Difundir as mudanças e sustentar a melhoria do desempenho exige que os líderes de Nível 1 e Nível 2 pratiquem seu trabalho padronizado, incluindo a coordenação com outros departamentos ou linhas de serviço. Os líderes de todos os níveis (incluindo especialmente a alta gestão) precisam demonstrar seu envolvimento ativo no trabalho padronizado e na melhoria, e não apenas delegar mudanças a Especialistas em Melhoria ou para as unidades assistenciais.

Um trabalho anterior da equipe de inovação do IHI sugere uma estratégia testável para desenvolver a gestão do trabalho padronizado Nível 1 (GTP), como parte do SGAD, que seja consistente com os modelos em uso no *Thedacare*⁸ e em outros lugares:

- **Equipe da linha de frente** da unidade projeta, testa e implementa um detalhado trabalho com o apoio de Especialistas em Melhoria da qualidade. A equipe da linha de frente se concentra no rastreamento de problemas nos processos identificados no nível da unidade e nas ações para resolvê-los, incluindo a análise da causa raiz dos problemas e testes frequentes de mudanças para melhorar os processos.
- **Os Especialistas em Melhoria** coordenam o trabalho padronizado e as iniciativas de melhoria em todas as unidades e departamentos e atuam como mentores para as equipes da unidade. Especialistas trabalham em estreita colaboração com o líder da unidade para estabelecer e melhorar as práticas de gestão Nível 1 (por exemplo, *huddles* e gestão visual de dados sobre o desempenho do processo), fazem emergir e dar escopo a extensão dos problemas que exigem projetos de MQ, fornecem análise de dados, ajudam com métodos de MQ, promovem eventos de melhoria rápida e supervisionam a implementação e disseminação de mudanças efetivas.
- **Os gerentes de unidade (Nível 1)** supervisionam este trabalho em colaboração com o Especialista em Melhoria. Com o tempo, o papel do Especialista em Melhoria diminui à medida que o gerente da unidade ganha habilidade e confiança com o exercício diário do CQ e MQ e do próprio SGAD.

A orientação apresentada aqui está focada no Nível 1, mas a implementação completa e sustentada de um SGAD exige, em última análise, apoio sincero dos Níveis 2 e 3, com gerentes e líderes engajados com participação prática e ativa. A experiência do IHI em ajudar líderes de saúde a inspirar e gerenciar mudanças em todo o sistema fornece recomendações específicas — modelos mentais, comportamentos e áreas de foco — que podem apoiar a implementação de um SGAD.²²

Nem todos os gerentes acharão essas mudanças palatáveis. Uma iniciativa SGAD bem-sucedida pode exigir redistribuição de funções, como a *Intermountain* descobriu, e alguma rotatividade de pessoal é esperada. Nossas organizações informantes ofereceram quatro lições úteis para a

implementação de GTP, conforme descrito abaixo, que podem coincidir com os esforços de outras organizações.

1. Escolha uma unidade piloto em sua organização.

A maioria das organizações apresentam a GTP testando em pequena escala em uma unidade piloto (por exemplo, a “célula modelo” da *ThedaCare*⁸). A unidade piloto é cuidadosamente selecionada para maximizar *insights* e criar impulso para a mudança. Como em qualquer projeto de melhoria, a introdução de mudanças em um processo ou sistema existente será mais bem sucedida quando a unidade piloto estiver operando de maneira estável e previsível.

A unidade piloto deve ter as seguintes características:

- **Rotatividade baixa de pessoas.** A alta rotatividade dificulta a implementação do treinamento e da educação da equipe necessários para uma iniciativa de trabalho padronizado.
- **Os líderes de unidade de Nível 1 entendem o que é esperado, sabem como será a mudança quando implementada e adotam a lógica do trabalho padronizado.** Os gerentes de unidade são os principais defensores de qualquer iniciativa de trabalho padronizado bem-sucedida. Sem a adesão e o apoio deles, a iniciativa provavelmente falhará.
- **Boas práticas de gestão.** Os exemplos incluem uma gestão eficaz do orçamento e um quadro de colaboradores estável. Além disso, procure áreas com processos relativamente estáveis; um líder com uma agenda diária já caótica será incapaz de focar a atenção na mudança.
- **Um líder reconhecido** estará pronto para construir entusiasmo para a mudança, irá incentivar a participação, treinar a equipe e comemorar o sucesso.

Embora, em princípio, o SGAD se aplique em todos os níveis de uma organização de saúde, várias organizações informantes observaram que unidades piloto que se assemelham a uma “linha de montagem” ou “linha de produção” são melhores candidatas para a introdução da GTP do que unidades em que os processos são menos previsíveis. Por exemplo, uma unidade cirúrgica, radiologia ou de serviços de esterilização podem servir como melhores candidatos para a unidade piloto do que uma unidade médica. O *Virginia Mason* achou mais desafiador implementar a GTP fora dessas unidades “semelhantes à linha de montagem”, apesar do compromisso de toda a organização com o novo sistema de gestão. Potenciais adotantes da GTP podem considerar a escolha de uma unidade piloto com processos padronizado já estabelecidos e, em seguida, expandir para outras áreas.

Desde o início, a *Saskatoon Health Region* implementou a GTP em serviços de apoio, como recursos humanos e serviço de limpeza, com a previsão de que as melhorias “vencedoras” em tais funções centralizadas aumentariam o interesse e a adesão de toda a organização. Por exemplo, a eficiência obtida por meio do trabalho padronizado em recursos humanos e serviços de limpeza poderia liberar os líderes de unidade de linha de frente e a equipe assistencial de trabalhos administrativos, como preenchimento de papéis e e-mails desnecessários, permitindo mais tempo da equipe para a assistência direta ao paciente.

2. Comece no nível de supervisão imediata do ponto de atendimento.

Muitas organizações que desejam implementar a GTP podem recorrer inicialmente ao líder da unidade, um administrador. No entanto, várias organizações enfatizam que, em seus sistemas, o verdadeiro líder assistencial da linha de frente não é o enfermeiro gerente, mas sim o enfermeiro que trabalha na linha de frente da assistência.

Um passo inicial, bem ilustrado pela experiência da *Intermountain*, é esclarecer e padronizar o papel e função do enfermeiro chefe. Na ausência de funções claramente definidas, os líderes de unidade podem se sentir obrigados a realizar o trabalho padronizado destinado aos enfermeiros assistências (por exemplo, treinamento básico da equipe da linha de frente, liderar reuniões do time assistencial ou alternar os pacientes). Isso configura o gerente de enfermagem para o fracasso em qualquer tentativa de fazer um trabalho padronizado apropriado ao seu próprio nível.

3. Comece com metas modestas para garantir vitórias rápidas.

Os objetivos iniciais da unidade piloto devem ser alcançáveis dentro de um período relativamente curto. Por exemplo, a realização de um *huddle* para monitorar a administração de medicamentos, apoiada por um quadro de gestão visual com indicadores simples, pode ser testada e implementada em um período de três ou quatro semanas, e depois elaborada com base em testes adicionais. Metas complexas que exigem intenso trabalho da equipe multiprofissional — como reconciliação de medicamentos ou integração de colaboradores — provavelmente serão escolhas ruins para o teste inicial. Vários informantes enfatizaram a importância de “ganhos rápidos” para aumentar o engajamento da equipe. Por exemplo, o *Greater Baltimore Medical Center* introduziu os líderes em sua GTP pedindo-lhes primeiro que selecionem uma métrica gerenciável para acompanhar alinhada com a estratégia geral da organização.

4. Criar um senso de urgência e confiança.

Acima de tudo, a implementação bem-sucedida de um SGAD depende do comprometimento contínuo da equipe assistencial que entende, diretamente, seus benefícios. Intervenções que reduzem o caos e a carga de trabalho e são percebidas como valiosas pelas pessoas solicitadas a usar novos métodos são “mais propensas a serem adotadas de forma sustentável, mais propensas a alcançar os resultados pretendidos e encontrar menos resistência contínua”.²³ Assim, uma nova iniciativa SGAD pode ganhar um senso de urgência ao focar em problemas agudos que são amplamente reconhecidos pela equipe. Com o tempo, o sucesso observado em problemas reconhecidos na unidade piloto pode gerar amplo apoio à iniciativa.

Três de nossas organizações informantes seguiram essa estratégia. A *Denver Health* concentrou seus esforços para criar um trabalho padronizado nas unidades médicas com duas metas organizacionais principais: reduzir as quedas de pacientes e melhorar as pontuações da experiência do paciente. A *Saskatoon Health Region* concentrou grande parte de seu esforço inicial na ampliação de um protocolo de segurança em toda a província. A *Intermountain Healthcare* implementou um trabalho padronizado no contexto de seu programa “Transformando o cuidado na beira do leito”.

Já discutimos a importância de atividades diárias, como *huddles* para construir confiança; a longo prazo, é essencial alinhar os incentivos de carreira, como promoções e avaliações de desempenho, com as tarefas do SGAD para sustentar a adesão e o suporte à nova estrutura de gerenciamento. Na *ThedaCare*, profissionais de alto potencial são designados em tempo integral para uma Equipe Central de Melhoria por um período, para aprofundar sua compreensão dos métodos Lean e ajudar

a “remodelar as expectativas de carreira de gerentes e executivos” para que o avanço dependa da participação em melhoria contínua.⁸

Conclusão

Sustentar o trabalho padronizado da linha de frente continua sendo um desafio mesmo para as organizações que implementam sistemas abrangentes de gerenciamento e melhoria de desempenho – sejam inspirados pelo Lean ou por outras abordagens de melhoria. Muitas de nossas organizações informantes estavam apenas começando a explorar sistemas de gestão de alto desempenho, com apenas algumas organizações em um estágio mais avançado (porém, inicial ainda) de implementação.

Os sistemas de saúde que desejam sustentar os ganhos de abordagens mais episódicas, baseadas em ferramentas ou abordagens para a Melhoria da Qualidade descobriram que o desenvolvimento de sistemas de gestão mais robustos é um passo inevitável em sua busca por um desempenho maior - particularmente na obtenção de melhorias sustentadas e quantificáveis dos resultados. Sem um sistema de gestão de alto desempenho que inclua um foco claro no desenvolvimento do trabalho padronizado e no uso do Controle da Qualidade para monitorar e ajustar o sistema conforme necessário, mesmo os programas de melhoria mais bem intencionados e mais bem estruturados provavelmente ficarão aquém em seus esforços para efetivar alto desempenho no longo prazo.

Concentrando-se primeiro na implementação do trabalho padronizado em unidades assistenciais e gerentes, como com um enfermeiro chefe ou líder de equipe, as organizações podem construir uma base sólida “de baixo para cima” para o Controle e Melhoria da Qualidade que, em seguida, suporta um gestão de alto desempenho mais robusto no nível gerencial do sistema.

Apêndice A: Exemplos de Caso de Implementação do Trabalho Padronizado em Cuidados de Saúde

Exemplo de Caso 1: *Intermountain Healthcare (Salt Lake City, Utah)*

Resumo

A *Intermountain Healthcare* realizou um projeto piloto entre 2012 e 2014 que ilustra dois direcionadores primários chave de um sistema de gestão de alto desempenho (SGAD): S1: Padronização e S2: Responsabilização (veja a Figura 3). Com foco em padronizar e ampliar o papel do enfermeiro chefe da linha de frente, a unidade piloto — uma unidade de clínica médica com 25 leitos de internação — documentou as tarefas de rotina, *huddles* roteirizados na mudança de turno, monitoramento e treinamento regulares por enfermeiros chefes para estruturar e manter processos de atendimento da linha de frente. Essas mudanças resultaram em aumento do tempo de enfermagem para atendimento direto ao paciente, maior satisfação do paciente e da equipe e aumento da conformidade com os parâmetros do *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS). O fato das melhorias do piloto não terem se espalhado por todo o sistema também foi instrutivo.

Histórico

Embora a *Intermountain Healthcare* tenha começado a implementar os princípios de gestão Lean em 2009, a organização não viu uma melhoria sustentada nos resultados. Depois de visitar outros sistemas de saúde, os líderes da *Intermountain* perceberam que precisavam se concentrar no trabalho padronizado para os gerentes da linha de frente. Eles implementaram vários elementos-chave de um SGAD, incluindo trabalho padronizado para líderes da linha de frente e outras funções de unidade, por meio de um teste robusto de mudança com um projeto piloto. O piloto foi um sucesso; A *Intermountain* obteve ganhos significativos em eficiência e satisfação da equipe. O caso ilustra como um sistema de saúde pode começar a construir um SGAD a partir do zero, concentrando-se primeiro na gestão da linha de frente (neste exemplo, o papel do enfermeiro chefe) em um único projeto piloto.

Identificando o Foco Inicial para o Novo Sistema de Gestão

A partir de 2011, o comitê Lean do grupo de liderança médica selecionou uma unidade de clínica médica com 25 leitos de internação como local para o projeto piloto. A unidade estava introduzindo, simultaneamente, os princípios do Transformando o cuidado na beira do leito” (“*TCAB – Transforming Care at Bedside*” em inglês, uma iniciativa liderada pelo IHI e financiada pela *Robert Wood Johnson Foundation*). Os líderes sentiram que a implementação do trabalho padronizado e outras melhorias em seu sistema de gestão poderiam ajudar a facilitar esse esforço.

Como parte do TCAB, os engenheiros de gestão identificaram a subutilização de enfermeiros chefes e a má definição do papel dos mesmos como causas-raiz de vários problemas na unidade, como a inconsistente supervisão do reabastecimento do carrinho de suprimentos. Diante desse desafio, e

do foco no desenvolvimento de um novo sistema de gestão, os enfermeiros chefes serviram como foco inicial para os esforços de desenvolvimento do SGAD.

Foco nos Enfermeiros Chefes

“Enfermeiro chefe” era tradicionalmente um cargo honorífico, geralmente baseado na antiguidade; muitos enfermeiros chefes não estavam interessados em novas habilidades e responsabilidades. Como passo inicial para enfrentar o desafio, os engenheiros de gestão facilitaram um retiro para os enfermeiros chefes, com foco na definição das principais funções e responsabilidades.

Quando o retiro e o treinamento subsequente não resultaram nos ganhos esperados, os líderes das unidades deram um passo dramático. Eles reduziram o número de cargos de enfermeiros chefes e o gerente de enfermagem reescreveu a descrição do cargo de enfermeiro chefe, abriu a vaga de trabalho e convidou os enfermeiros da unidade a se candidatarem. Isso resultou em 30% de rotatividade de pessoal.

Em seguida, o gerente de enfermagem, o gerente assistente, um diretor e um engenheiro de gerenciamento de apoio realizaram uma reunião com os novos enfermeiros chefes para desenvolver um modelo de trabalho padronizado do enfermeiro chefe. Ao mesmo tempo, a equipe de liderança da unidade criou a padronização do descritivo de trabalho para todas as outras funções da unidade, incluindo técnicos, balconistas, enfermeiros da linha de frente, gerente, gerente assistente, diretor e educador de pacientes.

Toda a equipe da unidade piloto recebeu treinamento sobre o trabalho padronizado — uma oportunidade para afirmar o novo status do enfermeiro chefe e orientar a equipe a ouvir as instruções do enfermeiro chefe. Durante a implantação do projeto, o gerente de enfermagem e o diretor de enfermagem do hospital reuniram-se semanalmente com os engenheiros de gestão para discutir o desenvolvimento e a implantação do programa de trabalho padronizado. Na primavera de 2013, a implantação da unidade piloto foi concluída. Em última análise, o tempo do projeto-piloto não combinou com as prioridades da alta administração e o projeto caducou.

Padronização: Desenvolvendo o Trabalho Padronizado para Cada Função na Unidade

A liderança da unidade criou padrões para uma série de atividades (como admissão, alta, administração de medicamentos e outros processos clínicos e operacionais importantes) e para todas as funções-chave, começando com o enfermeiro chefe. Na documentação do trabalho padronizado, os líderes das unidades esclareceram os principais itens para cada elemento: tempo (com que frequência?); detalhes (quais etapas estão envolvidas?); e justificativa (como este item se conecta aos objetivos estratégicos organizacionais e aos objetivos de atendimento ao paciente?).

Por exemplo, liderar *huddles* era um item-chave do trabalho padronizado do enfermeiro chefe. O documento de trabalho padronizado especificava que a reunião deveria ocorrer no início de cada turno. Liderar um *huddles* envolvia várias etapas padrão: chamar a equipe; revisar a agenda; celebrar os sucessos; e preenchimento de um registro de ações para melhorar os principais indicadores. A seção de fundamentação citou vários objetivos, incluindo manter o envolvimento e a satisfação da equipe e melhorar o engajamento do paciente. A unidade documentou o trabalho padronizado em cópia impressa (montado em fichários, armazenado na unidade) e eletronicamente no sistema de intranet da unidade.

Responsabilização (*Accountability*)

O monitoramento da conclusão do trabalho padronizado foi outro elemento-chave essencial para o sucesso do sistema na unidade. Como parte de seu trabalho padronizado, os enfermeiros chefes eram obrigados a realizar três avaliações por dia para verificar se a equipe da linha de frente executava ou não suas tarefas padronizadas. Os enfermeiros chefes poderiam selecionar quais itens do trabalho padronizado seriam examinados.

Em geral, essas observações ocorreram anonimamente. Por exemplo, o enfermeiro chefe poderia ficar do lado de fora do quarto do paciente enquanto um enfermeiro realizava a visita de rotina. O enfermeiro chefe ouvia e determinava se o enfermeiro da linha de frente executou todas as etapas necessárias descritas no trabalho padronizado do enfermeiro. Quando o enfermeiro saía da sala, o enfermeiro chefe tinha a oportunidade de orientar o enfermeiro sobre quaisquer etapas perdidas e fornecer feedback positivo para as etapas bem conduzidas. Enfermeiros chefes e outros líderes também forneceram reconhecimento regularmente em *huddles* e encontros dos colaboradores.

O enfermeiro chefe reportava essas verificações em um registro, mantido pelo enfermeiro gerente. Este registro serviu para informar as atividades de melhoria. Por exemplo, o registro revelou que os auxiliares de enfermagem não conduziam o manejo da dor adequadamente. Após nova indagação, o enfermeiro gerente soube que os auxiliares de enfermagem não haviam recebido treinamento para o manejo da dor. A equipe de liderança criou o treinamento e resolveu o problema.

O sistema de gestão da unidade incluiu diversos outros aspectos que dialogam com os direcionadores do Controle da Qualidade, como quadros de indicadores visuais (GD) (S3: Gestão Visual); enfatizando a técnica PDSA de resolução de problemas (S4: Resolução de Problemas); e garantir que a equipe esteja ciente das pessoas apropriadas para problemas que não podem resolver imediatamente (S5: Escalonamento).

Os Resultados Apontam para uma Abordagem Promissora

O trabalho padronizado da *Intermountain* para enfermeiros chefes produziu resultados excepcionais. Até o final de 2014, a unidade piloto tinha alcançado:

- Aumento do tempo de assistência direta ao paciente, de 37% para 55%;
- Um aumento dramático nas pontuações do HCAHPSⁱ: a unidade deixou de estar consistentemente entre as cinco piores dentre as 45 unidades rastreadas em todo o sistema para estar entre as três principais unidades de forma consistente;
- Aumento do engajamento dos colaboradores (acompanhado via *Gallup*), de uma média de 4,16 em 2012 para 4,62 no final de 2014; e
- 100% de conformidade consistente com as principais indicadores do CMS por vários meses consecutivos.

Embora o desenvolvimento e a introdução do trabalho padronizado tenham levado algum tempo – por meio de retiros e treinamento da equipe descritos acima – em última análise, resultou em maior eficiência e satisfação da equipe e do paciente. A *Intermountain* espera, em última análise, ampliar esse modelo para o trabalho padronizado para outras unidades e locais. Muitas de nossas

ⁱ <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHCAHPS>

organizações informantes citaram a importância da adesão e engajamento dos executivos como próximos passos importantes na promoção da ampliação deste trabalho.

Exemplo de Caso 2: *Saskatoon Health Region (Saskatchewan, Canadá)*

Resumo

A *Saskatoon Health Region (SHR)* concentrou-se na segurança do paciente, uma questão de alta prioridade referente a qualidade, como a oportunidade de desenvolver elementos de um SGAD. A padronização do trabalho para os gerentes da linha de frente concentrou-se inicialmente em um algoritmo roteirizado, chamado “SAFER” (*Stop, Assess, Fix, Escalate, Report* – Parar, Avaliar, Corrigir, Escalonar, Reportar), como resposta necessária a incidentes relacionados à segurança. Foram realizadas *huddles* orientados por dados com foco em questões operacionais e indicadores-chave, ambos alinhados com as metas de segurança organizacional. Os principais fatores nesses esforços foram o apoio e o incentivo para a solução de problemas da linha de frente e o escalonamento de problemas mais complexos. A SHR achou importante olhar mais amplamente para o trabalho diário do gerente com o objetivo de reduzir o desperdício e garantir que práticas como os *huddles* de segurança fossem mantidas.

Histórico

A *Saskatoon Health Region* é o maior sistema de saúde em *Saskatchewan*, Canadá. Em vez de focar seu piloto SGAD em um cargo específico (como enfermeiros chefes, como no exemplo da *Intermountain*), a SHR inicialmente implementou as principais funções da GTP em torno de melhorias na segurança do paciente, uma preocupação de todo o sistema na época. No momento da redação deste artigo, eles estavam focados em difundir os elementos do SGAD de forma mais ampla.

Usando a Segurança como Fundamento

A SHR recebeu apoio significativo do *Saskatchewan Health Quality Council (SHQC)*, um grupo da província local que está trabalhando para dimensionar protocolos e padronização para promover uma iniciativa de segurança para reduzir os danos a zero para pacientes e colaboradores até 2020. O centro desta iniciativa de segurança em toda a província são protocolos da linha de frente baseados em uma heurística comumⁱⁱ chamada “SAFER”:

- **Pare:** pare se os colaboradores virem algo inseguro.
- **Avalie:** avalie a situação. Peça apoio de outros colaboradores, supervisores ou líderes.
- **Corrija:** corrija a situação insegura, se puderem.
- **Escalone:** se eles não puderem resolver a situação, escalone a preocupação para o superior imediato.
- **Relate:** relate situações, ambientes e práticas inseguras, incluindo “quase acidentes” e incidentes que resultaram em danos a pacientes ou colaboradores.

ⁱⁱ A heurística de senso comum é uma abordagem prática e prudente que é aplicada a uma decisão em que as respostas certas e erradas parecem relativamente claras.

Saskatoon introduziu elementos importantes do sistema de gestão de alto desempenho em torno da segurança por meio dos ciclos *Plan-Do-Study-Act* (PDSAs) em 2013 e 2014. Os líderes desenvolveram o esboço do SGAD em torno da segurança por meio de uma perspectiva de toda a província, seguida por um processo 3P (Produção, Preparação, Processo) que incentiva a inovação e a colaboração entre os principais *stakeholders* no início do produto ou processo de redesenho, fornecendo uma estrutura de baixo custo para testar o redesenho. Eles se concentraram primeiro na criação de quadros de indicadores visuais (gestão visual), depois instituíram *huddles*, seguidos pela implementação do sistema de responsabilização que inclui o escalonamento dos *huddles*, na hierarquia organizacional. A organização tinha uma base sólida em métodos Lean, dados os esforços de toda a equipe para adotar o Lean nos cuidados de saúde a partir de 2010. Esses esforços incluíram treinamento formal de líderes sêniores e gerentes em ferramentas Lean.

Padronização

A partir de 2014, os especialistas e consultores de qualidade da SQHC ajudaram os líderes das unidades a projetar o trabalho padronizado, alinhado com o protocolo SAFER em resposta a possíveis incidentes de segurança. Por exemplo, o diretor da unidade de plantão tem um conjunto sequenciado de tarefas, com definições detalhadas de atividades e “tempos de ciclo de tarefas” aproximados, quando ocorrem incidentes de segurança. Inicialmente, o diretor de plantão entra em contato com o colaborador da linha de frente designado, que informa o diretor sobre o incidente usando o formato SBAR (*Situation-Background-Assessment-Recommendation* – Situação-Breve histórico-Análise-Recomendação). Esse *briefing* geralmente leva no máximo 10 minutos. O diretor avalia se precisa responder à situação pessoalmente. A SHQC projetou o trabalho padronizado em torno do protocolo SAFER para enfermeiros chefes, equipe da linha de frente (enfermeiros e médicos), gerentes de unidade e executivos.

Responsabilização (Accountability)

As rondas trimestrais dos diretores “ir ao *gemba*” (“local onde as coisas acontecem”) nas unidades facilitam a responsabilização. Durante essas rondas, os diretores observam em primeira mão como as unidades funcionam, revisam os quadros de *huddles* e afins. Além disso, o trabalho padronizado da equipe de linha de frente apoia o trabalho padronizado da gerência. A SHR mantém uma “linha direta” de segurança em que qualquer pessoa pode usar para relatar problemas de segurança – incluindo pacientes, familiares, colaboradores, médicos e membros da comunidade. Todos os dias, os diretores participam em *huddles* com o vice-presidente e o CEO para discutir questões de segurança. Um especialista em segurança participa do *huddle* para registrar todos os incidentes de segurança relatados pela “linha direta” de segurança; isso ajuda a garantir a responsabilização. Durante o *huddle* executivo, espera-se que os diretores relatem todos os incidentes de segurança graves e críticos. Se o especialista em segurança relatar um incidente na unidade de um diretor e esse diretor não tiver conhecimento prévio do evento, fica claro que o diretor não seguiu a GTP (o que inclui atenção a todos os incidentes que causaram danos ou quase dano).

Gestão Visual

Unidades individuais na SHR têm quadros de *huddles* que antecedem a iniciativa de segurança, originados de seus esforços de melhoria de desempenho Lean. As unidades geralmente mantêm dois comitês separados: um focado nas considerações operacionais do dia a dia (por exemplo, capacidade e demanda de leitos, pessoal) e o outro focado nas principais indicadores de desempenho que atingem as metas organizacionais de qualidade, segurança, entrega e custo.

Solução de Problemas

A SHR usa vários métodos e estruturas de solução de problemas como parte de seu trabalho de segurança. O uso do SBAR para analisar incidentes é um exemplo. Em geral, em casos de problemas superficiais, a equipe da linha de frente usa uma abordagem de Planejar-Fazer-Checar-Agir com pequenos testes de mudança. Os supervisores da linha de frente também usam e treinam com a abordagem dos 5 Porquês.

Escalonamento

Para ajudar a facilitar a resolução de problemas relacionados à segurança, a liderança da SHR distingue três níveis de desafios de segurança: incidentes críticos, com relatórios obrigatórios para executivos seniores; desafios sérios que podem ser cuidados primeiro pelos diretores de plantão; e outros incidentes, que não resultaram em danos, e são de competência dos gestores das unidades.

Huddles em cascata em cada nível da gestão servem como um mecanismo claro para o escalonamento de problemas. Diariamente, às 7h30, os gerentes realizam o *huddle* com seus colaboradores, com foco em discutir quaisquer questões de segurança. Às 8h15, os diretores realizam o *huddle* com os gerentes de unidade, que apresentam quaisquer problemas de segurança para que os diretores possam ajudar a remover quaisquer barreiras relevantes para resolvê-los. Finalmente, os diretores que participaram do *huddle* executivo no final da manhã, e os executivos podem novamente remover quaisquer barreiras para resolver problemas de segurança. Após o *huddle* executivo, o CEO e os vice-presidentes se reúnem para discutir quaisquer itens das ações, como resposta a incidentes críticos.

O próprio protocolo SAFER também delineia claramente um protocolo de escalonamento acordado; se um membro da equipe não puder resolver um problema relacionado à segurança diretamente, o protocolo solicita que a equipe encaminhe o problema para o próximo membro da equipe disponível na “cadeia de comando” (por exemplo, um gerente de linha de frente).

Integração

A abordagem da *Saskatoon Health Region* foi bem-sucedida em parte devido ao forte apoio e engajamento executivo — com sua iniciativa de segurança, seus esforços gerados pela metodologia Lean e o desenvolvimento da GTP. Os executivos têm sua própria GTP projetado em torno da segurança. Além das idas regulares dos executivos ao *gemba*, a *Saskatoon* desenvolveu uma estrutura para apoiar o treinamento executivo da equipe quando um incidente de segurança ocorre. Este quadro conceitual, que incentiva perguntas abertas e em um tom amigável, ajuda os líderes executivos a modelar o trabalho padronizado para os outros e, portanto, fortalece o sistema de GTP em geral.

O desempenho do SHQC ajudou a equipe de SHR a projetar simulações para executivos para facilitar o uso dessas diretrizes. Eles filmam executivos respondendo a um incidente de segurança simulado e depois os orientam na resposta.

Desenhando um Sistema Mais Amplo para o Gerenciamento do Trabalho Padronizado

A SHR obteve resultados impressionantes desse trabalho, incluindo melhorias no tempo de ciclo para respostas a incidentes de segurança e melhorias nas pontuações nas pesquisas de cultura de segurança. A equipe agora tem trabalho padronizado quando surge um incidente de segurança;

eles sabem exatamente o que fazer. Poder ligar para uma linha dedicada em resposta a um incidente de segurança em vez de preencher um formulário on-line resultou em uma economia média de quatro minutos por incidente para médicos e enfermeiros. O hospital em que o modelo foi implementado de forma mais completa obteve muitos benefícios, incluindo mais de 6.000 horas de tempo da equipe economizadas por ano ao reduzir o tempo de notificação de incidentes de segurança; 255 horas economizadas por ano com a eliminação de relatórios duplicados; e U\$ 281.000,00 economizados, representando o ganho do valor do trabalho devido ao aumento da produtividade.

Ao mesmo tempo, os líderes da SHR perceberam que os gerentes não tinham o tempo necessário para migrar da implementação de um sistema robusto de controle de segurança e ao mesmo tempo a incorporação de melhorias. Os incidentes de segurança surgiriam e seriam gerenciados por meio do trabalho padronizado. Gerentes e outros conduziram uma análise de causa raiz para entender o problema subjacente. Mas, devido a muitas demandas no dia a dia de um gerente, o problema muitas vezes ressurgia porque não havia tempo suficiente para redesenhar os processos e tornar o trabalho “à prova de erros”.

Essa percepção gerou esforços mais amplos para que os elementos do SGAD fossem difundidos além de sua aplicação inicial focada em segurança. Por exemplo, a introdução de elementos do SGAD em áreas como recursos humanos fez com que os gerentes clínicos da linha de frente não precisassem mais se preocupar em fazer o trabalho mais adequado para outros departamentos; esses departamentos agora trabalham com mais eficiência. Para estimular o desenvolvimento dos elementos do SGAD de forma mais ampla para os gerentes dos departamentos do sistema de saúde, os líderes do SHR convocaram um workshop de melhoria rápida com gerentes e diretores que se ofereceram para participar, facilitado por um *fellow Kaizen*. Os participantes concordaram com uma estrutura ampla para organizar toda a GTP para gestores, com três elementos-chave:

- Faça seus colaboradores crescerem;
- Melhore seus processos; e
- Conheça o seu negócio.

Os participantes criaram uma folha de status diária, com perguntas provocativas para ajudá-los a antecipar os desafios ao longo do workshop. Eles também receberam dicas sobre como modificar os *huddles* de segurança para torná-los mais interativos.

Analisando o Dia a Dia do Líder da Linha de Frente para Impulsionar

Para manter o pulso após o workshop, o *Kaizen Promotion Office* estruturou um estudo temporal para entender melhor como os gerentes clínicos da linha de frente usam seu tempo. Uma *fellow Kaizen* desenvolveu um diário de tempo, pedindo a 11 gerentes que registrassem como eles usavam seu tempo ao longo de duas semanas, usando 13 categorias diferentes (por exemplo: trabalho administrativo, esforços de segurança, contratação).

Um dos *fellows* descobriu que os gerentes usavam, em média, 45% de seu tempo em atividades administrativas e reuniões, e apenas 3% em atividades relacionadas aos três elementos principais identificados no workshop. Ela agora está usando esses dados para ajudar na motivação dos gerentes a avançar em seus esforços para criar a GTP e para ajudá-los a estruturar suas tarefas diárias padronizadas. Esses esforços aproximam a SHR de realizar os componentes do SGAD em uma escala mais ampla, incluindo foco nos direcionadores de ambos, Controle da Qualidade e da Melhoria da Qualidade.

Exemplo de Caso 3: *Virginia Mason Health System (Seattle, Washington)*

Resumo

O *Virginia Mason Health System* é um líder de longa data em abordagens Lean para cuidados de saúde. Com o comprometimento incansável da liderança sênior e amplos recursos para apoiar o aprendizado da equipe, eles criaram um sistema de gerenciamento alinhado verticalmente e horizontalmente utilizando trabalho padronizado em todos os níveis para manter uma atenção consistente a questões operacionais e montar respostas eficazes para problemas emergentes. Este trabalho resultou em muitas práticas inovadoras para melhorar a confiabilidade, eficiência e eficácia do atendimento clínico. O trabalho do *Virginia Mason*, agora implementado em larga escala, oferece exemplos altamente visíveis de ferramentas e estratégias úteis para a implementação de um SGAD.

Histórico

Assim como a *Intermountain*, o *Virginia Mason Health System* iniciou sua jornada para desenvolver um SGAD a partir de uma longa experiência com Melhoria da Qualidade. Após 15 anos de suporte de sua equipe executiva liderada pelo CEO *Gary Kaplan*, agora mundialmente famoso pelo *Virginia Mason Production System (VMPS)*, que permitiu a reengenharia de muitos processos de atendimento e suporte com base nos princípios Lean. Inspirado no Sistema *Toyota* de Produção, o VMPS prescreve o monitoramento contínuo dos cuidados, eliminando o desperdício por meio de workshops de eventos regulares de Melhoria Rápida de Processo (*kaizen*).

Seguindo os princípios da *Toyota*, o *Virginia Mason* implementou seu novo sistema de gestão utilizando o VMPS. O sistema de gestão está ancorado em declarações explícitas de propósito, chamadas de “contratos”: um para cada médico, administração e conselho de administração. Estes, na verdade, constituem os valores institucionais e as expectativas pessoais para todo o pessoal do *Virginia Mason*. O *Virginia Mason* inicialmente introduziu seu sistema de gestão em um pequeno conjunto de fluxos de valor, selecionados de acordo com seu processo de planejamento estratégico anual.

Embora muitos aspectos do VMPS falem com os direcionadores secundários do SGAD, três fatores principais são destacados os quais outros sistemas de saúde podem achar úteis no desenvolvimento de seu próprio SGAD: um conjunto de tarefas padronizadas para líderes da linha de frente (S1); uma ferramenta para apoiar tanto a aprendizagem como a responsabilização (S2); e integração de trabalho e propósito em todos os níveis organizacionais (S6).

Padronização

O desenvolvimento do sistema *Virginia Mason* priorizou o trabalho dos líderes da linha de frente. De acordo com um líder de sistema: “É aqui que as coisas realmente acontecem em uma organização... Se você não se envolver e alinhar a gerência média, não chegará a lugar algum”.²⁴

Como parte do *Virginia Mason Production System*, os líderes da linha de frente têm várias responsabilidades chaves, que se tornam parte de seu trabalho padronizado: eles devem conhecer o status do trabalho planejado, saber se a equipe da linha de frente segue o trabalho padronizado e entender o impacto a montante e a jusante do trabalho da linha de frente.

Além disso, o sistema de liderança inclui tarefas padronizadas para líderes da linha de frente. Espera-se que os líderes usem a gestão visual, mantendo um “mural de relatórios” (conhecido como “mural do *PeopleLink*”), que inclui metas e o status para atingir essas metas. *Huddles* semanais com suas equipes ocorrem para revisar o status do cumprimento das metas e usam estes *huddles* como uma oportunidade para mentoria. Além disso, diariamente e semanalmente, os líderes da linha de frente revisam o desempenho financeiro, realizam “varreduras” manuais e eletrônicas do espaço de trabalho e fornecem mentoria para a equipe da linha de frente.

Responsabilização

Huddles oferecem uma oportunidade para os gerentes revisarem a compreensão e a conformidade da equipe com o trabalho padronizado. Os gerentes da linha de frente também enviam relatórios trimestrais a central do *Kaizen Promotion Office*, o que lhes dá a oportunidade de refletir sobre o progresso de sua unidade em alcançar os objetivos de gestão de alto desempenho em várias dimensões. A ferramenta os ajuda a avaliar o progresso na implementação da gestão visual, *huddles*, resolução de problemas de causa raiz, revisão do trabalho padronizado da equipe, solicitação e rastreamento de ideias de melhoria da equipe e seu próprio trabalho padronizado em geral.

Esta ferramenta serve não só como mecanismo de responsabilização, mas também como recurso de aprendizagem; ela inclui vários links para exemplos de ferramentas que os gerentes de linha de frente em todo o *Virginia Mason* usaram para atender aos objetivos do *Virginia Mason Production System*.

Integração

A linha de serviços ortopédicos do *Virginia Mason* é um exemplo vívido de integração em um sistema de gestão de alto desempenho. Antes do novo sistema, unidades de internação e atendimento ambulatorial sofriam com demanda desalinhada. Os consultórios médicos faziam um trabalho ruim de coordenação para a programação de cirurgias junto ao centro cirúrgico. O centro cirúrgico, por sua vez, fazia um péssimo trabalho ao não enviar pacientes para os andares de internação em tempo hábil. Para chamar a atenção para o problema e sua solução em evolução, o gerente da linha de frente iniciou *huddles* regulares semanais que incluíam gerentes do centro cirúrgico, consultórios médicos e enfermagem. Os *huddles* forneciam um fórum para coordenação direta entre departamentos; eles são consistentemente e ansiosamente frequentados. Juntos, esses gerentes de departamento puderam responder a circunstâncias flutuantes, direcionar problemas específicos e patrocinar iniciativas para melhorá-los. Os ajustes para melhorar o fluxo de trabalho fazia parte do trabalho padronizado. Com este trabalho padronizado, a ortopedia agora funcionava como um todo mais coeso, mais capaz de satisfazer de forma consistente as expectativas da equipe e dos pacientes. O engajamento da equipe é alto porque o sistema é direcionado à solução de problemas reconhecidos e porque o valor que ele fornece é amplamente reconhecido.

O sucesso do *Virginia Mason* em escalar o *Virginia Mason Production System* não teria sido possível sem o apoio executivo sustentado e liderança. Além do apoio, os principais líderes da organização são participantes ativos do sistema de gestão, realizando regularmente sua própria GTP. Todas as terças-feiras, a equipe executiva se reúne às 7h para um *huddle* para revisar os projetos de melhoria atuais. Três apresentadores fornecem relatórios breves e recebem feedback da equipe executiva, incluindo líderes médicos, executivos e líderes administrativos de fluxo de valor. Esse feedback contínuo impulsiona a integração em toda a organização. Oferece uma oportunidade para críticas construtivas e para os líderes removerem as barreiras quando necessário.

Resultados Excepcionais

Um sistema de gestão de alto desempenho focado em gerentes de nível médio e líderes de linha de frente serve como um elemento crucial do *Virginia Mason Production System* – um que une muitos outros elementos e garante um progresso sustentado. O *Virginia Mason* alcançou um progresso significativo como resultado, incluindo melhorias no tempo gasto pelos enfermeiros na assistência direta, melhorias consistentes nas margens financeiras ²⁴ e alguns dos mais altos índices de qualidade e segurança do país. O *Virginia Mason* tem uma das taxas mais baixas de complicações, como a Infecção de Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central (ICS-CVC) e infecção de sítio cirúrgico nos EUA. Os líderes do *Virginia Mason* observam que talvez a mudança mais notável que resultou do desenvolvimento de um SGAD seja uma redução drástica no tempo de resposta para problemas de rotina que os próprios colaboradores agora resolvem com maior facilidade, com menos barreiras.

Apêndice B: Exemplos de Como as Organizações Informantes Executam os Direcionadores do Controle da Qualidade

Esta tabela descreve as maneiras pelas quais sete de nossas organizações informantes operacionalizaram um sistema de gestão de alto desempenho na linha de frente – os direcionadores do Controle da Qualidade (observados na coluna mais à esquerda da tabela abaixo e descritos na Figura 3 acima).

Abreviaturas: CQ: Controle da Qualidade; TP: Trabalho Padronizado; PDSA: Plan-Do-Study-Act; SGAD: Sistema de Gestão de Alto Desempenho

Direcionadores de CQ	Sistema de Saúde <i>Virginia Mason</i>	<i>ThedaCare</i>	<i>Intermountain Healthcare</i>	<i>Greater Baltimore Medical Center</i>	<i>Children's Mercy Hospital</i>	<i>Saskatoon Health Region</i>	<i>Denver Health Region</i>
S1: Padronização	TP em todos os níveis de gestão para vários departamentos/unidades	TP em todos os níveis de gestão para vários departamentos/unidades	Atividades padronizadas para enfermeiros e enfermeiros chefes, gerente e diretor da unidade piloto; muitos processos e funções têm TP em toda a organização	TP em todos os níveis de gestão para vários departamentos/ Unidades (enfermarias, Centro Cirúrgico, serviços ambientais, transportes e outros)	Escopo limitado; gerentes da unidade de radiologia possuem TP, incluindo observações de processos críticos; TP em desenvolvimento para cuidados perioperatórios e clínicas ambulatoriais	Estágios iniciais (ou seja, em processo de desenvolvimento de TP abrangente para a linha de frente); TP para líderes de linha de frente em áreas de suporte (por exemplo, RH); TP para segurança existe em várias unidades	Muitos processos padronizados em todas as unidades; Em estágio inicial no desenvolvimento do TP do líder em torno de áreas de alta prioridade, como prevenção de quedas, controle da dor

Direcionadores de CQ	Sistema de Saúde Virginia Mason	<i>ThedaCare</i>	<i>Intermountain Healthcare</i>	<i>Greater Baltimore Medical Center</i>	<i>Children's Mercy Hospital</i>	<i>Saskatoon Health Region</i>	<i>Denver Health Region</i>
S2: Responsabilização	Ferramenta de avaliação trimestral captura elementos essenciais de padronização em uma unidade; entrega ao gerente do nível superior	Verificações pontuais diárias/ semanais	Para o piloto, 2 a 3 verificações pontuais por semana como parte do TP do enfermeiro chefe; verificações registradas em documento	Verificações pontuais do TP da equipe	Boletim semanal do TP e gerente do TP encaminhado ao seu superior hierárquico; o diretor revisa semanalmente todos os TP do gerente e documenta o acompanhamento com cada indivíduo	Os diretores preenchem a "folha de auditoria" em resposta a incidentes de segurança, que eles submetem ao pessoal da segurança do paciente; TP detalhado em passos	Verificações pontuais do TP (por exemplo, para riscos de queda) em vários níveis
S3: Gestão Visual	Gestão visual e <i>huddles</i>	Gestão visual e <i>huddles</i>	Gestão visual e <i>huddles</i>	Gestão visual e <i>huddles</i>	Gestão visual e <i>huddles</i> , <i>Kamishibai</i> (imagem para representar o estado ideal de um ambiente)	Dois quadros de gestão visual por unidade (um operacional e focado em itens como falta ou mitigação de pessoal, o outro orientado à qualidade e focado em itens como complicações)	Gestão visual e <i>huddles</i> em desenvolvimento com indicadores alinhados aos objetivos de nível executivo e objetivos estratégicos

Direcionadores de CQ	Sistema de Saúde Virginia Mason	<i>ThedaCare</i>	<i>Intermountain Healthcare</i>	<i>Greater Baltimore Medical Center</i>	<i>Children's Mercy Hospital</i>	<i>Saskatoon Health Region</i>	<i>Denver Health Region</i>
S4: Solução de Problemas	Vários métodos (5 Porquês, PDSA etc.)	Resolução de problemas com A3, outros métodos	PDSA, oficinas de melhoria rápida	Vários métodos (5 Porquês, PDSA etc.)	PDSA, A3, Eventos de Melhoria Rápida; STP (<i>Situation-Target-Proposal</i> — Situação, Alvo, Proposta" — a equipe envia e os gerentes de unidade revisam semanalmente)	Usam PDSAs e pequenos testes de mudança; 5 Porquês; questões de segurança apresentadas no formato SBAR (<i>Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>) para facilitar a resolução de problemas (Situação, Histórico, Avaliação, Recomendação)	PDSAs, análise de causa raiz
S5: Escalonamento	Escalonamento integrado ao TP (por exemplo, protocolos para escalar problemas para outras pessoas quando o responsável habitual não estiver disponível); protocolo dedicado para escalar problemas de segurança por meio do Sistema de Alerta de Segurança do Paciente	Baseado em tempo: se o problema de atendimento ao paciente não puder ser resolvido em 15 minutos, escalone para o nível superior	Para unidade piloto: Escalonamento integrado ao TP (por exemplo, protocolos para escalar problemas para outras pessoas quando o responsável habitual não estiver disponível); escalonamento embutido no TP em muitas áreas	Rondas diárias dos executivos no local de trabalho (<i>gemba</i>) facilitam o escalonamento de problemas	Atualizações Diárias de Segurança (em todo o hospital) facilita o escalonamento de problemas; ataques rápidos a grandes problemas listados no quadros de gestão diária dos <i>huddles</i> , escalonados do <i>huddle</i> diário; utilizam rastreadores de anormalidades apoiados por identificação de problemas	Critério de escalonamento baseado em tempo para questões de segurança; <i>huddles</i> de segurança, em cascata oferecem meios para escalar incidentes de segurança críticos ou graves	<i>Huddles</i> em cascata, facilitam o escalonamento de problemas (<i>huddles</i> diários da equipe da linha de frente; <i>huddles</i> semanais entre os enfermeiros gestores)

Direcionadores de CQ	Sistema de Saúde Virginia Mason	<i>ThedaCare</i>	<i>Intermountain Healthcare</i>	<i>Greater Baltimore Medical Center</i>	<i>Children's Mercy Hospital</i>	<i>Saskatoon Health Region</i>	<i>Denver Health</i>
S6: Integração	Forte apoio e engajamento; <i>huddles</i> de nível executivo; TP em sequência até o nível executivo	“Norte verdadeiro”; gestão visual organizada em torno de prioridades organizacionais em todos os níveis	SGAD em processo de disseminação	Forte apoio executivo; ida ao <i>gemba</i> dos executivos; de gestão diária Lean diretoria executiva; indicadores de gestão visual alinhadas com os objetivos estratégicos da empresa	Forte apoio executivo; workshops de 5S iniciados por executivos ajudam a estabelecer o interesse inicial	Forte apoio executivo, tanto do sistema de saúde como ao nível da província/políticas; desenvolvimento “de baixo para cima” do TP, começando com foco em segurança e com áreas de suporte (por exemplo, RH)	Forte apoio executivo; indicadores nos quadros gestão diária em todos os níveis alinhados com os objetivos estratégicos do conselho; Executivos vão ao <i>gemba</i> mensalmente

Referências

1. Juran JM, Godfrey AB (eds). *Juran's Quality Handbook*. 5th ed. New York: McGraw Hill; 1999.
2. Mann D. *Creating a Lean Culture: Tools to Sustain Lean Conversions*. 2nd ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2010.
3. Spear SJ. *The High-Velocity Edge: How Market Leaders Leverage Operational Excellence to Beat the Competition*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2010.
4. Scoville R, Little K. *Comparing Lean and Quality Improvement*. IHI White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2014.
www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/ComparingLeanandQualityImprovement.aspx
5. Deming WE. *The New Economics for Industry, Government and Education*. Cambridge, MA: MIT Press; 1993.
6. Berwick DM. Controlling variation in health care: A consultation from Walter Shewhart. *Medical Care*. 1991 Dec;29(12):1212-1225.
7. Gawande A. Cowboys and pit crews. *The New Yorker*. May 26, 2011.
www.newyorker.com/news/news-desk/cowboys-and-pit-crews
8. Toussaint JS. *Management on the Mend*. Appleton, WI: Thedacare Center for Healthcare Value; 2015.
9. Ando Y, Hirabayashi Y, Takeshi N, Yamada S. *Guidelines for Daily Management*. Japanese Society for Quality Control; 2014.
10. Nolan T. *Execution of Strategic Improvement Initiatives to Produce System-Level Results*. IHI White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2007.
www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/ExecutionofStrategicImprovementInitiativesWhitePaper.aspx
11. MacDuffie JP. The road to “root cause”: Shop-floor problem-solving at three auto assembly plants. *Management Science*. 1997;43(4):479-502.
12. Helper S, Henderson R. Management practices, relational contracts, and the decline of General Motors. *Journal of Economic Perspectives*. 2014 Winter;28(1):49-72.
13. Resar R, Romanoff N, Majka A, Kautz J, Kashiwagi D, Luther K. *The Frontline Dyad Approach: An IHI Designed Methodology to Maximize Frontline Engagement in Improvement and Minimize Resource Use*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; March 2012.
www.ihl.org/resources/Pages/Publications/IHIFrontlineDyadApproach.aspx
14. James B. Information system concepts for quality measurement. *Medical Care*. 2003 Jan;41(1 Suppl):I71-I79.
15. Caldwell C. Results-driven management: Strategic quality deployment. In: Caldwell C (ed). *The Handbook for Managing Change in Health Care*. Milwaukee, WI: ASQ Quality Press; 1998:37-87.
16. Stiefel M, Nolan K. *A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost*. IHI White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012.
www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/AGuidetoMeasuringTripleAim.aspx

17. Lean Enterprise Institute. “Managing to Learn: The Use of the A3 Management Process.” www.lean.org/workshops/WorkshopDescription.cfm?WorkshopId=34
18. Langley GJ, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.
19. Weick KE, Sutcliffe KM. *Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity*. San Francisco: Jossey-Bass; 2001.
20. Hammer M. Process management and the future of Six Sigma. *MIT Sloan Management Review*. 2002;43(2).
21. Phillips J, Hebish LJ, Mann S, Ching JM, Blackmore CC. Engaging frontline leaders and staff in real-time improvement. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2016 Apr;42(4):170-183.
22. Swenson S, Pugh M, McMullan C, Kabcenell A. *High-Impact Leadership: Improve Care, Improve the Health of Populations, and Reduce Costs*. IHI White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2013. www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/HighImpactLeadership.aspx
23. Hayes CW, Batalden PB, Goldmann D. A “work smarter, not harder” approach to improving healthcare quality. *BMJ Quality and Safety*. 2015 Feb;24(2):100-102.
24. Kenney C. *Transforming Health Care: Virginia Mason Medical Center's Pursuit of the Perfect Patient Experience*. Boca Raton, FL: CRC Press; 2011.