



# Qualidade de Todo o Sistema

Uma Abordagem Unificada para  
Construir Sistemas de Saúde  
Responsivos e Resilientes

Relatório Branco

[ihi.org](http://ihi.org)

## Autores

**Bhargavi Sampath, MPH**, Research Associate, IHI

**Jeffrey Rakover, MPP**, Senior Research Associate, IHI

**Karen Baldoza, MSW**, Vice President, Improvement and Innovation, IHI

**Kedar Mate, MD**, President and CEO, IHI

**Jennifer Lenoci-Edwards, RN, MPH, CPPS**, Vice President, IHI

**Pierre Barker, MD, MBChB**, Chief Scientific Officer, IHI

## Agradecimentos

O IHI gostaria de agradecer às seguintes pessoas por suas contribuições para este “white paper” ou relatório branco: Keith Murphy, Jeremiah Todd, Cordula Wagner, James Blazer, Bart Sellers, David Munch, Guido Bergomi, Carlos Frederico Pinto, Matt Pollard, Joanne Roberts, Hugh McCaughey, Julee Driscoll, Betsey Rhynhart, Christopher Fore, Grace Duffy, Henry Mintzberg, Andrea Kabcenell, Susan Hannah, Lisa McKenzie, Pedro Delgado, Christina Gunther-Murphy, John Whittington, Maureen Bisognano, Don Goldmann, Patricia McGaffigan, Rebecca Steinfield, Dave Williams e Frank Federico.

Os autores são gratos a Amar Shah, Nate Hurle, Kevin Little, Lloyd Provost, e Richard Scoville por revisarem o manuscrito; e a Val Weber por seu apoio no desenvolvimento e edição deste relatório branco. Os autores assumem total responsabilidade por quaisquer erros ou declarações falsas.

Tradução para o português em 2021 por Paulo Borem, MD, Diretor Senior, IHI, e Ana Paula Gushken e Claudia Garcia de Barros, Escritório de Excelência Einstein.

**Como citar este “paper”:** Sampath B, Rakover J, Baldoza K, Mate K, Lenoci-Edwards J, Barker P. *Whole System Quality: A Unified Approach to Building Responsive, Resilient Health Care Systems*. IHI White Paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2021. (Disponível em [www.ihl.org](http://www.ihl.org))

---

## Institute for Healthcare Improvement

Por 30 anos, o Institute for Healthcare Improvement (IHI) tem usado a ciência da melhoria para avançar e sustentar melhores resultados em saúde e sistemas de saúde em todo o mundo. Levamos a consciência de segurança e qualidade para milhões, aceleramos a aprendizagem e a melhoria sistemática do atendimento, desenvolvemos soluções para desafios antes intratáveis e mobilizamos sistemas de saúde, comunidades, regiões e nações para reduzir danos e mortes. Trabalhamos em colaboração com a crescente comunidade IHI para desencadear maneiras ousadas e criativas de melhorar a saúde de indivíduos e populações. Geramos otimismo, colhemos novas ideias e apoiamos qualquer pessoa, em qualquer lugar, que queira mudar profundamente a saúde e os cuidados com a saúde para melhor. Saiba mais em [ihl.org](http://ihl.org).

As ideias e descobertas nos Livros Brancos do IHI representam um trabalho inovador do IHI e de organizações com as quais colaboramos. Os livros brancos compartilham 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, quando existentes.

© 2021 Institute for Healthcare Improvement. Todos os direitos reservados. Os indivíduos podem fotocopiar esses materiais para usos educacionais sem fins lucrativos, desde que os conteúdos não sejam alterados de forma alguma e que a devida atribuição seja dada ao IHI como a fonte do conteúdo. Estes materiais não podem ser reproduzidos para uso comercial ou com fins lucrativos em qualquer forma ou meio, ou republicados sob quaisquer circunstâncias, sem a permissão por escrito do Institute for Healthcare Improvement.

# Conteúdo

Resumo executivo	4
Introdução	5
Qualidade de todo o sistema: definição e princípios-chave	8
Cultura da organização de aprendizagem	13
Planejamento da qualidade: definindo metas de qualidade para atender às necessidades do cliente	18
Controle da qualidade: da mudança à sustentabilidade	25
Melhoria da qualidade: do planejamento à mudança	33
Qualidade de todo o sistema: moldando a transição	41
Conclusão	48
Apêndice A: comparação das abordagens de gestão da qualidade	49
Referências	52



## Resumo executivo

Embora as organizações de saúde tenham feito avanços significativos na melhoria da qualidade do atendimento, líderes do sistema de saúde observam desafios persistentes na construção de organizações resilientes e responsivas que atendam de forma contínua, confiável e sustentável às necessidades em evolução de suas comunidades.

As investigações do *Institute for Healthcare Improvement* sobre o fortalecimento da resiliência organizacional e da capacidade de resposta a pacientes e populações está em andamento há vários anos. A pandemia do COVID-19 trouxe à tona uma série de necessidades emergentes, e em evolução, dos pacientes, provedores e comunidades e forçou os sistemas de saúde a redesenhar rapidamente a prestação de cuidados para atender a essas necessidades numa demonstração dramática de como os sistemas de saúde estão *aprendendo* ativamente como gerenciar a qualidade de novas maneiras em ritmo acelerado.

Décadas de aprendizagem, juntamente com *insights* da pandemia, revelam um caminho a seguir para os sistemas de saúde, que buscam qualidade na assistência à saúde: por meio de um processo de aprendizagem rigorosa, as organizações de saúde podem redesenhar sistemas de gestão resilientes e responsivos para fornecer continuamente serviços que atendam de forma confiável e sustentável às necessidades em evolução de pacientes, populações e comunidades — em tempos de estabilidade e crise.

Este artigo propõe uma abordagem mais holística para a gestão da qualidade — a qualidade de todo o sistema (QTS) (*whole system quality* – WSQ) — que permite que as organizações reduzam a lacuna entre a qualidade que seus clientes estão recebendo atualmente e a qualidade que eles poderiam receber integrando planejamento da qualidade, controle da qualidade e atividades de melhoria da qualidade em vários níveis do sistema. A qualidade de todo o sistema requer princípios e práticas de liderança que fomentem uma cultura de aprendizagem para atender de forma confiável e sustentável às necessidades em evolução de pacientes, populações e comunidades. O artigo detalha como estes princípios de liderança e práticas de gestão podem permitir que os sistemas de saúde busquem a qualidade — com ambição, alinhamento e agilidade — por meio do compromisso com a aprendizagem.

O relatório branco inclui o seguinte:

- Definições de qualidade de todo o sistema e princípios de liderança necessários para apoiar esta abordagem;
- Uma descrição de como a qualidade de todo o sistema está ligada às necessidades do cliente, visão organizacional e estratégia da qualidade;
- Descrições detalhadas de três componentes inter-relacionados — planejamento da qualidade, melhoria da qualidade e controle da qualidade — que informam uma abordagem de qualidade de todo o sistema mais holística; e
- Um conjunto proposto de atividades simultâneas que as organizações de saúde podem realizar para construir uma base para a transição à qualidade de todo o sistema.

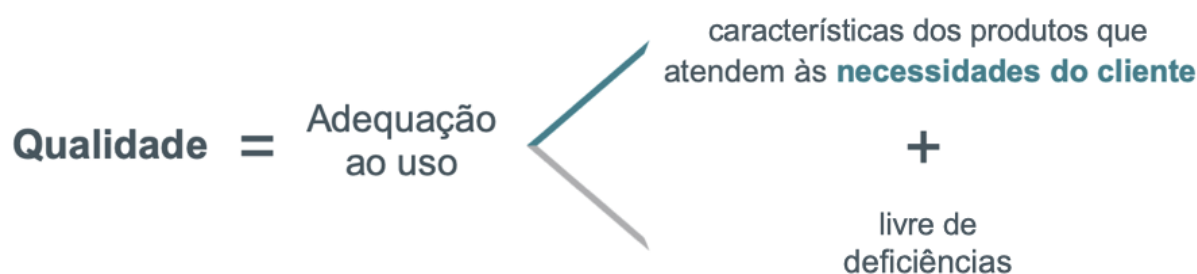
## Introdução

Nas duas décadas desde que o *Institute of Medicine* publicou *Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde Mais Seguro (To Err Is Human: Building a Safer Health System)*,<sup>1</sup> o setor de saúde fez grandes avanços na melhoria da qualidade do atendimento, incluindo diminuição de infecções de sítio cirúrgico e condições adquiridas em hospitais, entre outras melhorias fundamentais da qualidade.<sup>2</sup> Apesar dessas melhorias, oportunidades significativas para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde permanecem, especialmente quando se considera os near misses frequentemente não relatados.<sup>3</sup> Como observou o Dr. Don Berwick, “Em geral, até onde podemos perceber, o progresso em direção a um atendimento ao paciente verdadeiramente mais seguro permanece frustrantemente lento e inconsistente. Fazer projetos não é o mesmo que transformar um sistema. Companhias aéreas bem administradas não dependem de ‘projetos de segurança’; a busca científica pela segurança infunde absolutamente tudo o que eles fazem, o tempo todo.”<sup>4</sup> Buscar a qualidade de maneira holística e infundi-la em todo o sistema requer posicionar a qualidade no centro da estratégia organizacional.

Hoje, qualidade na assistência à saúde muitas vezes significa atributos de produtos e serviços ou conformidade com requisitos impostos por órgãos reguladores. Como descreve Steven Denning da *Forbes*, “Muitas vezes, a gestão da qualidade em suas várias formas e rótulos passou a significar melhoria da qualidade no sentido de processos internos e conformidade com as especificações internas. Em uma palavra, burocracia. Muitas vezes, na gestão da qualidade, o cliente parece ser a última coisa na mente de qualquer um.”<sup>5</sup>

Essa realidade surpreenderia os primeiros teóricos da qualidade, cujo trabalho definia a qualidade em termos de *atendimento às necessidades do cliente*. Deming introduziu o conceito de “orientação para o cliente” e Juran integrou essa ideia com a noção de atendimento a requisitos especificados para propor sua visão de qualidade como “adequação ao uso”, composta por dois elementos: “características dos produtos que atendem às necessidades do cliente” e “livre de deficiências”(vide Figura 1).<sup>6,7,8</sup>

Figura 1. Definição de Qualidade de Juran



Fonte: Juran JM, Godfrey AB. *Juran's Quality Handbook (5th edition)*. McGraw-Hill; 1999.

Com base nas ideias dos pioneiros do movimento da qualidade, o *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* propõe uma definição estratégica para a qualidade dos cuidados de saúde: o esforço de atender às necessidades dos clientes de forma contínua, confiável e sustentável.

Essa definição coloca a qualidade no centro do segmento de saúde: qualidade é a estratégia organizacional, não apenas um componente da estratégia.

Como muitas organizações complexas, os sistemas de saúde devem considerar os interesses frequentemente conflitantes de uma infinidade de *stakeholders* para comunicar sua estratégia. Para oferecer clareza de propósito aos líderes organizacionais, Peter Drucker propôs uma distinção útil entre clientes principais e secundários:<sup>6</sup>

- **Clientes principais:** Indivíduos cujas vidas são transformadas pela busca da qualidade. No contexto das organizações de saúde, os clientes principais são definidos como os colaboradores da saúde, a população de pacientes e os membros da comunidade que são consumidores atuais ou futuros de serviços de saúde.
- **Clientes de apoio:** Indivíduos cujo envolvimento é necessário para entregar qualidade aos clientes principais. Nas organizações de saúde, os clientes de apoio incluem pagadores, parceiros, órgãos reguladores e agências de credenciamento, entre outros.

## A busca da qualidade por meio da aprendizagem contínua

Os líderes que defendem a transformação do sistema de saúde citam a urgência e a necessidade de um sistema orientado para a qualidade, que permite a prestação de cuidados centrados na pessoa, prática clínica baseada em evidências, modelos de cuidados sustentáveis e de alto valor, alinhamento em estruturas de incentivos e redesenho sistêmico para a equidade em saúde.<sup>9,10,11,12,13,14</sup> Alcançar essa visão requer a busca proativa da qualidade por meio da:

- Definição do que qualidade significa para pacientes, populações, comunidades e profissionais da saúde, e elaboração de uma estratégia para alcançar essa visão de qualidade de forma sustentável;
- Construção de estruturas e sistemas e incorporação de processos que tornem mais fácil para os profissionais da saúde trabalharem para alcançar a visão de qualidade compartilhada por meio do aprendizagem contínua; e
- Promoção de uma cultura de aprendizagem contínuo, adotando princípios de liderança que permitam a identificação de problemas, experimentação e codificação de soluções que funcionem melhor.

Enquanto a qualidade dá um propósito à aprendizagem, a aprendizagem conduz as organizações em direção à sua visão de qualidade. À medida que os líderes identificam as necessidades de seus clientes, obtêm *insights* sobre as interdependências de seu sistema, determinam os direcionadores de desafios persistentes para os colaboradores e identificam inovações e oportunidades de melhoria, o processo de aprendizagem avança a organização em direção às suas metas da qualidade.

A ideia de inserir a aprendizagem nos sistemas de saúde nunca foi tão relevante.<sup>15</sup> Nas últimas décadas, assistimos a uma compreensão crescente da aprendizagem, particularmente no contexto dos cuidados de saúde. Em 2007, o *Institute of Medicine* apresentou uma visão para um sistema de aprendizagem de saúde para conectar os desconexos *insights* e conhecimentos

de legisladores, clínicos e cientistas.<sup>16</sup> Desde que o termo foi introduzido pela primeira vez, estudiosos da teoria da gestão, pensamento sistêmico e desenvolvimento organizacional expandiram a visão de aprendizagem para abranger o conhecimento tácito de *insights* contextuais, informações e experiências de todos os que se envolvem com a organização – desde os clientes até os profissionais de saúde e parceiros externos.<sup>17,18,19,20,21</sup>

Com essa perspectiva em mente, Peter Senge introduziu o termo “organização de aprendizagem” para identificar uma instituição “onde as pessoas expandem continuamente sua capacidade de criar os resultados que realmente desejam, onde novos e expansivos padrões de pensamento são nutridos, onde a aspiração coletiva é liberada e onde as pessoas estão continuamente aprendendo como aprender juntas.”<sup>22</sup> A compreensão do IHI da aprendizagem em busca da qualidade é extraído desta definição.

A pandemia do COVID-19 destacou o papel fundamental da aprendizagem para resolver problemas urgentes do sistema de saúde e estimulou um dos períodos mais produtivos para a rápida aprendizagem. A tarefa de colocar o conhecimento prático sobre *o que e como* implementar a resposta à pandemia COVID-19 nas mãos de líderes, gerentes e profissionais nunca foi tão urgente.

Por exemplo, em sua busca para adaptar rapidamente os serviços existentes para atender às necessidades de seus pacientes e populações, bem como as necessidades dos profissionais de saúde, os sistemas de saúde introduziram *huddles* escalonados nos vários níveis gerenciais para rapidamente aprender sobre e responder aos problemas à medida que surgem;<sup>23</sup> desenvolveram rapidamente processos padrão para gerenciar o uso de recursos de alta demanda, como equipamentos de proteção individual e ventiladores;<sup>24,25</sup> e adotaram sistemas de medição direcionados para rastrear o número de casos, a capacidade do provedor de saúde e os suprimentos para comunicar as principais decisões estratégicas e operacionais.<sup>26</sup>

Talvez ainda mais importante, os líderes do sistema de saúde adotaram comportamentos durante a pandemia COVID-19 que possibilitam ainda mais uma cultura da qualidade: a comunicação de um claro senso de propósito unificou os profissionais de saúde no gerenciamento da crise;<sup>27</sup> a equipe da linha de frente tem alguma liberdade para experimentar e inovar rapidamente para atender às necessidades do paciente;<sup>28</sup> e os líderes reconhecem a importância do conhecimento tácito e criam oportunidades para um diálogo robusto para a troca de *insights* e informações.<sup>29</sup> Em meio à pandemia, a melhoria da qualidade provou ser útil para facilitar a rápida aprendizagem.<sup>30</sup> Uma característica distinta que sustenta a resposta do sistema de saúde à pandemia global do coronavírus é o compromisso organizacional compartilhado com a aprendizagem. Diante da extrema complexidade e incerteza, os sistemas de saúde são compelidos a adotar uma abordagem dinâmica de liderança e buscar aprender continuamente à medida que as circunstâncias evoluem.

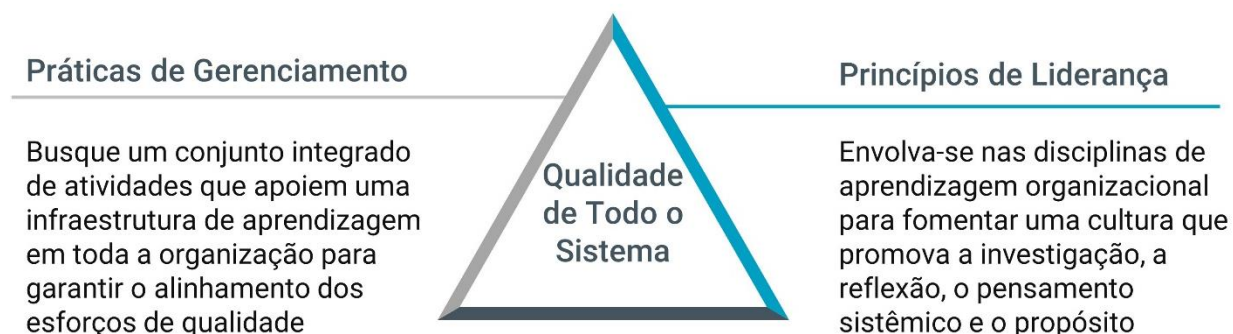


# Qualidade de todo o sistema: definição e princípios-chave

Com base na definição de Senge de organizações que aprendem, na visão do papel de um líder na promoção da qualidade de Deming e na noção de Juran de uma organização centrada na qualidade, o IHI propõe uma abordagem holística para integrar a aprendizagem aos sistemas de saúde: qualidade de todo o sistema.

- A qualidade de todo o sistema (QTS) é a busca da qualidade em toda a organização por meio de práticas de gerenciamento que facilitam a troca de conhecimento e princípios de liderança que fomentam uma cultura de aprendizagem (vide Figura 2).
- As organizações que praticam a qualidade de todo o sistema olham profundamente para dentro e além de si mesmas para aprender como atender às necessidades em evolução dos pacientes, populações e comunidades de maneira contínua, confiável e sustentável.
- A qualidade de todo o sistema compreende a integração do planejamento da qualidade integrado, o controle da qualidade e as atividades de melhoria da qualidade, que comunicam uma abordagem estratégica da qualidade em toda a organização interligada e centrada no cliente.

Figura 2. Práticas e Princípios da Qualidade de Todo o Sistema



## Práticas de gerenciamento da qualidade de todo o sistema

As práticas de gerenciamento do QTS incluem funções, responsabilidades e atividades em toda a instituição de saúde, desde pacientes e famílias até a diretoria. Essas práticas são divididas nos três domínios da Trilogia Juran: planejamento da qualidade, controle da qualidade e melhoria da qualidade.<sup>31</sup>

- **Planejamento da qualidade (PQ) (*quality planning* – QP)** é um processo que uma organização empreende para identificar as necessidades do cliente, definir metas de



qualidade e projetar e implantar uma estratégia para atender de forma confiável às necessidades prioritárias.

- **Controle da qualidade (CQ) (*quality control – QC*)** envolve o estabelecimento de padrões de desempenho, o desenvolvimento de sistemas de retransmissão de informações contínuas para rastrear o desempenho, a identificação de lacunas entre o desempenho real e o desejado e a aplicação de processos padrão para reduzir estas lacunas.
- **Melhoria da qualidade (MQ) (*quality improvement – QI*)** envolve uma abordagem estruturada de redesenho de sistema para atingir novos níveis de desempenho por meio da ciência da melhoria.

Muitos profissionais reconhecerão a combinação dos componentes PQ, CQ e MQ em toda a abordagem da qualidade do sistema como um “sistema de gestão da qualidade”. Os conceitos de PQ, CQ e MQ são descritos com mais detalhes posteriormente neste artigo. Para mais discussão sobre o contexto teórico para a qualidade do sistema como um todo, consulte o Apêndice A.

Embora a Trilogia Juran não inclua garantia da qualidade, este domínio serve como um mecanismo crucial dirigido externamente para avaliar o desempenho do sistema e identificar lacunas persistentes. Apesar de reconhecer que a garantia da qualidade continua sendo uma parte importante das atividades da qualidade em qualquer organização, a abordagem de qualidade de todo o sistema do IHI exclui a garantia da qualidade para destacar as práticas de gestão conduzidas internamente em busca da qualidade. Amar Shah fornece uma estrutura para gerenciamento de qualidade que integra garantia da qualidade.<sup>32</sup>

## Princípios de liderança da qualidade de todo o sistema

A Tabela 1 apresenta os princípios de liderança da qualidade de todo o sistema: as normas sociais e padrões de comportamento que formam a base para a implementação das várias atividades de gestão da qualidade. Esses princípios (descritos com mais detalhes posteriormente neste artigo) se aplicam à liderança em todos os níveis da organização (por exemplo, unidade, departamento, executivo, conselho).

**Tabela 1. Princípios de Liderança da Qualidade de Todo o Sistema**

Princípio	Definição	Exemplo
1. Construa um senso de propósito compartilhado	A coprodução de uma visão coesa e unificada para um estado futuro da organização que cultive um senso de propósito compartilhado	Durante o processo de planejamento da qualidade, capture o que é importante para a equipe, pacientes, parceiros e pagadores, e identifique temas para desenvolver uma estratégia da qualidade para cinco anos e metas anuais da qualidade.

<p><b>2. Pratique o pensamento sistêmico</b></p>	<p>A capacidade de ver os elementos interconectados do sistema e distinguir padrões ao invés de conceituar as mudanças como eventos isolados</p>	<p>Construir modelos (por exemplo, mapas de processo ou fluxogramas, mapas de fluxo de valor empresarial, sistema de medição de desempenho) para compreender o sistema atual e a interdependência entre seus componentes para produzir os resultados pretendidos.</p>
<p><b>3. Envolver-se na aprendizagem coletiva e no diálogo</b></p>	<p>O processo de investigação coletiva, diálogo e coprodução para a organização avançar em direção à visão e objetivos compartilhados</p>	<p>Em todas as oportunidades, pratique o diálogo suspendendo suposições, reconhecendo as dinâmicas internas, liderando com curiosidade e humildade, fazendo perguntas (o que e como, não quem e por que), descobrindo novas maneiras de ver e compreender o sistema e gerando ideias juntos.</p>
<p><b>4. Pratique a investigação e reflexão pessoal</b></p>	<p>A disciplina da autorreflexão, trazendo à luz estruturas de crenças profundamente arraigadas e compreendendo como elas influenciam dramaticamente os comportamentos</p>	<p>Dedique tempo para introspecção de vieses pessoais e como eles se manifestam em perspectiva, experiência e tomada de decisão. Aprenda e aprecie a experiência do contexto de populações marginalizadas e reconheça o poder individual que os líderes, nos níveis sênior e local, podem exercer para projetar sistemas intencionalmente equitativos.</p>

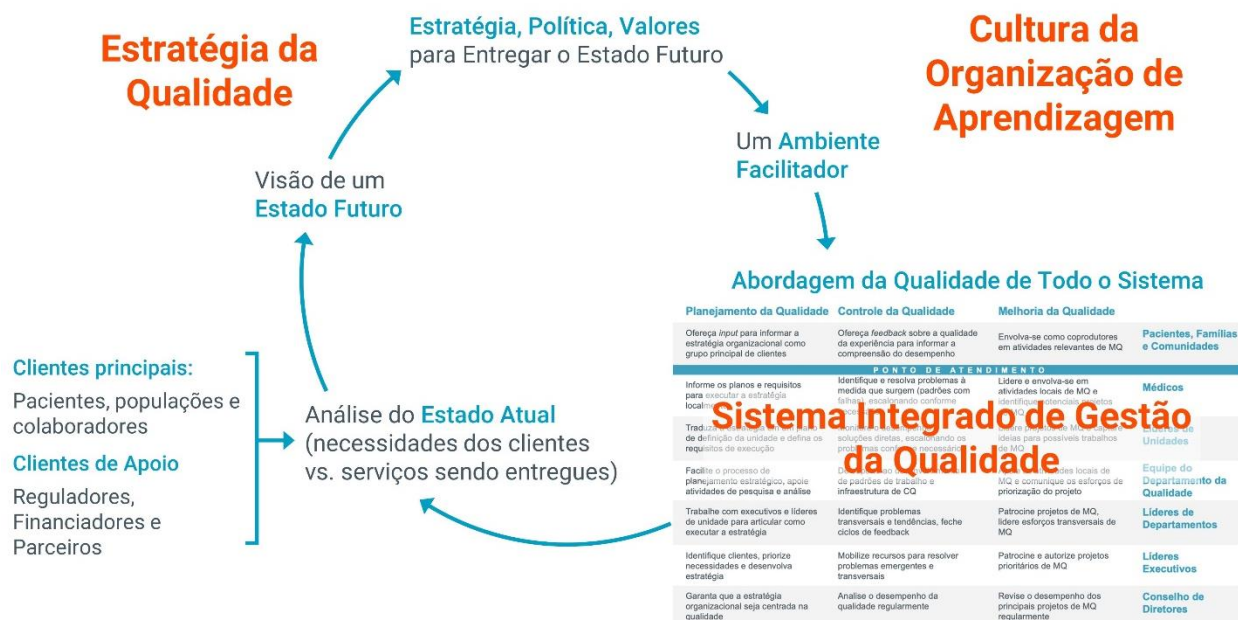
A Figura 3 representa a abordagem da qualidade de todo o sistema que integra o planejamento da qualidade, o controle da qualidade e as atividades de melhoria da qualidade para os principais grupos de *stakeholder* do sistema de saúde. Essas atividades informam uma abordagem estratégica da qualidade em toda a organização, interligada e centrada no cliente e promovem a aprendizagem em toda a organização em busca da qualidade de todo o sistema.

**Figura 3. Abordagem da Qualidade de Todo o Sistema: Planejamento da Qualidade, Controle da Qualidade e Atividades de Melhoria da Qualidade por Grupo de Stakeholder**

Planejamento da Qualidade	Controle da Qualidade	Melhoria da Qualidade	
Ofereça <i>input</i> para informar a estratégia organizacional como grupo principal de clientes	Ofereça <i>feedback</i> sobre a qualidade da experiência para informar a compreensão do desempenho	Envolva-se como coprodutores em atividades relevantes de MQ	<b>Pacientes, Famílias e Comunidades</b>
<b>P O N T O D E A T E N D I M E N T O</b>			
Informe os planos e requisitos para executar a estratégia localmente	Identifique e resolva problemas à medida que surgem (padrões com falhas), escalonando conforme necessário	Lidere e envolva-se em atividades locais de MQ e identifique potenciais projetos de MQ	<b>Médicos</b>
Traduza a estratégia em um plano de definição da unidade e defina os requisitos de execução	Monitore o desempenho e soluções diretas, escalonando os problemas conforme necessário	Lidere projetos de MQ e capture ideias para possíveis trabalhos de MQ	<b>Líderes de Unidades</b>
Facilite o processo de planejamento estratégico, apoie atividades de pesquisa e análise	Dê suporte ao desenvolvimento de padrões de trabalho e infraestrutura de CQ	Apoie as atividades locais de MQ e comunique os esforços de priorização do projeto	<b>Equipe do Departamento da Qualidade</b>
Trabalhe com executivos e líderes de unidade para articular como executar a estratégia	Identifique problemas transversais e tendências, feche ciclos de feedback	Patrocine projetos de MQ, lidere esforços transversais de MQ	<b>Líderes de Departamentos</b>
Identifique clientes, priorize necessidades e desenvolva estratégia	Mobilize recursos para resolver problemas emergentes e transversais	Patrocine e autorize projetos prioritários de MQ	<b>Líderes Executivos</b>
Garanta que a estratégia organizacional seja centrada na qualidade	Análise o desempenho da qualidade regularmente	Revise o desempenho dos principais projetos de MQ regularmente	<b>Conselho de Diretores</b>

Em última análise, a qualidade de todo o sistema serve como um quadro conceitual para comunicar as práticas de gestão e princípios de liderança necessários para incorporar a qualidade ao centro do empreendimento. A Figura 4 ilustra o modelo contínuo de aprendizagem com os clientes, visão e planejamento estratégicos, e refinamento do sistema de entrega integrado que é a jornada para o QTS. De muitas maneiras, este modelo é uma ordem superior de planejamento da qualidade para comunicar e orientar a evolução de um sistema de saúde em direção a uma empreendimento de qualidade.

Figura 4. Jornada para a qualidade de todo o sistema



À medida que um sistema de saúde busca preencher a lacuna entre o estado atual e o estado futuro de qualidade, ele deve se engajar em uma série de atividades de orientação ao cliente, visão, planejamento estratégico e desenvolvimento organizacional. Conforme ilustrado na Figura 4:

- A jornada começa com a compreensão das necessidades dos pacientes, da população local e dos profissionais de saúde, bem como dos reguladores, financiadores e outros parceiros.
- Com as necessidades dos *stakeholders* identificadas e priorizadas, as organizações podem avaliar seu estado atual de qualidade, definir sua aspiração de qualidade e elaborar uma estratégia para fechar a lacuna entre os dois.
- A estratégia de qualidade organizacional que orienta e as políticas de qualidade que apoiam a entrega da qualidade fazem parte do aspecto de planejamento da qualidade do QTS.
- Orientada por valores organizacionais e uma cultura de aprendizagem, uma organização busca suas prioridades de melhoria por meio de uma abordagem de QTS que implanta elementos de planejamento, controle e melhoria da qualidade nos diferentes níveis do sistema de saúde. Promover os princípios de liderança e desenvolver a capacidade de praticar a aprendizagem contínua em toda a organização é necessário para que as práticas de gestão da qualidade criem raízes.

## Cultura da organização de aprendizagem

Promover uma cultura de melhoria e aprendizagem contínua requer princípios de liderança da qualidade de todo o sistema (vide Tabela 1 acima) – as normas sociais e padrões de comportamento que formam a base para a implementação das atividades de PQ, CQ, MQ descritas acima na Figura 3 – que permitem a identificação de problemas, experimentação e codificação de soluções que funcionam melhor. Esses princípios se aplicam à liderança em todos os níveis da organização (por exemplo, unidade, departamento, executivo, conselho).

O envolvimento com esses princípios de liderança ao longo do tempo irá, em última instância, fazer as organizações avançarem em direção à aspiração de segurança psicológica, uma cultura de confiança, constância de propósito, igualdade e inovação – todas marcas de sucesso.<sup>33,34,35</sup>

- **Segurança psicológica:** Qualquer pessoa na organização, incluindo pacientes e familiares, pode expressar confortavelmente preocupações, desafios e ideias para mudanças
- **Cultura de confiança:** Um ambiente de respeito inegociável, garantindo que as pessoas sintam que suas opiniões são valorizadas e que qualquer comportamento negativo ou abusivo seja rapidamente resolvido
- **Constância de propósito:** Aplicar a missão, visão e valores organizacionais a cada decisão e sempre a serviço da qualidade (para atender de forma contínua, confiável e sustentável às necessidades em evolução dos pacientes, populações e comunidades)
- **Compromisso com a equidade:** Fomentar continuamente o diálogo crítico sobre identidade e experiência, tomando indicadores corretivos para lidar com as desigualdades institucionais e estruturais e criando condições nas quais todas as pessoas, colaboradores e clientes, tenham todas as oportunidades de atingir seu potencial máximo
- **Disciplina de inovação:** “O esforço para criar uma mudança objetiva e focada no potencial social ou econômico de uma organização.”<sup>36</sup> Isso é alcançado por meio de um exame sistemático, dentro e fora da organização, para identificar as áreas de mudança que oferecem oportunidades para a criação de novas fontes de valor. As áreas de mudança incluem a adoção de novas ideias para aplicação, bem como o abandono de práticas que não atendem mais à visão organizacional.<sup>37</sup>

## Quatro elementos de uma organização de aprendizagem

Criar as condições necessárias para buscar a qualidade de todo o sistema requer um compromisso compartilhado com a aprendizagem contínua. Para tanto, uma organização deve cultivar uma comunidade de aprendizes, cada um deles curioso para explorar novas ideias e práticas. Tal mentalidade, estabelecida por meio de comportamentos compartilhados e normas sociais, aliviaria os profissionais de saúde da “pressão improdutiva de desempenho, liberando-os para oferecer ideias e experimentar a fim de desenvolver soluções eficazes.”<sup>38</sup>

Peter Senge, um cientista de sistemas e estudioso líder em desenvolvimento organizacional, cunhou o termo “organização de aprendizagem” para descrever um grupo de pessoas trabalhando coletivamente para criar um futuro que desejam, buscando continuamente aprender e compreender suas circunstâncias atuais e seu potencial máximo.<sup>39</sup> Uma organização comprometida com a aprendizagem profunda é aquela em que cada indivíduo contribui para a visão compartilhada, valoriza as interdependências do sistema, participa do diálogo com franqueza e curiosidade e pratica a autorreflexão e a metacognição.<sup>40</sup> Esses comportamentos servem como base para a construção de uma comunidade onde o conhecimento e a compreensão são altamente valorizados, compartilhados abertamente e consistentemente aplicados para criar o futuro imaginado.

A cultura de uma organização de aprendizagem, aliada a uma estrutura de gerenciamento que permite a troca de insights, prioridades e planos, desbloqueia a capacidade de qualquer organização de perceber sua visão de qualidade. Conforme apresentado pela primeira vez na Tabela 1 acima, os quatro princípios de liderança da qualidade de todo o sistema que permitem a aprendizagem e o compartilhamento de conhecimento, e que se baseiam no modelo de aprendizagem organizacional proposto por Senge, estão descritos novamente abaixo.<sup>41</sup>

1. **Construa um senso de propósito compartilhado:** Um processo participativo de estabelecimento de uma visão compartilhada enfoca os objetivos da aprendizagem e garante que todas as atividades e esforços estejam alinhados para um propósito único.
2. **Pratique o pensamento sistêmico:** O pensamento sistêmico serve como uma ferramenta crítica para avaliar a complexidade do sistema de saúde dinâmico e interconectado e identificar os desafios e oportunidades na busca por metas de qualidade.
3. **Envolve-se na aprendizagem e diálogo coletivos:** A aprendizagem em equipe, ou o processo de investigação coletiva, diálogo e coprodução, expande a capacidade de resolução de problemas da organização, fornecendo acesso a percepções, informações e conhecimentos em diferentes níveis e grupos.
4. **Pratique a investigação e a reflexão pessoais:** A disciplina da autorreflexão, trazendo à luz estruturas de crenças profundamente arraigadas e compreendendo como essas estruturas influenciam dramaticamente os comportamentos, permite que cada membro da organização contribua para o diálogo de uma forma significativa.

## Comportamentos da liderança que promovem uma organização de aprendizagem para apoiar a qualidade

À medida que os sistemas de saúde buscam a aprendizagem organizacional, eles aprendem coletivamente como aprender — e como desenvolver as capacidades para enfrentar qualquer desafio que possam encontrar na busca da qualidade. Os líderes seniores definem o tom para a aprendizagem organizacional por meio de seu poder posicional e simbólico. Ao modelar os comportamentos que procuram cultivar, os executivos e líderes de departamento incentivam, apoiam e normalizam as práticas de aprendizagem, garantindo a segurança psicológica para reconhecer e ajudar a resolver problemas individuais e do sistema.



Os líderes informais no ponto de atendimento, que constroem relacionamentos significativos em toda a organização, apreciam as interdependências do sistema e demonstram consistentemente uma convicção pessoal para uma visão e valores compartilhados e melhoria da qualidade organizacional. Esses líderes locais informais (por exemplo, médicos, enfermeiras, assistentes sociais, residentes seniores, técnicos) têm o poder único de promover comportamentos e padrões de aprendizagem organizacional entre seus pares.

A Tabela 2 ajuda a definir as funções e atividades da liderança, tanto no nível sênior quanto local, necessárias para desenvolver uma organização de aprendizagem alinhada com os quatro elementos dos princípios de liderança da QTS descritos acima.

**Tabela 2. Funções e Atividades da Liderança que Promovem uma Organização de Aprendizagem para Apoiar a Qualidade**

<b>Princípio de Liderança da QTS</b>	<b>Papel e Atividades da Liderança Sênior (Executivos e Chefes de Departamento)</b>	<b>Papel e Atividades da Liderança Local (Indivíduos e Líderes de Equipe)</b>
<p><b>1. Construa um senso de propósito compartilhado</b></p> <p>A coprodução de uma visão coesa e unificada para um estado futuro da organização para cultivar um senso de propósito compartilhado</p>	<p><b>Papel:</b> Atue como o administrador da visão organizacional, buscando compreender, registrar e repetir a finalidade à medida que ela evolui</p> <p><b>Atividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartilhe sua própria conexão pessoal e contribuição para a visão</li> <li>• Projete e repita um processo para que todos os colaboradores expressem o que realmente importa para eles e sejam ouvidos</li> <li>• Reflita continuamente sobre se o atual sistema organizacional, processos e estrutura estão projetados para alcançar a visão e o propósito</li> </ul>	<p><b>Papel:</b> Reflita sobre uma visão pessoal e conecte-a com a de outras pessoas da equipe e da organização</p> <p><b>Atividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dedique as reuniões da equipe para compartilhar aspirações, objetivos e visões pessoais e conectá-los à visão da organização</li> <li>• Organize sessões conjuntas entre departamentos para compartilhar aspirações pessoais e visões de equipe e como elas se alinham com a visão da organização</li> <li>• Desenvolva planos de ação para buscar a visão juntos, dentro e entre as equipes</li> </ul>
<p><b>2. Pratique o pensamento sistêmico</b></p> <p>A capacidade de ver os elementos interconectados do sistema e distinguir padrões ao invés de conceituar as</p>	<p><b>Papel:</b> Construa e promova uma visão holística do sistema</p> <p><b>Atividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Construa e refine modelos para compreender o estado atual (ligação de processos, mapas de fluxo de valor empresarial, etc.)</li> </ul>	<p><b>Papel:</b> Conscientize-se e aprecie a interdependência institucional</p> <p><b>Atividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolva histórias do papel, trabalho, desafios e oportunidades para cada equipe e compartilhe-as em toda a organização</li> </ul>



Princípio de Liderança da QTS	Papel e Atividades da Liderança Sênior (Executivos e Chefes de Departamento)	Papel e Atividades da Liderança Local (Indivíduos e Líderes de Equipe)
<p>mudanças como eventos isolados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreenda variação e a capacidade do processo para saber se o sistema é capaz de alcançar a visão e, se não, comissionar esforços para melhorar o sistema</li> <li>• Revise regularmente dados de um conjunto conciso e equilibrado de indicadores que representam o trabalho da organização</li> <li>• Examine as forças externas e ambientais – desde a evolução das necessidades da comunidade até o cenário regulatório – para identificar desafios e oportunidades emergentes</li> <li>• Elimine os sistemas de gestão que encorajam os centros de lucro individuais e encorajam a subotimização de departamentos e unidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifique objetivos que têm propósitos opostos; liste-os e discuta abertamente como alinhar incentivos e atividades</li> <li>• Use indicadores de equilíbrio para garantir que as melhorias não criem efeitos indesejados</li> </ul>
<p><b>3. Envolver-se na aprendizagem coletiva e no diálogo</b></p> <p>O processo de investigação coletiva, diálogo e coprodução para o avanço da organização em direção à visão compartilhada</p>	<p><b>Papel:</b> Promova uma cultura de aprendizagem, demonstrando investigação, reflexão e diálogo</p> <p><b>Atividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconheça a dinâmica dentro da equipe executiva, incluindo os aspectos funcionais e disfuncionais, e pontos de consenso e controvérsia</li> <li>• Desenvolva uma agenda de aprendizagem da equipe executiva (observe, pergunte, aprenda e refine uma lista de conhecidos conhecidos [coisas que estamos cientes e entendemos], desconhecidos conhecidos [coisas que entendemos mas não estamos cientes], desconhecidos desconhecidos [coisas que não</li> </ul>	<p><b>Papel:</b> Procure aprender e compreender uns aos outros através da investigação e do diálogo</p> <p><b>Atividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Use o escalonamento de problemas como uma oportunidade para o diálogo, dentro e entre as equipes</li> <li>• Pratique o diálogo nas reuniões, reservando um tempo para indagar sobre as circunstâncias atuais entendendo os desafios à medida que são expressos</li> <li>• Comemore a identificação e articulação de problemas</li> <li>• Use mapas de processo, análise de causa raiz e ciclos de influência para identificar</li> </ul>

Princípio de Liderança da QTS	Papel e Atividades da Liderança Sênior (Executivos e Chefes de Departamento)	Papel e Atividades da Liderança Local (Indivíduos e Líderes de Equipe)
	<p>estamos nem cientes e não entendemos])</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em cada oportunidade, articule as crenças tácitas, convide oportunidades para desafiar essas suposições e procure novas maneiras de ver todo o sistema</li> <li>• Procure aprender com outros líderes e organizações, explorando formas alternativas de pensar e trabalhar e identificando as melhores práticas a serem adotadas</li> <li>• Aproveite os dados para entender os desafios e explorar as oportunidades de melhoria</li> </ul>	<p>direcionadores subjacentes de desafios</p>
<p><b>4. Pratique a investigação e reflexão pessoal</b></p> <p>A disciplina da autorreflexão, trazendo à luz estruturas de crenças profundamente arraigadas e compreendendo como elas influenciam dramaticamente os comportamentos</p>	<p><b>Papel:</b> Reflita continuamente sobre a lacuna entre a realidade atual e o potencial organizacional e demonstre publicamente o compromisso com a aprendizagem</p> <p><b>Atividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seja humilde, franco e transparente</li> <li>• Ouça atentamente, fazendo perguntas e respeitando a experiência individual</li> <li>• Entenda os problemas antes de buscar soluções</li> <li>• Seja introspectivo para identificar preconceitos pessoais e perspectivas limitadas</li> <li>• Reflita sobre como os processos, incentivos e cultura atuais contribuem para os desafios organizacionais</li> </ul>	<p><b>Papel:</b> Aceite os desafios como uma oportunidade de melhoria, trocando experiências e ideias com colegas e líderes seniores para promover a aprendizagem</p> <p><b>Atividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Use a linguagem dos desafios e necessidades, ao invés de culpar</li> <li>• Compartilhe abertamente e troque perspectivas sobre desafios, oportunidades, sugestões e ideias para melhorias</li> <li>• Pratique ouvir profundamente e falar com franqueza</li> <li>• Concentre-se no processo, e não nas pessoas</li> </ul>

# Planejamento da qualidade: definindo metas de qualidade para atender às necessidades do cliente

Em um contexto em que a qualidade é divorciada da estratégia organizacional, a garantia da qualidade frequentemente impulsiona as atividades relacionadas à qualidade à medida que as organizações tentam cumprir os mandatos regulatórios ou requisitos de acreditação em evolução. Com forças externas conduzindo as prioridades da qualidade organizacional, muitos sistemas de saúde caem em um ciclo de gerenciamento da qualidade reativo.

À medida que a qualidade se torna cada vez mais central para a estratégia e gestão organizacional, os líderes precisam de um mecanismo para discernir a importância relativa dos esforços da qualidade e buscar de forma proativa atividades que avancem com mais eficácia as metas estratégicas organizacionais.

O processo de planejamento da qualidade (PQ), definido por Juran como um meio de “desenvolver os produtos e processos necessários para atender às necessidades do cliente”,<sup>42</sup> permite que uma organização priorize as necessidades do cliente, projete uma estratégia e metas da qualidade para atender às necessidades do cliente e implante a estratégia em todo o sistema. Como a primeira e crítica etapa na mudança de uma organização de uma orientação da qualidade reativa para uma proativa, o planejamento da qualidade oferece muito valor na redução do desperdício dos esforços da qualidade desalinhados e mal coordenados em uma organização.

## Processo de planejamento da qualidade

A Tabela 3 fornece uma visão geral das três fases do processo de planejamento da qualidade, com cada fase abordando uma lacuna organizacional estratégica.

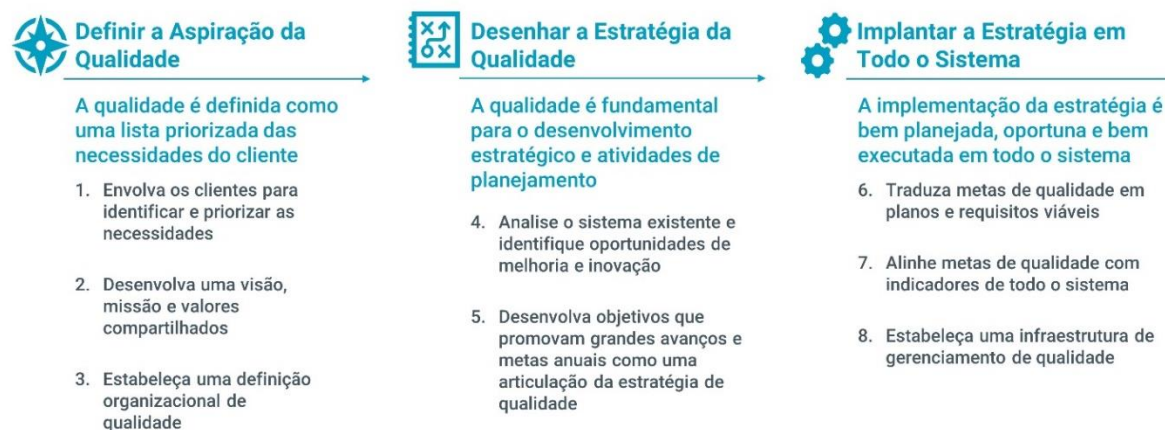
**Tabela 3. Lacunas Organizacionais Abordadas pelas Três Fases do Processo de Planejamento da Qualidade**

Lacuna Organizacional	Fase de Planejamento da Qualidade
<b>Compreender as necessidades do cliente:</b> Existe uma compreensão incompleta das necessidades dos pacientes e das populações, muitas vezes devido a canais limitados ou descontínuos para capturar as necessidades	<b>Definir a Aspiração da Qualidade da Organização:</b> As dimensões da qualidade são definidas priorizando as necessidades do cliente e alinhando-as com a missão da organização

<p><b>Projetar uma estratégia e metas da qualidade que atendam às necessidades do cliente:</b> A estratégia está desalinhada com as necessidades identificadas do cliente resultado da má integração de ideias emergentes e insights do cliente com o planejamento estratégico</p>	<p><b>Desenhar a Estratégia da Qualidade:</b> A qualidade é fundamental para o desenvolvimento estratégico e atividades de planejamento</p>
<p><b>Construir um sistema de entrega que responda à estratégia organizacional:</b> A estratégia permanece não realizada devido ao investimento inadequado na implantação da estratégia e alinhamento de todo o sistema</p>	<p><b>Implementar a Estratégia da Qualidade de Todo o Sistema:</b> A implementação da estratégia é bem planejada, oportuna e bem executada em todo o sistema</p>

O processo de Planejamento da Qualidade mostrado na Figura 5 busca responder a cada lacuna usando uma abordagem sistemática e sequenciada, com processos específicos delineados para cada fase do processo de PQ. As etapas são numeradas intencionalmente para seguir a sequência definida.

**Figura 5. Uma Abordagem Sequenciada para o Planejamento da Qualidade**



## Definir a aspiração da qualidade da organização

A qualidade é definida como uma lista priorizada das necessidades do cliente.

### 1. Envolver os clientes para identificar e priorizar as necessidades

O processo de determinação das necessidades desses diversos stakeholders envolve uma “geração de inteligência de mercado em toda a organização, disseminação desta inteligência entre departamentos e capacidade de resposta de toda a organização”.<sup>43</sup> Os sistemas de saúde podem buscar uma estratégia de qualidade centrada no cliente por meio de um processo rigoroso de análise ambiental e atividades orientadas aos clientes (por exemplo, entrevistas com pacientes, colaboradores e pessoas da comunidade, grupos focais, pesquisas, relatórios

de tendências de mercado, avaliações das necessidades da comunidade) que comunicam a segmentação de mercado, diferenciação estratégica e esforços de inovação do serviço.<sup>44</sup>

## 2. Desenvolva uma visão, missão e valores compartilhados

A ideia de que visão, missão e valores podem guiar um empreendimento e fornecer significado para os profissionais de saúde foi amplamente documentada, ressaltando como uma perspectiva de futuro e valores duradouros contribuem para a longevidade e sustentabilidade de uma organização.<sup>45</sup> Uma armadilha comum que compromete o processo é a liderança sênior desenvolver uma visão, missão e valores sem envolver ou obter contribuições de profissionais de saúde e outros stakeholders importantes.<sup>46</sup> Para mitigar esse risco, os líderes organizacionais devem desenvolver uma visão compartilhada. Uma vez que um propósito comum tenha sido articulado, o processo de planejamento anual pode começar reafirmando a missão, visão e valores estabelecidos.

## 3. Estabeleça uma definição organizacional de qualidade

Definir a qualidade é uma etapa inicial importante no planejamento da qualidade porque ajuda a orientar todos os estágios posteriores do processo de PQ. A definição organizacional de qualidade:

- Serve como base para o planejamento, obtenção e monitoramento da qualidade;
- Orienta as áreas prioritárias, prioridades, indicadores de progresso e relatórios; e
- Facilita a comunicação interna e externamente.

A maioria das definições de qualidade são: 1) guiadas pelo alinhamento com a estratégia organizacional, 2) baseadas em evidências, 3) fortemente apoiadas pela liderança e 4) voltadas para a promoção da excelência em todos os níveis da organização.<sup>47</sup>

Na prática, os sistemas de saúde só podem começar a pesar e equilibrar as diversas necessidades, uma vez que capturem as perspectivas de todos os stakeholders. Em 2017, o *East London NHS Foundation Trust* no Reino Unido sediou a “*Big Conversation*”, com 35 workshops envolvendo mais de 1.000 pessoas, para definir o propósito e a aspiração de qualidade para a organização por meio de pesquisa apreciativa.<sup>48</sup> Uma análise qualitativa dos dados capturados no processo levou ao desenvolvimento da estratégia organizacional.

Similarmente, o *Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust* (um sistema de cinco hospitais em *Sheffield*, Reino Unido) desenvolveu uma estratégia da qualidade centrada no paciente após escutar profissionais de saúde, pacientes, conselho de governança, reguladores e outros parceiros.<sup>49</sup> Por meio de uma série de conversas individuais, discussões em grupo, apresentações e pesquisas, o *Sheffield Trust* ganhou insight dos fatores-chaves que eram vitais para entender suas prioridades, construir uma visão compartilhada e definir a qualidade para seus clientes.

## Desenhar a estratégia da qualidade para atingir metas da qualidade

A qualidade é fundamental para o desenvolvimento estratégico e atividades de planejamento.

## 4. Analise o sistema existente e identifique oportunidades de melhoria e inovação

Projetar um sistema alinhado com a definição de qualidade da organização começa com uma compreensão do estado atual da qualidade e do sistema organizacional que entrega os resultados atuais. Ao examinar o atual sistema e desempenho organizacional, os líderes podem avaliar pontos fortes e oportunidades para melhorar o sistema enquanto a organização se esforça para atingir suas metas da qualidade definidas. As ferramentas de diagnóstico que as organizações podem usar para entender seu estado atual de qualidade incluem, por exemplo, revisão estratégica, análise SOAR (*Strengths, Opportunities, Aspirations, Results* — ou FOAR: Fortalezas, Oportunidades, Aspirações, Resultados), mapeamento do fluxo de valor, avaliação de iniciativas da qualidade e análise das lacunas.

#### **5. Desenvolva objetivos que promovam grandes avanços e metas anuais como uma articulação da estratégia de qualidade**

Os líderes usam a missão, visão e valores articulados da organização, e a lacuna identificada entre o desempenho do sistema atual e a definição de qualidade articulada, para priorizar objetivos que promovam grandes avanços, que são metas de três a cinco anos que delineiam o caminho para promover o propósito de uma organização. Ao avaliar um conjunto de fatores dinâmicos internos e externos, os sistemas de saúde podem chegar a um conjunto apropriado de objetivos. Os fatores internos incluem elementos que estão dentro do controle da organização, como recursos disponíveis, capacidade e competências. Fatores externos compreendem elementos ambientais orientados externamente que não estão sob o controle da organização, por exemplo, governo, políticas e mudanças regulatórias, economia global e política internacional. As organizações costumam usar o termo simbólico “Norte Verdadeiro”, derivado do gerenciamento Lean, e representações visuais para comunicar e reforçar esses objetivos que promovam grandes avanços.

O *Western Sussex Hospitals NHS Foundation Trust* no Reino Unido, por exemplo, desenvolveu uma estrutura do Paciente em Primeiro Lugar como Verdadeiro Norte (*Patient First True North*) que é centrada no paciente e serve como “uma única constante a qual todos devem lutar para alcançar, direta ou indiretamente”<sup>50</sup> A estrutura, nascida de uma iniciativa de transformação baseada na confiança, comunica seu foco estratégico e garante o alinhamento de todo o sistema.<sup>51</sup>

### **Implantar a estratégia da qualidade de todo o sistema**

A implementação da estratégia é bem planejada, oportuna e bem executada em todo o sistema.

#### **6. Traduza metas e objetivos da qualidade em planos e requisitos viáveis**

O alinhamento estratégico, que envolve a tradução das prioridades e metas da qualidade da organização em planos viáveis, começa no nível mais alto da organização e é propagado por toda a organização, em todos os níveis, por meio do diálogo participativo. Este diálogo, amplamente conhecido como “bate-bola” (*catchball*),<sup>52</sup> serve como um mecanismo estruturado em cascata para disseminar e contextualizar os objetivos que promovam grandes avanços e as metas anuais em toda a organização.



Ao permitir a comunicação de cima para baixo e de baixo para cima, o processo em cascata facilita o desenvolvimento de uma compreensão compartilhada das metas organizacionais, bem como o consenso sobre como atingir as metas.<sup>53</sup> À medida que o plano é disseminado pela organização, departamentos e equipes desenvolvem seus planos “locais”, identificando como suas atividades contribuem para atingir os objetivos que promovam grandes avanços e as metas anuais. Assim, a estratégia da qualidade articulada em todo o sistema – que abrange a definição de qualidade, metas anuais e indicadores relacionadas (discutidas abaixo) – serve como a base que orienta todas as atividades implementadas por cada departamento, unidade, equipe e membro da equipe a serviço para atingir essa estratégia.

#### **7. Alinhe as metas da qualidade com indicadores de todo o sistema**

Alinhar a medição de desempenho para cada meta da qualidade é fundamental para compreender a qualidade de todo o sistema e permitir uma abordagem coordenada para atingir as metas da qualidade.<sup>11</sup> Os indicadores de todo o sistema se propagam de cima para baixo em toda a organização, dos líderes sêniores à equipe de atendimento, dos painéis de controle estratégicos no nível da organizacional aos painéis de medição táticos e operacionais no nível do departamento ou unidade. Os indicadores de desempenho também se propagam de baixo para cima, permitindo que departamentos e unidades alinhem seu trabalho com objetivos estratégicos de alto nível e as métricas de desempenho no nível de unidade sejam implementadas no painel de medição de todo o sistema. Por meio desse processo em cascata, os indicadores-chaves de desempenho (ICDs) (KPIs – *key performance indicators*), indicadores agregados que refletem sucintamente o progresso organizacional em direção aos objetivos estratégicos de longo prazo, são representados em um único painel de medição, fornecendo visibilidade do desempenho desde o nível mais resumido até o nível mais detalhado nas dimensões da qualidade.<sup>54</sup>

#### **8. Estabeleça uma infraestrutura de gerenciamento da qualidade**

Os esforços de planejamento da qualidade culminam com um conjunto de planos alinhados de cima para baixo para atingir as metas anuais que se acumulam em objetivos que promovam grandes avanços para criar serviços de qualidade que atendam às necessidades do cliente. Esses planos são então implementados por unidades e departamentos. Indicadores de desempenho local, alinhados aos objetivos que promovam grandes avanços sistêmicos, tornam-se os chamados parâmetros de “controle” que permitem aos líderes e gerentes supervisionarem o sistema e entender se o sistema está funcionando de acordo com as metas estabelecidas para a unidade/departamento. A infraestrutura de gestão da qualidade reúne atividades de planejamento e controle da qualidade.

Para construir uma estrutura de governança que estabeleça uma linha de visão para a qualidade da sala de reuniões ao leito, o *Johns Hopkins Health System* (JHHS) adotou um processo em cascata para o desenvolvimento e implantação de estratégias em toda a organização. O JHHS aplicou a abordagem de solução de problemas A3, originalmente empregada pela Toyota para facilitar a melhoria contínua, como um instrumento para facilitar seu processo de “bate-bola”.<sup>55</sup> Em outro exemplo, o *East London NHS Foundation Trust*



desenvolveu um diagrama direcionador de uma página que captura as atividades estratégicas que ocorrem em todo o *Trust*.<sup>56</sup> Este plano é disseminado do nível do *Trust* para o nível da instalação/local e, finalmente, para o nível da diretoria, para contextualizar as atividades e metas de qualidade em todo o sistema.

## Planejamento da qualidade: engajando os principais stakeholders

Um processo de planejamento da qualidade robusto envolve os indivíduos em toda a organização para estabelecer uma visão, missão e valores compartilhados e é um dos três componentes vitais da qualidade de todo o sistema; definir qualidade; identificar e priorizar as necessidades do cliente; e desenhar uma estratégia e metas da qualidade para atender às necessidades do cliente (vide Figura 6).

**Figura 6. Atividades de Planejamento da Qualidade por Grupo de Stakeholder**

Planejamento da Qualidade	Controle da Qualidade	Melhoria da Qualidade	
Ofereça <i>input</i> para informar a estratégia organizacional como grupo principal de clientes	Ofereça <i>feedback</i> sobre a qualidade da experiência para informar a compreensão do desempenho	Envolve-se como coprodutores em atividades relevantes de MQ	<b>Pacientes, Famílias e Comunidades</b>
<b>PONTO DE ATENDIMENTO</b>			
Informe os planos e requisitos para executar a estratégia localmente	Identifique e resolva problemas à medida que surgem (padrões com falhas), escalonando conforme necessário	Lidere e envolva-se em atividades locais de MQ e identifique potenciais projetos de MQ	<b>Médicos</b>
Traduza a estratégia em um plano de definição da unidade e defina os requisitos de execução	Monitore o desempenho e soluções diretas, escalonando os problemas conforme necessário	Lidere projetos de MQ e capture ideias para possíveis trabalhos de MQ	<b>Líderes de Unidades</b>
Facilite o processo de planejamento estratégico, apoie atividades de pesquisa e análise	Dê suporte ao desenvolvimento de padrões de trabalho e infraestrutura de CQ	Apoie as atividades locais de MQ e comunique os esforços de priorização do projeto	<b>Equipe do Departamento da Qualidade</b>
Trabalhe com executivos e líderes de unidade para articular como executar a estratégia	Identifique problemas transversais e tendências, feche ciclos de feedback	Patrocine projetos de MQ, lidere esforços transversais de MQ	<b>Líderes de Departamentos</b>
Identifique clientes, priorize necessidades e desenvolva estratégia	Mobilize recursos para resolver problemas emergentes e transversais	Patrocine e autorize projetos prioritários de MQ	<b>Líderes Executivos</b>
Garanta que a estratégia organizacional seja centrada na qualidade	Analise o desempenho da qualidade regularmente	Revise o desempenho dos principais projetos de MQ regularmente	<b>Conselho de Diretores</b>

- **Os pacientes e familiares** desempenham um papel central na definição da qualidade e no desenvolvimento de uma estratégia para atender às suas necessidades. O envolvimento dos pacientes e familiares é crucial para definir a aspiração da qualidade pois são os principais clientes do sistema de saúde e são os mais afetados pelo processo de prestação de cuidados. Os mecanismos para envolver/engajar pacientes, famílias e a comunidade em geral incluem pesquisas, grupos focais, testes de conceito, bem como abordagens mais produtivas, como observação do cliente, mapeamento da jornada do cliente e processos de co-desenho. Organizações que se engajam em

métodos generativos para descobrir e priorizar necessidades latentes têm demonstrado construção de relacionamentos mais fortes com seus clientes, entregam valor superior e buscam de soluções inovadoras.<sup>57</sup>

- **O envolvimento do médico** é fundamental para construir uma visão compartilhada de qualidade em toda a organização, identificando as prioridades estratégicas com base nas realidades no ponto de atendimento e desenvolvendo um plano estratégico viável. Como grupo de “clientes suporte”, os médicos e todos os colaboradores da área de saúde são *stakeholders* chaves; como tal, suas necessidades também são essenciais para definir a visão de qualidade da organização. A alegria no trabalho e a capacitação dos profissionais de saúde devem ser tão essenciais para a aspiração da qualidade e as prioridades estratégicas de uma organização quanto a segurança do paciente, equidade e eficiência.
- **Os líderes no nível da unidade** têm a tarefa de adaptar a estratégia de toda a organização ao contexto local. Os objetivos que promovam grandes avanços e as metas anuais de um sistema de saúde devem ser traduzidos em planos viáveis e mensuráveis no nível da unidade. Os líderes no nível da unidade desempenham um papel fundamental na identificação das atividades específicas no ponto de atendimento necessárias para implementar o plano e os recursos necessários para fazê-lo com eficácia. O processo de “bate-bola” facilita as conversas entre esses líderes locais e a liderança departamental e a equipe executiva para estabelecer um conjunto razoável de metas e alocar os recursos apropriados para executá-las.
- **A equipe do departamento da qualidade** tem uma função de dar suporte chave no planejamento da qualidade, facilitando o processo de PQ, analisando dados para comunicar as principais decisões estratégicas e criando materiais para apoiar as equipes clínicas com intervenções de qualidade priorizadas. Na primeira fase do PQ, Definir a Aspiração da Qualidade da Organização, os líderes da qualidade criam e gerenciam o processo de coleta e síntese da inteligência do cliente e *insights* do mercado. Essas informações são compartilhadas com a equipe executiva para comunicar a definição organizacional da qualidade. Na segunda fase, Desenhar a Estratégia da Qualidade para Alcançar os Objetivos da Qualidade, o departamento da qualidade apoia a análise do sistema existente para identificar o que está funcionando bem e as oportunidades de melhoria. Na terceira fase do planejamento, Implantar a Estratégia da Qualidade em Todo o Sistema, a equipe do departamento da qualidade facilita o processo de “bate-bola” para traduzir metas em planos e requisitos.
- **Os líderes de departamento** garantem o alinhamento sistêmico em todo o processo de planejamento da qualidade. À medida que os objetivos que promovam grandes avanços e as metas anuais são propagados por toda a organização e traduzidos em planos e requisitos, os líderes de departamento desempenham um papel crucial na identificação das interdependências sistêmica e na colaboração com os colegas para apoiar, alinhar e fornecer recursos a projetos e prioridades multifuncionais.
- **Os líderes executivos** estabelecem prioridades, conduzem as atividades gerais de planejamento da qualidade e garantem a comunicação em toda a organização. Desde o estabelecimento de prioridades estratégicas até a iteração no plano anual em parceria

com os líderes de departamento e o departamento da qualidade, os executivos seniores são os responsáveis pelo processo de planejamento da qualidade. Seu papel é articular a definição de qualidade, com base nas necessidades de seus clientes internos e externos. Além de conduzir as atividades gerais de planejamento da qualidade, a equipe executiva também deve praticar a transparência e comunicar-se continuamente com os profissionais de saúde e os clientes sobre atualizações e marcos no processo, bem como a lógica por trás das escolhas estratégicas.

- **O conselho de diretores** desempenha um papel de supervisão no processo de planejamento da qualidade. Sua principal responsabilidade é garantir que as prioridades da qualidade estejam alinhadas com uma visão de longo prazo — não apenas para a organização, mas também para a comunidade como um todo. Com uma orientação da qualidade centrada no cliente, os administradores fornecem *feedback* contínuo sobre as prioridades estratégicas do sistema de saúde e o plano anual.

## Controle da qualidade: da mudança à sustentabilidade

O livro branco *Sustaining Improvement* do IHI define o controle da qualidade como “garantir que um processo permaneça estável (“sob controle”) ao longo do tempo — ou seja, seu desempenho permanece dentro dos limites de controle superior e inferior. O CQ geralmente é realizado por aqueles mais próximos do processo.”<sup>58</sup> (Em um gráfico de controle, os limites de controle denotam os limites entre os quais os dados podem flutuar com base na variação aleatória.)

## Controle da qualidade e garantia da qualidade

No *Juran’s Quality Handbook*, Joseph Juran observa que, embora tanto a garantia da qualidade (GQ) (*quality assurance* — QA) quanto o controle da qualidade (CQ) (*quality control* — QC) sirvam a um propósito semelhante (cada um compara a qualidade real com a meta da qualidade) a diferença entre os dois é seu foco. O CQ é uma atividade realizada por aqueles que fazem o trabalho em uma dada atividade em andamento. Em contraste, a GQ comunica os atores — geralmente situados fora do sistema de produção de qualidade diário — que precisam saber se o trabalho está atendendo às metas da qualidade. A GQ geralmente ocorre com um lapso de tempo considerável — semanas ou meses após a entrega real do serviço. Na área de saúde, os stakeholders externos (por exemplo, pacientes e famílias) muitas vezes também conduzem a GQ. O CQ, por outro lado, segundo Juran, tem foco no dia a dia das operações, garantindo a estabilidade dos processos e corrigindo anormalidades.

Os sistemas de GQ tradicionais (por exemplo, acreditação, licenciamento, certificações, inspeções de qualidade e auditorias) preocupam-se principalmente com a avaliação externa da qualidade das funções institucionais e das capacidades dos profissionais de saúde para entregar um trabalho de qualidade, e muitas vezes recebem responsabilidades legais. Embora a GQ já tenha sido o método principal para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, mais

recentemente os sistemas de saúde adotaram abordagens de CQ proativas para garantir continuamente a qualidade. A GQ tem sido cada vez mais acomodada no desenho da QTS<sup>59</sup> e a própria GQ adotou métodos de aprendizagem de MQ para resolver os defeitos que são descobertos nas auditorias.<sup>60</sup> Nesse sentido, as atividades de controle da qualidade podem ser consideradas um subconjunto das atividades de garantia da qualidade. Hoje, os líderes seniores do sistema de saúde continuam a participar na GQ, geralmente por meio da revisão de um painel contendo os indicadores chaves de desempenho (ICDs) ou (KPIs – *key performance indicators*) descritos acima que resultam do processo de planejamento da qualidade, e respondendo às “notas” que recebem de agências de auditoria externa.

## Controle da qualidade e alta confiabilidade

O controle da qualidade está relacionado a outro conceito que ganhou destaque nos últimos anos na área da qualidade em saúde: alta confiabilidade. A *Joint Commission* descreve a alta confiabilidade como “excelência consistente em qualidade e segurança em todos os serviços mantidos por longos períodos de tempo”.<sup>61</sup> Na prática, os comportamentos e ferramentas utilizadas para garantir o controle da qualidade e alta confiabilidade são semelhantes.

Tal como acontece com a melhoria e o planejamento da qualidade, os conceitos de controle da qualidade descritos neste documento baseiam-se em diferentes escolas metodológicas de pensamento (por exemplo, alta confiabilidade, Lean, Qualidade como Estratégia de Negócios), bem como nas experiências de sistemas de saúde que desenvolveram suas próprias abordagens robustas para o gerenciamento da qualidade (por exemplo, sistema de melhoria de desempenho da *Kaiser Permanente*, modelo operacional da *Intermountain Healthcare*, *Virginia Mason Production System*, *Cleveland Clinic Improvement Model*).

## Sistemas eficazes de controle da qualidade

O sistema de saúde de hoje ainda apresenta grandes defeitos de qualidade, exigindo atenção não só em termos de planejamento da qualidade (para identificar a estratégia da qualidade, prioridades, metas e indicadores) e melhoria da qualidade (para operacionalizar a estratégia da qualidade para atingir as metas), mas também via sistemas que garantem o controle da qualidade (para monitorar o desempenho em relação às metas e ajustar conforme necessário).<sup>62</sup>

O livro branco do IHI *Sustaining Improvement* identifica seis direcionadores principais do controle da qualidade que, por sua vez, representam os elementos-chave de um sistema de controle da qualidade eficaz dentro de uma organização de saúde.<sup>63</sup>

- **Padronização:** Processos para definir e disseminar o trabalho padrão (o que fazer, como fazer e por quê) alcançam a organização.
- **Responsabilidade:** Processos para revisar a execução do trabalho padrão e a fidelidade estão em vigor em toda a organização.
- **Gestão à vista:** Informações de desempenho do processo estão continuamente disponíveis para sincronizar a atenção da equipe e orientar as atividades atuais.

- **Resolução de problemas:** Métodos para identificar e abordar os problemas que podem ser resolvidos no ponto de atendimento e para desenvolver a capacidade de melhoria são amplamente compreendidos.
- **Escalonamento:** Equipe no ponto de atendimento avalia problemas e escalona aqueles que exigem ação da gestão para resolver (por exemplo, necessidade de coordenação entre departamentos)
- **Integração:** Metas, trabalho padrão e projetos de melhoria da qualidade são integrados em todos os níveis organizacionais e coordenados entre unidades e departamentos.

A abordagem da qualidade de todo o sistema descrita neste livro branco também define um conjunto de atividades em cada camada da estrutura organizacional com base nesses seis direcionadores de CQ, incluindo os pacientes e o conselho de diretores, para delinear as atividades relevantes para o controle da qualidade (vide Figura 7) conforme descrito abaixo.

**Figura 7. Atividades de Controle da Qualidade por Grupo de Stakeholder**

Planejamento da Qualidade	Controle da Qualidade	Melhoria da Qualidade	
Ofereça <i>input</i> para informar a estratégia organizacional como grupo principal de clientes	Ofereça <i>feedback</i> sobre a qualidade da experiência para informar a compreensão do desempenho	Envolve-se como coprodutores em atividades relevantes de MQ	<b>Pacientes, Famílias e Comunidades</b>
<b>PONTO DE ATENDIMENTO</b>			
Informe os planos e requisitos para executar a estratégia localmente	Identifique e resolva problemas à medida que surgem (padrões com falhas), escalonando conforme necessário	Lidere e envolva-se em atividades locais de MQ e identifique potenciais projetos de MQ	<b>Médicos</b>
Traduza a estratégia em um plano de definição da unidade e defina os requisitos de execução	Monitore o desempenho e soluções diretas, escalonando os problemas conforme necessário	Lidere projetos de MQ e capture ideias para possíveis trabalhos de MQ	<b>Líderes de Unidades</b>
Facilite o processo de planejamento estratégico, apoie atividades de pesquisa e análise	Dê suporte ao desenvolvimento de padrões de trabalho e infraestrutura de CQ	Apoie as atividades locais de MQ e comunique os esforços de priorização do projeto	<b>Equipe do Departamento da Qualidade</b>
Trabalhe com executivos e líderes de unidade para articular como executar a estratégia	Identifique problemas transversais e tendências, feche ciclos de feedback	Patrocine projetos de MQ, lidere esforços transversais de MQ	<b>Líderes de Departamentos</b>
Identifique clientes, priorize necessidades e desenvolva estratégia	Mobilize recursos para resolver problemas emergentes e transversais	Patrocine e autorize projetos prioritários de MQ	<b>Líderes Executivos</b>
Garanta que a estratégia organizacional seja centrada na qualidade	Análise o desempenho da qualidade regularmente	Revise o desempenho dos principais projetos de MQ regularmente	<b>Conselho de Diretores</b>

- **Os pacientes e famílias** oferecem *feedback* sobre o desempenho da qualidade (ou seja, quão bem o sistema atende às suas necessidades). Os mecanismos para permitir que os pacientes forneçam *feedback* sobre a qualidade incluem quadros brancos em quartos do hospital e formulários de feedback digital de fácil acesso. *Feedback* em quase tempo real oferece um canal para controle da qualidade, e outro *feedback* (por exemplo, enviar após o paciente receber alta ou entregar à equipe dias ou semanas após a ocorrência de um incidente) são fontes importantes de informações sobre garantia da qualidade. Os princípios de liderança descritos acima (vide Tabela 1)



destacam as normas e práticas que promovem o envio e a discussão desse tipo de *feedback*.

- **Os médicos** desempenham um papel fundamental no controle da qualidade, especialmente por meio da execução de padrões articulados em protocolos baseados em evidências. Muitos sistemas de saúde investiram em amplos sistemas de governança clínica para “padronizar o que faz sentido” para os principais serviços clínicos (por exemplo, diretrizes para realizar procedimentos e para doenças crônicas específicas, como insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, junto com o trabalho padrão específico). Fortes sistemas de controle da qualidade tornam essas diretrizes o fácil de ser feito, criando recomendações diretamente no atendimento clínico, geralmente usando o registro eletrônico de saúde, e permitindo que os médicos articulem exceções que podem receber uma resposta imediata ou quase imediata.
- **Os líderes no nível da unidade**, como uma enfermeira chefe sênior ou gerente assistencial de enfermagem, desempenham um papel essencial no controle da qualidade. Eles são responsáveis por monitorar o desempenho de uma equipe diariamente, identificando lacunas entre o desempenho desejado e o real, e trabalhando com a equipe e outros (por exemplo, equipe da qualidade) em como identificar, testar, implementar e sustentar soluções. Frequentemente, os líderes no nível de unidade são fatores-chave para determinar se um sistema de controle da qualidade é bem-sucedido ou falho. Os líderes de unidade, treinados por líderes seniores e gerentes de nível médio, também modelam os comportamentos que promovem o diálogo e a confiança, conforme discutido a seguir. Eles promovem a aprendizagem tanto do fracasso quanto do sucesso, e transformam os problemas em oportunidades de aprendizagem.
- **A equipe do departamento da qualidade** desempenha um papel de suporte vital, auxiliando a equipe e os líderes em toda a organização com a resolução de problemas, teste e implementação de melhorias, facilitando a coleta e análise de dados quando necessário e ajudando as equipes a entenderem onde precisam mudar as políticas e procedimentos atuais para se alinharem com o trabalho atual e qual a melhor forma de fazê-lo.
- **Os líderes de departamento** (por exemplo, um diretor do departamento de cirurgias cardíacas ou pulmonar) oferecem suporte às equipes e aos líderes no local de atendimento clínico. Eles identificam tendências emergentes em várias unidades (por exemplo, escassez de medicamentos e equipamentos), usam sua influência para agilizar soluções (por exemplo, facilitando a implantação de equipes especializadas como assistentes sociais, farmacêuticos ou especialistas quando necessário) e também gerenciam problemas emergentes que existem na interseção das equipes (por exemplo, problemas imediatos com o fluxo de pacientes que muitas vezes não são gerenciados por nenhuma equipe específica, mas são o resultado de desafios em várias partes da organização).
- **Os líderes executivos** identificam se a organização está atendendo às necessidades de seus clientes diariamente. Eles revisam a segurança, o fluxo, a equipe e outros dados da qualidade e se concentram nas anormalidades, que frequentemente delegam ou escalam para projetos de melhoria específicos; fornecem treinamento para outros

líderes e modelam comportamentos eficazes de resolução de problemas (por exemplo, investigação apreciativa); e garantem que o sistema atual como um todo esteja funcionando de forma eficaz (por exemplo, estruturas adequadas estão em vigor entre as equipes para garantir que as metas da qualidade estão sendo atendidas; o trabalho padrão adequado está em vigor; as equipes estão usando ferramentas como gestão à vista de maneiras eficazes).

Os líderes executivos engajados no controle da qualidade demonstram duas atividades fundamentais: facilitar soluções para problemas emergentes e ir ao ponto de atendimento (*gemba*) para oferecer mentoria, orientação e incentivo e para promover a aprendizagem contínua. Um sistema de controle de qualidade eficaz inclui trabalho padrão não apenas para a equipe clínica, mas também para gerentes e líderes administrativos (por exemplo, rastreamento e resolução de problemas diariamente).

- **O conselho de diretores** analisa o desempenho operacional regularmente (por exemplo, desempenho financeiro) para garantir o progresso de acordo com as expectativas e para apoiar uma análise mais aprofundada e concentrar as energias dos líderes em áreas de trabalho futuro.

## Práticas de controle da qualidade e como operacionalizá-las

Os sistemas de controle da qualidade eficazes usam práticas como *huddles*, gestão à vista e presença de liderança no ponto de atendimento (*gemba*) para apoiar a resolução de problemas e a remoção de barreiras.

- **Trabalho padrão:** Uma prática de controle da qualidade fundamental, o trabalho padrão definido para processos clínicos e administrativos essenciais descreve as etapas principais, as funções da equipe relevante e uma justificativa para a importância de cada etapa. Essas atividades podem variar desde a resposta a luz de chamada do paciente até a revisão gerencial do progresso de uma equipe no cumprimento dos objetivos estratégicos. Organizações líderes como a *Intermountain Healthcare* desenvolveram um trabalho padrão claro em vários níveis organizacionais, coproduzido com a equipe. Algumas organizações usam a abordagem de *Training Within Industry*, defendida na manufatura durante o século 20, para construir e ensinar o trabalho padrão.<sup>64</sup>
- **Huddles:** Reuniões diárias e/ou semanais<sup>65</sup> oferecem a base para o controle da qualidade, fornecendo uma oportunidade para os membros da equipe identificarem problemas, revisarem indicadores simples de fidelidade ao trabalho padrão e controle operacional e atualizarem os líderes, ao mesmo tempo em que fornecem um fórum para escalonar problemas conforme necessário. O *huddle* permite que uma equipe analise problemas que ocorreram no passado recente e identifique oportunidades para corrigi-los, e também para antecipar problemas e necessidades e implantar recursos para evitar que problemas ocorram ou se repitam.



- **Painéis de gestão à vista:** Os quadros de gestão à vista oferecem um meio simples de garantir uma boa comunicação da equipe, estabelecer e manter a disciplina em torno da medição e garantir o rastreamento de problemas que requerem resolução.<sup>66,67</sup>
- **Presença da liderança no ponto de atendimento:** A pesquisa existente apoia a noção de que a presença da liderança no ponto de atendimento pode apoiar a execução do trabalho padrão, criar oportunidades de treinamento e aprendizagem e apoiar a resolução e melhoria contínuas de problemas. Por exemplo, na *Kaiser Permanente*, a ronda da liderança — na forma de rondas executivas ou rondas operacionais diárias em departamentos e unidades clínicas — incorpora questões sobre qualidade, segurança, serviço e eficiência e ajuda a identificar oportunidades de melhoria rápida.<sup>68</sup> Compreender a natureza do trabalho local ajuda os líderes seniores a irem além das funções tradicionais como especialistas em finanças e políticas.

As organizações podem usar os ciclos de Planejar-Fazer-Estudar-Agir (Plan-Do-Study-Act, PDSA) para testar essas práticas em pequena escala, começando com um número limitado de equipes de alto desempenho, refinar as práticas com base na aprendizagem e, em seguida, ampliar as práticas para implementá-las de forma mais ampla em toda a organização.

- **Huddles diários escalonados nos vários níveis gerenciais:** Organizações com sistemas avançados de controle da qualidade adotam *huddles* escalonados nos vários níveis gerenciais para garantir a comunicação oportuna em todos os níveis da organização. Os *huddles* diários oferecem aos participantes um “horizonte de visão” rápido e atualizado para os processos-chave de seu trabalho, permitindo-lhes escalar problemas, resoluções e aprendizagem do nível de unidade para o nível de departamento e para o nível executivo — isto é, líderes do nível de unidade se reúnem com os líderes do nível de departamento (ou um líder designado) e os líderes de departamento, em seguida, se reúnem com os líderes executivos (ou um executivo designado). Este processo prossegue, geralmente de forma sequencial a cada manhã, com atenção a um conjunto comum de itens da agenda, e geralmente requer um “tempo livre” de 90 minutos a duas horas para criar um tempo dedicado para que executivos e outros gerentes participem de *huddles* diários e tenham seus próprios *huddles* vinculados.

Os sistemas de saúde, como *Cleveland Clinic*, *Intermountain Healthcare*, *Virginia Mason Medical Center* e *Baptist Health Services* nos EUA e *East London NHS Foundation Trust* no Reino Unido, implementaram *huddles escalonados*, que também apoiam o trabalho em equipe contínuo e o desenvolvimento de uma forte cultura de segurança. Embora os sistemas de saúde tenham usado *huddles* escalonados por algum tempo, as evidências da avaliação científica ainda estão em seus estágios iniciais. Evidência inicial demonstra benefícios na segurança e eficiência (por exemplo, tempo de permanência) usando tais estratégias.<sup>69</sup> Algumas evidências sugerem que essas reuniões também podem aumentar a consciência situacional da equipe quanto à segurança.

## Quadros de gestão à vista com indicadores vinculados

O uso de quadros de gestão à vista por equipes nos pontos de atendimentos e em cada camada de gerenciamento apoia o controle da qualidade em toda a organização. Esta abordagem foi testada com bons resultados para sustentar a melhoria.<sup>70</sup>

Os quadros de gestão à vista nos pontos de atendimentos geralmente combinam o controle da qualidade com a melhoria. Por exemplo, as equipes no *Fairview Health Services* selecionam dois indicadores vinculadas aos domínios estratégicos da organização (por exemplo, qualidade, segurança, engajamento, eficiência) e revisam dois ou três padrões de controle da qualidade a cada dia (por exemplo, conformidade com um pacote de prevenção de quedas). As equipes se empenham em trabalhos de melhoria em quaisquer lacunas reveladas em sua revisão diária de dados para os principais indicadores exibidas no quadro de gestão à vista.

Em níveis mais elevados de gestão, a revisão diária de um quadro de gestão à vista normalmente inclui um conjunto de 10 a 20 indicadores-chave de estabilidade operacional em áreas como segurança (por exemplo, número de eventos adversos ou número de pacientes de alto risco), eficiência (por exemplo, alta com pontualidade nas unidades) e profissionais de saúde (por exemplo, doença e ausência de colaboradores). Este quadro ou um quadro adjacente também pode refletir quaisquer problemas escalonados localmente com resoluções planejadas, com um indivíduo designado e tarefas de acompanhamento. Com revisão menos regular (por exemplo, semanal ou mensal), os líderes de alto nível acompanharão separadamente um conjunto de indicadores vinculadas às prioridades estratégicas atuais da organização e ao trabalho de melhoria planejado para executar essa estratégia. Por exemplo, no *Baptist Health*, o quadro de gestão à vista de nível médio de gerenciamento inclui um pequeno conjunto de indicadores operacionais para cada domínio na estratégia da organização (segurança, eficiência) e agrega esses dados em várias áreas, como a hemodinâmica, instalações e centro cirúrgico.<sup>71</sup>

Em geral, ao usar a gestão à vista como uma ferramenta de controle da qualidade, o foco está no sistema ou subsistema relevante que um líder gerencia e está exclusivamente posicionado para ver e influenciar. Por exemplo, um diretor que supervisiona várias equipes monitora indicadores que refletem as interações dessas equipes (por exemplo, indicadores de fluxo) no quadro de gestão à vista. Um quadro de gestão à vista de nível executivo inclui indicadores agregadas (por exemplo, eventos adversos totais) e indicadores operacionais para o sistema como um todo (por exemplo, pode se concentrar nas lacunas do subsistema em departamentos específicos ou entre departamentos, como o fluxo de pacientes em todo o hospital, tempo total de permanência e outros indicadores semelhantes).

Poucas pesquisas examinam o efeito dos quadros de gestão à vista isoladamente, já que eles geralmente complementam as estruturas de *huddles*. Os quadros de gestão à vista são uma ferramenta fundamental das abordagens da gestão Lean e avaliações recentes notam em geral os efeitos positivos das abordagens Lean na qualidade, eficiência e envolvimento da equipe.<sup>72</sup> Avaliações da gestão à vista na indústria de manufatura citam fatores críticos de sucesso, como modelagem de comportamento de liderança (por exemplo, os líderes criam seus próprios quadros para modelar o comportamento desejado), fornecendo suporte de implementação para equipes e garantindo processos de gestão à vista relativamente simples e exibições vinculadas ao trabalho diário.<sup>73</sup>

## Presença de liderança no ponto de atendimento

Os gerentes médios e seniores devem rotineiramente (ou seja, pelo menos diariamente para gerentes intermediários e pelo menos semanalmente para líderes seniores) participar de

reuniões de equipe de ponto de atendimento e falar com a equipe sobre sua compreensão e execução do trabalho padrão.

Embora diferentes abordagens sejam usadas para a presença da liderança no ponto de atendimento (por exemplo, Gemba walks, rondas da liderança, visitas do líder), o conceito normalmente inclui algumas perguntas simples feitas às equipes do ponto de atendimento:<sup>74</sup>

- Quais são as metas ou objetivos da equipe para hoje?
- E como você está agora em relação a estas metas?
- Qual é o seu plano?
- Como posso ajudá-lo?

O líder está tentando avaliar o quão bem os colaboradores entendem o trabalho padrão e sua capacidade de resolver problemas, incluindo a determinação das causas dos problemas que encontram nos processos de atendimento, articulando o estado da qualidade desejado na unidade e identificando quaisquer lacunas entre o estado atual e o estado desejado. Por meio de sua presença no ponto de atendimento, os líderes atuam como treinadores e professores, ajudam a remover barreiras e conectam o trabalho no nível da unidade às estratégias e metas de toda a organização.

No *East London NHS Foundation Trust*, por exemplo, a equipe executiva realiza “walkarounds” ou rondas com 200 a 250 equipes todos os anos, trabalhando com as equipes para entender os desafios, o trabalho de melhoria e os pontos positivos. Os líderes compartilham notas com os líderes de serviço, e a equipe de qualidade analisa todos os temas resultantes para um compartilhamento mais amplo (por exemplo, com a diretoria). A literatura apoia o impacto desse tipo de presença da liderança, ao mesmo tempo em que observa que a falta de acompanhamento por parte dos líderes pode ser destrutiva para o moral da equipe e reduzir o engajamento.<sup>75</sup> Os sistemas de saúde devem, portanto, ter um sistema robusto para rastrear problemas e fazer o acompanhamento. O *Baptist Healthcare* em *Oklahoma* oferece um exemplo de tal sistema, integrado com *huddles* diários escalonados nos vários níveis gerenciais e um sistema de gestão à vista.<sup>76</sup>

## Controle da qualidade como fonte de empoderamento da equipe

O CQ compreende atividades no ponto de atendimento onde a equipe realiza o seu trabalho (ou seus supervisores imediatos) para garantir que o trabalho atenda às especificações da qualidade (idealmente identificadas por meio do envolvimento da equipe no planejamento da qualidade). Como Don Berwick apontou em 1991, o controle da qualidade não deve ser um “palavrão” na área de saúde.<sup>77</sup> O controle da qualidade oferece às equipes uma base para entender seu trabalho e fazer melhorias. Se uma equipe não entende o desempenho do sistema atual, como eles podem entender o impacto das mudanças que fazem para melhorar o sistema?

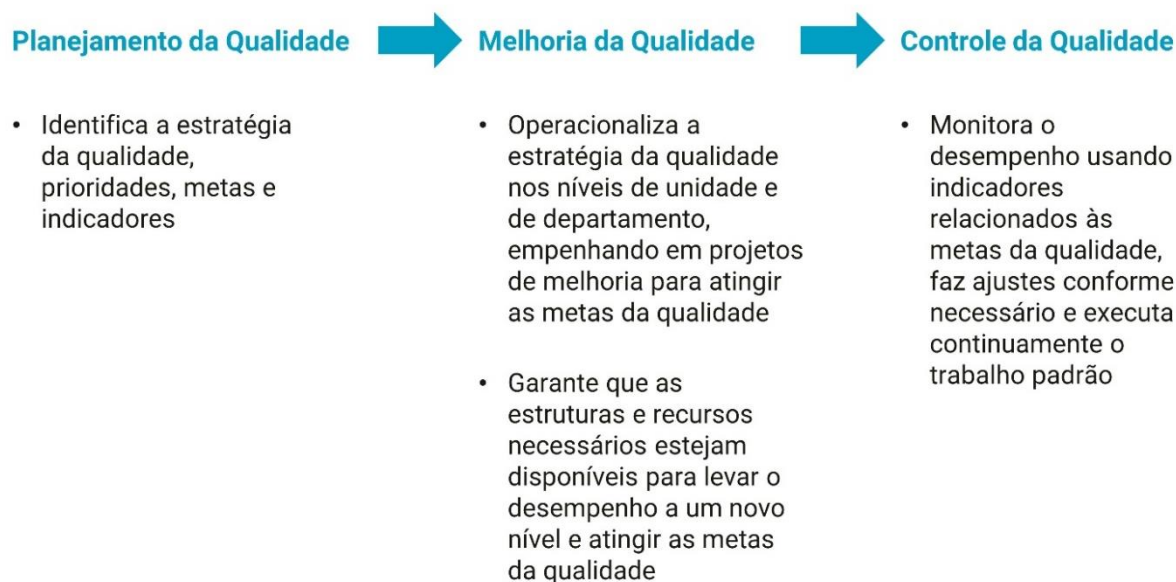
As ferramentas usadas para garantir o controle da qualidade (por exemplo, *huddles* diários, gestão à vista, presença de liderança no ponto de atendimento) são mais eficazes quando implementadas em conjunto com bons processos para escalar problemas. Isso garante que os problemas sejam

escalonados para o nível mais apropriado da organização para atenção e resolução eficaz, ajudando a “fechar o ciclo”, ao invés de se perderem em meio às operações de negócios rotineiras. Os líderes modelam os comportamentos desejados que criam uma cultura da qualidade (conforme discutido em mais detalhes abaixo), incentivando a equipe em toda a organização a descobrir e rastrear problemas e adotar uma mentalidade de “aprendizagem” que apoia a experimentação, mesmo que a solução inicial não tenha sucesso.

## Melhoria da qualidade: do planejamento à mudança

O sistema de melhoria da qualidade reflete uma fase intermediária entre o planejamento da qualidade e o controle da qualidade (vide Figura 8). As organizações identificam a estratégia, as prioridades, as metas e os indicadores relacionadas da qualidade por meio do processo de planejamento da qualidade. O sistema de melhoria da qualidade permite que a organização operacionalize a estratégia da qualidade e constitui as estruturas e recursos necessários para levar o desempenho a um novo nível para atingir as metas da qualidade. Iniciativas de melhoria bem-sucedidas acabam por fazer a transição para uma fase de controle da qualidade, na qual as unidades organizacionais (por exemplo, equipes, departamentos) monitoram o desempenho usando indicadores relacionadas às metas da qualidade, fazem ajustes conforme necessário e executam continuamente o trabalho padrão.

**Figura 8. Relação Entre Planejamento da Qualidade, Melhoria da Qualidade e Controle da Qualidade**



A estrutura específica do sistema de melhoria da qualidade em cada organização pode ser diferente, mas os sistemas de MQ bem-sucedidos compartilham elementos semelhantes, conforme descritos abaixo:

- **Uma abordagem comum para melhoria:** Uma abordagem combinada para resolução de problemas fornece uma linguagem, métodos e ferramentas comuns que são usados em toda a organização. Existem inúmeras abordagens de melhoria, como a metodologia Lean, os ciclos do Modelo de Melhoria e PDSA (*Plan-Do-Study-Act* – Planejar-Fazer-Estudar-Agir), ferramentas Six Sigma, ciclo de melhoria DMAIC (*Define, Measure, Analyze, Improve, and Control* – Definir, Medir, Analisar, Melhorar e Controlar), 7 Ferramentas da Qualidade, resolução de problema A3, ou uma combinação de métodos e ferramentas de diferentes abordagens.<sup>78,79</sup>
- **Capabilidade e capacidade de melhoria entre a equipe designada:** As organizações precisam apoiar o trabalho de melhoria por meio de tempo dedicado e treinamento para a equipe. Embora muitos dos grandes sistemas de saúde tenham uma equipe da qualidade em tempo integral, também é importante treinar a equipe em toda a organização nos fundamentos dos métodos e ferramentas de melhoria, incluindo os médicos.
- **Processo para rastrear e disseminar a melhoria:** As organizações precisam de um processo de disseminação interno estruturado para rastrear o status do trabalho de melhoria ao longo do tempo, identificar e resolver barreiras comuns ao progresso e compartilhar as lições aprendidas entre as equipes, ao mesmo tempo que impulsiona a disseminação de mudanças bem-sucedidas em toda a organização.

## Abordagem comum para resolução de problemas

As organizações de saúde adotaram muitas abordagens de melhoria – incluindo um foco em alta confiabilidade, metodologias Lean e o Modelo de Melhoria, entre outros - e muitas organizações usam uma combinação de várias abordagens e métodos. Um sistema de saúde precisa de uma abordagem consistente para a melhoria em toda a organização, e a parceria entre o departamento da qualidade e a liderança sênior pode ajudar a garantir que esse seja o caso. Por exemplo, os líderes servem como patrocinadores para iniciativas de melhoria e, ao fazê-lo, podem treinar equipes para usar um conjunto comum de ferramentas de melhoria (por exemplo, 5 Porquês, análise de causa raiz, A3, PDSA) como métodos para melhoria da linha de frente. A equipe da qualidade, por sua vez, fornece treinamento de melhoria consistente com base na abordagem comum para apoiar o trabalho das equipes em toda a organização.

Vários anos atrás, a *Kaiser Permanente* desenvolveu sua própria abordagem única de melhoria, tomando emprestado de diferentes métodos estabelecidos, incluindo pensamento sistêmico, controle de processo estatístico, Lean e Six Sigma e desenho centrado no usuário.<sup>80</sup> No sistema de saúde de *Providence*, o currículo de melhoria inclui os fundamentos da melhoria da qualidade, o negócio “cuidados de saúde”, gestão da mudança e a ciência da disseminação e escala, combinando conceitos da Ciência da Melhoria, gestão Lean e teorias de gestão de liderança sobre mudança e liderança. Por anos, o *Providence* também treinou líderes nos princípios de organizações de alta confiabilidade.

Assim como acontece com o controle e o planejamento da qualidade, os principais stakeholders desempenham papéis importantes no apoio a uma abordagem comum de melhoria e na garantia de uma melhoria da qualidade eficaz em todo o sistema (vide Figura 9).



**Figure 9. Atividades de Melhoria da Qualidade por Grupo de Stakeholder**

Planejamento da Qualidade	Controle da Qualidade	Melhoria da Qualidade	
Ofereça <i>input</i> para informar a estratégia organizacional como grupo principal de clientes	Ofereça <i>feedback</i> sobre a qualidade da experiência para informar a compreensão do desempenho	Envolve-se como coprodutores em atividades relevantes de MQ	<b>Pacientes, Famílias e Comunidades</b>
<b>P O N T O D E A T E N D I M E N T O</b>			
Informe os planos e requisitos para executar a estratégia localmente	Identifique e resolva problemas à medida que surgem (padrões com falhas), escalonando conforme necessário	Lidere e envolva-se em atividades locais de MQ e identifique potenciais projetos de MQ	<b>Médicos</b>
Traduza a estratégia em um plano de definição da unidade e defina os requisitos de execução	Monitore o desempenho e soluções diretas, escalonando os problemas conforme necessário	Lidere projetos de MQ e capture ideias para possíveis trabalhos de MQ	<b>Líderes de Unidades</b>
Facilite o processo de planejamento estratégico, apoie atividades de pesquisa e análise	Dê suporte ao desenvolvimento de padrões de trabalho e infraestrutura de CQ	Apoie as atividades locais de MQ e comunique os esforços de priorização do projeto	<b>Equipe do Departamento da Qualidade</b>
Trabalhe com executivos e líderes de unidade para articular como executar a estratégia	Identifique problemas transversais e tendências, feche ciclos de feedback	Patrocine projetos de MQ, lidere esforços transversais de MQ	<b>Líderes de Departamentos</b>
Identifique clientes, priorize necessidades e desenvolva estratégia	Mobilize recursos para resolver problemas emergentes e transversais	Patrocine e autorize projetos prioritários de MQ	<b>Líderes Executivos</b>
Garanta que a estratégia organizacional seja centrada na qualidade	Analise o desempenho da qualidade regularmente	Revise o desempenho dos principais projetos de MQ regularmente	<b>Conselho de Diretores</b>

- **Os pacientes e familiares** se envolvem como cocriadores e coprodutores em atividades de MQ. Por exemplo, alguns sistemas de saúde envolvem membros do Conselho Consultivo de Pacientes e Família em equipes de melhoria da qualidade. Na IOV, uma provedora de serviços de tratamento de câncer no Brasil, um pequeno número de pacientes voluntários, muitos dos quais trabalham com qualidade em outras indústrias, se envolvem como membros da equipe em projetos de MQ.
- **Os médicos** lideram e se envolvem em atividades locais de MQ e identificam potenciais projetos de MQ. Muitos projetos de MQ, especialmente aqueles relacionados à segurança ou eficácia do atendimento, se beneficiam com a orientação de um médico. Na *Northwell Health*, um médico atua como mentor de MQ para um sistema piloto de gerenciamento da qualidade baseado em equipe, e os médicos têm liderado o trabalho de MQ em áreas como a redução do uso de prescrição desnecessária.
- **Os líderes no nível da unidade** lideram projetos de MQ e capturam ideias para um possível trabalho de MQ. Por exemplo, eles podem conduzir reuniões semanais para revisar o trabalho de melhoria, garantir uma execução consistente no trabalho padrão e garantir que os planos do projeto de MQ estejam em vigor.
- **A equipe da qualidade** apoia as atividades locais de MQ e comunica os esforços de priorização do projeto. O trabalho mais importante da equipe da qualidade é desenvolver as capacidades de MQ em outras pessoas, ao invés de fazer o trabalho de MQ eles mesmos. A equipe da qualidade apoia as equipes de melhoria de várias maneiras, incluindo o fornecimento de suporte à análise de dados, garantindo a precisão e o fluxo dos dados, ensinando a equipe a usar as ferramentas de MQ para

análise e melhoria e ajudando as equipes a manterem os projetos de melhoria no caminho certo.

- **Os líderes de departamento** patrocinam projetos de MQ, supervisionam o trabalho de melhoria das equipes no nível da unidade e podem liderar projetos de melhoria selecionados que impactam vários departamentos da organização. Os líderes de departamento concentram-se em áreas que não estão sob o controle de uma determinada equipe, como fluxo de pessoas, informações e pacientes comum as equipes. Os gerentes intermediários (acima do nível da unidade) também desempenham um papel essencial no gerenciamento da tensão produtiva entre os problemas que surgem no trabalho de rotina e os problemas ou oportunidades identificadas por meio do processo de planejamento da qualidade, garantindo a priorização apropriada do trabalho de melhoria.

Por exemplo, no *Cincinnati Children's Hospital Medical Center*, os diretores de divisão trabalham para promover os objetivos institucionais, gerenciando um portfólio de projetos de melhoria para atingir as metas estratégicas, ao mesmo tempo que garantem o alinhamento do trabalho das equipes individuais com essas metas.<sup>81</sup> O sistema de saúde desenvolveu um programa educacional chamado Sistemas de Liderança de Melhoria Avançada (*Advanced Improvement Leadership Systems*) para aumentar a capacidade desses líderes de fazê-lo. As sessões incluem avaliação do estado atual, segurança e produtividade, coordenação e resultados do atendimento, experiência do paciente e da família e execução das metas do sistema.

- **Os líderes executivos** patrocinam projetos de melhoria em larga escala, que podem incluir novos processos ou novos produtos, e lançam novas iniciativas em toda a organização, como o desenvolvimento da própria estrutura de gestão da qualidade, que compreende um conjunto de projetos de melhoria em menor escala com líderes para cada projeto. Para envolver os executivos na melhoria, o sistema de saúde *Providence* começou estruturando um projeto de melhoria em cada hospital, liderado pelo diretor financeiro (CFO), diretor de enfermagem (CNO) e diretor médico (CMO) da unidade. O CEO seleciona projetos com base em uma revisão dos dados da qualidade e custo e nas prioridades do sistema. Os parceiros CFO-CNO-CMO trabalham juntos ao longo de cinco meses para garantir o avanço dos projetos, apoiados por cinco treinamentos nos quais aprendem sobre a ciência da melhoria e gestão da mudança. Uma equipe de liderança de um hospital se concentrou em reduzir intervenções cardíacas desnecessárias, por exemplo. O CFO, o CNO e o CMO daquele hospital fizeram parceria com os líderes de serviço para apoiar o avanço do projeto e manter o trabalho em andamento.
- **O conselho de diretores** analisa regularmente o progresso do trabalho de melhoria selecionado, geralmente com base em um painel de desempenho do sistema de saúde.

## Capabilidade e capacidade de melhoria para colaboradores designados

Muitas organizações agora têm uma equipe da qualidade dedicada que apoia a melhoria no nível do sistema. Esses colaboradores podem ser chamados de Especialistas em Melhoria,



consultores ou especialistas em melhoria, mentores, consultores, Six Sigma Black Belts ou outros títulos. Com muita frequência, no entanto, esse pessoal assumiu uma função fortemente enraizada na “garantia da qualidade” – coleta e análise de dados para aqueles que “precisam conhecer”, como por exemplo pagadores e reguladores – ao invés de apoiar o verdadeiro trabalho de melhoria da qualidade.

Por exemplo, Kabcenell e colegas descobriram que a equipe do departamento da qualidade gasta menos de 30% de seu tempo na redução de defeitos e variações em processos-chave e no trabalho direto de melhoria de desempenho; em vez disso, a maior parte do tempo é dedicada à coleta de dados e atividades de conformidade.<sup>82</sup> Idealmente, a equipe de qualidade gasta um tempo significativo apoiando o trabalho de melhoria local e o progresso da organização para alcançar grandes avanços e redesenho clínico massivo.

A infraestrutura da qualidade em muitos sistemas de saúde é frequentemente inadequada, assim como o treinamento para equipes de melhoria da qualidade ou desempenho para apoiar eficazmente a melhoria contínua e outras atividades da qualidade.<sup>83</sup> O investimento em funções de equipe dedicadas para apoiar a qualidade, com escopo adequado, ajuda a estabelecer uma base sólida para os esforços da qualidade de um hospital.<sup>84</sup> O treinamento simples em um pequeno número de conceitos, usando os princípios de aprendizagem de adultos, funciona melhor.<sup>85</sup>

## Otimizando a função da equipe da qualidade

A equipe da qualidade é mais eficaz quando passa a maior parte do tempo no local de atendimento, trabalhando em conjunto com as equipes para conquistar avanços nas prioridades da organização, ao mesmo tempo que ajuda as equipes a resolverem problemas emergentes à medida que surgem. Por exemplo, na IOV no Brasil, dois especialistas em melhoria de desempenho em tempo integral treinados em métodos Lean dão suporte a seis clínicas de câncer. Como parte de suas funções, eles mantêm um horário de expediente aberto por duas horas por semana, onde os gerentes e a equipe recebem treinamento sobre o trabalho de melhoria. Esses especialistas também fornecem suporte para o planejamento da qualidade da organização, melhoria e infraestrutura de controle, ajudando as equipes a construir sistemas de medição (por exemplo, quadros de gestão à vista) e orientando seu trabalho de melhoria.

A *Cleveland Clinic* dedica um Especialista em Melhoria contínua a cada um de seus hospitais, além de manter outra equipe de qualidade. A *East London NHS Foundation Trust* emprega 15 Especialista em Melhoria – especialistas em ciência da melhoria – além de mais de 100 mentores de melhoria treinados que estão espalhados por toda a organização.

A *Kaiser Permanente* (KP) obteve sucesso com um modelo que incorpora um consultor de melhoria em cada centro médico, que se reporta diretamente a um executivo responsável por liderar as atividades de planejamento, melhoria e controle da qualidade da KP.<sup>86</sup> Além disso, dado o tamanho do sistema de saúde da KP, esses consultores incorporados recebem apoio de mestres de *Black Belts Six Sigma* regionais e nacionais, que também servem como consultores internos para apoiar executivos de centros médicos na transição para seu sistema de melhoria de desempenho.<sup>87</sup> Os *Black Belts* têm pelo menos 15 anos de experiência em melhoria (seja na área de saúde ou em outros setores), gestão de mudanças e gerenciamento de portfólios

complexos de projetos, além de profundo conhecimento na ciência da melhoria. O número total de Especialista em Melhoria aumentou de 3 para 500 em três anos como parte da estratégia da KP para desenvolver uma abordagem da qualidade de todo o sistema.

Além disso, a equipe da qualidade desempenha uma função “horizontal” e “vertical”, apoiando os vínculos entre as atividades de melhoria entre os departamentos e entre as atividades departamentais e as prioridades estratégicas de toda a organização, bem como facilitando a aprendizagem compartilhada entre as equipes.<sup>88</sup>

Embora a equipe da qualidade exija um treinamento mais aprofundado para apoiá-la em suas funções, também é importante fornecer algum nível de treinamento básico para toda a equipe para permitir que eles se envolvam efetivamente nos esforços de melhoria. Muitos sistemas de saúde introduziram amplo treinamento de melhoria da qualidade para colaboradores em toda a organização (equipe de ponto de atendimento, médicos, chefes de unidade, gerentes de divisão, líderes executivos), em diferentes níveis de especialização, dependendo da necessidade, das prioridades e do contexto local. Em geral, apenas um pequeno número de colaboradores exige o mais alto nível de especialização (por exemplo, para liderar a melhoria de todo o sistema, aplicar ferramentas de controle de processo estatístico avançado), mas é útil quando os colaboradores em toda a organização têm o conhecimento e as habilidades necessárias para aplicar conceitos básicos, métodos e ferramentas de MQ. Os especialistas do IHI escreveram anteriormente sobre uma abordagem de “dosagem” que estabelece e implanta níveis almejados de conhecimento e habilidades de melhoria em uma organização para desenvolver capacidade e capacidade de melhoria.<sup>89</sup>

## Processo para rastrear e ampliar a melhoria

As organizações de saúde precisam de mecanismos para compreender o progresso na melhoria e compartilhar a aprendizagem entre as equipes, a fim de ampliar as melhorias em toda a organização. Os sistemas de saúde podem usar uma variedade de abordagens para estruturar processos de ampliação e desenvolver um sistema de aprendizagem interno para melhorias.<sup>90</sup> Os sistemas de aprendizagem internos podem ser permanentes (ou seja, a estrutura de gerenciamento oferece suporte à aprendizagem compartilhada continuamente a partir do trabalho de melhoria contínua) ou temporários (ou seja, a estrutura oferece suporte a fluxos de trabalho de melhoria específicos e com prazo determinado, focados em tópicos específicos, como uma “campanha” interna de redução da sepse).

### Exemplos de sistemas de aprendizagem de melhoria permanente

As organizações Lean costumam usar “revisão de política” para entender o progresso em alcançar as prioridades atuais da organização, normalmente executada usando o trabalho de melhoria, e podem ter atualizações regulares (semanais, quinzenais) em vários níveis da organização para monitorar o progresso no cumprimento das prioridades estratégicas. Por exemplo, uma equipe pode relatar seu progresso na melhoria dos aspectos de experiência do paciente (por exemplo, HCAHPS) como parte de uma prioridade organizacional para melhorar a experiência do paciente estabelecida durante o planejamento da qualidade.

Na *Fairview Health*, por exemplo, os líderes no nível de unidade e departamento têm reuniões semanais para revisar os indicadores e o progresso no trabalho de melhoria estratégica executiva para promover as prioridades organizacionais. A *Intermountain Healthcare* usa um processo semelhante de “passos para trás” mensais, onde os gerentes se reúnem com o líder do próximo nível para revisar o progresso no cumprimento das metas de prioridades estratégicas, com uma estrutura de conselho de melhoria designada usada para esse propósito.

Os modelos de governança clínica oferecem mais uma versão de um sistema de aprendizagem de melhoria da qualidade permanente. Tradicionalmente liderado por médicos, estes modelos oferecem às equipes um mecanismo para entregar projetos de melhoria em áreas específicas, como quedas de pacientes ou infecções, em todos os locais. Por exemplo, no *Hackensack Meridian*, o modelo de governança clínica facilitou o trabalho de melhoria com foco no gerenciamento da hipertensão. No *Johns Hopkins Hospital*, o sistema financia funções de “vice-presidente” da qualidade com 50% de salário para apoiar as atividades de melhoria clínica, e esses líderes, por sua vez, se reúnem regularmente para compartilhar a aprendizagem no avanço de suas prioridades.<sup>91</sup>

## Exemplos de sistemas de aprendizagem de melhoria temporários

O modelo de Colaborativas do IHI oferece uma abordagem clássica para estruturar o trabalho de melhoria quando várias equipes estão envolvidas na implementação de um conjunto comum de mudanças; muitas organizações de saúde implementaram o modelo de Colaborativas no nível do sistema para abordar diversos tópicos, como readmissões, quedas de pacientes ou outras prioridades de melhoria da qualidade.<sup>92</sup> Neste modelo, várias equipes se reúnem em intervalos regulares para Sessões de Aprendizagem, proporcionando às equipes a oportunidade de aprender umas com as outras sobre as mudanças em teste, dicas para testar e implementar mudanças e compartilhar dados sobre o progresso das equipes. Os Períodos de Ação ocorrem entre as Sessões de Aprendizagem para permitir que as equipes testem as mudanças baseadas em evidência localmente. Um forte sistema de gerenciamento de dados, com envio regular de dados para três tipos de indicadores (processo, resultado e equilíbrio), fornece a base para uma Colaborativa eficaz.

A Colaborativa da *East London NHS Foundation Trust* para redução dos tempos de espera é um exemplo de sistema de aprendizagem temporário de sucesso — envolvendo várias equipes, líderes seniores, líderes locais e especialistas em MQ, com o sistema de aprendizagem geral patrocinado pelo diretor de operações do sistema. Além de oferecer Sessões de Aprendizagem Colaborativa tradicionais, a *East London* também realizou sessões a cada dois meses, onde patrocinadores, equipes de projeto e equipe de MQ se reuniram para avaliar o progresso do esforço.<sup>93</sup>

Outras estruturas, como comunidades de práticas, também podem ajudar a facilitar a aprendizagem compartilhada sobre a melhoria, especialmente em sistemas de saúde maiores.<sup>94</sup> Por exemplo, a *Kaiser Permanente* introduziu comunidades de práticas em áreas de conteúdo específicas (por exemplo, gerenciamento de quedas) para facilitar a aprendizagem compartilhada entre os locais. Essas comunidades incluem médicos, colaboradores e gerentes e são lideradas por um especialista em conteúdo. Sites designados facilitam o

compartilhamento de ideias, histórias e práticas e também podem incluir storyboards ou artigos relacionados a tópicos relevantes para a comunidade.

Dada a variedade de opções para desenvolver um sistema de aprendizagem de melhoria, as organizações devem alinhar sua estrutura à natureza da meta. O desenvolvimento de caminhos clínicos direcionados entre muitos hospitais em um grande sistema geralmente se alinha bem com um modelo de governança clínica. O trabalho direcionado para espalhar mudanças conhecidas em serviços semelhantes (por exemplo, redução de quedas em unidades médicas) muitas vezes se encaixa bem em uma abordagem de Colaborativas. Organizar um conjunto complexo de prioridades de melhoria em vários níveis da organização, com metas em camadas vinculadas para cima e para baixo na hierarquia, geralmente se encaixa bem com uma abordagem de revisão de política.

A equipe da qualidade apoia a organização e as funções do sistema de aprendizagem da melhoria, padronizando a aprendizagem para que possa ser facilmente disseminada, compreendida e adaptada pelas equipes locais em todo o sistema. Para sistemas de saúde maiores, podem existir vários subsistemas de aprendizagem com base nas preferências regionais e na solução mais adequada. No modelo de gestão da qualidade da *Kaiser Permanente*, por exemplo, alguns locais participam de Colaborativas externas e algumas regiões estabeleceram Colaborativas internas com hospitais parceiros para avançar as metas da qualidade específicas.<sup>95</sup> Os líderes da qualidade também apoiam a transição da melhoria da qualidade para o controle da qualidade, ensinando as equipes como construir o trabalho padrão, revisando o trabalho padrão entre as equipes para garantir o alinhamento e a consistência. Os líderes da qualidade também podem liderar os esforços para medir a aceitação das intervenções no nível do sistema.

## Estratégias para uma organização bem-sucedida em atividades de melhoria

- **Crie uma lista priorizada de um pequeno número (três a cinco) de iniciativas de melhoria nas quais focar de uma só vez:** Em um relatório branco do IHI de 2007, Tom Nolan descreve os elementos de abordagens de sistema bem-sucedidas para melhoria; o mais importante, menos é mais.<sup>96</sup> Jim Lancaster escreve que uma organização não deve ter mais do que quatro ou cinco grandes iniciativas de melhoria acontecendo ao mesmo tempo; isso também se aplica aos níveis de departamento, unidade e equipe.<sup>97</sup> Além disso, essas iniciativas devem resultar do processo de planejamento de qualidade descrito acima.
- **Os líderes seniores precisam criar um entendimento compartilhado da ciência da melhoria em toda a organização:** O Modelo de Melhoria e os ciclos de PDSA são talvez os elementos mais fundamentais da ciência da melhoria, uma vez que se aplicam ao controle da qualidade (O que é trabalho padrão? O que realmente aconteceu? Por quê? O que vem a seguir?), melhoria da qualidade (Qual foi a mudança planejada e nossa previsão? O que aconteceu quando testamos? Como isso se compara à nossa previsão? O que faremos a seguir?) e planejamento da qualidade (O que precisamos realizar este ano? Como saberemos se fomos bem-sucedidos?).

Reforço simples por líderes seniores do PDSA como uma metáfora para o trabalho da organização – ou de quadro conceitual semelhantes como DMAIC (Definir, Medir, Analisar, Melhorar, e Controlar – *Define, Measure, Analyze, Improve, and Control*) ou as cinco perguntas do Toyota Kata (Qual é a condição-alvo? Condição real? Obstáculos? Próxima etapa? Quando podemos ir e ver o que aprendemos com essa etapa?) – fornece uma boa base para a criação de uma cultura de melhoria e aprendizagem, tornando a melhoria parte do trabalho diário.

- **As ideias para atividades de melhoria fluem para cima e para baixo na organização:** A equipe continuamente expõe e resolve problemas no trabalho por meio do CQ. Ao mesmo tempo, as equipes conduzem projetos de MQ e implementam mudanças enraizadas nas prioridades estratégicas do sistema identificadas através do processo de PQ. Assim, as organizações devem criar espaço (e, mais fundamentalmente, tempo) para esforços e atividades de melhoria no ponto de atendimento e orientados pela equipe, e para projetos orientados pelo ciclo de PQ. Ambos são importantes. Problemas urgentes surgidos no ponto de atendimento podem, às vezes, substituir projetos de MQ priorizados durante o processo de PQ. Os líderes de unidade, trabalhando em conjunto com os diretores de departamento, determinam a priorização apropriada. O sistema de revisão de políticas (para revisar prioridades, objetivos e dados sobre indicadores que surgiram durante o PQ), bem como o sistema de escalonamento de problemas, podem comunicar esse processo de tomada de decisão.
- **Os pacientes co-produzem atividades de melhoria:** Pesquisas sugerem que a participação total do paciente nas atividades de melhoria pode resultar em um aumento de três vezes na probabilidade de sucesso de um projeto em atingir os objetivos.<sup>98</sup>

## Qualidade de todo o sistema: moldando a transição

Introduzir as práticas descritas neste documento para desenvolver uma abordagem da qualidade de todo o sistema pode parecer uma tarefa assustadora. As organizações que são as mais avançadas no estabelecimento de infraestruturas e processos da qualidade de todo o sistema passaram mais de 10 anos fazendo da qualidade o centro de sua missão e visão, e construindo os sistemas e capacidades necessários para isso.

As organizações de saúde precisam considerar duas dimensões ao avaliar sua abordagem para a qualidade de todo o sistema:

- **Penetração:** Habilidades e atividades de MQ, CQ e PQ existem em toda a organização.
- **Coesão:** MQ, CQ e PQ trabalham juntos como um sistema coeso ao invés de atividades independentes em silos.

Muitas organizações desenvolvem bolsões de excelência em controle da qualidade, planejamento da qualidade e melhoria da qualidade, mas falham em conectar efetivamente os esforços díspares e, portanto, as atividades da qualidade não penetram na organização.

## Exemplos do campo

A seguir, compartilhamos as experiências da *Intermountain Healthcare*, *Cleveland Clinic*, *IOV*, *East London NHS Foundation Trust*, *Kaiser Permanente*, e *Fairview Health* como apenas alguns exemplos com os quais outras organizações de saúde podem aprender enquanto procuram estabelecer a qualidade de todo o sistema.

Organizações como a *Intermountain* e a *Cleveland Clinic* seguiram uma trajetória particular na construção de seus sistemas de gerenciamento da qualidade. Muitas vezes começam com um foco no trabalho de melhoria finito (por exemplo, um foco em ferramentas e métodos de melhoria, ou projetos de melhoria em uma área clínica ou administrativa específica), em seguida, passam para um foco em gestão e controle da qualidade (por exemplo, a introdução de sistemas de gestão Lean) para sustentar a melhoria e, finalmente, integrar um foco no planejamento da qualidade e maior foco no cliente, uma vez que esta infraestrutura esteja instalada (neste ponto, o plano da qualidade é realmente acionável em escala). Outras organizações, como *East London NHS Foundation Trust*, começam sua jornada reduzindo as atividades de garantia de qualidade para criar espaço para atividades de planejamento, melhoria e controle de qualidade direcionadas.

Em muitos sentidos, essa trajetória faz sentido. Considerando anos de investimentos, ensinar os métodos e ferramentas de melhoria da qualidade dependem de muitos recursos e abordagens amplamente disponíveis. Estabelecer intervenções de gerenciamento para sustentar a melhoria é desafiador, mas ainda é viável e muitas vezes se baseia em sistemas de gerenciamento existentes, como *huddles* ou métodos de comunicação semelhantes. Além disso, ferramentas Lean como *huddles* de gerenciamento podem ser introduzidas usando métodos de melhoria (por exemplo, ciclos de PDSA), então o uso dessas ferramentas segue logicamente a introdução de melhoria da qualidade, e a capacidade de aplicar métodos de melhoria permite que a equipe atue nos problemas surgidos no trabalho diário.

Envolver líderes seniores é muitas vezes a etapa *mais difícil* e, portanto, é lógico que o planejamento da qualidade muitas vezes é a última área de enfoque. Ainda assim, as organizações que falham em priorizar o engajamento do líder sênior no início de sua transição para a qualidade de todo o sistema, muitas vezes acham difícil sustentar os ganhos iniciais na construção do próprio sistema. Assim como as práticas de gerenciamento Lean fornecem a “cola” que sustenta a melhoria no nível do microssistema, o engajamento do executivo sênior prova ser o ingrediente eficaz para sustentar o sistema como um todo. Embora reconheçamos a escassez de literatura de alta qualidade estudando gerenciamento Lean e gerenciamento da qualidade total, a maioria das revisões existentes citam o envolvimento da liderança como o fator de sucesso mais crítico (ou entre os principais) comunicando a viabilidade de tais esforços.<sup>99</sup>

Ao desenvolver e implantar seu modelo de gestão da qualidade, a *Kaiser Permanente* adotou o Processo de 8 Etapas de Kotter para Liderar Mudanças.<sup>100, 101, 102</sup> De acordo com esse modelo, a abordagem da Kaiser incluiu, entre outras etapas, construir um comitê nacional de qualidade interno, selecionar um conjunto de medidas de qualidade no nível do sistema, comparar o desempenho com exemplos como os vencedores do prêmio Baldrige (planejamento de qualidade), criar transparência de dados para indicadores (planejamento e controle da



qualidade) e criação de uma infra-estrutura em toda a organização para impulsionar a qualidade (controle e melhoria da qualidade). Eles usaram, em parte, o contínuo “abismo de qualidade” destacado no início deste relatório branco como parte de sua plataforma de mudança para criar um senso de urgência, além de seus próprios resultados em comparação com sistemas de saúde de alto desempenho.

Na *Fairview Health* e IOV, as fusões organizacionais criaram uma oportunidade e um senso de urgência para realinhar cada organização em torno de um novo conjunto de valores, formas de trabalho e estrutura organizacional para impulsionar a qualidade sustentada. A *Fairview Health* usou 10 compromissos organizacionais (por exemplo, “definir e manter padrões”) para organizar e comunicar seu trabalho de transformação da qualidade, conectando todas as intervenções de gestão (por exemplo, introdução de *huddles* escalonados nos vários níveis gerenciais) a esses 10 compromissos, o que permitiu ao sistema de saúde comunicar de forma mais ampla sua visão e construir a base para uma nova forma de trabalhar. O IOV no Brasil usou sua fusão como uma oportunidade para disseminar práticas que foram introduzidas de forma incremental e construir um sistema robusto de gestão Lean.

## Elementos essenciais para construir a base para a qualidade de todo o sistema

A implementação completa de uma abordagem da qualidade de todo o sistema requer vários anos de trabalho. Notavelmente, os três componentes de todo o sistema de qualidade – planejamento, melhoria e controle da qualidade – não existem isoladamente; todos os três se conectam como um sistema. Uma vez que todos os três componentes são essenciais, recomendamos que as organizações introduzam simultaneamente atividades em escala reduzida para cada componente, ao invés de se concentrar apenas em um componente por um ano ou mais, excluindo os outros.

Para começar a construir a base para a qualidade de todo o sistema, propomos um conjunto menor de atividades simultâneas – que se concentram nos seis elementos essenciais descritos abaixo – nas quais as organizações podem se concentrar ao longo de um a três anos enquanto trabalham em direção à sua transição de longo prazo para qualidade de todo o sistema. Essa base pode ser usada para o teste inicial da abordagem da QTS, para aprender o que funciona (ou não) e para comunicar posteriormente a ampliação da abordagem em toda a organização.

### Elemento 1: Estabelecer “equipes modelo” para demonstrar vitórias rápidas.

No início de sua jornada, os sistemas de saúde precisam estabelecer “equipes modelo” para trabalharem na abordagem de controle, planejamento e melhoria da qualidade juntos em um nível de microssistema, com foco na demonstração de resultados de “ganho rápido” (por exemplo, melhoria em uma área específica, redução de custos). A abordagem de gestão de valor contínua desenvolvida pelo IHI e *NHS Scotland* podem servir como um caminho para construir essas equipes de vanguarda.<sup>103</sup> Este método inclui um *huddle* semanal para revisar dados da qualidade, produtividade e custos, bem como trabalho de melhoria contínua (controle e melhoria da qualidade) vinculado a um pequeno conjunto de indicadores que se ligam

diretamente à estratégia organizacional (uma conexão para o planejamento da qualidade). A abordagem demonstrou economia potencial de custos de 10 a 15% por paciente em uma UTI cardíaca ou unidade respiratória por meio do aumento do volume de pacientes e da redução de gastos com medicamentos, suprimentos e colaboradores suplementares.

## **Elemento 2: Refinar a função da equipe do departamento da qualidade e dimensionar a função da MQ para oferecer o melhor suporte aos fluxos de trabalho de PQ e CQ.**

Conforme observado acima, os departamentos da qualidade desempenham muitas funções (treinamento, mentoria, facilitação, disseminação, aprendizagem), apoiando o trabalho da qualidade da organização em geral e ajudando a desenvolver as competências dentro da organização para atingir as metas estratégicas da qualidade. A equipe do departamento da qualidade pode servir efetivamente como especialistas técnicos para apoiar o trabalho de líderes seniores e outros, ao mesmo tempo que fortalece a capacidade da equipe e gerentes do ponto de atendimento para executar o sistema de gestão da qualidade e o trabalho de melhoria associado.

Os líderes operacionais precisam revisar a função e as responsabilidades da equipe da qualidade para identificar o equilíbrio certo entre as atividades de garantia da qualidade e o suporte para o próprio sistema de gestão da qualidade (por exemplo, apoiar os executivos no planejamento da qualidade, apoiar as equipes no CQ e MQ), e para garantir que uma abordagem de melhoria consistente é usada em toda a organização. A alocação sugerida da equipe da qualidade para apoiar a qualidade de todo o sistema versus o suporte para as necessidades do regulador e do pagador é de 70% (no mínimo) e 30%, respectivamente.

## **Elemento 3: Introduzir um planejamento da qualidade básico para colocar as necessidades do cliente imediatamente em primeiro plano.**

Desde o início de seus esforços para implementar uma abordagem QTS, os líderes executivos precisam trabalhar com uma equipe da qualidade e líderes de linha de frente no planejamento da qualidade, incluindo a definição das necessidades do cliente (usando métodos como grupos de discussão, pesquisas e segmentação), desenvolvendo uma estratégia para atender a essas necessidades e identificar indicadores associadas para medir o progresso. Comece revisando a estratégia organizacional. Revise-a para garantir que os domínios estratégicos sejam mutuamente exclusivos e abrangentes e desenvolva um conjunto relativamente pequeno de indicadores para cada domínio, usando dados desses indicadores para identificar áreas de melhoria e priorizar projetos de melhoria. Com o tempo, cada vez mais detalhes sobre as necessidades de vários grupos de clientes comunicam o planejamento da qualidade.

## **Elemento 4: Construir um esqueleto do sistema de escalonamento de problemas para apoiar o controle da qualidade de todo o sistema.**

Uma abordagem de nível de sistema para o escalonamento de problemas requer que encontros diários sejam implementados em várias camadas de gerenciamento (por exemplo, unidade, departamento, divisão, instalação, sistema) para apoiar duas funções principais: 1) riscos e eventos adversos são identificados diariamente e escalonados à atenção de gerentes e líderes para ação e resolução, e 2) os gerentes em todos os níveis são capazes de monitorar

regularmente as operações e garantir a implantação eficaz de recursos quando necessário (por exemplo, apoio adicional de enfermagem ou trabalho social). Sistemas de saúde como *Intermountain Healthcare* e *Cleveland Clinic* adotaram esses *huddles* escalonados nos vários níveis gerenciais, com indicadores associadas e rastreamento de problemas, como base para suas abordagens de QTS.

O controle da qualidade requer escalonamento de problemas, uma vez que os problemas que surgem podem nem sempre estar dentro do controle da equipe no nível da unidade para resolver; portanto, deve existir um sistema em funcionamento para escalar os problemas aos líderes quando necessário e para remover barreiras. Um processo escalonado nos vários níveis gerenciais também cria a expectativa de uma revisão regular do desempenho diário entre as equipes – a base para o controle da qualidade eficaz.

### **Elemento 5: Desenvolver um sistema de aprendizagem para garantir ligações fortes entre todas as atividades da qualidade (PQ, MQ e CQ).**

Todas as atividades de planejamento, melhoria e controle da qualidade precisam de um patrocinador de nível sênior (por exemplo, um executivo ou vice-presidente). O diretor da qualidade, por exemplo, pode patrocinar o fluxo de trabalho para otimizar a equipe do departamento da qualidade; o chefe de operações ou chefe de enfermagem podem patrocinar o fluxo de trabalho do escalonamento de problemas; o diretor financeiro ou diretor médico pode patrocinar as “equipes modelo”. Esses líderes seniores se reúnem regularmente com a equipe do departamento da qualidade, que continuamente colhe a aprendizagem de equipes individuais para garantir que as melhores práticas sejam compartilhadas e para apoiar a evolução contínua do sistema de aprendizagem em toda a organização.

A introdução do próprio sistema de aprendizagem provavelmente fará parte do plano da qualidade da organização nos primeiros anos e, assim, a revisão das operações do sistema de aprendizagem torna-se parte das reuniões regulares para revisar o progresso nas reuniões mensais de revisão da estratégia em cada nível de gestão. Na *Kaiser Permanente*, por exemplo, os consultores de melhoria da qualidade regionais e nas unidades de saúde desempenham um papel fundamental de “ligação” para garantir que a aprendizagem seja compartilhada em todo o sistema de saúde. No *East London NHS Foundation Trust*, os profissionais de MQ também servem para criar vínculos entre as equipes que apoiam um sistema de aprendizagem e usam uma única plataforma digital para rastrear as atividades de melhoria.

### **Elemento 6: Introduzir mentoria de liderança para esclarecer e reforçar a execução das normas, valores e comportamentos que apoiam a qualidade de todo o sistema.**

Conforme descrito no relatório branco, a transformação da QTS requer certos comportamentos a fim de alcançar uma cultura que atenda consistentemente às necessidades do cliente (ou seja, a definição de “qualidade”). O investimento em mentoria de liderança, incluindo valores organizacionais existentes, estado futuro desejado e comportamentos que apoiam os valores desejados (por exemplo, equipe de mentoria quando necessário, desenvolvimento de indicadores que se vinculam a valores, como indicadores de engajamento da equipe) pode ajudar neste sentido. A mentoria geralmente requer inicialmente o suporte de especialistas

externos, mudando para especialistas internos em melhoria da qualidade à medida que a organização avança, com os próprios executivos e gerentes, em última análise, tornando-se mentores da equipe em comportamentos que apoiam a qualidade de todo o sistema.

## Avaliação organizacional da qualidade de todo o sistema

Então, como você determina em que estágio sua organização está para implementar uma abordagem da QTS? As organizações devem começar com uma avaliação para ajudá-las a compreender seus pontos fortes e oportunidades em geral. A Tabela 5 descreve uma avaliação organizacional básica com exemplos. As organizações também podem buscar várias premiações de qualidade, conforme discutido no Apêndice A.

Dependendo de seus ativos atuais e de onde estão na implementação de uma abordagem da QTS, as organizações podem escolher se concentrar em certos elementos essenciais específicos, ao invés de todos os seis de uma vez. Por exemplo, uma organização com forte competência de melhoria e fortes vínculos entre o trabalho das equipes no ponto de atendimento e a estratégia de nível executivo (bem como a estratégia de nível executivo que é informada pelo trabalho e pelas necessidades das equipes no ponto de atendimento) podem selecionar para se concentrar no elemento 5 (o sistema de aprendizagem) e no elemento 1 (construção de “equipes modelo”), a fim de construir uma base mais forte para o controle da qualidade e aprendizagem contínua. Uma organização com um forte sistema de controle da qualidade pode buscar focar no elemento 3 (planejamento básico da qualidade) e no elemento 6 (mentoria de liderança) para estreitar a conexão e fortalecer o alinhamento entre o trabalho no local de atendimento e a estratégia de nível executivo.

**Tabela 5. Avaliação Organizacional: Estágios da Implementação da Qualidade de Todo o Sistema**

Estágio de Implementação QTS	Descrição	Esclarecimento de Apoio
Estágio 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A organização tem uma estratégia clara.</li> <li>• As prioridades da qualidade não estão integradas ou alinhadas com a estratégia organizacional</li> <li>• As atividades de CQ e MQ são conduzidas por líderes individuais (por exemplo, no nível da unidade) e/ou por inspeção e cumprimento dos requisitos de garantia da qualidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neste estágio, a organização tem vários projetos de melhoria da qualidade em andamento, mas esses projetos têm muitos focos diferentes, sem (ou limitada) conexão clara ou revisão por líderes seniores.</li> <li>• As organizações podem ter uma equipe dedicada ao departamento da qualidade, mas essa equipe se concentra na maior parte do tempo em atender às necessidades dos pagadores, reguladores e credenciadores, ao invés de apoiar equipes de ponto de atendimento e gerentes intermediários na mudança executiva.</li> </ul>

Estágio de Implementação QTS	Descrição	Esclarecimento de Apoio
Estágio 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A qualidade está articulada na estratégia e nos objetivos de toda a organização, mas não existem sistemas e processos para operacionalizar a qualidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os líderes monitoram a qualidade como parte de um painel de nível executivo, com trabalho de melhoria selecionado informando o painel, mas a organização carece de sistemas consistentes (por exemplo, <i>huddles</i> escalonados nos vários níveis gerenciais) para conduzir o CQ em toda a organização.</li> <li>• As atividades da qualidade são limitadas no tempo, não são considerados como parte do trabalho diário. Projetos de MQ frequentemente não conseguem sustentar resultados porque o trabalho padrão não é seguido ao longo do tempo e as atividades de CQ específicas não existem para monitorar o desempenho contínuo.</li> </ul>
Estágio 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A qualidade está integrada na estratégia organizacional, mas amplamente conquistada em silos em toda a organização</li> <li>• Os planos da qualidade refletem as metas da qualidade clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A organização inclui bolsões de excelência, dentro de certas divisões, departamentos ou unidades, tornando a qualidade parte de sua rotina de trabalho, mas a qualidade não acontece em escala no nível do sistema.</li> <li>• A qualidade é refletida nos planos estratégicos de toda a organização, mas é focada na qualidade clínica tradicional (por exemplo, quedas de paciente, infecções) sem atenção a muitos outros aspectos da qualidade (por exemplo, equidade, um foco mais profundo no cuidado centrado no paciente, atendendo às necessidades e expectativas do paciente).</li> </ul>
Estágio 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A missão, visão e valores da organização refletem sua definição de qualidade</li> <li>• A estratégia organizacional é uma estratégia orientada para a qualidade</li> <li>• Metas e prioridades da qualidade são claramente articuladas, comunicadas, dotadas de recursos, monitoradas e apoiadas em toda a organização</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A organização tem uma estratégia clara orientada para a qualidade que é bem compreendida por todos os colaboradores por meio de um trabalho de planejamento estratégico dedicado que envolve colaboradores em todos os níveis e torna seus <i>feedbacks</i> uma contribuição fundamental para a elaboração da estratégia. A qualidade está totalmente integrada à estratégia.</li> <li>• A equipe entende que qualidade é definida como “atender de forma consistente e confiável às necessidades do cliente”, ao invés de uma definição mais restrita que se concentra apenas na qualidade clínica,</li> </ul>

Estágio de Implementação QTS	Descrição	Esclarecimento de Apoio
	<ul style="list-style-type: none"> <li>A organização é capaz de demonstrar resultados em termos de qualidade, eficiência e custo, atrelados à qualidade de todo o seu sistema.</li> </ul>	<p>qualidade que só vem por meio de projetos de melhoria ou qualidade que é separada do trabalho diário.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Os colaboradores em todos os níveis entendem como seu trabalho diário impacta os objetivos estratégicos da organização e, por sua vez, tem implicações na qualidade, uma vez que a estratégia é focada na qualidade.</li> <li>Os colaboradores têm indicadores claros para monitorar o desempenho e o trabalho de melhoria, quando necessário, para fazer avançar esta estratégia continuamente.</li> <li>Os líderes veem seu trabalho como uma tradução da estratégia no nível de um departamento e unidade, ao mesmo tempo em que constroem continuamente a capacidade de todos os colaboradores para fazerem bem seu trabalho enquanto fazem mudanças, quando necessário, usando métodos de melhoria.</li> </ul>

## Conclusão

Nas últimas décadas, o movimento de segurança do paciente, a ascensão e influência dos sistemas regulatórios e de acreditação, gestão focada em valor e consumismo são amplamente creditados por estimularem a crescente importância para as organizações de saúde na implementação de um sistema de gestão da qualidade. Embora alguns sistemas de saúde tenham feito grande progresso na melhoria da qualidade, muitos continuam operando em um padrão de gestão reativa da qualidade, trabalhando continuamente para resolver os problemas causados pela baixa qualidade, ao invés de projetar sistemas para evitá-los completamente.

A abordagem da qualidade de todo o sistema oferece às organizações de saúde um mecanismo para incorporar a qualidade em seus empreendimentos. À medida que os sistemas de saúde buscam uma abordagem de qualidade de todo o sistema, eles instituirão a infraestrutura de gerenciamento e cultivarão as disciplinas de aprendizagem necessárias para uma abordagem mais holística, integrada e estratégica da qualidade — e, assim, atender de forma consistente e confiável às necessidades dos pacientes, populações e comunidades.



## Apêndice A: comparação das abordagens de gestão da qualidade

Enquanto vários modelos de gestão da qualidade (por exemplo, gestão da qualidade total, gestão Lean, *Training Within Industry*, organizações de alta confiabilidade) se assemelham a abordagem da qualidade de todo o sistema, a QTS visa integrar os melhores aspectos de cada um para construir uma abordagem comum. Muitos profissionais reconhecerão a combinação dos componentes PQ, CQ e MQ em toda a abordagem da qualidade do sistema como um todo como um “sistema de gestão da qualidade”.

A gestão da qualidade total (GQT), a abordagem historicamente dominante usada na área da saúde, é menos comumente usada hoje nos Estados Unidos, mas ainda tem proponentes na Europa.<sup>104</sup> A GQTestá mais fortemente enraizado no pensamento de Deming e enfatiza seus 14 pontos de gerenciamento como um roteiro para líderes.<sup>105</sup> As organizações que usam a abordagem GQT podem dedicar mais atenção ao desenvolvimento de gerentes e líderes que possam treinar sua equipe de acordo com esses princípios – por exemplo, focando em garantir que todos os colaboradores tenham pelo menos algum treinamento de melhoria e possam, assim, contribuir para a melhoria contínua na organização para alcançar a mais alta qualidade possível.

Muitos elementos do GQT aparecem no gerenciamento Lean, que é comumente usado nos cuidados de saúde hoje para gerenciar a qualidade.<sup>106</sup> Na realidade, o gerenciamento Lean e a GQT são semelhantes e compartilham influências intelectuais comuns (por exemplo, Deming, Juran, Toyoda, Ohno, Ishikawa, Shewhart). A gestão enxuta está enraizada no Sistema Toyota de Produção, com foco no trabalho padronizado em todos os níveis, organização por “fluxos de valor” para melhorar o fluxo e tornar o trabalho entregue a tempo ao cliente um motivador central e atenção contínua para construir capacidade de melhoria na equipe em todos os níveis. As organizações que implementam Lean e GQT usam muitas das mesmas ferramentas de diagnóstico para entender a natureza dos problemas do processo (por exemplo, análise de Pareto) e muitas das mesmas ferramentas de medição para entender a variação ao longo do tempo (por exemplo, gráficos de tendência, gráficos de controle).

*Training Within Industry* (TWI) – um conjunto de abordagens para construir e ensinar trabalho padrão, usado pela primeira vez nos EUA para remobilização da força de trabalho durante a Segunda Guerra Mundial<sup>107</sup> – também teve influência significativa na qualidade, embora com menos aplicação nos cuidados de saúde. Essa abordagem se concentra na construção de um trabalho padrão para simplificar os trabalhos, construindo uma base para o aprendizado científico constante e garantindo um treinamento rápido. Hoje, a abordagem TWI esta presente em muitas aplicações de gerenciamento Lean, especialmente o foco do TWI na construção de trabalho padrão.

Uma organização de alta confiabilidade na área de saúde coloca a segurança no centro, com foco na construção de uma cultura em que todos na organização entendam como seu trabalho contribui para um atendimento mais seguro ao paciente. Na prática, as abordagens de gerenciamento adotadas em organizações de alta confiabilidade (por exemplo, *huddles*,

trabalho padrão, medição rigorosa) são semelhantes às adotadas por organizações Lean, e muitas organizações hoje implementam ferramentas e práticas de ambas as abordagens.

Os vários métodos de gestão da qualidade (GQ) podem ter um foco diferente e usar conjuntos de ferramentas distintos, mas sobrepostos, mas eles ainda compartilham muitos recursos semelhantes:

- Foco no cliente como definidor da qualidade;
- Um conjunto de ferramentas para efetuar a melhoria contínua da qualidade no nível do sistema, com base no pensamento científico, comparando o desempenho real com o desempenho previsto e, em seguida, analisando as lacunas para comunicar a ação; e
- Alguma referência à necessidade de vincular a qualidade à demanda do cliente e, neste sentido, vincular as necessidades do cliente diretamente à estratégia.

## Quais abordagens são mais eficazes?

A literatura publicada mostra resultados mistos para a maioria dessas abordagens de gestão da qualidade. Por exemplo, avaliações de intervenções Lean nos cuidados de saúde encontram efeitos positivos gerais na qualidade, eficiência e envolvimento da equipe.<sup>108,109</sup> Estudos realizados em períodos mais longos mostram impactos positivos na qualidade e no custo, mas os analistas observam a baixa qualidade de muitos estudos.<sup>110</sup> No geral, mais estudos analisam o impacto das ferramentas Lean em vez da transformação Lean como uma abordagem de gestão unificadora. Organizações individuais que adotam o Lean como uma abordagem completa para a transformação de gestão e liderança notaram melhorias significativas. Por exemplo, após um período de perdas, o *Virginia Mason Health System* relatou margens positivas todos os anos desde a implementação do *Virginia Mason Production System* e recebeu o reconhecimento como um *Leapfrog Top Hospital* em vários anos.<sup>111</sup>

A literatura sobre gestão da qualidade total mostra impactos mistos semelhantes. Algumas pesquisas sugerem que as práticas essenciais para o sucesso da GQT (por exemplo, capacitação da equipe, foco de todo o sistema na melhoria da qualidade, foco no cliente) têm um efeito misto no desempenho total, com evidências mais fortes de impacto nos resultados clínicos do que no sistema como um todo para outros elementos de desempenho (por exemplo, eficiência, competitividade geral).<sup>112</sup> Os pesquisadores observam que os obstáculos para o sucesso usando a abordagem GQT incluem baixo envolvimento dos colaboradores, falta de apoio da liderança e treinamento inadequado. Eles citam o engajamento da liderança (não apenas o suporte passivo) e a transição de um estilo de gestão de cima para baixo para uma abordagem mais colaborativa com gerentes e colaboradores como cruciais para o sucesso de longo prazo.<sup>113,114</sup>

Da mesma forma, as revisões do modelo de organização de alta confiabilidade (OAC) descobriram que a qualidade geral da evidência é baixa, mas também encontraram impacto positivo nos indicadores de processos (por exemplo, relatório de indicadores de segurança) e indicadores de resultado (por exemplo, total de eventos adversos graves) com esta abordagem.<sup>115</sup>

Em geral, a eficácia das várias abordagens de Gestão da Qualidade nos cuidados de saúde não foi estudada com um alto nível de rigor, talvez porque os sistemas de saúde as adotam para tratar de problemas práticos, muitas vezes sem relacionamento com avaliadores formais. Cada método tem benefícios previsíveis com base em seu foco relativo (por exemplo, segurança, redução de resíduos, qualidade orientada para o funcionário).

Por estas e outras razões o IHI não defende usar uma abordagem única, mas sim incorporar os melhores e mais comuns aspectos de cada um desses métodos de gestão da qualidade para oferecer a abordagem da qualidade de todo o sistema como uma estrutura unificadora. A qualidade de todo o sistema abrange muitos dos princípios culturais adotados por organizações GQT, as práticas de gestão adotadas pelas organizações Lean, e o foco na redução de defeitos e na ligação entre cultura e segurança avançada em OACs.

## Prêmios de qualidade e acreditação

Vários prêmios e programas de acreditação reconhecem as organizações por seus esforços de qualidade, incluindo o *Malcolm Baldrige National Quality Award*, o *Deming Prize*, o *Shingo Prize*, a certificação ISO 9001 e a certificação *The Joint Commission's High-Reliability Organization*.

Todos esses prêmios e certificações têm em comum a articulação de um conjunto de padrões em vários domínios da qualidade e podem servir como roteiros úteis para as organizações que se esforçam em compreender seu nível de sucesso em vários elementos da qualidade.

No entanto, alertamos que essas formas de reconhecimento não devem ser confundidas com a abordagem de gestão em si. Buscar esse reconhecimento pode consumir muito tempo para as organizações de saúde, desviando o tempo de atividades vitais, como desenvolver a competências da equipe, instituir sistemas de medição e gerenciamento relevantes e melhorar processos e trabalho.<sup>116</sup> Dito isso, as organizações que patrocinam esses sistemas de reconhecimento colhem uma rica aprendizagem sobre a jornada da qualidade e a maioria oferece exemplos de melhores práticas com o qual outras organizações podem aprender.

## Referências

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. (Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
2. Kronick R, Arnold S, Brady J. Improving safety for hospitalized patients: Much progress but many challenges remain. *JAMA*. 2016;316(5):489-490.
3. Ofri D. *When We Do Harm: A Doctor Confronts Medical Error*. Beacon Press; 2020.
4. Berwick D. Despite progress, we're still waiting for a truly safer healthcare system. *Modern Healthcare*. November 19, 2019. <https://www.modernhealthcare.com/opinion-editorial/despite-progress-were-still-waiting-truly-safer-healthcare-system>
5. Denning S. Quality management gets strategic and discovers (gasp!) the customer. *Forbes*. February 28, 2012. <https://www.forbes.com/sites/stevedenning/2011/04/13/quality-management-gets-strategic-and-discovers-gasp-the-customer/>
6. Gitlow HS, Gitlow SJ. *The Deming Guide to Quality and Competitive Position*. Prentice-Hall; 1987.
7. Crosby PB. *Quality Is Free: The Art of Making Quality Certain*. McGraw-Hill; 1979.
8. Juran J, Godfrey AB. *Juran's Quality Handbook (5th edition)*. New York: McGraw Hill; 1999.
9. Ness D, Lansky D, Gilfillan R, Soistman F, Cohen J. How person-centered is your health care organization? *Health Affairs Blog*. August 30, 2016. <https://www.healthaffairs.org/do/10.1377/hblog20160830.056139/full/>
10. Lukas CV, Holmes SK, Cohen AB, Restuccia J, Cramer IE, Shwartz M, Charns MP. Transformational change in health care systems: An organizational model. *Health Care Management Review*. 2007;32(4):309-320.
11. Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Schultz A. Transforming health care from the inside out: Advancing evidence-based practice in the 21st century. *Journal of Professional Nursing*, 2005;21(6):335-344.
12. Porter ME, Teisberg EO. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business Press; 2006.
13. Erickson SM, Outland B, Joy S, Rockwern B, Serchen J, Mire RD, Goldman JM. Envisioning a better US health care system for all: Health care delivery and payment system reforms. *Annals of Internal Medicine*. 2020;172(2\_Supplement):S33-S49.
14. Hernández-Cancio S, Albritton E, Fishman E. Advancing a health system transformation agenda focused on achieving health equity. *Health Affairs Blog*. July 23, 2018. <https://www.healthaffairs.org/do/10.1377/hblog20180718.799221/full/>

15. Olsen LA, Aisner D, McGinnis JM (eds). Institute of Medicine Roundtable on Evidence-Based Medicine. *The Learning Healthcare System. Workshop Summary*. Washington, DC: National Academies Press; 2007.
16. Etheredge LM. A rapid-learning health system. *Health Affairs (Millwood)*. 2007;26(2):w107-w118.
17. Nonaka I. A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization Science*. 1994;5(1):14-37.
18. Grant RM. Toward a knowledge-based theory of the firm. *Strategic Management Journal*. 1996;17(S2):109-122.
19. Wenger E. *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge University Press; 1999.
20. Hamel G, Prahalad CK. *Competing for the Future*. Harvard Business Press; 1996.
21. Argyris C. *Overcoming Organizational Defenses: Facilitating Organizational Learning*. Allyn & Bacon; 1990.
22. Senge PM. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. Currency; 2006.
23. Nembhard IM, Burns LR, Shortell SM. Responding to COVID-19: Lessons from management research. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*. 2020;1(2).
24. Mossa-Basha M, Medverd J, Linnau K, et al. Policies and guidelines for COVID-19 preparedness: Experiences from the University of Washington. *Radiology*. 2020 Aug;296(2):E26-E31.
25. Griffin KM, Karas MG, Ivascu NS, Lief L. Hospital preparedness for COVID-19: A practical guide from a critical care perspective. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2020 Jun 1;201(11):1337-1344.
26. Dixit RA, Hurst S, Adams KT, et al. Rapid development of visualization dashboards to enhance situation awareness of COVID-19 telehealth initiatives at a multi-hospital healthcare system. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2020 Jul 1;27(9):1456-1461.
27. Nembhard IM, Burns LR, Shortell SM. Responding to COVID-19: Lessons from management research. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*. 2020;1(2).
28. Brouillette M. Hospitals experiment with COVID-19 treatments, balancing hope and evidence. *Scientific American*. June 29, 2020. <https://www.scientificamerican.com/article/hospitals-experiment-with-covid-19-treatments-balancing-hope-and-evidence/>
29. Hartmann MRK, Hartmann RK. Frontline innovation in times of crisis: Learning from the coronavirus pandemic. *Policing: A Journal of Policy and Practice*. 2020 Dec;14(4):1092-1103.
30. Shah A, Pereira P, Tuma P. Quality improvement at times of crisis. *BMJ*. 2021;373:n928. doi:10.1136/bmj.n928.

31. Juran JM, Godfrey AB. *Juran's Quality Handbook (5th edition)*. New York: McGraw Hill; 1999.
32. Shah A. How to move beyond quality improvement projects. *BMJ*. 2020 Jul 27;370:m2319. doi: 10.1136/bmj.m2319.
33. Edmondson AC. *The Fearless Organization: Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth*. John Wiley & Sons; 2018.
34. Senge PM. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. Currency; 2006.
35. Odor HO. A literature review on organizational learning and learning organizations. *International Journal of Economics and Management Sciences*. 2018;7(1):1-6.
36. Drucker PF. The discipline of innovation. *Harvard Business Review*. 2002;80:95-104.
37. Senge PM. Learn to innovate. *Executive Excellence*. 2004;21(6):3-4.
38. Nembhard IM, Burns LR, Shortell SM. Responding to COVID-19: Lessons from management research. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*. 2020;1(2).
39. Senge PM. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. Currency; 2006.
40. Senge PM. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. Currency; 2006.
41. Senge PM. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. Currency; 2006.
42. Juran JM, Godfrey AB. *Juran's Quality Handbook (5th edition)*. New York: McGraw Hill; 1999.
43. Kohli AK, Jaworski BJ. Market orientation: The construct, research propositions, and managerial implications. *Journal of Marketing*. 1990;54(2):1-18.
44. Zolfagharian MA, Cortes A. Linking market orientation to strategy through segmentation complexity. *J Bus Econ Res*. 2010;8(9).
45. Mirvis P, Googins B, Kinnicutt S. Vision, mission, values: Guideposts to sustainability. *Organization Dynamics*. 2010;39, 316-324. doi:10.1016/j.orgdyn.2010.07.006
46. Senge PM. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. Currency; 2006.
47. Caramanica L, Cousino JA, Petersen S. Four elements of a successful quality program: Alignment, collaboration, evidence-based practice, and excellence. *Nurs Adm Q*. 2003;27(4):336-343.
48. Launch of the ELFT Strategy. East London NHS Foundation Trust. April 28, 2018. <https://www.elft.nhs.uk/News/Launch-of-the-ELFT-strategy->
49. *Quality Strategy: 2017–2020*. Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust. <https://www.sth.nhs.uk/clientfiles/File/Quality%20Strategy%202017-2020.pdf>
50. *Annual Review: 2017–18*. Western Sussex Hospitals NHS Foundation Trust.



51. Jones B, Horton T, Warburton W. *The improvement journey: Why organisation-wide improvement in health care matters, and how to get started*. London, UK: The Health Foundation; 2019.
52. Tennant C, Roberts P. Hoshin Kanri: Implementing the catchball process. *Long Range Planning*. 2001;34(3):287-308.
53. Jolayemi JK. Hoshin Kanri and Hoshin process: A review and literature survey. *Total Qual Manag*. 2008;19(3):295-320.
54. Eckerson WW. *Performance Management Strategies: How to Create and Deploy Effective Measures*. First quarter 2009. TDWI Best Practices Report; 2009.
55. Winner LE, Burroughs TJ, Cady-Reh JA, et al. Use of cascading A3s to drive systemwide improvement. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2017;43(8):422-428.
56. Shah A. "Enjoying Work Takes Work." Institute for Healthcare Improvement Blog. May 12, 2021. <http://www.ihl.org/communities/blogs/enjoying-work-takes-work>
57. Brege H, Kindström D. Exploring proactive market strategies. 2019. doi:10.1016/j.indmarman.2019.05.005
58. Scoville R, Little K, Rakover J, Luther K, Mate K. *Sustaining Improvement*. IHI White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2016. <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Sustaining-Improvement.aspx>
59. Shah A. How to move beyond quality improvement projects. *BMJ*. 2020;370:m2319. doi:10.1136/bmj.m2319.
60. Beaudry ML, Bialek R, Moran JW Jr. Using quality improvement tools and methods throughout the accreditation lifecycle. *Journal of Public Health Management and Practice*. 2014 Jan-Feb;20(1):49-51.
61. High Reliability Health Care Maturity Model. Joint Commission Center for Transforming Health Care. <https://www.centerfortransforminghealthcare.org/en/high-reliability-in-health-care/>
62. Panagioti M, Khan K, Keers RN, et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2019;366:l4185.
63. Scoville R, Little K, Rakover J, Luther K, Mate K. *Sustaining Improvement*. IHI White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2016.
64. TWI Training and Coaching. TWI Institute. <https://www.twi-institute.com/twi-training/>
65. Huddles. Institute for Healthcare Improvement. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Huddles.aspx>
66. Visual Management Board. Institute for Healthcare Improvement. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Visual-Management-Board.aspx>

67. Visual Management Board Component Kit. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/hai/tools/ambulatory-surgery/sections/sustainability/management/visual-comp-kit.html>
68. Schilling L, Chase A, Kehrl S, Liu A, Stiefel M, Brentari R. Kaiser Permanente's performance improvement system, part 1: From benchmarking to executing on strategic priorities. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2010;36(11):484-498.
69. Franklin BJ, Gandhi TK, Bates DW, et al. Impact of multidisciplinary team huddles on patient safety: A systematic review and proposed taxonomy. *BMJ Quality and Safety*. 2020 Oct;29(10):1-2.
70. Rakover J, Little K, Scoville R, Holder B. Implementing daily management systems to support sustained quality improvement in ambulatory surgery centers. *AORN Journal*. 2020 Apr;111(4):415-422.
71. The Baptist Health Lean Management System. Baptist Health. <http://stxhfma.org/wp-content/uploads/2015/05/160404-Heather-Anderson.pdf>
72. Deblois S, Lepanto L. Lean and Six Sigma in acute care: A systematic review of reviews. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2016;29(2):192-208.
73. Kurpjuweit S, Reinerth D, Schmidt C, Wagner S. Implementing visual management for continuous improvement: Barriers, success factors and best practices. *International Journal of Production Research*. 2018;57(3):1-15.
74. Hoeft S, Pryor R. The power of ideas to transform healthcare: Engaging staff by building daily lean management systems. CRC Press; 2016.
75. Tucker AL, Singer SJ. *The Effectiveness of Management-by-Walking-Around: A Randomized Field Study*. Working Paper 12-113. Harvard Business School; 2013.
76. Barve K, Kruer R. Using daily management and visual boards to improve key indicators and staff engagement. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*. May 2018.
77. Berwick DM. Controlling variation in health care: A consultation from Walter Shewhart. *Medical Care*. 1991 Dec;29(12):1212-1225.
78. How to Improve. Institute for Healthcare Improvement. <http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx>
79. The Define, Measure, Analyze, Improve, Control (DMAIC) Process. American Society for Quality. <https://asq.org/quality-resources/dmaic>
80. Schilling L, Chase A, Kehrl S, Liu A, Stiefel M, Brentari R. Kaiser Permanente's performance improvement system, part 1: From benchmarking to executing on strategic priorities. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2010;36(11):484-498.

81. Gerrein B, Williams CE, von Allmen, D. Establishing a portfolio of quality-improvement projects in pediatric surgery through advanced improvement leadership systems. *The Permanente Journal*. 2013;17(4):41-46.
82. Kabcenell K, Luther K, McMullan C, et al. *Better Quality Departments at Half the Cost*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement Innovation Report; 2014.
83. Rondeau KV, Birdi N. The role and function of quality assurance officers in Ontario hospitals. *Quality Assurance Journal*. 2005;9:179-185.
84. Alteras T, Meyer J, Silow-Carroll S. *Hospital Quality Improvement: Strategies and Lessons from US Hospitals*. The Commonwealth Fund; April 2007.
85. Kostal G, Shah A. Putting improvement in everyone's hands: Opening up healthcare improvement by simplifying, supporting and refocusing on core purpose. *British Journal of Healthcare Management*. 2021;27(2):1-6.
86. Schilling L, Chase A, Kehrl S, Liu A, Stiefel M, Brentari R. Kaiser Permanente's performance improvement system, part 1: From benchmarking to executing on strategic priorities. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2010;36(11):484-498.
87. Schilling L, Dearing JD, Staley P, Harvey P, Fahey L, Kuruppu F. Kaiser Permanente's performance improvement system, part 4: Creating a learning organization. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2011 Dec;37(12):532-543.
88. Mathews S, Demski R, Hooper J, et al. A model for the departmental quality management infrastructure within an academic health system. *Academic Medicine*. 2017 May;92(5):608-613.
89. Lloyd R. Building improvement capacity and capability. *Healthcare Executive*. 2018 May;33(3):68-71.
90. W. Edwards Deming called attention to this systems feature as "knowledge management" (one component of Deming's Theory of Profound Knowledge).
91. Mathews S, Demski R, Hooper J, et al. A model for the departmental quality management infrastructure within an academic health system. *Academic Medicine*. 2017 May;92(5):608-613.
92. *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*. IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2003. <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/TheBreakthroughSeriesIHICollaborativeModelforAchievingBreakthroughImprovement.aspx>
93. Schilling L, Dearing JD, Staley P, Harvey P, Fahey L, Kuruppu F. Kaiser Permanente's performance improvement system, part 4: Creating a learning organization. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2011 Dec;37(12):532-543.
94. Schilling L, Dearing JD, Staley P, Harvey P, Fahey L, Kuruppu F. Kaiser Permanente's performance improvement system, part 4: Creating a learning organization. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2011 Dec;37(12):532-543.

95. Schilling L, Chase A, Kehrl S, Liu A, Stiefel M, Brentari R. Kaiser Permanente's performance improvement system, part 1: From benchmarking to executing on strategic priorities. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2010;36(11):484-498.
96. Nolan TW. *Execution of Strategic Improvement Initiatives to Produce System-Level Results*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2007. <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/ExecutionofStrategicImprovementInitiativesWhitePaper.aspx>
97. Lancaster J, Adams E. *The Work of Management: A Daily Path to Sustainable Improvement*. Lean Enterprise Institute; 2017.
98. Kostal G, Shah A. Putting improvement in everyone's hands: Opening up healthcare improvement by simplifying, supporting and refocusing on core purpose. *British Journal of Healthcare Management*. 2021;27(2):1-6.
99. van Schoten S, de Blok C, Spreeuwenberg P, Groenewegen P, Wagner C. The EFQM Model as a framework for total quality management in healthcare: Results of a longitudinal quantitative study. *International Journal of Operations and Production Management*. 2016;36(8):901-922.
100. Schilling L, Chase A, Kehrl S, Liu A, Stiefel M, Brentari R. Kaiser Permanente's performance improvement system, part 1: From benchmarking to executing on strategic priorities. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2010;36(11):484-498.
101. Kotter J. *Leading Change*. Harvard Business School Press; 1996.
102. Kotter J. Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*. May-June 1995.
103. Mate K, Rakover J, Cordiner K, Noble A, Hassan N. Novel quality improvement method to reduce cost while improving the quality of patient care: Retrospective observational study. *BMJ Quality & Safety*. 2020;29(7):586-594.
104. van Schoten S, de Blok C, Spreeuwenberg P, Groenewegen P, Wagner C. The EFQM Model as a framework for total quality management in healthcare: Results of a longitudinal quantitative study. *International Journal of Operations and Production Management*. 2016;36(8):901-922.
105. Dr. Deming's 14 Points for Management. The W. Edwards Deming Institute. <https://deming.org/explore/fourteen-points>
106. Sideras J. TQM is alive but not as we know it: The use of a novel TQM model in a private healthcare company. In: Kounis LD. *Quality Management Systems: A Selective Presentation of Case-studies Showcasing Its Evolution*. IntechOpen; 2017.
107. What Is Training Within Industry? TWI Institute. <https://www.twi-institute.com/training-within-industry/>

108. Deblois S, Lepanto L. Lean and Six Sigma in acute care: A systematic review of reviews. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2016;29(2):192-208.
109. Shortell S, Blodgett J, Rundall T, Henke R, Reponen E. Lean management and hospital performance: Adoption vs. implementation. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2021;47(5):296-305.
110. Po J, Rundall T, Shortell S, Blodgett J. Lean management and US public hospital performance: Results from a national survey. *Journal of Healthcare Management*. 2019;64(6):363-379.
111. Lean Health Care Interview with Virginia Mason Medical Center. Shinka Management. <https://shinkamanagement.com/lean-health-care-interview-virginia-mason/>
112. Carman JM, Shortell SM, Foster RW, Hughes EFX, Boerstler H, O'Brien JL, O'Connor EJ. Keys for successful implementation of total quality management in hospitals. *Health Care Management Review*. 2010 Oct;35(4):283-293.
113. Mosadeghrad AM. Essentials of total quality management: A meta-analysis. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2014;27(6):544-558.
114. Asif M, Joost de Bruijn E, Douglas A, Fisscher OAM. Why quality management programs fail: A strategic and operations management perspective. *International Journal of Quality and Reliability Management*. 2009;26(8):778-794.
115. Veazie S, Peterson K, Bourne D. *Evidence Brief: Implementation of High Reliability Organization Principles*. VA ESP Project #09-199. Washington, DC: Evidence Synthesis Program, Health Services Research and Development Service, Office of Research and Development, Department of Veterans Affairs; 2019.
116. Shirks A, Weeks W, Stein A. Baldrige-based quality awards: Veterans Health Administration's 3-year experience. *Quality Management in Health Care*. 2002;10(3):47-54.