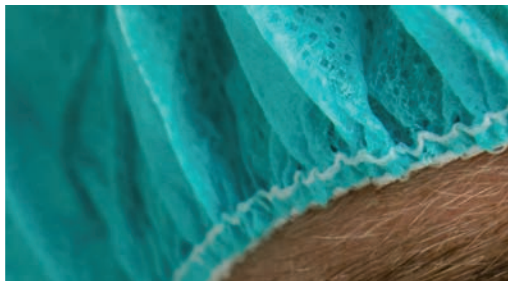


Melhoria da Performance Hospitalar

Aprendendo com os Hospitais de Alta Performance



Estudo de Caso
Veteranos de Guerra
(Nova Inglaterra, EUA)

Em cooperação com:

ATKearney

Publicação original em Inglês

Baker GR, MacIntosh-Murray A, Porcellato C, Dionne L, Stelmacovich K, Born (2008). High Performing Healthcare Systems: Delivering quality by design. Toronto, ON: Longwoods Publishing.

Citation Information

Baker, G.R., A. MacIntosh-Murray, C. Porcellato, L. Dionne, K. Stelmacovich and K. Born. 2008. "Veterans Affairs New England Healthcare System (Veterans Integrated Service Network 1)." High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design. 71-114. Toronto: Longwoods Publishing.

Autores:

R. Ross Baker, Phd¹
Anu MacIntosh-Murray, Phd
Christina Porcellato, MHSc
Lynn Dionne, MHSc
Kim Stelmacovich, MHSc
Karen Bor, Msc

Tradutores:

Amanda Schmitt
Fábio Ludwig

Supervisão:

Augusto Buchweitz

Consultoria técnica e revisão da tradução

Joaquim Cardoso
joaquim.cardoso@atkearney.com

1. Professor da Universidade de Toronto no Canadá, do Instituto de Políticas de Saúde, Gestão e Avaliação. Juntamente com o Prof. Peter Norton, da Universidade de Calgary, liderou o clássico estudo sobre "Eventos Adversos no Canadá", publicado pela Canadian Medical Association Journal, em 2004.

PREFÁCIO:

A parceria entre a ANAHP e a Consultoria A.T. KEARNEY

Firmamos uma parceria com a consultoria de gestão estratégica A.T. Kearney na divulgação da publicação intitulada “Melhoria da Performance Hospitalar – Aprendendo com os Hospitais de Alta Performance”.

A publicação, que será distribuída na forma de capítulos com periodicidade mensal, tem como proposta a investigação de Hospitais de Alta Performance ao redor do mundo e a identificação das práticas de melhoria da performance adotadas por esses hospitais.

Muitas dos princípios mencionados nesta publicação já são utilizados pelos hospitais membros da Anahp.

Os hospitais estudados no livro e suas práticas de melhoria contínua da performance poderão inspirar algumas das nossas atividades ou ainda suscitar discussão a respeito do que temos feito. Alguns pontos abordados no livro merecem destaque, são eles:

- O papel fundamental da liderança no alinhamento das atividades das organizações;
- O posicionamento estratégico da melhoria contínua da qualidade e da gestão de processos;
- O uso da tecnologia da informação como uma plataforma para apoiar as melhorias;
- O desenvolvimento de capacidades e habilidades da equipe para apoiar a melhoria da performance, dentro de um conceito de aprendizagem e melhoria contínua;
- O desenvolvimento de uma cultura que apoia o trabalho em equipes multidisciplinares, e o engajamento do paciente;
- A coordenação da assistência, promovendo transições entre as unidades e os serviços com segurança para o paciente.

Boa leitura!

Atenciosamente,

Francisco Balestrin

Presidente do Conselho da Anahp

Apresentação da edição em português

Esta publicação faz parte de uma série de estudos de caso sobre Hospitais de Alta Performance, cujo objetivo do projeto foi investigar um pequeno número de sistemas, a fim de examinar as estratégias de liderança, os processos organizacionais e os investimentos feitos na criação e manutenção das melhorias na assistência à saúde. O trabalho foi liderado pelo professor G. Ross Baker, da Universidade de Toronto (Canadá), e apoiado pelo Ministério da Saúde e de Cuidados de Longa Duração de Ontário. A publicação em português teve a cooperação da A.T. Kearney.

Identificar tais Sistemas de Saúde de Alta Performance e entender as estratégias empregadas e investimentos feitos é mais que uma questão acadêmica. As práticas que esses sistemas de saúde empregam podem fomentar o desenvolvimento de estratégias e guiar a alocação de recursos em sistemas que buscam melhorar seu desempenho.

A identificação de melhorias nas atuais estruturas de prestação de serviços de assistência e a transferência de abordagens dos Hospitais de Alta Performance para as organizações de assistência locais ajudarão a difundir uma assistência mais confiável e com melhor custo.

Apesar de vários exemplos de êxito em nível local existirem, eles são, frequentemente, “ilhas de excelência em um mar de mediocridade” (Rogers e Bevan, 2002) ao invés de resultados de abordagens consistentes de uma prática bem-sucedida.

Hospitais de Alta Performance são aqueles que criaram modelos e sistemas eficazes para melhorar uma assistência que seja aplicável em diferentes contextos e sustentável ao longo do tempo .

O objetivo da A.T. Kearney com a publicação destes estudos é promover a discussão sobre a Excelência em Gestão da Saúde e contribuir para a melhoria do Sistema de Saúde no Brasil, da mesma forma que a A.T. Kearney já tem feito com outros Sistemas de Saúde ao redor do mundo.



Silvana Machado,
partner, São Paulo
silvana.machado@atkearney.com



Ilnoth Rueda,
partner, São Paulo
ilnoth.rueda@atkearney.com



João Carapeto,
diretor, São Paulo
joao.carapeto@atkearney.com

Editor da edição em português



Joaquim Cardoso,
especialista em gestão da saúde,
São Paulo
joaquim.cardoso@atkearney.com

Sistema de Assistência à Saúde dos Veteranos de Guerra

(Nova Inglaterra, EUA)



A transformação da Administração de Saúde dos Veteranos parece ter resultado em melhorias dramáticas na qualidade da assistência prestada aos veteranos de guerra. Muitos dos princípios adotados pelo Departamento de Assuntos de Veteranos nos seus projetos de melhoria de qualidade – incluindo a ênfase ao uso de tecnologias da informação, avaliação e relatórios de desempenho, políticas de realinhamento de pagamentos e integração dos serviços para alcançar cuidados eficazes, a tempo suficiente, e de alta qualidade – foram recentemente recomendados pelo Instituto de Medicina para o sistema de saúde como um todo.

(Jha et al. 2003: 2226) (vide anexo 1)

No ano de 1995, a Administração de Saúde dos Veteranos (Veterans Health Administration, ou VHA) começou o processo radical de transformação a que Jha et al. se referem acima.

O que se pode aprender com a experiência da VHA de se tornar um sistema de assistência à saúde de alta performance? Como os processos que passaram por reengenharia e como os esforços de melhoria funcionam em níveis regionais e locais?

partamento de Assuntos dos Veteranos em White River Junction, Vermont. Em cada local a equipe entrevistou e se encontrou com dirigentes administrativos e da área clínica, dirigentes e membros de equipes de melhoria, assim como funcionários trabalhando em iniciativas de melhorias. Esse estudo de caso ressalta as descobertas feitas nas visitas aos locais.

A Rede 1 (REDE 1 DO SERVIÇO INTEGRADO) E SEU AMBIENTE

A Rede 1 é uma das 21 Redes de Serviço Integrado de Veteranos (VISNs) espalhadas pelos Estados Unidos que proporcionam serviços de saúde aos veteranos de guerra americanos. A Rede 1 atende mais de 237 mil dos 1.2 milhão de veteranos dos seis estados da Nova Inglaterra (Figura 1) através de sua rede de 8 centros médicos,

mais de 35 clínicas comunitárias ambulatoriais (CBOCs), 6 casas de repouso e 4 residências (para veteranos desabrigados e para tratamento e reabilitação de veteranos que necessitam de cuidados). A Rede 1 conta com 1.895 leitos, absorvendo mais de 23 mil admissões hospitalares, assim como 2,4 milhões de atendimentos ambulatoriais por ano (US Department of Veterans Affairs 2007a). (Ver glossário de abreviações na Tabela 1, e Quadro 1 para resumo do perfil da organização).

A missão do VA e os serviços prestados

A missão da Administração de Saúde dos Veteranos – “Honrar os veteranos de guerra da América proporcionando serviços de saúde excelentes para melhorar sua saúde e bem-estar” – abrange assistência

ao paciente, treinamento dos provedores de serviços de saúde, pesquisa e apoio a serviços de resposta a desastres (US Department of Veterans Affairs 2007b). Esta é uma população especial de pacientes que evoca valores fortes quando membros da equipe descrevem seu trabalho; eles consideram o cuidado pelos veteranos uma missão nobre (VA Medical Center White River Junction 2007). Como mencionado pelo médico chefe da Rede 1, “Veteranos são pacientes maravilhosos, tendo paciência com o ensino e com os residentes.”

Satisfação dos pacientes

A estima dos membros da equipe pelos pacientes encontra reciprocidade. Pesquisas feitas com pacientes apresentam altos níveis de satisfação com a qualidade de atendimento em geral. Em uma pesqui-

Tabela 1

Abreviaturas utilizadas nesse estudo de caso

ACA	Advanced clinic access	Acesso Ambulatorial Avançado
CBOC	Community-based out-patient clinic	Ambulatórios Clínicos Comunitários
CECS	Center for the Evaluative Clinical Sciences, Dartmouth Medical School	Centro de Ciências Clínicas Avaliativas, Faculdade de Medicina de Dartmouth
CPG	Clinical practice guideline	Diretriz de Prática Clínica
ED	Emergency department	Departamento de Emergência
EPRP	External peer review program	Programa de Avaliação Externo por Pares
IHI	Institute for Healthcare Improvement	Instituto para Melhoria da Assistência à Saúde
NCPF	National Center for Patient Safety	Centro Nacional para Segurança do Paciente
NQSFP	National Quality Scholars Fellowship Program	Programa Nacional de Bolsa de Estudos da Qualidade
PDCA	Plan-Do-Check-Act	Ciclo PDCA
QI	Quality improvement	Melhoria de Qualidade
QMO	Quality management officer	Diretor de Gestão de Qualidade
RCA	Root cause analysis	Análise de Causa Raiz
VA	Veterans Affairs	Departamento de Assuntos dos Veteranos
VAMC	Veterans Administration Medical Center	Centro Médico de Administração dos Veteranos
VHA	Veterans Health Administration	Administração de Saúde dos Veteranos – Rede 1 (VISN 1)
VISN	Veterans Integrated Service Network	Rede de Serviços Integrada dos Veteranos – Rede 1 (VISN 1)
WRJ	White River Junction	White River Junction – Rede 1 (VISN 1)

sa realizada em 2006, 83,6% dos pacientes com assistência ambulatorial e 81,1% dos pacientes com assistência hospitalar avaliaram a qualidade geral do atendimento como “muito boa” ou “excelente” (VA New England Healthcare System 2006a).

Os veteranos apresentam um conjunto de necessidades e circunstâncias desafiadoras. “Nós realmente cuidamos dos pobres”, disse o diretor da rede da Rede 1. O salário médio dos veteranos é mais baixo que o dos civis fora do VA e o de militares. Cerca de 35% a 40% dos desabrigados nos Estados Unidos são veteranos, consequentemente, o sistema de assistência à saúde do Departamento dos Veteranos frequentemente serve como uma rede de segurança social para essas pessoas (Kizer et al. 2000). O modo como essa rede de segurança é financiada e que tipos de assistência são cobertos são questões um tanto complicadas e que têm variado com o passar dos anos.

Serviços prestados, modelo de financiamento e gestão de benefícios

O sistema de Reembolso Equitativo de Gastos de Veteranos (Veterans Equitable Reimbursement Allocation, ou VERA) distribui assistência de financiamento a VISNs para diferentes categorias de paciente. Como prioridade, todas as condições advindas de serviço e combate militar estão cobertas, assim como a assistência a outros veteranos alistados. Se o veterano tem seguro privado, o VHA pode cobrar da seguradora (mas não dos sistemas Medicare/Medicaid, que são financiados pelo governo) pela assistência prestada por condições não relacionadas ao serviço militar. No passado, nem

Quadro 2

Resultados da Transformação do VHA (casos selecionados)¹

Encaminhamento para ambulatórios, e atenção primária	<ul style="list-style-type: none"> • Redução de 32% no número de internações/ano • Aumento de 45% no número de atendimentos do ambulatório • Aumento de 35% para 70% no número de cirurgias ambulatoriais • Redução de 60% do número de leitos
Conveniência e acesso ao serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Mais de 300 ambulatórios clínicos comunitários foram abertos • Serviço de apoio a assistência à saúde por telefone implantado em todos os hospitais
Eficiência operacional	<ul style="list-style-type: none"> • Redução de 14% do número de funcionários (FTE's) • Aumento de 25% do número de pacientes atendidos/ano
Satisfação dos pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de 15% no índice de satisfação dos pacientes (pesquisa do VHA) • Aumento de 33 % para 72% no rastreamento do câncer colorretal • Aumento de 70% para 95% no monitoramento do índice de colesterol (para doenças do coração)

1. Quadro resumo adicionado na edição Brasileira
Fonte: Análise A.T. Kearney

todas cobranças potenciais eram cobradas; portanto, os centros implantaram iniciativas para simplificar seus processos de cobrança a fim de aumentar a receita advinda de cobrança de terceiros.

Uma parcela da população de veteranos prefere buscar assistência médica fora do VHA. No entanto, essas pessoas ainda podem aproveitar o sistema de acesso a medicamentos. As VISNs são responsáveis por controlar os cuidados e os resultados destes “pacientes em co-gestão”. Consequentemente, médicos do VA são responsáveis por coletar informações sobre tais cuidados, e esses dados então são inseridos nos registros eletrônicos de saúde do VHA.

UMA MUDANÇA PROFUNDA: MELHORIAS EM UM SISTEMA INTEGRADO

A transformação da assistência hospitalar para a assistência à saúde, com foco na rede primária

As VISNs foram estabelecidas em meados dos anos 90 pelo então Sub-secretário Kenneth Kizer, arquiteto da grande reestruturação do VHA (Kizer 1995, 1996). O VHA sofreu “uma mudança profunda”, passando de sistema de assistência hospitalar a sistema de assistência à saúde (médico-chefe do Rede 1). Em outras palavras, o VHA se transformou de um modelo muito perspicaz (voltado à as-

Quadro 3

Principais melhorias implementadas

I. Gestão Política	III. Gestão por Linhas de Serviço
<p>Motivação</p> <ul style="list-style-type: none">Vários eventos e tendências externas ameaçavam a viabilidade futura do VHA <p>Liderança Política</p> <ul style="list-style-type: none">Em 1994 o congresso americano publicou um mandato para a transformação do VA <p>Mudança nas Políticas</p> <ul style="list-style-type: none">Modificação das regras da agência governamental, e das políticasAlinhamento entre o sistema nacional	<p>Organização</p> <ul style="list-style-type: none">Criação de 21 redes de saúde regionais, no modelo de sistemas integrados de saúdeFoco na rede primáriaRedesenho das funções, papéis e responsabilidadesAdoção de uma nova estrutura organizacional (por linhas de serviço)Trabalho em equipe, e solução de problemas
II. Gestão Corporativa	IV. Gestão de Operações
<p>Liderança</p> <ul style="list-style-type: none">Mudança na liderança: Indicação do novo CEO em 1994 – Dr. KizerContinuidade na liderança: Desde 2000 a Dra. Jeannete Chirico-Post, sucedeu o Dr. KizerPrograma de desenvolvimento de lideranças: FUEL <p>Estratégia</p> <ul style="list-style-type: none">Criação de uma visão para o futuroDefinição da qualidade e segurança do paciente como prioridades <p>Desdobramento da estratégia</p> <ul style="list-style-type: none">Alinhamento entre o sistema nacional, e os sistemas regionais <p>Modelo de gestão</p> <ul style="list-style-type: none">Adoção de modelos de gestão de excelência, baseados no modelo BaldrigeComitês de melhoria da performanceSistema de relatórios periódicosSistema de reuniões regulares de avaliação (mensais, trimestrais) <p>Performance & Accountability</p> <ul style="list-style-type: none">Implantação de um sistema de responsabilidade e prestação de contas (<i>accountability</i>)Sistema de indicadores de performance integradoAuditoria externa dos indicadores de qualidade	<p>Operações</p> <ul style="list-style-type: none">Melhoria da gestão dos recursos (modelo de alocação de recursos padronizado; e contratação de médicos)Aumentada a receita da cobrança de terceiros <p>Processos</p> <ul style="list-style-type: none">Padronização de equipamentos, processos e procedimentosAdoção do modelo do IHI, e dos conceitos de Lean Six Sigma <p>Projetos</p> <ul style="list-style-type: none">Metodologia de priorização de projetosModelo de disseminação da inovação implantada nos projetos pilotos <p>Qualidade e segurança do paciente</p> <ul style="list-style-type: none">Diretor de Qualidade por RedeGerentes de Qualidade por centrosProgramas de qualidadeParcerias com Instituições de pesquisa (IHI, Dartmouth),Revisões baseadas em evidênciasUso de analytics (análise dos dados) e análise de causa raiz (RCA) para melhoria da qualidade e segurança do paciente <p>TI</p> <ul style="list-style-type: none">Alto investimento em TI, com orçamento próprio (orçamento de US\$ 30 MM em 2000)Ampla utilização de TI, com prontuários eletrônicosImplantação de protocolos clínicos e recomendações clínicas eletrônicosRelatórios de performance por médicos
V. Gestão da Transformação	
<p>Transformação</p> <ul style="list-style-type: none">Desenvolvimento de um programa de transformação (Visão; Estrutura; Metas e Políticas)Entendimento que a melhoria da performance é uma jornada longa de transformaçãoDesenvolvimento de um plano de comunicaçãoEngajamento da liderança, através do comprometimento e responsabilidade pelas iniciativas estratégicasConstância de propósitos, em um cenário de mudanças contínuas <p>Infraestrutura</p> <ul style="list-style-type: none">Escritório nacional para a melhoria da performanceUm analista de informação em tempo integral para a preparação de relatórios	<p>Educação</p> <ul style="list-style-type: none">Programas de educação continuada (Treinamento de residentes em segurança do paciente; Treinamento das equipes em programas de qualidade)Investimento regular em programas de treinamento <p>Pesquisa</p> <ul style="list-style-type: none">Parcerias com instituições de destaque (ex. Dartmouth)Verbas para pesquisa US\$ 6 milhões/ano <p>Gestão da Mudança</p> <ul style="list-style-type: none">Gestão da mudança: Utilização de processos sistemáticos para implantar mudanças e melhorias; Programas pilotoProgramas de disseminação (<i>roll out</i>) das melhorias <p>Satisfação dos Pacientes e Funcionários</p> <ul style="list-style-type: none">Pesquisas regulares de satisfação dos pacientes e funcionários

1. Quadro resumo adicionado na edição Brasileira
Fonte: Análise A.T. Kearney

sistência, dominado por hospitais individuais) para um sistema regional e integrado que enfatiza assistência primária na comunidade.

O quadro 3 apresenta uma síntese das melhorias implementadas no VA, que são descritas nas páginas seguintes.

A continuidade na liderança, e o estilo de liderança transformadora

Desde 2000, a Dra. Jeannette Chirico-Post é a diretora da rede da Rede 1 (antes disso, ela trabalhou como diretora-médica e diretora de rede). Chirico-Post está no VA há 32 anos. Nos anos 80 ela dirigia o programa de qualidade do VA de Boston e era membro de um comitê de melhoria de performance da VHA nos seus primórdios, sob a administração de Kizer. Ela refletiu sobre o estilo de Kizer e, com um sorriso, lembrou sua abordagem “eu dou as ferramentas, agora vá e faça”. Os princípios de Kizer se encaixam com a filosofia da própria Chirico-Post, por exemplo, na ênfase na assistência à comunidade. Portanto, Chirico-Post trabalhou desde o começo com assistência primária pois esta área era onde era possível causar mais impacto, devido às duplicações e falhas nos processos de assistência.

Padronização e sistematização – por meio de regulamentações, padrões e diretrizes nacionais

De acordo com os princípios de Kizer que enfatizam as regulamentações, padrões e diretrizes nacionais, a Rede 1 adotou a padronização e a sistematização como suas palavras de ordem. Equipes nos centros clínicos que trabalham com acesso aos servi-

Figura 2
Linhas de Serviço do Rede 1 (Rede 1 de Serviços Integrada dos Veteranos)



Fonte: Reproduzido do US Department of Veterans Affairs (2007c). Usado com autorização.

ços de saúde e processos de fluxo de pacientes obtiveram grandes avanços na redução do tempo de espera e número de consultas perdidas. A partir de sua visão sistêmica da rede, Chirico-Post descreveu exemplos locais de acesso de pacientes e problemas de fluxo, assim como questões relacionadas a equipamentos e processos que a VISN1 continua a abordar – incluindo, por exemplo, as distâncias que alguns veteranos têm que viajar para fazer radioterapia.

A estrutura da rede apresentava a oportunidade de simplificar e racionalizar os serviços de apoio, incluindo equipamentos, em todos os níveis de assistência. A padronização também continua a proporcionar inúmeros benefícios, como por exemplo a promoção da segurança e a economia de recursos. Com bombas de infusão e desfibriladores padronizados, por exemplo, a Rede 1

precisaria oferecer apenas um curso de treinamento ao invés de vários cursos adaptados para modelos diferentes. Também é mais fácil para membros da equipe atenderem em diferentes instalações do sistema no qual eles estão familiarizados com o equipamento. Essa flexibilidade é especialmente importante porque a missão das VISNs também inclui resposta a desastres caso ocorram emergências locais ou nacionais.

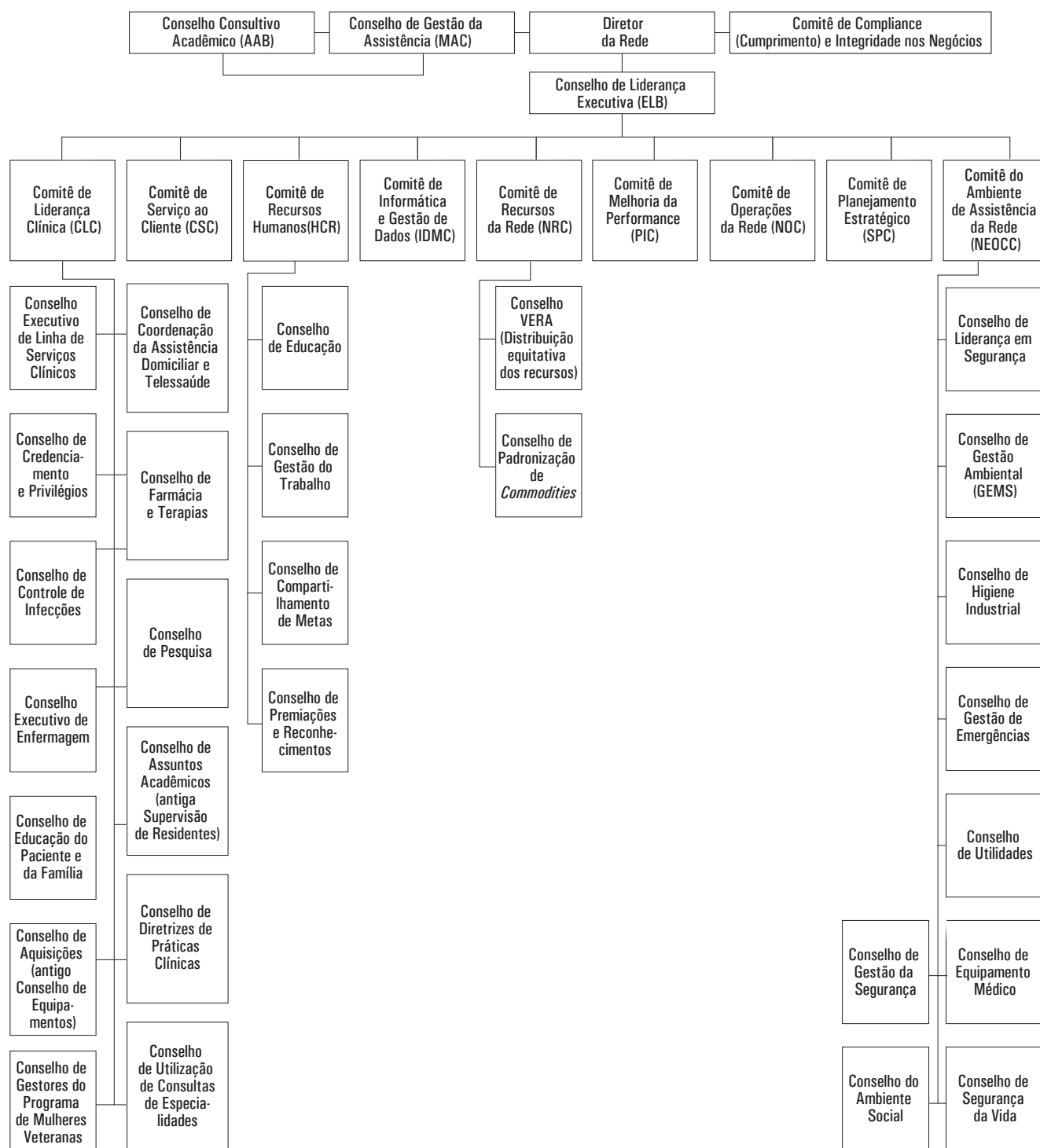
Linhas de Serviço e Redes de Saúde Regionais

Com base na análise das necessidades dos pacientes e dos serviços utilizados por eles, a prestação de serviços foi organizada em cinco linhas de serviço hospitalar integradas pela Rede 1:

- Assistência primária
- Assistência aguda e especializada
- Assistência à saúde mental e ciências comportamentais

Figura 3

Principais Comitês Funcionais do Rede 1



Fonte: Equipe da sede do Rede 1 em 5 de Junho de 2007. Usado com autorização

- Assistência a lesões da medula espinal
- Assistência geriátrica e de longa duração

As quatro linhas de serviço de apoio são: assistência sensorial e à reabilitação, gestão da informação,

escritório comercial e gestão local nos oito centros de saúde (Figura 2). Os pacientes são encaminhados para equipes de assistência primária que coordenam os cuidados preventivos, o controle de doenças e o encaminhamento dentro da continuidade do cuidado, quando

necessário (VA New England Healthcare System 2007).

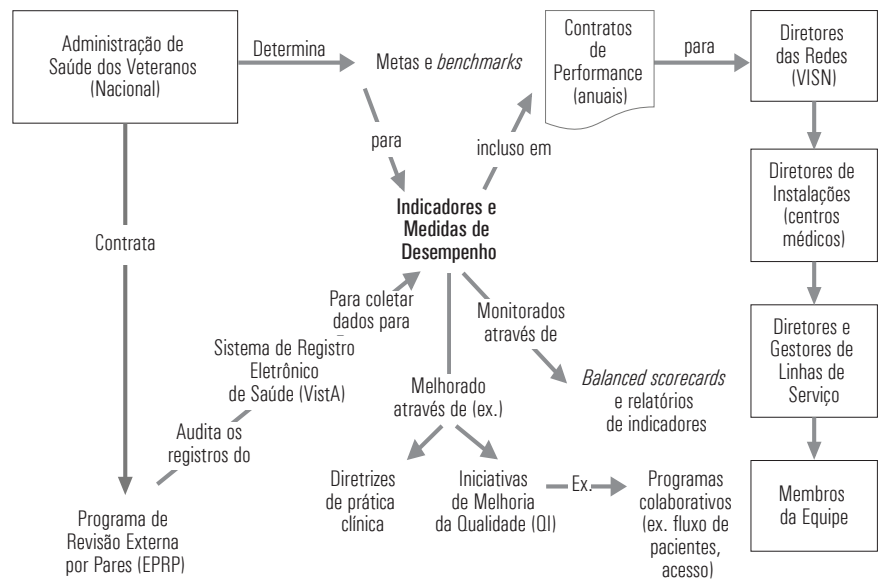
Dentro de cada linha de serviço, os diretores das linhas de serviço locais se reportam aos seus chefes de equipe e diretores de instalações, assim como a um diretor de

linha de serviço da rede. Os enfermeiros responsáveis por pacientes internados se reportam aos diretores de enfermagem da instalação, enquanto enfermeiros de ambulatórios e clínicas comunitárias se reportam aos seus gerentes de linha, que são responsáveis pelas atividades do dia-a-dia. O credenciamento e certificação das competências clínicas se reportam à estrutura central de enfermagem.

Diversas reuniões são realizadas para facilitar a comunicação entre as linhas de serviço e internamente às mesmas. Cada linha de serviço tem seu próprio comitê executivo e suas reuniões regulares. Diretores de linhas de serviço, executivos de enfermagem e chefes de equipe dos oito centros médicos se reúnem mensalmente no Comitê de Liderança Clínica (ver a estrutura do comitê da rede na Figura 3).

Essas reuniões permitem que eles assistam a apresentações (sobre iniciativas de melhorias, por exemplo) e que façam contatos, como explica o médico-chefe da Rede 1. Embora a criação das VISNs tenha descentralizado a tomada de decisão, passando do nível nacional para as redes regionais, as VISNs também tiveram o efeito de centralizar as verbas e integrar o planejamento dentro da estrutura da rede. Os líderes dentro das redes comentaram que a reestruturação nem sempre foi fácil e que levou um tempo para desenvolver a organização da Rede 1 com funções e responsabilidades que correspondessem às necessidades atuais. Durante um ano os líderes da Rede 1 realizaram uma avaliação e um realinhamento das funções, responsabilidades e distribuição de poder a fim de abordar de forma mais eficaz o ambiente operacional da rede.

Figura 4
VHA: Relações entre medição de desempenho, responsabilização e melhoria



Fonte: US Department of Veterans Affairs (2001). Usado com autorização

Medição do desempenho, responsabilização e prestação de contas

Quando Kizer implantou as VISNs, ele também introduziu uma maior responsabilização e prestação de contas, com ênfase em padronização e quantificação de desempenho. “O que Ken fez por nós foi garantir que do Caribou à Califórnia, estávamos fazendo a mesma coisa”, comentou Chirico-Post.

Kizer acreditava em objetivos desafiadores e no estabelecimento de metas a serem atingidos por todos. Contratos detalhados de performance com metas e medidas padronizadas foram implantados, em primeiro lugar, entre a sede do VHA e os diretores de rede e funcionários do programa. Agora, há contratos similares em todos os níveis, que chegam até os diretores de linhas de serviço locais das próprias instalações. Cada rede monitora um conjunto básico de

medidas para os mesmos elementos de qualidade, custo e acesso: “Em junho de 2007 já sabíamos como o contrato para 2008 iria ser”, diz Chirico-Post. Quando começaram nos anos 90, eles trabalhavam com 20 medidas “e agora estamos monitorando centenas”, diz a diretora. O número de medidas reflete a evolução das visões na VHA acerca das prioridades organizacionais e o âmbito de assuntos que pode ser razoavelmente administrado.

O Diretor da qualidade do Rede 1 (Quality Manager Officer, ou QMO) é responsável por preparar e disseminar os dados de medição de performance através de todo o sistema. Cada centro médico da rede possui um gerente de qualidade, sendo que a maioria deles tem formação em enfermagem. Todos os diretores de qualidade dos centros e o diretor de qualidade da VISN1 participam de conferência mensais (por telefone), e têm uma reunião onde se

encontram pessoalmente a cada trimestre. O diretor de qualidade da Rede 1 também trabalha com um comitê de melhoria de performance da rede, formado para controlar e analisar de forma mais eficiente os dados de performance e fazer recomendações para ações que apoiem a equipe sênior de liderança. Um exemplo do trabalho do comitê de melhoria de performance foi a reconfiguração do scorecard da Rede 1 sob a liderança de um dos diretores de linha de serviço da rede. Os relatórios trimestrais incluem um conjunto de medições clínicas, de satisfação e processo dos pacientes internados e ambulatoriais. Cerca de um terço dessas medições são relacionadas a tempo de espera e consultas perdidas, que são indicadores ligados às metas nacionais de acesso.

Os indicadores são derivados dos dados coletados em auditorias realizadas pelo Programa Externo de Revisão por Pares (EPRP) do VHA (US Department of Veterans Affairs 2001) (Figura 4). Através do EPRP nacional, revisores terceirizados realizam auditorias mensais em amostras de registros eletrônicos e impressos em todos os centros médicos do VA. Esses revisores investigam minuciosamente indicadores preventivos e o cumprimento das diretrizes de prática clínica, tais como o controle de HbA1c (Hemoglobina glicada) em gestão de diabetes ou tempo de administração de antibióticos profiláticos em cirurgias. A Rede 1 conta com um analista em período integral para preparação dos relatórios (nem todas as redes investem em tal cargo de apoio). Além do scorecard da VISN, cada linha de serviço faz relatórios mensais padronizados focados em algumas “medidas vi-

tais” de qualidade, receita e custo. Eles também incluem uma descrição do que a linha de serviço tem feito para agregar valor à linha de serviço e a seus afiliados. O poder da estrutura das linhas de serviço, diz o médico-chefe da Rede 1, “está em permitir que as disciplinas clínicas fiquem focadas e desenvolvam métricas de excelência específicas para a linha de serviço”.

O sistema de medição da performance é predominante quando o assunto é qualidade e melhorias na Rede 1. As discussões invariavelmente giram em torno da revisão de performance das medidas e metas do scorecard trimestral, apelidado de “Relatório Árvore de Natal” devido às bandeiras douradas, verdes e vermelhas que sinalizam se as metas foram ultrapassadas, alcançadas ou se não foram atingidas. O escritório nacional do VHA traça metas de performance para todas as medidas de desempenho, e, além disso, determina um “piso”. Se alguma unidade não alcança esse “piso”, a rede é reprovada nas medidas.

Sistema de reuniões regulares de avaliação

O diretor da Rede 1 e o gerente de qualidade se reúnem trimestralmente com os diretores das unidades para examinar seus relatórios Árvore de Natal. O gerente de qualidade enfatiza as melhorias em relação ao cumprimento de diretrizes nas discussões de planos de ação. A análise é feita com aqueles que apresentam bom desempenho, criando listas de “lições aprendidas” para que circulem pela rede. “Minha preocupação”, diz ele, “é com a melhoria. Como chegamos ao próximo nível de performance?”

As linhas de serviço da Rede 1 também fazem revisões trimestrais com o intuito de discutir e aproveitar as oportunidades de melhoria que surgem nos relatórios. O Diretor de qualidade (QMO) comenta que “o foco de qualquer sistema de medição deve ser em atingir o objetivo como indicador de boa assistência clínica. O foco deve ser na assistência, não nos números”.

Os diretores das linhas de serviços da Rede 1 usam os relatórios trimestrais para revisar o desempenho dos gerentes locais das linhas de serviço. O desempenho excepcional é obtido quando se ultrapassa a média nacional e da VISN. O diretor de uma unidade pode rejeitar a avaliação de desempenho dos diretores de linha, no entanto, isso raramente acontece. Um diretor de linha de serviço observa, “Você tem que bater a métrica (...) A parte métrica do trabalho não é negociável”. Os diretores de linha de serviço têm reuniões mensais com os gerentes e conversas individuais com cada um deles por telefone. Ao final de 2007, um dos diretores de linha de serviço explicou que estava focando medidas que estavam perto da meta (um ponto abaixo) porque ele podia “forçar para irem um pouco além”. Ele disse que havia adiado trabalhar no aconselhamento sobre tabagismo, por exemplo, porque ele não conseguiria atingir o ganho de mais de 20% que seria necessário até o final do ano. No entanto, ele estava trabalhando nos problemas de sistema por trás daquela medida, discutindo com gerentes o que estava acontecendo e como consertar o processo durante o ano seguinte.

Cerca de 60% dos indicadores e/ou metas são novos ou trocados a cada ano. Algumas medições valem para o ano todo e algumas são tra-

çadas para um trimestre específico, como taxas de imunização no trimestre do inverno.

Investimento em tecnologia da informação: prontuários eletrônicos e recomendações para a prática clínica eletrônicas

O VHA é um líder reconhecido no uso de tecnologia da informação que possibilitou a implantação tanto dos sistemas indicadores de medições quanto da gestão coordenada da assistência ao paciente. Nacionalmente, o prontuário eletrônico dos pacientes do VHA (VistA) foi premiado com o *Innovations in American Government Award* (Prêmio para Inovações do Governo Americano) concedido pelo Ash Institute na Harvard University's Kennedy School of Government (US Department of Veterans Affairs 2006e, 2006f).

A utilização de um mesmo padrão e de registros eletrônicos de saúde tem sido fundamental para a integração de todas as VISNs. No início de seu mandato na Rede 1, Chirico-Post reconheceu a importância de padronizar a tecnologia da informação em toda a rede. Como resultado, uma verba entre 25 e 30 milhões de dólares foi destinada a compra de novos computadores que possibilitaram fazer a implantação de registros eletrônicos de saúde. No início, houve alguma resistência à obrigatoriedade de preenchimento eletrônico dos prontuários. No entanto, os membros da equipe da Rede 1 fizeram a transição - embora ainda seja permitido ditar anotações de procedimentos e de alta.

O sistema de registro eletrônico do VHA tornou possível a im-

plantação de protocolos clínicos informatizados e recomendações de prática clínica informatizadas, que são exigidas para a assistência primária pelo comitê de prática clínica e subcomitê de lembretes. As mesmas exigências foram impostas à saúde mental, especialidades, e cuidados intensivos (como infarto agudo do miocárdio). O Escritório de Performance do VHA desenvolve diretrizes de serviços hospitalares para o sistema (US Department of Veterans Affairs 2006d, 2007d). No Rede 1, as metas são padronizar as recomendações de prática clínica eletrônicas pelos oito locais e diminuir a sobrecarga de lembretes. Um responsável da linha de serviço e perito no assunto é designado para cada lembrete desenvolvido. O sistema pode produzir relatórios de lembretes por provedor dentro de cada instalação e fazer comparações entre os centros. Os avisos e os comentários positivos ajudam a melhorar a assistência médica. Eles também estimulam um pouco de "competição saudável", observou o gerente do programa, porque as pessoas não querem ser vistas como alguém que não dá atenção para os lembretes.

O sistema eletrônico de recomendações para a prática clínica está tão avançado que a VISN chegou a um ponto de saturação, o que instigou a necessidade de explorar novas abordagens para continuar melhorando o cumprimento das diretrizes. Por exemplo, a VISN está pensando em usar a equipe de apoio, ao invés de médicos, para prestar os cuidados preventivos com os pacientes, tal como monitorar o estado de imunização. O programa de recomendações para a prática clínica tem sido muito bem sucedido: desde o começo do programa em 2004, a Rede 1

tem ficado em primeiro ou segundo lugar nas medições de performance da assistência primária da VHA.

Prontuários eletrônicos integrados, responsabilização médica, e agendamento de recursos

O uso de prontuários eletrônicos é um fator importante para facilitar a responsabilização médica. "Nossa habilidade de obter medidas de performance, fazer monitoramento, exigir responsabilidade médica e medidas de carga de trabalho estão fundamentadas no prontuário eletrônico. Como isso seria feito sem esse registro, eu não sei", comentou um dos diretores de linha de serviço. Se não for tudo integrado, perde-se muito do poder... O sistema de informações médicas pode produzir informações que o sistema de apoio de tomada de decisões não pode". O VHA desenvolveu um modelo de alocação de recursos humanos padronizado para todas as clínicas de assistência básica. Um grupo de consultores em produtividade médica e de alocação de recursos humanos do VHA (presidido pelo médico-chefe da Rede 1) desenvolveu diretrizes de negócios rigorosas e definições para o que seria um painel de pacientes, além de definir o que constitui esses painéis, usando uma combinação de números de salas de exame, números e tipos de equipes de apoio e agrupamento de pacientes para estabelecer um modelo ou o que se espera do tamanho de um painel. Agora é possível realizar estudos sofisticados da relação entre tamanho do painel, qualidade, acesso e satisfação de pacientes. Essa inovação também ajudou a diminuir a variação.

Alinhamento entre os médicos e a organização

A maioria dos médicos da Rede 1 são assalariados, embora alguns trabalhem sob contrato e possam ser pagos por serviço, principalmente em especialidades escassas tais como neurocirurgia, obstetrícia e ginecologia. Há o “pagamento por desempenho” no plano de reembolso dos médicos caso eles atinjam as metas de performance, tais como medidas de qualidade ou de acesso. A incorporação do pagamento por desempenho é vista como parte da solução para melhorar a performance.

Metas claras e medições de desempenho

Chirico-Post resumiu a melhoria na performance da Rede 1 do seguinte modo: “Meu legado: quando começamos atingíamos um terço das medições de performance. Agora estamos na faixa superior das porcentagens.”

Os líderes da Rede 1 enfatizaram a importância de articular metas claras. Desde o princípio, os líderes sênior estabeleceram uma meta de excelência clínica e em pesquisa, com a ambição de ser o número 1. “Nós queríamos ser a rede acadêmica líder no país, medida pelo número e valor de concessões de pesquisa”, observou o médico-chefe. “Nós temos um programa acadêmico líder em lesões da coluna vertebral e somos líder em saúde mental.” Essa posição ajuda no recrutamento da equipe, pois atrai os melhores pesquisadores e médicos para a rede.

Como os centros locais lidam com as expectativas nacionais e da rede?

Mesmo que a Rede 1 tenha demonstrado ganhos significativos, há tensões inerentes ao processo pelo qual a integração, padronização e medição de performance se desenvolvem dentro do sistema. Os centros médicos da VISN não são nada homogêneos; e nem suas abordagens para melhorias. Cada centro tem suas próprias dificuldades de implantação das medidas e padrões de performance exigidos nacionalmente. As experiências do VA de Boston e do Centro de Saúde da Administração de Veteranos

de White River Junction ilustram esses desafios. Como parte de um sistema grande, complexo e hierárquico, os líderes de suas unidades encontraram maneiras de adaptar as exigências do sistema de forma a se ajustarem às estratégias que eles acreditavam necessárias para atender às necessidades da população local. Com o bom humor característico, o diretor de White River Junction, Gary De Gasta, resumiu o desafio: “Como fazemos o que precisamos fazer dentro do contexto da organização nacional



onde compartilhamos as mesmas metas, mas onde às vezes precisamos fazer algo um pouco diferente – sem nos metermos em apuros!”

VA DE BOSTON

O VA de Boston, a maior unidade consolidada na Rede 1, engloba três campi principais e seis ambulatorios dentro de um raio de 65 km da grande área de Boston. A instalação consolidada inclui o Campus Jamaica Plain, o Campus West Roxbury e o Campus Brockton (US Department of Veterans Affairs 2007e). O VA de Boston surgiu da integração de dois centros amplos em 2000: Jamaica Plain e West Roxbury/Brockton (o último é resultado de uma fusão anterior em 1983). “A integração foi realmente difícil; começamos do zero pois não tínhamos programas de qualidade em comum”, comentou o diretor associado de enfermagem. “Nós tivemos que repensar dois conjuntos muito diferentes de organização, processos e culturas”, disse o diretor de qualidade.

A abordagem atual do VA de Boston para melhorias incorpora os sistemas de medição de performance da VHA e da VISN. Também inclui iniciativas formais de mudança, tais como participação em programas de melhoria colaborativos, com o Instituto de Melhoria da Assistência à Saúde (IHI).

Medição do desempenho e pagamento por desempenho

O VA de Boston é responsável pelo mesmo conjunto de medições de saúde da população que as outras instalações da Rede 1, incluindo taxas de imunização e porcentagem de pacientes que fumam, assim como medições de processos clínicos e acesso e satisfação de pa-



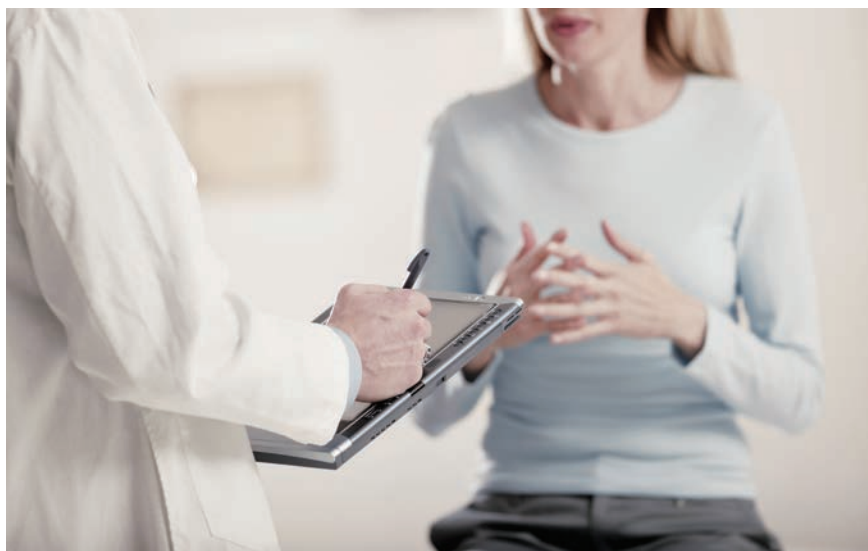
cientes. O diretor Michael Lawson declarou: “são necessárias medições obrigatórias e responsabilização de pessoas por elas”.

Mas o uso de medidas e outros meios de estimular a performance mudaram com o passar do tempo, à medida que a organização passou a entender melhor o que motiva os empregados. Por exemplo, os líderes do VA de Boston discutiram os méritos de recompensas financeiras pelo cumprimento das medidas exigidas. O chefe de equipe argumentou que mecanismos de remuneração por desempenho podem ser um incentivo poderoso. No ano passado, o centro introduziu um elemento de “pagamento por desempenho” para os médicos, um bônus de 1.500 dólares por atingir determinada porcentagem de metas. Lawson não viu o dinheiro como único motivador: “Se a única influência que você tem é o dinheiro, você está em uma situação muito difícil... Cultura é importante – orgulho em deixar as coisas bem feitas”. O chefe de equipe concordou: “São as medições de performance e a informação e o retorno das informações para as pessoas na cultura certa, pessoas que se importam”. Ele continuou: “o efeito Hawthor-

ne é muito importante; quando você mede alguma coisa, as pessoas prestam atenção”. No entanto, como observou um líder sênior, a análise da medição de performance no nível local pode gerar “pressão e competitividade; ninguém quer ficar no degrau mais baixo”. Enquanto isso, Lawson disse que “sabemos quem é o número 1 e onde estamos; somos muito competitivos e queremos fazer melhor e sermos os melhores”.

No que diz respeito ao desenvolvimento das medidas em si, o chefe de equipe comentou que a maioria dos membros da equipe compreendem, intuitivamente a literatura e as evidências por trás das medidas de desempenho. Alguns desentendimentos chegam a acontecer: por exemplo, a diretriz monoterápica para hipertensão não era vista como correta (alguns pacientes e médicos ficavam relutantes de acrescentar uma medicação caso a pressão do paciente estivesse estável) e uma diretriz para antibióticos para pacientes apresentando pneumonia não parecia estar funcionando; como resultado, essas diretrizes serão revisadas.

Revisões baseadas em evidências e a flexibilidade para reexaminar



as medições de performance ao longo do tempo são fatores importantes que encorajam a aceitação das medições de performance. As diretivas desenvolvidas em nível central baseadas em evidências devem ser adaptadas para implantação local. “São dez anos de medições de performance e ainda estamos chegando a um acordo”, resumiu um dos líderes sênior. O diretor de gestão de qualidade da Rede 1 observou que “a questão principal é atingir equilíbrio entre a arte e a ciência da medicina na organização; algumas medidas (...) vão apresentar mais evidências que outras e algumas condições de pacientes são complexas o suficiente para não corresponder a determinada diretriz. Também, há técnicas na forma como as medições são definidas, coletadas, etc., de modo que algumas são retiradas ou modificadas a cada ano para ajustar detalhes”.

As medições continuam a evoluir e a expandir para incluir o desenvolvimento de indicadores específicos de enfermagem. O VA de Boston é um local piloto para a base de dados dos resultados de Enfermagem do VA. O sistema em breve irá, por exemplo, fornecer dados comparativos sobre úlceras de de-

cúbito, questões de medicação e quedas. Atualmente, gerentes de unidade têm cartões-relatório trimestrais relatando essas medições por unidade, que eles revisam com os membros da equipe. As medições de enfermagem são relatadas para o gerente de qualidade do VA de Boston como parte do plano de melhoria de qualidade (QI).

Implementação das mudanças, e trabalho em equipe

Adaptação, monitoramento e revisão das medidas de desempenho são passos preliminares no sistema de medição da performance; mudanças devem ser implantadas a fim de obter melhoria. Os líderes do VA de Boston investem em mudanças quando as medidas de desempenho utilizadas para serviços ou clínicas demonstram necessidades baseadas nas medições. Por exemplo, a equipe de gerência da clínica dermatológica e os líderes clínicos maximizaram melhorias nos processos para reduzir os tempos de espera, o que permitiu uma análise da oferta e demanda que demonstrou a necessidade de mais funcionários (que foram contratados a seguir).

O VA de Boston segue processos sistemáticos para implantar mu-

danças e melhorias. As equipes usam uma abordagem baseada em evidências, observa o diretor adjunto de enfermagem: “Nós fazemos mudanças baseados no que está na literatura de pesquisa”. De acordo com o gerente de qualidade, “A grande mudança na abordagem que possibilitou a melhoria nas medições de performance foi designar equipes e apoiá-las, além do encorajamento”. O sistema do VA de Boston presta muita atenção na maneira como as equipes e comitês trabalham de forma a promover reuniões eficazes e produtivas que façam bom uso do tempo e do entusiasmo dos funcionários. A necessidade do envolvimento dos funcionários é discutida com antecedência com os gerentes para garantir a compreensão e apoio aos funcionários participantes antes do início dos projetos. Quatro sindicatos de enfermagem representam os funcionários do VA de Boston, uma situação que pode apresentar dificuldades para os esforços de melhoria. No início, os sindicatos exigiam que as mudanças de processos de trabalho que afetavam as responsabilidades de trabalho fossem negociadas com antecedência, antes mesmo que as mudanças fossem testadas; no entanto, isso tem se tornado cada vez menos problemático com o passar do tempo.

“Nós pensamos muito sobre quem selecionar para líderes médicos e participantes, e somos muito claros quanto aos objetivos finais e expectativas. Somos muito claros sobre quem queremos, porque os queremos e o que queremos que façam”, comentou o gerente de qualidade. A maioria dos médicos são empregados e são parte do sistema, o que muitas vezes faz diferença no engajamento do médico, mas

a questão não é apenas na estrutura de pagamentos. “Alguns dos membros mais entusiásticos são médicos que recebem por serviço (fee-for-service) que veem onde as melhorias podem ser feitas”.

Equipes de projetos de processos são desenvolvidos com o objetivo de respeitar o tempo dos funcionários e usar seus talentos; e isso encoraja a participação. O chefe de equipe (ou adjunto) e o gerente de qualidade se encontram uma vez por ano com cada presidente de comitê para acompanhar o desenvolvimento das coisas, se há algum problema e como eles podem ajudar no trabalho dos comitês.

Lawson aconselha: “Escolha projetos piloto para demonstração e comece onde há potencial”. Ele adverte que a implantação de melhores práticas pode ser problemática, já que as mudanças devem ser adequadas ao local. “O que funciona em Boston pode não ter a menor chance de funcionar no Maine”.

Participação nos programas de melhorias colaborativas do IHI

Os esforços formais de mudanças do VA de Boston incluem projetos colaborativos multi-centro de melhorias. O centro tem um longo histórico de participações nos programas colaborativos do IHI (IHI Breakthrough Series). As equipes do VA de Boston têm participado nos colaborativos sobre acesso desde 1999 e têm se envolvido em diversas outras iniciativas nos últimos cinco anos, incluindo colaborações sobre fluxo do paciente, segurança na medicação, e transformação da assistência à saúde para os pacientes em leitos.

A influência dos métodos do IHI e o modelo de melhoria de ciclo

rápido (PDCA) estão disseminados no centro, o que dá ênfase a equipes e planos de ação interdisciplinares. “É sempre ‘O que você vai fazer na próxima terça?’ (um mantra de melhoria inspirado em uma palestra de Don Berwick). A metodologia de ciclo rápido faz muito sentido e foi intuitivamente atrativa para as equipes e funcionários de linha de frente”, disse o gerente de qualidade. Todos os membros de equipe de gerência (isto é, chefes de serviço e líderes sênior) foram treinados em métodos de ciclo rápido, conceitos de mudança e estratégias de melhoria. Os membros de equipe são ensinados a mapear seus processos atuais e os conceitos de mapeamento de fluxo de valor. Eles usam métodos de melhoria de ciclo rápido, planejando e testando ciclos de mudança. O objetivo é que a própria equipe faça o trabalho; para isso eles dão prioridade a reuniões curtas ou encontros de quinze minutos e fazem o máximo que podem por e-mail.

Embora muitas instalações da rede participem em cooperação do IHI, a extensão do envolvimento do VA de Boston nas iniciativas do IHI é um tanto quanto incomum dentro da Rede 1. Esse é um investimento estratégico e um comprometimento significativo devido aos custos da cooperação do IHI, que ficam em torno de 20 mil dólares por ano mais as viagens por equipe. Como o gerente de qualidade comentou, “Nós sempre levamos toda nossa equipe para as reuniões colaborativas, mais o patrocinador líder; isso mostra a importância [das iniciativas]”.

Colaborativo sobre o acesso do paciente (fila de espera), e a importância dos dados

Em 1999 a VHA começou uma grande iniciativa nacional com o IHI para melhorar o acesso de pacientes aos ambulatórios através da redução do tempo de espera para marcar consultas (Institute for Healthcare Improvement ; Parlier 2003). “Levou cerca de um ano até que obtivéssemos resultados dramáticos no nível local (...) Em dois anos estávamos entre os primeiros na nossa VISN e em três anos estávamos entre os três primeiros do país (...) No começo nosso desempenho real era de 60 a 90 dias, e atualmente é de 14 dias e estamos trabalhando para conseguir o acesso aberto”, lembrou o coordenador de acesso ambulatorial.

A coordenador de acesso do VA de Boston é o ponto de contato local do centro médico com a iniciativa de clínica de acesso avançado (ACA) nacional. Ela trabalha junto aos “campeões” dos clínicos gerais com o comitê de direção de ACA do centro e participa de reuniões da VISN. O trabalho deles com clínicas especializadas tem sido um sucesso. Nas palavras do coordenador de acesso, “Mesmo durante a orientação, os novos membros da equipe médica são informados das expectativas [quanto ao acesso], e que atrasos não são aceitáveis”.

A equipe de acesso produziu uma lista inicial de cerca de 10 áreas de alta prioridade e volume, tais como assistência primária, cardiologia, audiologia, cirurgia, saúde mental e ortopedia. Baseada nessa experiência, a equipe está expandindo a iniciativa para as 50 áreas principais. Um médico que defende a causa (Clinical Champion) e um especialista em acesso clínico avançado foram identificados em cada clínica, e o comitê estabeleceu uma meta de acesso na qual

os pacientes terão uma consulta agendada para serem atendidos dentro de 30 dias.

Ao focarem no que pode ser feito, membros de equipe se tornam mais engajados em cumprir as metas. Se um membro de equipe diz “Não, não podemos fazer isso”, perguntamos “Ok, o que você pode fazer?”, disse o coordenador de acesso. Os membros de equipe também fazem parcerias entre clínicas semelhantes para aprenderem pela experiência daqueles que foram bem sucedidos. “O sistema inteiro do VHA é aberto para compartilhar realizações e ferramentas”, e por compartilhar esses componentes do sistema de informação, as equipes “não precisam começar da estaca zero”.

As equipes colaborativas de acesso do VA de Boston seguem o modelo do IHI Breakthrough Series, principalmente as exigências de dados; embora o comprometimento com os dados e a informação possa criar muitas demandas. Com o tempo, sistemas locais de dados se tornaram mais flexíveis, reduzindo a necessidade de trabalho burocrático. “É difícil fazer os membros de equipe pararem para coletar dados e medições e se reunirem, mas assim que eles veem os resultados, ajuda”, observou o coordenador de acesso.

Ao longo das 21 VISNs houve colaborativos de acesso a nível nacional, de rede e local. Ao se reunirem com toda rede, audiologistas, por exemplo, tiveram a oportunidade de trocar ideias para redesenhar os seus processos clínicos.

Melhoria do fluxo de pacientes

O VA de Boston é um dos participantes mais bem sucedidos das

colaborações de fluxo da Breakthrough Series. Sendo o maior centro de cuidados intensivos da Rede 1, o VA de Boston estava sob pressão para melhorar o fluxo de pacientes; então o centro se juntou à iniciativa IHI em 2002. Atualmente, o VA de Boston tem equipes trabalhando com questões de fluxo de internação, salas cirúrgicas, departamento de emergência e fluxo de atenção continuada.

Entre as unidades de West Roxbury do VA de Boston, o departamento de emergência foi uma das

primeiras áreas a adotar medidas e tem sido uma das mais bem sucedidas. Os resultados:

- Nenhum desvio de ambulância em 16 meses
- Menos de 1% dos pacientes ficam sem atendimento
- Tempo médio de espera da triagem ao encaminhamento (internação ou alta): 2 horas e 53 minutos
- Superou a meta da IHI de menos de uma hora entre a decisão de internação e a designação de um leito



As unidades de West Roxbury alcançaram esses resultados através do desenvolvimento de conjuntos de normas padronizadas e da implantação de um sistema de fluxo rápido (fast track system) para lidar com pacientes menos complicados. Inicialmente, nem todas as mudanças foram prontamente aceitas: “Houve forte resistência ao redesenho nos casos em que ela parecia interferir com a autonomia clínica”, observou o diretor do Departamento de Emergência. O sistema de informação do Departamento de Emergência fornece os dados necessários para monitorar a produtividade; os líderes de West Roxbury puderam, portanto, mostrar aos funcionários que as mudanças estavam resultando em melhorias. Como a gerente de enfermagem comentou, “dados falam alto” e foram suficientes para convencer a maior parte dos funcionários. Mesmo assim, alguns membros da equipe médica não reconheceram imediatamente os benefícios de atender os pacientes do sistema de triagem rápida, preferindo não interromper o foco nos pacientes agudos. A equipe de fluxo do Departamento de Emergência transferiu a sala de triagem rápida para a frente dos terminais de computadores como forma de aumentar a conscientização a respeito dos pacientes de triagem rápida e de suas necessidades. Além disso, na manhã seguinte, os funcionários entram em contato com os poucos pacientes que não puderam ser atendidos; deixando os pacientes surpresos e satisfeitos pela atenção.

Os líderes do Departamento de Emergência comentaram que a equipe de fluxo fez uma diferença visível na cultura do departamento de emergência. Os funcionários debatem ideias, desenvolvem pla-

nos de implantação e os testam no dia seguinte. Todos os envolvidos dão sua opinião e todos os funcionários votam as prioridades, baseados nas ideias que eles tem o poder de implantar e que são prioridade para os seus pacientes.

O coordenador de internação e o coordenador de acesso ambulatorial estão planejando formar um comitê de direção conjunta para focar na articulação e coordenação do fluxo ambulatorial e de internação e as questões e mudanças de acesso. Isso criaria um comitê mais abrangente de sistema de redesenho dos processos.

Segurança do paciente, incluindo protocolos

O VA de Boston está envolvido há algum tempo em diversas iniciativas relacionadas à segurança do paciente. “Nós estamos a frente dos outros porque começamos voluntariamente antes de ser exigido que o fizéssemos”, observou o presidente do Comitê de Segurança do Paciente, um cirurgião cardiovascular. Boston foi um local piloto para treinamento de equipes médicas, e reuniões planejadas pelo Centro Nacional para Segurança do Paciente, assim como para o programa perioperatório de segurança da IHI.

O Comitê de Segurança do Paciente também supervisiona a implantação das iniciativas da campanha Look Lives do IHI (100.000 vidas), que tem de superar uma variedade de desafios. “Nada disso foi fácil”, comentou o cardiologista da equipe. Os líderes clínicos enfatizaram a importância de permitir que todos discutam as propostas de mudanças, mas observando que “em algum momento temos que seguir em

frente e implantá-las”. O presidente do Comitê de Segurança do Paciente utilizou-se do exemplo do controle de glicose para pacientes de cirurgia, relatando que levou um ano para que o protocolo de Portland modificado fosse implantado. “Não se pode eliminar a variação individual e fazer todos seguirem um protocolo”. Ressaltou-se que os dados sobre os resultados de Portland são importantes. Todos os funcionários envolvidos fizeram parte do processo de mudança, e algumas variações foram permitidas no modo como se atingiu os objetivos. Como resultado, os níveis de glicose passaram a ser controlados em 94% dos pacientes internados.

Em alguns momentos, os participantes relataram que o trabalho de melhoria era muito desafiador e pesado para todos os envolvidos. “As mudanças nem sempre foram tranquilas. Houve muito sangue, suor e lágrimas”, brincou o coordenador de segurança de pacientes. “Mas agora as pessoas dizem: ‘melhor fazer agora porque em alguns anos vai ser obrigatório’, e isso é uma grande mudança.”

Treinamento de residentes: Segurança do paciente e rotação da Melhoria da Qualidade (QI)

O VA de Boston é afiliado às faculdades de medicina das universidades de Boston e Harvard, e cerca de 500 a 600 residentes por ano completam turnos de 6 semanas nas instalações do centro. Em 2006 o programa General Internal Medicine (Programa de Medicina Interna) do VA de Boston começou um novo turno de segurança de pacientes e melhoria de qualidade (QI) como uma disciplina eletiva aberta para cerca de 12 residentes do terceiro ano, a cada ano. O hos-

pitalista que elaborou o programa juntamente com o coordenador de segurança do paciente comentou que os clínicos geralmente são treinados para fazer a tomada de decisão em nível individual ao invés de pensar em termos de sistema, “não é justo esperar que as pessoas se envolvam com qualidade e segurança de pacientes se não as treinarmos para isso”.

O turno de um mês de duração integrava educação em segurança do paciente e melhoria de qualidade com tempo de clínica em clínicas de subespecialidade. Os residentes revisaram prontuários de pacientes internados que eles atenderam antes de começar a disciplina eletiva, conferindo seus cuidados após a alta e procurando por qualquer complicação iatrogênica e questões relativas à assistência, assim como mudanças que eles poderiam fazer no seu próprio atendimento. Por exemplo, o registro de alta dos pacientes de internação foi mudado para que se mantenha registro de questões que possam vir a causar problemas. Os residentes participaram de revisões de análise de causa raiz (RCA) e de reuniões de segurança de pacientes e também aprenderam sobre as metas nacionais de segurança de pacientes da Joint Commission sobre a análise dos modos de falha na assistência à saúde (FMEA).

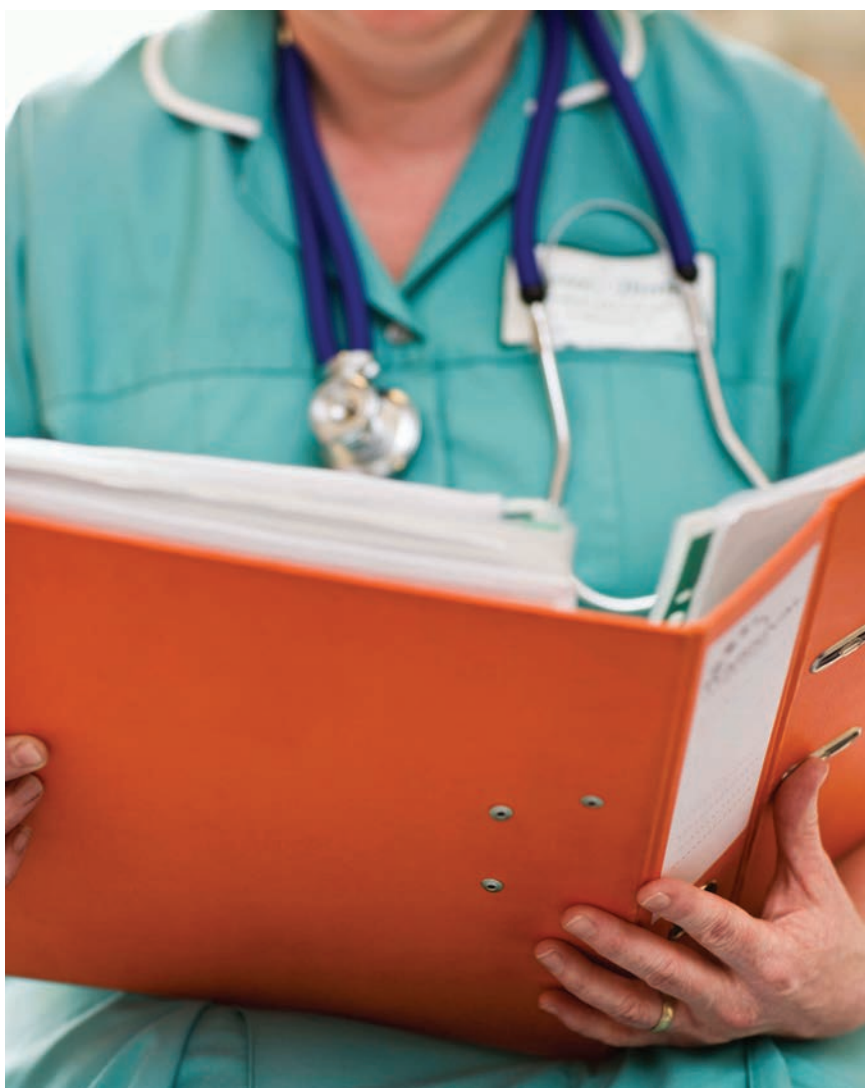
Satisfação de funcionários e pacientes

De acordo com o gerente de qualidade, “Dedicamos bastante tempo e esforço em prol da satisfação dos funcionários (...) Temos níveis muito altos de satisfação de funcionários e pacientes. O VA de Boston foi o segundo nos resultados da Rede 1 na pesquisa All Employee, realizada com todos os funcioná-

rios, “o que é muito importante, pois estávamos entre os piores sete anos atrás. Na área de enfermagem, somos um dos melhores do país”, observa o diretor adjunto de enfermagem e serviços ao paciente.

Existe uma ênfase muito forte no serviço ao consumidor no VA de Boston, encabeçado pelos esforços do Comitê de Serviços ao Consumidor, formado em 2004 com base nas necessidades identificadas pelos funcionários durante o planejamento anual de prioridades. O comitê trabalha com diversos assuntos, desde a melhoria de sinalização e direções para pacientes e visitantes até o fornecimento de bipes para pacientes com cuidados prolongados ou atrasos para os

atendimentos clínicos. Os membros do comitê revisam os resultados das pesquisas de satisfação de pacientes e as reclamações, e sondam funcionários em busca de sugestões. Há também um “programa de embaixadores” no qual os pacientes são recebidos nas salas de espera. Nos últimos três anos, todos os funcionários do VA de Boston tiveram que passar por um treinamento em serviços ao consumidor com base em um programa padrão fornecido pela VISN. Em reconhecimento por esses esforços, o centro recebeu o prêmio VHA Comprehensive Facility Customer Service Program Award (Prêmio de Programa Amplo de Serviço ao Consumidor das Instalações do VHA) em 2007.



CENTRO MÉDICO DO VA DE WHITE RIVER JUNCTION, VERMONT: UMA ABORDAGEM ESTRATÉGICA PARA MELHORIA

O Centro de Saúde do VA de White River Junction (WRJ VAMC) é um centro médico rural de assistência primária e secundária que conta com 60 leitos e é afiliado às faculdades de medicina das universidades de Dartmouth e de Vermont (Department of Veteran Affairs 2007f). Sob a liderança de Gary De Gasta, abriu-se um caminho estratégico rumo à melhoria, desenvolvido por quase 20 anos.

Planejamento estratégico baseado na qualidade, com engajamento da liderança

Em 1994, em uma atitude que precedeu as iniciativas de reengenharia da VHA, De Gasta convidou o Dr. Paul Batalden a ajudar a equipe de liderança sênior a desenvolver um modelo estratégico para servir de guia para a organização. O Dr. Batalden é um respeitado especialista internacional em melhoria que lidera o grupo de Desenvolvimento de Liderança de Melhorias em Assistência à Saúde (Health Care Improvement Leadership Development) no Instituto de Políticas de Saúde e Prática Clínica da Faculdade de Medicina de Dartmouth (antigo Centro para Ciências Clínicas Avaliativas [CECS]) (Dartmouth College 2002a). Sessões de trabalho mensais foram realizadas por dois anos, construindo conhecimentos que resultaram num profundo entendimento de White

River Junction como um sistema apto a ser melhorado (Batalden e Mohr 1997; VA Medical Center White River Junction 2007). Batalden insistiu que cada um dos líderes de instalações se responsabilizasse e liderasse pessoalmente um dos quatro temas estratégicos identificados. Apesar da resistência inicial, a equipe de liderança sênior do Centro Médico do VA-WRJ assumiu a tarefa, demonstrando forte constância em seus propósitos com o passar dos anos em face das mudanças contínuas no ambiente. Batalden comentou que “Isso criou uma estrutura que permitiu a discussão de qualidade, e Gary manteve o foco e interesse nisso”.

Adoção de modelos de excelência em gestão, baseados no Baldrige

A concepção do Centro Médico VA-WRJ como um sistema passível de melhorias é compatível com os quadros de excelência em negócios tais como o do Programa de Qualidade Nacional de Baldrige (2007). O programa de Excelência de Performance Robert W. Carey do VA, baseado nos critérios do Baldrige, foi implantado para:

“Reconhecer organizações que tivessem utilizado abordagens exemplares para gerenciamento de sistemas e cujas abordagens alcançassem resultados excelentes para os veteranos da América. A fundação que concede as premiações chama-se Critérios por Excelência em Desempenho Malcolm Baldrige (Malcolm Baldrige Criteria for Performance). Esses critérios foram desenvolvidos para ajudar organizações a usarem uma abordagem integrada para o gerenciamento organizacional de performance que resultasse em:

- Prestação de serviços de valor agregado, em processo de melhoria contínua aos clientes e partes interessadas, de forma a contribuir com a estabilidade organizacional;
- Melhoria da efetividade e capacidades em geral;
- Aprendizagem organizacional e pessoal. (Department of Veterans Affairs 2006c: 3)”

O prêmio Baldrige, e a dimensão das organizações que aprendem

O próximo passo lógico de crescimento do Centro Médico VA-WRJ como uma organização em processo de aprendizagem, portanto, foi fazer parte no sistema de auto-avaliação do Carey. Em 2002 o centro conduziu seu primeiro programa de avaliação organizacional do Prêmio Carey e recebeu seu primeiro prêmio por realização do Carey. Essa experiência estabeleceu os alicerces de um ciclo contínuo de auto-avaliação e reconhecimento:

- 2003: Segundo prêmio Carey e prêmio do governador de Vermont
- 2004: Prêmio Troféu Carey e primeira visita ao local pela Baldrige
- 2005: Primeiro prêmio Circulo de Excelência do VA e segunda visita ao local pela Baldrige
- 2006: Segundo prêmio Circulo de Excelência do VA

Em 2007 o Centro Médico do VA-WRJ completou seus 11º e 12º ciclos de aplicações Carey e Baldrige. “Acredito que isso nos dê uma estrutura em um ambiente em constante estado de mudança. Não temos consistência alguma, então essa é nossa única consistência”, comentou De Gasta. Ele ainda acres-

Figura 5

Relatório “semáforo” do White River (WRJ VAMC)

Tema estratégico	Trimestre												Final
	1º			2º			3º			4º			
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	
Indicadores													
Excelência em assistência clínica e bolsas de estudo													
1. Coordenação da assistência	✗	→	✗	→	→	✗	→	→	✗				
2. Qualidade técnica	→	→	✗	→	→	✗	→	→	✗				
3. Segurança do paciente	→	→	✓	→	→	●	→	→	●				
4. Satisfação do Paciente	✓	●	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
4a. OEF/IEF (operações militares)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
5. Gestão de conhecimento	→	→	●	→	→	→	→	→	✓				
Responsabilidade com a comunidade													
1. Ética: respeito aos direitos dos pacientes	✓	✓	✓	✓	✓	●	✓	●	✓				
2. Proteção ambiental	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
3. Preparo para emergências	→	→	✗	→	→	✓	→	→	✓				
4. Imagem pública		✓	●	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
5. Educação clínica	→											Coletado no fim do ano	
6. Parcerias estratégica	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Maximização de recursos financeiros													
1. Custo da assistência	✓	✓	✓	✓	✓	✓	●	✗					
2. Índice financeiro	✓	●	●	✓	●	✓	✓	✓	✓	✓			
3. Acurácia de codificação	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
4. Rendas não apropriada	✓	✓	✓	✓	✓	●	✓	●					
5. Gasto de capital									✗				
6. Planejamento do espaço (físico)									✓				
Promoção e preservação de um ambiente e força de trabalho saudáveis													
1. Segurança e bem-estar dos funcionários	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
2. Recrutamento	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗		
3. Satisfação dos funcionários									●				
4. Retenção	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
5. Relações de trabalho	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗		

✓ Atinge ou excede a meta: 100% da meta ou mais ● Pode necessitar de atenção: 80% da meta ✗ Não atinge a meta: menos que 80% da meta

Nota: A versão original incluía símbolos nas cores vermelho, amarelo e verde – daí o nome “relatório semáforo”

Fonte: Adaptado da versão fornecida pelo gerente de qualidade, WRJ VAMC, em 25 de setembro de 2007. Usado com autorização

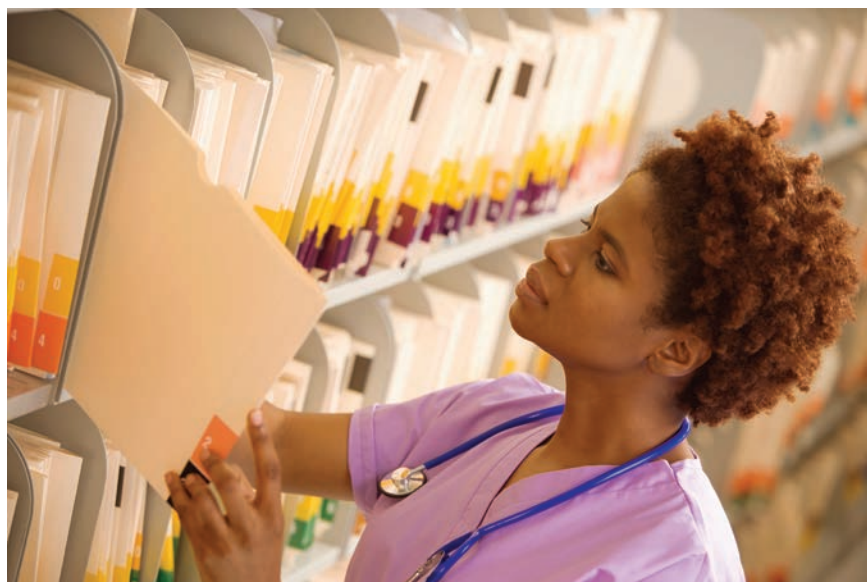
centou: “Tudo se encaixa: os seis capítulos de processo e o capítulo de resultado (...) o envolvimento de Baldrige tem sido uma grande contribuição para nossa solvência financeira”. No entanto, De Gasta explicou, há um custo envolvido com este trabalho e com o processo de feedback resultante: “É tão doloroso receber o feedback que todos os anos nos perguntamos se realmente devemos fazer isso. Mas as oportunidades para melhoria [identificadas pelos examinadores] raramente nos surpreendem. Dois terços são coisas que já sabíamos e um terço são coisas que não comunicamos satisfatoriamente”.

Constância de propósitos, mesmo em tempos turbulentos

Um diretor de linha de serviço também enfatizou a continuidade proporcionada pelos modelos estratégicos:

“A adoção da abordagem iniciada por Batalden e agora continuada por Baldrige tem sido importante. (...) Ao longo dos anos nós continuamos a desenvolver esse processo, esse caminho. (...) Em tempos de turbulência, nós não mudamos nosso processo, nós permanecemos com ele. Nós tentamos muitas coisas novas, mas as inserimos naquele mesmo quadro. Começa-se a perceber que há espaço para toda a organização nos critérios de Baldrige; quando se chega ao capítulo sete, percebe-se como tudo isso contribui para a qualidade. (...) Aprendemos que não se implanta uma mudança hoje e se vê o resultado no dia seguinte; tem sido um longo processo para nós, mais de 10 anos”.

Os “tempos de turbulência” a que muitos funcionários se referem incluem o período de 1997 a 1999,



quando a qualidade dos serviços cirúrgicos do Centro Médico VA-WRJ foi questionada. Enquanto uma análise externa mostrou que a qualidade era boa, o desafio seguinte mostrou que seria mais barato terceirizar (outro estudo de consultoria externa mostrou que esse não era o caso). Esses desafios foram traumáticos para o centro e provocaram um êxodo de membros da equipe médica, dos quais levaram anos para se recuperar.

É relativamente mais difícil para uma rede inteira (do que uma instalação) seja bem sucedida nessas premiações de processos de análise. A Rede 1 também adotou o Modelo Baldrige e usa seus princípios como modelo para seus comitês administrativos (VA New England Healthcare System 2006a) A rede recebeu uma doação em reconhecimento pelas suas realizações em qualidade ao ganhar o VHA Kizer Quality Achievement Recognition Grant em 2004-2005, tendo usado o dinheiro do prêmio para financiar iniciativas de melhorias em instalações da rede (US Department of Veterans Affairs 2006b). Centros médicos e ambulatórios comunitários apresentaram requerimentos de

projetos à sede da Rede 1, e a Dra. Chirico-Post decidiu financiar os 31 projetos através da suplementação dos fundos do prêmio Kizer. Embora a Rede 1 tenha apresentado outro requerimento em 2007, a rede não avançou para ser considerada para os prêmios Carey.

Medições de performance locais versus nacionais

Os líderes do Centro Médico VA-WRJ tiveram que traduzir as medições de performance da VHA para ajustarem-se ao quadro Baldrige/Carey. O centro faz o balançamento entre as expectativas e estrutura das medições de performance nacionais/VISN em relação a suas próprias medições e relatórios estratégicos organizacionais. O Centro Médico VA-WRJ tem sido obrigado a administrar o sistema de medições de performance nacional até certo ponto, enquanto administra seu próprio processo de gerar relatórios. “A melhoria de performance realmente entrou em jogo quando Ken Kizer disse, ‘Não, mostre como vocês estão fazendo’. (...) Seus esforços realmente mudaram a cara do VA”, comentou De Gasta. “A.K. (antes de Kizer) não tínhamos nenhuma medição; di-



zíamos que éramos bons, mas não sabíamos de verdade. D.K. (depois de Kizer), temos muitas medidas de performance, mas ainda não chegamos lá”.

Scorecard local (clínico, financeiro e satisfação dos clientes e funcionários)

De Gasta comentou que o Centro Médico VA-WRJ desenvolveu suas próprias medidas de performance e relatórios de status do projeto (relatório “stoplight report”, ou relatório semáforo) antes que o VA “aumentasse as medições de performance e eles recebessem um número muito maior de medidas”. Agora ele é responsável por centenas de medidas, uma obrigação que muitos líderes acham difícil de administrar. Portanto, o Centro Médico VA-WRJ desenvolveu um relatório semáforo temático estratégico para focar nas medidas importantes clínicas, financeiras e de satisfação (Figura 5). Por exemplo, o gerente de qualidade do centro notou que não havia nenhuma medida relacionada a empregados no relatório Árvore de Natal da VISN, o que para os líderes do Centro Médico VA-WRJ parecia crítico. Estimulados pelos crité-

rios Baldrige, eles acrescentaram medições de posições vagas e taxas de acidentes. Da mesma forma, nem o relatório Árvore de Natal, nem os relatórios de performance nacional tinham medidas de desempenho em relação à ética ou de imagem de comunidade. Por isso “adotamos mais medidas do que nos foram exigidas”, disse o gerente de qualidade. O Centro Médico VA-WRJ decide quais dentre as 20 a 30 medições de cada categoria são mais importantes em relação aos temas estratégicos. (Cada tema conta com 5 ou 6 sub-temas, e alguns sub-temas são uma combinação de diversas medidas).

Engajamento do conselho

O conselho que governa o comitê executivo decide que medidas são mais críticas. “Todo ano modificamos a lista de indicadores no nosso retiro anual”, relatou o gerente de qualidade. O objetivo dos líderes do Centro Médico VA-WRJ é complementar o conjunto de medidas nacionais e alinhá-lo com as prioridades locais.

Reuniões mensais de melhoria com os gestores, e regulares com a linha de frente

Muitos anos atrás o Centro Médico VA-WRJ estava na parte inferior do relatório Árvore de Natal da VISN, o que exigia que os centros atingissem pelo menos 80% de todas as medições da VISN. Os executivos do Centro Médico VA-WRJ deram início às reuniões na primeira Sexta-Feira do mês, para discutir com todos os donos de processos como a organização estava indo e o que poderia ser feito para melhorá-la. Funcionários participaram dessas reuniões com planos de ação do tipo PDCA (Planejar-Fazer-Conferir-Agir) e fizeram atualizações de processo. O chefe de equipe comentou sobre a natureza colaborativa das discussões, notando que “a discussão interdisciplinar das medidas pelas linhas de serviço é inestimável”. Por exemplo, o diretor apoiou uma ideia de mudança de sistema (nomeando um novo gerente de caso) para ajudar o centro a atingir múltiplos requerimentos de medições de performance para pacientes internados, tais como aconselhamento para cessação de tabagismo e prevenção de assistência primária. As medições também são discutidas com funcionários de linhas de frente em reuniões de funcionários.

Combinação de equipes de projetos, e incorporação das melhorias de processos ao dia-a-dia, envolvendo padronizações

“Nós estávamos muito bem preparados quando o foco em medição do desempenho veio do VA”, o chefe de equipe do Centro Médico VA-WRJ comentou. “A filosofia de apoio da liderança tem sido fundamental”. Ele contou como tinha “montado uma equipe responsável por cada medida, independentemente se o resultado estava sendo

bom ou não. Eu não confiava nos dados, então achava mais seguro trabalhar em tudo para melhorar”. O Centro Médico VA-WRJ tem uma mistura de equipes mais formais de projetos; no entanto, a Melhoria da Qualidade (QI) é integrada às operações do dia-a-dia. “A assistência primária é provavelmente nossa linha de serviço mais madura e bem estabelecida, e levamos muito tempo tentando fazer isso da melhor forma que podemos. Muitas melhorias e padronizações foram implantadas”. Exemplos de outras iniciativas locais de melhoria incluem o programa Care Coordination Home Telehealth e o Stop Workforce Accidents Team (SWAT).

“Com o passar dos anos nós subimos na Árvore de Natal da VISN, de forma que estamos no meio dela e atingimos mais de 80%”, relatou o gerente de qualidade do Centro Médico VA-WRJ. “A diferença entre um número 1 na VISN e um número 8 pode ser minúscula, mas aos olhos da VHA, se você é número 1 [nas medições de performance], você é número 1”, disse De Gasta. “Se eu gostaria de ser número 1 naquelas medidas? Sim, mas não vou deixar de fazer [outras] coisas que eu acredito que precisamos fazer para alcançar isso”.

Tirando tempo para trabalhar na melhoria

O papel da liderança do Centro Médico VA-WRJ é equilibrar as necessidades e prioridades de toda organização. Batalden endossou a abordagem de De Gasta: “Gary acertou nisso; ele mantém espaço para trabalhar na melhoria”. Apoio, atenção e tempo para o trabalho de melhoria são essenciais. Como o presidente do sindicato

local apontou, “É necessário estar ativamente envolvido no processo de melhoria de qualidade. Você pode ser obrigado a coletar dados, mas o que você fará quando tiver esses indicadores?”.

“Tivemos dificuldades com nossas medidas de performance,” comentou De Gasta. “Aqui somos muito mais abrangentes do que apenas as medições de qualidade nacionais. Se você olhar as medidas de qualidade, nós não seremos a estrela”. O gerente de qualidade contra-atacou “Depende em que trimestre!”, sugerindo que os resultados devem ser vistos com o tempo, ao invés de um relatório por período, quando se julga performance.

Desafios de Medição da Performance (incluindo a avaliação externa)

“Você pode discutir as medições, mas se você não atingi-las e outros o fizerem, você deve se perguntar: como pode?” disse De Gasta, que continuou: “é difícil enfeitar os números quando se tem pessoas de fora coletando os dados” (os indicadores são baseados em amostras mensais aleatórias de gráficos obtidos pelo EPRP do VHA (US Department of Veterans Affairs, 2001).

O levantamento dos dados

O chefe da equipe do WRJ VAMC diz que é difícil discutir as medidas clínicas, devido às boas intenções no que toca os resultados. Ele explica que: “para mim o problema com as medidas de performance é como os dados são interpretados às vezes, por causa dos intervalos de confiança e do tamanho das amostras. Por exemplo: o indicador de aconselhamento para cessação de tabagismo pode ter como base seis ou oito dos 27 mil pacientes”. En-

tretanto, uma expansão da busca de dados está sendo cogitada para 2008 e “há muitas maneiras de fazer a extração dos dados dos registros eletrônicos para olhar para painéis completos de pacientes por provedor ao longo de todo o curso da assistência prestada, e você não precisa se preocupar tanto com o tamanho das amostras ou intervalos de confiança”.

As unidades de análise, e o potencial de se criar maus incentivos

“Éramos vistos como próximos do pior, agora somos vistos como próximos do melhor, e nenhuma das duas visões é inteiramente verdadeira por causa das dificuldades de medição”, advertiu um pesquisador clínico do WRJ VAMC preocupado com os perigos envolvidos em se fazer julgamentos globais com base em algumas poucas medições. Quando a VISN foca em certas medições, há uma forte ênfase na melhoria das mesmas, mas a que custo? A atenção é desviada de outra questão. “Qual é a unidade de análise? Este é o cerne do problema”, observou. Segundo esta visão, é perigoso mudar para medições de resultados porque existe um potencial de se criar maus incentivos. Ele observa que é importante, por exemplo, focar na qualidade do controle de pressão sanguínea da população com diabetes severa, o que pode ser complicado. Porém, a melhor forma de melhorar as medidas de desempenho de diabetes é diagnosticar mais diabéticos para que menos pacientes doentes sejam incluídos na população. Também pode ser difícil criar boas medidas para determinados diagnósticos, como populações de pacientes psiquiátricos, onde seriam necessárias medidas de status funcional e ênfase em modelos de recuperação.

Figura 6

“O que faz o WRJ (White River Junction) excelente: nosso DNA corporativo”

<p>Fatores Críticos de Sucesso</p> <p><i>“Aqueles habilidades e recursos que são imprescindíveis se você almeja o êxito a longo prazo”.</i></p>	<p>Tema Estratégico</p>	<p>Competências Fundamentais da Organização</p>	<p>Vantagens Competitivas de Mercado</p> <p><i>“Quais são as coisas mais importantes que fazemos, de maneira consistente, que atendem ou superam as expectativas do cliente ou a performance dos concorrentes”.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> Assistência segura e competente para a população de veteranos em toda a rede 	<ul style="list-style-type: none"> Excelência em Assistência Clínica e Conhecimento Clínico 	<ul style="list-style-type: none"> Especialidade Clínica (gestão de doenças crônicas, saúde mental, segurança do paciente, assistência não-institucional) Ensino e Pesquisa em Assistência à Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Excelentes resultados de Qualidade Clínica Satisfação excepcional do Paciente e de outras Partes Interessadas Afiliações Clínicas Prontuário Eletrônico modelo nacionalmente
<ul style="list-style-type: none"> Solvência Fiscal 	<ul style="list-style-type: none"> Maximização dos Recursos Financeiros 	<ul style="list-style-type: none"> Economia nos Custos (compra de grandes volumes, padronização de produtos) Geração de receita (MCCF (Coleta de Fundos para Assistência Médica dos Veteranos), acordos compart.) 	<ul style="list-style-type: none"> Mitigação das despesas pagas pelo próprio Paciente
<ul style="list-style-type: none"> Engajamento da Força de Trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> Promoção e Preservação de um Ambiente e Força de Trabalho Saudáveis 	<ul style="list-style-type: none"> Programa Federal para Geração de Empregos Provisão de um ambiente de trabalho seguro e estável (parceria forte com os Sindicatos; cultura familiar/coletiva; oportunidades de pesquisa e educação) 	<ul style="list-style-type: none"> Missão Nobre Satisfação e Apoio Substanciais por parte dos Funcionários
<ul style="list-style-type: none"> Missão e Visão do VHA Credo do WRJ 	<ul style="list-style-type: none"> Responsabilidade junto à Comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> Educação e Pesquisa Liderança Visionária Cultura Empreendedora/ Inovadora Tecnologia da Informação 	<ul style="list-style-type: none"> Contribuições para a comunidade da saúde e campo de conhecimentos Modelo de Excelência em Performance Sistemas de informação de ponta
<p>Competências Individuais Fundamentais</p> <p><i>“Quais são as habilidades e os recursos mais importantes para “criar” as vantagens de mercado”.</i></p>			
<ul style="list-style-type: none"> Pensamento Criativo Atendimento ao Cliente Flexibilidade 	<ul style="list-style-type: none"> Eficácia Interpessoal Gestão Responsável Domínio Pessoal 	<ul style="list-style-type: none"> Pensamento Sistêmico Competência Técnica 	

Fonte: Gerente de qualidade, WRJ VAMC, em 25 de setembro de 2007. Usado com autorização

O desenvolvimento de informação que seja “boa o suficiente” para guiar a organização ainda é um ponto crítico para o VA.

Prontuários eletrônicos (E-health) e sistemas de informação (com feedback para os médicos)

“Não se pode fazer o que fazemos sem prontuários eletrônicos”, observou o chefe da equipe. Os clínicos do WRJ VAMC participaram de um projeto colaborativo de diabetes abrangendo todo o estado. Eles levaram apenas dez minutos para identificar todos os seus pacientes diabéticos, em contraste com outras organizações para as quais o processo foi um grande desafio. Os registros eletrônicos formam um banco de dados extenso de onde podem ser extraídos dados para comparações clínicas. “Aqui somos pouco convencionais; fornecemos informações comparativas em uma base específica para provedores para todos os médicos, com o nome deles”, disse o chefe da equipe, algo que não é feito de forma uniforme por todo o VA ou mesmo por toda a Rede 1. Isso inclui informação detalhada sobre como os médicos estão se saindo em indicadores-chave, como hemoglobina glicada ou níveis de lipídios em seus painéis de pacientes. Segundo um dos clínicos: “Eu gosto deste tipo de feedback ... é um verdadeiro salto quântico”.

Customização dos prontuários eletrônicos

Prontuários eletrônicos também podem ser adaptados para melhorar os processos de assistência. Por exemplo: baseando-se em uma ideia de um consultor de assistência primária nacional, o chefe da equipe planeja acrescentar um

algoritmo para a lipoproteína de baixa densidade (LDL) com uma lista de passos e medicamentos, além de um “algoritmo de um clique para a dosagem”. Esta inovação vai encorajar os membros da equipe a cogitar a multi-terapia para estes pacientes. O sistema suporta o uso extensivo do WRJ VAMC de recomendações de prática clínicas e, ainda que exista “certa saturação de lembretes”, como disse o chefe da equipe, uma revisão mostrou que todos eram importantes “então mantemos todos eles”.

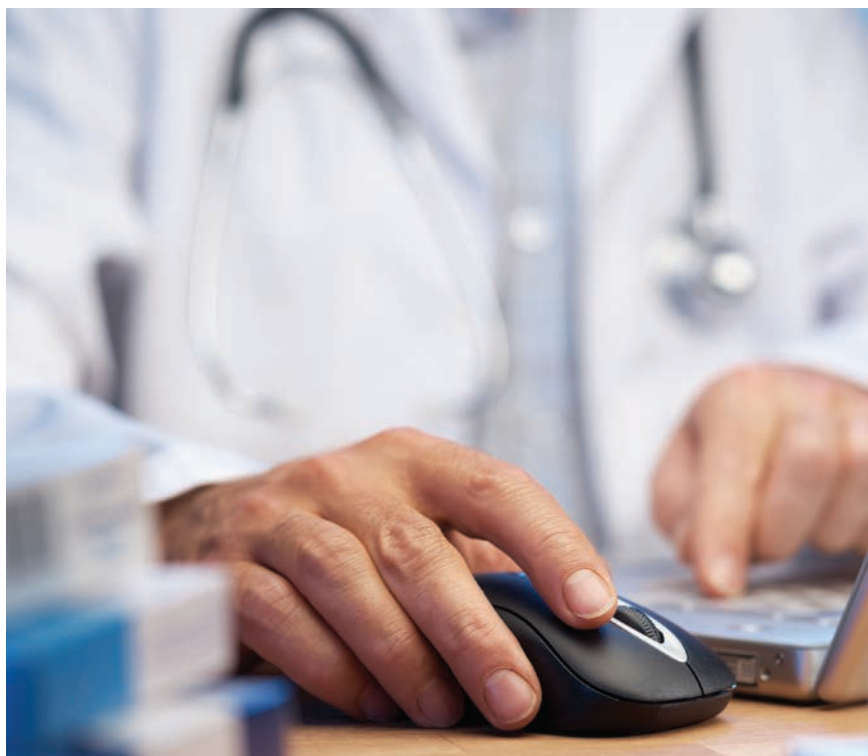
Os clínicos se pronunciaram favoravelmente sobre o prontuário eletrônico do WRJ VAMC: “faz uma grande diferença ... foi uma mudança incrível para mim poder visualizar todos os medicamentos que um paciente está utilizando”.

O WRJ VAMC e a Faculdade de Medicina de Dartmouth: “uma relação simbiótica”

O WRJ VAMC tem afiliações vigentes com um número que gira

entre 25 a 35 organizações acadêmicas, mas pode-se dizer que a influência dos contatos com a Faculdade de Medicina de Dartmouth tem sido a mais significativa. O centro tem se beneficiado enormemente de seu relacionamento com membros do grupo de Desenvolvimento de Liderança na Melhoria da Assistência à Saúde de Batalden (Healthcare Improvement Leadership Development), muitos dos quais tem como base a WRJ VAMC. “Temos uma relação simbiótica com a Faculdade de Medicina de Dartmouth. Eles precisam de nós, pois somos a sua instalação clínica primária”, disse De Gasta. O WRJ VAMC pode dar mais atenção ao ensino do que no Centro Médico Dartmouth Hitchcock (Dartmouth Hitchcock Medical School ou DHMC, que é o outro grande hospital-escola associado à Faculdade de Medicina de Dartmouth) porque a pressão por produtividade clínica não é tanta. Muitos membros da equipe médica do WRJ VAMC lecionam em Dartmouth.





Ainda que seja uma organização relativamente pequena, o WRJ VAMC abriga diversas iniciativas de pesquisa nacionais. “Temos que ser inovadores e criativos”, lembra De Gasta. “É por isso que temos aquele grupo [de pesquisa e líderes de centros nacionais] – e é muito complicado uni-los!” Pesquisadores envolvidos na organização trazem benefícios pois são, nas palavras de De Gasta, “questionadores que lançam bombas no status quo”. Os programas de pesquisa, que incluem o VA Outcomes Group Research Enhancement Award Program, o National Center for Post-Traumatic Stress Disorder e o escritório local do VA’s National Center for Patient Safety, tem uma verba anual de \$6 milhões do VA e dos Institutos Nacionais de Saúde. Pesquisadores clínicos que tem o centro como base descreveram o VA como um local que oferece apoio aos clínicos que querem fazer pesquisa e aos pesquisadores que querem continuar em contato com o trabalho clínico.

Programas de treinamento

A relação simbiótica do WRJ VAMC com Dartmouth resultou em programas e iniciativas notáveis, incluindo: Programa VA National Quality Scholars Program Patrocinado pelo Escritório de Afiliações Acadêmicas e pelo VA, o VA National Quality Scholars Fellowship Program (NQSFP) é um programa de treinamento de Melhoria da Qualidade de pós-residência com dois anos de duração desenvolvido e conduzido pelo Instituto de Políticas em Saúde e Prática Clínica de Dartmouth (Dartmouth’s Institute for Health Policy and Clinical Practice). Os associados do programa, estando cada um em um dos seis centros dos Estados Unidos estão eletronicamente unidos em esforços acadêmicos e de pesquisa. Com base em um dos seis pontos, os associados trabalham com acadêmicos sêniores (diretores do programa) professores e líderes do corpo docente. O currículo inclui teoria da Melhoria da Qualidade e metodo-

logia da pesquisa, bem como a realização e a publicação de projetos de Melhoria da Qualidade Clínica (Dartmouth College 2002b).

O WRJ VAMC é o centro de liderança do programa. O acesso clínico avançado do centro em saúde mental é um exemplo de uma ideia que começou como um projeto de estudo em qualidade e evoluiu para um programa de redesign premiado.

Avanço no acesso clínico em saúde mental (de 33 dias para 16.9 minutos)

Ao adotar uma abordagem de acesso livre e renovar seus processos para o encaminhamento, admissão e avaliação de pacientes, a clínica de saúde mental do WRJ VAMC alcançou resultados impressionantes. Apesar de o volume clínico ter aumentado, os tempos de espera para ver um especialista em saúde mental caíram de 33 dias para 16.9 minutos, e não há mais o não comparecimento dos pacientes às consultas. A clínica, que abriu em 2004, está localizada em uma clínica de assistência primária. Assim, os provedores de assistência primária podem encaminhar os pacientes diretamente para a clínica de saúde mental, sem que sejam necessários agendamentos. Um atendente registra os pacientes, que completam quatro instrumentos de avaliação utilizando touch pads. Os dados são revisados por um psiquiatra, os pacientes são triados para verificar a falta de algum teste básico (tireoide, por exemplo) e passam por entrevistas psico-sociais com terapeutas. Após a primeira visita do paciente, o plano de tratamento é iniciado e, quando necessário, é feito o encaminhamento para o serviço de internação.

Este formato de clínica de assistência colaborativa é conhecido em nível nacional como “White River Model”. O modelo recebeu prêmios do VA e da Associação Americana de Psiquiatria.

Escritório local do Centro Nacional do VA para a segurança do paciente

O WRJ VAMC é um escritório local para o respeitadíssimo Centro Nacional de Segurança do Paciente do VA (National Center for Patient Safety, ou NCPS), que tem como base Ann Arbor, em Michigan (US Department of Veterans Affairs 2007g).

O uso de analytics e análise de causa raiz, para a melhoria da segurança do paciente

Os relatórios de análise de causa raiz (RCA) de todas as instalações do VHA são encaminhados para o banco de dados do NCPS e analisados por um pesquisador médico do WRJ VAMC que chefia a agência de campo e sua equipe. A equipe procura tendências e vulnerabilidades do sistema para que se possa agir a fim de mitigar os riscos. Os membros da equipe preparam relatórios e publicam a pesquisa em nível nacional.

Análises identificaram casos que são raros do ponto de vista da instituição, e ainda assim apresentam um padrão quando inseridos no banco de dados. Por exemplo: uma série de “quase acidentes” com marcapassos foi identificada por todo o país. A partir disso, os pacientes puderam retornar para corrigir o problema. Os RCAs consomem um bom tempo para serem feitos, relatados e analisados, havendo variação nos relatórios por todo

o VHA. Já que os RCAs são úteis para a aprendizagem, o VHA implantou uma nova regra que determina que cada instalação deve realizar quatro RCAs individuais anuais e quatro revisões conjuntas (p.e. de quedas ou erros na medicação).

Centro de treinamento em segurança do paciente

O WRJ VAMC também é o centro de conexão para o novo programa VA Interprofessional Fellowship Program in Patient Safety. Este programa treinará anualmente dois indivíduos em cada uma das cinco localidades por todo o país (US Department of Veterans Affairs 2006a.)

Liderança em uma cultura de melhoria

Ao ouvir os funcionários do WRJ VAMC falarem sobre a organização da qual fazem parte, facetas interessantes da cultura organizacional ficam evidentes. Parece haver no geral um estilo interpessoal informal, positivo e colaborativo e ainda assim há motivação quando se trata de melhoria e inovação. “O diretor é ‘Gary’: seu primeiro nome é conhecido e utilizado por todos. Ficamos bastante à vontade aqui... o diretor é muito comprometido e interessado no que o pessoal de linha de frente está fazendo”, disse o diretor da linha de serviço. Como um exemplo deste estilo, De Gasta tomou emprestada uma abordagem da empresa Marriot, marcando horários com funcionários de linha de frente selecionados aleatoriamente para passar um tempo descobrindo o que está acontecendo com eles. Além disso, toda a equipe executiva adotou uma política de portas abertas. Enquanto isso, o gerente de faturamento comentou que “o

WRJ tem uma personalidade do tipo A: acontece muita inovação”.

Uma mudança de atitude para a sistematização da melhoria e inovação (o caso da multa de 1 dólar por reclamação)

A sistematização da melhoria e da inovação requeria uma mudança de atitude. “Paul Batalden nos perguntou: o que vocês precisaram desaprender para fazer o Baldrige? Tivemos que deixar de agir como vítimas. Parar de dar desculpas”, lembrou De Gasta. Como um lembrete bem-humorado, os líderes impuseram uma exigência a eles próprios de pagarem uma multa de um dólar por comentário negativo: “você tem que depositar um dólar no pote [em reuniões] se der desculpas por não alcançar as metas!”, disse De Gasta. Entretanto, o chefe da equipe disse “eu penso que é importante desmembrar nossos processos e entender cada parte, mas focar apenas nos defeitos faz você pensar que está se saindo muito mal. Eu estou inclinado a uma abordagem de investigação apreciativa”. Ele explicou como realizam as avaliações dos estudantes de medicina, analisando aqueles que estão indo mal primeiro e terminando com aqueles que estão indo muito bem. “Eu faço isso de maneira mais informal. é mais uma psicologia de tentar ser mais positivo”.

Ao ser questionado se o foco na melhoria sobreviveria à iminente mudança nas posições de liderança sêniores, um diretor de linha de serviço respondeu que “tente tirar isso de nós, boa sorte! É parte de quem nós somos aqui... muito incorporado no que fazemos”. “A melhoria da qualidade está entranhada por aqui: é nossa cultura”, afirmou o chefe da equipe.

Abordagem colaborativa (incluindo os sindicatos)

“Seguimos uma abordagem colaborativa, fazemos com que as pessoas certas se envolvam”, mas “foram anos em ciclos de melhoria para chegar a esse ponto”, observou um diretor de linha de frente. A colaboração inclui os sindicatos: “os sindicatos estão envolvidas em tudo”, disse o presidente do sindicato local, um membro da equipe do WRJ VAMC que é um examinador certificado do Carey Award. Ele realiza apresentações sobre a importância do envolvimento do sindicato na melhoria da qualidade. “Se você observar uma amostra de organizações que ganharam prêmios, verá que uma das chaves para o sucesso são relações fortes entre a força de trabalho e a gerência”. Agora existem resultados mensuráveis incluídos no processo de avaliação de performance para funcionários, o que cria uma conexão entre os processos de melhoria da qualidade do sistema e os funcionários de linha de frente.

Um diretor da linha de serviço observou que:

“Um dos desafios é mostrar aos funcionários de linha de frente que o pequeno projeto de melhoria de processos que eles estão realizando contribui para algo maior. Pode ser, em parte, um problema de linguagem. É de fato um processo de educação. A forma como engajamos os funcionários é fazer com que entendam que podem fazer mudanças nos níveis mais baixos e ver resultados, que eles podem ver uma melhoria imediata. Quando funcionários dizem que não tem tempo para participar, eu digo: você já faz isso, só que não de forma sistemática e documentada, e assim não ganha o crédito”.

“É preciso mostrar aos funcionários aqueles prêmios expostos no saguão”, disse o presidente do sindicato local. Segundo ele, fazer isso é simbólico para as realizações cumulativas de todos os esforços de melhoria na linha de frente.

Treinamento e educação

Aumentar a capacidade de melhoria requer educação e treinamento de habilidades continuados. Os empregados do VHA tem oportunidades de treinamento e de desenvolvimento de liderança bastante extensivos. O desenvolvimento de empregados e liderança é crucial para o planejamento de sucessão, já que 60% de todos os gerentes são elegíveis a aposentadoria em 2008 e 70% da equipe dentária até 2009 (diretor de serviços educativos da Rede 1).

O modelo de competências do VHA

Oito competências centrais são esperadas de todos os funcionários do VHA:

- Pensamento sistêmico
- Gestão responsável
- Competência técnica
- Serviço
- Eficácia interpessoal
- Pensamento criativo
- Flexibilidade/adaptabilidade
- Domínio pessoal

Estas expectativas nacionais são utilizadas para estruturar todos os esforços de treinamento, que também incluem treinamento obrigatório em ética organizacional, segurança digital e segurança da informação em pesquisa. O WRJ VAMC desenvolveu um diagrama e uma tabela explicativa (Figura 6) para registrar o seu “DNA corporativo”, a fim de mostrar aos membros da equipe de que forma as

competências centrais individuais se relacionam com as competências organizacionais.

Ainda que estejam disponíveis programas nacionais de educação para a melhoria da qualidade (p.e. Quality 101 e coaches college), bem como oportunidades de treinamento específicas para redes e instalações, o treinamento para a melhoria não é padronizado através de todas as instalações. A diretora da rede Rede 1 Chirico-Post alertou que “tem que haver cuidado com o sabor se sorvete do mês”. O agente de gestão da qualidade da Rede 1 complementou que “nós transmitimos os conceitos Lean e Six Sigma, mas sem a linguagem”. Todos os diretores de linha de serviço e muitos gestores tiveram treinamento em acesso clínico avançado com base no programa do IHI. O departamento de serviços de educação da rede ofereceu treinamento facilitador por anos, sobrepondo em alguns pontos ferramentas de facilitação e de melhoria.

Os líderes do WRJ VAMC ressaltaram a importância de educação e treinamento continuados para dar apoio aos esforços de melhoria dentro de seus frameworks estratégicos. Segundo um dos diretores da linha de serviço, “líderes sêniores viram valor no treinamento como um examinador do Carey para aprender sobre os critérios Baldrige e melhoria de processos. Agora que muitas pessoas em posições de liderança estão treinadas, estamos começando com os demais funcionários”. No seu centro, o currículo do programa Future Emerging Leaders (futuros Líderes Emergentes) – FUEL também inclui os critérios Carey/Baldrige e a melhoria de processos.

DESAFIOS CONTÍNUOS: EQUILIBRANDO MELHORIA COM RESPONSABILIZAÇÃO E OBSERVÂNCIA EM UM AMBIENTE MUTANTE – E POLÍTICO

A Rede 1 realizou esforços significativos na padronização dos processos e da medição do desempenho da assistência para se tornar um sistema de alta performance. Possibilitado pelo sistema de prontuário eletrônico do VHA, a rede implantou diversas diretrizes clínicas (CPGs) apoiadas com recomendações clínicas eletrônicas. Os processos são monitorados através de uma avaliação rigorosa de indicadores de performance em relatórios e scorecards trimestrais. Equipes das instalações participantes em vários colaborativos de melhoria tiveram ganhos no acesso de pacientes à assistência, segurança do paciente e medidas preventivas na assistência primária.

Entretanto, a Rede 1 e suas instalações enfrentam desafios contínuos para seus esforços de melhoria. Estes desafios surgem devido a diversos fatores, como:

- Operar no contexto de uma agência governamental nacional grande e complexa
- Um framework de responsabilização detalhado
- Um ambiente de assistência ao paciente mutante, incluindo a pressão criada pelo número crescente de veteranos advindos dos conflitos no Iraque e Afeganistão

Regras e relações governamentais

Fazer parte de uma burocracia governamental imensa implica em equilibrar “regras” centrais com a autonomia local. O orçamento anual da Rede 1 é de \$1.5 bilhão, porém um administrador em nível nacional responsabiliza o diretor da rede por \$1.000 alocados para treinamento em quatro novas posições.

As relações com membros eleitos do governo de diversos níveis também precisam ser administradas. “O congresso é realmente amigo dos veteranos e quer fazer o melhor por eles”, disse Chirico-Post. Um exemplo local é que neste ambiente altamente politizado os membros do congresso (bem como o governador de New Hampshire) são considerados partes interessadas do WRJ VAMC, e os líderes sêniores da organização

conduzem encontros trimestrais com os congressistas para discutir questões relativas ao centro médico. A alocação de programas e equipamentos e podem ser decisões políticas porque os membros do congresso buscam favorecer as instalações localizadas nas áreas que eles representam.

As alocações de orçamento também podem ser afetadas por questões que chegam à imprensa nacional. A ampla divulgação dos problemas do Walter Reed Army Medical Center do exército, por exemplo, trouxe do congresso o dinheiro para melhorias na infraestrutura. Em contraste com o congelamento de contratações e déficits com os quais os centros médicos já tiveram que lidar, eles agora tem que decidir rapidamente de que forma gastar os fundos inesperados, mas com restrições sobre como o dinheiro pode ser utilizado.



O caso do programa de benefícios de medicamentos, em paralelo à assistência externa

Com as mudanças nas decisões da política nacional, direito e cobertura de benefícios de grupos específicos de veteranos tiveram a tendência de se transformarem com frequência ao longo dos anos. Estas mudanças tiveram consequências para o planejamento e fornecimento da assistência da Rede 1. Um exemplo é que desde que o direito aos benefícios de medicamentos foi estendido a todos os veteranos, muitos pacientes optaram por obter seus medicamentos do sistema VHA. Entretanto, essas mesmas pessoas também procuram assistência fora do sistema. Em torno de 40% dos pacientes do VHA são geridos simultaneamente por provedores do setor privado, de quem podem receber diversos procedimentos de ponta. Esta situação pode criar problemas de segurança relacionados ao monitoramento e ao ajuste de medicação, por exemplo, quando os veteranos recebem medicamentos pós-transplante do VHA enquanto a própria assistência do transplante é feita em outro local.

A cobrança de resultados, mesmo em um contexto de saúde pública

“É de suma importância reconhecer que trabalhamos em um ambiente político: temos que dançar conforme a música da política”, disse De Gasta. Uma vantagem de fazer parte da rede é que já que a Rede 1 é responsabilizada pela performance dos centros médicos locais, ela também reconhece a identidade única de cada um deles. A rede funciona como um “amortecedor” entre o nível nacional e as organizações locais, dando certa abertura para

iniciativas e inovação locais. Embora todos os centros médicos do VA sejam responsabilizados pelas suas performances em medições comuns, o tamanho reduzido e a localização do WRJ VAMC também pode contribuir para que ele seja mais independente “O White River Junction é pequeno o suficiente para permitir maior flexibilidade em relação aos centros maiores. Deixar que o White River Junction ande com a coleira mais solta é menos arriscado”, sugeriu Batalden. De Gasta também descreveu o seu papel de líder sênior como sendo, em parte, proteger os membros da equipe e ajudá-los a entender as iniciativas e mudanças nacionais. Dando indicativos da frequência com que a organização se defronta com mudanças, De Gasta comentou: “eu tenho um quadro magnético da organização para que ele possa ser alterado toda a semana, ao invés de pagar \$400 para reimprimi-lo cada vez que o governo muda as coisas!”.

Padronização e medição de desempenho – melhoria ou observância?

Houve uma ênfase forte na padronização de equipamentos, processos e procedimentos por toda a Rede 1. Entretanto, Chirico-Post ressaltou que esse é um desafio contínuo: “como levar o que resta naquelas instalações para uma abordagem padronizada?”. Ela também comentou sobre as limitações das medidas de performance e a dificuldade de estar ciente do quão bem as oito instalações que compõem a rede prestam a assistência. Já que o programa de lesão da medula é tão focado, há informações relativamente boas sobre a performance do programa. Entretanto, em outras linhas de serviço (por exemplo, na geriatria) as medições não são tão claras assim. Apesar da ênfase na

uniformização da medição e padronização de performance, tanto em nível nacional quanto dentro da Rede 1, ainda existe variação nos processos, estruturas e culturas por todas organizações participantes. “Se você viu uma rede, você viu uma rede”, afirmou Chirico-Post.

A forte pressão para atingir determinadas medidas de performance pode estimular palestras sobre observância, bem como atividades de melhoria. Muitos funcionários da equipe da Rede 1 comentaram que a preocupação com o conjunto de medições pode tirar a atenção de outras questões importantes. Muitos também disseram que pode ser difícil acompanhar metas que variam constantemente.

Envelhecimento da população e diminuição do número de pacientes

A Rede 1 e os seus centros médicos enfrentam muita pressão em um cenário em mudança. Entre 2007 e 2012 projeta-se que o número de veteranos na Rede 1 com mais de 85 anos cresça em 47%, enquanto o número geral de veteranos na Nova Inglaterra é estimado para diminuir em 42% até 2023 (VA New England Healthcare System 2006c). Uma população mais velha demanda serviços mais intensivos e caros, o que aumenta a pressão sobre o sistema. O WRJ VAMC também enfrenta desafios quanto aos recursos. Um exemplo são as questões relacionadas ao transporte, que são mais difíceis de resolver por se tratar de um centro rural.

Os recursos necessários para a mudança para a rede primária

De Gasta declarou que “o modelo Kizer presumiu que haveria uma economia nos custos ao mudar

da assistência aguda para a primária, mas os recursos não estão lá. Continuamos precisando fornecer assistência especializada e aguda, e estamos atendendo o dobro de pacientes agora”. Paralelamente, a população decrescente de veteranos acabou incentivando discussões sobre o futuro do VHA.

Liderança e rotatividade dos funcionários

As organizações da Rede 1 se beneficiaram da estabilidade e da longa permanência das posições de liderança. Porém, muitos membros da equipe estão aptos a se aposentarem a curto prazo. O planejamento de sucessão e a garantia de que novos líderes estão sendo desenvolvidos em outras posições vem sendo intensificados como prio-

riedades da rede. O chefe de equipe do WRJ VAMC apontou que “normalmente temos uma baixa rotatividade de cargos, mas pessoas com uma extensa memória institucional estão se aposentando”. Se por um lado o recrutamento pode ser desafiador, por outro o WRJ VAMC obteve sucesso em certas áreas, como na atração de médicos de assistência primária.

A mudança de líderes e funcionários testará tanto a Rede 1 em geral como o WRJ VAMC em especial (Chirico-Post aposentou-se em março de 2008 e De Gasta no final de 2007). Será que a cultura de melhoria da rede penetrou nas organizações, ou será que a extensa memória institucional vai partir junto com indivíduos-chave? Em pouco mais de uma década, o

VHA passou de uma organização criticada pelas suas deficiências em qualidade e segurança da assistência para uma organização de alta performance que obteve resultados melhores do que outras instalações que não integram o VA. Estas conquistas tiveram início com programas de mudanças de políticas que desviaram o VA de seu foco na assistência a pacientes internados em instalações bastante independentes, mas com uma responsabilização pelos resultados muito limitada. O novo VA tornou-se um sistema orientado para resultados que fez do acesso à assistência uma prioridade, integrando serviços por toda a rede. Os desafios de manter as melhorias neste sistema de prestação de serviços altamente complexo demandarão uma contínua e forte liderança.



ANEXO 1

Performance do Programa do Veteran Affairs entre os períodos de 1994-1995 até 2000

Tipo de cuidado e ambiente do serviço	Ano fiscal					Probabilidade para Tendências
	1994 - 1995	1997	1998	1999	2000	
	Por cento (nº de pacientes que estavam de acordo com os critérios/ nº total de pacientes aptos)					
Cuidado preventivo						
Mamografia	64 (1761/2751)	87 (2238/2572)	89 (2629/2954)	91 (3355/3687)	90 (3260/3622)	<0.001
Vacinação contra gripe	28 (12,008/42,896)	61 (26,057/42,717)	67 (28,384/42,405)	75 (29,377/39,102)	78 (32,808/42,061)	<0.001
Vacinação contra meningite meningocócica	27 (11,461/42,806)	60 (20,592/34,182)	71 (31,758/44,867)	77 (31,906/41,524)	81 (36,030/44,481)	<0.001
Rastreamento de câncer colorretal	33 (8760/26,544)	62 (26,356/42,510)	72 (29,993/41,657)	72 (31,672/43,989)	68 (29,556/43,465)	<0.001
Rastreamento de câncer cervical	62 (2738/4416)	90 (4514/5016)	93 (3857/4147)	94 (4002/4257)	93 (3568/3837)	<0.001
Pacientes ambulatorio						
Diabetes						
Medição anual da hemoglobina glicada	51 (2358/4624)	84 (6364/7576)	90 (5712/6347)	94 (6835/7271)	94 (24,222/25,768)	<0.001
Exame anual dos olhos (oftalmológico)	48 (2220/4624)	69 (5227/7576)	72 (4570/6347)	73 (5344/7271)	67 (16,290/24,314)	<0.001
Rastreamento de lipídios semestral	NM	NM	64 (4062/6347)	71 (5128/7271)	89 (22,934/25,768)	<0.001
Hipertensão						
Pressão sanguínea > 140 / 90 mm Hg	25 (200/800)†	NM	NM	41 (5974/14,626)	46 (4809/10,455)	<0.001
Depressão						
Rastreamento anual	NM	NM	44 (15,336/34,855)	62 (27,952/45,084)	73 (34,644/47,359)	<0.001
Paciente Internado						
Infarto agudo do miocárdio						
Aspirina dentro de 24 horas após infarto do miocárdio	NM	NM	92 (3070/3348)	92 (4786/5182)	93 (5505/5919)	000
Aspirina na alta	89 (761/855)	92 (988/1074)	95 (1125/1184)	97 (1782/1837)	98 (3631/3705)	<0.001
Bloqueador beta na alta	70 (594/849)	83 (891/1074)	93 (1106/1189)	94 (1727/1837)	95 (3520/3705)	<0.001
Inibidores da ECA se fração de ejeção < 40%	NM	NM	NM	NM	90 (877/974)	NA
Cessaçao de fumar	NM	NM	NM	NM	62 (2297/3705)	NA
Insuficiência cardíaca congestiva						
Checagem da fração de ejeção	NM	NM	NM	92 (4030/4380)	94 (12,571/13,373)	NA
Inibidor de ECA se fração de ejeção < 40%	NM	NM	NM	94 (4117/4380)	93 (12,437/13,373)	NA

Nota: NM = Não Medido / NA = Não se Aplica

Referências

- Baldrige National Quality Program. 2007. National Institute of Standards and Technology. Gaithersburg, MD: Author. Retrieved November 4, 2007. < <http://baldrige.nist.gov/> >
- Batalden, P.B. and J.J. Mohr. 1997. "Building Knowledge of Healthcare as a System." *Quality Management in Health Care* 5(3): 1-12.
- Dartmouth College. 2002a. Health Care Improvement Leadership Development. Hanover, NH: Author. Retrieved October 7, 2007. < <http://www.dartmouth.edu/~cecs/hcild/hcild.html> >
- Dartmouth College. 2002b. VA National Quality Scholars Program. Hanover, NH: Author. Retrieved October 7, 2007. < <http://www.dartmouth.edu/~cecs/fellowships/vaqs.html> >
- Institute for Healthcare Improvement. nd. Reducing Waiting Times: Veterans Health Administration. Boston: Author. Retrieved October 8, 2007. < <http://www.ihl.org/IHI/Topics/OfficePractices/Access/ImprovementStories/ReducingWaitingTimesVeteransHealthAdministration.htm> >
- Jha, A.K., J.B. Perlin, K.W. Kizer and R.A. Dudley. 2003. "Effect of Transformation of the Veterans Affairs Health Care System on the Quality of Care." *New England Journal of Medicine* 348: 2218-2227.
- Kizer, K.W. 1995. *Vision for Change: A Plan to Restructure the Veterans Health Administration*. Washington, DC: US Department of Veterans Affairs. Retrieved October 20, 2007. < <http://www.va.gov/vhareorg/VISION/2CHAP1.pdf> >
- Kizer, K.W. 1996. *Prescription for Change: The Guiding Principles and Strategic Objectives Underlying the Transformation of the Veterans Healthcare System*. Washington, DC: US Department of Veterans Affairs. Retrieved October 20, 2007. < <http://www.va.gov/vhareorg/rxweb.pdf> >
- Kizer, K.W., J.G. Demakis and J. R. Feussner. 2000. "Reinventing VA Health Care: Systematizing Quality Improvement and Quality Innovation." *Medical Care* 38(6): I7-I16.
- Parlier, R.L. 2003. *Improvement Report: Advanced Clinic Access Initiative*. Boston: Institute for Healthcare Improvement. Retrieved October 8, 2007. < <http://www.ihl.org/IHI/Topics/OfficePractices/Access/ImprovementStories/MemberReportAdvancedClinicAccessInitiative.htm> >
- US Department of Veterans Affairs. 2001. *Veterans Health Administration. VHA Directive 2001-015, External Peer Review Program*. Washington, DC: Author. Retrieved October 20, 2007. < http://www.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub_ID=103 >
- US Department of Veterans Affairs. 2006a. *Office of Academic Affiliations. VA Interprofessional Fellowship Program in Patient Safety*. Washington, DC: Author. Retrieved October 8, 2007. < http://www.va.gov/oaa/specialfellows/programs/SF_patient_safety.asp?p=17 >
- US Department of Veterans Affairs. 2006b. *Rede 1 Announces Kizer Award Grants Selected for Funding*. Washington, DC: Author. Retrieved October 17, 2007. < http://www.va.gov/VISN1/news/docs/NewsGlance06_11.asp >
- US Department of Veterans Affairs. 2006c. *VA Office of Policy and Planning. Desk Guides, Training, and Technical Assistance. Robert W. Carey Performance Excellence Award. Judge's Desk Guide*. Washington, DC: Author. Retrieved November 4, 2007. < <http://www.va.gov/op3/page.cfm?pg=46> >
- US Department of Veterans Affairs. 2006d. *Office of Quality and Performance. VA/DOD Clinical Practice Guidelines*. Washington, DC: Author. Retrieved October 20, 2007. < <http://www.oqp.med.va.gov/cpg/cpg.htm> >
- US Department of Veterans Affairs. 2006e. *VA VistA Innovations Award*. Washington, DC: Author. Retrieved October 10, 2007. < <http://www.innovations.va.gov/> >
- US Department of Veterans Affairs. 2006f. *VistA, Winner of the 2006 Innovations in American Government Award*. Washington, DC: Author. Retrieved October 8, 2007. < <http://www.innovations.va.gov/> >

Referências

www.innovations.va.gov/innovations/docs/InnovationsVistAInfoPackage.pdf >

US Department of Veterans Affairs.2007a. VA New England Healthcare System.About Us. Washington, DC: Author. Retrieved October 8, 2007.< <http://www.visn1.med.va.gov/network/index.asp> >

US Department of Veterans Affairs.2007b. VA New England Healthcare System.Mission, Vision, and Values. Washington, DC: Author. Retrieved October 8, 2007.<<http://www.visn1.med.va.gov/network/mission.asp> >

US Department of Veterans Affairs.2007c. VA New England Healthcare System.Service Lines. Washington, DC: Author. Retrieved October 7, 2007.< <http://www.visn1.med.va.gov/servicelines/> >

US Department of Veterans Affairs.2007d. Office of Quality and Performance.About Us. Washington, DC: Author. Retrieved October 20, 2007.< http://www.oqp.med.va.gov/general/about_us.asp >

US Department of Veterans Affairs.2007e. VA Boston Healthcare System. Washington, DC: Author. Retrieved October 7, 2007.< <http://www.boston.va.gov/> >

US Department of Veterans Affairs. 2007f. VAMC White River Junction, VT. Washington, DC: Author. Retrieved October 8, 2007.< <http://www.whiteriver.va.gov/about/index.asp> >

US Department of Veterans Affairs.2007g. VA National Center for Patient Safety. Washington, DC: Author. Retrieved October 7, 2007.< <http://www.va.gov/NCPS/> >

VA Medical Center White River Junction.2007. Malcolm Baldrige Award Application. White River Junction, VT: Author. (Document provided by WRJMC staff on September 12, 2007.)

VA New England Healthcare System.2006a. Annual Report 2006. Bedford, MA: Author. Document provided by Rede 1 headquarters staff on September 11, 2007.

VA New England Healthcare System. 2006b. Care Coordination Home Telehealth Program: Performance Improvement Utilization Report Presented August 2006, OCC Conditions of Participation Review. Bedford, MA: Author. PowerPoint slides provided by program manager on September 12, 2007.

VA New England Healthcare System. 2006c. Stage 2: Strategic Plan for FY 2006-2010. Bedford, MA: Author. Document provided by Rede 1 headquarters staff on September 11, 2007.

VA New England Healthcare System. 2007. The Secretary's Robert W. Carey Performance Excellence Awards. 2007 Application. Bedford, MA: Author. Document provided by Rede 1 headquarters staff on September 11, 2007.

VHA internal documents and databases; General Accounting Office, Veterans' Affairs: Progress and Challenges in Transforming Health Care, GAO/T-HEHS-99-109 9 (April 1999).

A.T. Kearney é uma empresa global formada por indivíduos colaborativos, inovadores e com visão de futuro, que produzem resultados imediatos e significativos, gerando diferenciais competitivos transformadores para nossos clientes no longo prazo.

Desde 1926, somos assessores de confiança em assuntos relacionados à agenda do CEO em organizações líderes no mundo nas principais indústrias e setores. Os escritórios da A.T. Kearney estão localizados nos maiores centros de negócio em 40 países.

Para mais informações, reimprimir ou traduzir esse trabalho, e toda outra correspondência, envie um e-mail para saopaulo_marketing@atkearney.com.

© 2014, A.T. Kearney, Inc.
Todos os direitos reservados.

ATKearney

