

AValiação da Qualidade em Saúde sob a Perspectiva da Enfermagem

Data de aceite: 21/01/2023

Diovane Ghignatti da Costa

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

Gisela Maria Schebella Souto de Moura

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

Francis Ghignatti da Costa

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

tópicos que retratam essa experiência de proximidade com a avaliação em saúde, em diferentes níveis hierárquicos e espaços em que uma enfermeira pode atuar. Compartilha-se desde a responsabilidade pelo cuidado a pacientes¹ e pela equipe de enfermagem em um turno de trabalho, até a coordenação de grandes equipes, incluindo a multiprofissional, bem como experiências de avaliação em saúde vivenciadas no último nível hierárquico de um organograma institucional, o qual corresponde à alta gestão de um hospital.

A atuação da dimensão do “Ser Enfermeiro” é ampla. Isso mesmo! A enfermagem preenche diversos espaços nos serviços de saúde e participa ativamente da sua avaliação, em todos os níveis, principalmente, em instituições que adotam um modelo de gestão participativa voltada para a qualidade e segurança, na

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, percorre-se a temática avaliação em saúde com foco na qualificação dos processos assistenciais, destacando-se o papel protagonista da enfermagem na gestão da qualidade. Com o intuito de ilustrar o trabalho vivo¹ de uma enfermeira no desenvolvimento de atividades acerca dessa temática, em um hospital de grande porte, explora-se alguns

I. Na Engenharia de Resiliência, trabalho vivo é um termo que representa o desenvolvimento de atividades laborais em um contexto complexo, no qual há capacidade de adaptação e flexibilização em resposta a um sistema resiliente que busca alcançar os resultados propostos³.

II. Ao longo do texto adota-se os termos pacientes, usuários e clientes, referindo-se ao indivíduo que recebe um serviço, considerando o uso dos termos, respectivamente, na literatura internacional, na nacional e especificamente no referencial de *marketing* de serviços.

qual a avaliação é contemplada desde a concepção do seu planejamento estratégico. Percebe-se, portanto, que a avaliação em saúde, quando realizada com o propósito de qualificar o serviço por meio da melhoria contínua, apresenta uma relação intrínseca com o planejamento estratégico do serviço, na medida em que as evidências obtidas por meio da avaliação direcionam as ações estratégicas da instituição¹.

Demarca-se, que desenvolver atividades na perspectiva da gestão da qualidade requer sustentação em referenciais teóricos, pois facilitam o processamento das informações, organizam o raciocínio e reflexões, alinham perspectivas e valores que emergem das relações profissionais e subsidiam uma série de elementos que apoiam a tomada de decisão. Vale a reflexão de cada um, neste momento, sobre qual ou quais referenciais teóricos têm sido empregados nas práticas profissionais adotadas até então? No relato desse caso, o que sustentou a condução inicial dos processos avaliativos foi o referencial de Grupo Operativo de Pichón Rivière², inicialmente utilizado para compreensão e intervenção no trabalho em equipe, considerando o imbricamento entre processo grupal e trabalho em equipe.

A seguir, a experiência dessa enfermeira profissional que ilustra este capítulo oportunizou entrar em contato com a sistematização da avaliação da qualidade proposta por Donabedian, que desde a década de 70 vem suscitando organizações, gestores, prestadores de serviços e pesquisadores do mundo todo, com a tríade de avaliação composta por itens relacionados à estrutura, aos processos e aos resultados dos serviços de saúde, sobretudo por engajar o paciente na avaliação em saúde⁴. Esse referencial abriu o campo sobre as características inerentes aos serviços, descritas pela área de conhecimento do *Marketing* de Serviços⁵ e, também, para o conceito e dimensões da qualidade⁶⁻⁷. Apesar de passadas várias décadas, a concepção de Donabedian continua atual, pois segue como fonte inspiradora para o *Institute of Medicine*⁸ e, nacionalmente, para o Programa Nacional de Segurança do Paciente⁹, cujas ações sustentam o movimento para melhoria da segurança do paciente.

Ressalta-se que tais referenciais, aqui, por enquanto somente citados, constituíram a espinha dorsal da avaliação em saúde na perspectiva do trabalho vivo de uma enfermeira em um hospital, por oportunizarem a complementariedade de saberes e técnicas para a avaliação da estrutura dos serviços, dos processos e dos resultados, na busca por qualificar a assistência, provendo os recursos necessários e otimizando processos para atingir os desfechos esperados. A seguir, apresenta-se didaticamente como tudo isso foi aplicado na prática, integrando conceitos e vivências.

AValiação DA QUALIDADE EM SAÚDE

O modelo de avaliação da qualidade em saúde proposto por Donabedian é considerado um marco na avaliação de forma sistematizada, o qual inspirou-se nos conceitos da Teoria de Sistemas (TS), aplicando-os ao contexto dos serviços de saúde, definindo a tríade que compõe a qualidade dos cuidados em saúde como um sistema, a qual subsidia a avaliação⁴.

A partir da base epistemológica da TS, Donabedian conceituou qualidade em saúde, a qual consiste em um conjunto de atributos relacionados à excelência profissional, ao uso eficiente de recursos, a um mínimo risco ao paciente e à elevada satisfação por parte dos pacientes⁶. A TS postula que uma ação que produza mudança em uma das unidades do sistema produzirá mudanças nas demais unidades que compõem esse sistema. Com isso, o sistema sempre reagirá globalmente a qualquer estímulo produzido em qualquer parte ou unidade. A complexidade do sistema é definida de acordo com o número de subsistemas que o compõe, considerando a inter-relação existente entre eles. Os sistemas consistem em uma série de atividades e processos que fazem parte de um todo, condição que remete à conectividade, integração e totalidade.

A sistematização donabediana considera que os serviços de saúde apresentavam características de sistemas complexos, transpondo a complexidade descrita na TS para esta área de atuação. Por conseguinte, definiu-se que a qualidade dos cuidados em saúde poderia ser avaliada a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*⁶.

Além dos elementos considerados concretos, que demarcam maior facilidade em serem medidos, o autor descreve outros, que alcançam aspectos subjacentes na produção dos cuidados e, que, repercutem diretamente na avaliação da qualidade. Esses dizem respeito à performance dos profissionais, tanto de ordem técnica como de ordem interpessoal, pois sabe-se que as melhores práticas nessas dimensões podem produzir melhorias na saúde.

No quadro 1, descrevem-se alguns exemplos de itens que compõem a avaliação em saúde com base na tríade donabediana. Nota-se que é possível acompanhar o desempenho de cada componente por meio de indicadores, os quais constituem ferramentas de gestão que orientam o caminho para alcançar os resultados esperados. A enfermagem utiliza diversos indicadores de qualidade para acompanhar os resultados e melhorar os processos assistenciais¹⁰⁻¹¹.

Triáde/ Componentes	Descrição	Indicadores – exemplos sugeridos pelas autoras
Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso ao serviço - Área física - Equipamentos - Recursos humanos - Recursos financeiros - Sistema de Informações - Condições organizacionais (ex: estrutura para acompanhante) 	<ul style="list-style-type: none"> - taxa de rotatividade dos leitos (análise da demanda atendida) - carga de trabalho da equipe por nível de complexidade de cuidado - nº de cirurgias por especialidade contratualizadas com o gestor/ demanda social de cirurgia - nº de computadores para acesso ao prontuário eletrônico/ número de profissionais do setor por turno - nº de pacientes com indicação de acompanhantes/nº de poltronas disponíveis
Processo	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimentos operacionais padrão (POPs) - Protocolos assistenciais - Cuidados prestados segundo padrões técnicos científicos - Utilização dos recursos nos seus aspectos qualitativos e quantitativos 	<ul style="list-style-type: none"> - taxa de erros de medicação - tempo de atendimento ao paciente em protocolo de acidente vascular cerebral - taxa de quedas de pacientes - taxa de lesão por pressão - taxa de infecção urinária associada a cateterismo vesical - quantidade de insumos especializados utilizados/ nº de atendimentos classificados como especializados
Resultado	<ul style="list-style-type: none"> - Mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes - Conhecimento - Comportamento - Satisfação 	<ul style="list-style-type: none"> - taxa de infecção hospitalar - taxa de reinternação - taxa de mortalidade - taxa de acidente de trabalho - nível de conhecimento para o autocuidado - taxa de satisfação do paciente

Quadro 1 - Elementos que compõem a tríade Donabediana

Fonte: Adaptado livremente de Donabedian⁷.

A avaliação integrada da tríade proposta por Donabedian é um meio de acompanhar os resultados de desempenho assistencial, obtendo-se condições de conhecer as razões das diferenças encontradas por meio de avaliações sistemáticas de processos e estrutura.

Chama-se atenção aqui, para a experiência que serve de pano de fundo para a integração dos conceitos à prática profissional de uma enfermeira, na qual é possível verificar a aplicação dessa sistematização, que pode ter impacto no desempenho de um único turno de trabalho e, ainda, contribuir com a avaliação de desempenho do setor

ou de um conjunto de unidades, em relação às metas operacionais e estratégicas^{III}. Primeiramente, analisa-se os componentes estrutura e processo, por exemplo, partindo do conhecimento do perfil epidemiológico-clínico-cirúrgico de pacientes atendidos. Com base nessa análise, acompanha-se e realiza-se os cuidados junto à equipe de enfermagem, a fim de verificar se a equipe demonstra competências para a execução dos cuidados, atendendo às especificidades individuais dos pacientes e aos padrões técnico-científicos instituídos. Caso atenda, registra-se por meio de evidências, a fim de fornecer *feedback* positivo à equipe de enfermagem, em um momento de reunião de turno, por exemplo. Caso verifique-se que há oportunidades de melhoria no desempenho operacional, analisa-se o processo de atendimento, em relação à capacitação profissional, à definição institucional do padrão técnico-científico a ser adotado nos cuidados (POPs), ao equilíbrio da capacidade e demanda, equipamentos e insumos disponíveis, considerando o perfil de complexidade dos cuidados de enfermagem. Tais informações, irão subsidiar uma análise do desempenho da unidade em geral, considerando os diferentes turnos.

Por vezes, quando a enfermeira de um turno realiza análises pautadas em conhecimento sistematizado pode gerar perplexidade, sobretudo, por demonstrar conhecimento gerencial, integrando à prática clínica as demais competências de cunho gerencial destacadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem¹². No entanto, consta na literatura, o quanto a enfermagem vem despontando na liderança de processos de melhoria da qualidade, com base em análises de indicadores sustentadas em referenciais teóricos que integram diferentes áreas de conhecimento^{10-11,13}.

E o componente resultado da tríade Donabediana? Falta relatar sobre como se deu o acompanhamento dos resultados. Efetivamente, todo novo profissional de um serviço de saúde, ao iniciar suas atividades, após receber algum nível de capacitação sobre rotinas assistenciais e administrativas básicas para um desempenho razoável, deveria questionar sobre quais resultados são esperados do trabalho dele e do conjunto da unidade ao qual faz parte. Esta etapa é crucial para a qualidade assistencial e para integrar esse novo colaborador aos propósitos institucionais, que às vezes parecem muito distantes de quem está na linha de frente assistencial.

A experiência relatada possibilitou entender alguns objetivos institucionais desdobrados ao nível da unidade e do turno, tais como: média de permanência hospitalar, taxa de infecção, taxa de satisfação do paciente, taxa de acidente de trabalho, entre outros. Esses indicadores acompanhados institucionalmente apresentam relação direta com o desempenho de cada unidade, com a estrutura disponível e com a definição dos processos.

Essa inter-relação entre os componentes da tríade é esperada, pois tem-se por base

III. As metas operacionais dizem respeito ao acompanhamento do desempenho de diferentes setores que, em seu conjunto, contribuem para o alcance de metas estratégicas, em nível organizacional

que ao serem atendidas as características dos componentes estrutura e processo, é mais provável que o resultado esperado seja alcançado, expresso na capacidade do serviço atingir seus objetivos, propiciando melhoria das condições de saúde dos pacientes⁶. Considera-se também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do paciente e do trabalhador ligadas ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente¹⁴.

Há que se destacar que o contexto e a cultura organizacional influem no comportamento dos profissionais, no sentido de instigar apropriação dos resultados, o que significa que cada um sabe o quanto está contribuindo ou pode contribuir para o alcance das metas institucionais, por seu desempenho individual que reflete no desempenho coletivo. Essa instituição hospitalar que está servindo de exemplo para a compreensão da relação entre avaliação em saúde, estratégia, objetivos em diferentes níveis da organização e metas, tem por característica oportunizar avaliações por órgãos certificadores, além dos órgãos de avaliação compulsória, relacionadas a dispositivos legais ou de controle. Citam-se alguns órgãos dessa experiência: a Organização Nacional de Acreditação (ONA), a *Joint Commission International* (JCI), o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e seus desdobramentos de Vigilância Sanitária a nível estadual e municipal, além dos conselhos profissionais, entre outros.

O propósito das avaliações, independente de qual órgão a executa é verificar se a utilização dos recursos em seus aspectos quantitativos e qualitativos são coerentes e atendem aos objetivos do Sistema Único de Saúde, às normativas legais vigentes e aos padrões técnico-científicos baseados nas melhores evidências. Na perspectiva da avaliação em saúde, tais objetivos remetem à particularidade das dimensões da qualidade, descritas na seção seguinte. Adiante, retoma-se alguns aspectos sobre dispositivos e órgãos de avaliação, dos tipos interna ou externa e, ainda, nacional ou internacional.

DIMENSÕES DA QUALIDADE NA CONCEPÇÃO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE

As dimensões da qualidade foram inicialmente descritas pela área do *marketing* de serviços¹⁵ e compreendem confiabilidade, responsividade, segurança, empatia e elementos tangíveis. O conjunto dessas dimensões constituem condutores da qualidade do serviço, cujos elementos avaliados vão desde a capacidade de executar o serviço de forma confiável, em tempo oportuno, com segurança, mediante atenção individualizada, com equipe capacitada e em instalações físicas adequadas.

No Brasil, demarca-se que o Programa Nacional de Segurança do Paciente orienta, para avaliação da qualidade do cuidado em saúde, os pressupostos difundidos por

Donabedian na década de 80 e pelo *Institute of Medicine* (IOM) no início dos anos 2000⁹. Os pressupostos de Donabedian⁷ são sintetizados em atributos que compõem os sete Pilares da Qualidade. Já, os pressupostos do IOM⁽⁸⁾ compõem as dimensões da qualidade, ambos descritos a seguir.

Para Donabedian⁷ as dimensões da qualidade compreendem diversos atributos, descritos por ele em sete Pilares da Qualidade, conforme apresenta-se no Quadro 2. A magnitude da qualidade é expressa mediante a avaliação desses atributos, quer seja isoladamente ou em uma variedade de combinações.

Eficácia	Habilidade da ciência e tecnologia do cuidado de saúde em realizar melhoria no estado de saúde quando utilizada em circunstâncias específicas
Efetividade	Grau em que a melhoria é atingida. Implica na comparação entre o desempenho realizado e aquele indicado pela ciência e tecnologia, idealmente ou sob circunstâncias específicas. A efetividade é um conceito relativo
Eficiência	Habilidade em reduzir o custo do cuidado sem diminuir as melhorias nas condições de saúde
Otimização	Balanço das melhorias nas condições de saúde comparadas com o custo de tais melhorias
Aceitabilidade	Grau de conformidade do cuidado aos desejos, vontades e expectativas do paciente e de seus familiares
Legitimidade	Conformidade com as preferências sociais, expressas em princípios éticos, valores, normas, leis e regulamentações
Equidade	Determina o que é justo e razoável na distribuição do cuidado de saúde e dos seus benefícios entre os membros de uma população

Quadro 2 - Sete Pilares da Qualidade de Donabedian

Fonte: Adaptado livremente de Donabedian⁷.

As dimensões da qualidade descritas pelo *Institute of Medicine*⁸ no relatório *Crossing the Quality Chasm*, “Cruzando o abismo da qualidade”, publicado logo a seguir do relatório “Errar é Humano”, congregam um sistema proposto para prevenir e mitigar erros decorrentes da assistência em saúde, demarcando pontos relevantes a serem considerados para reinventar o sistema de saúde. A aplicação dessas dimensões requer o planejamento de ações inovadoras a serem desenvolvidas de maneira integrada entre formuladores de políticas de saúde, prestadores de serviços, agências financiadoras, profissionais e usuários dos serviços de saúde.

As dimensões da qualidade visam orientar a execução do cuidado em saúde, para que seja seguro, eficaz, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo. O Quadro 3 apresenta as definições assumidas por esse referencial:

Seguro	Prevenção de danos aos pacientes decorrentes dos cuidados que se destinam a melhorar sua condição de saúde
Eficaz	Oferta de serviços com base em conhecimento científico àqueles que se beneficiarão dos mesmos, evitando àqueles que, provavelmente, não se beneficiarão
Centrado no Paciente	Oferta de atendimento respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais do paciente, garantindo que esses valores orientem as decisões clínicas
Oportuno	Redução do tempo de espera, expectativas e atrasos nocivos tanto ao paciente como equipes
Eficiente	Prevenção de desperdício, incluindo equipamentos, suprimentos, ideias e energia
Equitativo	Oferta de cuidados que não variam em qualidade por distinção de características como gênero, etnia, localização geográfica e socioeconômicas

Quadro 3 - Dimensões da Qualidade segundo *Institute of Medicine*

Fonte: IOM⁸.

O documento destaca que um sistema de saúde que invista nessas seis áreas tem condições de atender às necessidades dos atores envolvidos no cuidado em saúde, sejam pacientes, membros da equipe de saúde, instituições e sociedade. Essas dimensões da qualidade estão relacionadas a melhores desfechos clínicos, tomadas de decisão compartilhada e satisfação do paciente¹⁶.

Segundo a definição do atributo denominado aceitabilidade por Donabedian⁷, que compõe um dos sete pilares da qualidade descrito pelo autor, é possível verificar a relação intrínseca conceitual à dimensão da qualidade referente ao cuidado centrado no paciente, descrita pelo *Institute of Medicine*⁸. Para Donabedian, a aceitabilidade refere-se à necessidade de o cuidado em saúde considerar os desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias⁷. Segundo o autor, esse atributo depende da avaliação subjetiva do paciente sobre outros atributos, como efetividade, eficiência e otimização do serviço. Acrescenta, ainda, outros aspectos tais como acessibilidade, relação paciente-profissional e amenidades, as quais caracterizam o ambiente de atendimento.

Quando se trabalha na linha de frente dos cuidados, ou em diferentes níveis hierárquicos de um hospital e, se organiza as ações tomando-se como premissa a base conceitual das dimensões da qualidade, o profissional se mune de um conhecimento diferenciado, que abre espaço para uma discussão ampla sobre diversos aspectos que envolvem a assistência em saúde e a gestão do cuidado. Então, a análise que advém da avaliação em saúde fica robusta, pautada em evidências, sendo capaz de transformar realidades, quando associada ao planejamento estratégico e operacional, ampliando o foco de ação e atuação na instituição. Sim, as evidências oriundas da avaliação em saúde

são capazes de qualificar os processos assistenciais, de oferecer melhores condições de trabalho, tanto do ponto de vista estrutural, como de apoio ao desenvolvimento, ou do redesenho de processos, que impactam em todos os envolvidos, profissionais, pacientes, famílias e sociedade.

AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO PACIENTE

A perspectiva do paciente sobre o atendimento de saúde recebido é comumente avaliada por meio de dispositivos de manifestação como serviço de atendimento ao cliente, instrumentos de pesquisa de satisfação ou registro em ouvidorias, sob gestão dos prestadores do serviço.

Ao considerar o contexto brasileiro, destaca-se que o atendimento das necessidades de saúde dos usuários foi definido desde a promulgação da Política Nacional de Saúde do país¹⁷, a qual escreve objetivos, princípios e diretrizes para o desenvolvimento e gestão das ações de saúde. Essas premissas são corroboradas em documentos que orientam sobre a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro, com os quais se busca a integração entre os serviços, para a obtenção de melhores resultados assistenciais e de maior satisfação do paciente¹⁸⁻¹⁹.

A pesquisa de satisfação evidencia a percepção dos usuários em relação aos serviços recebidos e propicia valorizá-los, como foco central do atendimento e das prerrogativas das políticas do Sistema Único de Saúde. No serviço hospitalar, a percepção do usuário acerca do atendimento recebido constitui-se a partir da experiência que ele vivenciou no ambiente do hospital¹⁴. A presença física no ambiente de serviço, a interação com os demais usuários e com equipes da linha de frente lhe fornecem subsídios para avaliação, estando intimamente relacionada ao atendimento de suas expectativas.

Destaca-se que a equipe de enfermagem é uma das profissões que mais contato tem com os usuários, pelas características do seu trabalho, cuja atividade principal é o cuidado assistencial à beira leito²⁰⁻²¹. Portanto, é responsável por uma parte considerável em relação ao atendimento das necessidades de saúde dos usuários, em conjunto com a equipe multiprofissional.

A implementação da pesquisa de satisfação dos usuários, além de ser uma prerrogativa de políticas públicas vigentes¹⁸⁻¹⁹, atende a critérios requeridos por entidades certificadoras da qualidade e segurança dos serviços de saúde²²⁻²⁴. Para medir a satisfação busca-se avaliar os atributos que refletem na satisfação dos usuários no atendimento de suas necessidades de saúde. Esses atributos perpassam os componentes da tríade Donabedian - estrutura, processo e resultado⁶.

Os atributos podem ser classificados em níveis de atendimento das expectativas

em essenciais, satisfação e prazeres⁵. Os **atributos essenciais** configuram atributos vitais à função básica do serviço, cuja ausência é notável, evidente. Como exemplo, cita-se a estrutura física de um quarto hospitalar, com a presença da cama, travesseiro, lençóis, equipamentos para infusão, equipe assistencial, rotinas estabelecidas. O nível seguinte demarca os **atributos de satisfação**, cujas características têm potencial para aumentar a satisfação para além da função do serviço. Exemplifica-se com características de conforto da cama, bom funcionamento dos equipamentos, padrão claro nas rotinas e processos observados nos comportamentos da equipe, bem como elementos de interação da equipe assistencial com o usuário, como atenção, cordialidade e um sorriso. Os **atributos que geram prazeres** consistem em características não esperadas, surpreendentemente agradáveis, que podem ser desde uma forma de interação (grupo de teatro, coral) ou elementos surpresa que são apresentados durante o atendimento do paciente, por exemplo, em dias comemorativos. Na figura 1, apresentam-se outros exemplos dessa classificação.

Nesse momento, convida-se para refletir sobre a saúde, por que é considerada um serviço? Em um dia normal de trabalho, a enfermeira a qual vivificou neste capítulo teoria e prática, entrou em contato com as características de produção de um serviço, para compreender melhor sobre a avaliação e a padronização de alguns processos assistenciais nos encontros de serviço^{IV}. Os serviços são mais difíceis de avaliar, comparando-se aos produtos, pois os serviços tendem a ser mais heterogêneos, mais intangíveis, além de terem as características de simultaneidade e perecibilidade⁵, conforme apresentado a seguir:

- Heterogeneidade: o serviço depende das ações do profissional e do cliente, portanto difere de pessoa a pessoa, tanto no que se faz, quanto no que se percebe do serviço;
- Intangibilidade: o serviço não pode ser estocado e, por ser uma ação, não pode ser tocado ou visto da mesma maneira que um bem tangível;
- Simultaneidade: a produção de saúde e o consumo são simultâneos, ocorrem nos encontros de serviço;
- Perecibilidade: o serviço não pode ser armazenado ou devolvido, é difícil sincronizar a oferta e a demanda, portanto requer planejamento.

IV. Encontros de serviço se referem aos diversos momentos de contato do usuário com o prestador de serviço⁵

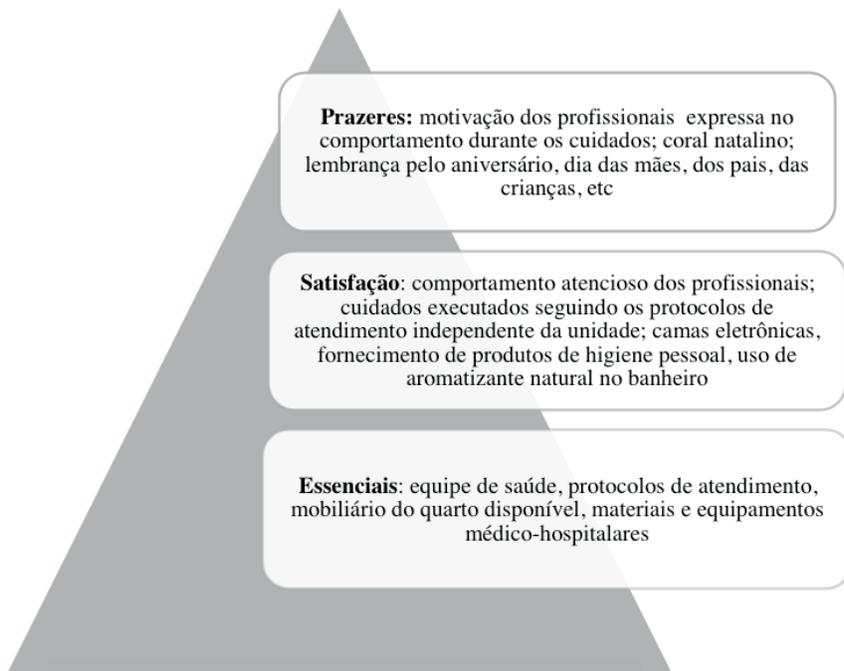


Figura 1 – Atributos de um serviço de internação hospitalar

Fonte: adaptado⁵ livremente pelas autoras

Apesar de ainda necessitar de muitos avanços, pois o engajamento para melhoria dos serviços é pouco explorado²⁵ a visão do paciente tem sido incorporada nas iniciativas de melhoria da qualidade dos serviços, como resultado do movimento disparado pela Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, a partir da ação Pacientes pela Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde²⁶. No Brasil, essa ação inspirou um dos eixos do Programa Nacional pela Segurança do Paciente, referente ao Envolvimento do Cidadão na sua Segurança⁹. Com isso, além de mensurar a satisfação, tem-se explorado a experiência do paciente sobre atributos relacionados à segurança e sua participação nos cuidados com vistas a qualificar a assistência¹⁴⁻²⁷. A concepção de experiência do paciente congrega as percepções dos usuários acerca do serviço e das interações experienciadas, nas quais os comportamentos dos profissionais e dos usuários são expressos de acordo com a cultura organizacional, nos encontros de serviço ao longo do fluxo de atendimento em saúde²⁸.

Neste momento, provoca-se uma reflexão: Como a enfermagem pode contribuir para que a visão do paciente seja considerada na avaliação dos serviços de saúde? Um dos meios é apropriar-se sobre a pesquisa de satisfação no serviço em que atua ou de relatórios da ouvidoria sobre sua área, por exemplo. Estimular o paciente para que registre

como foi o atendimento no momento da alta hospitalar, ou ao término do atendimento ambulatorial, indicando onde os formulários e a urna para depósito ficam disponíveis.

Na trajetória profissional da enfermeira que está inspirando alguns exemplos do cotidiano aqui compartilhados, esteve presente a gestão das manifestações dos usuários com base na pesquisa de satisfação oferecida em todas as áreas de atendimento do hospital. Além do sistema manual de busca das opiniões, com formulários em papel, o serviço passou a oferecer formulário online aos pacientes que tinham acesso a mídias sociais. A gestão das manifestações era coordenada por essa enfermeira, com o apoio de uma equipe multiprofissional responsável por analisar e elaborar planos de ação de melhorias.

Os resultados da pesquisa de satisfação foram explorados em alguns estudos oriundos dessa experiência, demonstrando a aplicabilidade da avaliação em saúde na perspectiva do usuário. Um deles demonstrou o nível de satisfação em relação a diferentes atributos relacionados à estrutura oferecida e às equipes de atendimento, segundo a forma de internação, se eletiva ou de emergência²⁹. Outro estudo, que analisou indicadores de qualidade e segurança, evidenciou relação inversa entre a carga de trabalho da equipe de enfermagem e o nível de satisfação do paciente. Ou seja, quanto mais pacientes e cuidados estavam sob a responsabilidade da enfermeira e do técnico de enfermagem, menor foi a taxa de satisfação¹⁰. A opinião dos pacientes sobre o serviço prestado em nível das unidades de internação, também subsidiou a gestão de desempenho dos profissionais da enfermagem e mudanças implementadas nas unidades pelas chefias de enfermagem, com o propósito de atenderem às suas expectativas²⁰.

Nessa experiência, a pesquisa de satisfação, compunha o quadro de indicadores de qualidade assistencial acompanhados mensalmente no nível estratégico, pela alta direção, e no nível operacional, pelos demais segmentos que compõem a hierarquia organizacional. Os resultados serviram para direcionar investimentos em recursos para melhorar a estrutura e o redesenho de processos, como a otimização do preparo e administração de medicamentos¹³ e para indicar setores prioritários para a educação permanente dos profissionais, com base na percepção de quem recebe o serviço.

Em relação aos instrumentos, evoluiu-se do formulário em papel, que categoriza o nível de satisfação em uma escala *Likert* de cinco pontos (ótimo, bom, regular, ruim e péssimo), para um formulário online, com a aplicação da metodologia *Net Promoter Score* (NPS), cujo cálculo é realizado a partir de uma escala de zero a 10. O diferencial do NPS é que as respostas de zero a 6 (destratores do serviço) são deduzidas das respostas de 9 a 10 (promotores do serviço). Com isso, o foco das ações de melhoria centra-se na eliminação dos motivos de insatisfação, juntamente com o fortalecimento dos motivos de satisfação³⁰.

A concepção de experiência do paciente, a partir da última década, ampliou a avaliação em saúde na perspectiva do paciente. Nos Estados Unidos da América foi desenvolvido o *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (HCAHPS), para padronizar a metodologia de coleta de dados e permitir comparações entre instituições acerca das percepções dos pacientes sobre os cuidados hospitalares³¹. Além de possibilitar a avaliação de dimensões relacionadas à qualidade do cuidado durante a internação hospitalar, o HCAHPS respalda a definição da remuneração dos prestadores de serviço de saúde³². O HCAHPS ainda não foi traduzido transculturalmente para a língua portuguesa do Brasil.

Outro instrumento, o *Patient Measure of Safety* (PMOS), foi desenvolvido para avaliar a segurança do cuidado na perspectiva do paciente, sendo recentemente traduzido para o idioma brasileiro³³. Sua aplicação em unidades de internação hospitalar busca identificar áreas de força e de fraqueza, para direcionar planos de melhoria com vistas a evitar a ocorrência de incidentes.

Consta na literatura um contraponto acerca da avaliação em saúde na perspectiva do paciente, quando ocorre exclusivamente por meio de instrumentos estruturados, com questões fechadas. Pois, apesar desses instrumentos medirem a experiência do paciente e possibilitarem generalização dos dados e avaliação de áreas de interesse, oferecem poucas especificidades³², considerando a complexidade que envolve a experiência do paciente²⁸ e o detalhamento que envolve suas percepções, as quais contribuem com uma visão diferenciada da visão dos profissionais sobre a assistência em saúde^{14,27,34}.

No exemplo do hospital que está servindo de base para as reflexões aqui propostas, a perspectiva do paciente foi inserida em um dos objetivos do planejamento estratégico, desdobrado até a linha operacional, portanto valorizada pela alta direção. Há mais de 20 anos acompanha-se o nível de satisfação dos pacientes e sua relação com outros indicadores de qualidade e segurança. Tal destaque é necessário para que a valorização dessa visão diferenciada do paciente faça parte da cultura organizacional do serviço.

Algumas instituições de ponta criaram o Escritório de Experiência do Paciente, para a gestão dos resultados dos indicadores de qualidade e segurança do hospital, da experiência do paciente e da experiência dos colaboradores, no sentido de reconhecê-los e integrá-los ao planejamento de melhorias, considerando que o resultado de um retroalimenta o de outro³⁵. Dentre as ações, algumas estratégias-chave foram implementadas, como mapeamento de áreas para identificação de problemas e de oportunidades, além da elaboração e do acompanhamento dos projetos de melhoria.

Há muito ainda que se avançar e aprender a partir da visão que o paciente e a família têm sobre os serviços de saúde. A avaliação em saúde é uma área da gestão de

serviços que oportuniza aproximar equipes de saúde e usuários do serviço em prol de melhores resultados, quer relacionados à saúde dos usuários, ao desempenho do serviço ou a otimização dos recursos.

MECANISMOS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Compartilha-se algumas avaliações que fizeram parte da experiência de trabalho citada ao longo deste capítulo, algumas por terem sido vivenciadas e, outras, por serem uma inspiração para a melhoria contínua com base em avaliações qualificadas e desafiadoras.

Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

Trata-se de uma avaliação em nível nacional conduzida pelo Ministério da Saúde. Na prática, o responsável por cada área do hospital preenche o instrumento do PNASS e encaminha um relatório, previamente à visita dos auditores federais. Destaca-se que o PNASS avalia os serviços com base na tríade Donabediana, verificando itens relacionados à estrutura, aos processos e ao acompanhamento dos resultados, incluindo o serviço prestado desde áreas administrativas, de apoio assistencial, até a atuação da equipe multiprofissional, bem como a avaliação da assistência pelo paciente. A visita do auditor é acompanhada por um profissional do serviço que conheça os macroprocessos do hospital e tem por objetivo verificar se os recursos empreendidos pelo governo estão sendo aplicados nos seus aspectos quanti-qualitativos¹⁹.

Organização Nacional de Acreditação - ONA

A avaliação realizada pela ONA também é nacional e visa promover a qualidade e segurança dos serviços de saúde, por meio de padrões e requisitos definidos previamente, emitindo certificados e selos de qualidade. Não possui caráter fiscalizatório, mas se propõe a ser um programa de educação continuada para os serviços de saúde. O diferencial desse método é a acreditação em três níveis nos quais são vistos a qualificação da estrutura no primeiro nível (Acreditado), da estrutura e dos processos, no segundo (Acredito Pleno) e da estrutura, processos e resultados, cumulativamente, no terceiro (Acreditado com Excelência). Para a instituição alcançar o terceiro nível, os níveis anteriores devem ter sido satisfeitos.

Cabe ressaltar que os níveis de acreditação 1 e 2 tem validade de dois anos. O nível 3 apresenta validade por três anos, uma vez que a instituição que alcançou essa certificação demonstra uma maturidade institucional com uma cultura organizacional de melhoria contínua²².

Joint Comission International (JCI)

A avaliação oportunizada pela JCI demanda uma transformação na cultura organizacional, pois o foco passa a ser a segurança dos processos assistenciais, desde o ambiente, a definição de fluxos e de planos de contingência, como de processos e comportamentos, para a segurança do paciente e profissionais. O processo de avaliação propõe a triangulação de múltiplas fontes de evidência para garantir que a qualidade e segurança estão consolidadas na instituição, com base em critérios internacionais.

Avalia-se a descrição de políticas, planos e rotinas por meio dos documentos institucionais, os quais devem ser de fácil acesso a todos os colaboradores. O método prevê também a verificação “in loco” das práticas assistenciais, por meio da observação direta do trabalho sendo desenvolvido e entrevistas aleatórias com profissionais. O diferencial deste método de avaliação é a valorização do paciente e da família no processo de certificação, pois verifica-se se seus direitos e deveres estão esclarecidos e sendo aplicados, além de avaliar sua inserção na assistência, verificando o nível de conhecimento sobre sua saúde, ou seja, a educação do paciente e família voltada para a segurança do paciente²³.

Magnet Recognition Program®

Essa certificação é coordenada pela *American Nurse Association Enterprise* e tem foco na qualidade das práticas de enfermagem integradas aos demais profissionais da equipe de saúde. As instituições que alcançam a certificação *Magnet Recognition Program®* são consideradas magnetizadoras, caracterizadas pela retenção dos profissionais e pela fidelidade dos clientes. Essas características resultam de condições de trabalho favoráveis, possibilidade de desenvolvimento, que refletem na excelência da produção dos cuidados, fortalecendo a força de trabalho da enfermagem no cuidado e na gestão hospitalar²⁴.

PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO DO CUIDADO CENTRADO NA PESSOA – PLANETREE

O *Planetree* é uma certificação internacional que reconhece as instituições que possuem a filosofia do cuidado centrado na pessoa³⁶. Neste modelo o paciente e a família têm acesso às informações, participam ativamente das decisões do seu tratamento e cuidados e é assistido em um ambiente que promove o bem-estar e favorece a sua recuperação. No Brasil, o processo de certificação *Planetree* é coordenado pelo Hospital Albert Einstein e, atualmente, somente hospitais privados estão buscando essa certificação.

Perspectivas contemporâneas na avaliação em saúde

Algumas abordagens para otimizar a performance dos serviços de saúde com

foco na qualidade e segurança têm sido discutidas e implementadas na última década, disparadas pelo movimento mundial pela segurança do paciente, como o *Triple Aim* e a Coprodução em Saúde.

O *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) lançou o *Triple Aim*, como uma estratégia nacional americana para melhorar a qualidade da assistência em saúde³⁷, a qual vem sendo utilizada por organizações de saúde públicas e privadas de diversos locais do mundo. O guia orienta a aplicação de um sistema de acompanhamento de resultados com foco em três objetivos específicos:

- Conhecer o perfil epidemiológico da saúde da população: perfil de morbi-mortalidade, comportamentos de risco para desenvolvimento de doenças, etc;
- Melhorar a experiência do paciente com os cuidados em saúde: aplicação de instrumentos de avaliação, acompanhamento do fluxo de atendimento, etc;
- Reduzir custos *per capita* com a saúde: análise e otimização de processos.

Com base nesses objetivos, o IHI oferece um guia compartilhado para que outras instituições possam aplicar os princípios norteadores do *Triple Aim*³⁷. Os estudos desenvolvidos demonstram avanço em melhorias de processos³⁸, no entanto, a determinação dos custos *per capita* relacionados aos cuidados configura-se como um desafio a ser transposto, bem como obter a perspectiva do paciente de maneira sistematizada³⁹.

Finaliza-se a ampla temática de avaliação em saúde com a concepção de coprodução, a qual tem origem na área de *Marketing de Serviços*, pela oportunidade que oferece em ampliar a participação dos usuários na produção dos serviços e por ser uma estratégia reconhecida pelo IHI⁴⁰. Considera-se que há coprodução quando o resultado reflete o esforço conjunto entre quem recebe e quem executa o serviço. Neste cenário de intensa interação dos sujeitos que se fazem presentes, há de ser chamada a reflexão acerca da proximidade provocada pela frequência dos cuidados diários prestados pela equipe de enfermagem e do protagonismo do trabalho vivo da enfermeira para inserção do usuário como coprodutor. Consta na literatura que apesar de existirem barreiras para a efetiva participação dos usuários, a coprodução com foco na segurança contribui efetivamente para a qualidade assistencial²⁷. Assim, a responsabilidade pelo resultado é compartilhada, bem como as percepções sobre como foi o cuidado e como poderia ter sido, ampliando possibilidades para melhoria dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Furtado JP, Campos GWS, Oda WY, Onocko-Campos R. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 07]; 34(7): e00087917. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00087917>.

2. Pichon-Rivière E. O processo grupal. 8.ed. São Paulo: Martins Fontes; 2009. 296 p
3. Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J, From Safety-I to Safety-II: A White Paper. The Resilient Health Care Net: Publicado simultaneamente pela University of Southern Denmark, Dinamarca, University of Florida, EUA, e Macquarie University, Austrália [Internet] 2016 [Cited 2021 Jan 07]. Disponível em: <https://proqualis.net/relatorio/da-seguran%C3%A7a-i-%C3%A0-seguran%C3%A7a-ii-um-relat%C3%B3rio>
4. Donabedian A. Commentary on some studies of the quality of care. Health Care Financ Rev. [Internet]. 1987 Dec; 1987 [cited 2020 Nov 07];(Suppl): 75–85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4195097/>
5. Zeithaml VA, Bitner M J, Gremler DD. Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente. 6ª Ed, Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2014. 640 p.
6. Donabedian A. The quality of medical care: how can it be assessed? JAMA [Internet]. 1988 [cited 2020 Nov 07];260(12):1743-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3045356/>
7. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. [Internet]. 1990 [cited 2020 Nov 07];114(11):1115-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2241519/>
8. Institute of Medicine (IOM). Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
9. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [Acesso em 20 out 2020]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
10. Magalhães AMM et al. Associação entre carga de trabalho da equipe de enfermagem e resultados de segurança do paciente. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 28]; 51: e03255. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016021203255>.
11. Bão Ana Cristina Pretto, Amestoy Simone Coelho, Moura Gisela Maria Schebella Souto de, Trindade Letícia de Lima. Indicadores de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2019 Abr [citado 2021 Jan 28]; 72(2): 360-366. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>.
12. Conselho Nacional de Educação (BR). Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2001. [Acesso em 20 out 2020]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
13. Costa DG, et al. Análise do preparo e administração de medicamentos no contexto hospitalar com base no pensamento Lean. Esc. Anna Nery [Internet]. 2018 [citado 2021 Jan 20]; 22(4): e20170402. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0402>.
14. Costa DG et al. Atributos de satisfação relacionados à segurança e qualidade percebidos na experiência do paciente hospitalizado. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 28]; 41(spe): e20190152. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190152>.

15. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing* [Internet]. 1991 [cited 2021 Jan 28]; 67 (4):420-450. Available from: https://www.researchgate.net/publication/304344168_Refinement_and_reassessment_of_the_SERVQUAL_scale
16. DiGioia AM, Clayton SB, Giarrusso MB. "What Matters to You?": A pilot project for implementing patient-centered care. *Patient Experience Journal*. [Internet] 2016; 3(1): 130-137. Available from: doi: 10.35680/2372-0247.1121
17. Ministério da Saúde (BR). Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Política Nacional de Saúde. [Internet] Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1990. [Acesso em: 25 out. 2020]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [citado 2020 nov 05]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf
19. Ministério da Saúde (BR). Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde [Internet]. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. [citado 2020 nov 05]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/principios_diretrizes_regras_auditoria_sus.pdf
20. Inchauspe JAF, Moura GMSS. Applicability of the results of a user satisfaction survey by nursing. *Acta paul. enferm* [Internet]. 2015 Apr [cited 2021 Jan 28]; 28(2): 177-182. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500030>.
21. Inchauspe JAF, Moura GMSS. Satisfação do usuário com o atendimento: a visão da enfermagem. [Internet] 2018; 12(5): 1338-1345 [Acesso em 20 jan 2021]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-980778>.
22. Organização Nacional de Acreditação ONA [Internet]. 2021 [Acesso em 01 fev 2021]. Disponível em: <https://www.ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao/>
23. Joint Commission International. Accreditation Standards for Hospitals Including Standards for Academic Medical Center Hospitals Manual. Illinois: JCI, 7ª edição, 2021
24. American Nurses Credentialing Center. Magnet Recognition Program® [Internet] 2020 [cited Jan 30 2021]. Available from: <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/>
25. Liang L, Cako A, Urquhart R, Straus SE, Wodchis WP, Baker GR, et al. Patient engagement in hospital health service planning and improvement: a scoping review. *BMJ Open*. 2018;8(1):e018263. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018263>
26. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008. [cited dez 20 2020]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf
27. Costa DG et al. Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. *Rev Latino-Am*. [Internet] 2020 [cited Jan 20 2021]; 28:e3272 2020. Available from doi: 10.1590/1518-8345.3352.3272

28. Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela, SL. Defining patient experience. *Patient Exp J*. [Internet]. 2014 [cited Jan 20 2021];1(1):7-19. Available from: <http://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/3>
29. Molina KL, Moura GMSS. A satisfação dos pacientes segundo a forma de internação em hospital universitário. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2016 Feb [cited 2021 Jan 29]; 29(1): 17-25. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600004>
30. Costa DG et al. Inovação na pesquisa de satisfação institucional dos usuários com base na metodologia Net Promoter Score *Clin Biomed Res.* [Internet]. 2018 [acesso em Jan 20 2021]; 38 (Supl.):30. Disponível em: https://www.hcpa.edu.br/downloads/pesquisa/RevistaCientifica/2018/anais_38_semana_cientifica_do_hcpa_2018_seg.pdf
31. Giordano LA et al. Development, implementation, and public reporting of the HCAHPS survey. *Medical Care Research & Review* [Internet].2010 [cited Jan 20 2021];67(1): 27-37. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19638641/>
32. Edwards K, Walker K, Duff J. Instruments to measure the inpatient hospital experience: A literature review. *Patient Experience Journal* [Internet]. 2015 [cited Jan 30 2021]; 2(2):77-85. Available from: <https://pxjournal.org/journal/vol2/iss2/11>
33. Mello JF. Tradução, adaptação transcultural e validação do questionário Patient Measure Of Safety (PMOS) para o português brasileiro [tese]. 2018. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/194389>
34. O'Hara JK, Reynolds C, Moore S, Armitage G, Sheard L, Marsh C, et al. What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Qual Saf.* [Internet] 2018[cited Jan 30 2021];27(9):673-82. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-006974>.
35. Alvarenga M. Hospital Israelita Albert Einstein: nossa história, missão, valores e introdução ao conceito de experiência do paciente. In: Merlino, J. Obcecados por servir: construindo valor a partir da experiência do paciente. São Paulo: Atheneu, 2016.
36. Planetree Internatinal. Planetree Family Engagement Strategies Organizational Gap Analysis Tool [Internet]. 2020. Available from: <https://resources.planetree.org/family-engagement-strategies-organizational-gap-analysis-tool/>
37. Stiefel M, Nolan K. A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost. IHI Innovation Series white paper. [Internet]. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Available from <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/AGuidetoMeasuringTripleAim.aspx>
38. Silva RA, Caregnato RC, Flores CD. Segurança na administração de medicamentos: utilização do software Bizagi® e a aplicação dos pilares do Triple Aim. *Vigilância Sanitária Em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia.* [Internet].2019 [cited Jan 20 2020]; 7(1):60-70. Disponível em: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01186>
39. Silva A, Luedy A. Triple aim: Uma estratégia para a transformação de sistemas de saúde. *Revista Acreditação* [Internet] 2016 [cited Jan 20 2020];6(11):109-123.
40. Cohen B. Co-Producing COVID-19 Recovery. Institute for Healthcare Improvement. [Internet] 2020. [cited 2020 Sep 26]. Available from: <http://www.ihl.org/communities/blogs/co-producing-covid-19-recovery>