



Da teoria à prática. Como implantar um conjunto de práticas assistenciais baseadas nas melhores evidências?

Joan Tomaleri
Consultor Corporativo de Práticas Assistenciais - RSC

Abril de 2026





QUEM SOMOS

NOSSA
HISTÓRIA

AMOR AO PRÓXIMO

Desde o início, as irmãs da Congregação de Santa Catarina se dedicam a ajudar os pobres, cuidar dos doentes abandonados e prover educação.

Com um trabalho incansável, por mais de 450 anos, constroem e administram escolas, creches, hospitais, uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e outras obras sociais, expandindo seus cuidados para todo o mundo.



PRESENTE EM 12 PAÍSES

1. Alemanha
2. Benin
3. Bielorrússia
4. Brasil
5. Camarões
6. Filipinas
7. Haiti
8. Itália
9. Lituânia
10. Polônia
11. Rússia
12. Togo



IRMÃS CATARINA NO BRASIL

PIONEIRAS VINDAS DE BRAUNSBURG

As primeiras Irmãs de Santa Catarina chegam ao Brasil em 1897 e se instalam em Petrópolis (RJ).

Movidas pelo carisma de Madre Regina Protmann – um dom de extraordinário amor a Deus, vivido na oração e no serviço – quatro Irmãs, provenientes de Braunsberg, constituem a primeira comunidade no país:
Crescência Bleise, Daria Beckmann, Irmengard Preuschoff e Rosa Woywod.



IRMÃS CATARINA NO BRASIL

PRESENÇA EM TODO O PAÍS

Durante as três primeiras décadas, chegaram ao Brasil cerca de 200 Irmãs missionárias europeias.

Aos poucos, jovens brasileiras, atraídas pelo ideal de consagrarem suas vidas a Deus e ao cuidado dos necessitados, agregaram-se a elas.

As comunidades foram se organizando, ao longo do tempo, em torno de dois polos geográficos, na Região Leste (Petrópolis – RJ) e no Sul do país (Novo Hamburgo – RS). Constituindo, portanto, duas províncias com a mesma missão e valores.



Nossa Identidade

MISSÃO

Acolher e cuidar do ser humano durante todo o ciclo da vida.

VISÃO

Ser referência de entidade filantrópica reconhecida pela sociedade, demonstrando amor às pessoas por meio de nossos atos.

VALORES

Preservação da vida
Humanização
Dignidade
Transparência
Sustentabilidade

Onde Estamos



**Saúde e
Assistência
Social**
11 Casas



20 Casas
Mais de 11,5 mil
colaboradores



**Educação e
Assistência
Social**
9 Casas

SOBRE A REDE



- Espírito Santo
- Goiás
- Minas Gerais
- Rio de Janeiro
- Rio Grande do Sul
- Santa Catarina
- São Paulo

SOBRE A REDE



NOSSOS NÚMEROS

*Dados referentes à
dez/24

***62,65%**

dos atendimentos ao Sistema Único
de Saúde (SUS)

20 Entidades

com atuação social em Saúde e
Educação

10 Hospitais

de média e alta complexidade

9 Instituições

de Ensino

1 ILPI

Instituição de Longa Permanência
para Idosos

*SAÚDE

1.758
leitos¹

464 mil
pacientes-dia

Cerca de 119 mil
internações

Mais de 934 mil
consultas médicas²

Mais de 77 mil
cirurgias

Cerca de 6 mil
partos

Mais de 6 milhões
procedimentos ambulatoriais

1.116
transplantes de órgãos, tecidos e células³

*EDUCAÇÃO

4.495 estudantes

758
estudantes com bolsas
assistenciais 100%

*ATUAÇÃO SOCIAL

03 projetos sociais tipificados

5.506 atendimentos a pessoas
em vulnerabilidade e risco social

445 assistidos nos projetos
tipificados

¹ Base CNES – dezembro de 2024

² Ambulatório e pronto atendimento

³ Grupo 05 da Tabela SIGTAP

*Dados não contemplam as Casas que
ingressaram em 2025

Sumário

01 A teoria

Colaborativa, uma tecnologia

02 A prática

Dez anos de colaborativa na RSC

03 Aprendizados e desafios

A importância da liderança local e da estratégia

01

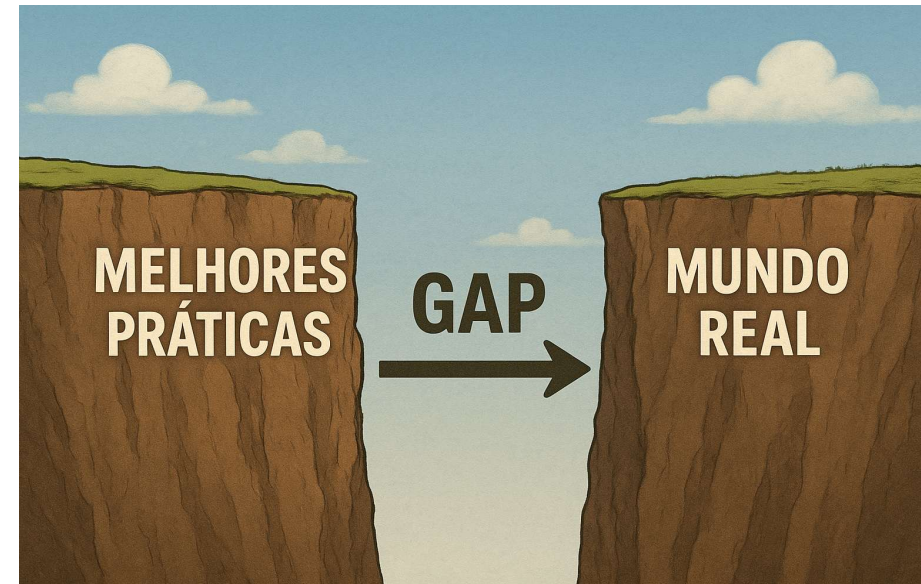
A teoria

Colaborativa, uma tecnologia



A Metodologia *Breakthrough Series Collaborative* (BTS), conhecida no Brasil como metodologia colaborativa é uma tecnologia de implementação desenvolvida pelo *Institute of Healthcare Improvement* (IHI), desenhada por Donald Berwick e Paul Batalden em 1994.

A metodologia é voltada para a implantação de melhores práticas assistenciais em larga escala, promovendo mudanças sustentáveis nos sistemas de saúde.



AS SEIS ETAPAS DA COLABORATIVA

1. Identificar o Problema:

- Escolha do projeto baseada em problemas da literatura ou problemas locais (risco reativo ou proativo).

2. Desenho do Projeto:

- Estruturação do Projeto, Diagrama Direcionador (objetivo central e único + ideias de mudança), time de experts.

3. Formar a Equipe e Propor Mudanças:

- Equipe de melhoria anota os passos do processo, identifica "gargalos" e propõe o bundle (pacote de mudanças).

AS SEIS ETAPAS DA COLABORATIVA

4. Execução do Projeto (SAP/SAV e PDSA):

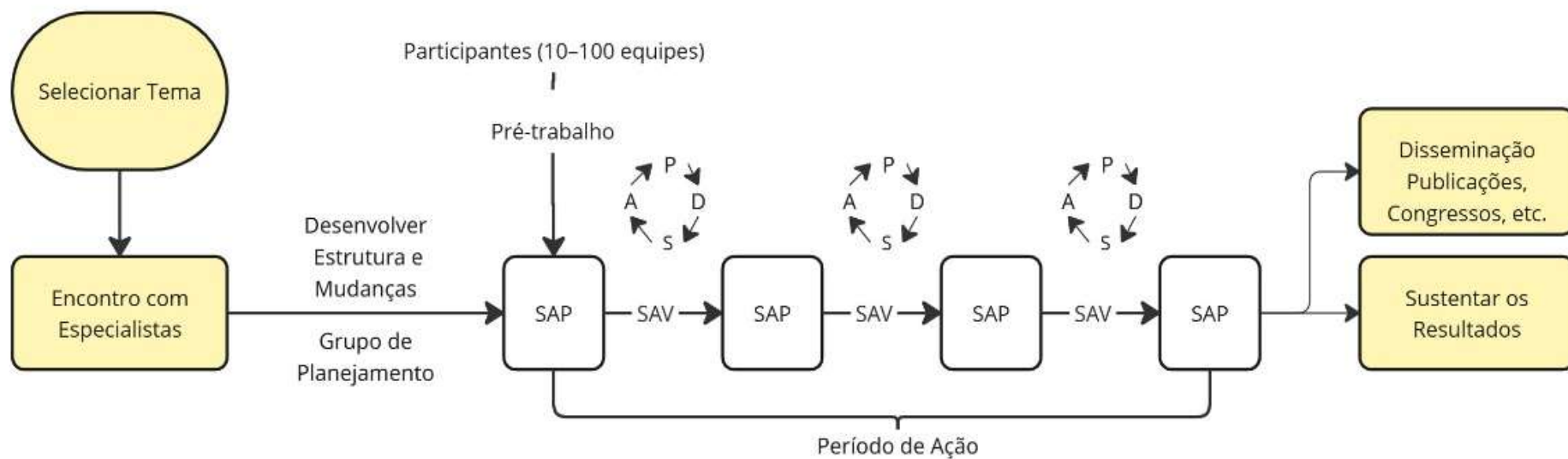
- Sessão de Aprendizado + Ciclo PDSA (o bundle está inserido no PDSA).
- Filosofia: Testes em pequena escala para ganhar confiabilidade no processo.

5. Suporte Contínuo:

- Apoio do corporativo – encontro mensais e pontuais (videoconferência/e-mail)

6. Acompanhamento Mensal:

- Acompanhamento dos resultados e impacto no Triple Aim (melhor assistência, menor custo e melhor saúde populacional).



SAP - Sessão de aprendizado presencial
 SAV - Sessão de aprendizado virtual

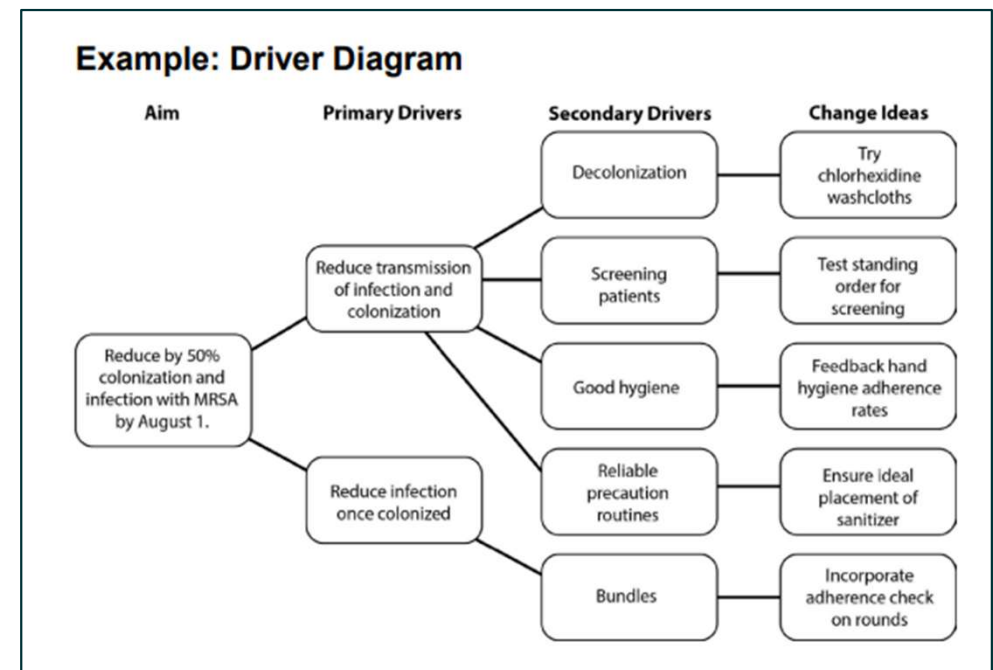
Apoios:
 E-mail, Conferências Telefônicas, One drive, Visitas presenciais, Patrocinadores, Avaliações, Relatórios Mensais das Equipes

DIAGRAMA DIRECIONADOR (*DRIVER DIAGRAM*)

Traduz um **objetivo comum em uma estratégia clara**, conectando o desfecho desejado às intervenções.

Quatro Elementos Componentes:

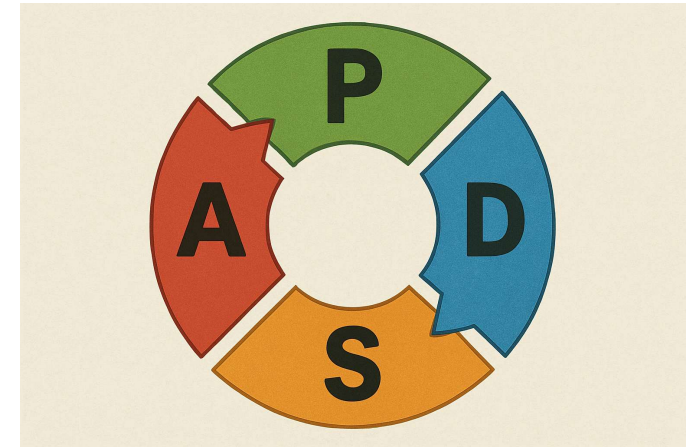
- I. **Objetivo Global e Único:** O desfecho desejado.
- II. **Direcionadores Primários:** Fatores-chave que influenciam diretamente o objetivo (ex: cultura de segurança, padronização).
- III. **Direcionadores Secundários:** Componentes mais específicos dos primários.
- IV. **Ideias de Mudança:** Ações práticas e mensuráveis a serem testadas (via PDSA).



O CICLO PDSA

Testar propostas de mudança em pequena escala para construir conhecimento e refinar o objetivo.

- **Plan** (Planejamento): Planeje o teste, conforme a hipótese, incluindo um plano para coletar dados.
- **Do** (Execução): Execute o teste em pequena escala.
- **Study** (Estudo): Analise os resultados e compare-os com suas previsões.
- **Act** (Ação): Com base no que você aprendeu com o teste, faça um plano para a próxima etapa.



OBJETIVO:

O que estamos tentando realizar?

MENSURAÇÃO:

Como saberemos se uma mudança é uma melhoria?

MUDANÇA:

O que podemos fazer que resultará em melhoria?

O *BUNDLE* (PACOTE DE MEDIDAS)

- Conjunto estruturado e limitado (geralmente 3 a 5 intervenções) de práticas baseadas em evidências.
- Princípio Chave: Quando aplicadas conjunta e consistentemente, resultam em desfechos significativamente melhores do que quando isoladas.
- Adesão Total ("Tudo ou Nada"). O *bundle* só é considerado cumprido se todas as medidas forem realizadas corretamente.



ENTENDIMENTO DE VARIAÇÃO NA ANÁLISE DE DADOS



Todo processo tem variação: no hospital e no nosso dia a dia

A variação está presente em todos os processos: Nada acontece exatamente igual toda vez, seja em casa, no trabalho ou na assistência em saúde.

- Tempo entre casa e trabalho: mesmo trajeto, mas o tempo muda por trânsito, clima ou sinal fechado.
- Essas variações não significam erro, mas sim o comportamento normal do sistema.
- O mesmo vale para serviços de saúde: Indicadores como tempo de espera ou adesão a protocolos também oscilam naturalmente ao longo do tempo.

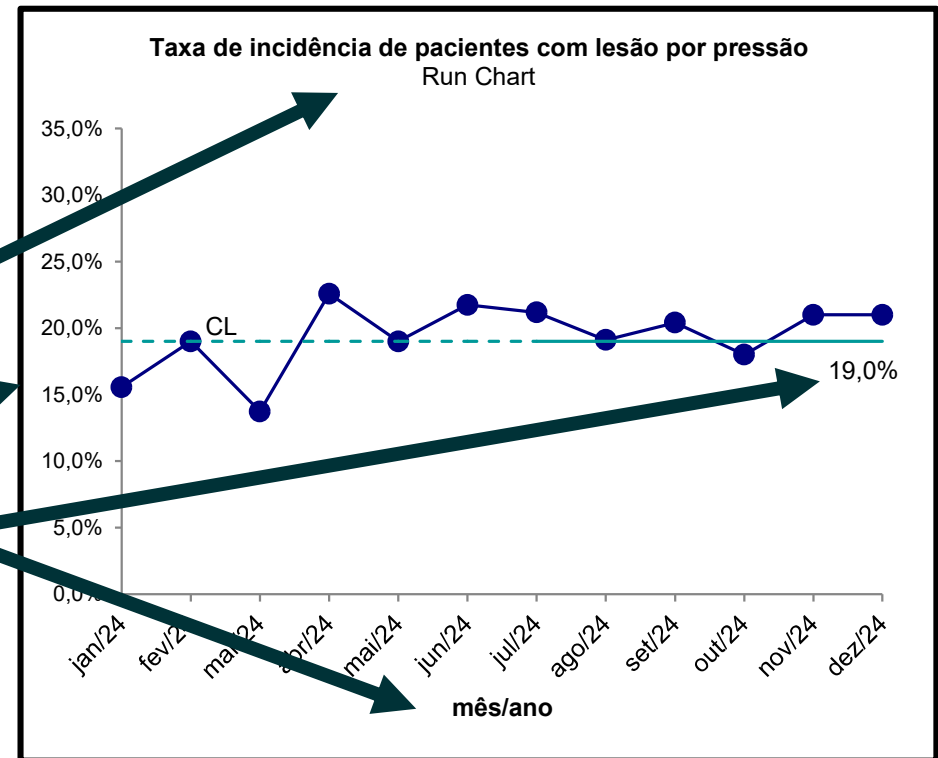
ANTES DE CONCLUIR QUE “MELHOROU” OU “PIOROU”, É PRECISO ENTENDER A VARIAÇÃO

ENTENDIMENTO DE VARIAÇÃO NA ANÁLISE DE DADOS

A melhor forma de acompanhar a variação do processo e utilizar os Gráficos de tendência (linhas) ou gráficos de controle, eles ajudam a identificar os tipos de comportamentos.

Os elementos essenciais para sua correta construção, sendo esses elementos indispensáveis para uma análise adequada.

1. O título comunica onde e o que estamos vendo (*Indicador de interesse*)
2. O eixo X e Y (horizontal/vertical) é identificado
3. As anotações ajudam a contar a história
4. Linha de base (Mediana)

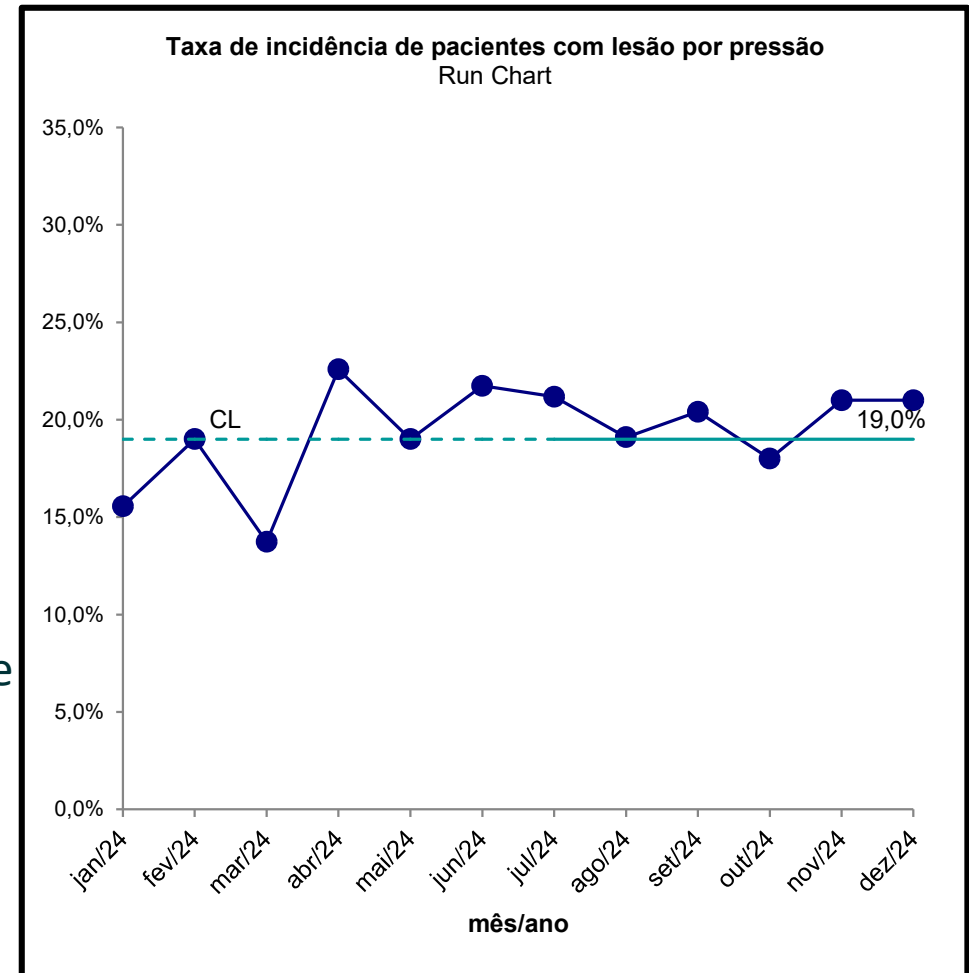


ENTENDIMENTO DE VARIAÇÃO NA ANÁLISE DE DADOS

Variação de Causa Comum

É a oscilação natural com dados distribuídos de forma aleatória ao redor da mediana, sem padrões ou tendências claras.

---> Intervenções pontuais não resolvem. A ação necessária é melhorar o processo como um todo, revisando fluxos, recursos, padronização e condições de trabalho.



ENTENDIMENTO DE VARIAÇÃO NA ANÁLISE DE DADOS

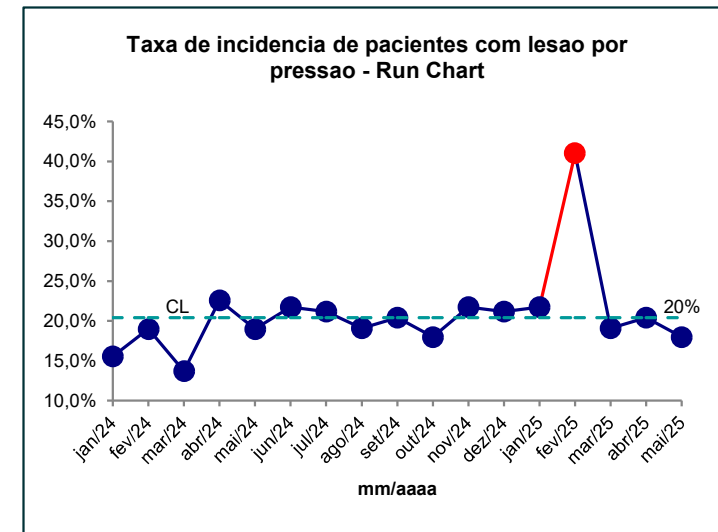
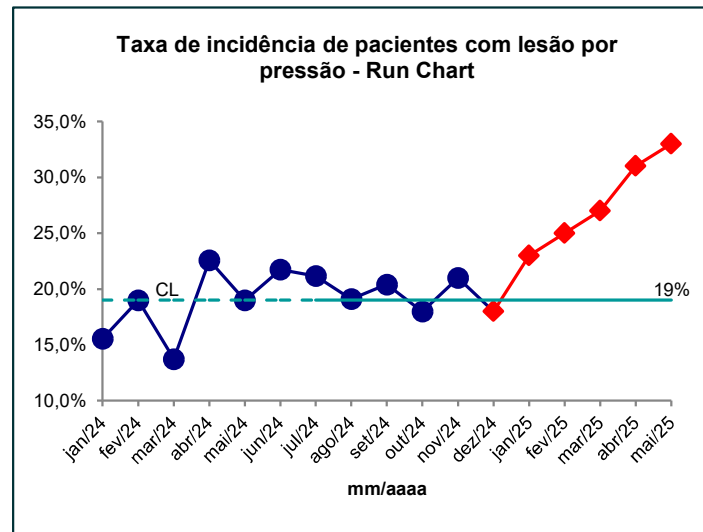
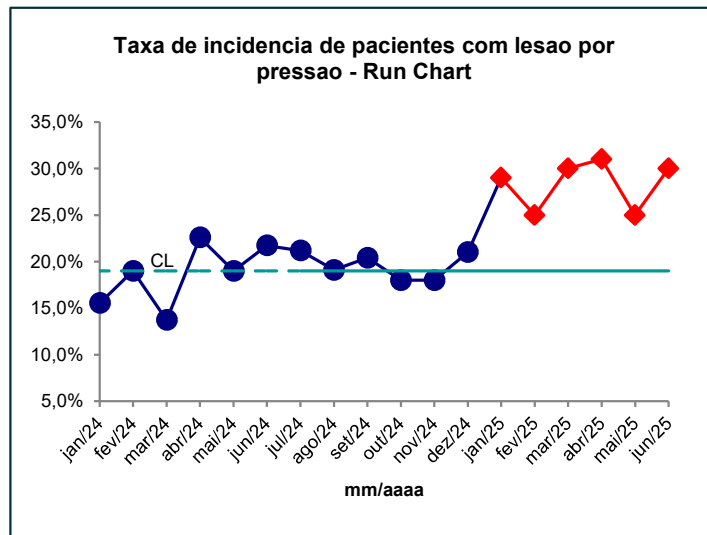
- **Variação de Causa Especial:**

Ocorre quando algo fora do padrão para isso temos 3 regras para identificar

Deslocamento: 6 ou mais pontos consecutivos acima ou abaixo da mediana.

Tendencia: 5 ou mais pontos consecutivos crescente ou decrescente.

Ponto Astronômico: Um ponto muito afastado dos demais.



---> Requer investigar o que ocorreu, compreender o contexto e ajustar o processo quando necessário.

02

A prática

10 anos de colaborativas na RSC



1. Colaborativa de **redução de IRAS** (2015-2016)
2. Colaborativa de **redução de letalidade de Sepsis** (2017-2019)
3. Colaborativa da **Maternidade Segura** (2019-2020)
4. Colaborativa da **Medicação Segura** (2022-2024)
5. Colaborativa de **Redução de pacientes com lesão por pressão** (2025-2026)

Colaborativas de redução das IRAS (Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde)

Colaborativa de IRAS

2015-2016 | 10 UTI Adulto



Redução de Infecções

71,3%

De 8,4 para 2,4 IRAS por mil dispositivos-dia

Letalidade

-53,5%

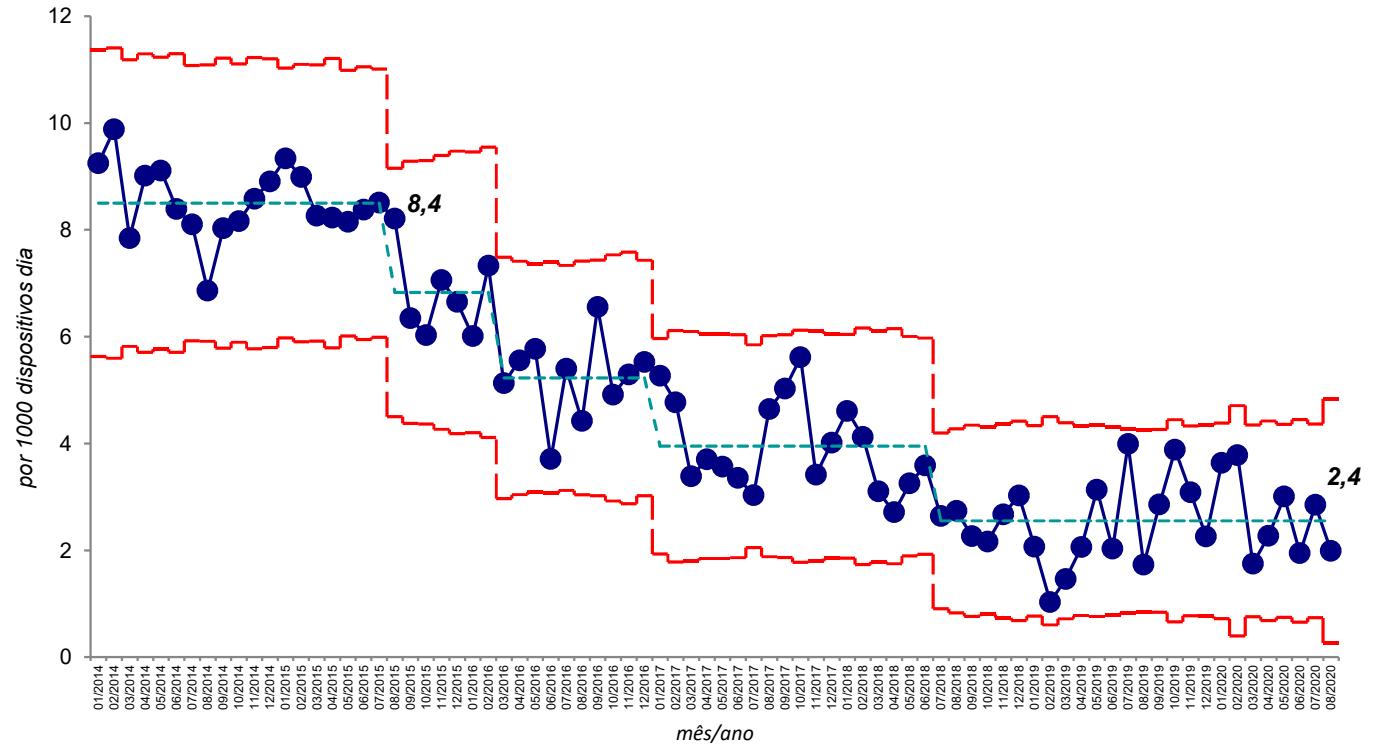
1.485 infecções evitadas | 586 vidas salvas



Densidade de incidência de IRAS relacionados a dispositivos invasivos em 10

UTIs da RSC

u Chart



O cluster privado apresentou redução de 3,7 para 1,3, representando uma queda de 65,1%. Já o cluster misto reduziu de 10,6 para 3,3, correspondendo a uma diminuição de 68,6%. Essa redução esteve associada à prevenção de 1.485 novas infecções e à evitação de 586 óbitos.

Colaborativas de Redução da Letalidade de Sepses nos Pronto Atendimentos

Colaborativa de Sepses

2017-2019 | 9 Pronto Atendimento



Redução da Letalidade

53,5%

Redução de 23,5% para 11,0%

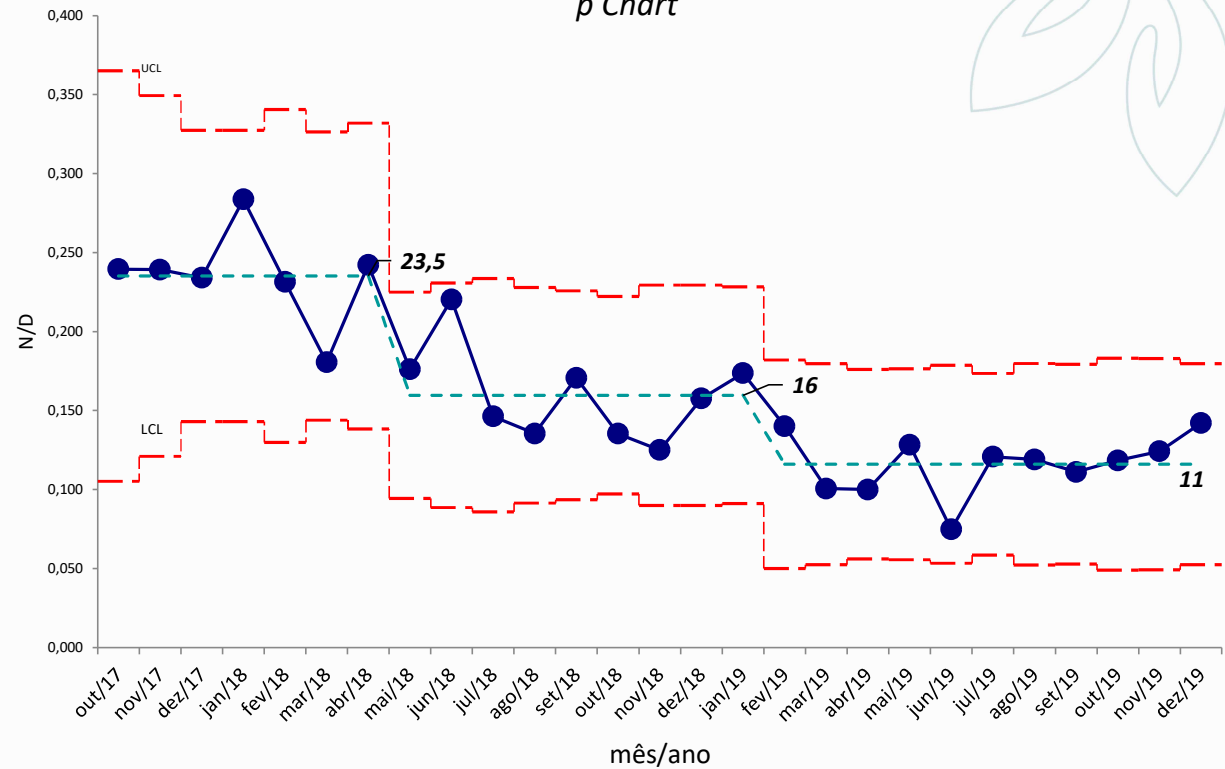
Vidas Salvas

356



Taxa de Letalidade de Sepses na RSC

p Chart



Colaborativas da Maternidade Segura



Maternidade Segura

2019-2020 | 7 Maternidades



Redução EAG

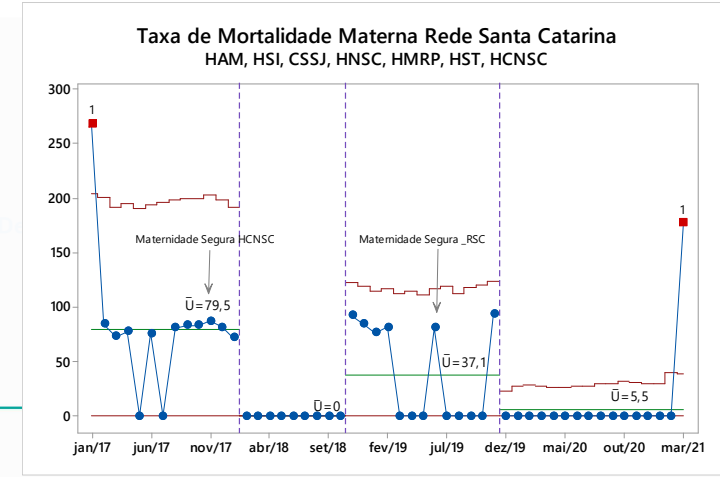
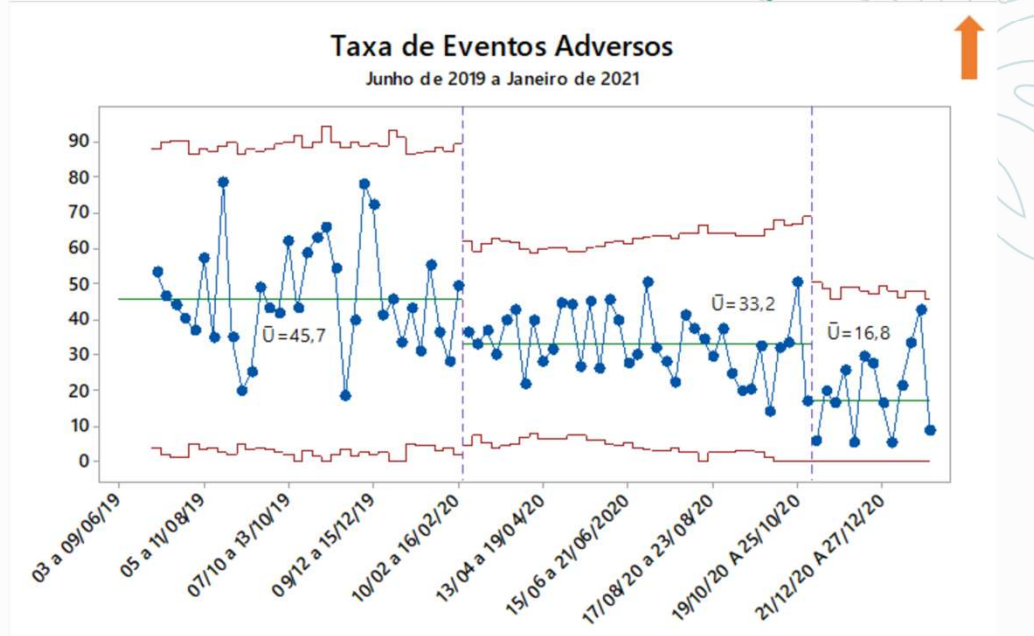
Redução de 45,7 para 16,8

63,2%

Vidas Preservadas

Mortalidade materna: -93% (79,5 para 5,5) | Neonatal: -39% (3,18 para 1,93) em 100mil nascidos vivos)
37 mães + 54 neonatos

91



Colaborativas de redução de pacientes com lesão por pressão

Colaborativa de Lesão por Pressão

2025-2026 | 8 UTI Adulto



Objetivo de reduzir em 30% a taxa de incidência de lesões por pressão nas UTI ate dez 2026

Resultado parcial até março de 2026

26%

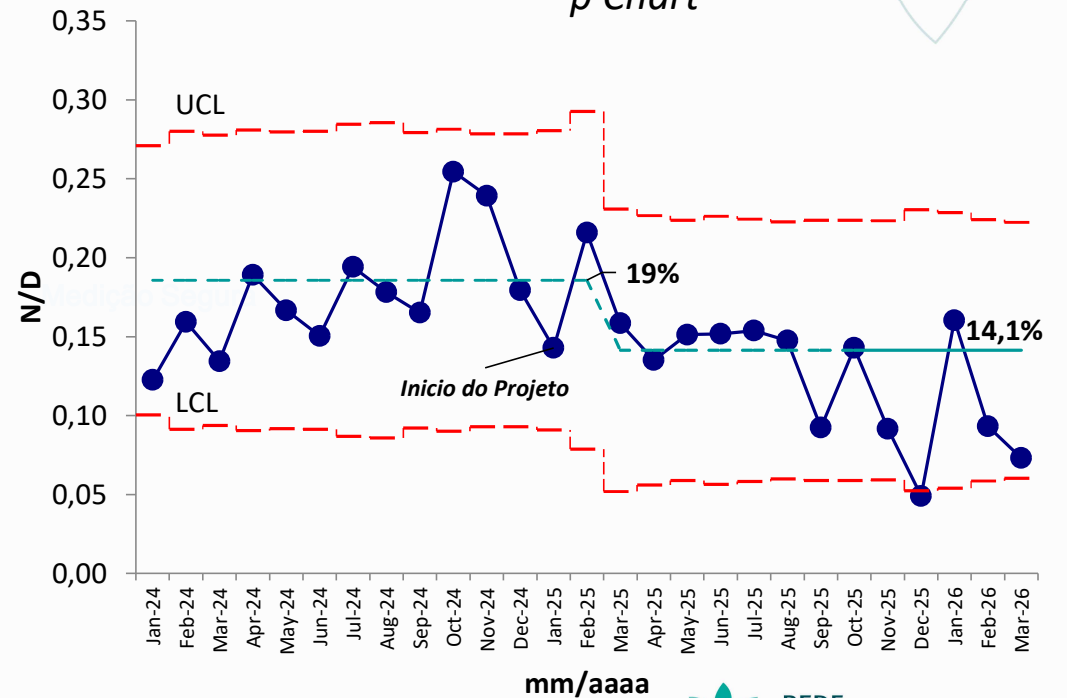
Objetivo do projeto Redução de 30% (19% para 13%)

EPUAP - EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL

A RSC participou, em 2025, da campanha mundial *STOP PRESSURE ULCERS – Events from Partners Around the World*, apresentando o desenho inicial das ações do projeto.



Taxa de Incidência de pacientes com Lesão por Pressão
p Chart



03

Aprendizados e desafios

A importância da liderança local e
da estratégia



Aprendizados Específicos

01

Adequação Metodológica ao Contexto Local

Tornou-se evidente a necessidade de **personalizar a aplicação da metodologia BTS**, levando em consideração as características singulares do sistema de saúde brasileiro:



Diversidade estrutural dos serviços



Heterogeneidade dos perfis assistenciais



Restrições orçamentárias e de RH

02

Integração de Conteúdos Técnicos

Além da abordagem metodológica, constatou-se ser fundamental incluir nas sessões de aprendizado **discussões aprofundadas sobre conteúdos clínicos** e práticas assistenciais baseadas em evidências.

✓ Capacitação metodológica + Atualização técnica

03

Fortalecimento da Liderança

Verificou-se que o **engajamento ativo da liderança assistencial**, em especial da equipe de enfermagem, constitui um fator crítico para o sucesso da implementação e sustentabilidade.

✓ Presença contínua + Capacidade de catalisar mudanças

Aprendizados Específicos

04

Metodologia de análise dos dados – Metodologia de Shewhart

A abordagem de *Shewhart* permite entender a variação dos processos ao distinguir causas comuns e especiais, evitando decisões reativas e orientando ações mais assertivas, com foco no comportamento ao longo do tempo e maior previsibilidade dos resultados.

Evita decisões equivocadas

- *Reduz o risco de “agir sobre o acaso”*
- *Diferencia quando agir vs. quando estabilizar o processo*

Direciona melhor os esforços de melhoria

- *Foco em redesenho do sistema (causas comuns)*
- *Investigação pontual para eventos fora do padrão (causas especiais)*

Aumenta previsibilidade

- *Permite entender o comportamento futuro do processo com base no histórico*
- *Fundamental para gestão assistencial*

Melhora a leitura de indicadores

- *Sai da análise estática (meta vs. realizado)*
- *Passa para análise dinâmica (tendência, estabilidade, variação)*

Base para tomada de decisão baseada em dados

- *Reduz vieses e decisões baseadas em percepção*
- *Fortalece governança clínica e gerencial*

Simplicidade com alto poder analítico

- *Ferramentas visuais, gráfico de fácil interpretação*
- *Alto impacto mesmo com baixa complexidade operacional*

Desafios Críticos e Estratégias de Mitigação



Turnover

A **rotatividade de profissionais** foi identificada como fator limitante para consolidação das mudanças.

Estratégias:

- Capacitação contínua
- Requalificação periódica
- Integração de novos profissionais



Adesão em Crises

Queda na adesão aos protocolos durante **períodos de sobrecarga assistencial**, como na pandemia COVID-19.

Estratégias:

- Abordagens adaptativas
- Reforço da cultura de segurança
- Protocolos simplificados



Sustentação

Necessidade de **monitoramento contínuo** e suporte corporativo ativo para sustentabilidade.

Estratégias:

- Monitoramento sistemático
- Programas permanentes de capacitação
- Governança assistencial forte



Elementos Essenciais para Continuidade



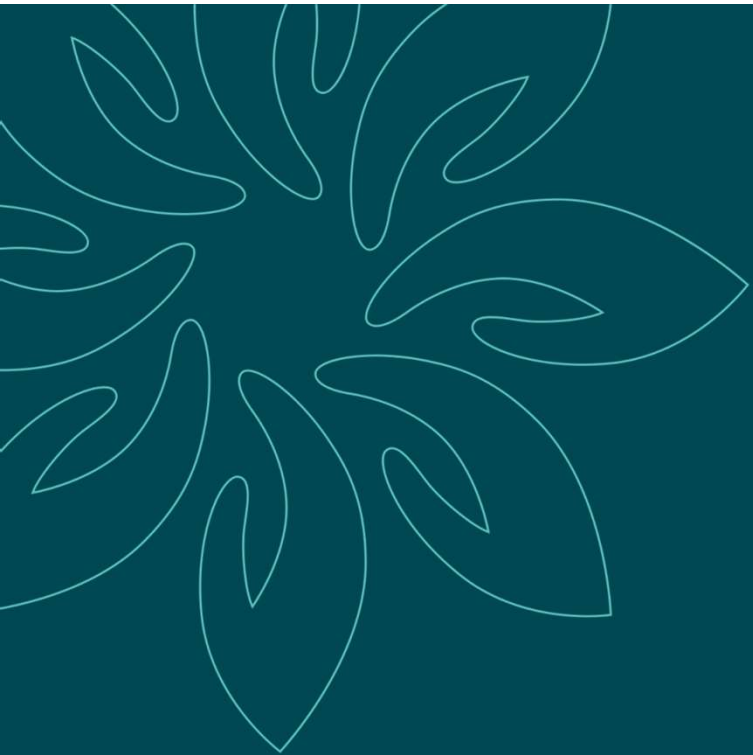
Protagonismo da liderança local



Suporte corporativo ativo



Alinhamento estratégico



Muito obrigado!

