

**A IMPORTÂNCIA DA *POSITIVE DEVIANCE*
NA SEGURANÇA DO DOENTE COM OBESIDADE MÓRBIDA**

José Manuel Martins dos Santos

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau
de Mestre em Gestão de Empresas

Orientadora

Dr.^a Margarida França, Mestre em Gestão e Economia da Saúde, pela Faculdade de Economia
da UC e Pós-graduada em Administração Hospitalar, pela ENSP-UNL

Setembro 2017

“It’s easier to act your way into a new way of thinking, than to think your way into a new way of acting” – Jerry Sterin

Resumo

A ideia e a criação do termo *positive deviance*, por Richard Pascale e Jerry Sterin, em 2005, surgiu da constatação de que alguns indivíduos com os mesmos recursos e as mesmas condições de trabalho, conseguiam resultados mais eficazes.

A *positive deviance* passou a ser usada para descrever comportamentos ganhadores e evidenciar organizações com estratégias de sucesso.

As iniciativas na área da segurança do doente continuam a focar-se nos eventos negativos, no erro e na culpabilização dos responsáveis. Este processo de “negative deviance” ajuda a entender a causa dos erros com os doentes e, através da sua correção, procura reduzir os danos e o número de situações adversas, fazendo, no entanto, pouco sobre a segurança do doente.

Pelo contrário, a *positive deviance* (desvio positivo) assenta na capacidade de um grupo/individuo organizar modelos dentro do seu trabalho, com recurso a estratégias de sucesso pouco comuns para resolver problemas comuns.

A *positive deviance* baseia-se na mudança de comportamento dos indivíduos, equipas e/ou organizações de forma a encorajar a utilização de novos métodos como a transferência e a partilha das melhores práticas, no sentido de melhorar os cuidados e a segurança dos doentes.

Tendo em consideração a segurança do doente submetido a cirurgia bariátrica iremos tentar identificar duas práticas de desvio positivo, em serviços cirúrgicos, nos quais tenha sido referenciado um elevado desempenho, no sentido de perceber as potencialidades e limitações da aplicação do desvio positivo na promoção da segurança do doente e na otimização de recursos.

Palavras-chave: positive deviance, segurança do doente, cirurgia bariátrica, eventos adversos.

Abstract

The idea and the creation of the term positive deviance, by Richard Pascale and Jerry Sternin in 2005, came from the realization that some individuals with the same resources and the same working conditions achieved more effective results.

Positive deviance has been used to describe winning behaviors and evidence organizations with successful strategies.

Patient safety initiatives continue to focus on the negative events, misrepresentation and blame of those responsible. This negative deviance process helps to understand the cause of errors with patients and, through its correction, seeks to reduce the damage and number of adverse situations, while doing little about patient safety.

On the contrary, the positive deviance is based on the ability of a group / individual to organize models within their work, using unusual strategies of success to solve common problems.

Positive deviance is based on the behavioral change of individuals, teams and / or organizations to encourage the use of new methods such as the transfer and sharing of best practices to improve patient care and safety.

Considering the safety of the patient undergoing bariatric surgery, we will try to identify two positive deviation practices in surgical services, in which a high performance was observed, to perceive the potentialities and limitations of applying positive deviation in promoting safety and optimization of resources.

Keywords: positive deviance, patient safety, bariatric surgery, negative events.

Agradecimentos

Durante a minha frequência do mestrado e no decurso da elaboração da dissertação, muitas foram as pessoas que contribuíram para que pudesse atingir os objetivos a que me propus.

Sem querer retirar valor qualitativo à maioria dos meus formadores, é de inteira justiça, neste contexto referenciar alguns que pelas suas qualidades pedagógicas e humanas estiveram nas fases mais marcantes deste trajeto.

À professora Sofia Portela e ao professor Luís Martins agradeço a forma como me receberam, integraram e sempre souberam motivar, denotando uma elevada capacidade científica e de liderança pedagógica.

Estou grato à professora Margarida França, administradora hospitalar de reconhecidos méritos, de elevada formação científica, pedagógica e humana, que desde a primeira hora, de uma forma empática e eloquente, estimulou em mim a vontade de aprofundar conteúdos e conhecimentos na área da qualidade e da segurança do doente. O ter aceite ser minha orientadora, para além de constituir para mim um enorme privilégio, foi fundamental para concretização do estudo. Sem o seu elevado espírito de entrega e envolvimento, sacrificando por variadíssimas vezes o seu limitado tempo disponível, não teria sido possível dar corpo a este projeto.

Ao doutor Jonh Preto prestigiado cirurgião estou reconhecido pelo apoio dado quer na obtenção das autorizações necessárias quer na recolha de dados do seu hospital.

Ao doutor Rui Ribeiro, cirurgião de créditos reconhecidos na área da cirurgia da obesidade mórbida, muito agradeço o aconselhamento e as orientações no aprofundar conhecimentos nesta área cirúrgica e as oportunidades que me deu de, com ele, discutir os resultados obtidos.

Por fim, agradeço à minha família e em especial à minha mulher Isabel, companheira de 30 anos de vida, sem a qual tudo isto não seria possível. Com muito amor, cumplicidade e grande altruísmo, esteve diariamente presente, nos bons e maus momentos, acompanhando as longas sessões de trabalho, nunca deixando que a motivação se perdesse, ajudando de forma perspicaz e espírito crítico na elaboração técnica e científica desta dissertação. A discussão conjunta das várias etapas que foram sendo ultrapassadas, assim como o apoio no aprimorar de pequenos detalhes, fizeram que se chegasse a “bom porto”.

Por elas (mãe, filhas e neta) terminarei os meus agradecimentos com uma citação de Luís de Camões “Tudo vale a pena quando a alma não é pequena”. E valeu mesmo!

Índice Geral

Índice de Figuras e gráficos	vi
Índice de tabelas	vi
Glossário de Abreviaturas e Siglas.....	vii
1. Introdução	1
1.1. Motivação	8
1.2. Questão de Investigação e Objetivos	8
2. A <i>Positive Deviance</i>	10
2.1. Conceito e Metodologia	10
2.2. Aplicações	14
2.2.1. Má nutrição e Vietnam	15
2.2.2. Infecções hospitalares e MRSA	17
2.2.3. Osteoporose e o Fosamax, na América Latina	18
3. A <i>Positive Deviance</i> e a Segurança do Doente	19
3.1. Diferentes abordagens ao desvio comportamental	19
3.2. Desvios em Cuidados de Saúde	20
3.3. A abordagem da <i>positive deviance</i> nos Cuidados de Saúde	21
4. Cirurgia da Obesidade – Melhoria de Qualidade de Vida	24
5. Estudo de caso: <i>positive deviance</i> na cirurgia da obesidade	32
5.1. Metodologia de Investigação	32
5.2. Comparações entre técnicas cirúrgicas	34
5.3. Resultados e discussão	39
6. Conclusões	46
Bibliografia	50

Índice de Figuras e gráficos

Figura I – Gráfico do comportamento, segundo Spreitzer & Sonenshein.....	20
Figura II – Laparoscopic Roux-en-Y Gastric bypass – LRYGB.....	30
Figura III – Mini gastric bypass MGB.....	31
Figura IV – Diverted Mini gastric bypass – dMGB.....	31

Índice de gráficos

Gráfico I - Comparação das diferentes técnicas por % de incidência aos 48 meses	43
Gráfico II - Comparação das diferentes técnicas por evolução dos valores médios da % EBMIL aos, 15 dias, 3 meses, 6 meses, 12 meses, 24 meses, 36 meses, 48 meses e 60 meses.....	45

Índice de Quadros

Quadro I – Definição de critérios de evolução das comorbilidades	38
Quadro II – Estudo da existência de diferença estatisticamente significativa relativamente à técnica LYRGB, nos hospitais A e B.....	40
Quadro III – Estudo da existência de diferença estatisticamente significativa entre as técnicas LYRGB e MGB.....	41
Quadro IV – Estudo da existência de diferença estatisticamente significativa entre as técnicas LYRGB e dMGB.....	42

Glossário de Abreviaturas e Siglas

BDP	Derivação Biliopancreática
DGS	Direção Geral de Saúde
dMGB	Diverted Minigastric Bypass
EBMIL	Excess Body Mass Index Loss
EWL	Excess Weight Loss
IMC	Índice de Massa Corporal
IOM	Instituto de Medicina
LRYGB	Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass
MGB	Minigastric Bypass
MRSA	Estafilococos aureus meticilinoresistentes
MSD	Merck Sharp & Dome
NHI	National Health Institute
NSH	National Health Service in England
OMS	Organização Mundial de Saúde
PASQ	Patient Safety and Quality Care
PD	<i>Positive Deviance</i>
SADI-S	Single anastomosis duodeno-ileal bypass with sleeve gastrectomy
TWL	Total Weight Loss
USNGO	United States Non-Governmental Organizations
WHO	World Health Organization

1. Introdução

A temática da qualidade em saúde, embora se tenha iniciado há muito com Florence Nightingale (séc. XIX) e até fosse medida por Ernest Codman, em 1905, só verdadeiramente, em 1960, através de Avedis Donabedian tem a sua definição e aplicação, sendo abordada segundo três parâmetros – estrutura, processos e resultados (Donabedian, 2005). A estes três parâmetros juntou-se, no final dos anos 90, a temática da “Patient Safety” (segurança do doente) e em 2002, a Organização Mundial de Saúde - OMS agrega a estes parâmetros o critério da satisfação dos doentes e dos seus familiares.

E como podemos hoje definir a qualidade em saúde?

De uma forma global, é um processo cujos objetivos se destinam a alcançar a eficácia e a eficiência, a satisfação dos doentes e a sua segurança, com ausência de complicações e com equidade na prestação do serviço (IOM - Crossing the Quality Chasm, a New Health System for de 21th Century”).

Existem, contudo, outras definições de qualidade. Segundo Juran (1951), esta consiste na aptidão ao uso de produto ou serviço. Para Crosby (1979) resulta da conformidade com os requisitos e para Deming (1950), a qualidade surge como resultado de um processo de melhoria (Gomes, 2004).

Qualidade e segurança do doente são, por estes motivos, princípios indissociáveis, embora a evidência mostre no caso de Mid Staffordshier NSH Foundation Trust, no Reino Unido (“The Francis Report”, 2013) que a implementação da melhoria clínica da qualidade e segurança, nem sempre são sinérgicas (Berwick, 2013), e que deve ser sempre mantido em monitorização contínua, baseada em estratégias e com avaliação de resultados.

Em 2000, o relatório do Instituto de Medicina (IOM) “To Err is Human Building a Safer Health System”, revelou que nos Estados Unidos, por ano, 44000 a 98000 americanos poderiam morrer em consequência de erros / eventos adversos no sistema de saúde e que a maioria desses danos (85%) seriam devidos a fatores sistémicos e não individuais.

Isto levou a que fossem importados “drives” de segurança retirados da indústria da aviação civil por forma a reestruturar as organizações e a metodologia de trabalho com ganhos a nível da segurança.

Na mesma altura (2001) a Agência Britânica para a Segurança dos Doentes emitia um documento “An Organization With Memory” focando-se na segurança do doente do National Health Service e como se deveriam prever os erros (Vincent, 2001)

No início deste século, e sobre a égide da OMS, foram criadas várias agências envolvidas na melhoria da qualidade e da segurança dos doentes, ao nível nacional (Reino Unido, Canadá, Austrália, Dinamarca, entre outros) e ao nível internacional, a World Alliance for Patient Safety, que proporia programas em variadíssimas áreas como a investigação, notificação, aprendizagem e mesmo medidas práticas como a “lavagem das mãos” e “cirurgia segura” (Berwick, 2006)

Neste contexto, foram estabelecidos parâmetros fundamentais do garante da qualidade em saúde (IOM, 2001):

1. Segurança do doente, para evitar efeitos colaterais;
2. Acesso para todos a tempo, evitando demoras;
3. Eficácia, baseada na evidência e virada para os resultados;
4. Eficiência, para evitar desperdícios;
5. Equidade, sem discriminação;
6. Centralização no doente, indo ao encontro das suas necessidades

Para maximizar a segurança dos doentes e definir conceitos na gestão de risco é necessário em primeiro lugar identificar e detetar os erros e efetuar a sua análise, avaliação, tratamento e monitorização.

Para uma melhoria contínua na cultura de segurança do doente há que transformar mentalidades e sistemas, através da aprendizagem, flexibilidade, competência e improvisação (Nieva e Sorra, 2003).

Em outubro de 2004, a World Alliance for Patient Safety lançou um programa cujo objetivo era “First, do no harm ...” que pretendia reduzir os efeitos adversos e os cuidados de saúde não seguros. Neste programa, um dos objetivos passava por um projeto de mudança “Clean care is safer care”

Nesta área, a OMS (2005) apresentou três desafios para reforçar a segurança dos doentes, diminuir os riscos e melhorar a qualidade da prestação do serviço de saúde:

- Mudança na segurança do doente – aumento da consciencialização e sensibilização dos profissionais de saúde para o impacto das infeções associadas aos cuidados de saúde (passa também por testar a implementação das orientações da OMS – “Linhas gerais na lavagem das mãos, nos cuidados de saúde”).
- Cirurgia segura para salvar vidas – recurso à utilização de listas de controle.

A importância da *positive deviance* na segurança do doente com obesidade mórbida

- Mudança de paradigma da segurança do doente – prevenir/controlar resistências bacterianas, uso racional de medicação (por exemplo antibióticos), investigação e desenvolvimento.

A 5 de abril de 2005, no Luxemburgo, a Comissão Europeia (PG “Health and Consumer Protection”) emitiu uma recomendação “Patient Safety – Making It Happen!”, referindo que deveriam ser introduzidas rotinas na gestão de risco, por exemplo, através do desenvolvimento de normas de orientação e indicadores como partes de um sistema de avaliação de qualidade do setor de prestação de cuidados de saúde.

A Declaração de Londres, em 29 de março de 2006, sobre a segurança dos doentes, evidenciou a perspetiva dos pacientes, assim como alertou os serviços e os profissionais para a necessidade de usarem de maior abertura, honestidade e transparência.

No que se refere ao movimento da segurança dos doentes, a OMS - Collaborating Center for Patient Safety Solutions – e o PASQ - European Union Network for Patient Safety and Quality Care –, conduziram ao surgimento de nove soluções para os problemas de segurança dos doentes, ou seja, prevenir o dano.

Relativamente à segurança dos pacientes, foi criada, em 2008, por Peter Pronovost, a lista de controle nos serviços e blocos operatórios, que revolucionou a prática de segurança nesta área clínica.

As recomendações da União Europeia de junho de 2009, relativas à segurança dos doentes e à prevenção e ao controle da infeção nos cuidados de saúde teve por base estatísticas dos estados membros que referem uma incidência de eventos adversos em 8 a 12% dos doentes internados e a constatação de que um em cada vinte têm infeções associadas. A insuficiente segurança resulta num sério problema de saúde pública e num pesado ónus económico para a sociedade (2009/C 151/01, de 9 de Junho de 2009).

Segundo a “Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety” (OMS, 2009) existem 48 conceitos que se podem aplicar à segurança do doente, dos quais destacamos quatro pela sua relevância:

- Incidente – qualquer evento ou circunstância que pode resultar ou resultou em dano desnecessário para o doente;
- Reação/evento adverso – dano físico que pode ter, ou não, relação com o erro ou que tem relação com o tratamento, mas não com a doença;
- *Near miss* – incidente que não atinge o doente
- Incidente com dano – incidente do qual resultou um dano para o doente.

Neste contexto da cultura de segurança do doente parece-nos fundamental:

- Aceitar a falibilidade, aprender com erros e jogar na antecipação;
- Alterar as condições de trabalho locais e organizacionais, redesenhando o sistema com uma liderança forte e um esforço de equipa;
- Alterar a cultura dos profissionais de saúde altamente culpabilizante e avessa às mudanças, com a aprendizagem através do erro;
- Primar e desenvolver uma melhoria contínua da qualidade dos sistemas de segurança do doente, reforçando o espírito de equipa;
- Melhorar as capacidades profissionais a nível dos conhecimentos e da comunicação interpares;
- Usar de transparência;
- Envolver os doentes, os familiares e a sociedade no processo;
- Utilizar boas práticas e dotações seguras;
- Responder com verdade, ao sistema de “accountability” (avaliação externa);
- Recorrer a auditorias clínicas para melhorar a qualidade.

(“Seven Steps to Patient Safety: A Guide for NHS Staff”, 2004; e “Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020”, 2015)

Há ainda relativamente pouco tempo, a esmagadora maioria dos sistemas de saúde era avaliada na perspetiva dos cuidadores e não dos usuários (Vincent & Coulter, 2002).

Nos últimos anos foram feitos alguns avanços relativamente à inclusão da avaliação que os doentes fazem dos cuidados que lhes são prestados como medida de qualidade.

De acordo com Vincent & Coulter (2002), “Os pacientes têm um papel fundamental a desempenhar para ajudar a chegar a um diagnóstico preciso, para decidir sobre o tratamento adequado, na escolha de um prestador experiente e seguro, no sentido de assegurar que o tratamento é administrado de forma adequada, monitorizada e respeitado, e na identificação de eventos adversos e poder reclamar” (“Seven Steps to Patient Safety: A Guide for NHS Staff”, 2004).

Em Portugal (2009) foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde, integrado na Direção-Geral de Saúde -DGS, responsável pela conceção e implementação de uma política nacional para a qualidade na saúde, qualidade organizacional e acreditação. Na análise/gestão de risco é responsável pela definição de normas, estratégias e procedimentos para a melhoria contínua da qualidade na prestação de serviços: segurança do doente; qualidade clínica e organizacional; gestão integrada da doença; e inovação.

Em maio de 2011, o estudo da Escola Nacional de Saúde Pública (“Segurança do Doente e Eventos Adversos em Hospitais Portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade”) mostrava que nos hospitais portugueses havia uma taxa de incidência de efeitos adversos de 11% e que embora na maioria dos casos não existissem danos, ou só existissem danos mínimos para o doente, esses efeitos adversos obrigavam a um prolongamento médio de internamento de 10,7 dias e que cerca de 53,2% dos efeitos adversos eram considerados evitáveis. Estes números não diferiam muito dos do Canadá (7,5%), da Dinamarca (9%) da Inglaterra (10,8%), da Suécia (12,3%) ou da Nova Zelândia (12,9%) (Sousa et al., 2011).

A Direção Geral de Saúde – DGS, integrou os projetos da OMS desenhou uma campanha de segurança do doente nos serviços e blocos operatórios – lista de controle e um programa de lavagem das mãos nos serviços de saúde.

Quando se fala de qualidade e segurança do doente existe um conceito que está inerente a essa realidade que é o de erro. E o que é um erro em cuidados de saúde?

Segundo Fragata (2005) o erro é o desvio de um resultado em relação a um plano pré-estabelecido.

Um outro conceito relevante é o de evento adverso que pode ser considerado como um dano físico que pode ter, ou não, relação com o erro e que tem relação com o tratamento e não com a doença, definindo, no seu conjunto, complicação (Brennan et al., 1991).

A alta incidência de erros e eventos adversos nos cuidados de saúde e o seu impacto socioeconómico conduziu, em Portugal (2015), à criação de um sistema de gestão de risco e uma cultura de segurança relacionada com o doente e com o próprio profissional – Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020, da responsabilidade do Departamento da Qualidade na Saúde da DGS.

Neste plano, é também referenciada como eixo prioritário de intervenção, a importância da comunicação com o doente e com a família sendo referido:” O Conselho da União Europeia recomenda que os doentes sejam informados e integrados na equipa que lhes presta cuidados de saúde. Só assim poderão ser corresponsabilizados quer pela sua saúde, quer pelo controlo da evolução da sua doença. Se não forem ativamente implicados no processo de prestação de cuidados, os doentes não poderão, também eles, contribuir para a segurança dos cuidados de saúde que lhes são prestados.” (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015).

É nessa estratégia de Patient Safety, que se realça e debate a importância das medidas a tomar nos próximos 13 anos referenciadas no relatório denominado “Patient Safety 2030” efetuado pelo National Institute of Health Research Imperial Patient Safety Translational

Research Center em parceria com o Imperial College HealthCare em colaboração com os maiores especialistas em segurança do doente do Reino Unido (Yu et al., 2016).

Desde o relatório “To error is Human”, em 2000 (IOM) que a segurança do doente faz parte da discussão e da campanha de políticos, é notícia na comunicação social e preocupação dos profissionais de saúde, tendo-se criado estratégias que eliminaram muitas das causas de erros e consequentemente danos para os doentes.

Porém, com a crise económica mundial, as verbas destinadas à pesquisa e implementação de medidas preventivas nesta área de segurança e qualidade (Patient Safety) acabaram por ser encaminhadas para outras áreas ou mesmo eliminadas. Embora, nos últimos dezassete anos (de 2000-2017) se tivesse deixado de pensar que *Patient Harm* era uma situação intratável, tendo obtido melhorias significativas nesta área, estamos num momento de viragem em que se exige uma atuação holística e sistemática, devendo esta integrar-se na cultura e evolução tecnologia das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Apesar destes progressos obtidos na prevenção dos erros e na diminuição do dano causado, estes continuam a acontecer em todos os serviços de saúde, também devido ao aumento médio da esperança de vida e à multiplicidade das patologias crónicas.

A diminuição das verbas para a saúde e as múltiplas resistências bacterianas dão origem a um risco aumentado de infeção quando se recebem cuidados de saúde. Por esse motivo, é importante modificar comportamentos e acompanhar a evolução dos cuidados com recurso a soluções tecnológicas para garantir a segurança do doente. Neste contexto, será fundamental aproximar e homogeneizar os serviços e cuidados de saúde, tanto a nível nacional como a nível internacional, para que os utentes tenham a eles acesso de uma forma segura, efetiva e em tempo útil.

O relatório Patient Safety 2030 (Yu et al., 2016) aponta para quatro estratégias de segurança a serem concretizadas:

1. A abordagem para diminuir a incidência do dano no doente deve ser integrada e implementada com as restantes áreas da saúde;
2. Os profissionais devem assumir, no seu dia-a-dia, uma política de segurança, baseada na confiança e qualidade, recusando uma postura de queixa e punição;
3. Os utentes devem estar envolvidos nos problemas e fazerem parte da solução;
4. A política de saúde e as medidas a tomar devem ser baseadas em evidências fortes, caso contrário, deverão ser tomadas com precaução.

Estas estratégias só terão êxito se estiverem fundamentadas e comprometidas com os sistemas de saúde a nível global (nacional e internacional), devendo ser medidas por indicadores seguros e reconhecidos.

A segurança não é só a prevenção dos erros nos cuidados de saúde, mas é simultaneamente o tentar atenuar as suas consequências. É ainda um direito, devendo a reparação dos danos causados aos doentes ser da responsabilidade dos serviços de saúde.

Para prevenir esses danos devem ser criados sistemas de prevenção dos erros em saúde baseados na qualidade, na economia e na política (relatório Patient Safety 2030).

O envolvimento dos doentes na sua própria segurança é hoje em dia um dos princípios de qualidade dos cuidados de saúde.

O relatório Health Continuous Improvement (2016) mostra que os sistemas atuais de prevenção do dano são pouco eficazes e caros. A segurança nos cuidados prestados pode reduzir custos, já que por exemplo, no último ano, no Reino Unido, os gastos atribuídos aos doentes afetados pelos efeitos adversos, rondava um bilião de libras. O relatório Patient Safety 2030, que projeta as normas de segurança do doente até ao ano de 2030, chama a atenção para que a redução do dano deva estar associada a uma estratégia integrada, envolvendo a criação de uma cultura de segurança, e onde os pacientes e o pessoal devem ser o centro de intervenção, implementando políticas de evidências. Aqui devem ser introduzidas ferramentas que permitam o controlo dos resultados e a sua medição, integrados num projeto de segurança do doente a nível nacional e internacional.

É numa abordagem da qualidade e segurança do doente que pretendemos referenciar, algumas estratégias inovadoras que tenham por suporte o recurso a ferramentas específicas, que permitam o controlo de resultados e a monitorização contínua. “Essas ferramentas terão de demonstrar que a qualidade é um dado objetivo de desempenho das organizações, possível de ser medido e identificado, pelo recurso a métricas simples” (França, 2008).

Consideramos que uma rotura com a abordagem focalizada no erro e na sua deteção e no que correu mal, poderá trazer benefícios para o sistema e mais diretamente para o seu utilizador – o doente.

Assim, propomo-nos desenvolver um estudo que permita indagar se uma abordagem pela positiva – *positive deviance* poderá trazer os benefícios significativos, que se pretendem alcançar, quer na qualidade dos serviços quer na segurança e satisfação dos doentes.

1.1. Motivação

A segurança dos doentes nos cuidados de saúde tornou-se uma prioridade. Esta encontra-se diretamente correlacionada com a qualidade dos serviços prestados nas unidades de saúde

A qualidade em saúde requer alguns desafios que promovam melhorias a diferentes níveis, concretamente: ao nível dos sistemas de saúde e do seu financiamento; ao nível da sustentabilidade, da efetividade e da sistematização de programas aplicados (ou em curso); e ao nível da cooperação e coordenação entre profissionais e entre organizações (Fragata, 2012).

A qualidade em saúde traduz-se também pela minimização da ocorrência de efeitos adversos na prática clínica que coloquem em risco a segurança do doente.

O envolvimento da *negative deviance* na tentativa de diminuir os erros e melhorar a segurança dos doentes, com estudos, revisão de morbilidade e mortalidade, relatórios e auditorias associados a uma teoria de não relatar, foi-se focalizando exclusivamente no erro e na sua deteção, não produzindo ganhos significativos quanto à melhoria da qualidade dos serviços prestados e da segurança do doente (Lawton et al., 2014).

Pelo contrário, acreditamos que uma nova abordagem pela positiva - *positive deviance* -, baseada nas boas práticas, numa teoria de notificação não penalizante e numa gestão com forte liderança poderá constituir um método facilitador da construção, sistematização e monitorização de processos que conduzam à qualidade dos serviços de saúde e consequentemente produzam uma significativa redução dos riscos nos cuidados dos doentes (Marsh, 2004).

Propomo-nos assim testar, na cirurgia da obesidade, a eficácia da *positive deviance* em diferentes abordagens clínicas.

1.2. Questão de Investigação e objetivos

A capacidade de errar é uma das condições humanas inevitável.

Porém, podemos melhorar e evitar os erros em cuidados de saúde. Esta melhoria poderá passar pela implementação de medidas como: a alteração das condições de trabalho locais e organizacionais, a alteração da cultura dos profissionais (altamente culpabilizante, avessa à mudança e com uma aprendizagem centrada no erro); a melhoria das competências e das capacidades dos profissionais; e o desenvolvimento de melhorias contínuas no sistema que sejam garante da segurança dos doentes e dos profissionais.

De acordo com Fragata (2012), uma definição moderna de qualidade nos cuidados de saúde terá de ter como eixos de intervenção: a efetividade, ligada ao resultado, ao processo e à estrutura; a experiência/satisfação do doente; e a segurança (a quase ausência de eventos adversos).

Sabe-se que maior segurança em saúde conduz a maior qualidade e a minoração de custos. “Sai mais barato fazer bem e à primeira vez” (Fragata, 2012) ou “nos cuidados de saúde a melhor forma de reduzir custos é melhorar a qualidade” e se “medimos para melhorar, devemos medir os resultados e os custos”¹.

Os gastos em saúde, nem sempre são proporcionais aos resultados e existe desperdício que é urgente controlar (Fragata, 2014).

Dados da IOM (2010), segundo Fragata (2014), demonstram que, entre os diferentes parâmetros responsáveis pelos custos crescentes em saúde, os procedimentos desnecessários e a ineficiência (erros, fragmentação e outros) tiveram nos últimos anos um crescimento que se aproxima do triplo do que seria expectável.

Por estes motivos, a eficiência nos cuidados de saúde, baseada nos resultados versus custos, tem na prática da *positive deviance* um campo para melhorar a qualidade e a segurança, podendo reduzir os encargos financeiros.

A segurança do doente é uma peça fundamental na qualidade dos cuidados de saúde, sendo hoje em dia um tema de extrema sensibilidade, tanto para os doentes e familiares como para os profissionais de saúde e gestores.

Em Portugal, um estudo de 2008 demonstra que 2,5% dos doentes internados em meio hospitalar poderá sofrer um efeito adverso, seja no uso de medicação, seja pelas infeções ou complicações peri e pós-operatórias (Mansoa et al., 2011: 121).

Esses efeitos adversos devem-se na maioria dos casos a causas sistémicas, a fatores dos profissionais de saúde e da própria doença. Estas causas originam não só o sofrimento físico e psicológico, mas também gastos exagerados de recursos financeiros, sendo hoje fundamental criar estratégias por forma a evitar a incidência de efeitos adversos.

Neste contexto, a DGS definiu e publicou um Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020 em que se propõe:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
2. Aumentar a segurança da comunicação;
3. Aumentar a segurança cirúrgica;

¹ PORTER, Michael, in conferência “Reforma do sistema de saúde deve criar valor para os doentes”, Universidade Católica, 13 de julho de 2012.

4. Aumentar a segurança na utilização da medicação;
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
6. Prevenir a ocorrência de quedas;
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
8. Assegurar a prática sistemática da notificação, análise e prevenção de incidentes;
9. Prevenir e controlar as infeções e resistências bacterianas.” (Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020, DGS)

Considerando a problemática definida envolvendo a segurança do doente, parece-nos pertinente estudar que impacto poderá a *positive deviance* ter na prática dos cuidados de saúde e encontrar soluções pela positiva, que possam minimizar os erros e os eventos adversos, garantindo uma melhoria não só na qualidade do tratamento, como também na segurança.

Tendo em conta a nossa experiência profissional, focar-nos-emos em práticas cirúrgicas, tentando explicar a influência do desvio pela positiva, não só na melhoria da segurança de doentes e profissionais de saúde, como na otimização dos recursos.

Assim, partindo da questão de investigação: “Poderá a *Positive Deviance* influenciar na criação de modelos que permitam, na cirurgia da obesidade, reduzir efeitos adversos e criar condições para maior segurança dos doentes?”, propomo-nos alcançar os seguintes objetivos:

- Identificar boas práticas em equipas cirúrgicas e os seus autores;
- Comparar pela positiva o desempenho de diferentes técnicas cirúrgicas inovadoras na área da cirurgia da obesidade;
- Identificar um modelo que seja garante de segurança em saúde, tendo por base os princípios da *positive deviance*.

2. A *Positive Deviance*

2.1. Conceitos e Metodologia

O conceito de *Positive Deviance* – PD que é definido como um processo de mudança de procedimento ou desvio de procedimento é baseado na observância de que em qualquer organização ou comunidade existem indivíduos ou grupos que descobriram ou criaram práticas pouco comuns ou pouco utilizadas, tendo um comportamento desviante, sendo capazes de encontrar melhores soluções para problemas específicos do que os seus colegas, que com recursos idênticos enfrentaram os mesmos desafios (Pascale, et al., 2010).

A abordagem PD cresceu e desenvolveu-se no assumir que as comunidades ou organizações têm bens ou recursos que nunca tinham sido utilizados. A abordagem PD permite identificar e amplificar novas práticas e comportamentos, medir *outcomes* e partilhar as estratégias de sucesso com os outros (Pascale, et al., 2005).

A PD demonstra que, quer individualmente ou em grupo, comportamentos especiais ou pouco comuns criam estratégias facilitadoras para ultrapassar os problemas concebendo novas soluções com os mesmos recursos.

A PD é uma forma de mudança social que conduz as comunidades a descobrir a sabedoria (que já possuem) e como a devem utilizar. Os elementos são positivos porque fazem bem as coisas, mas ao mesmo tempo são desviantes porque se envolvem em mudança de comportamentos ao contrário de outros elementos. O processo de PD combina ao mesmo tempo considerações relacionais e técnicas utilizando ao mesmo tempo redes formais e informais que se vão desenvolvendo, durante a aplicação do processo. Transforma o invisível em visível, envolvendo a própria comunidade, de modo a monitorizar as suas ações, motivando a mesma a transferir a suas descobertas para a prática. Promove mudanças comportamentais e sociais. É uma teoria provada e eficaz para atingir mudanças estruturais, focalizando-se, mais no funcionamento “against all odds” (contra tudo e contra todos) e menos no que está mal ou no que está faltando (Singhal, et al., 2010).

De acordo com Pascale, et al. (2010) a essência do processo da *Positive Deviance* está em “não ensinar novos conhecimentos, mas sim encorajar novos comportamentos”.

Mas como se poderá promover o desenvolvimento de um processo de PD, de modo a que a comunidade o aplique de uma forma eficiente e eficaz?

A abordagem da *positive deviance*, segundo a publicação da Positive Deviance Initiative - “Basic Field Guide to the Positive Deviance Approach” (2010), está baseada nos seguintes princípios:

- “Os indivíduos e ou a organização gerem todo o processo;
- Estes fazem parte do problema e da sua solução – “don’t do anything about me, without me”;
- Os indivíduos e ou a organização desenvolvem comportamentos de sucesso e estratégias pouco comuns;
- Divulgam-se as estratégias de sucesso para criar inovação;
- Reconhece-se que qualquer um pode obter resultados, mesmo nos piores cenários;
- Privilegia-se a prática, ao conhecimento – o “how” em vez do “what” ou “why”;

A importância da *positive deviance* na segurança do doente com obesidade mórbida

- Criam-se os próprios comportamentos de referência e monitoriza-se a sua evolução;
- O progresso está baseado no respeito pelos indivíduos e pela organização, na sua cultura, focando-se no envolvimento interativo e na capacidade de liderança.”

De acordo com Pascale et al. (2010), existem orientações metodológicas e processuais para o sucesso na implementação de projetos de PD. Com o recurso, ou não, a facilitadores, o êxito destes projetos depende da implementação dos chamados Ds da Positive Deviance:

Define – definir o problema;

Determine – determinar práticas comuns;

Discover – Descobrir comportamentos pouco comuns ou estratégias que ajudem a melhorar ou a solucionar problemas;

Design – Desenhar e projetar atividades;

Discern – Identificar a eficiência dos projetos, monitorizando, medindo e se possível avaliando;

Disseminate – Divulgar o projeto de sucesso envolvendo outros.

O processo de PD refere-se ao caminho a efetuar ao longo de todo o projeto com o uso habilidoso da aprendizagem, resultando da mobilização da comunidade na descoberta de novas soluções.

Assim, no processo de PD a comunidade deve redefinir e reestruturar o problema, de modo a assegurar que ele tem relevância podendo ser concretizado e medido. Deve envolver-se, e caso seja necessário criar, grupos de trabalho por forma a estabelecer práticas pouco comuns e identificar PD.

A PD faz com que se reduzam as barreiras impostas pelo contexto social, podendo os elementos da comunidade desviantes assumir a liderança, e a inovação funcionando como um *outcome* (Pascale, et al., 2010).

Mas como pode a PD auxiliar na mudança dos Sistema sociais ou coletivos na área da saúde? Como pode mudar a cultura organizacional?

Não é verdadeiro pensar que a melhoria e a mudança de cultura organizacional surgem de maior controle e medidas mais apertadas ao nível da liderança (Pascale et al., 2010,p. 8)

Por este motivo a reforma dos serviços de saúde não se concretiza e não é eficaz porque é só baseada em custos e controle, sem qualquer mudança de atitude (estão só focados no que não está a correr bem, tentando melhorar).

A informação é fundamental quando é objetiva e partilhada (Pascale et al., 2010: IX) e transmitida para o grupo. Para haver uma mudança de procedimentos é necessário identificar a zona que está “doente”. Os profissionais de saúde podem realizar mudança se tiverem a

informação correta que explique a necessidade de mudar. A informação ajuda a tomar decisões relativas à mudança (Pascale et al., 2010:8), mas não é tudo tem de haver espaço para a inovação.

O Dr, Semmelweis tinha a evidência que lavar as mãos salva vidas, mas teve que esperar que se identificasse o agente patológico, por forma a que a evidência se transformasse em verdade.

As grandes mudanças comunitárias na área da saúde têm melhores resultados que as que têm por base a intervenção de líderes pouco recetivos ao diálogo ou mesmo autoritários (Pascale et al., 2010, p .X).

As estratégias baseadas em culturas dominantes não têm grande expressão quando é necessário modificar comunitariamente ou um sistema social. Os sistemas sociais são sistemas humanos, logo mais complexos. Ao contrário de outros sistemas, estes não podem ser implementados contra a forma de funcionamento. Pelo contrário, têm de ser “inventados”, seduzidos e “comprados”, não podem ser vendidos (Pascale et al., 2010: XI). Tem de existir auto-organização.

Foi com base neste conceito filosófico e inovador que Sternin alterou alguns conceitos instituídos na área da saúde, concluindo que as mudanças clássicas de estratégia não fizeram a diferença (não se encontraram as respostas nem as soluções). Também não se pode assumir que se descobrimos a solução, se vai defendê-la e ensiná-la.

É nesta perspetiva, que as formas radicais pela positiva podem fazer a diferença:

- Olhar para os sinais de saúde e conhecer a cultura da organização;
- “Saber ouvir”;
- Escolher “intenções positivas” de todos os membros do serviço/instituição;
- Melhorar a comunicação e o envolvimento;
- O processo é mais de aprendizagem do que de ensinamento;
- O PD é holístico no seu pensamento, envolvendo sociologia, antropologia, filosofia e mesmo religião;
- É uma mudança social (Pascale et al., 2010, p XIII)

A mudança comunitária da PD passa por um movimento reformista, que respeita a sabedoria e o conhecimento local, e que é normalmente iniciado por pessoas que já haviam perdido a ambição e que se revitalizaram neste projeto, dando um novo significado às suas vidas. “São pessoas que tiveram a coragem de mudar, divergir, de ser dissidentes.” (Pascale et al., 2010: XV).

No âmbito da saúde, quando três ou mais pessoas se organizam para produzir uma mudança, diz-se que se produziu uma “transformação comunitária”. Esta “transformação comunitária”, implica a existência de espaço para a variabilidade ou diversidade, devendo honrar o nosso humanismo. Reformar no PD significa “inverter o nosso pensamento” (Block, citado em Singhal, et al. 2010)

2.2. *Positive Deviance* – Alguns Exemplos

Como já foi anteriormente descrito, a abordagem PD baseia-se na premissa que cada comunidade tem indivíduos ou grupos com comportamentos pouco comuns e estratégias facilitadoras para “encontrar melhores soluções para os problemas do que são seus pares, embora todos tenham os mesmos desafios e acesso aos mesmos recursos” (Singhal & Dura, 2009; Pascale, Sternin & Sternin, 2010; Singhal, et al. 2010, p 7).

Pense-se, por exemplo um hospital em que havia médicos que ao passar a sua visita clínica diária deixavam para o fim os doentes infetados com MRSA (estafilococos aureus meticilina resistentes) e que, ao contrário da maioria, lavavam as mãos antes e depois de observarem os doentes. Imaginemos igualmente que havia enfermeiros que confrontavam os médicos e os cirurgiões a entrarem no isolamento desses doentes protegidos com batas descartáveis, máscaras, luvas e os “obrigavam” a lavar as mãos antes e depois da observação de cada doente. Neste caso, os médicos e enfermeiros que seguiam esta estratégia eram “desviantes”. Eram desviantes positivos porque tinham comportamentos incomuns para o que era considerado normal e habitual. Tinham uma abordagem diferente em relação a outros.

A abordagem da PD revela a sabedoria que se esconde, faz surgir a modificação social, organizacional e individual. A PD melhora, neste caso a qualidade do tratamento do doente e reduz drasticamente as infeções hospitalares (Singhal, et al. 2010). “É radical e ser radical, no bom sentido, é juntar um novo campo de investigação, que pode ser chamado *transformação da comunidade*” (Block, citado em Singhal, et al. 2010:VII).

A PD faz com que “baixem as barreiras impostas pela conformidade social, difundindo o efeito de choque, separando a inovação, como outcome, da arquitetura e da descoberta” (Pascale, et al., 2010: 80-81).

2.2.1. Má nutrição e o Vietnam²

Em 1990, 65% das crianças vietnamitas abaixo da idade dos 5 anos sofriam de má nutrição.

A diminuição da produção de arroz e de outros alimentos levavam a que existissem dois tipos de má nutrição, aguda e crónica, com hipoproteinémias e hipovitaminoses graves. A má nutrição crónica poderá causar danos irreparáveis, tanto a nível físico como mental.

Associado à síndrome de má nutrição, a diarreia endémica em muitas aldeias do Vietnam levava muitas vezes à desidratação e à morte.

Nesse ano, inseridas no programa USNGO – “Save the Children”, Jerry e Monique Sternin receberam um convite do governo do Vietnam para criar um programa para resolver o problema da má nutrição infantil.

Sabendo que um programa alimentar complementar era a médio e longo prazo insustentável e falível, já que era baseado em recursos externos e meramente temporais, nada era feito para encorajar a mudança de práticas para diminuir a incidência de má nutrição infantil ou mesmo saber que importância tinham essas mesmas práticas. Pensando que se queria implementar este trabalho em 10 mil aldeias do Vietnam, uma estratégia teria de ser montada a fim de identificar e facilitar a resolução dos problemas.

O método teria que ser preventivo e curativo. Os métodos e critérios teriam que passar pela teoria da *Positive Deviance*.

Durante algum tempo, existiram reuniões com membros da comunidade/ associação de mulheres e responsáveis provinciais de saúde para discutir o projeto.

Foi feito inicialmente um estudo piloto em quatro aldeias que seriam o balão de ensaio para as restantes.

Era convicção dos Sternin que se a solução para o problema existisse ela teria de partir de dentro das comunidades, pelo que a primeira medida foi falar e dialogar com os líderes das aldeias e outros membros responsáveis pelas mesmas. O objetivo era discutir o projeto nas respetivas comunas e envolvê-las no projeto de colaboração com a respetiva comunidade.

Já tinha havido uma falência de programas alimentares, após ter terminado o tempo programado e tendo havido reaparecimento de má nutrição infantil, logo se sabia que a abordagem pela PD teria de ser implementada de uma maneira diferente, com mudança de mentalidades e que os aldeões teriam de assumir a maior responsabilidade.

² “The Power of Positive Deviance” (Pascale et al, 2010, p.19-52)

Assim, criou-se um grupo de aldeões voluntários que seriam essenciais para a realização do processo e seriam os verdadeiros impulsionadores do protocolo para definir peso e selecionar as crianças malnutridas de famílias pobres e muito pobres. Estes voluntários chegaram à conclusão que, por motivos que se desconheciam, havia crianças bem nutridas em famílias muito pobres. Faltava criar um processo para perceber porque é que alguns membros da comunidade, estando nas mesmas condições dos vizinhos e com os mesmos recursos eram capazes de ter crianças bem nutridas. Era preciso perceber o que era diferente, o que era desviante. Por isso, durante várias semanas, através da utilização de grupos focais³ com mães/avós, idosos e agentes comunitários, foi-se tentando perceber que práticas pouco comuns puderam melhorar o suporte nutricional das crianças da comunidade.

Foi necessário tornar “visível o invisível”, procurando que os intervenientes tomassem consciência das práticas que utilizavam, tendo-se concluído que eram incomuns (PD): a lavagem das mãos antes de comer ou depois de brincar com os animais; nas famílias muito pobres, mas com crianças mais bem nutridas, juntar camarões (apanhados nos campos de arroz), à alimentação das crianças, assim como batata doce e legumes verdes. Ora estes últimos alimentos eram considerados, por muitas mães, pouco apropriados para a alimentação dos seus filhos. Associado a estes hábitos alimentares, e devido a terem de ir trabalhar nos campos, os pais só alimentavam os filhos duas vezes por dia, originando que estes por terem estômagos pequenos, não se conseguiram alimentar convenientemente. Neste processo incomum, algumas mães começaram a pedir a familiares para que os seus filhos pudessem ter quatro a cinco refeições por dia, isto é, mantendo exatamente o mesmo tipo de recursos - a mesma ração de arroz/dia, esta porque distribuída ao longo do dia permitia a absorção do dobro das calorias.

Estavam perante um exemplo típico de alteração das práticas baseadas no processo de PD, que refletiam, não o “o quê” mas sim o “como”. O que se tornou importante após esta descoberta e mudança comportamental era fazê-la chegar a todas as mães e torná-la uma rotina, na alimentação de todas as crianças. Teria de ser uma transmissão de conhecimento de dentro da comunidade para todas as aldeias e deveria ser um processo interno e não proposto de fora para dentro. A técnica foi conjugar estas práticas, pondo em contacto as mães de diversas aldeias de forma a todos estarem envolvidos na mudança dos hábitos de higiene e alimentares.

Praticar em vez de “aprender” foi a mudança comportamental (PD) desenvolvida por estas mães.

³ *Grupo focal* é um grupo reduzido de pessoas com as quais o pesquisador discute sobre o problema a ser investigado, de modo a obter mais informações sobre ele, dar-lhe um foco, um afunilamento, bem como uma direção ao conteúdo dos instrumentos de coleta de dados (Vergara, 2004, p. 56).

2.2.2. Infecções hospitalares e MRSA⁴

A história da transformação da comunidade da Billing Clinic e a redução de infeções por MRSA baseia-se no relato de Jerry Stermin, sobre a experiência de PD (numa palestra de 15 minutos), no Vietnam.

Em 2004, o administrador da Billing Clinic debatia-se com um “problema intratável” – a adesão à lavagem de mãos. Stermin considerou que abordagem PD poderia ser eficaz, valendo a pena a sua implementação neste contexto.

Na realidade os princípios de controle das infeções definidas por Semmelweis (obstetra húngaro) são conhecidos desde o século XIX, referenciando como medidas fundamentais para esse controlo: a lavagem das mãos e o uso de batas, barretes e máscaras, entre outras medidas, para evitar o contacto direto com os doentes. No entanto, mais de 50% dos profissionais de saúde consideravam quer a lavagem das mãos quer o uso de roupa de proteção um desperdício de tempo. A adesão à lavagem (higiene) das mãos, ao uso das luvas e batas descartáveis são fatores fundamentais para a irradicação da doença, mas têm níveis muito baixos de adesão pelos profissionais de saúde (29 a 48%)(WHO-Guideline on hand hygien in healthcare).

O primeiro passo, no processo de PD, na Billing Clinic, passou por fazer um levantamento estatístico da prevalência de MRSA. Este estudo de prevalência passou por realizar um exsudado nasal a todos os doentes admitidos, doentes transferidos e doentes com alta. Foram igualmente monitorizadas as lavagens das mãos e os processos protocolados de controlo de infeção.

Todos os profissionais de saúde e trabalhadores do hospital foram informados sobre o processo PD e sobre a infeção por MRSA e suas implicações, ficando envolvidos neste processo. Foi-lhes solicitado que lavassem as mãos entre contactos com doentes e simultaneamente usassem medidas de proteção quando entravam em áreas de isolamento ou em cuidados intensivos.

Entre 2005 e 2009, a experiência de PD efetuada na Billing Clinic levou a uma diminuição das infeções por MRSA com melhorias da qualidade e da segurança dos doentes. Este processo está bem documentado por uma cuidadosa colheita de dados, mostrando como o esforço da prevenção e da mudança de comportamentos podem ter resultados positivos. Na Billing Clinic, houve uma redução de 88% dos casos de MRSA, em 2 anos e meio, provando que o MRSA é

⁴ “Inspiring Change and Saving Lives – The Positive Deviance Way” (Singhal et al, 2014)

uma infeção previsível. A redução do MRSA na Billing Clinic teve implicações profundas na Saúde Pública Americana.

A evidência mostrou que as infeções hospitalares, consideradas durante muito tempo como um problema intratável, podem e devem ser resolvidas não por diretivas, diretrizes técnicas, ações punitivas ou intervenções farmacológicas, mas sim pela mudança de atitude e de comportamento (PD) que passa pela sabedoria do pessoal que intervém diretamente com o doente. Tem de sair de dentro para fora e não vir da linha hierárquica.

Na Billing Clinic, como noutros hospitais, a prevenção e a desinfeção efetuadas em doentes com MRSA exige um esforço de todos os profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, terapeutas, maqueiros, técnicos, assistentes sociais, auxiliares da ação médica e pessoal de limpeza. Todos têm de ser “desviantes”, são PD porque os seus comportamentos se tornaram diferentes – houve modificações comportamentais.

2.2.3. Osteoporose e o Fosamax, na América Latina⁵

Fosamax é um produto dos laboratórios Merk Sharp & Dome (MSD) utilizado em todo o mundo para a prevenção e tratamento da osteoporose⁶, mas com utilização clínica muito baixa, na América Latina, nomeadamente no México, entre 2000 e 2004. Várias tentativas tinham sido utilizadas para tentar aumentar a sua utilização, mas sem sucesso.

Em 2004, o vice-presidente da MSD após várias pesquisas e estudos efetuados concluiu que o tradicional negócio da indústria farmacêutica até ali implementado estava ultrapassado e necessitava de ser reinventado. O pensamento de base seria que a MSD deixasse de ser um típico fornecedor de produtos, mas se transformasse num membro efetivo de cuidados de saúde, isso pressuponha uma mudança de procedimento (PD) para o futuro.

Passou por, inicialmente, envolver de forma voluntária todos os elementos do grupo de marketing e vendas, numa reunião conjunta, para aprender sobre o processo de PD.

Para espanto da administração da MSD, estiveram presentes, naquela reunião, a grande maioria dos elementos envolvidos na estratégia da empresa. O conceito de PD foi introduzido da seguinte maneira “deixo-vos aqui para pensarem numa alteração da abordagem de venda do produto, esperando pelas vossas opiniões, propostas e decisões”. Nesta primeira reunião, o

⁵ “The Power of Positive Deviance” (Pascale et al, 2010, p.121-139)

⁶ A Osteoporose é uma doença do esqueleto, podendo atingir qualquer porção do mesmo. Caracteriza-se pela diminuição da resistência óssea, tornando os ossos mais vulneráveis a fraturas (Simões, Eugénia, Dr.- Instituto português de Reumatologia - <http://www.ipr.pt/index.aspx?p=MenuPage&MenuId=198>).

processo decorreu de forma lenta e dolorosa para os intervenientes, já que era uma abordagem inusual da administração.

No dia seguinte, só metade dos elementos presentes na primeira reunião compareceu. O vice-presidente refletiu no “why?”. Durante décadas as decisões tinham vindo sempre de modo hierárquico da administração, havendo dificuldade em aceitar a mudança de atuação, tendo em conta a responsabilização que lhes estava a ser proposta na estratégia de vendas da empresa. Até ali, os colaboradores só executavam ordens e por essa razão, precisavam de motivação para encetar um processo de envolvimento e de mudança comportamental que rompesse com o passado.

As chefias tiveram de demonstrar que neste novo processo abdicavam do comando das operações, deixando que as soluções futuras saíssem de dentro do grupo, para fora. Para isso, recorreram a discussões em grupos focais, nas quais concluíram que as mudanças de abordagem eram necessárias, assim como o paradigma de estrutura social dentro do grupo.

As conclusões, geradas internamente, foram surpreendentes:

Na relação com a classe médica, o que era fundamental, era alterar a estrutura rígida da abordagem nas visitas, sendo pouco eficazes os brindes ou os sucessivos telefonemas, mas sim gestos como o envolvimento em sessões clínicas onde aqueles tinham participação ativa ou facilitação da sua participação em ações de formação e atualização clínica.

Ao fim de um ano, após a aplicação destas novas estratégias (PD) as vendas do Fosavance cresceram 30% acima das cotas médias.

3. A *Positive Deviance* e a Segurança do doente

3.1. Diferentes abordagens ao desvio comportamental

De acordo com Spreitzer & Sonenshein (2004), desde o início do séc. XX que estudos sobre o comportamento humano o classificaram entre normal e marginal à sociedade.

No estudo sociológico das organizações e do comportamento dos indivíduos no seu local de trabalho podem, de acordo com aqueles autores, existir diferentes abordagens do desvio, de acordo com sua conceção: a estatística, a de conformidades, a reativa e a normativa (Spreitzer & Sonenshein, 2004).

A primeira, e mais comum, está ligada ao desvio relativo a uma experiência em condições normais. Ora, de acordo com a definição estatística as minorias com desvio elevado situam-se para a esquerda, se o desvio for negativo, ou para a direita, se o desvio for positivo.

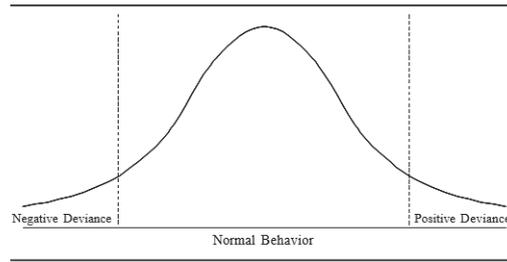


Figura I – Gráfico do comportamento, segundo Spreitzer & Sonenshein

Fonte: Spreitzer & Sonenshein, 2004

Spitters, citado em Spreitzer & Sonenshein (2004) refere até que os casos observados, na área do gráfico correspondente a Positive Deviance, são mesmo os que têm melhor desempenho.

A abordagem de conformidade e reativa são também aproximações ao desvio positivo, mas não traduzem a significação do desvio pela positiva. A primeira refere-se à obtenção de graus de conformidade com as normas e a segunda refere-se à penalização pelo não cumprimento das referidas normas, em oposição ao seu cumprimento.

A abordagem normativa define desvio como algo que sai fora da norma. E Spreitzer e Sonenshein (2004) definem-na da seguinte forma: “comportamentos intencionais que se afastem das normas de um grupo de referência de uma forma que se distinga”.

3.2. Desvios em Cuidados de Saúde

A segurança dos doentes nos cuidados de saúde tornou-se uma prioridade nos últimos 40 anos.

Na Europa e nos Estados Unidos várias organizações têm efetuado estudos e criado programas referentes a boas práticas, segurança e satisfação dos doentes, concretamente o World Alliance For Patient Safety e a IOM.

Relativamente à monitorização e controle da qualidade dos serviços e da segurança dos doentes, na Europa, o Reino Unido foi pioneiro nesta área (Vincent et al, 2001). Exemplo disso são as investigações e auditorias realizadas no serviço de cirurgia pediátrica do Bristol Hospital, em 2001, que conduziram, apesar dos atrasos, ao diagnóstico da situação e à tomada de medidas efetivas. Tiveram ainda como consequências a perceção e esclarecimento dos erros cometidos e o afastamento dos profissionais de saúde que causaram morbidade e mortalidade em diversos doentes.

Neste caso, os estudos/revisão da mortalidade, relatórios e auditorias foram importantes para o diagnóstico dos erros e para melhorar os eventuais conflitos.

Mas estes focalizavam-se no erro e na sua deteção, o que parecia não produzir ganhos expectáveis na segurança do doente, até porque muitos dos sistemas utilizados na implementação da avaliação não estavam adaptados a cuidados de saúde, como ficou constatado através dos estudos da Canadian Adverse Events Study (Baker et al., 2004) e da IOM (2000) e no estudo português da Escola Nacional de Saúde Pública de maio de 2011.

Estavam ligados a processos de *negative deviance*, focados somente no que correu mal em oposição ao correu bem (*positive deviance*), apesar de neste caso as circunstâncias poderem ser pouco favoráveis e os recursos limitados.

Por outro lado, as investigações/auditorias podem ter um efeito nefasto e catastrófico nos serviços de saúde, na atuação dos profissionais, no receio de penalizações e no medo de reportar (Lawton et al., 2014).

O termo *negative deviance* surge sempre ligado a algo menos bom, no caso da saúde ao erro, aos eventos adversos e a organizações que por variadíssimas razões apresentam mau desempenho, pouca qualidade e pouca segurança para os doentes. Estas organizações focalizam-se mais no erro, na procura de quem o cometeu e na sua penalização. Mas a questão que deve ser colocada, não é “what” mas sim “how” é que os eventos aconteceram.

Muitas inovações resultam de alguém que executou de uma forma diferente do que era considerado normal, ou de alguém que chega a um fim percorrendo um caminho diferente do habitual. Enquanto a inovação serve para criar algo de novo, a performance organizacional serve, muitas vezes para corrigir ou para melhorar essa performance (Pascale et al., 2010).

3.3. A abordagem da *Positive Deviance* nos Cuidados de Saúde

A ideia e a criação do termo *positive deviance*, por Richard Pascale e Jerry Sternin, em 2005, surgiu da constatação de que alguns indivíduos com os mesmos recursos e as mesmas condições de trabalho, conseguiam resultados mais eficazes. Mais tarde, Monique Sternin, associou-se a este movimento e o conceito de *positive deviance* estendeu-se à ideia de “como se podem resolver problemas complexos, numa organização ou comunidade” (Pascale, 2005).

Na abordagem da *positive deviance* existe uma rutura com a rotina e o equilíbrio estabelecido, sendo necessário sair da “zona de conforto” e melhorar os *outcomes* (Pascale et al., 2010).

De uma forma geral, a *positive deviance* funciona como um observatório de um indivíduo ou grupo que numa empresa ou comunidade tem comportamentos e atuações diferentes, mas com soluções e ou resultados bem-sucedidos. Estes indivíduos ou grupos são referenciados como desviantes, partindo do “we don’t know what we don’t know” para nos focarmos no “we don’t know what we do know” (Pascale et al., 2010).

Segundo Spreitzer & Doneson (2005), o comportamento organizacional demonstra que os profissionais que se envolvem na dinâmica e nos procedimentos da *positive deviance* são capazes de arriscar, mudar as mentalidades e propor algo de novo.

Os comportamentos que produzem erros são variáveis do mesmo processo que produzem o sucesso, por isso é importante focarmo-nos nas práticas bem-sucedidas como tática mais efetiva para um projeto ganhador de sucesso.

Esta abordagem pela positiva – a *positive deviance* –, baseada naquilo que é bem feito, associada a uma teoria de relatório não penalizante, e a uma gestão com uma forte liderança, motiva no grupo confiança, coesão e atuação compatível com a melhoria da segurança do doente (Marra, 2010).

Por estes motivos a *positive deviance* pode ser usada para descrever comportamentos ganhadores e evidenciar organizações com estratégias de sucesso.

Tudo isto passa também por premissas que consideram mais as soluções comuns para os problemas existentes dentro das instituições e menos no controle/fiscalização externa. Por outro lado, uma vez que as organizações são compostas por pessoas, internamente a *positive deviance* tem tendência a ser melhor aceite e considerada mais fiável, aumentando a probabilidade de sucesso na sua implementação (Pascale et al., 2010).

Segundo Lawton et al., (2014), existem várias etapas na abordagem da *positive deviance* que devem ser adaptadas não só ao indivíduo, mas também ao grupo e à organização, para uma melhoria contínua da segurança do doente:

- “Identificar *positive deviance* em organizações, equipas ou em indivíduos que demonstraram um elevado desempenho na sua área de interesse;
- Estudar *positive deviance* usando métodos qualitativos e quantitativos que gerem hipóteses de utilização de boas práticas que permitam que as organizações/equipas cheguem a um elevado desempenho e uma melhoria da segurança dos doentes;
- Testar hipóteses estatisticamente aceitáveis e representativas das organizações;
- Trabalhar em parceria com os intervenientes-chave disseminando a evidência acerca de novas boas práticas.”

Na *positive deviance* é importante não só identificar as partes interessadas para a implementação da mudança, mas também criar condições para a mobilização das pessoas na utilização de novos modelos (Pascale et al., 2010)

As iniciativas na área da segurança do doente continuam a focar-se nos eventos negativos, no erro e na culpabilização dos responsáveis. Este método *negative deviance* ajuda-nos a entender a causa dos erros com os doentes. No entanto, a procura e correção do erro diz-nos pouco sobre a segurança do doente. Com a *negative deviance* pretende-se reduzir os danos reduzindo o número de situações adversas, em vez de identificar os casos em que, muitas vezes, apesar das circunstâncias difíceis e dos recursos serem limitados as soluções tomadas foram as adequadas (Lawton et al., 2014).

Pelo contrário, a *positive deviance* assenta na capacidade de um grupo/individuo organizar modelos dentro do seu trabalho, com recurso a estratégias de sucesso pouco comuns, estratégias para resolver problemas comuns que poderão, à primeira vista, parecer pouco elaboradas (Marsh et al., 2004).

No paradigma atual da segurança em saúde, exceto quando há uma resposta a um efeito adverso, o que é realmente bem feito e executado tende a não ser reconhecido (Appleby, 2000).

A *positive deviance* baseia-se na mudança de comportamento dos indivíduos, equipas e/ou organizações de forma a encorajar a utilização de novos métodos como a transferência e a partilha das melhores práticas, no sentido de melhorar os cuidados e a segurança dos doentes (Pascale et al., 2010). Esta partilha das práticas de sucesso e de transparência será tão mais efetiva quanto todos os profissionais (médicos, enfermeiros e auxiliares) (Gabbay et al., 2013), independentemente da especificidade de cada grupo, permitirem a partilha de informação sem constrangimentos.

Menos regulação/ controle negativo e maior suporte de comportamentos positivos são a chave para desenvolver a *positive deviance* forçando a mudança de mentalidades. Um grupo coeso, com bom desempenho, contribui para que as boas práticas estejam sempre presentes (Gabbay et al., 2013).

Retirar dividendos e experiência da *negative deviance* e transformá-la em *positive deviance* envolve uma mudança de estratégia e de mentalidades que passarão pela afetação de recursos, usualmente focados no reportar, na redução dos erros (com comportamentos positivos); no reconhecimento positivo dos grupos com “desvio” e na criação de um sentido de urgência acerca dos exemplos positivos nas práticas clínicas diárias (Lawton et al., 2014).

Para definir e monitorizar a mudança de comportamentos inserida na *positive deviance* é necessário criar um modelo.

Isto pode incluir a forma como identificar a *positive deviance* baseado na evidência, juntando-se as medidas da *positive deviance* já existentes como a “Lavagem das Mãos” (Marra et al. 2010), “Melhoria do Tratamento dos Doentes Diabético” (Gabbay et al., 2013), ou “Safe Surgery Saves Lives” (OMS, 2009), incluindo critérios para definir boas práticas e sugerir métodos para testar estatisticamente as hipóteses de *deviance*. Este progresso facilitaria ainda mais a concretização das quatro etapas estruturais da *positive deviance*.

O comportamento e a mudança de mentalidades que resulta do processo de *positive deviance* é favorável ao surgimento de sinais positivos e otimistas de mudança, que se focam em novos processos e sistemas de formação e cujo resultado é um contributo para a segurança dos doentes.

4. A cirurgia da obesidade e a melhoria da qualidade de vida

A obesidade é uma doença metabólica de origem genética.

A genética em conjunto com fatores ambientais e ingestão de alimentos hipercalóricos, associados à falta de hábitos de vida saudáveis como o exercício físico, são fatores não só causais, mas igualmente consequenciais para o surgimento da obesidade.

A epidemiologia da obesidade mostra uma maior incidência em sociedades mais desenvolvidas ou em vias de desenvolvimento.

A “vida moderna”, com fatores como o stress ou a disrupção da regularidade dos ciclos circadianos, levam a desequilíbrios prolongados entre os valores energéticos ingeridos e despendidos, leva a balanços muito positivos e é considerada um fator desencadeante da obesidade (Loos & Bouchard, 2003)

De acordo com Garrido Júnior et al. (2003), o aumento da obesidade em todo o mundo é explicado por:

1. Fatores demográficos, como a idade – maior incidência na infância e nos adultos com idade superior a 50 anos; o sexo – mais frequente no sexo feminino; e a raça – maior incidência na raça negra;
2. Fatores socioculturais, como as condições do agregado familiar – aumenta a incidência nas classes mais desfavorecidas; nível de escolaridade – mais frequente na população com níveis mais baixo de escolaridade; e estado civil – aumenta a incidência após o casamento;
3. Fatores comportamentais, como o tabagismo, o etilismo, dietas hipercalóricas e ausência de exercício físico;

4. Fatores biológicos – multiparidade e características genéticas, estando a obesidade ligada ao aumento da resistência à ação da leptina.

Em Portugal 50% da população adulta sofre de excesso de peso e 15%, desta é obesa (DGS, 2007). Um estudo sobre obesidade realizado por Esteves (2011), demonstrou um aumento de 20 a 40% da mortalidade de homens e mulheres com excesso de peso, entre os 25 e os 40 anos, e um aumento de 2 a 3 vezes o risco de mortalidade entre os indivíduos considerados obesos.

A obesidade está associada a um risco aumentado de mortalidade e morbidade, assim como à redução da esperança média de vida (Calle et al, 1999).

Segundo relatório da OMS de 2000 e do NHI (National Health Institute), a obesidade deve ser considerada como epidemia e um problema grave de saúde pública, com um peso muito elevado no orçamento da saúde de diversos países, explicados com as múltiplas comorbilidades associadas à obesidade, como a Diabetes, HTA, dislipidemia, síndrome da apneia do sono, depressões, osteoartrites e doença de refluxo gastroesofágico. Os custos do absentismo decorrente da doença representam 25% dos custos totais, resultantes da baixa produtividade, de alterações sociofamiliares, de reformas precoces, de alcoolismo e de depressão.

De acordo com um estudo da obesidade, efetuado, por Correia (2012) estima-se que são gastos anualmente (dados de 2009), no programa de tratamento cirúrgico da obesidade 296 230,00 €, dos quais 210 360,00 €, dizem respeito a custos médicos diretos, 76 701,00 € a custos indiretos. A maior fração gasta nos custos diretos dizem respeito aos internamentos (44,5%) e ao custo da medicação (25,5%). Para além disso, de acordo com os resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2014 (Instituto Nacional de Estatística, 2016) verificou-se que mais de metade da população com 18 ou mais anos (4,5 milhões) tinha excesso de peso ou obesidade.

Também a OMS refere que, no séc. XXI, a obesidade deterá uma prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas, estimando que a não atuação neste problema fará com que, “em 2025, 50% da população mundial será obesa”.

Dados de 2008, revelam que, por exemplo nos Estados Unidos, 1 em cada 3 indivíduos têm obesidade ou excesso de peso (Flegal et al., 2010) e mantendo-se esta evolução, em 2030, um em cada dois adultos será obeso (Wang et al., 2008: 2326).

As alterações psíquicas associadas à obesidade e à “vontade de comer” passam por complexos mecanismos neuronais e neurohormonais, ainda hoje muito longe de serem

compreendidos. Muitos obesos apresentam um perfil de alterações de personalidade e têm clínica associada a síndromes depressivas e alterações bipolares.

Os obesos são vítimas de preconceito social e discriminação mesmo por parte da classe médica, razão pela qual têm relutância em pedir ajuda especializada. A personalidade muitas vezes associada à desvalorização pessoal, com diminuição marcada da autoestima, com rejeição social por serem consideradas pessoas “pouco normais” deve ser fator investigado quando se equaciona o tratamento destes doentes.

Associado ao anteriormente descrito, existe uma diminuição marcada da mobilidade, da capacidade física e, mesmo, da “disponibilidade” intelectual, com dificuldade em integração social e laboral que conduzem a elevados níveis de absentismo.

As comorbilidades associadas à obesidade, como a diabetes, a hipertensão arterial, as dislipidemias, as patologias respiratórias e as patologias osteoarticulares, além de altamente problemáticas e incapacitantes, são responsáveis por múltiplos internamentos hospitalares. “Os indivíduos com obesidade mórbida apresentam uma taxa de mortalidade 12 vezes superior à da população não obesa” (Harrison et al., 2006: 446).

O programa de cirurgia bariátrica como forma de tratamento da obesidade mórbida e consequente implicação no aumento da esperança média de vida, constitui-se como a forma de tratamento mais eficaz, a longo prazo, permitindo uma perda de peso relevante e mantida no tempo (Lim et al., 2010).

A abordagem cirúrgica é o único tratamento para a obesidade que permite manter, por mais tempo, a perda de peso, estando, igualmente associada à melhoria significativa das comorbilidades relacionadas com a obesidade (Shah et al., 2006). Contudo, o doente com obesidade mórbida terá de ser avaliado por uma equipa multidisciplinar, de modo que a proposta cirúrgica, seja enquadrada também pela endocrinologia, pela medicina interna, pela gastroenterologia, pela nutrição, pela fisioterapia, pela psiquiatria e pela psicologia, com o objetivo de uma consolidação de resultados, de acordo com a orientação nº 028/2012, de 31 de dezembro, da DGS (“Boas Práticas na Abordagem do doente com obesidade elegível para cirurgia bariátrica”).

Mas como definir obesidade, quem é obeso e quem tem necessidade de tratamento cirúrgico?

O IMC – Índice de Massa Corporal é um rácio de peso adaptado à altura e expresso em Kg/m². É a forma mais corrente e estandardizada para caracterizar a gravidade da doença e foi inicialmente descrito por Quetelet (Eknoyan, 2007). É usada para definir classes de obesidade, uma vez que 25 Kg/m² é considerado como limite máximo de peso ideal. Em 2000, as

orientações da OMS para definir, avaliar e tratar o excesso de peso nos adultos considera que existem três graus de obesidade a considerar:

Grau I – IMC de 30 Kg/m² a 34,9 Kg/m²

Grau II – IMC de 35 Kg/m² a 39,9 Kg/m²

Grau III – IMC superior a 40 Kg/m²

Se o IMC se encontrar entre 25 Kg/m² e 29,9 Kg/m² considera-se que existe peso excessivo, mas que existem poucas implicações na saúde quanto ao aparecimento das comorbilidades, podendo não estar associado a doença. Como curiosidade refere-se o denominado paradoxo da obesidade ou paradoxo do IMC, em que doentes que apresentam IMC entre 25 Kg/m² e 29,9 Kg/m² apresentam estatisticamente menor taxa de mortalidade do que aqueles que têm IMC inferior a 25 Kg/m² (Curtis et al, 2005)

As potenciais consequências de IMC superior ou igual a 30 Kg/m² passam pelo possível aparecimento de hipertensão arterial, diabetes, apneia sono dislipidémias e osteoartrites, e que um IMC superior a 50 Kg/m² (super obesidade) ou superior a 60 Kg/m² (mega obesidade) representam um aumento exponencial na gravidade das complicações e nos custos do tratamento (Sauerland et al., 2005).

O tratamento cirúrgico da obesidade mórbida iniciou-se com um conceito simples, em que restringindo o aporte nutricional, produzindo síndromas de má absorção ou ambos, seria possível reduzir o peso e mantê-lo (Shauer & Schirmer, 2015: 1100).

Desde a década de 50, muitas técnicas e conceitos têm sido realizados na tentativa fisiológica de obter um tratamento cirúrgico perfeito. Todas as modificações técnicas efetuadas, até à atualidade, resultam das múltiplas complicações e efeitos adversos dessas mesmas técnicas na tentativa de diminuir ao máximo as suas repercussões no dia-a-dia dos doentes.

As primeiras cirurgias efetuadas para a obesidade mórbida, passaram por Bypass (de longos segmentos do intestino) para produzir uma síndrome de má absorção para a obtenção de perda de peso. Porém, os “bypass” mais utilizados (jejunoileais e jejunocólicos) acabaram por ser abandonados pelas grandes alterações metabólicas e iónicas que provocavam, associadas a síndromas de má nutrição, diarreias não controláveis, hiperparatiroidismo secundário e falência hepática, com necessidade de transplante hepático nalguns casos (Buchwald et al, 2007).

As derivações intestinais foram substituídas pelas derivações gástricas, nos anos sessenta.

O Bypass gástrico introduziu, pela primeira vez, o conceito de redução gástrica no tratamento da obesidade mórbida associando pela primeira vez a restrição à má absorção.

Em 1966, Mason efetuou o primeiro Bypass gástrico. O bypass gástrico, transformou-se então no procedimento técnico mais efetuado nos Estados Unidos e na Europa, com diminuição acentuada do refluxo gastroesofágico. Inicialmente, com gastroplastia horizontal, e posteriormente com gastroplastia vertical, devido à menor dilatação da bolsa, na gastroplastia vertical.

Mas em 1980, Mason propôs uma mudança de procedimento para gastroplastia vertical com banda (VBG – vertical banded gastroplasty) que viria a ser a cirurgia predominante nos anos 80 apesar de ser uma operação puramente restritiva (Buchwald et al., 2007).

Mal Fobi, em 1989, realiza a primeira gastroplastia vertical sleeve, com banda, e em 1994, Whittgrove e Clark, efetuam o primeiro Bypass gástrico por via laparoscópica, sendo, o LRYGB (Bypass gástrico Roux-en-Y, por via laparoscópica), o procedimento mais utilizado na cirurgia da obesidade mórbida, (até há cerca de 3 anos), incorporando uma restrição gástrica e simultaneamente uma síndrome mínima de má absorção, para os micronutrientes (vitaminas e minerais). Esta técnica está hoje, nalgumas situações a ser substituída pela cirurgia de “sleeve” (gastrectomia vertical calibrada), entretanto proposta por Michel Gagner, em 2003.

De acordo com Buchwald et al. (2007), em 1976 surgem as primeiras derivações biliopancreáticas (BPD) de Scopinaro; em 1990, Marceau e Hess, iniciaram a técnica de BPD com desvio duodenal (duodenal switch); e, em 1999, Gagner efetuou a primeira derivação biliopancreática – tipo duodenal switch -, por via laparoscópica.

O primeiro consenso sobre cirurgia bariátrica, data de 1991, e resultou da Conferência sobre Cirurgia Gastrointestinal para a Obesidade Severa, nos Estados Unidos, consenso esse retificado, em 2004, pela Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica (Buchwald, 2005).

Sendo historicamente a cirurgia mais relevante na cirurgia bariátrica, a cirurgia *standard* atualmente utilizada LRYGB – Bypass gástrico Roux-en-Y, por via laparoscópica -, tem como complicações mais frequentes défices nutricionais de vitaminas (vitamina B12, ácido fólico, vitamina D) e de sais minerais (cálcio, magnésio e zinco) a que se associam anemias, hipoproteinemias, hiperparatiroidismo secundário, úlceras gástricas marginais e oclusão intestinal, por hérnia interna.

Tendo por base o IMC, os critérios para a cirurgia da obesidade, passam por IMC superiores 40 Kg/m², IMC entre 35 Kg/m² e 40 Kg/m² com comorbilidades e, em casos especiais, com IMC entre 30 Kg/m² e 35 Kg/m², com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial de difícil controle (Orientação nº 028/2012, DGS). Hoje em dia, a LRYGB é também considerada a primeira opção para tratamento do refluxo gástrico esofágico em obesos.

Além destes critérios, acrescenta-se ter havido insucesso com o tratamento médico superior a 2 anos (dieta ou outros), a presença de comorbilidades (síndrome metabólica⁷, diabetes, hipertensão, apneia do sono, patologia osteoarticulares, hérnia discal, entre outros), baixo risco cirúrgico e a capacidade psíquica do doente perceber e interpretar as influências da cirurgia e o que se espera dele, nos anos subsequentes à cirurgia.

Os resultados pós cirúrgicos da LRYGB, a 5 anos, mostram:

- Em relação à diabetes tipo II e à intolerância à glucose, que existe uma remissão da situação clínica que varia entre 76,5% a 83% (Schauer et. al.,2003; Pajeki et. al, 2007);
- Em relação à hipertensão arterial que existe uma melhoria/remissão que varia entre 37,3% e 46% (Pajeki et. al, 2007; Rapaport, 2015);
- No que diz respeito às dislipidemias, existe melhoria em 33% e remissão em 63% (Buchwald et al, 2007: 195);
- Relativamente à apneia do sono, há remissão em 75% a 98% (Buchwald et al, 2007: 197);
- Maior eficácia na eliminação do refluxo gastroesofágico, com melhoria em 24% e ausência de sintomatologia em 72%. (Buchwald et al, 2007: 195).

Apesar dos bons resultados da LRYGB no tratamento da obesidade mórbida, existe uma percentagem ainda que baixa, de casos complicados de alterações nutricionais que levam a patologias como a anemia ferropénica, o hiperparatiroidismo secundário, hipoproteïnemia, e outras, para além do insucesso com retoma de peso a longo prazo (após 5 anos), existindo pertinência na procura de melhoria dos resultados, até agora obtidos (Buchwald et al, 2007).

Segundo este princípio, alguns cirurgiões na procura de mais e melhores resultados estão a utilizar técnicas inovadoras e diferenciadoras, que na nossa perspetiva correspondem aos princípios defendidos pelos teorizadores da *Positive Deviance*, são eles, o MiniBypass (MGB), o MiniBypass derivado (dMGB), o SADI-S, o bypass gastroileal, a bipartição intestinal, entre outras.

É sobre as duas primeiras técnicas, MGB e dMGB, que iremos incidir o nosso estudo.

Para compreender a cirurgia da obesidade temos de perceber a fisiologia da absorção intestinal.

Na porção inicial do intestino (1/3 inicial) é onde se absorvem 2/3 dos nutrientes, ao contrário dos últimos 2/3 do intestino onde essa absorção é somente de 1/3 dos nutrientes.

⁷A síndrome metabólica é um conjunto de fatores de risco, essencialmente cardiovasculares, que têm por base a obesidade abdominal. (Fundação Portuguesa de Cardiologia: <http://www.fpcardiologia.pt/sindrome-metabolica/>)

É deste ponto de vista teórico e fisiológico que se baseiam não só a cirurgia *standard* da obesidade LRYGB, mas também nas cirurgias mais recentes de MGB e de dMGB.

Em termos técnicos, mas de uma forma simplista, as três técnicas caracterizam-se por:

LRYGB (Roux-en-Y gastric bypass) – realiza-se uma partição gástrica, com a criação de uma pequena bolsa com aproximadamente 20 cc de capacidade, isto é, secção do delgado aproximadamente a 60 cm do ângulo de Treitz, sendo que o topo inferior se vai anastomosar à bolsa gástrica (inferior a 6 cm de comprimento) e o topo proximal ao próprio intestino, a 1,5 m da gastrojejunostomia.

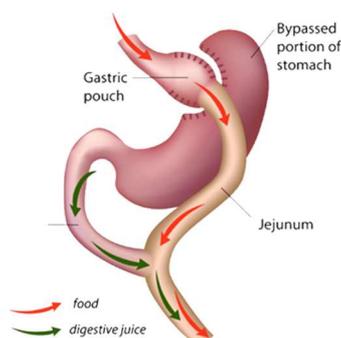


Figura II – Laparoscopic Roux-en-Y Gastric bypass - LRYGB

Fonte: <http://anasantosmd.com/roux-en-y-gastric-bypass/>

A anastomose tem cerca de 12 mm e é restritiva, contribuindo a pequena dimensão e capacidade da bolsa para o efeito restritivo da técnica cirúrgica. Esta cirurgia tem um componente misto (restritivo e de má absorção), mas é o tipo restritivo que é predominante. O componente de má absorção com perda de gordura através das fezes existe até aos 6 meses após a cirurgia (esteatorreia), diminuindo a partir dessa altura e sendo nula a longo prazo.

Mini Gastric Bypass (MGB) – tem um componente misto (restritivo e de má absorção, sendo este último predominante). Existe uma bolsa gástrica comprida, superior a 16 cm, sendo a secção do delgado realizada a cerca de 2 metros do ângulo de Treitz (pode ser até 3 metros desde que não ultrapasse 1/3 do intestino delgado que tem entre 8 a 9 metros de comprimento). A restrição deve-se à existência de um tubo longo e fino construído com a pequena curvatura, que tem parede mais espessa, conferindo menor dilatação. A anastomose é feita com 2 a 4 cm e é menos restritiva.

Existem duas grandes diferenças para a cirurgia tradicional LRYGB. A montagem é tipo Bilroth II (com montagem em ómega), mas feita a aproximadamente a 2 metros do ângulo de Treitz; e a restrição é dada pelo comprimento e calibre estreito da bolsa, não pela anastomose e

trabalho similares, existem comportamentos inovadores que permitem melhorar os resultados e se, com essa melhoria, se promove mais qualidade e maior segurança para os doentes.

5. Estudo de caso: *positive deviance* na cirurgia da obesidade

5.1. Metodologia da Investigação

Uma investigação envolve uma problemática, pelo que há necessidade de definir o objeto de investigação, o campo onde essa investigação se irá desenrolar e posteriormente definir o método e o plano de pesquisa (instrumentos, amostragem, entre outros).

De acordo com Sousa et al. (2010), na investigação em segurança do doente pode-se abordar o conhecimento epidemiológico dos eventos adversos (frequência, causas, tipologia e impacto), mas também o desenvolvimento, implementação e avaliação de soluções inovadoras. Nestas duas linhas de investigação o objetivo resulta o mesmo – alcançar conhecimento que possibilite a redução dos riscos, no reforço da segurança do doente. Com base nesse conhecimento poder-se-ão criar processos de controlo das ações de melhoria e apoiar tomadas de decisão (política e clínica) a nível local, regional, nacional e internacional.

É nossa convicção, face à questão de investigação proposta, que procuraremos identificar um processo/modelo que resulte inovador pelo desvio.

Em termos metodológicos, propomo-nos realizar uma pesquisa recorrendo a métodos qualitativos e quantitativos para a recolha de dados.

Por outro lado, de acordo com Coutinho (2014), dado que pretendemos realizar um estudo detalhado sobre uma circunstância, limitada temporalmente a ocorrer no contexto natural, optaremos pela estratégia de “estudo de caso”. Esta é também “... a estratégia mais adequada quando queremos saber o “como” e o “porquê” de acontecimentos atuais sobre os quais o investigador tem pouco, ou nenhum controlo”, podendo ser conduzida para um de três propósitos: explorar, descrever ou explicar (Yin, 1994:13-19).

De acordo com Yin (1994) o estudo de caso resulta numa estratégia de pesquisa abrangente que pode ter diferentes formas de abordagem e como tal, diferentes meios de recolha de dados. Assim, embora o estudo de caso esteja, tradicionalmente, mais associado a investigações de carácter qualitativo, este tipo de estudo pode resultar de dados exclusivamente quantitativos, ou ainda, dada a sua estratégia abrangente, pode recorrer tanto a métodos de investigação qualitativa como quantitativa (Meirinhos & Osório, 2010).

A finalidade dos estudos de caso é tornar inteligível o caso, através da sua particularização. No entanto, não se rejeita a circunstância de que um estudo de caso pode ser generalizado para outro (s) caso (s) ou simplesmente permitir inferências para o caso em estudo (Meirinhos & Osório, 2010).

De acordo com Fortin (2009: 241), o estudo de caso pode ser utilizado quando se pretende verificar a eficácia de um tratamento ou formar hipóteses com base nos resultados observados.

Os objetivos a alcançar nesta investigação passam pela recolha de dados como resposta à questão de investigação e às hipóteses apresentadas, com base no referencial teórico. Os dados recolhidos foram utilizados para e por comparação.

Esta metodologia pode ser “utilizada como um recurso para aumentar a validade externa do trabalho ou dar uma maior consistência empírica, para corroborar ou falsear hipóteses (...). De um modo geral, a estratégia comparativa permite, por meio da exploração das semelhanças e diferenças, encontrar os princípios de variação de um determinado fenómeno ou os padrões mais gerais de um fenómeno com um maior grau de abstração” (Balestro, 2007:1). Pelo que, se a comparação pode evidenciar as semelhanças, esta pode também evidenciar as diferenças. Logo, em casos muito análogos impõem a verificação das diferenças e em casos muito díspares, procura-se encontrar as semelhanças.

As comparações analisadas neste trabalho, inscrevem-se no método de estudos de caso múltiplos (Yin, 2001). Portanto, porque no nosso estudo compararemos dois casos, no sentido de explorar as semelhanças e diferenças tanto para encontrar padrões como para encontrar diversidade, serão consideradas as mesmas variáveis explicativas para ambos casos, porque “quando a relação entre variáveis é a mesma em diferentes sistemas, o número de características sistémicas que operam sobre a variável resposta é reduzido (...), isso aumenta a validade externa do modelo teórico, propiciando uma maior robustez, com um grau maior de generalização” (Balestro, 2007:2).

Recorremos à entrevista semiestruturada com o objetivo de “recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito (...) e desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam” os diferentes aspetos da problemática (Flick, 2005 e Bogdan & Biklen, 1994), seguindo um guião de entrevista aberta. Este instrumento foi não estandardizado, dada a característica do nosso estudo, mas foi elaborado tendo em conta critérios de fiabilidade, no sentido de garantir a sua validade (Coutinho, 2014).

5.2. Comparação entre técnicas cirúrgicas

No sentido de desenvolver o estudo de caso selecionámos para campo de observação serviços de cirurgia de dois hospitais, um no Porto e outro em Lisboa, que designaremos respetivamente como hospital A e hospital B.

Assim, com base numa análise documental e na consulta de bases de dados relevantes para o objeto do nosso estudo, procurámos identificar duas práticas de desvio positivo em serviços cirúrgicos nos quais tenha sido referenciado um elevado desempenho, concretamente partimos de duas técnicas cirúrgicas – uma *standard* e outra de desvio positivo –, no sentido de perceber as potencialidades e limitações da aplicação do desvio positivo na promoção da segurança do doente e na otimização de recursos.

Esta alteração de técnica cirúrgica pela positiva será analisada através de três critérios:

- 1 – Custos: tempo cirúrgico; gastos com material; dias de internamento e complicações pós cirúrgicas;
- 2 – Eficácia, ao nível da perda de peso a médio prazo - 3 a 5 anos (Brethauer et al., 2015: 489);
- 3 – Melhoria/remissão das comorbilidades: diabetes; hipertensão arterial e dislipidemias.

Pelo que, tomando como padrão a cirurgias da obesidade efetuadas, pela técnica LRYGB (Bypass gástrico Roux-en-Y, por via laparoscópica), no Hospital A e no Hospital B, durante o período de 2010/2013, comparámos os resultados obtidos com os resultados das mais recentes técnicas cirúrgicas de Bypass (*positive deviance*) – mini Bypass e mini Bypass derivado, efetuadas por uma equipa cirúrgica, no hospital B.

Neste estudo de caso, por comparação, a população alvo foram doentes submetidos a cirurgia da obesidade mórbida, entre 2010 e 2013, com um *follow-up* a quatro anos (3 meses/ 6 meses /12 meses/ 24 meses/ 36 meses/ 48 meses).

Relativamente à amostra, e de acordo com Flick (2005), usámos uma amostra orientada, conveniente ao nosso estudo, uma vez que esta integra “intencionalmente (...) exemplos particularmente bem-sucedidos” de um programa e os casos críticos em que “as relações investigadas se tornam especialmente visíveis”.

Recolheram-se os dados, aleatória e anonimamente, de duas amostras de 30 doentes submetidos a cirurgia da obesidade mórbida com recurso à técnica LRYGB, uma do hospital A e outra do hospital B, com o objetivo de validar os resultados e perceber se não existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados com esta técnica. Recolheram-se, ainda

os dados de duas amostras de 30 doentes intervencionados com o recurso às técnicas MGB e dMGB (*positive deviance*), no hospital B.

Recorremos a medidas/ indicadores, para proceder à análise de cada um dos parâmetros a comparar. Assim:

- Para comparar custos (tempo cirúrgico, gastos com material, dias de internamento e redução das complicações pós cirúrgicas), utilizámos o preço por intervenção cirúrgica (LRYGB versus MGB ou dMGB).

Para podermos aferir destes preços, fizemos uma análise documental relativa às técnicas cirúrgicas em análise, referenciando-nos ao Regulamento do Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade anexo à Portaria nº. 381/2012, de 22 de novembro, que define o “preço compreensivo”⁸ e o preço/doente para o tratamento da cirurgia da obesidade LRYGB – 4295,02 € (inclui consulta de pré cirurgia, cirurgia, consultas pós cirurgia e 1 ano de *follow up*). No que se refere às complicações pós cirúrgicas, de acordo com Brethauer et al. (2015: 491) podemos defini-las como precoces, se surgirem antes dos 30 dias do pós-operatório, e tardias, se surgirem após de um mês da cirurgia. Podem ainda ser classificadas como complicações *major*, se obrigarem ao prolongamento do internamento por mais de 7 dias ou ao uso de anticoagulantes ou a reintervenção, e complicações *minor* as que não forem consideradas *major*.

- Para avaliação da eficácia das técnicas cirúrgicas em análise, ao nível da perda de peso (e sua manutenção), a médio prazo, utilizámos algumas das medidas consideradas de referência (Brethauer et al. 2015: 502):
 - Percentagem média de perda total de peso - % TWL (Total Weight Loss);
 - Percentagem média de excesso de peso perdido - % EWL⁹ (Excess Weight Loss)
 - Percentagem média de perda de excesso de IMC - % EBMIL⁹ (Excess of Body Mass Index Loss).

⁸ Preço compreensivo - valor médio por doente para um determinado período de tempo, que engloba o conjunto de atos clínicos, medicamentos e outras atividades considerados essenciais para uma adequada prestação de cuidados, podendo integrar as especificidades de alguns grupos de doentes, mas cuja efetivação está dependente do cumprimento dos parâmetros de qualidade e segurança do doente, aferidos através de um conjunto de indicadores de resultado (artigo 4.º, n.º 1, alínea e) da Portaria nº. 381/2012

⁹ As duas medidas de excesso de perda de peso (% EWL) e Excesso de perda de BMI (% EBMIL) parecem ser as favoritas dos cirurgiões e são presentemente as duas medidas mais comuns para a avaliação dos resultados na cirurgia da obesidade (Laar, 2012: 1843)

A importância da *positive deviance* na segurança do doente com obesidade mórbida

$$\% \text{ TWL}^{10} = \frac{\text{Peso pré}_{op} - \text{Peso no acompanhamento pós}_{op}}{\text{Peso pré}_{op}} \times 100$$

$$\% \text{ EWL} = \frac{\text{Peso pré}_{op} - \text{Peso no acompanhamento pós}_{op}}{\text{Peso pré}_{op} - \text{Peso ideal}^{11}} \times 100$$

$$\% \text{ EBMIL} = \frac{\text{IMC pré}_{op} - \text{IMC no acompanhamento pós}_{op}}{\text{IMC pré}_{op} - 25} \times 100$$

O recurso a estas medidas deve-se ao facto de a perda de peso ser o parâmetro mais referenciado para definir os resultados da cirurgia bariátrica, não sendo exclusivamente a perda de peso mas também a sua manutenção a médio e longo prazo (Brethauer et al., 2015).

Embora a prática tenha considerado a % EWL o resultado mais utilizado na literatura, após cirurgia bariátrica, porque 50% de EWL é a referencia usada para definir o sucesso ou insucesso da cirurgia bariátrica, outras métricas de avaliação se devem incluir referenciadas à perda total de peso, a %TWL e à redução de IMC, a %EBMIL.

Não existe consenso para definir as métricas ideais para reportar a perda de peso, razão pela qual, no nosso estudo, optámos pelas definições de % TWL, % EWL e % EBMIL, segundo Brethauer et al. (2015: 502) (Buchwald, 2007: 349), explicando em seguida os benefícios e condicionalismos de cada uma.

A %TWL é uma medida facilmente mensurável e fácil de compreender por médicos e pacientes, porém os seus resultados podem ser distorcidos. “Um doente mais pesado e com grande excesso de peso, necessita de perder mais peso do que um menos pesado, para poder alcançar um impacto clínico similar e se aproximar de um peso normal [...]. Assim reportar a perda absoluta de peso ou a percentagem total de peso perdido (%TWL) pode não fornecer informação clinica suficientemente relevante para refletir o sucesso ou insucesso da perda de peso.” (Brethauer et al., 2015: 502).

No entanto, para Laar (2012), a %TWL, não tendo referenciais, parece ser uma melhor alternativa à % EWL e à %EBMIL para comparar a perda de peso nos doentes obesos. “Dado

¹⁰ De acordo com Laar et al. (2011: 766), a % TWL é a medida que se verifica ter desvio padrão nos diferentes estudos efetuados e por outro lado é a mais simples de calcular e a mais fácil de explicar aos doentes.

¹¹ O “peso ideal” será aqui substituído, em termos mais simplistas e genéricos, pelo conceito de “peso normal” recorrendo à fórmula de Broca:

$$\text{peso normal} = \text{altura}_{(em\ cm)} - 100$$

que a altura do doente não se altera no decurso do processo de perda de peso, a percentagem total de perda de peso vai igualar a percentagem total de IMC perdido.” (Laar, 2012: 1847).

A %EWL é um quociente calculado em função do peso inicial, do peso no acompanhamento pós-operatório e peso ideal. Representa a proporção de excesso de peso perdido em função do excesso de peso inicial. Esta medida permite uma comparação de indivíduos com distintos pesos iniciais e com diferentes valores de excesso de peso. A grande desvantagem prende-se com o facto de que esta não reflete o sucesso de perda de excesso de peso em doente com IMC muito elevado. Doentes com super ou mega obesidade têm %EWL menor do que aqueles que apresentam IMC mais baixos, apesar da sua maior perda de peso. É considerada uma medida limitada para avaliar o sucesso da cirurgia bariátrica quando utilizada isoladamente (Laar, 2012).

A % EBMIL é uma medida de avaliação que contorna a dificuldade da definição de peso ideal (esta varia de autor para autor e de continente para continente¹²), situando o valor de IMC de 25 Kg/m² como medida de referência ao peso ideal.

Segundo Laar (2012), tanto a %EWL como a %EBMIL são consideradas medidas pouco eficazes para definir o sucesso ou insucesso da cirurgia da obesidade, já que a sua utilização depende de dois referenciais, um de peso ideal para a %EWL e outro de 25 Kg/m² para a % EBMIL. Logo só serão fiáveis se os consensos de peso e IMC ideais forem aceites como verdadeiros.

Recolhidos os dados das amostras e calculados estes indicadores para cada uma delas procedemos, com o recurso ao SPSS, a testes de diferença entre médias – Levene e t de Student – no sentido de comparar os valores médios amostrais de cada uma destas variáveis por período de *follow-up*.

- Para comparar a melhoria/remissão das comorbilidades (diabetes/ hipertensão arterial/dislipidemias) - Percentagem de incidência de comorbilidades, no pré e pós-operatório (a 48 meses ou 60 meses).

Neste sentido, e de acordo com os critérios defendidos pela American Society of Metabolic and Bariatric Surgery (Brethauer et al., 2015) definir a remissão, melhoria, sem mudança e agravamento das diferentes comorbilidades em estudo:

¹² Nos Estados Unidos da América o peso ideal baseia-se num referencial das tabelas do Metropolitan Lifetrade (Brethauer et al., 2015).

Diabetes	Remissão	Glicémia inferior a 100 mg/dl; hemoglobina glicosilada inferior a 6%; e ausência de medicação antidiabética.
	Melhoria	Redução significativa da glicémia e da hemoglobina glicosilada sem critérios para remissão; ou redução de medicação antidiabética.
	Sem mudança	Sem remissão ou melhoria
	Agravamento	Glicémia superior a 126 mg/dl e hemoglobina glicosilada superior a 6,5%; ou necessidade de medicação antidiabética após o período de remissão.
Hipertensão Arterial	Remissão	Valor tensionais inferiores a 120/80 (mmHg)
	Melhoria	Diminuição na dosagem ou no número de hipertensores utilizados ou redução dos valores sistó/diastólicos com a mesma medicação
	Sem mudança	Sem remissão ou melhoria
Dislipidemias	Remissão	Normalização da ficha lipídica sem medicação.
	Melhoria	Redução da dose ou número dos medicamentos antidislipidémicos, com controle da dislipidemia ou melhoria do controle dos lípidos com a mesma medicação.
	Sem mudança	Sem remissão ou melhoria

Quadro I – Definição de critérios de evolução das comorbidades

No sentido de perceber como os atores dos *positive deviance* identificados interpretam as suas vivências e com a finalidade de discutir as potencialidades e limitações da estratégia inovadora, recorreremos à entrevista semiestruturada, realizada em grupo, com o objetivo de “recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito (...) e desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam” os diferentes aspetos da problemática (Flick, 2005 e Bogdan & Biklen, 1994), seguindo um guião de entrevista semiestruturada. Este instrumento (anexo I) não foi estandardizado, dada a característica do nosso estudo, mas foi elaborado tendo em conta critérios de fiabilidade, no sentido de garantir a sua validade (Coutinho, 2014).

5.3. Resultados e discussão

Relativamente ao impacto financeiro da opção pelas técnicas MGB e dMGB, importa perceber se com as técnicas “desviantes” os custos são inferiores ou, pelo menos, idênticos aos custos relativos à utilização da técnica *standard*.

Com base na pesquisa documental, observámos, que no recurso às técnicas MGB e dMGB em comparação com a técnica LRYGB se regista, em média, a poupança, de pelo menos, um dia de internamento (Lee et al., 2005: 23). Esta situação, corresponde por doente, a uma redução de custos da ordem dos € 200 a € 300 (em 2006, o preço de um dia de internamento nos hospitais centrais e Institutos Portugueses de Oncologia era, de acordo com os dados do portal da Administração Central dos Serviços de Saúde, IP, de € 241,50). No entanto, constata-se que a técnica dMGB, que reduz igualmente um dia de internamento, requer a utilização, durante a cirurgia, de mais duas cargas de sutura mecânica (devido à necessidade de criar uma bolsa gástrica mais comprida), cujo preço médio é de 150,00 €/unidade, a considerar no custo do dia internamento a menos.

As técnicas MGB e dMGB são executadas em menos tempo operatório que a técnica LRYGB, reduzindo, conseqüentemente, recursos humanos e materiais. Há ainda, igualmente a referir que estas duas técnicas apresentam uma redução das complicações pós-operatórias, pelo que existe redução no número de consultas pós-operatórias e/ou de reintervenções cirúrgicas (Lee et al., 2005:23) .

Tomando a amostra recolhida no hospital A como amostra controle para os dados recolhidos no hospital B, começámos por comparar os resultados das variáveis %TWL, %EWL e %EBMIL, relativos às amostras de 30 doentes sujeitos a cirurgia bariátrica através da técnica *standard* (LYRGB) no hospital A e no hospital B,.

Dado que os dados recolhidos no hospital A apenas abrangiam os *follow-up* a 6, 12 e 24 meses, estudámos a existência de diferença estatisticamente significativa entre os resultados obtidos, nestes três momentos, nos dois hospitais com o recurso à mesma técnica.

Fizemos uma análise estatística por comparação dos resultados (valores dos indicadores) da técnica LYRGB no hospital A e no hospital B.

A importância da *positive deviance* na segurança do doente com obesidade mórbida

Group Statistics					
	Local	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TWL_percent_6M	hospB	30	24.041	8.0453	1.4689
	hospA	30	28.753	5.8589	1.0697
TWL_percent_12M	hospB	30	29.411	10.0705	1.8386
	hospA	30	36.866	7.1929	1.3132
TWL_percent_24M	hospB	30	30.214	12.0599	2.2018
	hospA	25	37.882	7.0901	1.4180
EWL_percent_6M	hospB	30	57.9497	23.70732	4.32835
	hospA	30	59.7837	13.53146	2.47050
EWL_percent_12M	hospB	30	71.3309	30.18557	5.51111
	hospA	30	76.3088	14.52018	2.65101
EWL_percent_24M	hospB	30	72.1207	36.39426	6.64465
	hospA	26	78.4989	14.14738	2.77453
EBMIL_percent_6M	hospB	30	62.8177	29.51515	5.38871
	hospA	30	64.4144	14.49043	2.64558
EBMIL_percent_12M	hospB	30	77.6821	37.53374	6.85269
	hospA	30	82.1363	15.09574	2.75609
EBMIL_percent_24M	hospB	30	75.2614	55.92673	10.21078
	hospA	30	108.5132	59.40811	10.84639

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
TWL_percent_6M	Equal variances assumed	1.123	.294	-2.593	58	.012	-4.7119	1.8171	-8.3492	-1.0746
	Equal variances not assumed			-2.593	53.007	.012	-4.7119	1.8171	-8.3565	-1.0673
TWL_percent_12M	Equal variances assumed	1.189	.280	-3.299	58	.002	-7.4549	2.2594	-11.9776	-2.9321
	Equal variances not assumed			-3.299	52.479	.002	-7.4549	2.2594	-11.9878	-2.9220
TWL_percent_24M	Equal variances assumed	8.669	.005	-2.799	53	.007	-7.6681	2.7396	-13.1629	-2.1732
	Equal variances not assumed			-2.928	48.056	.005	-7.6681	2.6189	-12.9336	-2.4025
EWL_percent_6M	Equal variances assumed	1.888	.175	-.368	58	.714	-1.83405	4.98377	-11.81014	8.14204
	Equal variances not assumed			-.368	46.082	.715	-1.83405	4.98377	-11.86536	8.19727
EWL_percent_12M	Equal variances assumed	6.650	.012	-.814	58	.419	-4.97792	6.11556	-17.21955	7.26371
	Equal variances not assumed			-.814	41.739	.420	-4.97792	6.11556	-17.32192	7.36608
EWL_percent_24M	Equal variances assumed	10.405	.002	-.840	54	.405	-6.37814	7.59752	-21.61025	8.85397
	Equal variances not assumed			-.886	38.632	.381	-6.37814	7.20065	-20.94728	8.19100
EBMIL_percent_6M	Equal variances assumed	3.361	.072	-.266	58	.791	-1.59671	6.00310	-13.61323	10.41980
	Equal variances not assumed			-.266	42.212	.792	-1.59671	6.00310	-13.70966	10.51623
EBMIL_percent_12M	Equal variances assumed	7.958	.007	-.603	58	.549	-4.45418	7.38616	-19.23920	10.33083
	Equal variances not assumed			-.603	38.143	.550	-4.45418	7.38616	-19.40485	10.49649
EBMIL_percent_24M	Equal variances assumed	.566	.455	-2.232	58	.029	-33.25179	14.89645	-63.07026	-3.43331
	Equal variances not assumed			-2.232	57.790	.029	-33.25179	14.89645	-63.07257	-3.43100

Quadro II – Estudo da existência de diferença estatisticamente significativa relativamente à técnica LYRGB, no hospital A e no hospital B.

Dos resultados pode inferir-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o hospital A e o hospital B para a técnica de LYRGB.

Para podermos comparar da eficácia das técnicas cirúrgicas em estudo, referenciámo-nos aos dados das amostras recolhidas no hospital B, calculando para cada uma das amostras, e de acordo com o número de dados disponíveis, os valores de %TWL, %EWL e %EBMIL, no período de acompanhamento pós-operatório, a 3, 6, 12, 24, 36, 48 meses, bem como as respetivas médias. Embora com dados a 60 meses de *follow-up* das técnicas LYRGB e MGB, não os considerámos para esta situação por não termos dados a esse tempo para a técnica dMGB.

A importância da *positive deviance* na segurança do doente com obesidade mórbida

Fizemos uma análise estatística por comparação dos resultados (valores dos indicadores) da técnica LYRGB versus a técnica MGB e da técnica LYRGB versus a técnica dMGB.

Group Statistics					
	Técnica	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TWL_percent_6M	LYRGB	30	24.041	8.0453	1.4689
	MGB	30	25.836	6.7421	1.2309
TWL_percent_12M	LYRGB	30	29.411	10.0705	1.8386
	MGB	30	31.753	9.4001	1.7162
TWL_percent_24M	LYRGB	30	30.214	12.0599	2.2018
	MGB	30	32.472	10.5824	1.9321
TWL_percent_36M	LYRGB	30	28.567	12.7546	2.3287
	MGB	30	30.371	11.4704	2.0942
TWL_percent_48M	LYRGB	28	27.047	12.3829	2.3401
	MGB	27	30.072	11.4042	2.1947
EWL_percent_6M	LYRGB	30	57.9497	23.70732	4.32835
	MGB	30	57.0788	14.0098	2.55622
EWL_percent_12M	LYRGB	30	71.3309	30.18557	5.51111
	MGB	30	69.3445	16.33343	2.96206
EWL_percent_24M	LYRGB	30	72.1207	36.39426	6.64465
	MGB	30	70.4577	17.60827	3.21482
EWL_percent_36M	LYRGB	30	67.7699	36.82465	6.72323
	MGB	30	65.6983	20.04216	3.65918
EWL_percent_48M	LYRGB	28	63.0040	34.69703	6.56712
	MGB	26	63.9357	20.56893	4.03390
EBMIL_percent_6M	LYRGB	30	62.8177	29.51515	5.38871
	MGB	30	62.0778	15.25132	2.78450
EBMIL_percent_12M	LYRGB	30	77.6821	37.53374	6.85269
	MGB	30	75.5304	17.40536	3.17777
EBMIL_percent_24M	LYRGB	30	75.2614	55.92673	10.21078
	MGB	30	76.6587	18.31818	3.34443
EBMIL_percent_36M	LYRGB	30	69.9946	57.51118	10.50006
	MGB	30	71.4667	21.26552	3.88253
EBMIL_percent_48M	LYRGB	28	63.9679	60.22041	11.38059
	MGB	26	69.0174	21.60460	4.23701

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
TWL_percent_6M	Equal variances assumed	.716	.401	-.937	58	.353	-1.7949	1.9164	-5.6311	2.0413
	Equal variances not assumed			-.937	56.279	.353	-1.7949	1.9164	-5.6336	2.0438
TWL_percent_12M	Equal variances assumed	.002	.964	-.931	58	.356	-2.3422	2.5151	-7.3767	2.6924
	Equal variances not assumed			-.931	57.727	.356	-2.3422	2.5151	-7.3772	2.6929
TWL_percent_24M	Equal variances assumed	.542	.465	-.771	58	.444	-2.2574	2.9293	-8.1211	3.6063
	Equal variances not assumed			-.771	57.037	.444	-2.2574	2.9293	-8.1232	3.6084
TWL_percent_36M	Equal variances assumed	.069	.794	-.576	58	.567	-1.8036	3.1318	-8.0727	4.4654
	Equal variances not assumed			-.576	57.359	.567	-1.8036	3.1318	-8.0742	4.4669
TWL_percent_48M	Equal variances assumed	.007	.933	-.941	53	.351	-3.0248	3.2132	-9.4696	3.4200
	Equal variances not assumed			-.943	52.892	.350	-3.0248	3.2083	-9.4602	3.4105
EWL_percent_6M	Equal variances assumed	1.884	.175	.173	58	.863	.87092	5.02681	-9.19134	10.93317
	Equal variances not assumed			.173	47.035	.863	.87092	5.02681	-9.24152	10.98336
EWL_percent_12M	Equal variances assumed	4.649	.035	.317	58	.752	1.98643	6.26618	-10.5566	14.52954
	Equal variances not assumed			.317	44.641	.753	1.98643	6.26618	-10.6371	14.60996
EWL_percent_24M	Equal variances assumed	6.262	.015	.225	58	.823	1.66298	7.38149	-13.1126	16.43865
	Equal variances not assumed			.225	41.871	.823	1.66298	7.38149	-13.2348	16.56080
EWL_percent_36M	Equal variances assumed	4.681	.035	.271	58	.788	2.07156	7.65450	-13.2605	17.39372
	Equal variances not assumed			.271	44.795	.788	2.07156	7.65450	-13.3473	17.49048
EWL_percent_48M	Equal variances assumed	1.106	.298	-.119	52	.906	-.93168	7.83929	-16.6623	14.79901
	Equal variances not assumed			-.121	44.431	.904	-.93168	7.69859	-16.4429	14.57954
EBMIL_percent_6M	Equal variances assumed	2.900	.094	.122	58	.903	.73992	6.06560	-11.4017	12.88155
	Equal variances not assumed			.122	43.456	.903	.73992	6.06560	-11.4888	12.96867
EBMIL_percent_12M	Equal variances assumed	6.160	.016	.285	58	.777	2.15172	7.55365	-12.9685	17.27199
	Equal variances not assumed			.285	40.921	.777	2.15172	7.55365	-13.1040	17.40751
EBMIL_percent_24M	Equal variances assumed	4.866	.031	-.130	58	.897	-1.39734	10.74454	-22.9048	20.11019
	Equal variances not assumed			-.130	35.182	.897	-1.39734	10.74454	-23.2065	20.41188
EBMIL_percent_36M	Equal variances assumed	3.955	.051	-.131	58	.896	-1.47112	11.19488	-23.8801	20.93796
	Equal variances not assumed			-.131	36.785	.896	-1.47112	11.19488	-24.1585	21.21634
EBMIL_percent_48M	Equal variances assumed	1.727	.195	-.404	52	.688	-5.04950	12.50270	-30.1380	20.03901
	Equal variances not assumed			-.416	34.292	.680	-5.04950	12.14372	-29.7207	19.62178

Quadro III – Estudo da existência de diferença estatisticamente significativa entre as técnicas LYRGB e MGB.

A importância da *positive deviance* na segurança do doente com obesidade mórbida

Group Statistics					
	Técnica	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TWL_percent_6M	LYRGB	30	24.041	8.0453	1.4689
	dMGB	30	24.910	6.0336	1.1016
TWL_percent_12M	LYRGB	30	29.411	10.0705	1.8386
	dMGB	30	30.869	6.7276	1.2283
TWL_percent_24M	LYRGB	30	30.214	12.0599	2.2018
	dMGB	30	34.128	8.8242	1.6111
TWL_percent_36M	LYRGB	30	28.567	12.7546	2.3287
	dMGB	30	33.891	9.3424	1.7057
TWL_percent_48M	LYRGB	28	27.047	12.3829	2.3401
	dMGB	17	31.679	9.2089	2.2330
EWL_percent_6M	LYRGB	30	57.9497	23.70732	4.32835
	dMGB	30	55.8034	15.67811	2.86205
EWL_percent_12M	LYRGB	30	71.3309	30.18557	5.51111
	dMGB	30	68.6758	16.46430	3.00596
EWL_percent_24M	LYRGB	30	72.1207	38.39426	6.84465
	dMGB	28	75.5995	21.18981	4.00450
EWL_percent_36M	LYRGB	30	67.7899	38.82485	6.72323
	dMGB	30	75.0852	20.91033	3.81789
EWL_percent_48M	LYRGB	28	63.0040	34.69703	6.55712
	dMGB	17	71.6577	22.56118	5.47189
EBMIL_percent_6M	LYRGB	30	62.8177	29.51515	5.38871
	dMGB	30	59.7709	17.38011	3.17316
EBMIL_percent_12M	LYRGB	30	77.6821	37.53374	6.85269
	dMGB	30	73.5089	18.34427	3.34919
EBMIL_percent_24M	LYRGB	30	75.2814	55.92673	10.21078
	dMGB	28	81.2930	23.78826	4.49558
EBMIL_percent_36M	LYRGB	30	69.9946	57.51118	10.50006
	dMGB	30	80.2416	22.66426	4.13791
EBMIL_percent_48M	LYRGB	28	63.9879	60.22041	11.38059
	dMGB	17	77.4088	25.54944	6.19865

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
TWL_percent_6M	Equal variances assumed	1.077	.304	-.473	58	.638	-.8882	1.8380	-4.5434	2.8071
	Equal variances not assumed			-.473	53.782	.638	-.8882	1.8380	-4.5495	2.8132
TWL_percent_12M	Equal variances assumed	2.339	.132	-.859	58	.512	-1.4578	2.2111	-5.8839	2.9682
	Equal variances not assumed			-.859	50.586	.513	-1.4578	2.2111	-5.8978	2.9821
TWL_percent_24M	Equal variances assumed	4.181	.045	-1.434	58	.157	-3.9134	2.7283	-9.3747	1.5479
	Equal variances not assumed			-1.434	53.134	.157	-3.9134	2.7283	-9.3853	1.5586
TWL_percent_36M	Equal variances assumed	3.409	.070	-1.844	58	.070	-5.3238	2.8885	-11.1019	4.542
	Equal variances not assumed			-1.844	53.183	.071	-5.3238	2.8885	-11.1131	4.654
TWL_percent_48M	Equal variances assumed	2.118	.153	-1.332	43	.190	-4.8316	3.4782	-11.8420	2.3788
	Equal variances not assumed			-1.432	41.080	.190	-4.8316	3.2346	-11.1636	1.9004
EWL_percent_6M	Equal variances assumed	.820	.369	.414	58	.681	2.14623	5.18902	-8.24072	12.53318
	Equal variances not assumed			.414	50.289	.681	2.14623	5.18902	-8.27473	12.56720
EWL_percent_12M	Equal variances assumed	5.054	.028	.423	58	.674	2.65504	6.27758	-9.91091	15.22099
	Equal variances not assumed			.423	44.862	.674	2.65504	6.27758	-9.98981	15.29990
EWL_percent_24M	Equal variances assumed	4.514	.038	-.441	56	.661	-3.47879	7.89382	-19.29162	12.33403
	Equal variances not assumed			-.448	47.203	.656	-3.47879	7.75805	-19.08421	12.12682
EWL_percent_36M	Equal variances assumed	4.053	.049	-.946	58	.348	-7.31538	7.73153	-22.79172	8.16096
	Equal variances not assumed			-.946	45.940	.349	-7.31538	7.73153	-22.87369	8.24793
EWL_percent_48M	Equal variances assumed	.671	.417	-.915	43	.385	-8.65367	9.45352	-27.71850	10.41117
	Equal variances not assumed			-1.013	42.730	.317	-8.65367	8.54034	-25.88005	8.57272
EBMIL_percent_6M	Equal variances assumed	1.371	.248	.487	58	.628	3.04876	6.25357	-9.47111	15.56483
	Equal variances not assumed			.487	46.953	.628	3.04876	6.25357	-9.53413	15.62764
EBMIL_percent_12M	Equal variances assumed	5.631	.021	.547	58	.588	4.17317	7.62735	-11.09483	19.44097
	Equal variances not assumed			.547	42.106	.587	4.17317	7.62735	-11.21829	19.56483
EBMIL_percent_24M	Equal variances assumed	3.299	.075	-.528	56	.600	-6.03164	11.43148	-28.93165	16.88837
	Equal variances not assumed			-.541	39.729	.592	-6.03164	11.15681	-28.58479	16.52151
EBMIL_percent_36M	Equal variances assumed	3.488	.067	-.908	58	.388	-10.2470	11.28599	-32.83835	12.34436
	Equal variances not assumed			-.908	37.795	.370	-10.2470	11.28599	-33.09834	12.60435
EBMIL_percent_48M	Equal variances assumed	.830	.367	-.871	43	.389	-13.4409	15.43486	-44.56829	17.89843
	Equal variances not assumed			-1.037	39.521	.306	-13.4409	12.95825	-39.64042	12.75857

Quadro IV – Estudo da existência de diferença estatisticamente significativa entre as técnicas LYRGB e dMGB.

Deste estudo concluímos que com estes resultados podemos inferir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os resultados da técnica LYRGB versus a técnica MGB e da técnica LYRGB versus a técnica dMGB.

No estudo da eficácia não considerámos a função sexo, uma vez que em todas as amostras a proporção de homens e mulheres intervencionados era, no máximo, de 1 para 6.

Relativamente às comorbilidades em estudo, tendo em consideração o número de doentes que eram portadores de diabetes, hipertensão arterial e dislipidias no pré-operatório, constatámos:

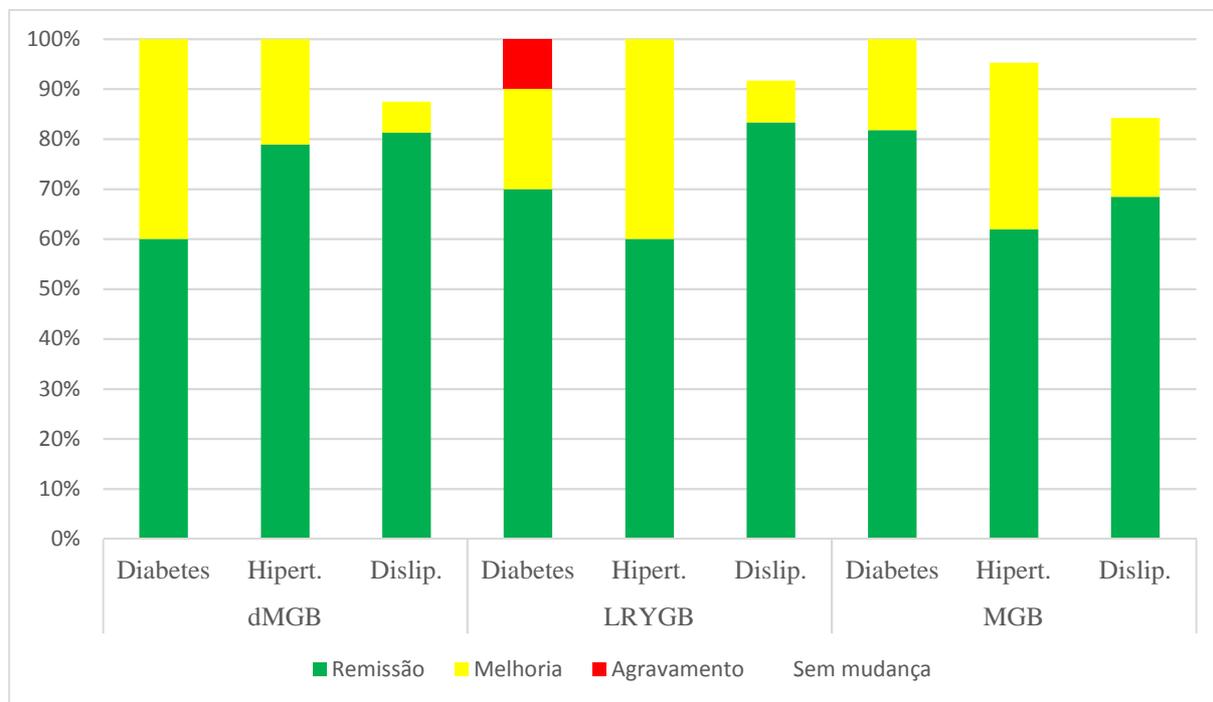


Gráfico I. - Comparação das diferentes técnicas por % de incidência aos 48 meses

Pelo que se observa, relativamente aos dados recolhidos nas diferentes amostras, que:

- Relativamente à diabetes, as técnicas MGB e dMGB apresentaram melhores resultados que a técnica LRYGB, sendo a percentagem de remissão superior na técnica MGB;
- Relativamente à hipertensão arterial, as técnicas LRYGB e dMGB tiveram melhores resultados que a técnica MGB, sendo a percentagem de remissão superior na técnica dMGB;
- Relativamente às dislipidemias, as técnicas LRYGB e dMGB tiveram melhores resultados que a técnica MGB, sendo a percentagem de remissão superior na técnica dMGB.

Donde pudemos concluir que se verificou uma melhoria/remissão de comorbilidades, a 48 meses, mais consistente nas técnicas MGB e dMGB.

Para aferir e perceber as potencialidades e limitações das técnicas cirúrgicas Mini Bypass Gástrico (MGB) e Mini Bypass Gástrico derivado (dMGB) *versus* cirurgia Bypass Gástrico em Y de Roux (LRYGB), foram colocadas quatro questões a três cirurgiões inovadores destas

técnicas (equipa cirúrgica do Hospital B) de modo que numa linguagem do próprio sujeito, estas mudanças de procedimento (PD) pudessem ser compreendidas e explicadas.

Os cirurgiões quando questionados sobre as razões que levaram ao desenvolvimento das técnicas MGB e dMGB versus a cirurgias standard da obesidade - LRYGB referiram que durante 9 anos efetuaram a técnica *standard*, no entanto, verificaram que se mantinham complicações associadas a estas técnicas, nomeadamente síndrome de dumping¹³ e retoma de peso. Além destas duas complicações um dos cirurgiões acrescentou que a morbilidade e mortalidade associadas à técnica LRYGB não eram desprezíveis, pondo em causa a segurança dos doentes.

Sobre se consideram as técnicas MGB e dMGB, como apresentado menor risco cirúrgico para o doente que, concretamente, a técnica LRYGB, estes foram unânimes em concordar e referiram como principais razões a redução do tempo operatório que tem como implicações menor incidência de *stress* cirúrgico e menor agressividade anestésica. Referiram que a técnica MGB tem menor número de anastomoses e que para além disso, verifica-se um menor número de fistulas pós-operatórias, por inexistência de hiperpressão no compartimento gástrico (bolsa) como acontece no LRYGB que tem uma anastomose larga.

Sobre se identificam outras vantagens nas técnicas cirúrgicas MGB e dMGB, versus LRYGB, nomeadamente ao nível do impacto financeiro a curto e médio prazo, foram referindo as seguintes:

- Menor incidência de quadros de sub-oclusão/ oclusão intestinal por hérnia interna;
- Menor incidência de fístulas e hemorragias;
- Redução de gastos com reintervenções devidas às situações antes referenciadas;
- Perda mais acentuada de peso associado à sua manutenção, por mais tempo;
- Melhor controlo da remissão de doenças associadas à obesidade e respetiva redução de custos do seu tratamento.

Finalmente quando questionados sobre o que os mobiliza para procurarem inovar, no campo da cirurgia da obesidade, referiram que a procura permanente por melhores resultados conduziu à utilização da técnica MGB, não só pela perda de peso dos doentes, mas também a sua manutenção pelo mais tempo e por existirem evidências de melhoria/remissão das comorbilidades, baseadas em estudos realizados, assim como a diminuição da incidência de

¹³ Resulta de uma entrada rápida dos alimentos na ansa do delgado quando se ingerem alimentos ricos em calorias ou alimentos híper osmóticos (chocolate, doces, natas e álcool), conduzindo a uma absorção rápida dos açúcares simples, com hiperestimulação da produção de insulina que leva à hipoglicémia. O dumping tardio (incidência de 5%) origina hipoglicémias de gravidade variável em alguns casos incapacitantes (tonturas, lipotimia, desmaio, entre outras) (<http://cirurgia-bariatrica.info/sindrome-de-dumping.html>)

défices nutricionais tardios, com a utilização desta técnica. Referiram terem posteriormente encetado a utilização da técnica dMGB, que tecnicamente se assemelha ao MGB, mas que demonstrou resultados mais consistentes na redução das incidências de refluxo gastro esofágico e de diarreia.

Considerando doentes com obesidade mórbida com indicação para cirurgia de Bypass, investigámos se, com recursos sensivelmente idênticos, a inovação técnica do mini Bypass (MGB) e do mini Bypass derivado (dMGB), podia representar um exemplo de *positive deviance* nos cuidados de saúde.

Pelos resultados anteriormente apresentados, podemos concluir, que com a implementação destas duas técnicas cirúrgicas:

- Se verifica um balanço financeiro positivo e significativo, com redução dos tempos e recursos cirúrgicos, do tempo de internamento e das complicações pós-operatórias;
- Não se verifica redução da eficácia na perda de peso a médio prazo. No entanto, alguns autores defendem de que a longo prazo estas técnicas serão mais eficazes. O quadro de evolução da %EBMIL que se segue, construído com os dados de que dispúnhamos, pode sugerir essa conjectura:

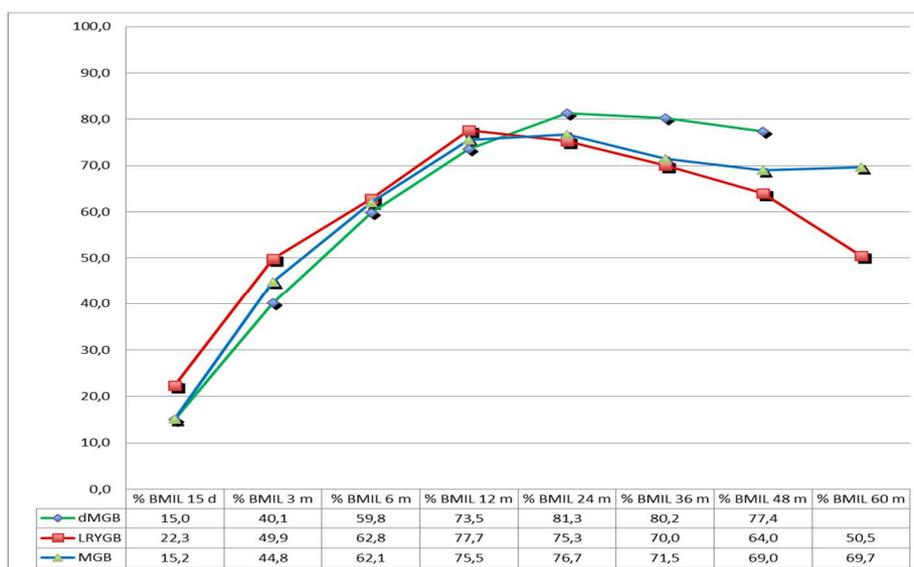


Gráfico II - Comparação das diferentes técnicas por evolução dos valores médios da % EBMIL aos, 15 dias, 3meses, 6 meses, 12 meses, 24 meses, 36 meses, 48 meses e 60 meses.

- Verifica-se com evidência estatística a melhoria/remissão das comorbilidades (diabetes, hipertensão arterial e dislipidemias);

- Constata-se a redução do tempo operatório das duas técnicas (MGB e dMGB), com consequente diminuição da exposição do doente ao stress cirúrgico e ao efeito das drogas anestésicas.

Com base nos parâmetros anteriormente referidos, que desempenham um papel importante no aumento da segurança do doente intervencionado e na melhoria da sua qualidade de vida, é nossa convicção que os cirurgiões que se propuseram encetar estas técnicas “desviantes” demonstraram um comportamento que se enquadra na metodologia da *positive deviance*.

6. Conclusões

Na última década tem surgido uma grande difusão de estudos e reflexões sobre a abordagem pela *positive deviance* em cuidados de saúde, e mais concretamente, sobre o seu impacto na segurança dos doentes.

Ao nível das organizações hospitalares, a *positive deviance* tem sido um veículo facilitador de novos processos de colaboração e de mudança de comportamentos, permitindo derrubar algumas barreiras funcionais, projetando, reconhecendo e valorizando a qualidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais, muitas vezes anonimamente, - “tornando o invisível, visível”.

Efetivamente a PD tem permitido a transformação e mudança organizacionais, uma vez que é gerada no seio da instituição e impulsionada pela motivação e envolvimento dos intervenientes, com melhoria das relações de trabalho e das práticas colaborativas interdisciplinares nas equipas. Esta dinâmica permite a focalização na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e na segurança do doente.

Com o nosso estudo e trabalho de investigação tomámos consciência da importância que a PD tem tido na mudança concetual da gestão hospitalar e do desvio pela positiva das lideranças tanto ao nível da administração como da gestão intermédia. Estes conceitos desviantes permitem modificar comportamentos, quer ao nível psicológico quer ao nível social, originando uma interatividade multidisciplinar dos intervenientes nos cuidados de saúde, criando condições de deteção precoce dos erros e eventos adversos, criando métricas de controle

de desempenho a vários níveis e áreas, como no bloco operatório, nos cuidados intensivos, no controle e prevenção e irradicação de infeções hospitalares, entre outros.

Foi, imbuídos nesta nova filosofia, ao mesmo tempo positiva e desviante, centrando-nos mais no que está “bem feito” e nas práticas “bem-sucedidas”, que abordámos a nossa dissertação.

Partindo da problemática médica do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e da sua importância ao nível da sociedade contemporânea, comparámos, como com idênticos suportes processuais (condições de trabalho, recursos, entre outros), os resultados da execução, por cirurgias “desviantes”, de duas técnicas cirúrgicas diferentes da técnica *standard*, poderiam constituir um exemplo de PD. Concluimos que este processo desviante se mostra benéfico para uma perda efetiva de peso a médio prazo, para a melhoria consistente das comorbilidades, da redução das complicações pós-operatórias, e consequentemente para a segurança dos doentes. Há, no entanto, a referir algumas limitações, com que no debatemos, ao nível dos dados recolhidos.

Uma das limitações do estudo que desenvolvemos prendeu-se com o facto de não nos ter sido possível identificar com precisão os custos referentes a cada uma das técnicas cirúrgicas a comparar. Constatámos que a contabilística interna dos hospitais não fornece dados relativos a tratamentos específicos e aqueles que são possíveis de obter não são fiáveis por se encontrarem enviesados e/ou desatualizados. Os custos reais das diferentes técnicas são uma componente que gostaríamos de ver melhor esclarecida.

Outra das limitações deve-se ao facto de não termos conseguido recolher dados de *follow-up* mais longos. Efetivamente tivemos dificuldade em obter os 30 resultados de MGB e dMGB com acompanhamentos por prazos mais alargados, dado que os doentes não são regulares nas consultas ou as abandonam a médio e longo prazo. Para além disso, a técnica dMGB foi implementada no final de 2012 e início de 2013, pelo que os dados de que dispusemos e apresentámos têm no máximo um *follow-up* de 48 meses.

Assim, consideramos que este estudo de caso poderá ser potencializado, se estudado de modo mais aprofundado e por um período de tempo mais longo.

Processos “desviantes” como o que estudámos surgem nas organizações hospitalares quando se pretende solucionar um problema, quando este não tem solução visível ou parece mesmo intratável.

Até há pouco tempo, e nalgumas situações, as direções hospitalares centravam-se em si próprias, apresentando fórmulas de correção de erros impostas aos profissionais, originando,

muitas vezes, práticas defensivas, de menor transparência, sem haver relato e consequentemente com efeitos na difusão das boas práticas clínicas. Estas políticas de gestão nos hospitais centradas na busca dos erros e do que corre mal, podem permitir resolver os problemas a curto prazo, mas não são uma boa solução de longo prazo. Criar condições para que elementos divergentes possam encontrar novas soluções para “problemas antigos” ou ditos “intratáveis” é urgente neste tipo de organizações.

A ideologia pela positiva (PD) conduzirá a uma modificação de comportamentos ao nível das lideranças, tanto de topo como intermédias. Esta produzirá efeitos ao nível da divulgação e partilha dos resultados positivos dos processos divergentes, criados no seio dos grupos de profissionais. A “nova gestão” promoverá um aumento da confiança e melhorará a comunicação interpares.

Esta nova filosofia tem ainda como objetivos incentivar a disponibilidade e motivação dos profissionais de saúde e envolvê-los com os doentes na questão da salvaguarda da sua segurança. Pacientes e profissionais devem ser o centro da intervenção, permitindo a implementação de políticas baseadas em evidência que melhorem a qualidade do serviço prestado e a segurança dos doentes.

Consideramos, pois, que a abordagem de um estudo de caso, pela *positive deviance*, quer ao nível das técnicas cirúrgicas quer ao nível de outros processos implementados nos cuidados de saúde, constitui um processo inovador, podendo e devendo ser encorajado, no sentido de que as boas práticas clínicas tenham visibilidade e possam ser disseminadas.

Por último, consideramos que a gestão hospitalar tal como a conhecemos e praticamos atualmente terá de ser reformulada. A PD é uma ferramenta útil e como tal pode ser um auxiliar no processo de mudança na gestão. Não se trata de mudar ou prescindir das hierarquias e dos órgãos de gestão, bem pelo contrário estes devem cada vez mais assumir as responsabilidades éticas e profissionais das suas funções, trata-se tão somente de mudar mentalidades e atitudes.

A gestão tem de ser facilitadora de processos inovadores e eficazes. Deve permitir a quem trabalha nas instituições, em diferentes grupos profissionais, alguns deles já pouco motivados e executando tarefas por rotina, possam ser reabilitados e envolvidos em novas ideias que conduzam à resolução de problemas e à melhoria dos processos de solução.

Através da comunicação interna, a gestão deve ser também capaz de facilitar a difusão de práticas inovadoras e de relevância e também valorizar os que tiveram a coragem de as propor e implementar. Do mesmo modo, os doentes e seus familiares devem ser envolvidos, já que devem fazer parte da solução e não do problema.

A importância da *positive deviance* na segurança do doente com obesidade mórbida

Para finalizar, acreditamos que esta forma diferente de pensar e de agir (PD), em gestão hospitalar, implementada com a colaboração entre profissionais e participação dos doentes, será impulsionadora de uma mais eficaz gestão de recursos, geradora de melhores desempenhos e consequentemente terá um impacto mais visível na segurança e na qualidade de vida dos doentes.

BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Preço das diárias do internamento no Serviço Nacional de Saúde. Acedido em:

http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Pre%C3%A7o_das_di%C3%A1rias_do_internamento_no_Servi%C3%A7o_Nacional_de_Sa%C3%BAde

Appleby, J. 2000. Reporting NHS performance: how did the media perform?. BMJ. 321: 248. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1118242/pdf/248.pdf>

Baker, R., P. Norton, V. Flintoft, R. Blais, A. Brown, J. Cox, E. Etchells, W. Ghali, P. Hébert, S. Majumdar, M. O'Beirne, L. Palacios-Derflingher, R. Reid, S. Sheps, R. Tamblyn. 2004. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ, 170. Acedido em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC408508/pdf/20040525s00028p1678.pdf>

Bariatric News. 2015. The advantages of MGB, Diverted-MGB and banded-MGB.

Acedido em: <http://www.bariatricnews.net/?q=node/2243>

Bell, Judith.1993. *Como realizar um projecto de investigação*, Lisboa, Gradiva.

Bogdan, Robert e Sari Biklen. 1994. *Investigação Qualitativa em Educação*, Porto, Porto Editora

Bradley, E., L. Curry, S. Ramanadhan, L. Rowe, I. Nembhard & H. Krumholz. 2009. Research in action: using *positive deviance* to improve quality of health care, *BioMed Central, Lda*, Implementation Science: 1-11. Acedido em:

<https://implementationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1748-5908-4-25?site=implementationscience.biomedcentral.com>

Brennan, T., L. Leape, N. Laird, L. Hebert, A. R. Localio, A.. Lawthers, J. Newhouse, P. Weiler & H. Hiatt. 1991. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients — Results of the Harvard Medical Practice Study, *New England Journal of Medicine*, 324: 370-376. Acedido em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199102073240604>

Brethauer, S., J. Kim, M. Chaar, P. Pappasavas, D. Eisenberg, A. Rogers, N. Ballem, M. Kligman, S. Kothari. 2015. Standardized outcomes reporting in metabolic and bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 11: 489–506. Acedido em: [http://www.soard.org/article/S1550-7289\(15\)00033-7/fulltext](http://www.soard.org/article/S1550-7289(15)00033-7/fulltext)

Berwick, D. 2013. A promise to learn – a commitment to act: Improving the Safety of Patients in England. NSH. Acedido em: <http://www.nhsemployers.org/your-workforce/need-to-know/the-francis-inquiry/the-reports-clwyd-hart-keogh-cavendish-berwick/the-berwick-report>

Buchwald, H. 2005. Bariatric Surgery for Morbid Obesity: Health Implications for Patients, Health Professionals, and Third-Party Payers. *American College of Surgeons*. Health Implications of Bariatric Surgery, 200(4): 523-603. Acedido em: http://drozimogama.com.br/wp-content/uploads/downloads/artigos/cirurgia_bariatrica/Tratamento%20Cir%C3%BArgico%20da%20Obesidade_ASBS_2004.pdf

Buchwald, H., G. Cowan & W. Pories. 2007. *Surgical Management of Obesity*. Philadelphia: Saunders / Elsevier Inc.

Calle, E., M. J. Thun; J. Petrelli, C. Rodriguez & C. Heath. 1999. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *The New England Journal of Medicine*, 341(15): 1097-1105
Acedido em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199910073411501>

Centro Hospitalar Lisboa Norte. Contrato de aquisição de suturas mecânicas e recargas/dispositivos médicos, durante o ano 2017. Acedido em: <http://www.base.gov.pt/base2/rest/documentos/274431>

Correia, P. 2013. **Custos Socioeconómicos da Obesidade**. Especialização em Administração Hospitalar. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Acedido em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14873/1/RUN%20-%20Trabalho%20Final%20CEAH%20-%20Paula%20Cristina%20Correia.pdf>

Coutinho, C. 2014. **Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática**. Coimbra: Livraria Almedina.

Curtis, J., J. Selter, Y. Wang, S.. Rathore, I. Jovin, F. Jadbabaie, M.I Kosiborod, E.Portnay, S. Sokol, F. Bader, H. Krumholz. 2005. The Obesity Paradox: Body Mass Index and Outcomes in Patients With Heart Failure. *Archives of internal medicine*, 165: 55-61. Acedido em: <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/486350>

Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015, Diário da República 2ª Série, nº 28.

Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio de 2015, Diário da República 2ª Série, nº 102.

Direção-Geral de Saúde. 2007. **Princípios – chave de prevenção e controle da obesidade**.

Direção-Geral de Saúde. 2012. Orientação nº 028/2012: **Boas práticas na abordagem do doente com obesidade elegível para cirurgia bariátrica**. Acedido em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0282012-de-31122012.aspx>

Direção-Geral da Saúde. 2009. **Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, 2011**, traduzido de “Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report”. Organização Mundial de Saúde.

Donabedian, A. 2005. Evaluating the Quality of Medical Care, *The Milbank Quarterly*, 691-729. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>

A importância da *positive deviance* na segurança do doente com obesidade mórbida

Eknoyan G. 2007. Adolphe Quetelet (1796–1874)—the average man and indices of obesity. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 23 (1): 47–51. Acedido em: <https://academic.oup.com/ndt/article/23/1/47/1923176/Adolphe-Quetelet-1796-1874-the-average-man-and>

Esteves, P. 2011. **Obesidade – Revisão Bibliográfica**. Dissertação de mestrado em medicina. Universidade da Beira Interior. Covilhã. Acedido em: www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=7fc15997e641b69

European Commission. 2005. DG Health and Consumer Protection. *Patient Safety – Making it Happen!*. Luxembourg Declaration on Patient Safety.

Acedido em:

<http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2011/11/LuxembourgDeclarationFinal.pdf>

Fragata, J. & L. Martins. 2005. *O erro em medicina. Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina.

Fragata, J., P. Barros, S. Santos, S. Ferreira, M. Bilbao, I. Fragata, M. França. 2006. *Risco Clínico. Complexidade e performance*. Coimbra: Livraria Almedina.

Fragata, J. 2012. *Segurança dos Doentes: Uma Abordagem Prática*. Brasil: Edições LIDEL

Fragata, J. & Luís Martins. 2014. *O erro em medicina*. Brasil: Edições LIDEL

França, M. 2008a. Gestão da qualidade e inovação em saúde. In APDH & A. Escoval (Eds), *Financiamento, inovação e sustentabilidade*: 303-312. Lisboa: APDH, Companhia de Ideias.

França, M. 2008b. Quality, risk management and patient safety: the challenge of effective integration. *World Hospitals and Health Services*. 44 (4): 21-23.

Francis, Robert. 2013. The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry, Executive summary. Acedido em:

<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150407084231/http://www.midstaffpublicinquiry.com/report>

Flegal, K., M. Carroll, C. Ogden, L. Curtin. 2010. Prevalence and Trends in Obesity Among US Adults, 1999-2008. *Journal of American Medical Association*, 303 (3): 235-241.

Acedido em: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/185235>

Flick, U. 2005. *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor – Projectos e Edições, Lda.

Fortin, M. F. 2009. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gabbay, Robert, M. W. Friedberg, M. Miller-Day, P. F. Cronholm, A. Adelman, E. C. Schneider. 2013 “A *Positive Deviance* Approach to Understanding Key Features to Improving Diabetes Care in the Medical Home”, *Annals of Family Medicine*, 11(1): 99-107.

Acedido em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3707253/pdf/0110s99.pdf>

Garrido Júnior, A, E. Ferraz, F. Barroso, J. Marchesini & T. Szegö. 2003. *Cirurgia da Obesidade*. Brasil: Atheneu Editora

Gomes, P. 2004. A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação, *Cadernos BAD*, 2: 6-18.

Acedido em:

<http://www.bad.pt/publicacoes/index.php/cadernos/article/viewFile/826/825>

Harrison, T., D. Casper, E. Braunwald, A. Fauci, S. Hauser, D. Longo & J. Jameson. 2006. Harrison Medicina Interna. 16ª edição. Lisboa: McGraw Hill.

Institute of Medicine. 2000. To Err Is Human: Building a Safer Health System. *National Academy Press, Institute of Medicine*, Washington D.C. Acedido em:

<https://www.nap.edu/download/9728>

Institute of Medicine. 2001. Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century. *National Academy Press, Institute of Medicine*, Washington D.C. Acedido em:

<https://www.nap.edu/download/10027>

Instituto Nacional de Estatística. 2016. ***Inquérito Nacional de Saúde – 2014***.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Português de Reumatologia - Osteoporose

<http://www.ipr.pt/index.aspx?p=MenuPage&MenuId=198>

Kotha, S., J. S. Ties, J. Zlabek, K. Kallies; M. Al-Hamadini. 2014. “The Effect of Laparoscopic Gastric Bypass on Dyslipidemia in Severely Obese Patients: a 5-Year *Follow-up* Analysis”, 24 (4): 549–553

Acedido em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11695-013-1120-y>

Laar A., L. Caluwé & B. Dillemans. 2011. Relative outcome measures for bariatric surgery. Evidence against excess weight loss and excess body mass index loss from a series of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass patients. ***Obesity Surgery***. 21(6): 763-767. Acedido em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21197603>

Laar, A. 2012. Bariatric outcomes longitudinal database (BOLD) suggests excess weight loss and excess BMI loss to be inappropriate outcome measures, demonstrating better alternatives. ***Obesity Surgery***. 22 (12): 1843–1847. Acedido em:

<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11695-012-0736-7>

Landrigan, Christopher, G.Parry, C. Bones, A. Hackbarth, D. Goldmann & P. Sharek. 2010. Temporal Trends in Rates of Patient Harm Resulting from Medical Care. ***New England Journal of Medicine***, 363: 2124-2134.

Acedido em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa1004404>

Lawton, Rebecca, et al. 2014. “*Positive deviance*: a different approach to achieving patient safety”, ***BMJ Quality and Safety***, 23: 880-883.

Acedido a 4 de julho de 2015, em:

<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2014/07/21/bmjqs-2014-003115.full.pdf+html>

Lee, W., P. Yu, W. Wang, T. Chen, P. Wei & M. Huang. 2005. Laparoscopic Roux-en-Y Versus Mini-Gastric Bypass for the Treatment of Morbid Obesity – A Prospective Randomized Controlled Clinical Trial. *Annals of Surgery*, 242 (1): 20-28.

Acedido em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1357700/pdf/20050700s00004p20.pdf>

Lilford, Richard. 2004. “Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma”, *The Lancet*, 363: 1147-1154.

Lim, R. B., G. L. Blackburn & D.B. Jones. 2010. Benchmarking Best Practices in Weight Loss Surgery. *Current Problems in Surgery*, 47(2): 79–174

Acedido em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134527/pdf/nihms303160.pdf>

Loos, R.J.F. & C. Bouchard. 2003. Obesity – is it a genetic disorder?. *Journal of Internal Medicine*; 254: 401–425

Acedido em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2796.2003.01242.x/epdf>

Mansoa, A., C. Vieira, P. Ferrinho, P. Nogueira & L. Varandas. 2011. Eventos adversos na prestação de cuidados hospitalares em Portugal, no ano de 2008. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29: 116-122

Acedido em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v29n2/v29n2a04.pdf>

Marra, A., L. Guastelli, C. Araújo, J. Santos, L. Lamblet, M. Lima, R. Cal, A. Paes, M. Neto, L. Barbosa, M. Edmond & O. Santos. 2010. Positive Deviance: A New Strategy for Improving Hand Hygiene Compliance. *Infection control and hospital epidemiology*, 31(1), 12-20.

Acedido em:

http://www.positivedeviance.ca/wp-content/uploads/2010/01/pd_hh_iche_brazil.pdf

Marsh, David, D. Schroeder, K. Dearden, J. Sternin & M. Sternin. 2004. The power of positive deviance. *BMJ*, 329: 1177-1179

Acedido em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC527707/pdf/bmj32901177.pdf>

Meirinhos, M. & A. Osório. 2010. O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: revista de educação* (Online), 2: 49–65.

Acedido em:

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3961/1/O%20estudo%20de%20caso%20como%20estrat%C3%A9gia%20de%20investiga%C3%A7%C3%A3o%20em%20educa%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Multimedia Health Education. Gastric bypass surgery.

Acedido em: <http://www.ifso.com/wp-content/themes/ypo-theme/pdfs/gastric-bypass.pdf>

Nieva, V.F. e J. Sorra. 2003. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality Safety Health Care*, 12: 17-23.

Acedido em:

http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17

Pajecki, D., L. Dalcanalle, C. Oliveira, B. Zilberstein, A. Halpern; A. Garrido Jr; I. Cecconello. 2007. *Follow-up* of Roux-en-Y Gastric Bypass Patients at 5 or more Years Postoperatively. *Obesity Surgery*. 17(5): 601-607. Acedido em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17658018>

Pascale, R. & J.Sternin. 2005. Your Company's Secret Change Agents. *Harvard Business Review* (online).

<https://hbr.org/2005/05/your-companys-secret-change-agents>

Pascale, R., J. Sternin & M. Sternin. 2010. *The Power of Positive Deviance: How Unlikely Innovators Solve the World's Toughest Problems Hardcover*, EUA: Harvard Business Press.

Portaria n.º. 381/2012, de 22 de novembro, Diário da República, 1.ª série — N.º 226 — 22 de novembro de 2012

Positive Deviance Initiative. 2011. Betting on anomaly - When positive deviants become a collective resource, *Business Digest* (online), 213: 2-10.

Acedido em:

<http://www.positivedeviance.org/pdf/publicationgeneralpd/EnglishBusinessDigest2011web.pdf>

Prentice, A. M. & S. A. Jebb . 2001. Beyond body mass index. *Obesity Reviews*, 2: 141–147.

Acedido em: <http://onlinelibrary.wiley.com/wol1/doi/10.1046/j.1467-789x.2001.00031.x/full>

Rapaport, L. 2015. Benefits of Weight Loss Surgery Diminish after 5 Years. Reuters online.

Acedido em: <https://www.scientificamerican.com/article/benefits-of-weight-loss-surgery-diminish-after-5-years/>

Recomendação do Conselho da Europa, 2009/C 151/01, de 9 de junho de 2009 (segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde).

Acedido em:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/council_2009_pt.pdf

Ribeiro, R. 2016. Sleeved gastric bypass: a new option. IBC – International Bariatric club

<http://www.ibcclub.org/sleeved-gastric-bypass-a-new-option/>

Sauerland S., L. Angrisani, M. Belachew, J. M. Chevallier, F. Favretti, N. Finer, A. Fingerhut, M. Garcia Caballero, J. A. Guisado Macias, R. Mittermair, M. Morino, S. Msika, F. Rubino, R. Tacchino, R. Weiner, E. Neugebauer. 2005. Obesity surgery Evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (E.A.E.S.). *Surgical Endoscopy*, 19: 200–221.

Acedido em: <https://eaes.eu/wp-content/uploads/2016/11/2004-Sauerland-Obesity-Surgery-guidelines-EAES-Surg-Endosc-2005-pdf.pdf>

Schauer,P., B. Burguera, S.Ikramuddin, D. Cottam, W. Gourash, G. Hamad, G.M. Eid, S. Mattar, R. Ramanathan, E. Barinas-Mitchel, R. Rao, L. Kuller & D. Kelley. 2003. Effect of laparoscopic Roux-En Y gastric bypass on type 2 Diabetes Mellitus. *Annals of Surgery*, 238 (4): 467-485. Acedido em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360104/pdf/20031000s00003p467.pdf>

Schauer,P & B. Schirmer. 2015. The Surgical Management of Obesity. F. Brunicardi, D. Andersen, T. Billiar, D. Dunn, J. Hunter, J. Matthews & R. Pollock (Eds). *Schwartz's Principles of Surgery*. 1099- 1136. EUA, McGraw Hill Education.

Singhal, A., P. Buscell & C. Lindberg. 2010. *Inviting Everyone: Healing Healthcare Through Positive Deviance*, New Jersey: PlexusPress.

Shah, M., V. Simha e A. Garg. 2006 Long-Term Impact of Bariatric Surgery on Body Weight, Comorbidities, and Nutritional Status. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 91 (11): 4223–4231. Acedido em:

<https://academic.oup.com/jcem/article/91/11/4223/2656270>

Shojania, K. e E.Thomas. 2013. Trends in adverse events over time: why are we not improving. *BMJ*, 22: 273-277. Acedido em: <http://qualitysafety.bmj.com/>

Silva, C., L. Cohen, L. Sarmiento, F. Rosa, E. Rosado, J. Carneiro, A. Souza & F. Magno. 2016. Effects of long-term Roux-en-Y gastric bypass on body weight and clinical metabolic comorbidities in bariatric surgery service of a university hospital. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. 29 (1): 20-23

Acedido em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5064273/pdf/0102-6720-abcd-29-s1-00020.pdf>

Sousa, P., A. Sousa Uva & F. Serranheira. 2010. Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10: 89-95.

Acedido em:

<https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/10-Investigacao%20e%20inovacao%20em%20seguranca%20do%20doente.pdf>

Sousa, Paulo, A.Sousa Uva, F. Serranheira, E. Leite & C. Nunes. 2011. Segurança do Doente *Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade de Lisboa.

Acedido em:

https://www.ensp.unl.pt/invest-desenvolv-inov/projectos/brochura_estudo_ea2011.pdf

Spreitzer, G. & S. Sonenshein. 2004. Toward the Construct Definition of Positive Deviance. *American Behavioral Scientist*. 47: 828-847.

Acedido em:

http://www.positivedeviance.org/pdf/publicationgeneralpd/Feb2004ABS_SpreitzerSonenshein.pdf

Spreitzer, G. & D. Doneson. 2005. Musing on the past and Future of Employee Empowerment. SAGE (online).

Acedido em:

http://www.researchgate.net/profile/Gretchen_Spreitzer/publication/255649410_Musings_on_the_Past_and_Future_of_Employee_Empowerment/links/54b8f8b20cf269d8cbf72813.pdf

The National Patient Safety Agency. 2004. *Seven steps to patient safety: An overview guide for NHS staff*. Londres: Edição de Autor.

The National Patient Safety Agency. 2005. *Building a memory: preventing harm, reducing risks and improving patient safety. The first report of the National and Learning System and The Patient Safety Observatory*. Londres: Edição de Autor.

Toft, B. & H. Mascie -Taylor. 2005. Involuntary automaticity: a work system induced risk to safe health care. *Health Services Management Centre*, 18: 211-216.

Acedido em:

http://cdrwww.who.int/patientsafety/information_centre/Automaticity_Patient_Safety_Summit.pdf

Vergara, S. 2004. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. Brasil: Edições São Paulo.

Vincent, C., G. Neale e M. Woloshynowych. 2001. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*, 324: 517-519.

Acedido em:

<http://www.bmj.com/content/bmj/322/7285/517.full.pdf>

Vincent, C. & A. Coulter. 2002. Patient safety: what about the patient?. *Quality Safety Health Care*, 11: 76–80.

Acedido em:

<http://qualitysafety.bmj.com/content/11/1/76.full.pdf+html>

[Walshe, K. & S. Shortell. 2004. When things go wrong: how health care organizations deal with major failures. *Health Affairs*, 23 \(3\): 103-111.](#)

Acedido em:

<http://content.healthaffairs.org/content/23/3/103.long>

[Wang, Y., M. Beydoun, L. Liang, B. Caballero & S. K. Kumanyika. 2008. Will All Americans Become Overweight or Obese? Estimating the Progression and Cost of the US Obesity Epidemic. *Obesity*, 16 \(10\): 2323-2330.](#)

Acedido em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2008.351/epdf>

World Health Organization. 2002. Quality of care: patient safety. *Fifty-Fifth World Health Assembly*.

World Health Organization. 2004. First, do no harm... *World alliance for patient safety*.

World Health Organization. 2006. London Declaration – Patients for Patient Safety. *World alliance for patient safety*.

World Health Organization. 2009a. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1. *World alliance for patient safety*.

World Health Organization. 2009b. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. *World alliance for patient safety*.

World Health Organization. 2009c. Safe Surgery Saves Lives. *World alliance for patient safety*.

Yin, R. 1981. The Case Study Crisis: Some Answers. *Administrative Science Quarterly*, 26 (1): 58-65.

Acedido em:

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.464.7613&rep=rep1&type=pdf>

Yin, R. 1994. *Estudo de Caso – Desenho e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Acedido em:

http://maratavarespsictics.pbworks.com/w/file/attach/74440967/3YINdesenho%20e%20metodo_Pesquisa%20Estudo%20de%20Caso.pdf

Yu, A., K. Flott, N. Chainani, G. Fontana, A. Darzi. 2016. Patient Safety 2030. Londres: NIHR. Acedido em: <http://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/Patient-Safety-2030-Report-VFinal.pdf>

ANEXO I

Guião da entrevista

A *positive deviance* baseia-se na mudança de comportamento dos indivíduos, equipas e/ou organizações, encorajando a utilização de novos métodos como a transferência e a partilha das melhores práticas.

Estamos a realizar a nossa dissertação sob o tema “A importância da Positive Deviance na Segurança do Doente”. Assim, pretendemos com esta entrevista perceber as razões que influenciaram o recurso a “novas” técnicas na cirurgia da obesidade, e se esta alteração de procedimentos resultou, ou não, no reforço da segurança para o doente.

Questões:

1. Quais as razões que levaram ao desenvolvimento das técnicas MGB e dMGB versus as cirurgias standard da obesidade - LRYGB)?
2. Consideram que as técnicas MGB e dMGB, apresentam menor risco cirúrgico para o doente que a técnica LRYGB?
3. Identificam outras vantagens nas técnicas cirúrgicas MGB e dMGB, versus LRYGB, nomeadamente ao nível do impacto financeiro a curto e médio prazo?
4. O que os mobiliza para procurarem inovar, no campo da cirurgia da obesidade?