



SAÚDE

em nossas mãos

atitudes que salvam vidas



SAV 2 - MODELO DE MELHORIA

19 de Setembro 2024



A Beneficência Portuguesa de São Paulo



ORIENTAÇÕES INICIAIS

- Preencher lista de presença através do link que será disponibilizado pelo chat ou QR code no slide "Lista de Presença"
- Os materiais e gravações das sessões serão disponibilizados na semana seguinte após o término do evento.
- As perguntas colocadas no chat deve conter identificação do nome do hospital e serão respondidas durante a sessão ou se necessário respondida pelo consultor de referência.



<https://forms.office.com/r/QiRN2JjwuJ>

Tempo	Assunto	Objetivos	Apresentador
10	Boas-vindas		Flavia Einstein/MS
10	Conceito Qualidade em Saúde, Melhoria	<ul style="list-style-type: none"> Refletir sobre melhoria da qualidade e melhoria de cuidados na saúde 	Edileusa HSL/Luciana HAOC
10	Sistema de Conhecimento Profundo	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar os conceitos iniciais sobre organização como sistema, variação, processo de aprendizagem; lado humano da mudança 	Ademir/ Daniela Moinhos de Vento
15	O Modelo de Melhoria (MM)	<ul style="list-style-type: none"> Compreender sobre as perguntas fundamentais do MM Declaração do objetivo da colaborativa Atividade: 	Nilza HCor/Luciana HAOC/Ananda Moinhos de Vento
25	Estratégia de Medição - Indicadores – parte 1	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar a estratégia de medição dos indicadores de Processo da Colaborativa SeNM Explicar o que é a linha de base e como será a coleta e a organização da linha de base indicador de resultado (sistema ou manual) Orientar a coleta dos indicadores para a linha de base Atividade: Solicitar para cada hospital organizar a linha de base dos indicadores de resultado (densidades) em arquivo tabela 	Daniela Moinhos/Edileusa HSL
10	Ferramenta MUSIQ	<ul style="list-style-type: none"> Explicar a utilização da ferramenta MUSIQ 	Sebastian Vernal
05	Encerramento/ Próximos Passos	<ul style="list-style-type: none"> Pós teste 	Flávia Einstein

Melhoria na ginastica artística no Brasil dos últimos 10 anos

Rebeca



Quando trazemos o Conceito de Melhoria para a Saúde

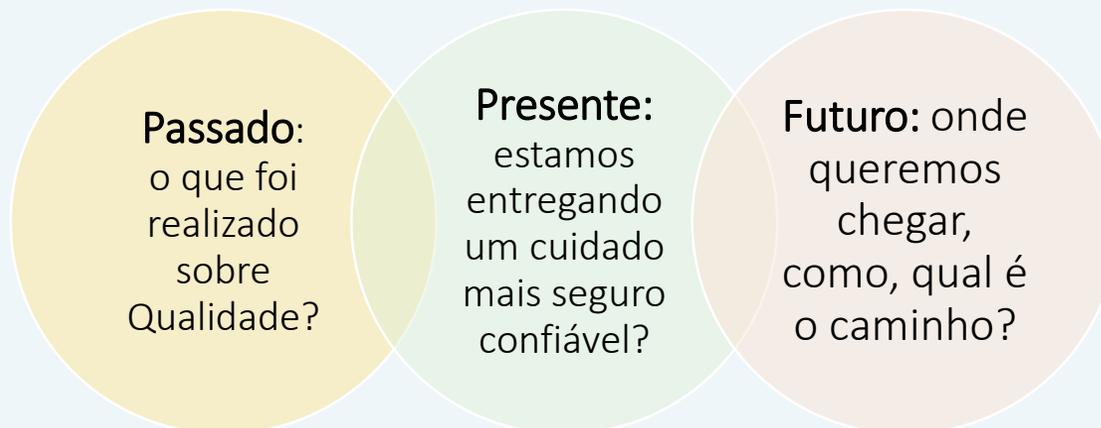
Melhoria da Qualidade:

Atender as necessidades dos clientes os pacientes (entrega de valor)

✓ Cuidado sem danos:

Identificação de problemas em qualquer atividade seja assistencial ou não assistencial

Correção ou eliminação do problema

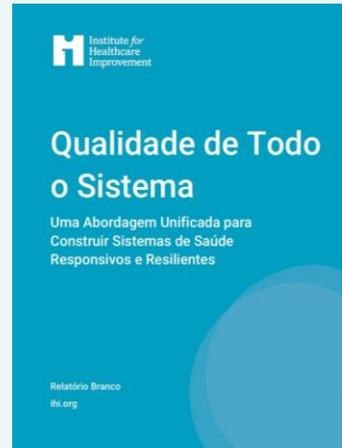
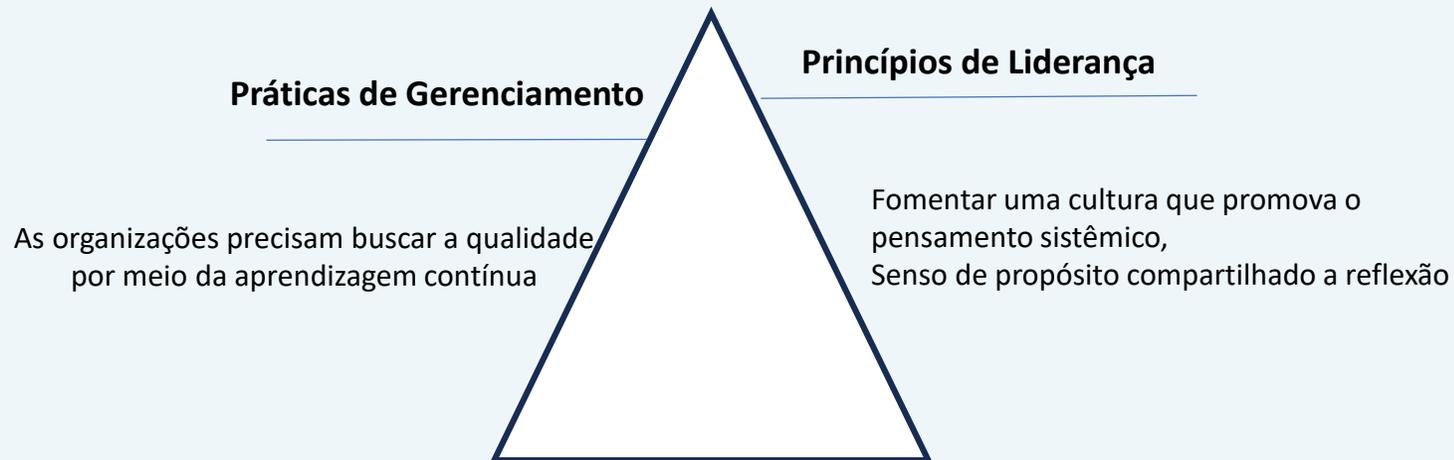


Porque é preciso pensar em melhoria de forma contínua nos Serviços de Saúde?

Sistema Complexo, lidamos com vidas portanto é prudente ter como objetivo o "dano zero" ou seja buscar melhorar os processos de trabalho e de cuidado ao paciente

E qual é o caminho para alcançar a Melhoria da Qualidade e do Cuidado na Saúde

Saiba mais...



Sistema de Conhecimento Profundo W. E Deming

Por que estamos aqui? O que nos une?



Estamos juntos para Realizar Melhorias em
nossas Organizações

Especificamente, reduzir infecções adquiridas
quando cuidamos de nossos pacientes

Mais especificamente, reduzir sofrimento dos
pacientes e familiares

Em nossa UTI temos dois trabalhos

Cuidar de nossos
pacientes



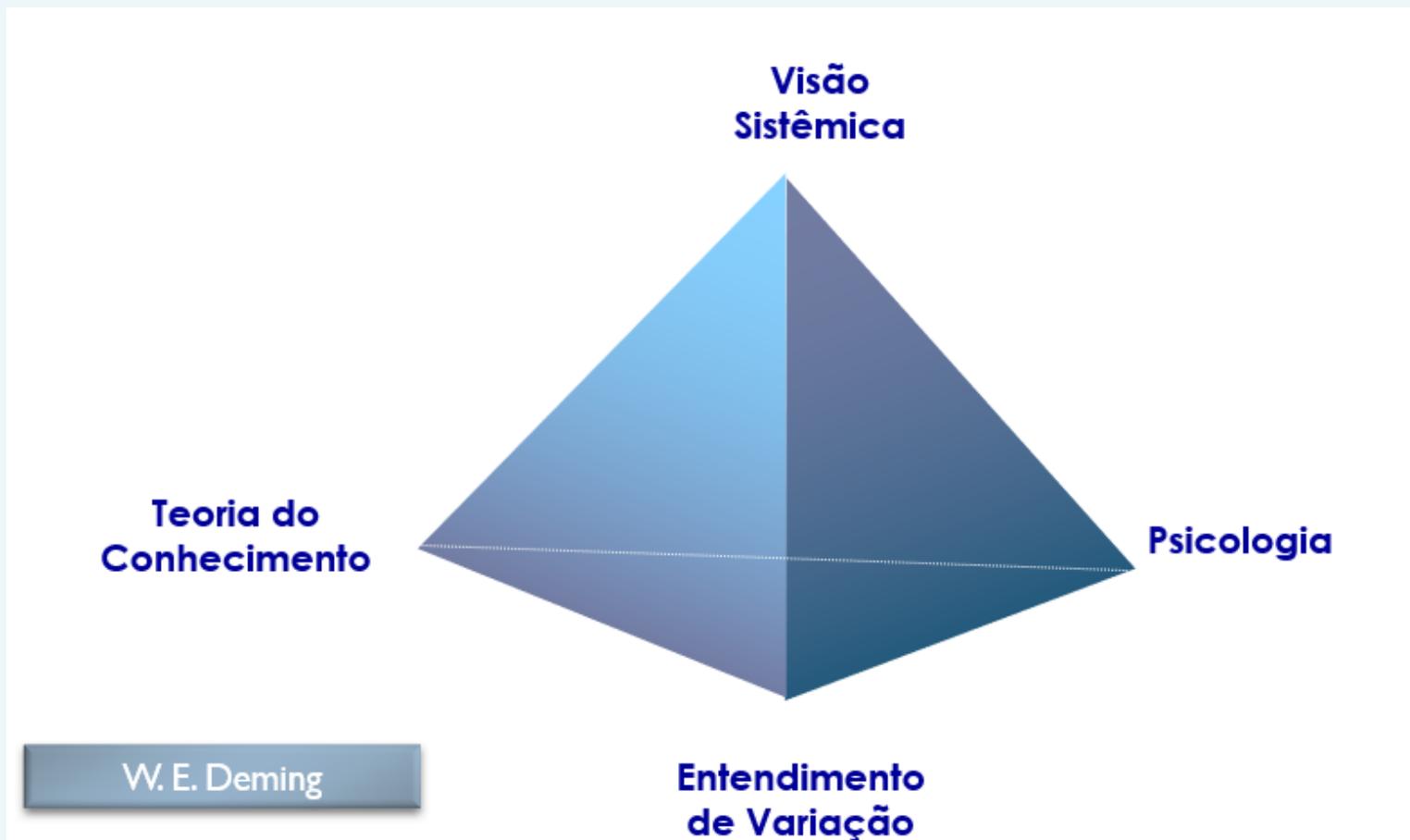
Melhorar a forma
como cuidamos de
nossos pacientes

Como realizamos melhorias?

- Melhorando os processos de cuidado em nossas UTIs;
- Utilizando Métodos e Técnicas da Ciência da Melhoria

Sistema de Conhecimento Profundo

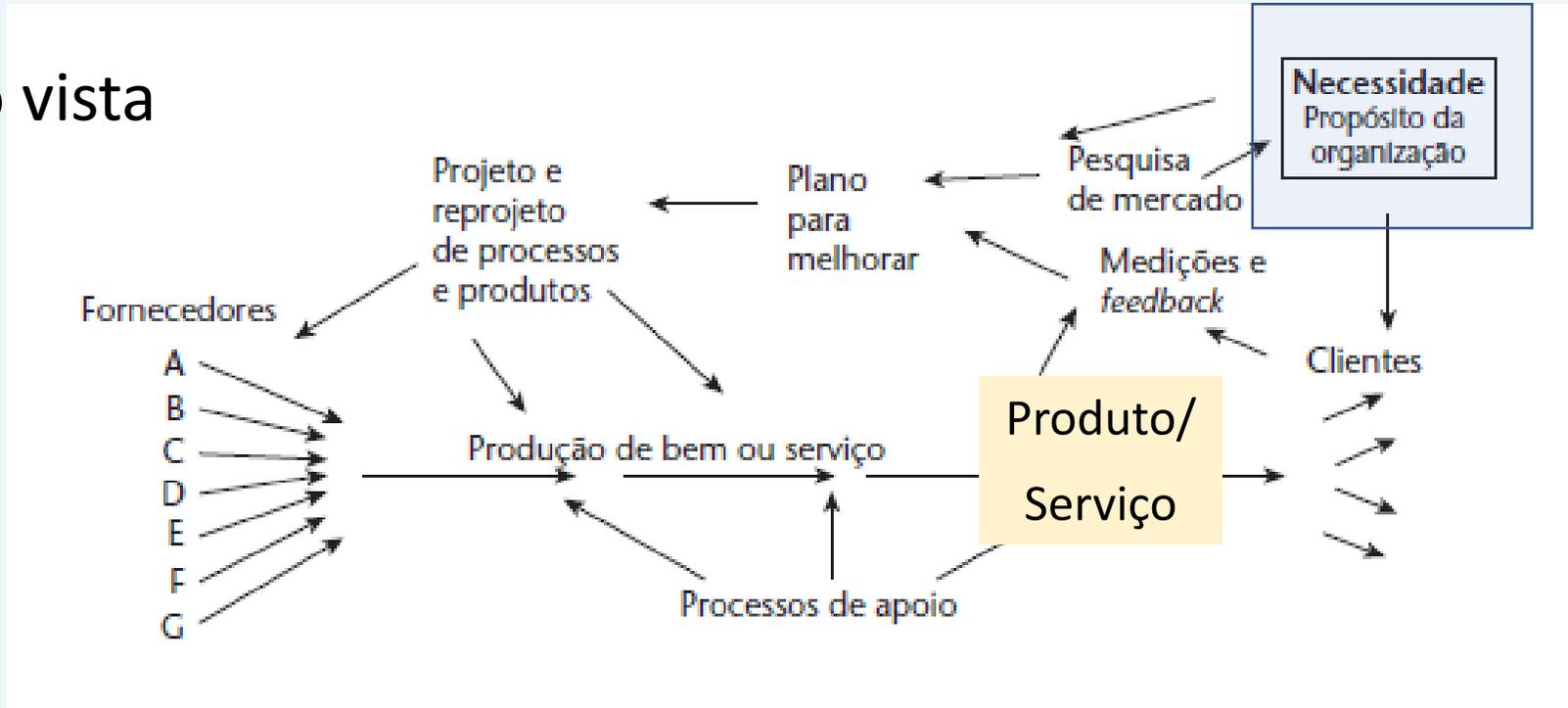
Pilar da Ciência da Melhoria





Uma organização nada mais é do que um **grupo de pessoas** e um **conjunto de processos** tentando entregar cuidado aos pacientes

Organização vista
como um
Sistema



Fácil de explicar e demonstrar como as organizações não operam como um Sistema

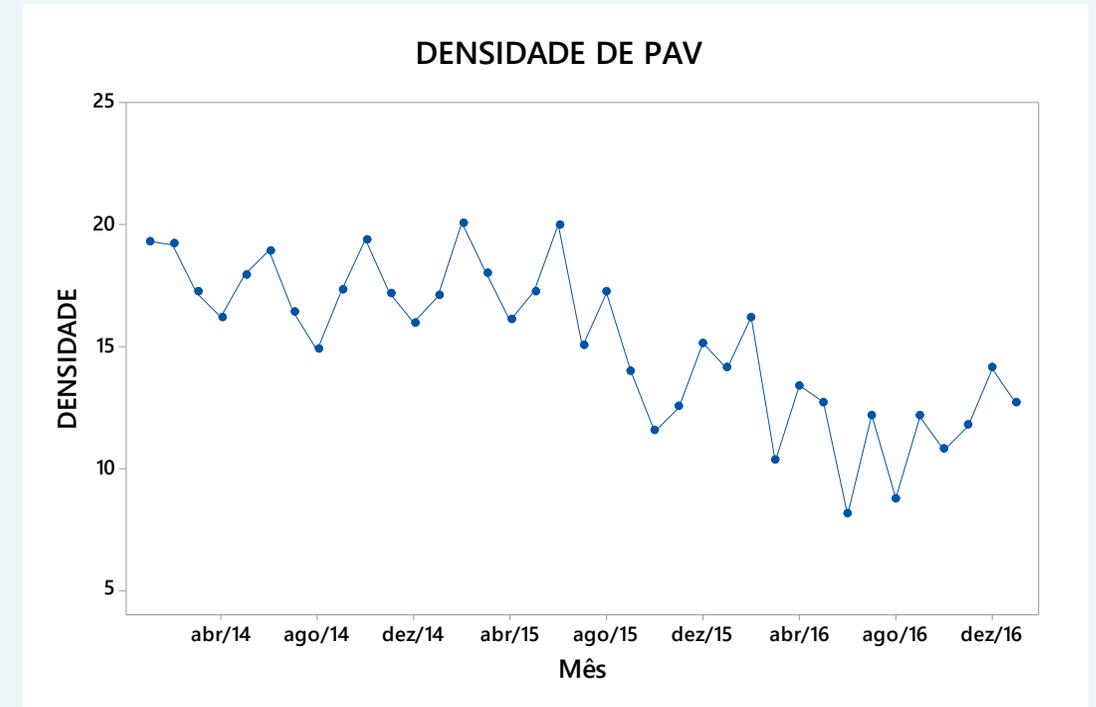
Muito difícil de praticar a Visão Sistêmica

Natureza dos dados para gestão e melhoria

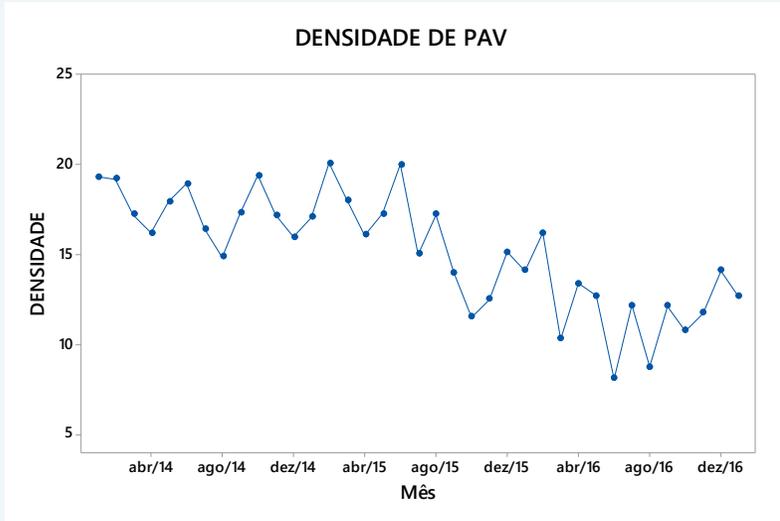
Indicadores para gestão e para melhoria são geralmente gerados ao longo do tempo

Quando olhamos um gráfico dos indicadores ao longo do tempo queremos responder algumas perguntas:

- Está melhorando?
- Está piorando?
- Está só variando?
- Há um mês em que o resultado foi “especial”?



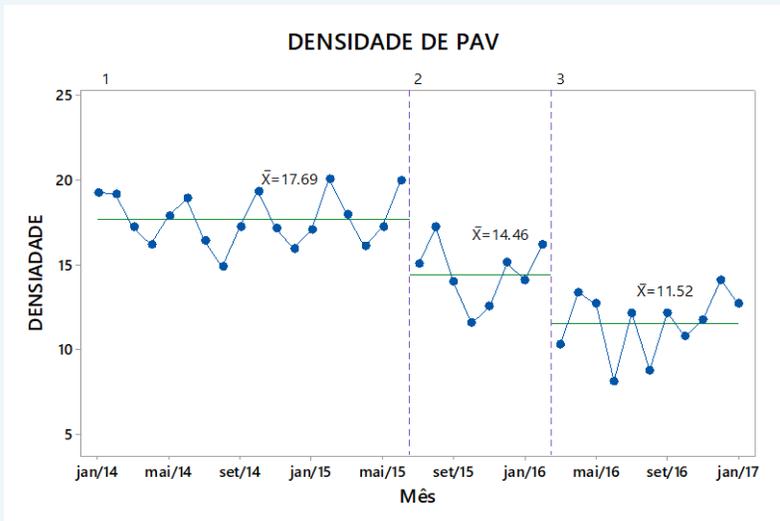
Entendimento de Variação



A Densidade de PAV está

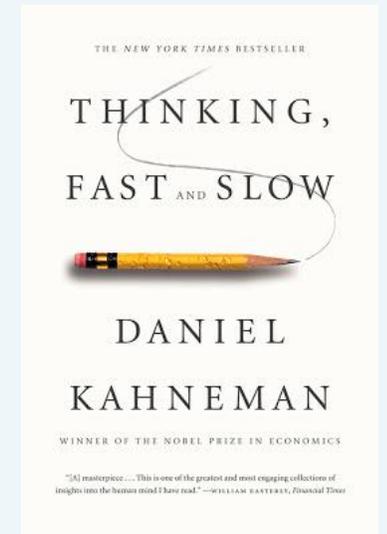
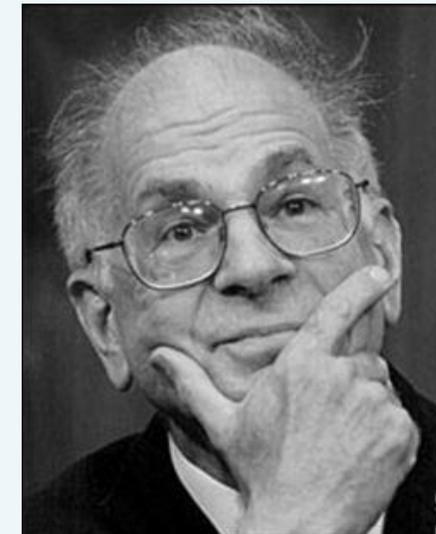
1. Está melhorando?
2. Piorando?
3. Só variando?

Nós não somos muito bons em lidar com estatísticas
(*Variação*)



A Densidade de PAV está

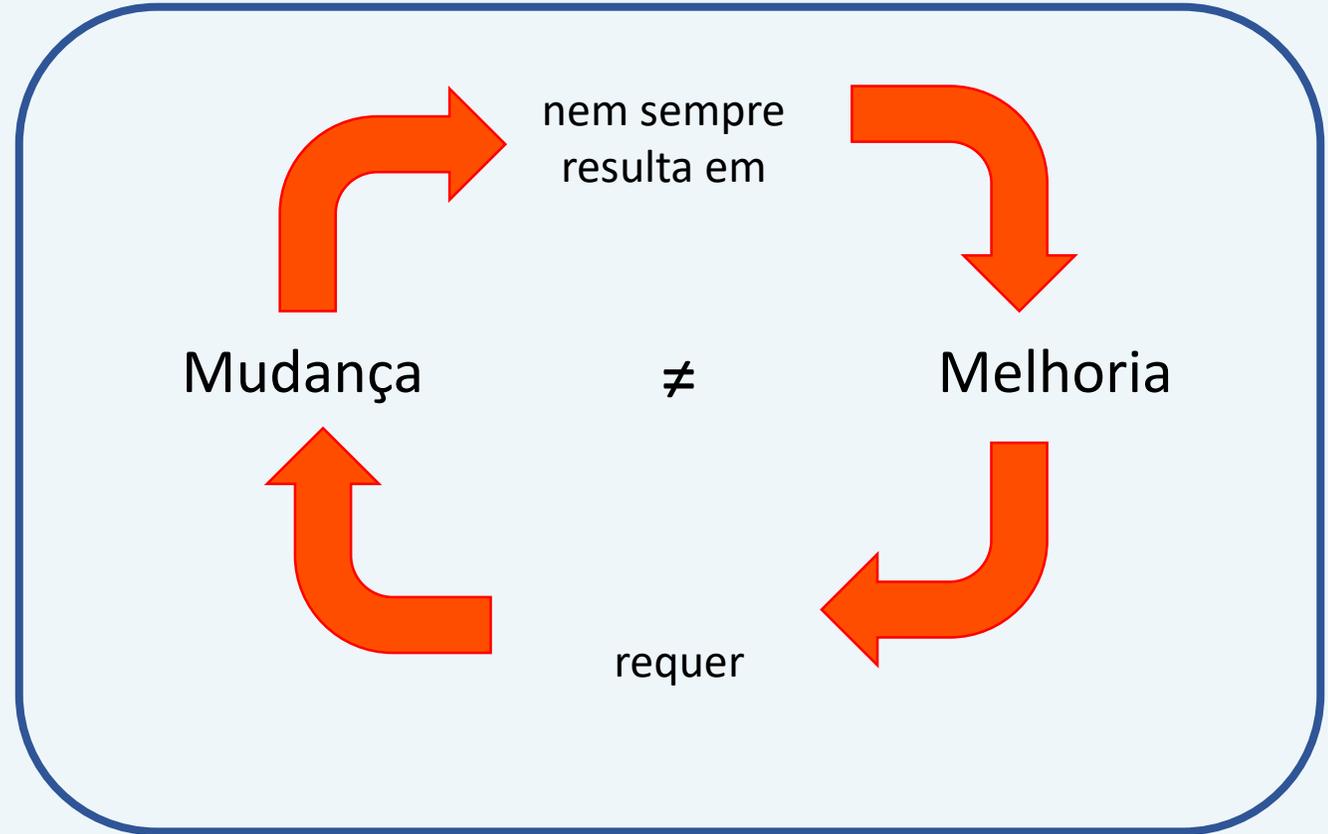
1. Está melhorando?
2. Piorando?
3. Só variando?



D. Kahnemmn

Mudança e Melhoria

- Para melhorar precisamos fazer mudanças nos processos de cuidados
- Nem sempre uma mudança resulta em melhoria
- Como saberemos se uma mudança é uma melhoria?
- Uma forma eficaz de saber se a mudança resulta em melhoria é testar a mudança com o Pensamento Científico



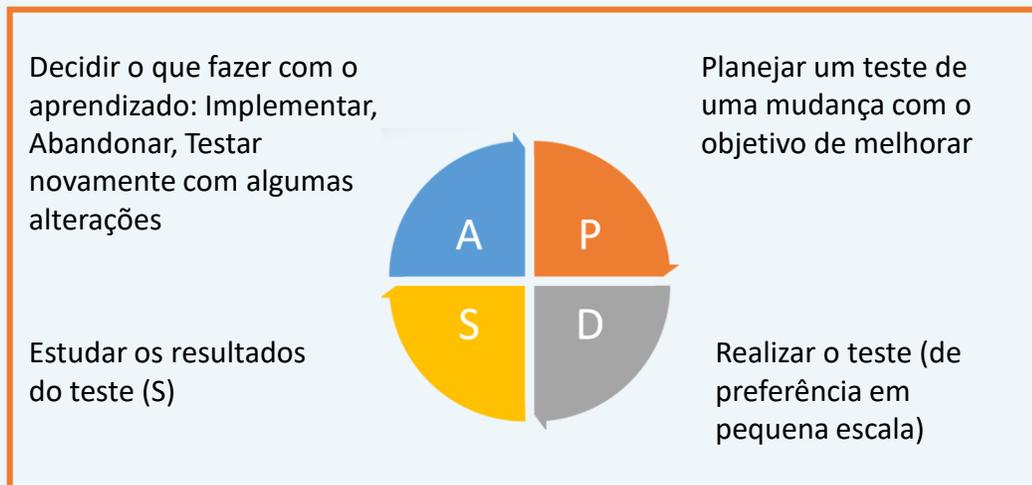
Conceito Fundamental

Rotina de coordenação intencional entre

- ❖ **O que você acha que vai acontecer (teoria)**
- ❖ **O que realmente acontece (evidência)**

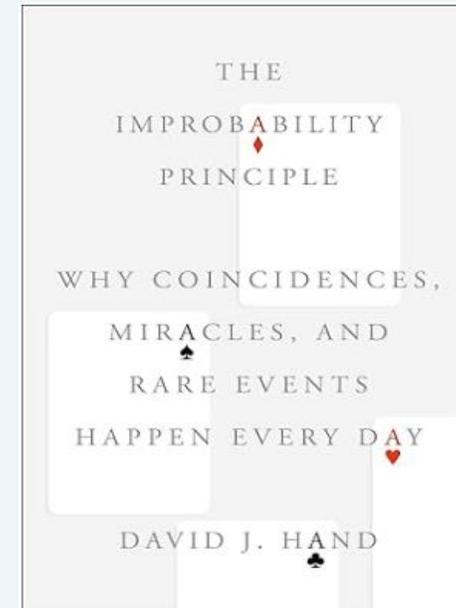
produzindo aprendizado com base na diferença observada.

O Ciclo PDSA de Shewhart/Deming



Problema

... fora dos experimentos científicos formais, não somos muito bons em testar hipóteses para ver se elas são verdadeiras. Tendemos a observar apenas evidências e eventos que apoiam nossas teorias, e ignorar qualquer ponto na outra direção. Isso é chamado de viés de confirmação.



Psicologia da Mudança do IHI



Fonte: Hilton K, Anderson A. *IHI Psychology of Change Framework to Advance and Sustain Improvement*. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2018. ihi.org/psychology

O conhecimento sobre o lado humano da mudança ajuda:

- Compreender de que modo as pessoas, como indivíduos, interagem uns com os outros e com um sistema.
- Prever como as pessoas vão reagir a uma mudança específica e como conseguir que se comprometam com ela.
- Compreender as motivações das pessoas e seus comportamentos.

É o pilar do Sistema de Conhecimento Profundo que conversa mais diretamente com as pessoas

O Modelo de Melhoria

O Modelo de Melhoria

As três questões fundamentais

1 O que estamos tentando realizar?



Objetivo da Colaborativa

2 Como saberemos se uma Mudança é uma melhoria?

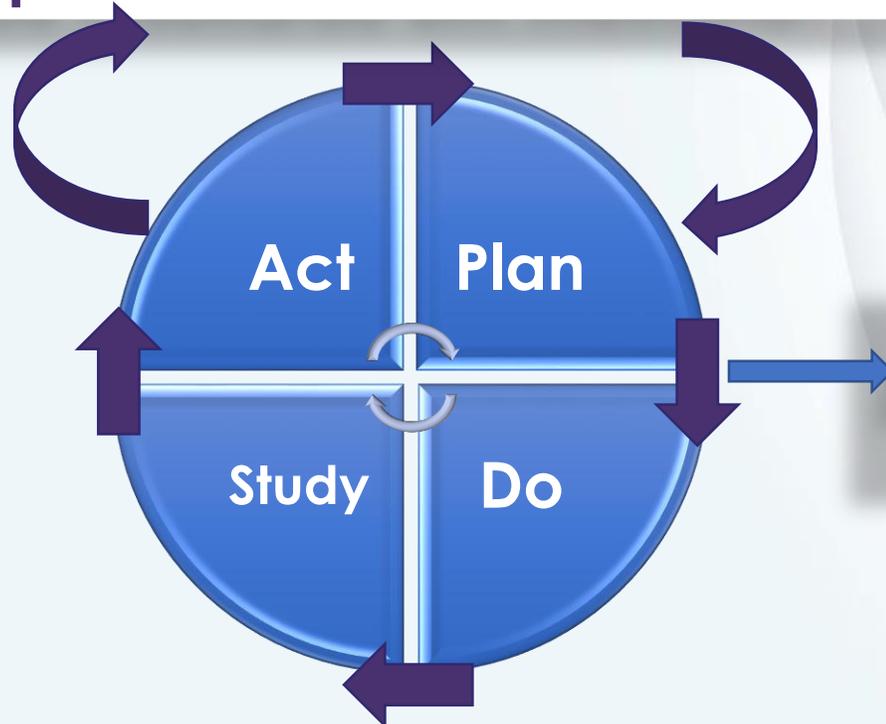


Indicadores do projeto

3 Que mudanças podemos fazer que resultarão em melhoria?



Pacotes de Mudanças: Ações que precisamos testar antes de implementar para atingir a nossa teoria



PDSA – ferramenta para testes em pequena escala, para sabermos se a ideia de mudança dará certo

O Modelo de Melhoria



Reduzir a taxa de IRAS (ITU-AC, IPCSL, PAV) em 50% em todos os pacientes da UTI Piloto de X para Y até setembro de 2026



- Densidade de IPCSL
- Adesão aos bundle de inserção e manutenção IPCSL
- Densidade de ITU-AC
- Adesão aos bundle de inserção e manutenção de ITU
- Densidade de PAV
- Adesão aos bundle de prevenção de PAV
- Adesão à higiene de mãos

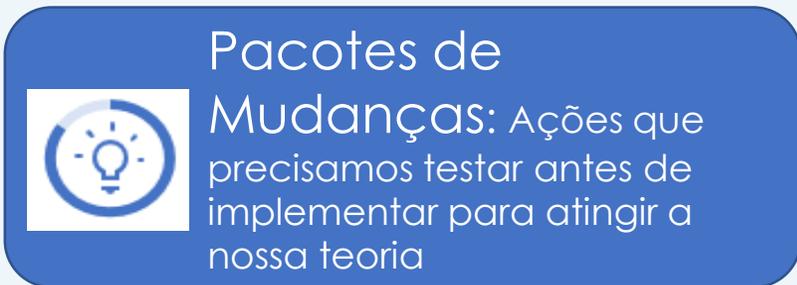
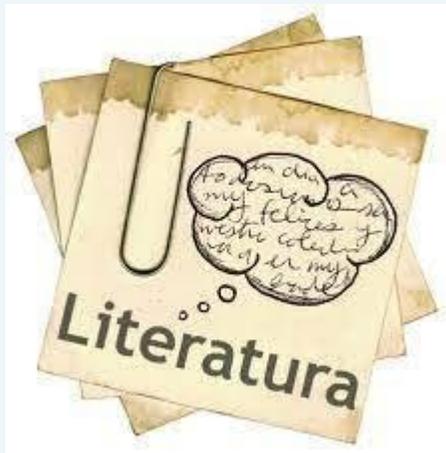
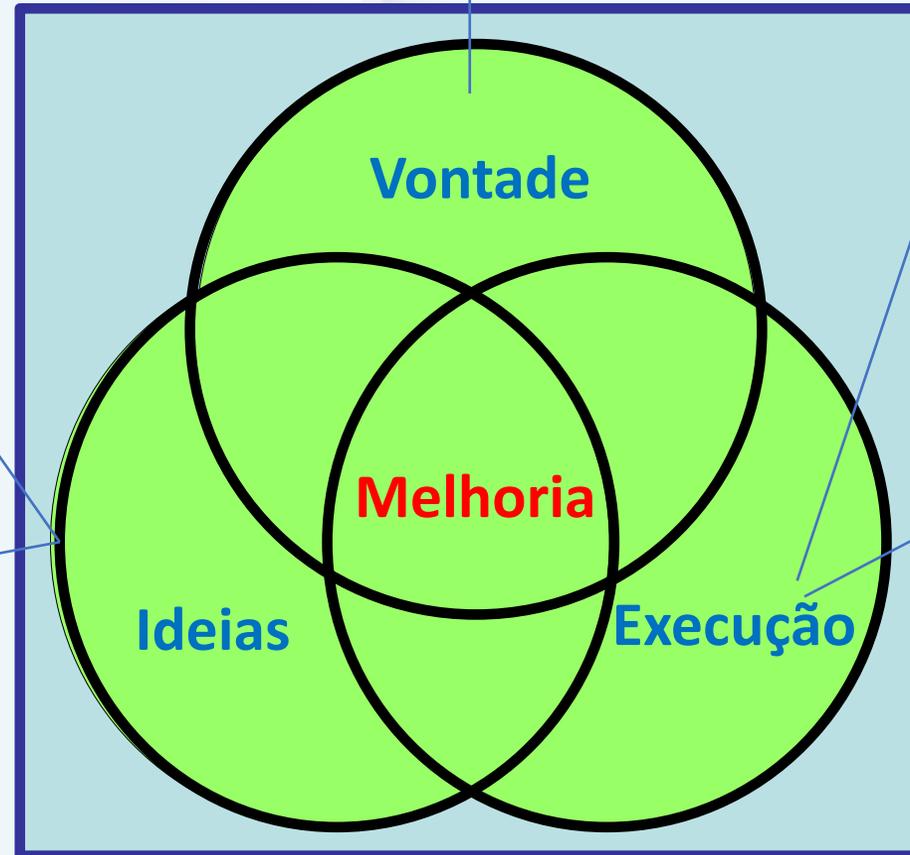


Diagrama Direcionador
Pacotes de mudanças
Bundles

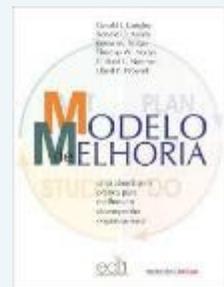
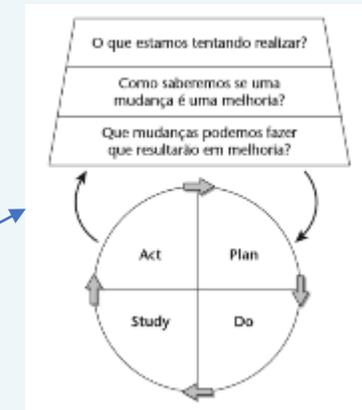
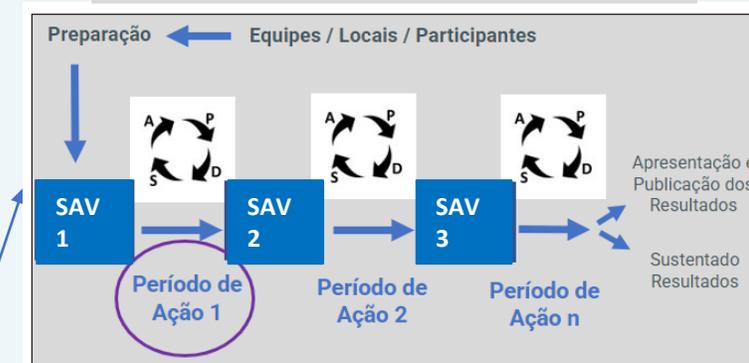
Como fazer melhoria?



Aim/Outcome	Primary Drivers	Secondary Drivers	Change Ideas
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Modelo Colaborativa do IHI



Declaração do Objetivo da Colaborativa

O que?

Quanto?

Onde?

Quando?

- **O que?** Iniciar com o verbo indicativo presente: **Aumentar ou reduzir alguma coisa**
- **Quanto?** Informar o valor de redução ou aumento em % (de X para Y)
- **Onde?** Informar a população alvo? **Todos os pacientes da UTI XXX**
- **Quando?** Informar uma data para alcançar o objetivo.

Reduzir a Densidade de (IPCSL, ITU-AC, PAV) em 50% em todos os pacientes das UTIs participantes (Neonatologia, Pediatria ou Adulta) até setembro de 2026.

Objetivo da Colaborativa é

≠

diferente do objetivo de teste de mudança
com o uso do PDSA...



PDSA serve para:

Testar

Coletar

Desenvolver e

Implementar uma mudança que não
faz parte da rotina de trabalho.

Ferramentas da Qualidade

Cada ferramenta, uma finalidade!



Ferramenta: Diagrama Ishikawa: análise de causa e efeito

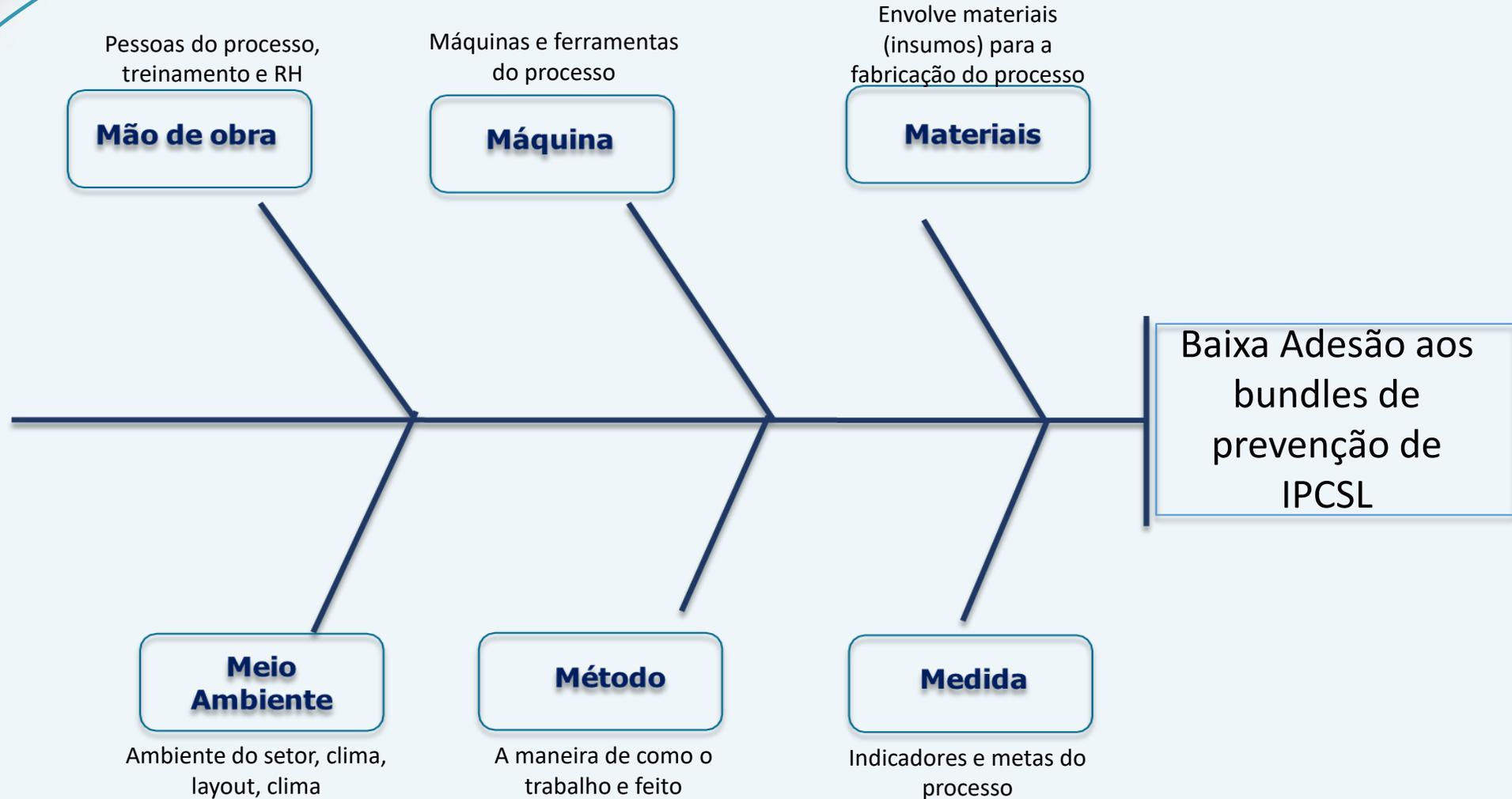
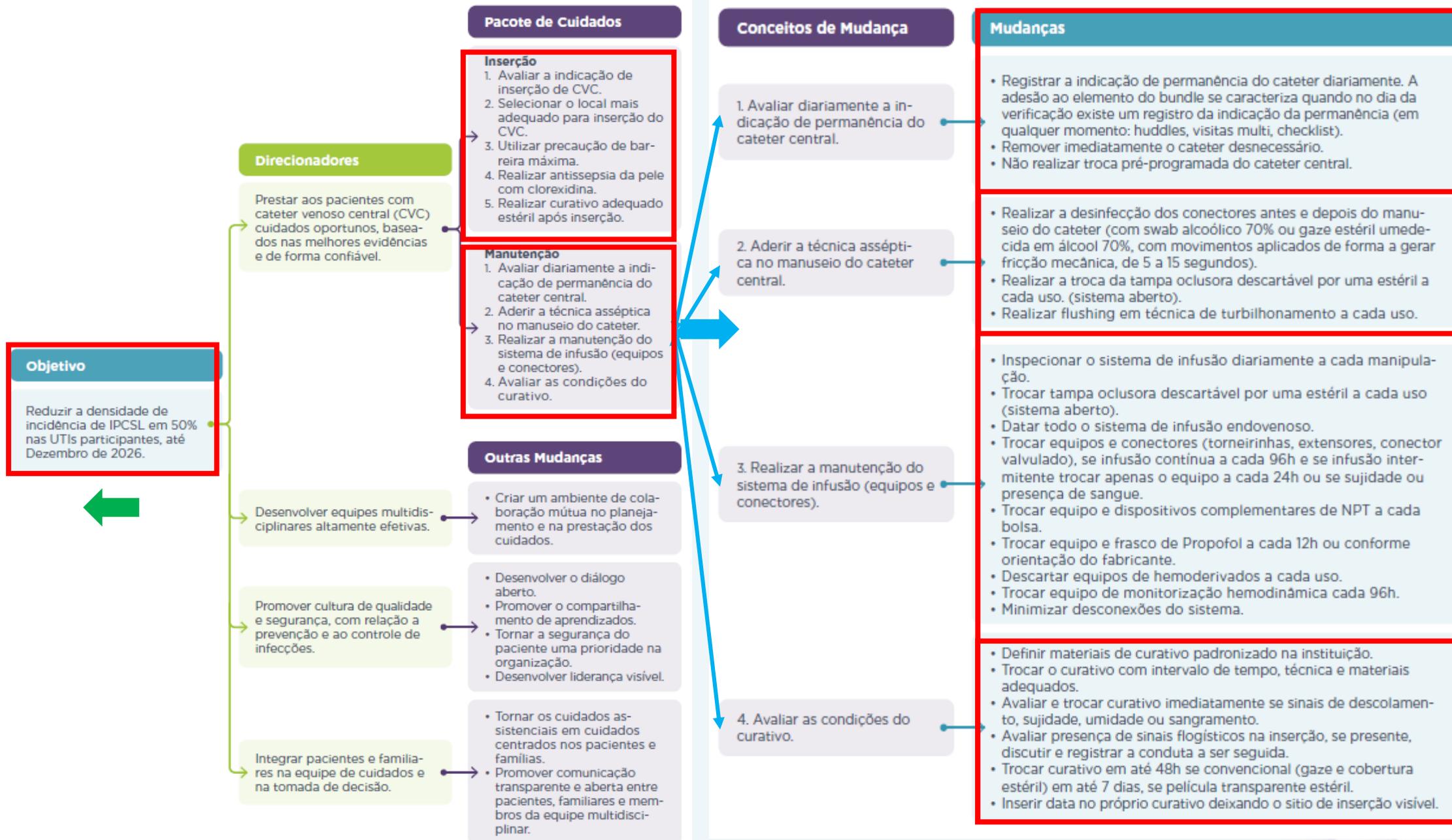


Diagrama Direcionador IPCSL Adulto



Bundles de inserção e manutenção

Cuidados na inserção de CVC

DD IPCSL Adulto

Direcionador primário

Prestar aos pacientes com cateter venoso central cuidados oportunos, baseados nas melhores evidências e de forma confiável.

Conceitos de Mudança

Mudanças

1. Avaliar a indicação de inserção de CVC.

- Avaliar a necessidade de inserção e discutir alternativas ao cateter venoso central.
- Registrar a razão da necessidade do CVC. A adesão ao elemento do pacote se caracteriza quando no dia da verificação existe um registro da indicação.
- Utilizar um formulário (checklist) para acompanhar todas estas etapas de inserção de um CVC.

2. Selecionar o local mais adequado para inserção do CVC.

- Selecionar o tipo de cateter e sítio de inserção, priorizando as veias subclávias e jugulares. Na exceção justifique.
- A troca do cateter por fio guia no mesmo sítio não é recomendada.
- Recomendado uso de Ultrassom para inserção do cateter.

3. Utilizar precaução de barreira máxima.

- Utilizar a barreira máxima durante a inserção:
- Utilizar máscara, gorro, avental estéril de manga longa, luva estéril e óculos de proteção para todos os profissionais que forem atuar diretamente na passagem do cateter em campo.
- Utilizar campo estéril da cabeça aos pés para pacientes.
- Utilizar máscara para todos os profissionais que forem auxiliar no procedimento, bem como os que estiverem próximos.
- Utilizar kit para a inserção.

4. Realizar antissepsia da pele com clorexidina.

- Realizar antissepsia da pele do paciente preferencialmente com solução alcoólica de clorexidina $\geq 0,5\%$ ou PVPI alcoólico 10% (Fricção por 30 segundos e deixar secar espontaneamente por completo. Se sujidade, realizar degermação prévia com solução degermante de clorexidina 2%).

5. Realizar curativo adequado estéril após inserção.

- Definir os materiais de curativo padronizado na instituição.
- Realizar técnica asséptica para curativo, com gaze e cobertura estéril (troca em até 48h).
- Garantir que o profissional responsável pela inserção realize o curativo após a passagem do cateter.
- Inserir data no próprio curativo.

Cuidados na manutenção de CVC

DD IPCSL Adulto

Direcionador primário

Prestar aos pacientes com cateter venoso central cuidados oportunos, baseados nas melhores evidências e de forma confiável.

Conceitos de Mudança

Mudanças

1. Avaliar diariamente a indicação de permanência do cateter central.

- Registrar a indicação de permanência do cateter diariamente. A adesão ao elemento do bundle se caracteriza quando no dia da verificação existe um registro da indicação da permanência (em qualquer momento: huddles, visitas multi, checklist).
- Remover imediatamente o cateter desnecessário.
- Não realizar troca pré-programada do cateter central.

2. Aderir a técnica asséptica no manuseio do cateter central.

- Realizar a desinfecção dos conectores antes e depois do manuseio do cateter (com swab alcoólico 70% ou gaze estéril umedecida em álcool 70%, com movimentos aplicados de forma a gerar fricção mecânica, de 5 a 15 segundos).
- Realizar a troca da tampa oclusora descartável por uma estéril a cada uso. (sistema aberto).
- Realizar flushing em técnica de turbilhonamento a cada uso.

3. Realizar a manutenção do sistema de infusão (equipos e conectores).

- Inspeccionar o sistema de infusão diariamente a cada manipulação.
- Trocar tampa oclusora descartável por uma estéril a cada uso (sistema aberto).
- Datar todo o sistema de infusão endovenoso.
- Trocar equipos e conectores (torneirinhas, extensores, conector valvulado), se infusão contínua a cada 96h e se infusão intermitente trocar apenas o equipo a cada 24h ou se sujidade ou presença de sangue.
- Trocar equipo e dispositivos complementares de NPT a cada bolsa.
- Trocar equipo e frasco de Propofol a cada 12h ou conforme orientação do fabricante.
- Descartar equipos de hemoderivados a cada uso.
- Trocar equipo de monitorização hemodinâmica cada 96h.
- Minimizar desconexões do sistema.

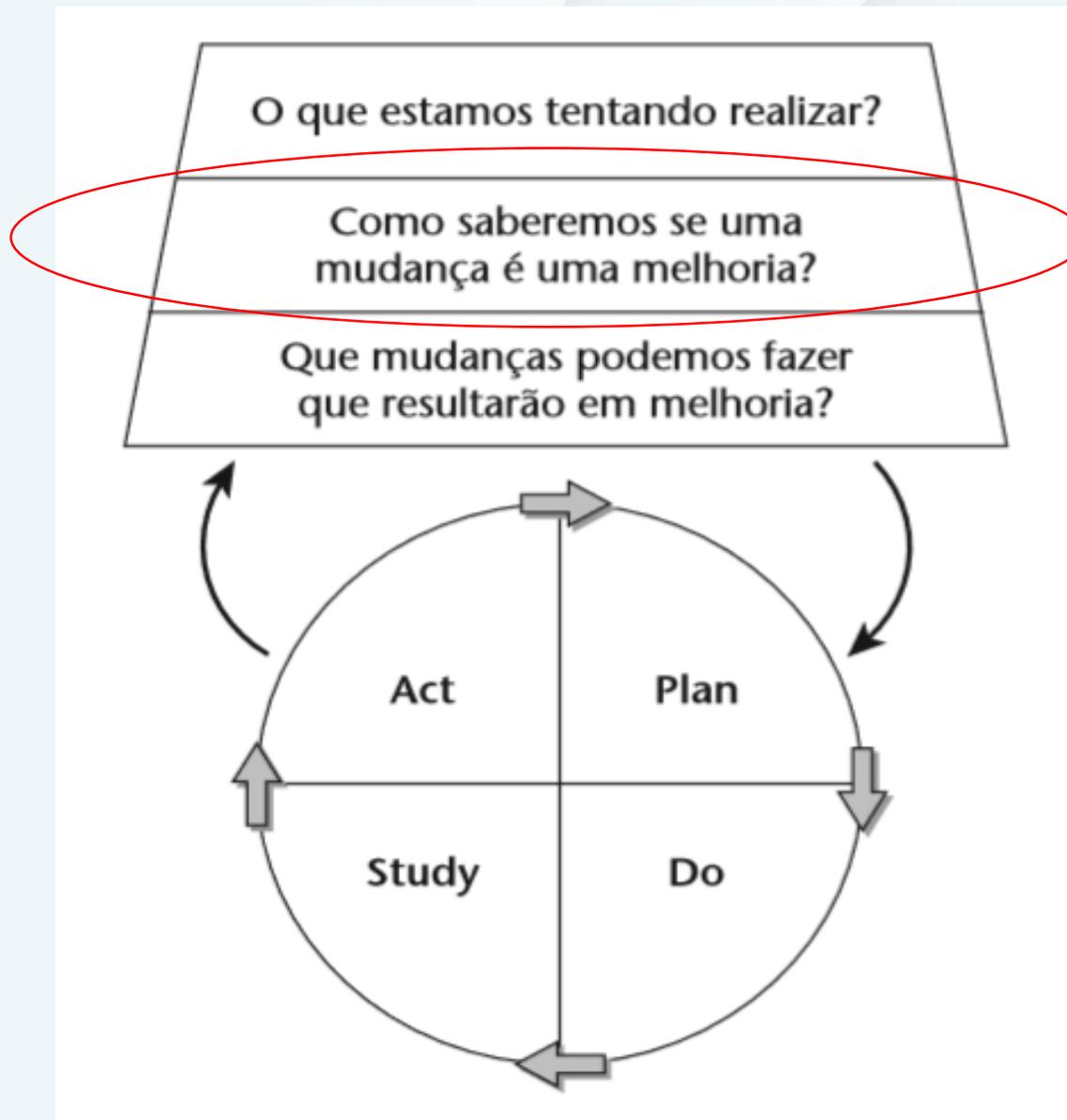
4. Avaliar as condições do curativo.

- Definir materiais de curativo padronizado na instituição.
- Trocar o curativo com intervalo de tempo, técnica e materiais adequados.
- Avaliar e trocar curativo imediatamente se sinais de descolamento, sujidade, umidade ou sangramento.
- Avaliar presença de sinais flogísticos na inserção, se presente, discutir e registrar a conduta a ser seguida.
- Trocar curativo em até 48h se convencional (gaze e cobertura estéril) em até 7 dias, se película transparente estéril.
- Inserir data no próprio curativo deixando o sítio de inserção visível.



ESTRATÉGIA DE MEDIÇÃO

INDICADORES PARTE 1



Fonte:

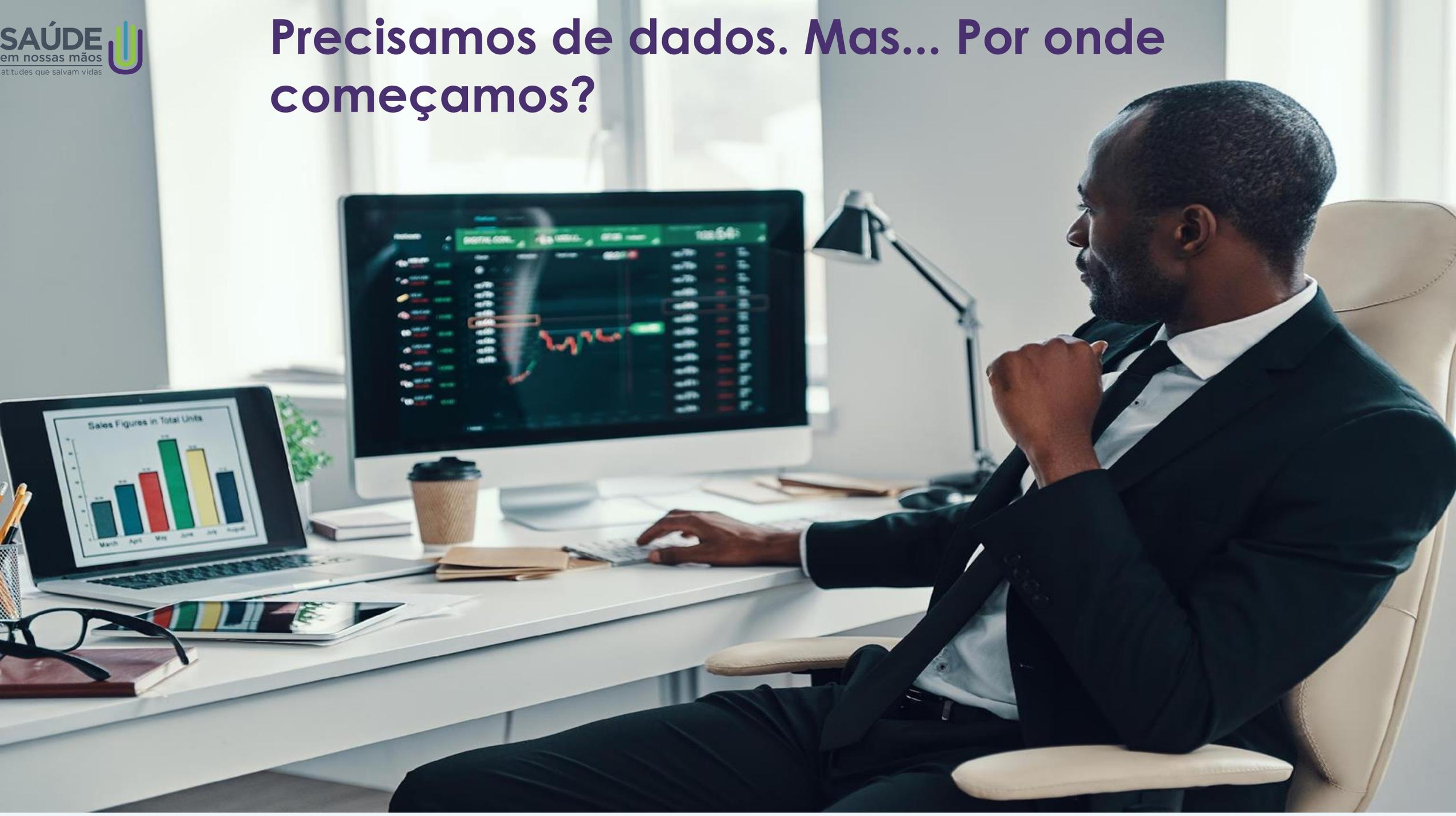
Langley, et al. *Modelo de Melhoria*, 2011.



W. Edwards Deming

“Em Deus nós
confiamos.
Todos os outros,
tragam-me os
dados.”

Precisamos de dados. Mas... Por onde começamos?



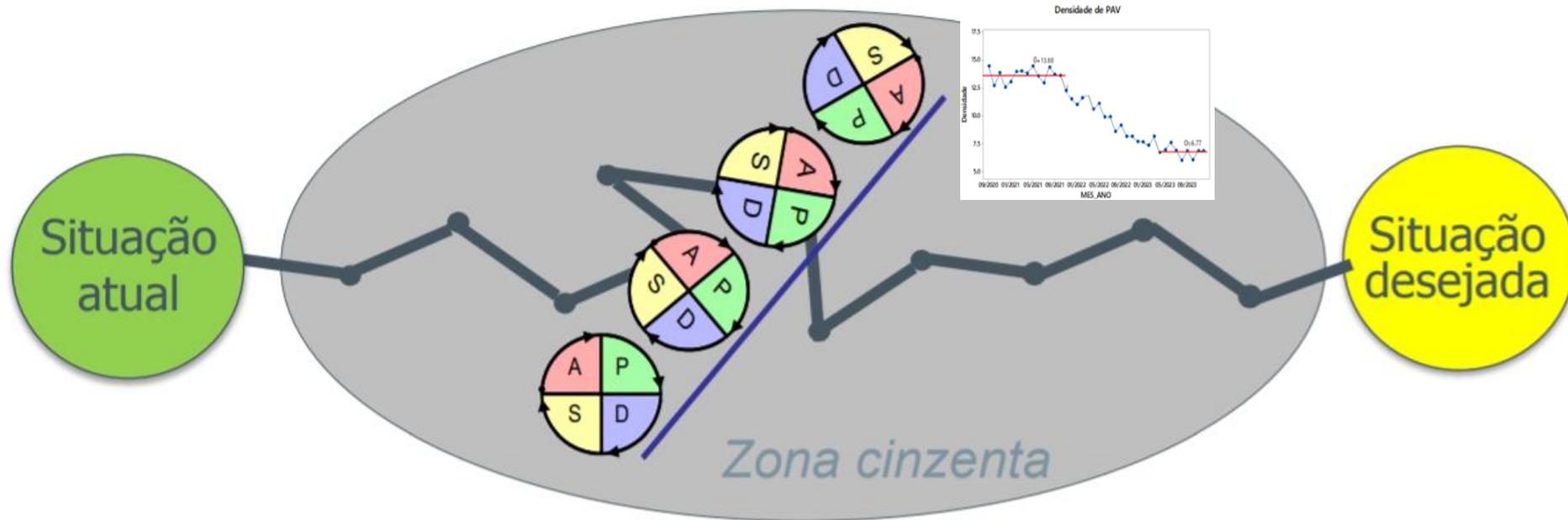
A Jornada da Medição

- Objetivo dos dados: saber como estamos em relação aos indicadores e se as mudanças que estamos realizando estão se tornando melhorias
- Definir as medidas e os indicadores 
- Fazer a definição operacional dos indicadores 
- Iniciar a coleta dos dados – trabalho das equipes
- Analisar os dados para tomada de decisão - trabalho de todos

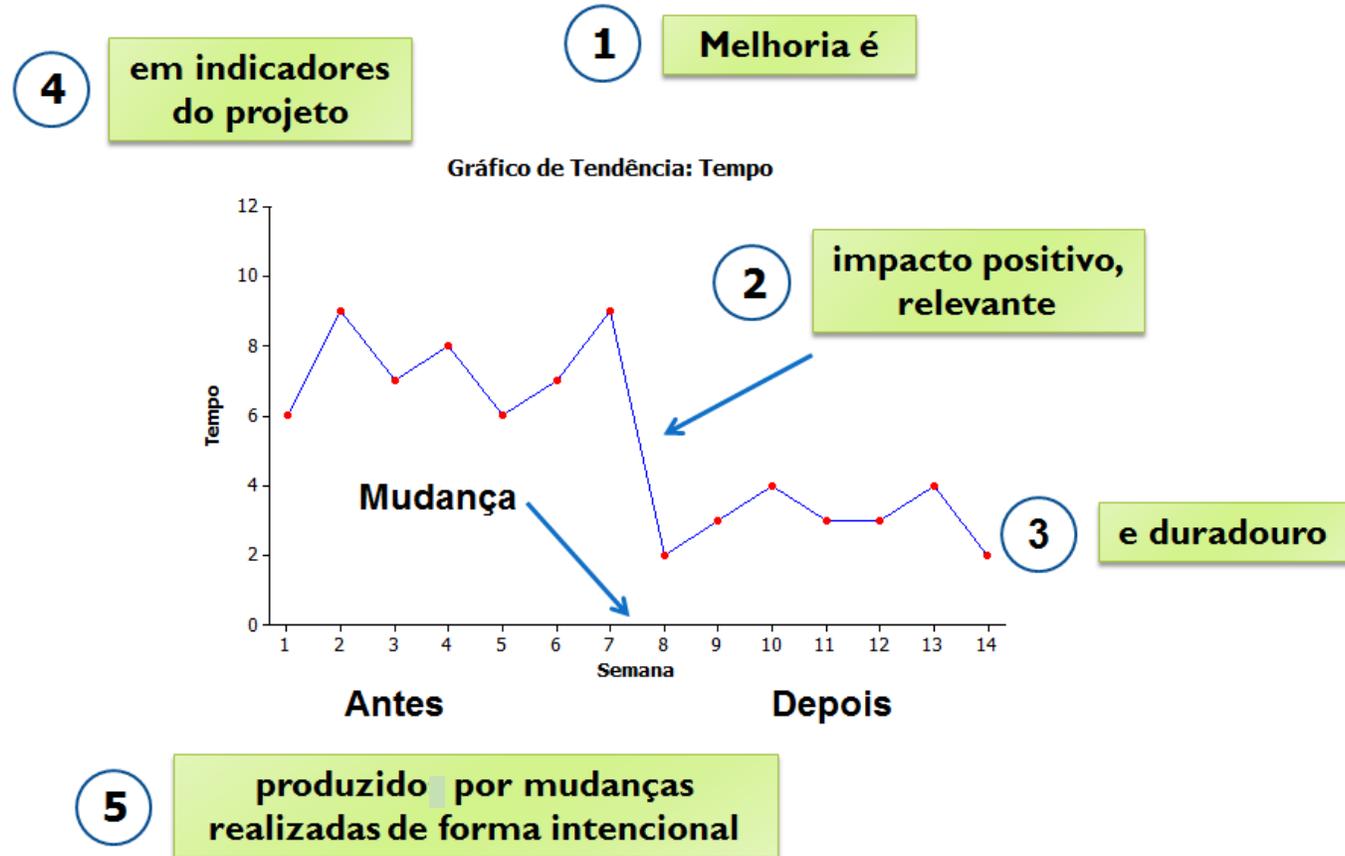
O que estamos tentando realizar?

Reduzir em 50% as IRAS associadas a dispositivos (PAV, IPCSL, ITU-AC) nas 300 UTIs participantes em 33 meses

O monitoramento da jornada



Definição operacional de melhoria

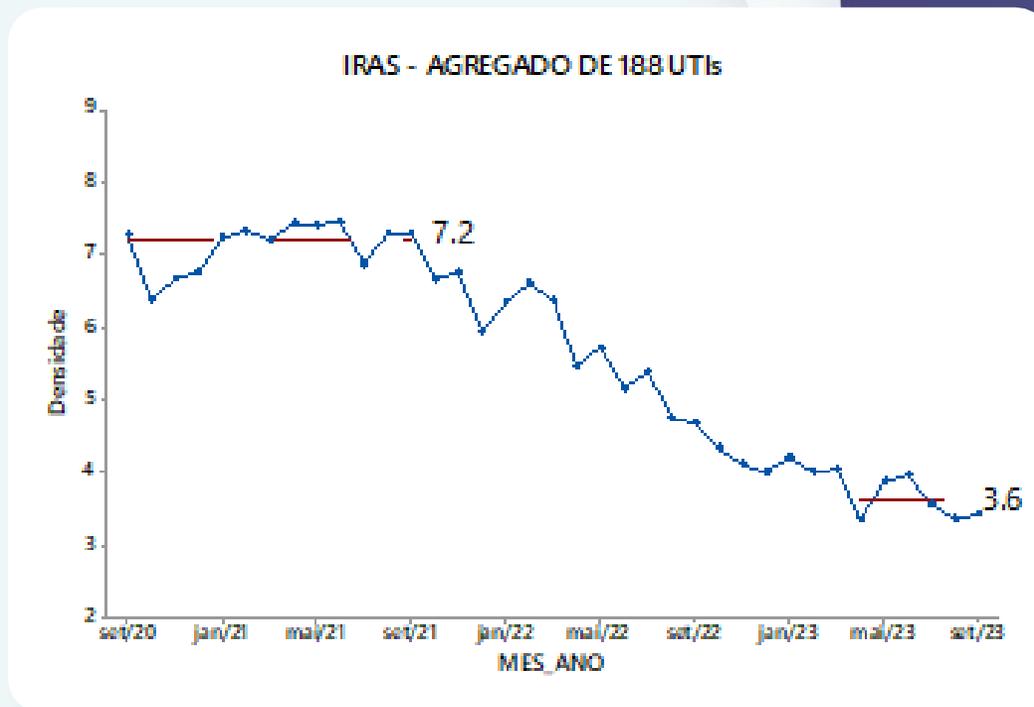


META PROPOSTA NO SEGUNDO TRIÊNIO

INICIAMOS COM 204 UTIS

**REDUÇÃO DE
30% DAS IRAS**

(Infecções relacionadas a
assistência) durante o
triênio 2021-2023



**AGREGADO GERAL
DE TODAS AS UTIS
NAS 188 UTIS PARTICIPANTES**

**REDUÇÃO DE
50%
DAS IRAS**

(Infecções relacionadas a
assistência) em 24 meses

Nossos indicadores nesta jornada

UTI Adulto e Pediátrica

- Densidade de incidência de IPCSL
- Densidade de incidência de PAV
- Densidade de incidência de ITU-AC

UTI Neonatal

- Densidade de incidência de IPCS Clínica sem confirmação laboratorial associada a cateter
- Densidade de incidência de IPCS laboratorialmente confirmada
- Densidade de incidência de PAV

Taxa de utilização dos dispositivos

% Adesão aos pacotes de cuidados para prevenção de IRAS

% Adesão à higiene de mãos

% Reintubação em até 48h

Pontuação	Evolução	Critérios
0.5	Intenção de participar	<ul style="list-style-type: none"> O hospital assinou o termo de compromisso do projeto, participou do Kick off e iniciou o processo de estruturação da equipe
1.0	Equipes completas	<ul style="list-style-type: none"> As equipes estão formadas, foi iniciada a coleta de dados para início da construção da linha de base dos indicadores de resultado e o objetivo foi definido.
1.5	Planejamento para o projeto começou	<ul style="list-style-type: none"> Os processos de trabalho da equipe estão definidos (agenda de reuniões com equipe e liderança, organização do Quadro Kamishibai), início do planejamento dos processos do projeto . (Ex: estruturação dos treinamentos, aplicação das ferramentas e coleta de dados dos indicadores de resultado e processo). Os integrantes da equipe foram apresentados ao Diagrama Direcionador e o pacote de mudanças. As equipes estão se reunindo para discussão do projeto, estão ocorrendo para os primeiros ciclos de PDSA para coleta de informação/ dados e observação dos processos.
2.0	Atividades iniciaram mas sem melhoria	<ul style="list-style-type: none"> As equipes concluíram os primeiros ciclos de PDSA. A equipe está realizando a visita multiprofissional e/ou ronda da liderança Indicadores de processo das três infecções estão sendo inseridos na plataforma com pelo menos 6 meses de coleta
2.5	Mudanças testadas, mas sem melhorias	<ul style="list-style-type: none"> Pelo menos dois indicadores de processo de cada infecção estão na direção esperada. (tendência e ou deslocamento - aumento na adesão) Mudanças sendo testadas em mais de um componente do pacote de mudanças de cada Diagrama Direcionador (IPCSL, ITU-AC, PAV, HM e Liderança) Todos os indicadores de processos estão sendo reportados mensalmente (incluindo de HM)

Pontuação	Evolução	Critérios
3.0	Melhoria modesta	<ul style="list-style-type: none"> • 50% das ideias de mudanças com testes finalizados de cada Diagrama Direcionador (IPCSL, ITU-AC, PAV, HM e Liderança) ou Indicadores de processo de ao menos duas infecções estão com média de adesão > 50% • Algumas ideias de mudança implementadas. • 30% de redução na média em pelo menos uma das densidades de infecção (IPCSL, ITU-AC, PAV) e 15% de aumento de adesão a HM
3.5	Melhoria	<ul style="list-style-type: none"> • 70% das ideias de mudanças com testes finalizados de cada Diagrama Direcionador (IPCSL, ITU-AC, PAV e HM) ou Indicadores de processo das três infecções estão com media > 60% • 30% de redução na média em duas das densidades de infecção (IPCSL, ITU-AC, PAV) e mais de 20% de aumento de adesão a HM
4.0	Melhoria significativa	<ul style="list-style-type: none"> • 90% das ideias de mudanças com testes finalizados de cada Diagrama Direcionador (IPCSL, ITU-AC, PAV, HM e Liderança) ou Indicadores de processo das três infecções estão com média > 70% • 30% de redução na média nas três densidades de infecção (IPCSL, ITU-AC, PAV) postando os indicadores de HM
4.5	Melhoria sustentada	<ul style="list-style-type: none"> • 95% das ideias de mudanças com testes finalizados de cada Diagrama Direcionador (IPCSL, ITU-AC, PAV e HM) ou Indicadores de processo das três infecções estão com média > 85% • 30% de redução na média nas três densidades de infecção (IPCSL, ITU-AC, PAV) e mais de 30% de aumento de adesão a HM sustentados.
5.0	Resultados sustentáveis	<ul style="list-style-type: none"> • 100% das ideias de mudanças com testes finalizados de cada Diagrama Direcionador (IPCSL, ITU-AC, PAV, HM e Liderança) ou Indicadores de processo das três infecções estão com média > 95% • 50% de redução na média nas três densidades de infecção (IPCSL, ITU-AC, PAV) e 30% de aumento de adesão a HM sustentados.

Definição operacional de indicador

Equipe	1	2	3	
1  Estados Unidos	40	44	42	126
2  China	40	27	24	91
3  Japão	20	12	13	45
4  Austrália	18	19	16	53
20  Brasil	3	7	10	20

www.olympics.com

Definição operacional dos nossos indicadores

Indicadores de Resultados

IPCSL1 – Densidade de incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorialmente confirmada, associada a cateter central.

Definição Operacional do Indicador

Categoria	Numerador	Denominador	Cálculo	Frequência	Tamanho Amostra	Meta
Resultado	Número absoluto de casos novos* de IPCSL, no período.	Número de pacientes com Cateter Central/dia no período	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 1000	Mensal	100%	Redução de 50%

*Laboratorialmente confirmado: hemocultura positiva.

Definição operacional dos nossos indicadores

Guia de Coleta do Dado

Numerador: Pacientes internados na unidade que preencham critério diagnóstico de IPCSL com tempo ≥ 48 horas de internação na unidade atual independentemente do setor responsável pela passagem do cateter central.

OU

pacientes que evoluem com IPCSL em até 48 horas da retirada do Cateter Central independentemente de já terem recebido alta da unidade de origem.

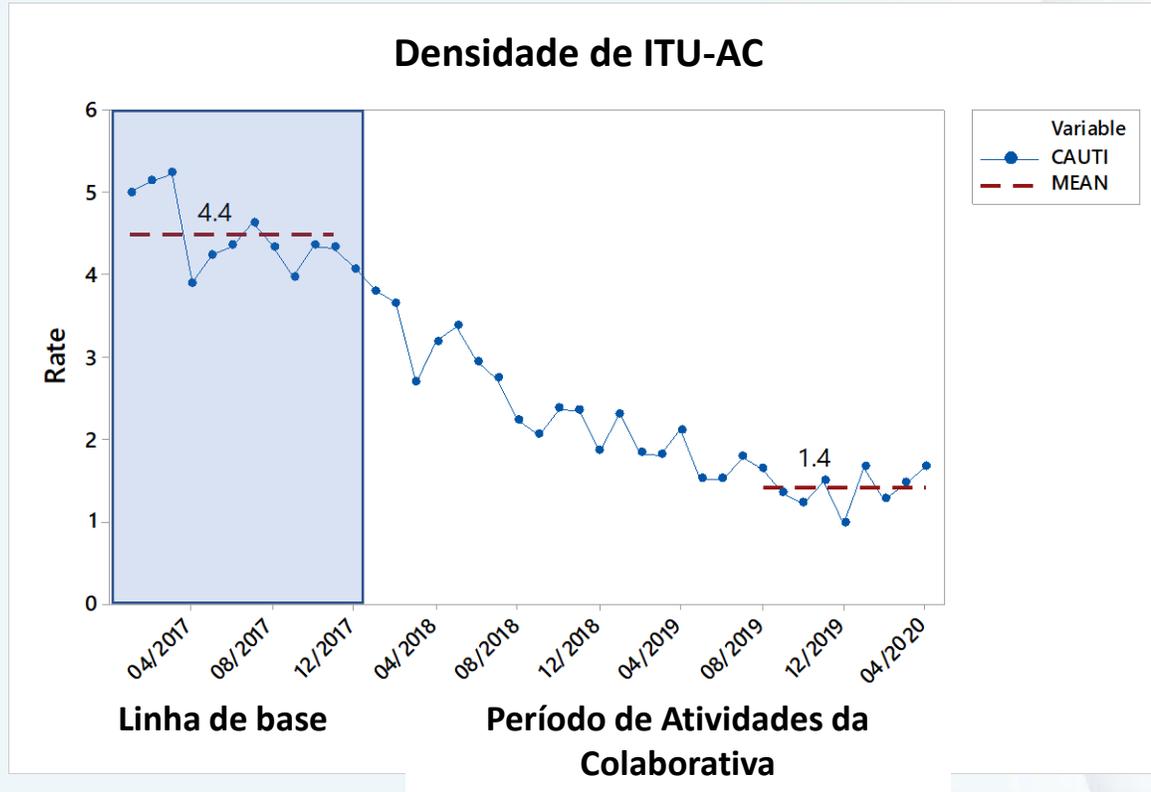
Denominador: Contar diariamente o número de pacientes em uso de Cateter Central no mês. Realizar essa anotação sempre no mesmo período de trabalho.

Nota: Em caso de uso de mais de um Cateter Central por paciente, contabilizar apenas 1 vez. Para fechamento do indicador de densidade, seguir os critérios de fechamento de infecção disponibilizados pela ANVISA e referenciados na nota técnica nº 03/2024.

É considerado Cateter Central: um dispositivo intravascular utilizado para infusão, coleta de amostra sanguínea ou monitoramento hemodinâmico, cuja terminação esteja posicionada próxima ao coração ou em um grande vaso*. São exemplos: cateter central permanente, cateter central temporário, cateter central de inserção periférica, cateter umbilical.

*São considerados grandes vasos: aorta, artéria pulmonar, veias cavas, veias braquicefálicas, veias jugulares internas, veias subclávias, veias ilíacas externa e comum, veias femorais e em recém-nascidos todo cateter umbilical venoso ou arterial.

A coleta dos dados



Vamos começar coletando a linha de base dos indicadores de resultado

Como criar?

- Para cada IRA (IPCSL, ITU-AC e PAV) coletar dados retroativos de setembro de 2023 a agosto de 2024

Os Dados necessários:

- Identificação da UTI/Hospital
- Mês
- Número de infecções no mês
- Número de dispositivos/dia/mês

PRAZO PARA INSERÇÃO DADOS DA LB: 18/10!!!

- Cada UTI (Adulto ou Pediátrica) preencher os campos
- OBS: Considere duas situações com respeito ao **Número de pacientes com dispositivo/dia no período (Denominador)**

1. O número de pacientes com dispositivo não foi medido no mês.
2. Não houve pacientes com o dispositivo em questão no mês

Nesses casos tanto o numerador como o denominador devem ser deixados em branco na folha de coleta de dados e no SIMPLE QI.

NÃO PREENCHA COM O VALOR ZERO!

Indicador: IPCSL1		
MÊS	Número absoluto de casos novos* de IPCSL, no período.	Número de pacientes com CVC/dia no período
set/23		
out/23		
nov/23		
dez/23		
jan/24		
fev/24		
mar/24		
abr/24		
mai/24		
jun/24		
jul/24		
ago/24		

Indicador: ITU-AC1		
MÊS	Número absoluto de casos novos de ITU-AC, no período.	Número de pacientes com CVD/dia no período
set/23		
out/23		
nov/23		
dez/23		
jan/24		
fev/24		
mar/24		
abr/24		
mai/24		
jun/24		
jul/24		
ago/24		

Indicador: PAV1		
MÊS	Número absoluto de casos novos de PAV, no período	Número de pacientes em VM/dia no período
set/23		
out/23		
nov/23		
dez/23		
jan/24		
fev/24		
mar/24		
abr/24		
mai/24		
jun/24		
jul/24		
ago/24		

UTI NEONATAL

Indicador: IPCSL1		
MÊS	Número absoluto de casos novos* de IPCSL, no período.	Número de pacientes com CVC/dia no período
set/23		
out/23		
nov/23		
dez/23		
jan/24		
fev/24		
mar/24		
abr/24		
mai/24		
jun/24		
jul/24		
ago/24		

Considere duas situações com respeito ao Número de pacientes com idade ≤ 28 dias em uso de Dispositivo

1. O número de pacientes com idade ≤ 28 dias em uso de dispositivo não foi medido no mês.
2. Não houve pacientes com idade ≤ 28 dias em uso de dispositivo no mês

Nesses casos tanto o numerador como o denominador devem ser deixados em branco na folha de coleta de dados e no SIMPLE QI.

NÃO PREENCHA COM O VALOR ZERO!

Indicador: IPCSC1		
MÊS	Número absoluto de casos novos de IPCSCC, no período em pacientes ≤ 28 dias	Número de pacientes com idade ≤ 28 dias em uso de Cateter Central no mês
set/23		
out/23		
nov/23		
dez/23		
jan/24		
fev/24		
mar/24		
abr/24		
mai/24		
jun/24		
jul/24		
ago/24		

Indicador: PAV1		
MÊS	Número absoluto de casos novos de PAV, no período	Número de pacientes em VM/dia no período
set/23		
out/23		
nov/23		
dez/23		
jan/24		
fev/24		
mar/24		
abr/24		
mai/24		
jun/24		
jul/24		
ago/24		

Home do

Equipes

Pessoas

Indicadores

Formulários

Direcionadores

Mudanças

Discussões

Calendário

Recursos

Relatórios

Importar/Exportar

Objetivo do Projeto

Parece que você não tem um objetivo definido.

[Vamos adicionar um objetivo para o](#)

Próximos Eventos do Projeto

[ver calendário](#)

Sem eventos futuros

Mudanças Padrão Mais Ativas

Nenhuma atividade de direcionador ainda [atualizada: há poucos segundos](#)

Discussões Recentes do Projeto

Sem discussões recentes

[ver todos](#)

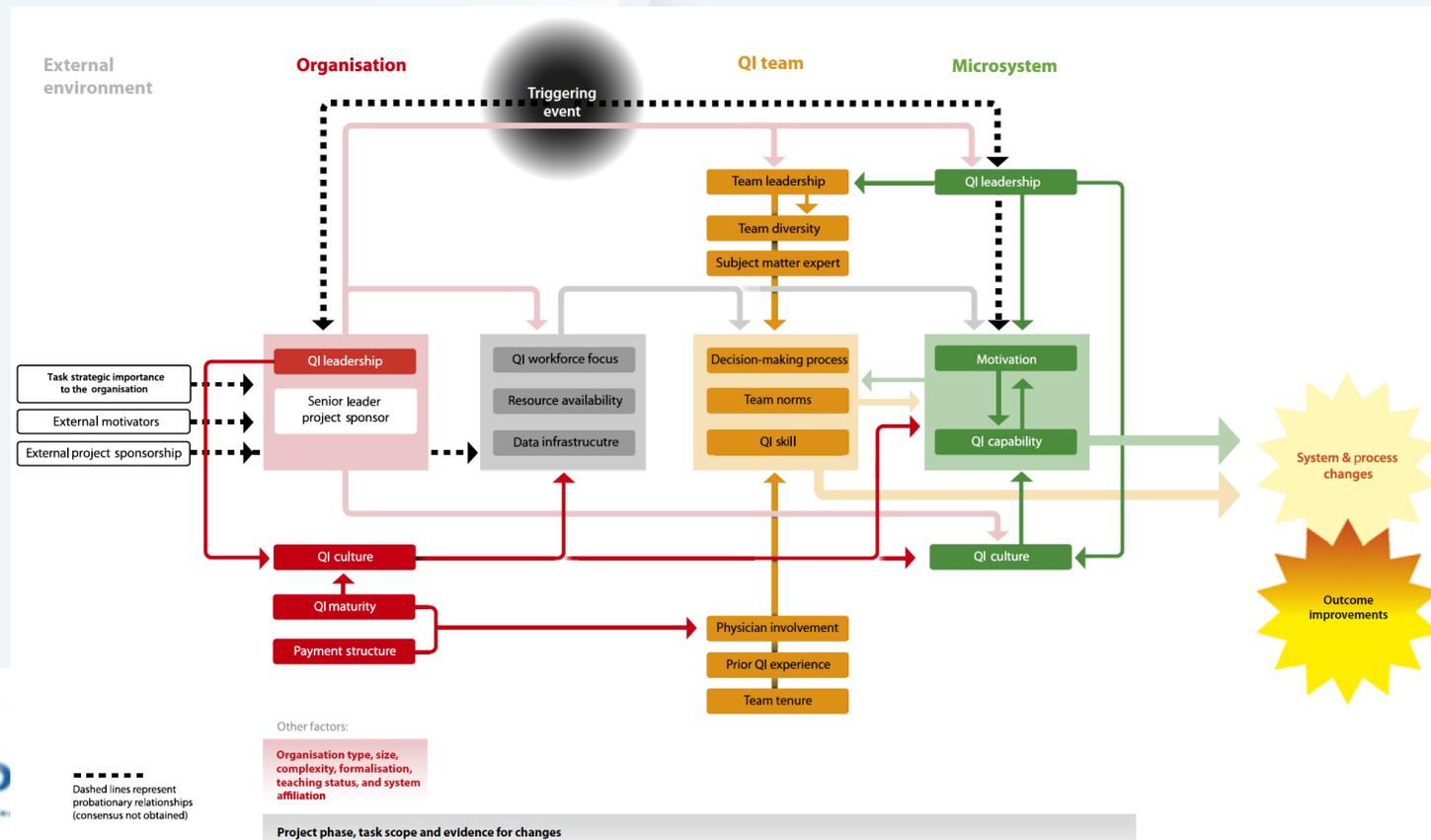
MUSIQ

Model for Understanding Success in Quality

The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ): building a theory of context in healthcare quality improvement

Heather C Kaplan,¹ Lloyd P Provost,² Craig M Froehle,³ Peter A Margolis⁴

- Questionário desenhado para avaliar o **contexto** e os **fatores** que podem afetar o sucesso de um projeto de melhorias.



MUSIQ

Domínios:

1. Equipe de Melhorias ----- 17 perguntas
2. Microssistema ----- 04 perguntas
3. Suporte Informação ----- 02 perguntas
4. Organização ----- 09 perguntas
5. Ambiente ----- 02 perguntas
6. Outros ----- 01 pergunta

Score – Likert 07 pontos:

- 0 – Não sei ou não se aplica
- 1 – Discordo Totalmente
- 2 – Discordo
- 3 – Discordo Parcialmente
- 4 – Nem concordo nem discordo
- 5 – Concordo Parcialmente
- 6 – Concordo
- 7 – Concordo Totalmente

Total da nota	
168	Nota máxima da ferramenta MUSIQ
120-168	Projeto tem razoável chance de sucesso
80-119	Projeto pode ter sucesso, mas tem barreiras contextuais
50-79	Projeto tem sérios problemas contextuais e não está desenhado para se ter sucesso
25-49	Projeto não deve ser continuado como está: considere a aplicação dos recursos em outras atividades de melhoria
24	Nota mais baixa do MUSIQ quando em todas as questões foi dado um valor exceto não sei/N/A
1	Nota mais baixa do MUSIQ (Questões gravadas como não sei ou "N/A")

Definições

Por exemplo:

- **Microsistema**: Um pequeno grupo de pessoas trabalhando juntas regularmente para cuidar da saúde de populações adstritas de pacientes. Microsistemas podem incluir consultórios ou clínicas, unidades hospitalares, enfermarias de hospitais, ou departamentos dentro de sua organização
- **Ambiente**: Se refere a comunidade e/ou sociedade em torno de sua organização. Ela inclui o ambiente geográfico, político e econômico em que a sua organização existe e as regulamentações associadas, políticas, estruturas de pagamento, etc.



Questionário MUSIQ (Model for Understanding Success in Quality)

- Esta ferramenta foi desenhada para ajudar a investigar aspectos na sua organização e contexto atual que podem afetar o sucesso de uma iniciativa de melhoria da qualidade.
- Foi identificado uma série de fatores contextuais em vários níveis do sistema de saúde que acredita-se, influencia o sucesso da implementação de uma iniciativa de melhoria da qualidade.
- Resumimos estes fatores e como eles influenciam no sucesso numa ferramenta chamada MUSIQ. Esta ferramenta foi pensada para ajudar a você examinar o seu contexto.
- Indique o quanto concorda ou discorda com a afirmação digitando a resposta apropriada (número de 1 a 7) na célula indicada.

Microsistema

Definições

- **Microsistema:** Um pequeno grupo de pessoas trabalhando juntas regularmente para cuidar da saúde de populações adstritas de pacientes. Microsistemas podem incluir consultórios ou clínicas, unidades hospitalares, enfermarias de hospitais, ou departamentos dentro de sua organização.
- **Liderança do Microsistema:** Executivos com a responsabilidade pela operação e administração do microsistema afetados por este projeto de MQ. Líderes de microsistemas podem incluir chefes de departamentos, diretores de ala/unidade médica ou de enfermagem, gerentes de unidades de negócios, um médico sênior em um grupo grande médico, etc.
- **Motivação do Microsistema:** Medida na qual os membros da equipe de microsistemas têm desejo e vontade de melhorar o desempenho na área em questão.
- **Capacitação da equipe de MQ:** Capacidade do pessoal do microsistema para usar métodos de MQ para a mudança.
- **Cultura da equipe de MQ:** Valores, crenças e normas presentes no microsistema que enfatizam trabalho em equipe, comunicação, liberdade para tomar decisões, e compromisso de melhorar.
- **Liderança da equipe de MQ:** Capacidade da liderança do microsistema para a melhoria e até que ponto eles estão pessoalmente envolvidos no apoio e facilitação dos esforços de melhoria.

Microsistema								
	Concordo totalmente	Concordo	Concordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo	Discordo totalmente	Não sei/Não se aplica
Os líderes do microsistema apoiam o projeto diretamente <i>* Campo obrigatório</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
								Limpar
O microsistema valoriza trabalho em equipe, comunicação, e compromisso com melhoria da qualidade <i>* Campo obrigatório</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
								Limpar
Os colaboradores do microsistema que não são membros da equipe de QI tem habilidades em utilizar métodos para mudança (PDSA, gráficos controle, etc) <i>* Campo obrigatório</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
								Limpar
Colaboradores do microsistema que não são membros do QI desejam muito melhorar a performance na área foco do projeto <i>* Campo obrigatório</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
								Limpar

Finalizar

Obrigado!

Próximos Passos

1. Entrega dos integrantes da Equipe de melhoria para os consultores dos Hubs
2. Organizar os dados e preenchimento da planilha – Linha de Base até o dia 18/10



<https://forms.office.com/r/Jsd1BNtEvDorigin=lprLink>

SAÚDE
em nossas mãos
atitudes que salvam vidas



OBRIGADA

