



# SAÚDE

em nossas mãos

---

atitudes que salvam vidas



## SAV 2 G6- Bloco Cirúrgico

Julho, 2025



A Beneficência Portuguesa de São Paulo



MINISTÉRIO DA SAÚDE





<https://forms.office.com/r/QiRN2JjwuJ?origin=lprLink>

HORÁRIO	TEMA	APRESENTADOR
15min	Ciência da Melhoria	Roberta HIAE
15 min	DD+ Operação do Projeto no Bloco Cirúrgico	Roberta HIAE
30 min	Indicadores Bloco Cirúrgico	Bruno HAOC
25 min	Simple QI + Relatório Mensal no Bloco Cirúrgico	Patrícia HIAE
5 min	Perguntas e interação	Todos
TOTAL= 90 min		

**SAÚDE**  
em nossas mãos  
atitudes que salvam vidas



## Ciência da Melhoria



A Beneficência  
Portuguesa  
de São Paulo



PROGRAMA DE APOIO  
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



# Colaborativa



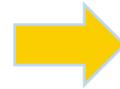
Um método de melhoria, que se apoia na **disseminação e adaptação** de um **conhecimento estabelecido** em **vários locais simultaneamente**, para conquistar um **objetivo comum**.

## DE

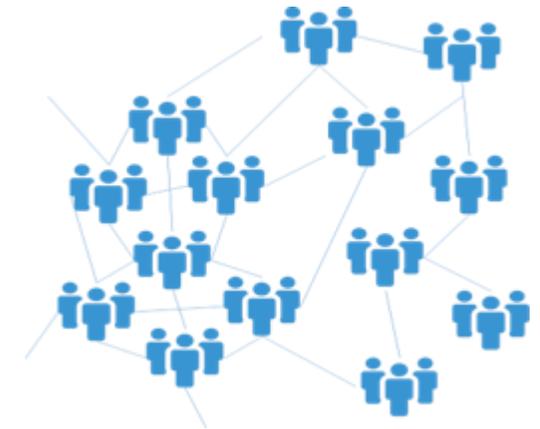
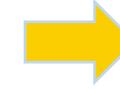
## PARA

## Trabalho em rede

- ✓ **Competição**
- ✓ **Desafio “Solitário”**
- ✓ **Custo individualizado**
- ✓ **Abrange uma instituição**
- ✓ **Aprendizado individual**



- Cooperação**
- Desafio em grupo**
- Custo compartilhado**
- Abrange uma comunidade**
- Aprendizado compartilhado**



Ambiente de aprendizado  
“Todos ensinam e todos aprendem”

# Modelo Colaborativa BTS

## A visão das BTS:

Existem evidências científicas que, quando aplicadas, melhoram os desfechos e os custos significativamente

## Entretanto:

Muito do conhecimento científico permanece sem utilização no trabalho diário.

## Objetivo das BTS:

Diminuir ou eliminar este "vão" entre o que sabemos e o que fazemos



## Trabalhos Preliminares

Dividir os objetivos da Colaborativa

Proposta da Estratégia de mudança: Diagrama Direcionador, Metas e Estratégia de Medição

Definição dos Facilitadores para a Colaborativa

Expert Meeting com G6/MS para Ajustes na Estratégia

## Colaborativa

Preparação Pré-SAP

Equipes /Hospitais Participantes



**SAP 1**

Período de Ação 1



**SAP 2**

Período de Ação 2



**SAP 3**

Período de Ação 3

Conclusões e Publicação dos Resultados

SAP: sessão de aprendizagem presencial  
SAV: sessão de aprendizagem virtual  
Período de Ação: Testes de mudança, acompanhamento através de visitas locais, relatórios mensais, feedbacks, SAVs e "coaching" para cada equipe  
PDSA (plan-do-study-act): ferramenta para testar mudanças

# 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?

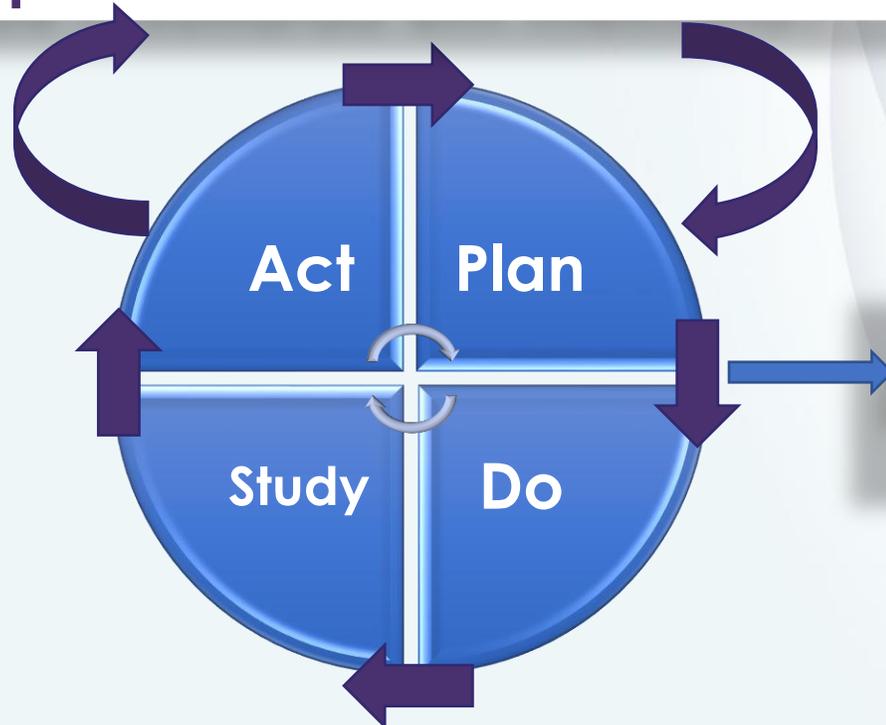


Indicadores do projeto

3 Que mudanças podemos fazer que resultarão em melhoria?



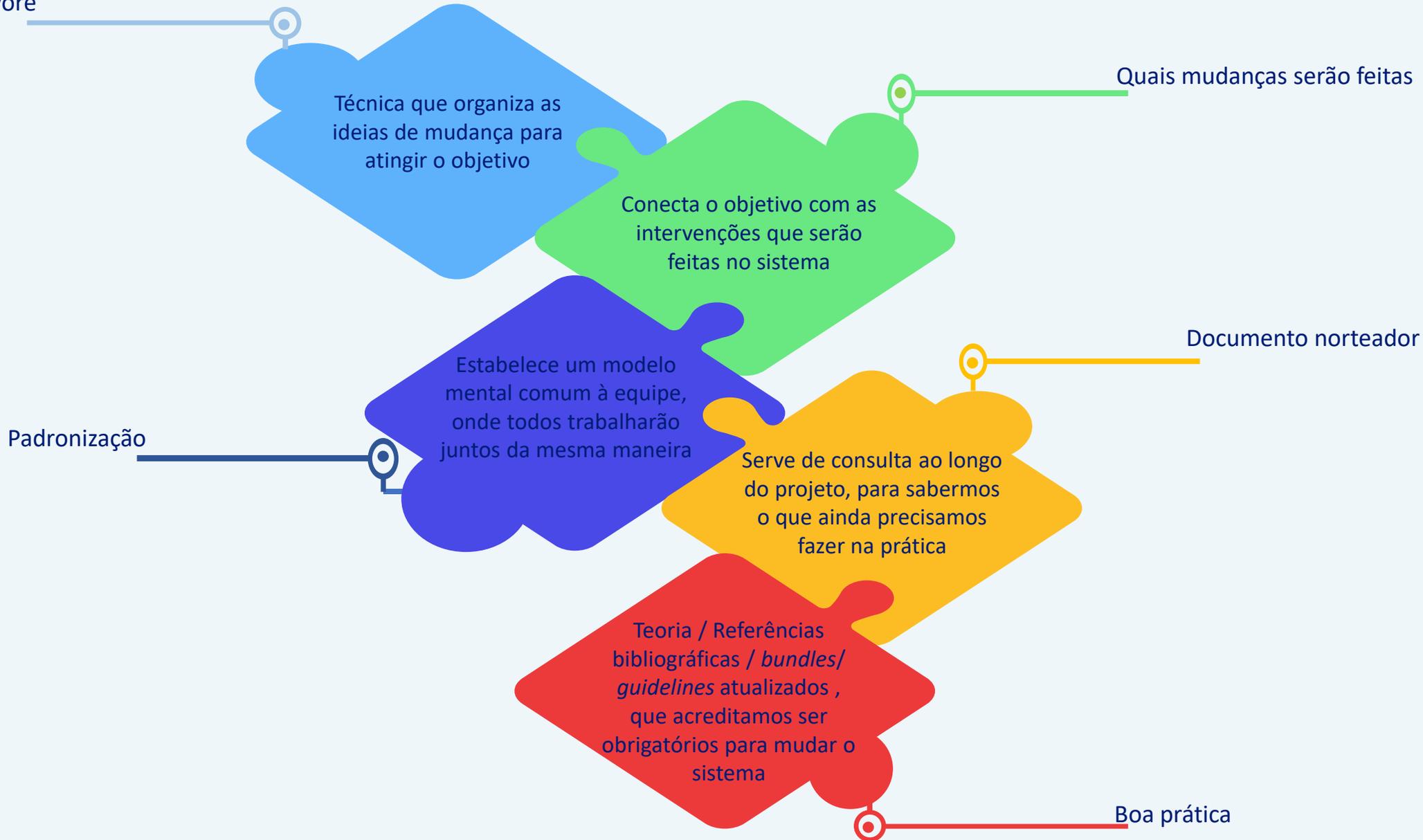
Pacotes de Mudanças: Ações que precisamos testar antes de implementar para atingir a nossa teoria



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

# Diagrama Direcionador

Diagrama de Árvore



# Diagrama Direcionador no Bloco Cirúrgico



### Objetivo

Implementar as boas práticas de prevenção de ISC em cirurgias limpas até dezembro de 2026

### Direcionadores Primários

Padronizar o processo assistencial no perioperatório (pré, intra e pós) baseado em evidências

- Realizar banho pré operatório, no dia do procedimento cirúrgico.
- Evitar tricotomia.
- Administrar antibiótico profilático em até 1h antes da incisão cirúrgica. (No caso de Ciprofloxacina e Vancomicina, considerar 2 horas antes).
- Administrar os antibióticos preferencialmente em dose única. Repetir no intraoperatório em cirurgias longas e não estender por mais de 24 horas.
- Manter temperatura corpórea acima de 35,5°C (normotermia).
- Manter glicemia  $\leq 180$  mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes.
- Padronizar o processo de antissepsia cirúrgica das mãos dos profissionais e do preparo da pele do paciente.
- Utilizar aventais e luvas estéreis, gorro, óculos, máscara e remover adornos.
- Realizar a montagem de mesa cirúrgica com técnica asséptica observando os indicadores de esterilidade de todos os materiais.

Criar equipes multidisciplinares, com cultura de segurança e altamente efetivas

- Implementar briefings / huddles / rondas de segurança
- Monitorar os indicadores relacionados a prevenção de infecção de Sítio cirúrgico e reportar os dados às equipes
- Estruturar processo de educação permanente para toda a equipe assistencial relacionado a ISC.

Estruturar o ambiente e os processos das áreas de apoio

- Definir o fluxo da central de material de esterilização em documento operacional padrão
- Manter o ambiente da sala cirúrgica o mais seguro possível
- Padronizar o processo de limpeza terminal e concorrente da sala operatória

## Padronizar o processo assistencial perioperatório (pre, intra e pos) baseado em evidências

Conceito de Mudança	Ideias de Mudanças
<ul style="list-style-type: none"><li>• Manter temperatura corpórea acima de 35,5°C (normotermia).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verificar a temperatura corporal no intraoperatório</li><li>• Estabelecer fluxo de registro de valores da temperatura corporal</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Manter glicemia <math>\leq 180</math> mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verificar a glicemia capilar no intraoperatório</li><li>• Estabelecer fluxo de registro de valores de glicemia capilar</li><li>• Definir em conjunto com as equipes envolvidas, o monitoramento e as ações para controle glicêmico no pré , intra e pós operatório</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Padronizar o processo de antissepsia cirúrgica da mãos dos profissionais e do preparo da pele do paciente.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Definir a técnica e produto que será utilizado para antissepsia das mãos e antissepsia da pele do paciente</li><li>• Estabelecer estratégia de forma visual para controlar o tempo de antissepsia das mãos conforme produto utilizado</li></ul>

## Padronizar o processo assistencial perioperatório (pre, intra e pos) baseado em evidências

Conceito de Mudança	Ideias de Mudanças
Utilizar aventais e luvas estéreis, gorro, óculos, máscara e remover adornos.	Criar rotina de treinamentos para as equipes relacionados a paramentação e desparamentação no blobo cirúrgico
Realizar a montagem de mesa cirúrgica com técnica asséptica observando os indicadores de esterilidade de todos os materiais.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Criar rotina de verificação da técnica correta</li><li>• Criar processo de verificação dos indicadores de esterilidade no momento de checagem de todos os itens antes da incisão</li></ul>

## Estruturar o ambiente e os processos das áreas de apoio

Conceito de Mudança	Mudanças
<ul style="list-style-type: none"><li>Definir o fluxo da central de material de esterilização em documento operacional padrão</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Estabelecer fluxo de entrada de materiais limpos e saída de materiais sujos</li><li>Verificar se é possível, adquirir o sistema de pressão positiva nas salas operatórias</li><li>Definir processo de manutenção do sistema de ventilação existente no bloco cirúrgico: (Ex: filtros / ar condicionados)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Manter o ambiente da sala cirúrgica o mais seguro possível</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Manter a sala cirúrgica fechada durante o ato operatório</li><li>Evitar abrir e fechar a porta desnecessariamente</li><li>Limitar o número de pessoas em sala. Manter o número de profissionais necessário para atender o paciente e realizar o procedimento</li><li>Não levar bolsas, celulares, acessórios ou alimentos para dentro da sala cirúrgica</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Padronizar o processo de limpeza terminal e concorrente da sala operatória</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Definir fluxo de desmontagem de sala cirúrgica, limpeza de equipamentos e materiais.</li><li>Estabelecer rotina de retirada do lixo, hamper após término dos procedimentos cirúrgicos.</li><li>Estabelecer SLA de limpeza concorrente e terminal, de sala cirúrgica</li><li>Definir check list de conferência da sala para os próximos procedimentos</li></ul>

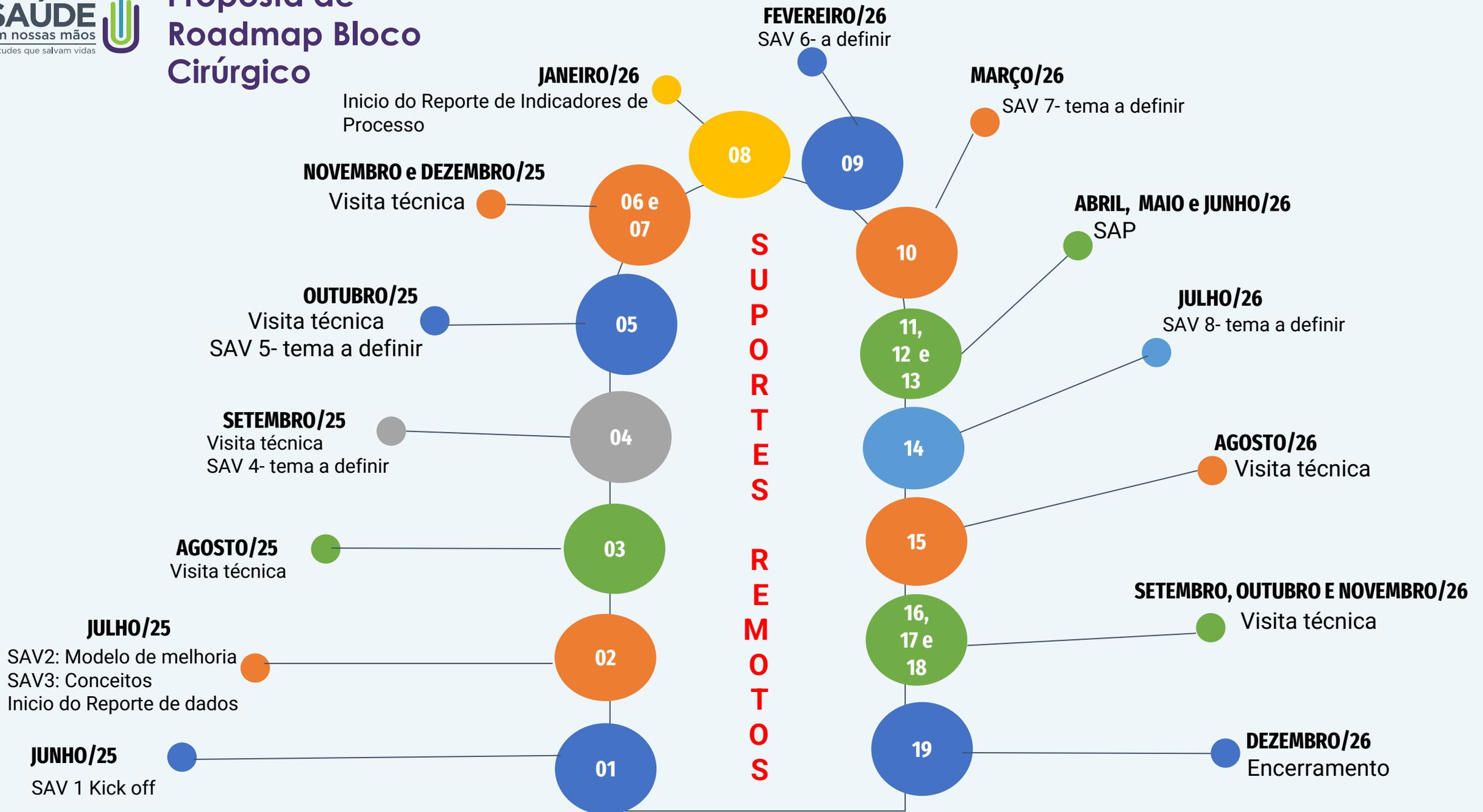
**SAÚDE**  
em nossas mãos  
atitudes que salvam vidas



**Operação do Projeto no  
Bloco Cirúrgico**



# Proposta de Roadmap Bloco Cirúrgico



# Indicadores no Bloco Cirúrgico





Monitoramento de Indicadores:

# Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico

Triênio 2024–2026 | Projeto Colaborativa PROADI-SUS



# Sumário

## 01.

### Introdução

| Definição operacional dos indicadores

## 02.

### Infecção de sítio cirúrgico

| Indicador de Resultado

- **ISC1** - Taxa de infecção de sítio cirúrgico

| Indicadores de processo

- **ISC2** - Adesão à paramentação completa pela equipe cirúrgica
- **ISC3** - Adesão ao preparo da pele com o produto padronizado na instituição
- **ISC4** - Adesão à inspeção do indicador de esterilidade da caixa cirúrgica
- **ISC5** - Adesão ao antibiótico administrado completamente dentro de uma hora antes da incisão
- **ISC6** - Adesão à suspensão do antibiótico em até 24 horas

## **Resultado:**

ISC1 - Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas

## **Processos:**

ISC2 - % de cirurgias com paramentação completa de toda a equipe presente em sala.

ISC3 - % de cirurgias com preparo adequado da pele com o produto padronizado na instituição.

ISC4 - % de adesão a inspeção do método de esterilidade da caixa cirúrgica.

ISC5 - % de adesão ao antibiótico administrado completamente dentro de 1 hora antes da incisão.

ISC6 - % de adesão a suspensão do antibiótico nas primeiras 24h.

## Coleta dos dados:

### Observações estratégia de medição:

- Solicitar que os hospitais participantes escolham 1 especialidade de cirurgia limpa para coleta dos dados mensais (Cardio, neuro ou ortopedia)
- Caso não haja ao menos 20 procedimentos da especialidade escolhida, escolher 1 especialidade e acompanhar 100 % dos procedimentos
- Acompanharemos a taxa de ISC, porém não se trata de entrega no PT e não teremos meta neste indicador
- Reporte Mensal no Simple QI (Indicadores aparecerão apenas para os hospitais que fazem parte do Bloco Cirúrgico).

# ISC2 – Adesão a paramentação completa pela equipe cirúrgica

Avental, luvas, touca, máscara cobrindo boca/nariz, sem adornos

**Numerador:** Número total de cirurgias limpas observadas no mês com adesão a paramentação completa pela equipe cirúrgica durante o ato cirúrgico.

**Denominador:** Número de cirurgias limpas observadas no mês na especialidade escolhida (neurocirurgia, cardiologia ou ortopedia).

Coleta: observação direta durante a cirurgia (observação pontual)

Amostra: 20 cirurgias/mês

Exemplo: 18 conformes em 20 cirurgias observadas → 90% de adesão

**Nota: Considerar conforme**, quando a **equipe cirúrgica (cirurgião principal, cirurgião auxiliar e instrumentador)** estiverem minimamente paramentados com: avental estéril, luvas estéreis, touca e máscara. A máscara cirúrgica deve estar cobrindo totalmente a boca e o nariz e a touca deverá englobar todo o cabelo. O profissional não deverá estar com nenhum tipo de adorno.

A observação da paramentação da equipe cirúrgica deve acontecer uma vez em algum momento durante o ato cirúrgico (do início da cirurgia até o fim). Realizar a observação da amostra incluindo dias, equipes e plantões diferentes.

# ISC2 – Adesão a paramentação completa pela equipe cirúrgica

ISC2 – Adesão a paramentação completa pela equipe cirúrgica							
Nome do hospital:						Mês/ano:	
Especialidade:							
Cirurgia	Avental estéril	Luvas estéreis	Touca Englobando todo o cabelo	Máscara Cobrindo nariz e boca	Sem uso de adorno	Conforme	Não Conforme
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

# ISC3 – Adesão ao preparo (do paciente) da pele com produto padronizado na instituição

Critérios: antisséptico alcóolico + secagem espontânea

**Numerador:** Número total de cirurgias limpas observadas no mês com preparo adequado da pele.

**Denominador:** Número de cirurgias limpas observadas no mês na especialidade escolhida (neurocirurgia, cardiologia ou ortopedia).

Coleta: observação antes da incisão

Amostra: 20 cirurgias/mês

Exemplo: 16 conformes em 20 cirurgias observadas → 80% de adesão

**Nota: Considerar conforme**, quando houver o preparo da pele do paciente com, no mínimo: antisséptico alcóolico (clorexidina alcóolica ou PVPI), esperando o tempo de secagem espontânea do produto antes da incisão cirúrgica.

Para realizar a coleta do indicador, utilizar o instrumento de coleta abaixo.

# ISC3 – Adesão ao preparo (do paciente) da pele com produto padronizado na instituição

<b>ISC3 – Adesão ao preparo da pele com produto padronizado na instituição</b>				
Nome do hospital:			Mês/ano:	
Especialidade:				
<b>Cirurgia</b>	<b>Uso de antisséptico alcóolico (clorexidina ou PVPI)</b>	<b>Secagem espontânea do produto</b>	<b>Conforme</b>	<b>Não conforme</b>
1				
2				
3				
4				

# ISC4 – Adesão a inspeção do indicador de esterilidade da caixa cirúrgica

Indicador presente, embalagem íntegra, validade dentro do prazo

**Numerador:** Número de caixas cirúrgicas em conformidade quanto aos indicadores de esterilidade avaliados.

**Denominador:** Número de caixas cirúrgicas observadas.

Coleta: 1 caixa observada por cirurgia

Exemplo: 19 conformes em 20 caixas (1 por cirurgia) observadas → 95% de adesão

**Nota:** Deverá ser observada **1 caixa cirúrgica aleatoriamente antes do procedimento** cirúrgico. **Considerar conforme, se:**

- Presença de: fita zebra, integradores, ou outro indicador, conforme protocolo da instituição;
- Integridade da embalagem quanto a ausência de: sujidade aparente, resíduos ou umidade;
- Presença da data de validade, conforme protocolo da instituição.

# ISC4 – Adesão a inspeção do indicador de esterilidade da caixa cirúrgica

ISC4 – Adesão de inspeção do indicador de esterilidade da caixa cirúrgica					
Nome do Hospital:				Mês/ano:	
Especialidade					
Cirurgia	Indicadores de esterilidade presentes	Embalagem íntegra	Data de validade conforme protocolo da instituição	Conforme	Não conforme
1					
2					
3					
4					

# ISC5 – Adesão ao antibiótico administrado completamente dentro de 1 hora antes da incisão

Infundido até 1h antes da incisão (2h para Vanco/Cipro)

**Numerador:** Número total de cirurgias limpas observadas no mês em que o antibiótico profilático foi completamente infundido dentro de 1 hora antes da incisão cirúrgica.

**Denominador:** Número de cirurgias limpas observadas no mês na especialidade escolhida (neurocirurgia, cardiologia ou ortopedia).

Coleta: horário de administração vs incisão (ficha anestesista / observação direta)

Exemplo: 17 conformes em 20 cirurgias observadas → 85% de adesão

# ISC5 – Adesão ao antibiótico administrado completamente dentro de 1 hora antes da incisão

ISC5 – Adesão ao antibiótico administrado completamente dentro de 1 hora antes da incisão		
Nome do Hospital:		Mês/ano:
Especialidade:		
Cirurgia	Antibiótico administrado em até 1 hora antes da cirurgia	
	Conforme	Não conforme
1		
2		
3		
4		
5		

# ISC6 – Adesão a suspensão do antibiótico em até 24 horas

Suspensão até 24h após início da profilaxia

**Numerador:** Número total de cirurgias limpas com suspensão do antibiótico profilático em até 24 horas observadas no mês

**Denominador:** Número de cirurgias limpas observadas no mês na especialidade escolhida (neurocirurgia, cardiologia ou ortopedia).

Coleta: análise da prescrição médica / parceria com farmácia

Exemplo: 14 conformes em 20 cirurgias observadas → 70% de adesão

# ISC6 – Adesão a suspensão do antibiótico em até 24 horas

ISC6 – Adesão a suspensão do antibiótico em até 24 horas		
Nome do Hospital:		Mês/ano:
Especialidade:		
Cirurgia	Antibiótico profilático suspenso em até 24 horas a contar o horário da administração do antibiótico pré incisão cirúrgica	
	Conforme	Não conforme
1		
2		
3		

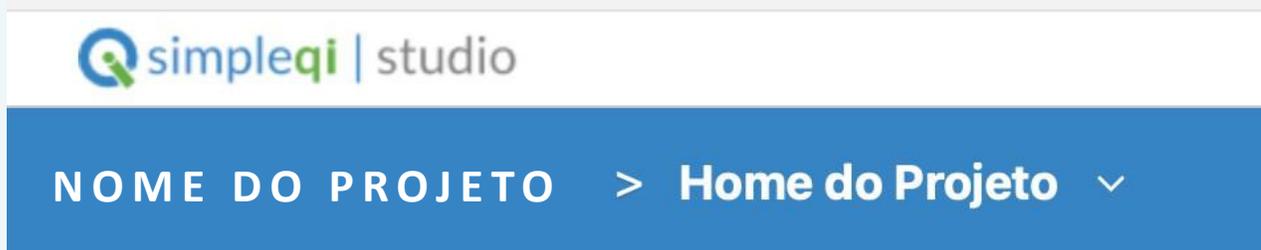
**SAÚDE**  
em nossas mãos  
atitudes que salvam vidas



**Simple QI**



- Informações para o uso da plataforma de dados do SimpleQI



O SIMPLE QI (<https://www.simpleqi.com>) é a plataforma que abrigará os resultados dos indicadores de cada instituição, assim como poderá ser utilizado como repositório de conteúdos



Cada instituição indicará os colaboradores que serão cadastrados na plataforma, e estes deverão inserir os dados mensalmente no período orientado pelo projeto.

- Para o cadastro será solicitado algumas informações, após o profissional cadastrado receberá um e-mail para registrar-se.
- Verificar no SPAM.
- Após finalizar o preenchimento do cadastro será direcionado para esta tela.



The screenshot shows the login interface for SimpleQI. At the top, there is a header with the SimpleQI logo and the word 'studio'. Below the header, the main content area is titled 'Bem-vindo ao SimpleQI' and contains a welcome message: 'Estamos ansiosos para trabalhar com você para desenvolver as melhores ferramentas para ajudá-lo a gerenciar seus projetos de melhoria de qualidade.' To the right of this message is a 'Assinar em' (Sign in) section with input fields for 'Email' and 'Senha' (Password). Below the password field is a checkbox labeled 'Lembre-se de mim neste computador'. A blue button labeled 'Assinar em' is positioned below the checkbox. At the bottom of the login section, there is a link '> Registre-se agora' followed by the text 'Vai levar menos de um minuto.' and another link '> Esqueceu sua senha?'.

**Entrar com o e-mail e senha cadastrados.**

1. Clicar na seta e selecionar a instituição da qual você faz parte

2. Painel de recursos disponíveis

The screenshot shows the 'Equipe Home' dashboard interface. At the top, there is a header with 'simpleqi | studio' on the left and user information 'Patrícia Bopsin patricia.bopsin@einstein.br' on the right. Below the header is a green navigation bar with 'NOME DO PROJETO' and a dropdown menu for 'Nome da Instituição'. A blue arrow points from the instruction box to this dropdown menu. On the left side, there is a vertical sidebar menu with various options: 'Equipe Home', 'Pessoas', 'Indicadores', 'PDSAs', 'Mudanças', 'Direcionadores', 'Discussões', 'Calendário', 'Recursos', 'Relatórios', and 'Importar/Exportar'. A blue arrow points from the instruction box to this sidebar menu. The main content area is divided into several sections: 'Objetivo do Equipe (default)', 'Próximos eventos' (showing 'Sem eventos futuros'), 'Novos Recursos do equipe', 'Links rápidos', 'Insira os dados de indicador', 'Insira dados para várias indicadores de uma só vez', 'Relatórios de status', 'Coach de Melhoria', and 'Mudanças Padrão Mais Ativas' (showing 'Nenhuma atividade de direcionador ainda' and 'atualizada: há 3 horas').

O conjunto de indicadores estará disponível para inserção dos dados

simpleqi | studio

Nome do Projeto > Nome da Instituição

Equipe Home

Pessoas

**Indicadores**

PDSAs

Mudanças

Direcionadores

Discussões

Calendário

Recursos

Relatórios

Importar/Exportar

Projeto Indicadores

Insira dados para várias indicadores de uma só vez

Indicadores de equipe

adicionar indicador personalizada

Adicione uma indicador personalizada disponível apenas para sua equipe

EEP - Escala de Evolução do Projeto

HM\_ÁLCOOL – Consumo de preparação alcóolica para as mãos

HM\_SABÃO – Consumo de sabonete líquido para as mãos

HM\_TOTAL – Porcentagem de adesão à higiene das mãos

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

IPCSL2 – Taxa de utilização de cateter venoso central

IPCSL3a – Porcentagem de adesão a "Avaliar a indicação de inserção do CVC"

**Exemplo de como irá aparecer os indicadores**

# Indicadores – descrição operacional

**Ao clicar no ícone de ferramenta, abrirá a descrição operacional do indicador selecionado. Poderá confirmar e explorar as informações assegurando a inclusão do dado correto**

**simpleqi | studio** Patricia Bopsin patricia.bopsin@einstein.br

**NOME DO PROJETO** > Nome da Instituição

**Projeto Indicadores**  **Indicadores de equipe**

**Indicadores**

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

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

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

Mede a densidade de incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central.

**TIPO**  
Por 1K Taxa

**CRIADO COMO**  
Indicador do projeto

**DADOS**  
Nenhum dado inserido ainda

**FREQUÊNCIA DE COLETA**  
Por mês

**CATEGORIA**  
Outcome

**LINHA CENTRAL**  
Média [alternar](#)

**SÉRIE**

**NUMERADOR**  
Número absoluto de casos novos\* de IPCSL, no período.

**ETIQUETA DO EIXO Y**  
Densidade

**OBJETIVO NUMÉRICO**  
Nenhuma meta definida

**DENOMINADOR**  
Número de pacientes com CVC/dia no período

**EIXO Y MÍNIMO E MÁXIMO (OPCIONAL)**  
Calculado automaticamente com base nos valores dos dados

**ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS**  
ADULTO e PEDIÁTRICO: Numerador: Pacientes internados na unidade que preenchem critério diagnóstico de IPCSL com tempo ≥ 48 horas de internação na unidade atual independentemente do setor responsável pela passagem do Cateter Venoso Central (CVC) OU

**Quando você deve criar séries?**  
O agrupamento dos dados pode ser útil para entender quaisquer diferenças subjacentes e testar hipóteses.

Série de exemplo

- Quem: homem e mulher
- O que: protocolo 1 e protocolo 2
- Onde: Departamento A e Departamento B.
- Quando: dia e noite

# Indicadores – inserção de dados

The screenshot displays the 'simpleqi | studio' web application interface. On the left, a sidebar menu lists various navigation options: 'Equipe Home', 'Pessoas', 'Indicadores' (highlighted with a red box), 'PDSAs', 'Mudanças', 'Direcionadores', 'Discussões', 'Calendário', 'Recursos', 'Relatórios', and 'Importar/Exportar'. The main content area features a green header with 'NOME DO PROJETO' and 'Nome da Instituição'. Below this, the 'Projeto Indicadores' section contains a button labeled 'Insira dados para várias indicadores de uma só vez'. A blue arrow points from this button to a text box that reads: 'Ao clicar nesse link é possível inserir os dados, de todos os indicadores, do mês'. To the right, the 'Indicadores de equipe' section includes a button 'adicionar indicador personalizada' and a light blue callout box with the text: 'Adicione uma indicador personalizada disponível apenas para sua equipe'.

# Indicadores – inserção de dados

simpleqi | studio Patricia Bopsin  
patricia.bopsin@einstein.br

**NOME DO PROJETO** > Nome da Instituição

Equipe Home

Pessoas

**Indicadores**

PDSAs

Mudanças

Direcionadores

Discussões

Calendário

Recursos

Relatórios

Importar/Exportar

Entrada de dados de várias indicadores

Por mês

SEP 2023

Indicadores do projeto

EMPP4 - Porcentagem de adesão à higiene das mãos

	Número de ações positivas de higiene das mãos realizadas no período	Número de oportunidades observadas no período	%	Anotação
Ver	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IPCSL1 - Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central.

	Número absoluto de casos novos de IPCSL, laboratorialmente confirmadas, no período	Número de pacientes com cateter-dia no período	por 1000	Anotação
Ver	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Selecione o mês

Inserir dados da linha

de base (série histórica antes do início do projeto – 12 meses):

Início em

Setembro/2023 até o

mês vigente disponível

# Indicadores – inserção de dados

simpleqi | studio Patricia Bopsin patricia.bopsin@einstein.br

NOME DO PROJETO > Nome da Instituição

Equipe Home

Pessoas

Indicadores

PDSAs

Mudanças

Direcionadores

Discussões

Calendário

Recursos

Relatórios

Importar/Exportar

Entrada de dados de várias indicadores

Por mês

SEP 2023

Indicadores do projeto

EMPP4 - Porcentagem de adesão à higiene das mãos

	Número de ações positivas de higiene das mãos realizadas no período	Número de oportunidades observadas no período	%	Anotação
Ver	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IPCSL1 - Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central.

	Número absoluto de casos novos de IPCSL, laboratorialmente confirmadas, no período	Número de pacientes com cateter-dia no período	por 1000	Anotação
Ver	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Insira os dados nos locais correspondentes

2. O cálculo será realizado automaticamente

3. Se precisar há um campo para anotação

# Indicadores – inserção de dados

simpleqi | studio

Nome do Projeto > Nome da Instituição

Equipe Home

Pessoas

Indicadores

PDSAs

Mudanças

Direcionadores

Discussões

Calendário

Recursos

Relatórios

Importar/Exportar

Projeto Indicadores

Insira dados para várias indicadores de uma só vez

Indicadores de equipe

adicionar indicador personalizada

Adicione uma indicador personalizada disponível apenas

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

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

Configurações

Outra forma de inserir os dados é clicar na imagem do gráfico

Clicar na caixa do mês desejado

IPCSL1 – Densidade de incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central.			
	AUG 2023	SEP 2023	OCT 2023
Densidade			
Número absoluto de casos novos* de IPCSL, no			
Número de pacientes com CVC/dia no			
Anotação			

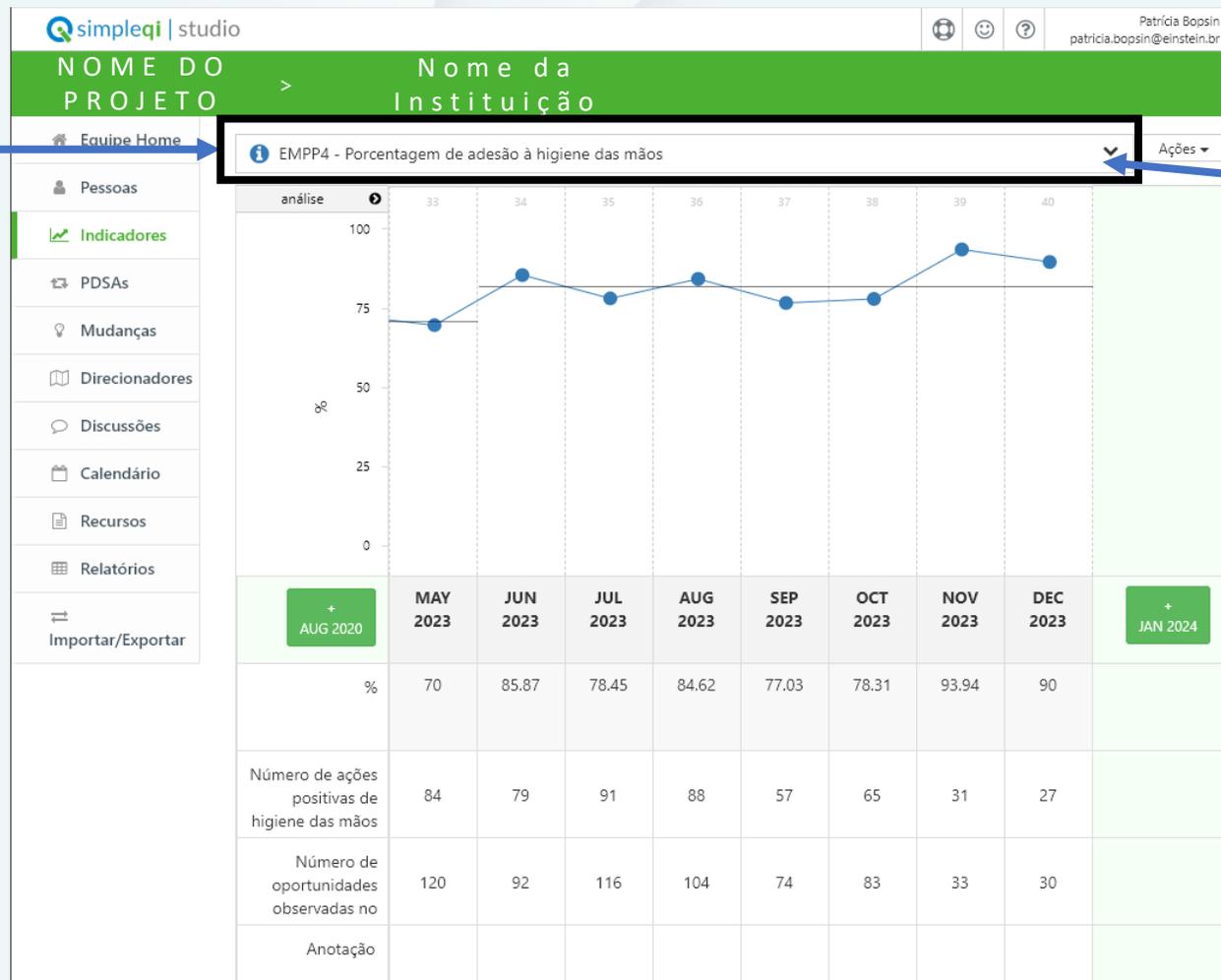


# Indicadores – saída de dados graficamente

The screenshot shows the 'simpleqi | studio' interface. At the top, there's a header with the user's name 'Patrícia Bopsin' and email 'patricia.bopsin@einstein.br'. Below the header, there's a green bar with 'NOME DO PROJETO' and 'Nome da Instituição'. A sidebar on the left contains a menu with items: 'Equipe Home', 'Pessoas', 'Indicadores' (highlighted with a black box), 'PDSAs', 'Mudanças', 'Direcionadores', 'Discussões', 'Calendário', 'Recursos', 'Relatórios', and 'Importar/Exportar'. The main content area is titled 'Projeto Indicadores' and contains a text box 'Insira dados para várias indicadores de uma só vez'. Below this, a specific indicator is listed: 'EMPP4 - Porcentagem de adesão à higiene das mãos'. A blue arrow points from this indicator to the text '1. Clicar no link do indicador'. To the right, there's a section 'Indicadores de equipe' with a button 'adicionar indicador personalizada' and a blue box containing the text: 'Adicione uma indicador personalizada disponível apenas para sua equipe'.

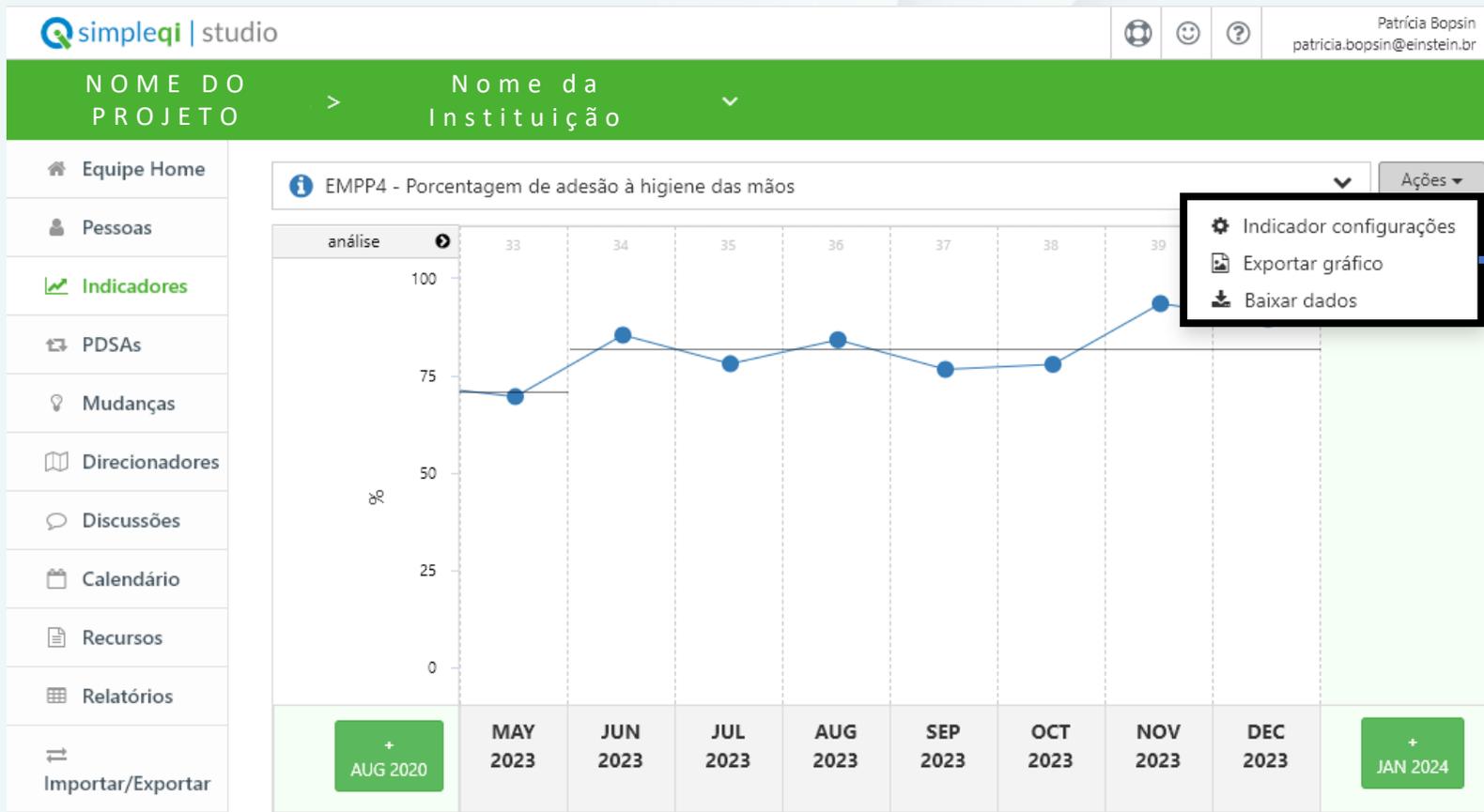
# Indicadores – saída de dados graficamente

2. Confirmar  
o nome do  
indicador



3. É possível  
clique na seta  
e mudar o  
indicador  
por essa tela

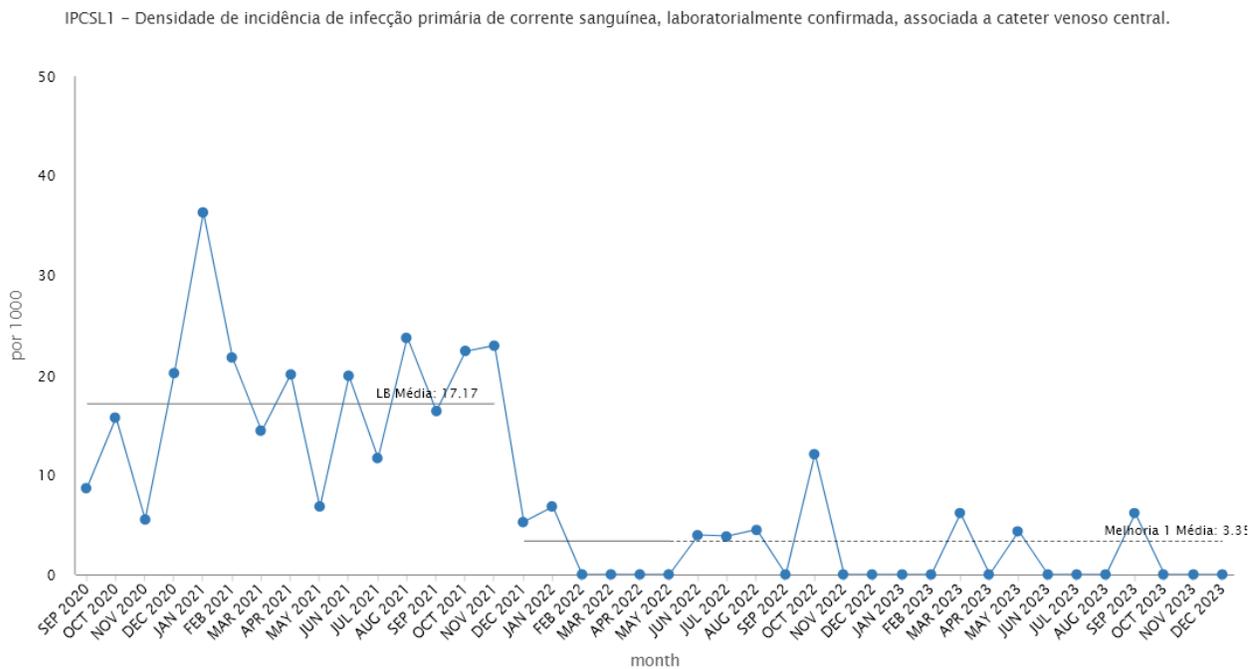
# Indicadores – saída de dados graficamente



4. Clicando em ações é possível explorar as opções disponíveis. Para fazer download do gráfico selecionar a opção exportar gráfico.

# Indicadores – saída de dados graficamente

Visualizar exportação > IPCSL1 - Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea, laboratorialmente confirmada, associada a cateter venoso central.



Opções de exibição:  Linha de gol  Anotações  Executar sinais do gráfico

Fechar

Gráfico de Exportação

5. Gráfico exportado em modo visualização. Ainda é possível fazer download como imagem ao clicar nesse botão

- Para análise de dados e alteração das médias ou medianas é necessário conhecimento sobre algumas regras que serão explicadas ao longo do projeto.

novidades  
em breve



The screenshot shows the 'simpleqi | studio' interface. At the top, there is a header with the logo and the text 'simpleqi | studio'. Below the header, there is a green bar with 'NOME DO PROJETO' and 'Nome da Instituição'. The main content area is divided into a left sidebar and a main panel. The sidebar contains a list of menu items: 'Equipe Home', 'Pessoas', 'Indicadores', 'PDSAs', 'Mudanças', 'Direcionadores', 'Discussões', 'Calendário', 'Recursos', and 'Relatórios'. The 'Recursos' item is highlighted with a black box. The main panel shows the 'Recursos' section with a sub-menu 'Equipe' highlighted with a black box. The 'Equipe' sub-menu contains three items: 'Atas', 'Relatório Mensal', and 'Visita técnica'. Below these items, the word 'Exemplo' is written in bold blue text. A blue arrow points from the 'Recursos' menu item in the sidebar to the 'Equipe' sub-menu in the main panel.

Na aba recursos, **Equipe**, cada instituição poderá criar pastas e fazer upload/download dos arquivos, documentos, atas, relatórios, PDSAs, entre outros documentos e ferramentas a serem utilizados pelo projeto. Pode funcionar como um repositório de cada instituição e comunicação com os consultores..

simpleqi | studio

Nome do Projeto > Nome da Instituição

Equipe Home

Pessoas

Indicadores

PDSAs

Mudanças

Direcionadores

Discussões

Calendário

**Recursos**

Relatórios

Recursos

Equipe **Projeto**

- Diagrama Diretor - Higiene de Mãos
- Diagrama Diretores - Liderança
- Diagramas Diretores - Adulto
- Diagramas Diretores - Neonatal
- Diagramas Diretores - Pediatria
- Diário de Bordo Hospitais Hub B
- Diário de Bordo Hospitais Hub E
- Guia coleta de dados

**Exemplo**

Na aba recursos, **Projeto**, a equipe das instituições poderá acessar os documentos do projeto comum a todas as instituições cadastradas. É cadastrado pelo consultor/liderança do projeto e ficará visível a todas as equipes.



# Relatório Mensal

# Relatório Mensal de Projeto no Bloco Cirúrgico

Mês/Ano

XX/XX/XXXX

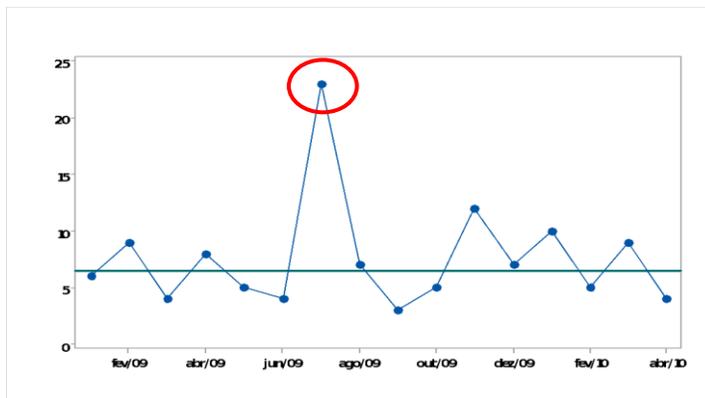
Hospital 1

Colaborativa PROADI-SUS  
Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil

- Realizar o preenchimento detalhado das informações solicitadas neste modelo de relatório mensal e postar no Simple QI até o dia 30 de cada mês;
- Inserir os dados dos indicadores relacionados ao bloco cirúrgico no Simple QI até o dia 20 de cada mês;
- Manter os indicadores atualizados neste relatório;
- Utilizar os slides 6 e 7 para auxiliar na análise dos indicadores;
- Não excluir páginas deste arquivo;
- Registros fotográficos são indicados e incentivados;
- Sugerimos o uso deste material para apresentações sobre o andamento e resultados do projeto.

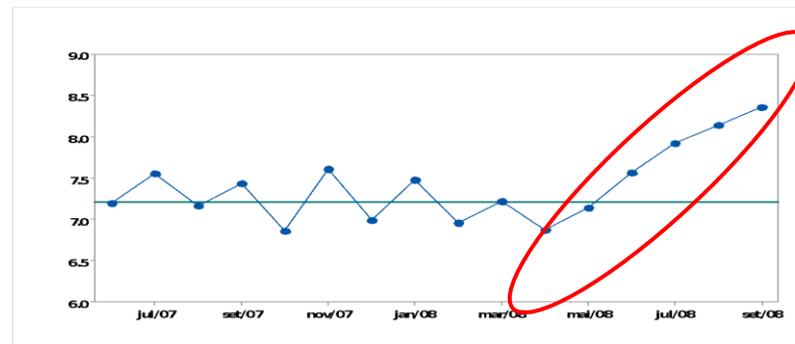
# Passos para analisar o indicador

Verificar a ocorrência das seguintes condições:



**Ponto astronômico: Um ponto muito afastado dos demais**

Analisar o que ocorreu no mês



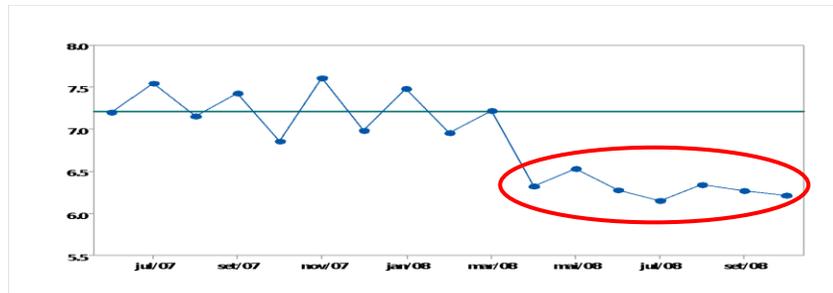
**Tendência: Sequência de cinco ou mais pontos crescentes ou decrescentes**

Se a tendência é na direção desejada, aguardar que estabiliza em um novo patamar

Se a tendência é na direção oposta à desejada, investigar e agir para retornar ao patamar anterior

# Passos para analisar o indicador

Verificar a ocorrência das seguintes condições

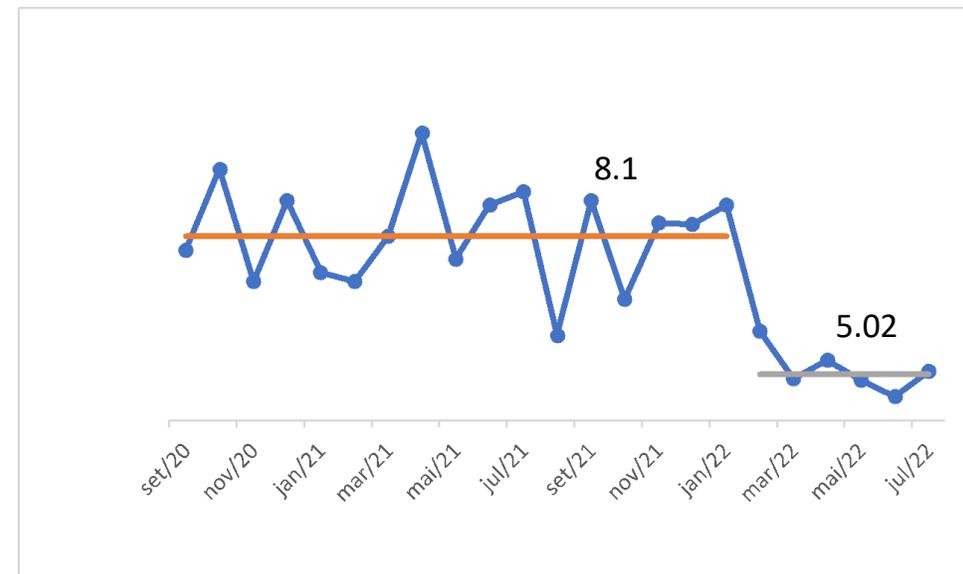
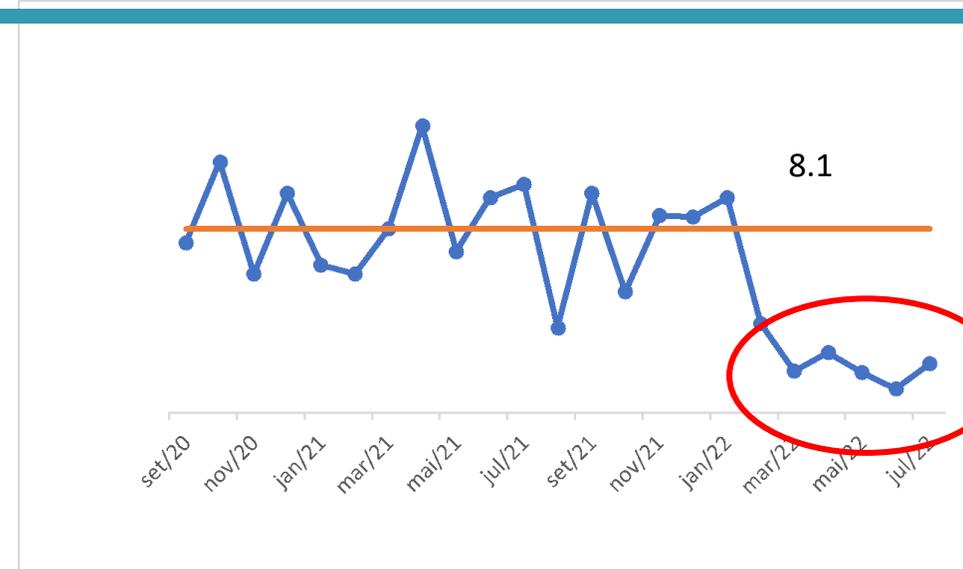


**Deslocamento: Corrida de seis ou mais pontos abaixo ou acima da mediana**

Interromper a mediana no ponto imediatamente anterior ao início do deslocamento e calcular uma nova mediana com os pontos que estão no deslocamento

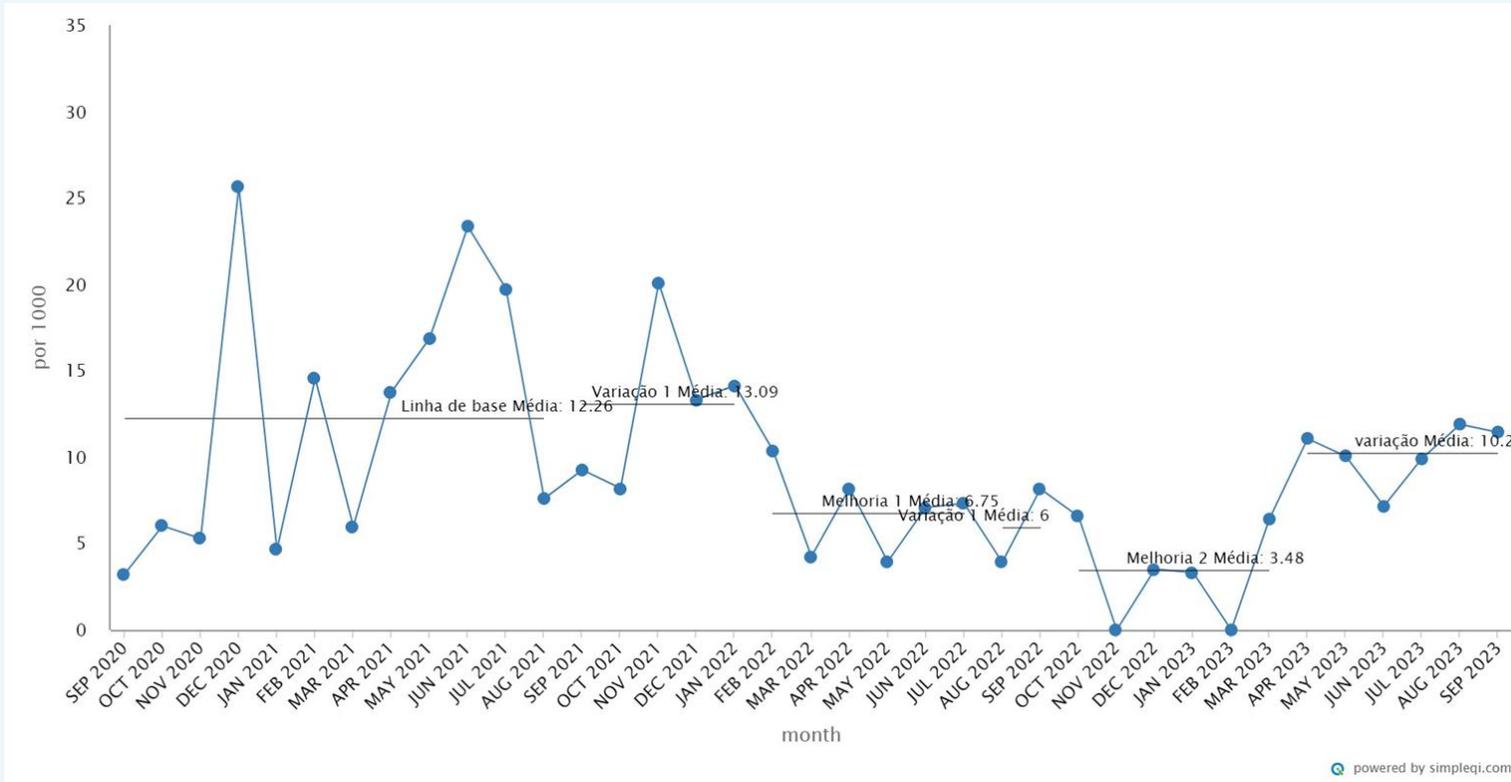
Se o deslocamento foi na direção desejada é uma melhoria

Se o deslocamento foi na direção contrária à desejada foi uma pioria



# ISC1 - Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas

**Linha de base:**  
**Média atual:**  
**Meta:**



## Análise dos dados:

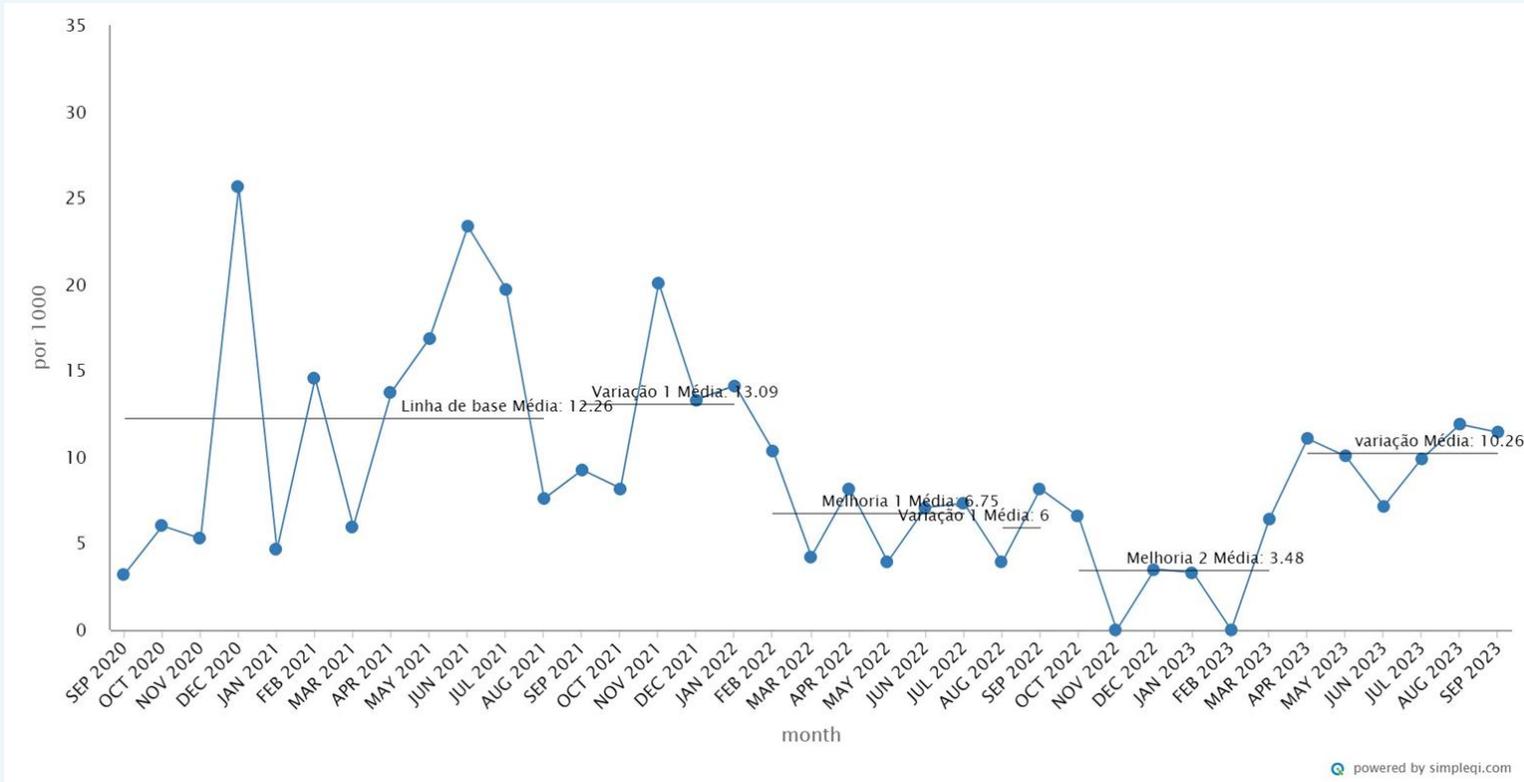
1 - O gráfico apresenta:

- Ponto Astronômico (Causa especial)
- Tendência (Causa especial)
- Deslocamento (Causa especial)
- Variação (Causa comum)

2 - Pela análise da equipe o indicador está melhorando, piorando ou apenas variando?

3 - Quais ações/PDSA estão sendo feitas ou já foram realizadas?

# ISC2 - Adesão a paramentação completa pela equipe cirúrgica



**Linha de base:**  
**Média atual:**  
**Meta:**

## Análise dos dados:

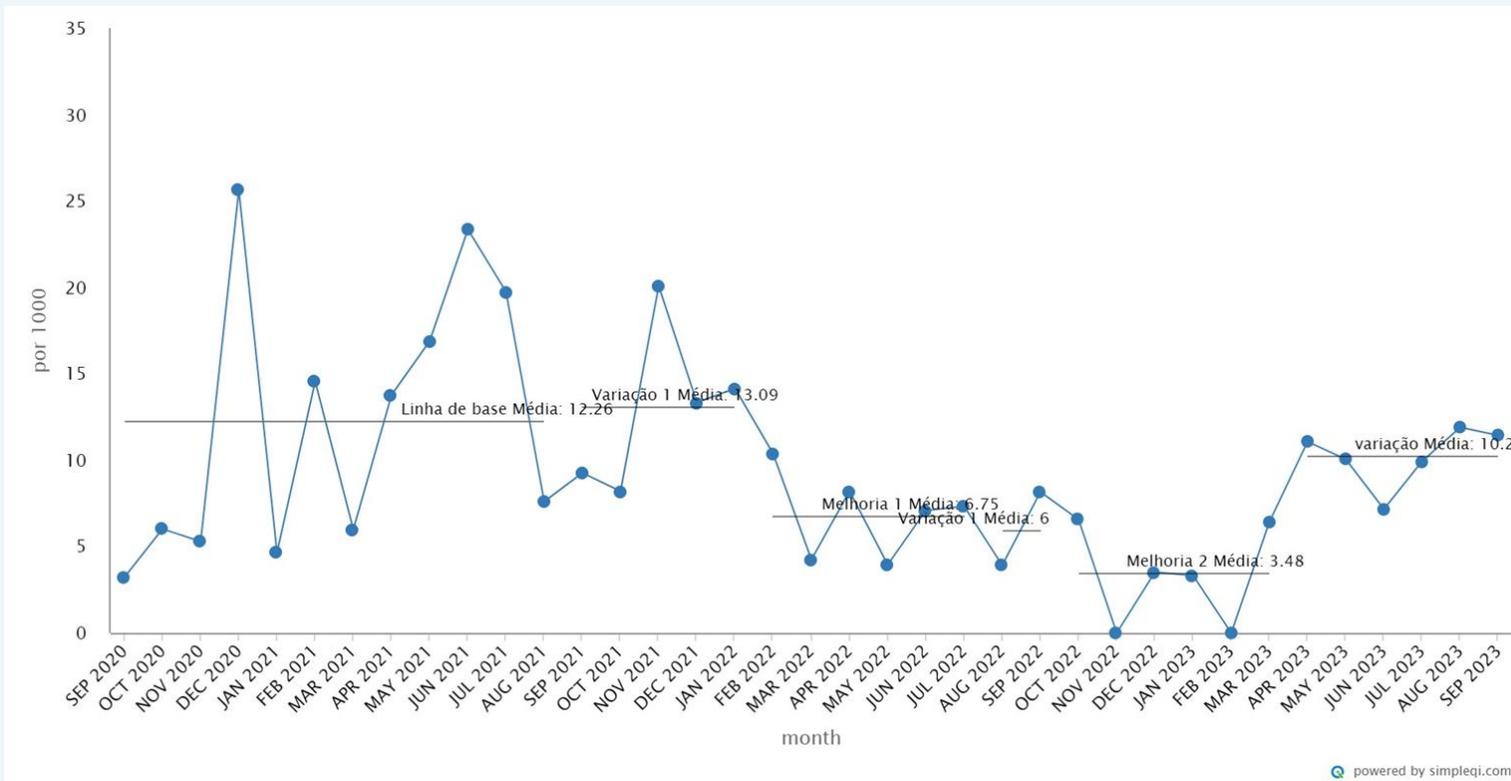
1 - O gráfico apresenta:

- Ponto Astronômico (Causa especial)
- Tendência (Causa especial)
- Deslocamento (Causa especial)
- Variação (Causa comum)

2 - Pela análise da equipe o indicador está melhorando, piorando ou apenas variando?

3 - Quais ações/PDSA estão sendo feitas ou já foram realizadas?

# ISC3 – Adesão ao preparo (do paciente) da pele com produto padronizado na instituição



**Linha de base:**  
**Média atual:**  
**Meta:**

## Análise dos dados:

1 - O gráfico apresenta:

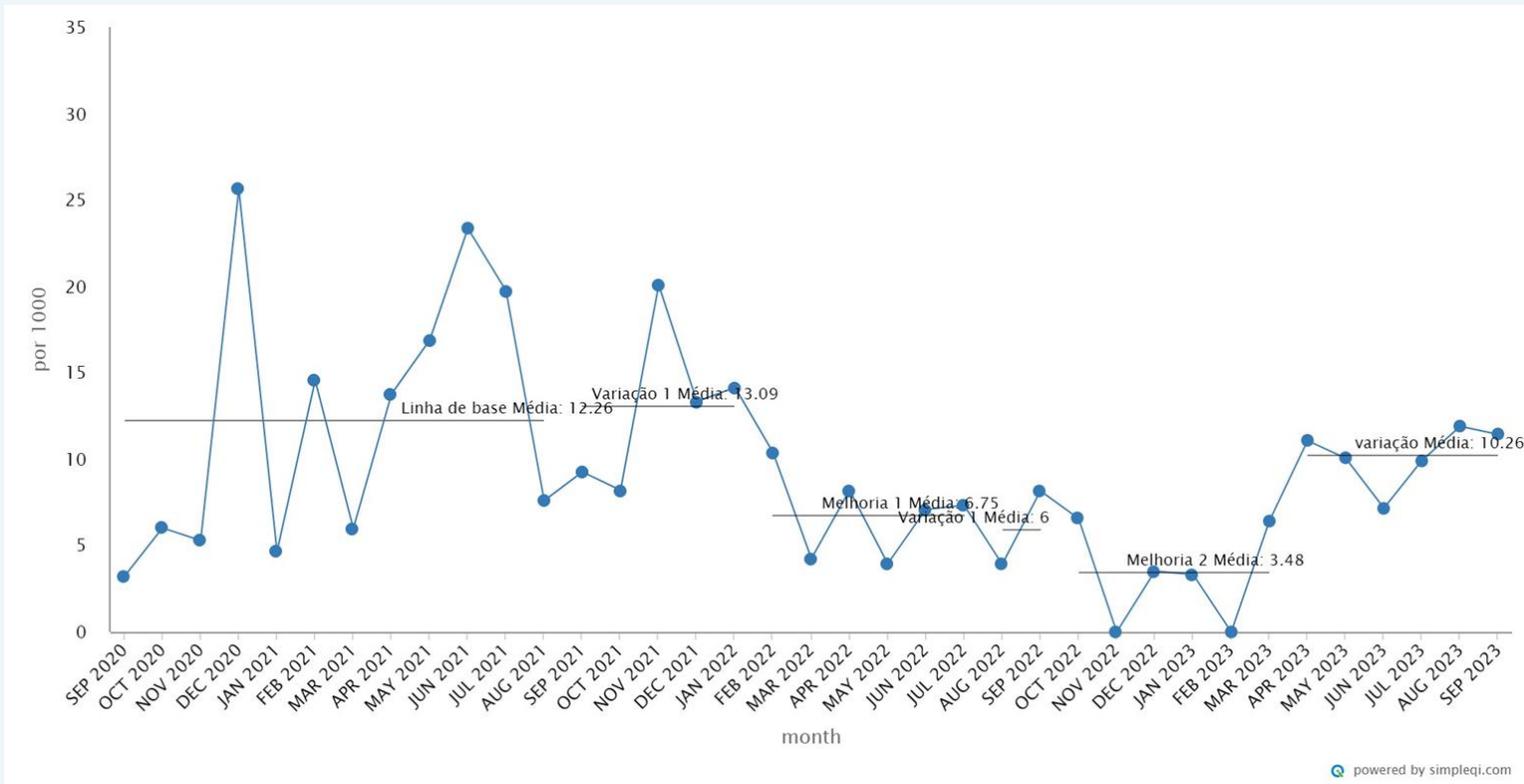
- Ponto Astronômico (Causa especial)
- Tendência (Causa especial)
- Deslocamento (Causa especial)
- Variação (Causa comum)

2 - Pela análise da equipe o indicador está melhorando, piorando ou apenas variando?

3 - Quais ações/PDSA estão sendo feitas ou já foram realizadas?

# ISC4 – Adesão a inspeção do indicador de esterilidade da caixa cirúrgica

**Linha de base:**  
**Média atual:**  
**Meta:**



## Análise dos dados:

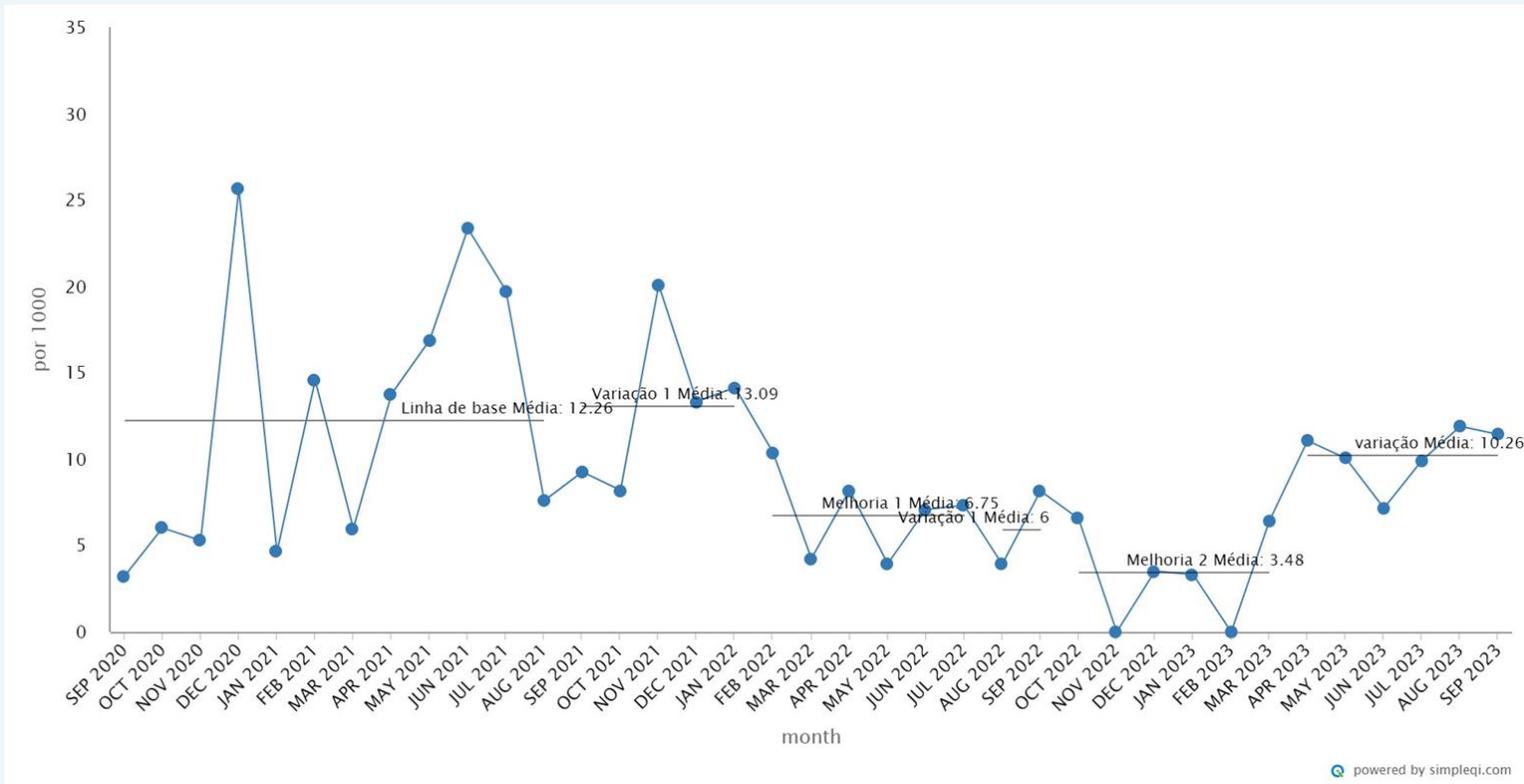
1 - O gráfico apresenta:

- Ponto Astronômico (Causa especial)
- Tendência (Causa especial)
- Deslocamento (Causa especial)
- Variação (Causa comum)

2 - Pela análise da equipe o indicador está melhorando, piorando ou apenas variando?

3 - Quais ações/PDSA estão sendo feitas ou já foram realizadas?

# ISC5 – Adesão ao antibiótico administrado completamente dentro de 1 hora antes da incisão



**Linha de base:**  
**Média atual:**  
**Meta:**

## Análise dos dados:

1 - O gráfico apresenta:

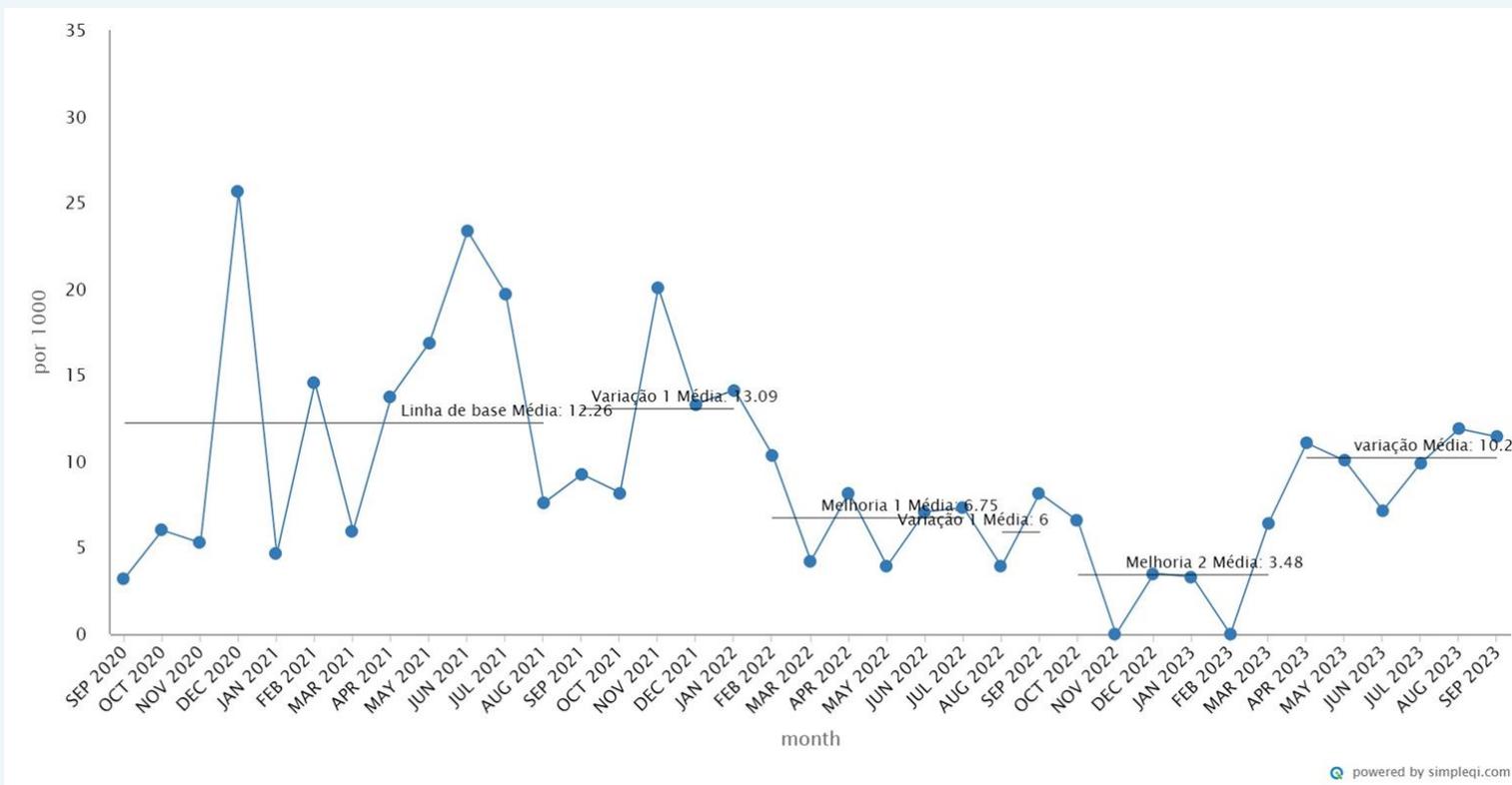
- Ponto Astronômico (Causa especial)
- Tendência (Causa especial)
- Deslocamento (Causa especial)
- Variação (Causa comum)

2 - Pela análise da equipe o indicador está melhorando, piorando ou apenas variando?

3 - Quais ações/PDSA estão sendo feitas ou já foram realizadas?

# ISC6 – Adesão a suspensão do antibiótico em até 24 horas

**Linha de base:**  
**Média atual:**  
**Meta:**



## Análise dos dados:

1 - O gráfico apresenta:

- Ponto Astronômico (Causa especial)
- Tendência (Causa especial)
- Deslocamento (Causa especial)
- Variação (Causa comum)

2 - Pela análise da equipe o indicador está melhorando, piorando ou apenas variando?

3 - Quais ações/PDSA estão sendo feitas ou já foram realizadas?

## ISC

Nº	Mudança	Status*	Data de início	Data final
	...	Em teste		

\*Em teste, implementado ou abandonado

# Quais foram os aprendizados com os testes de PDSAs

---

# Processos de trabalho da equipe de melhoria

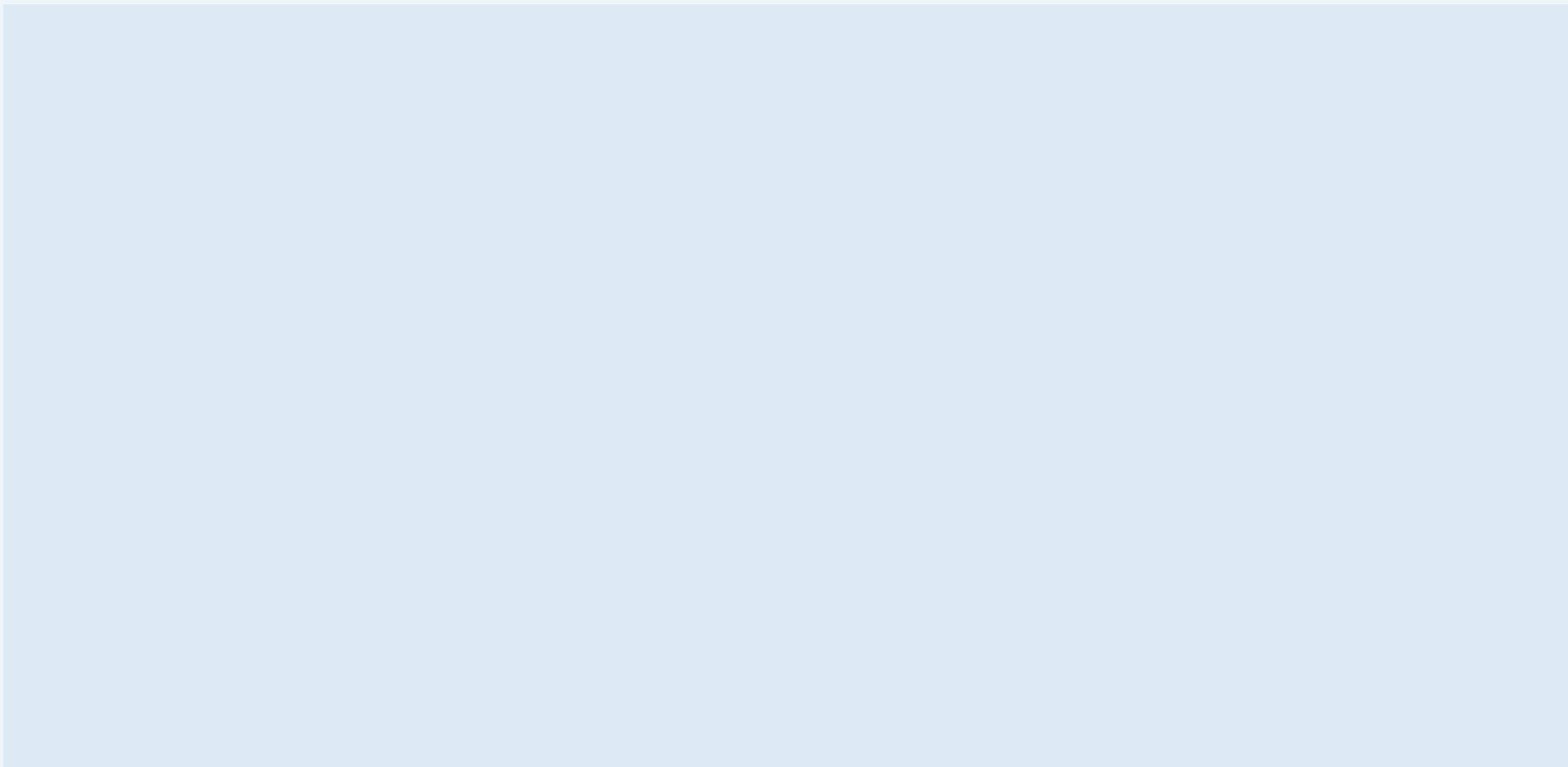
Atividades referentes ao mês	Sim	Não	Observações
A equipe de melhoria está completa?			
A equipe de melhoria se reúne e planeja as atividades do projeto a cada semana?			
O Quadro GDSM está montado? Se sim, foi atualizado regularmente? (Inserir nas observações a data da última atualização)			
A equipe se reuniu regularmente (ao menos 1 vez na semana) em frente ao quadro GDSM?			
A ronda da alta gestão, com a presença do patrocinador, foi realizada neste último mês? (Se não foi realizada descreva o motivo nas observações)			
Durante a ronda, o patrocinador se reuniu com a equipe em frente ao quadro GDSM e utilizou um roteiro com perguntas direcionadas? (5 perguntas para conversar com a equipe sobre os testes de mudanças)			
O patrocinador realizou visitas regulares no lugar em que é prestado o cuidado ao paciente/colaborador (GEMBA)?			
Na sua unidade, o huddle é realizado regularmente?			

Quais as conquistas iremos  
celebrar esse mês

Quais os desafios que nos  
impedem de avançar em  
algum ponto

# Registro fotográfico do mês

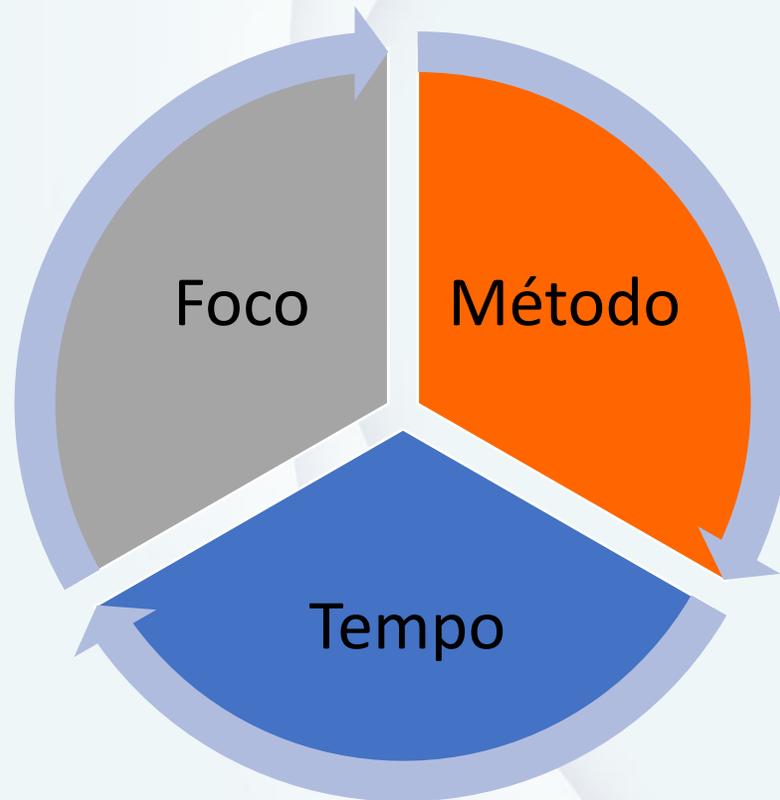
---



# Próximos Passos



## As Três Disciplinas



**SAÚDE**  
em nossas mãos  
atitudes que salvam vidas



**OBRIGADA**



A Beneficência  
Portuguesa  
de São Paulo



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

