

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

Diagrama Direcionador
Pacote de Mudanças
Estratégia de Medição



Diagramas Direcionadores e

Pacotes de Mudanças
(PAV, ITU-AC e IPCSL)

Diagrama Direcionador: Redução da Densidade de Incidência de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAV)

Objetivo

Reduzir a densidade de incidência de PAV em 50%, nas UTIs participantes, até outubro de 2020

Direcionadores Primários

Prestar aos pacientes em ventilação mecânica cuidados oportunos, baseados nas melhores evidências e de forma confiável

Desenvolver equipes multidisciplinares altamente efetivas

Promover uma cultura de qualidade e segurança, com transparência, particularmente em relação a prevenção e o controle de infecção

Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidados e na tomada de decisão

Conceitos de Mudança

1. Realizar higiene oral rotineira nos pacientes sob ventilação mecânica
2. Manter a cabeceira da cama elevada (30°-45°)
3. Realizar a redução da sedação
4. Verificar diariamente a possibilidade de extubação
5. Manter a pressão do balonete da cânula traqueal (cuff) entre 25 a 30 cmH₂O (ou 20-22 mmHg)
6. Manutenção do sistema de ventilação mecânica conforme as recomendações vigentes no país

- Criar um ambiente de colaboração mútua no planejamento e na prestação dos cuidados tornando a equipe de cuidado em parceiros eficazes

- Desenvolver um diálogo aberto e uma cultura 'justa'
- Lideranças envolvidas e comprometidas com a agenda da qualidade e segurança
- Cultivar a transparência
- Tornar a segurança do paciente a prioridade principal da organização
- Definir objetivos mensuráveis de alto nível para a organização
- Demonstrar liderança visível

- Engajar pacientes/famílias, como parceiros em todas as atividades que dizem respeito a eles
- Promover comunicação transparente e aberta entre pacientes, familiares e membros da equipe multidisciplinar

Prestar aos pacientes em Ventilação Mecânica cuidados oportunos, baseados nas melhores evidências e de forma confiável

Conceito de Mudança: Implementação sistemática do “ <i>bundle</i> ” de prevenção PAV	Mudanças
1. Realizar higiene oral rotineira em pacientes sob ventilação mecânica	<ul style="list-style-type: none">• Implementar a higiene oral rotineira (recomenda-se 3x/dia) em pacientes sob ventilação mecânica (uso de antissépticos é opcional)• Incorporar esta atividade na folha de cuidados do paciente
2. Manter a cabeceira da cama elevada (30°-45°)	<ul style="list-style-type: none">• Instituir a política de manutenção da cabeceira elevada a 30°-45°• Descrever as estratégias para medir ângulo da cabeceira da cama• Incorporar a medida na folha de cuidado
3. Realizar a redução da sedação	<ul style="list-style-type: none">• Implementar diretriz de redução da sedação de pacientes sob ventilação mecânica• A estratégia de redução da sedação será variável, podendo se fazer uso de: Despertar diário; Sedação por metas com uso da escalas padronizadas (SAS ou RASS); Manutenção do nível sedação que permita aos pacientes serem despertados quando estimulados
4. Verificar diariamente a possibilidade de extubação	<ul style="list-style-type: none">• Verificação diária da possibilidade de extubação através da aplicação de teste de respiração espontânea (TRE)• Incorporar o TRE ao checklist da visita multiprofissional
5. Manter a pressão do balonete da cânula traqueal (cuff) entre 25 e 30 cmH ₂ O	<ul style="list-style-type: none">• Implementar a medida periódica da pressão do balonete da cânula traqueal (cuff), mantendo-a entre 25-30 cmH₂O (ou 20-22 mmHg)• Incorporar essa medida na folha de cuidados (evolução)
6. Manter o sistema de ventilação mecânica conforme as recomendações vigentes no país	<ul style="list-style-type: none">• Não se recomenda a troca rotineira dos circuitos, exceto quando houver sujidades ou entre pacientes• Manter os circuitos ventilatórios com mínimo de condensados

Desenvolver equipes multidisciplinares altamente efetivas

Conceito de Mudança

Mudanças

Criar um ambiente de colaboração mútua no planejamento e na prestação dos cuidados tornando a equipe de cuidado em parceiros eficazes

- Instituir visitas multidisciplinares incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais na equipe de visitas. Estimular pacientes e familiares a participar
- As visitas multi devem ser estruturadas: incluir formulários (*checklists*) que incluam perguntas relativas a prevenção de infecções
- Estabelecer metas diárias para cada paciente e documentar/comunicar aos familiares e membros da equipe multidisciplinar
- Liderança deve participar das reuniões da equipe de melhoria
- Criar quadro “gestão dos cuidados” para inserção das metas diárias
- Divulgar os indicadores de segurança nas unidades assistenciais
- Criar Quadro de aprendizagem organizacional a vista de todos
- Utilizar exercícios de “observador passivo” (shadowing) e compartilhar histórias de pacientes para ajudar a equipe a entender o processo de cuidado a partir de uma perspectiva diferente
- Procurar ativamente receber a opinião do paciente e familiares e usar estas informações para melhoria
- Padronizar a comunicação clínica e a passagem de casos entre os turnos e áreas usando a ferramenta SBAR (Situação-Contexto-Avaliação-Recomendação) e repetir de volta

Promover uma cultura de qualidade e segurança, com transparência, particularmente em relação a prevenção e o controle de infecção

Conceito de Mudança

Mudanças

Desenvolver um diálogo aberto e uma cultura 'justa'

- Implementar mecanismos de feedback (providencias tomadas) para as questões levantadas durante as rondas/reuniões (ver apresentação Rondas)
- Dar feedback à equipe após a ocorrência de um evento adverso grave

Liderança envolvida e comprometida

- Metas de segurança para os pacientes, incluindo a prevenção e o controle de infecção, são construídos durante as discussões/rondas
- Fazer a vistoria AHRQ, versão Português, três vezes nas unidades piloto durante a Colaborativa PROADI (após a sessão de aprendizagem 1, no meio da Colaborativa, e no fim da colaborativa)

Cultivar a transparência

- Envolver a sociedade e os pacientes
- Comunicar com os pacientes após a ocorrência de um evento adverso
- Utilizar histórias dos pacientes
- Publicar o progresso da Colaborativa dentro e fora da organização
- Partilhar as aprendizagens com outras equipes dentro da Colaborativa e além desta

Promover uma cultura de qualidade e segurança, com transparência, particularmente em relação a prevenção e o controle de infecção

Conceito de Mudança

Mudanças

Tornar a segurança do paciente a prioridade principal da organização

- Fazer uma declaração pública mensal sobre a Colaborativa (imprensa/eventos públicos)
- Nas reuniões do Conselho de Administração e nas reuniões dos diretores dos Serviços do hospital, e nas reuniões das equipes: organizar-se para que a qualidade/ segurança paciente/prevenção/control de infecção seja o primeiro item a ser discutido na agenda com a seguinte configuração:
 1. Apresentar relatório mensal da Colaborativa PROADI
 2. Estabelecer um debate ativo e alinhamento com os objetivos/visão/metad do hospital

Definir objetivos amplos e mensuráveis para a organização

- Definir metas ambiciosas para a Colaborativa e esforçar-se para ser o melhor

Demonstrar liderança visível

- Assegurar-se que as lideranças do hospital participam das rondas/visitas e das reuniões em frente ao quadro de aprendizagem organizacional com a linha de frente e com a equipe do projeto
- Assegurar-se de que a Colaborativa PROADI esteja integrada nas operações da organização ao mesmo nível que os aspectos financeiros e de desempenho

Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidados e na tomada de decisão

Conceito de Mudança	Mudanças
<p>Tornar os cuidados centrados nos pacientes e famílias num valor fundamental da organização, engajando-os como parceiros em todas as atividades que dizem respeito a eles</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Envolver o paciente e família no processo de higiene das mãos de todos os envolvidos no cuidado:<ul style="list-style-type: none">• Estimular a inclusão dos mesmos como verificador da adesão à higiene das mãos e das diretrizes de prevenção de IRAS• Educar o paciente/família quanto a importância da higiene das mãos;• Incentivar familiares à higienizarem as mãos e respeitarem as medidas de precaução de contato, quando indicadas;• Empoderar o paciente e família para solicitar que o profissional de saúde lave as mãos nos 5 momentos;• Garantir a presença de álcool gel próximo ao leito e sob visualização do paciente e família;2. Informar/ Educar o paciente e familiares sobre a forma como podem ajudar a prevenir a infecção associada a PAV, IPCLS e ITU-AC<ul style="list-style-type: none">• Criar as condições para que família/paciente se sintam confortáveis em colaborar para a adesão ao bundle PAV, IPCLS e ITU-AC. Pacientes/família empoderados para perguntar e lembrar:• PAV: sobre a realização de higiene oral 3 X dia, manutenção da cabeceira 30° e previsão de retirada do tubo; estimular e permitir a presença da família no processo de despertar diário como forma de minimizar a ansiedade/agitação do paciente• IPCLS: verificação se curativo limpo e seco, data de troca do curativo e do sistema de infusão, checar a realização de desinfecção de conectores por 5-15 seg., e previsão da retirada do CVC• ITU-AC: realização de higiene íntima 3 X dia (se paciente consciente, orientado e atividade motora de MMSS preservadas, estimular/oferecer a possibilidade do paciente executar a higiene íntima), volume da bolsa coletora, permanência de bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e 10 cm distante do chão, previsão de retirada da sonda.3. Incluir o paciente e familiares no estabelecimento dos objetivos diários dos cuidados e participação nas visitas multidisciplinares ou passagem de plantão

Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidados e na tomada de decisão

Conceito de Mudança	Mudança
Promover comunicação transparente e aberta entre pacientes, familiares e membros da equipe multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none">• Compartilhar as metas diárias com os pacientes e famílias• Envolver paciente e família na elaboração dos PDSAs relacionados ao engajamento de paciente/família• Convidá-los para participar das reuniões do projeto de prevenção de IRAS• Envolver paciente e família na elaboração e validação de todo material educativo para pacientes e famílias• Implantar a visita estendida na UTI em parceria com paciente e família• Criar padrões de comportamento e valores, por escrito, para profissionais de saúde ou não que contenha o seguinte dizeres: trate os pacientes e familiares com dignidade e respeito• Permitir o acesso ao prontuário pelo paciente e família• Envolver o paciente e família nos cuidados para preparo da alta• Utilizar quadro branco ou qualquer outro quadro/painel para facilitar a comunicação entre paciente/família e time assistencial, na área física do leito• Instituir a pré-visita ao paciente /família como forma de identificar dúvidas ou preocupações que deverão ser respondidas durante a visita médica ou multidisciplinar.• Estimular os pacientes e familiares à fazer perguntas durante a visita multidisciplinar (ferramenta AskMe3® poderá ser utilizada)• Fornecer treinamento para equipe assistencial sobre o papel do paciente e família no cuidado

Definição de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAV)

PAV = pneumonia em paciente em ventilação mecânica (VM), por TOT ou traqueostomia, por um período maior que dois dias de calendário (sendo que o D1 é o dia de início da VM) e que na data da infecção o paciente estava em VM ou o ventilador mecânico havia sido removido no dia anterior.

PNEUMONIA DEFINIDA CLINICAMENTE:

Paciente com doença cardíaca ou pulmonar de base* com DUAS ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: Infiltrado; Opacificação; Cavitação. **E**

pelo menos UM dos sinais e sintomas:

- Febre (temperatura: $>38^{\circ}\text{C}$), sem outra causa associada;
- Leucopenia ($< 4000 \text{ cel/mm}^3$) ou leucocitose ($> 12000 \text{ cel/mm}^3$);
- Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes ≥ 70 anos. **E**

pelo menos DOIS dos sinais e sintomas:

- Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração;
- Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 240$ ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios);
- Ausculta com roncosp ou estertores;
- Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia

* Pacientes SEM doença pulmonar ou cardíaca de base (exemplos: síndrome de desconforto respiratório agudo, displasia broncopulmonar, edema pulmonar ou doença pulmonar obstrutiva crônica) 01 (UMA) radiografia de tórax com as alterações descritas já é aceitável.

Diagrama Direcionador:

Redução da densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central, laboratorialmente confirmada (IPCSSL)

Objetivo

Reduzir a densidade de incidência de IPCSL em 50%, nas UTIs participantes, até outubro de 2020

Direcionadores Primários

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

Desenvolver equipes multidisciplinares altamente efetivas

Promover uma cultura de qualidade e segurança, com transparência, particularmente em relação a prevenção e o controle de infecção

Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidados e na tomada de decisão

Conceitos de Mudança

- Inserção**
1. Avaliar a indicação de inserção de CVC
 2. Utilizar a precaução de barreira máxima
 3. Realizar antisepsia da pele com clorexidina Selecionar de forma ótima o local de inserção
 4. Realizar curativo após inserção de forma adequada
- Manutenção**
1. Registrar a indicação de permanência do CVC
 2. Aderir a técnica asséptica no manuseio do cateter
 3. Realizar a manutenção do sistema de infusão de acordo com as recomendações vigentes do país
 4. Aderir a técnica correta de curativo

Criar um ambiente de colaboração mútua no planejamento e na prestação dos cuidados tornando a equipe de cuidado em parceiros eficazes

- Desenvolver um diálogo aberto e uma cultura 'justa'
- Lideranças envolvidas e comprometidas com a agenda da qualidade e segurança
- Cultivar a transparência
- Tornar a segurança do paciente a prioridade principal da organização
- Definir objetivos mensuráveis de alto nível para a organização
- Demonstrar liderança visível

- Tornar os cuidados centrados nos pacientes e famílias num valor fundamental da organização, engajando-os como parceiros em todas as atividades que dizem respeito a eles
- Promover comunicação transparente e aberta entre pacientes, familiares e membros da equipe multidisciplinar

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

	Conceito de Mudança	Mudanças
Inserção de CVC	1. Avaliar a indicação de inserção de CVC	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar a necessidade de inserção e discutir alternativas ao cateter venoso central• Registrar a razão da necessidade do CVC
	2. Utilizar a precaução de barreira máxima	<ul style="list-style-type: none">• Realizar a higiene das mãos com solução alcoólica ou água e sabão se houver sujidade, antes da paramentação para o procedimento.• Durante a inserção, é obrigatório o uso de máscara, gorro, avental estéril de manga longa, luva estéril, campo estéril da cabeça aos pés• Uso de kit para a inserção
	3. Realizar antissepsia da pele com clorexidina	<ul style="list-style-type: none">• Realizar antissepsia da pele do paciente com solução alcoólica de clorexidina a = > 0,5%. Fricção por 30 segundos e deixar secar espontaneamente por 2 minutos. Se sujidade, realizar degermação prévia com solução degermante de clorexidina 2% a aplicar solução alcoólica de clorexidina a 0,5% após
	4. Selecionar de forma ótima o local de inserção	<ul style="list-style-type: none">• Selecionar o tipo de cateter e sítio de inserção adequados, evitando-se a cateterização das veias femorais.• Sempre que possível, deve-se privilegiar nova inserção de cateter em vez de usar fio guia para reposicionar/manipular o cateter existente.
	5. Realizar curativo após inserção de forma adequada	<ul style="list-style-type: none">• Use técnica asséptica para realizar curativo• Documentar data do curativo, preferencialmente no próprio curativo

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

Conceito de Mudança

Mudanças

Manutenção de CVC

1. Registrar a indicação de permanência do CVC

- Visita Multidisciplinar diária, com revisão da necessidade de permanência do cateter
- Prontidão em remover o cateter desnecessário
- Não realizar troca pré-programada do cateter central

2. Aderir a técnica asséptica no manuseio do cateter

- Realizar higiene das mãos antes de manusear o cateter
- Realizar a desinfecção das conexões, conectores e portas de adição de medicamentos com álcool a 70% por 5-15 segundos, antes do manuseio do cateter (SCRUB THE HUB)

3. Realizar a manutenção do sistema de infusão de acordo com as recomendações vigentes do país

- Trocar conectores a cada 96h
- Trocar equipos, se infusão continua a cada 96h e se infusão intermitente a cada 24h
- Trocar equipos e dispositivo complementar de NPT a cada bolsa
- Trocar equipo e dispositivo complementar de propofol a cada 12hs
- Trocar equipo de monitorização hemodinâmica cada 96hs

4. Aderir a técnica correta de curativo

- Trocar o curativo convencional (gaze e fita adesiva) a cada 48hs ou antes se houver sujidade
- Trocar a cada 7 dias se o curativo for transparente (antes se houver sujidade ou descolado da pele)

Desenvolver equipes multidisciplinares altamente efetivas

Conceito de Mudança

Mudanças

Criar um ambiente de colaboração mútua no planejamento e na prestação dos cuidados tornando a equipe de cuidado em parceiros eficazes

- Instituir visitas multidisciplinares incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais na equipe de visitas. Estimular pacientes e familiares a participar
- As visitas multi devem ser estruturadas: incluir formulários (*checklists*) que incluam perguntas relativas a prevenção de infecções
- Estabelecer metas diárias para cada paciente e documentar/comunicar aos familiares e membros da equipe multidisciplinar
- Liderança deve participar das reuniões da equipe de melhoria
- Criar quadro “gestão dos cuidados” para inserção das metas diárias
- Divulgar os indicadores de segurança nas unidades assistenciais
- Criar Quadro de aprendizagem organizacional a vista de todos
- Utilizar exercícios de “observador passivo” (shadowing) e compartilhar histórias de pacientes para ajudar a equipe a entender o processo de cuidado a partir de uma perspectiva diferente
- Procurar ativamente receber a opinião do paciente e familiares e usar estas informações para melhoria
- Padronizar a comunicação clínica e a passagem de casos entre os turnos e áreas usando a ferramenta SBAR (Situação-Contexto-Avaliação-Recomendação) e repetir de volta

Promover uma cultura de qualidade e segurança, com transparência, particularmente em relação a prevenção e o controle de infecção

Conceito de Mudança

Mudanças

Desenvolver um diálogo aberto e uma cultura 'justa'

- Implementar mecanismos de feedback (providencias tomadas) para as questões levantadas durante as rondas/reuniões (ver apresentação Rondas)
- Dar feedback à equipe após a ocorrência de um evento adverso grave

Liderança envolvida e comprometida

- Metas de segurança para os pacientes, incluindo a prevenção e o controle de infecção, são construídos durante as discussões/rondas
- Fazer a vistoria AHRQ, versão Português, três vezes nas unidades piloto durante a Colaborativa PROADI (após a sessão de aprendizagem 1, no meio da Colaborativa, e no fim da colaborativa)

Cultivar a transparência

- Envolver a sociedade e os pacientes
- Comunicar com os pacientes após a ocorrência de um evento adverso
- Utilizar histórias dos pacientes
- Publicar o progresso da Colaborativa dentro e fora da organização
- Partilhar as aprendizagens com outras equipes dentro da Colaborativa e além desta

Promover uma cultura de qualidade e segurança, com transparência, particularmente em relação a prevenção e o controle de infecção

Conceito de Mudança

Mudanças

Tornar a segurança do paciente a prioridade principal da organização

- Fazer uma declaração pública mensal sobre a Colaborativa (imprensa/eventos públicos)
- Nas reuniões do Conselho de Administração e nas reuniões dos diretores dos Serviços do hospital, e nas reuniões das equipes: organizar-se para que a qualidade/ segurança paciente/prevenção/control de infecção seja o primeiro item a ser discutido na agenda com a seguinte configuração:
 1. Apresentar relatório mensal da Colaborativa PROADI
 2. Estabelecer um debate ativo e alinhamento com os objetivos/visão/metad do hospital

Definir objetivos amplos e mensuráveis para a organização

- Definir metas ambiciosas para a Colaborativa e esforçar-se para ser o melhor

Demonstrar liderança visível

- Assegurar-se que as lideranças do hospital participam das rondas/visitas e das reuniões em frente ao quadro de aprendizagem organizacional com a linha de frente e com a equipe do projeto
- Assegurar-se de que a Colaborativa PROADI esteja integrada nas operações da organização ao mesmo nível que os aspectos financeiros e de desempenho

Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidados e na tomada de decisão

Conceito de Mudança	Mudanças
<p>Tornar os cuidados centrados nos pacientes e famílias num valor fundamental da organização, engajando-os como parceiros em todas as atividades que dizem respeito a eles</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Envolver o paciente e família no processo de higiene das mãos de todos os envolvidos no cuidado:<ul style="list-style-type: none">• Estimular a inclusão dos mesmos como verificador da adesão à higiene das mãos e das diretrizes de prevenção de IRAS• Educar o paciente/família quanto a importância da higiene das mãos;• Incentivar familiares à higienizarem as mãos e respeitarem as medidas de precaução de contato, quando indicadas;• Empoderar o paciente e família para solicitar que o profissional de saúde lave as mãos nos 5 momentos;• Garantir a presença de álcool gel próximo ao leito e sob visualização do paciente e família;2. Informar/ Educar o paciente e familiares sobre a forma como podem ajudar a prevenir a infecção associada a PAV, IPCLS e ITU-AC<ul style="list-style-type: none">• Criar as condições para que família/paciente se sintam confortáveis em colaborar para a adesão ao bundle PAV, IPCLS e ITU-AC. Pacientes/família empoderados para perguntar e lembrar:• PAV: sobre a realização de higiene oral 3 X dia, manutenção da cabeceira 30° e previsão de retirada do tubo; estimular e permitir a presença da família no processo de despertar diário como forma de minimizar a ansiedade/agitação do paciente• IPCLS: verificação se curativo limpo e seco, data de troca do curativo e do sistema de infusão, checar a realização de desinfecção de conectores por 5-15 seg., e previsão da retirada do CVC• ITU-AC: realização de higiene íntima 3 X dia (se paciente consciente, orientado e atividade motora de MMSS preservadas, estimular/oferecer a possibilidade do paciente executar a higiene íntima), volume da bolsa coletora, permanência de bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e 10 cm distante do chão, previsão de retirada da sonda.3. Incluir o paciente e familiares no estabelecimento dos objetivos diários dos cuidados e participação nas visitas multidisciplinares ou passagem de plantão

Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidados e na tomada de decisão

Conceito de Mudança	Mudança
Promover comunicação transparente e aberta entre pacientes, familiares e membros da equipe multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none">• Compartilhar as metas diárias com os pacientes e famílias• Envolver paciente e família na elaboração dos PDSAs relacionados ao engajamento de paciente/família• Convidá-los para participar das reuniões do projeto de prevenção de IRAS• Envolver paciente e família na elaboração e validação de todo material educativo para pacientes e famílias• Implantar a visita estendida na UTI em parceria com paciente e família• Criar padrões de comportamento e valores, por escrito, para profissionais de saúde ou não que contenha o seguinte dizeres: trate os pacientes e familiares com dignidade e respeito• Permitir o acesso ao prontuário pelo paciente e família• Envolver o paciente e família nos cuidados para preparo da alta• Utilizar quadro branco ou qualquer outro quadro/painel para facilitar a comunicação entre paciente/família e time assistencial, na área física do leito• Instituir a pré-visita ao paciente /família como forma de identificar dúvidas ou preocupações que deverão ser respondidas durante a visita médica ou multidisciplinar.• Estimular os pacientes e familiares à fazer perguntas durante a visita multidisciplinar (ferramenta AskMe3® poderá ser utilizada)• Fornecer treinamento para equipe assistencial sobre o papel do paciente e família no cuidado

Definição de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central (IPCSSL)

Infecção primária de corrente sanguínea laboratorialmente confirmada (IPCSSL)

Critério 1. Paciente acima de 28 dias com agente patogênico identificado em uma ou mais hemoculturas **E** o microorganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso. **OU**

Critério 2. Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre ($>38^{\circ}\text{C}$), calafrios, hipotensão (pressão sistólica $\leq 90\text{mmHg}$) **E** o microorganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso **E** Duas ou mais hemoculturas coletadas em momentos distintos no mesmo dia ou no máximo dia seguinte, positivas para agentes contaminantes de pele: *Corynebacterium spp.* (exclui o *C. Diphtheriae*), *Bacillus spp.* (exclui *B. anthracis*), *Propionibacterium spp.*, *Staphylococcus coagulase negativa*, *Streptococcus* do grupo *viridans*, *Aerococcus spp.* e *Micrococcus spp.*) Os elementos definidores destes critérios devem ocorrer respeitando a janela de 07 dias (a partir da data da hemocultura positiva, investigar 03 dias antes) para definição da infecção. Tempo definido entre a data de inserção do cateter e a ocorrência da IPCSSL é a partir do D2 sendo o primeiro dia de instalação o D1 e que no dia do diagnóstico o paciente estava em uso do cateter ou havia removido o dispositivo no dia anterior.

a- Outro foco infeccioso se aplica quando o paciente tem critério epidemiológico para outro tipo de infecção **E** - a cultura do sítio específico + hemocultura possui pelo menos 1 agente em comum **OU** - a hemocultura positiva em um elemento que define o sítio específico e é coletada dentro do período de janela para a data da infecção. b- No critério 2, a frase "2 ou mais hemoculturas em momentos distintos" significa que as amostras de sangue de pelo menos duas coletas separadas foram obtidas no mesmo dia ou no dia seguinte **OU** coletadas de forma a sugerir que houve 2 preparos diferentes do sítio de coleta. Desta forma, reduz-se o risco de contaminações de coleta serem consideradas IPCSSL. Por exemplo, 2 coletas de sítios diferentes (diferentes punções venosas, a combinação de punção venosa e coleta de lúmen de cateter central, ou coleta de 2 lumens diferentes de um mesmo cateter central) ou de um mesmo sítio em diferentes horários foram preparadas de forma separadas.

Definição de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central (IPCSL)

Desde 2017 recomenda-se que as IPCSL associadas a dano de barreira mucosa sejam notificadas como IPCSL. OS critérios de IPCSL associadas a dano de barreira mucosa são listados abaixo:

IPCS laboratorialmente confirmada associada a dano de barreira mucosa *

Critério 1 – Paciente acima de 28 dias que preenche o critério 1 para IPCS laboratorialmente confirmada com pelo menos 1 amostra de hemocultura com qualquer dos seguintes organismos intestinais (*Bacteroides spp.*, *Candida spp.*, *Clostridium spp.*, *Enterococcus spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Prevotella spp.*, *Veillonella spp.*, ou *Enterobacteriaceae*) e nenhum outro organismo. **E** paciente preenche pelo menos 1 dos seguintes critérios: 1) TMO alogênico (dentro de 1 ano) com DECH gastrointestinal III - IV ; ou $\geq 1L$ de diarreia em 24hs (ou ≥ 20 ml/kg em 24hs para pacientes menores que 18 anos de idade); 2) Neutropênico, definido com pelo menos 2 dias separados com valores de contagem absoluta de neutrófilos ou contagem de células brancas no sangue total menor que < 500 células/mm³ dentro de período de 7 dias que inclui a data da hemocultura positiva (D1), e investigar 03 dias antes e 03 dias após.

Critério 2 – Paciente acima de 28 dias que preenche o critério 2 para IPCS laboratorialmente confirmada com pelo menos 1 amostra de hemocultura com *Streptococcus* do grupo *viridans* e nenhum outro organismo. **E** pelo menos 1 dos seguintes critérios: 1) TMO alogênico (dentro de 1 ano) com DECH gastrointestinal III - IV ; ou $\geq 1L$ de diarreia em 24hs (ou ≥ 20 ml/kg em 24hs para pacientes menores que 18 anos de idade); 2) Neutropênico, definido com pelo menos 2 dias separados com valores de contagem absoluta de neutrófilos ou contagem de células brancas no sangue total menor que < 500 células/mm³ dentro de período de 7 dias que inclui a data da hemocultura positiva (D1), e investigar 03 dias antes e 03 dias após.

* Embora esta infecção tenha de ser incluída nas taxas de IPCS laboratorialmente confirmadas associadas a cateter central, recomenda-se que os serviços de saúde também realizem sua vigilância separadamente.

Diagrama Direcionador:

Redução da densidade de incidência de Infecção do Trato Urinário Associado a Cateter Vesical de Demora (ITU-AC)

Conceitos de Mudança

Objetivo

Reduzir a densidade de incidência de ITU-AC em 50%, nas UTIs participantes, até outubro de 2020

Direcionadores Primários

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

Desenvolver equipes multidisciplinares altamente efetivas

Promover uma cultura de qualidade e segurança, com transparência, particularmente em relação a prevenção e o controle de infecção

Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidados e na tomada de decisão

Inserção

1. Indicar o uso de cateter vesical apenas quando for apropriado
2. Cumprir a técnica asséptica na inserção de cateter vesical

Manutenção

1. Manter o sistema de drenagem fechado
2. Executar a técnica correta durante manipulação do sistema de drenagem
3. Realizar a higiene diária do meato uretral,
4. Verificar diariamente a necessidade de manter o cateter vesical

Criar um ambiente de colaboração mútua no planejamento e na prestação dos cuidados tornando a equipe de cuidado em parceiros eficazes

- Desenvolver um diálogo aberto e uma cultura 'justa'
- Lideranças envolvidas e comprometidas com a agenda da qualidade e segurança
- Cultivar a transparência
- Tornar a segurança do paciente a prioridade principal da organização
- Definir objetivos mensuráveis de alto nível para a organização
- Demonstrar liderança visível

- Tornar os cuidados centrados nos pacientes e famílias num valor fundamental da organização, engajando-os como parceiros em todas as atividades que dizem respeito a eles
- Promover comunicação transparente e aberta entre pacientes, familiares e membros da equipe multidisciplinar

Prestar aos pacientes com sonda vesical cuidados oportunos, baseados nas melhores evidências e de forma confiável

	Conceito de Mudança	Mudanças
<i>Bundle de inserção</i>	1. Indicar o uso de cateter vesical apenas quando for apropriado	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver critérios para indicação de inserção apropriada de cateter vesical • Considerar alternativas à inserção do cateter urinário e documentar a alternativa • Garantir uma seleção adequada de alternativas a cateteres (condom, fraldas, papagaio/comadre) • Documentar o motivo clínico da inserção • Selecionar o tipo de cateter apropriado e o calibre correto para cada indicação
	2. Cumprir a técnica asséptica na inserção de cateter vesical	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar o uso da técnica correta de inserção de cateter vesical
<i>Bundle de manutenção</i>	3. Manter o sistema de drenagem fechado	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar sistema fechado de drenagem • Não abrir o sistema para coleta de urina
	4. Executar a técnica correta durante manipulação do sistema de drenagem	<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos antes e após tocar no sistema de drenagem • Manter bolsa de drenagem abaixo do nível da bexiga e 10 cm distante do chão • Manter o fluxo de urina livre evitando dobras e acotovelamentos do sistema de drenagem • Esvaziar a bolsa coletora quando estiver com 2/3 da sua capacidade
	5. Realizar a higiene diária do meato uretral	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar higiene pelo paciente (sempre que possível) ou pelos profissionais de saúde • Ensinar aos pacientes e familiares a importância da higiene diária e como fazê-la
	6. Verificar diariamente a necessidade de manter o cateter vesical	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar instrumento para verificação diária dos cateteres em uso e se estão com indicação apropriada • Abordar equipe médica para remoção do cateter caso não haja mais critério para sua utilização • Utilizar lembretes ou outros alertas para que a equipe médica documente a razão da permanência de um cateter • Registrar diariamente no prontuário do paciente as razões para manutenção do cateter

Desenvolver equipes multidisciplinares altamente efetivas

Conceito de Mudança

Mudanças

Criar um ambiente de colaboração mútua no planejamento e na prestação dos cuidados tornando a equipe de cuidado em parceiros eficazes

- Instituir visitas multidisciplinares incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais na equipe de visitas. Estimular pacientes e familiares a participar
- As visitas multi devem ser estruturadas: incluir formulários (*checklists*) que incluam perguntas relativas a prevenção de infecções
- Estabelecer metas diárias para cada paciente e documentar/comunicar aos familiares e membros da equipe multidisciplinar
- Liderança deve participar das reuniões da equipe de melhoria
- Criar quadro “gestão dos cuidados” para inserção das metas diárias
- Divulgar os indicadores de segurança nas unidades assistenciais
- Criar Quadro de aprendizagem organizacional a vista de todos
- Utilizar exercícios de “observador passivo” (shadowing) e compartilhar histórias de pacientes para ajudar a equipe a entender o processo de cuidado a partir de uma perspectiva diferente
- Procurar ativamente receber a opinião do paciente e familiares e usar estas informações para melhoria
- Padronizar a comunicação clínica e a passagem de casos entre os turnos e áreas usando a ferramenta SBAR (Situação-Contexto-Avaliação-Recomendação) e repetir de volta

Promover uma cultura de qualidade e segurança, com transparência, particularmente em relação a prevenção e o controle de infecção

Conceito de Mudança

Mudanças

Desenvolver um diálogo aberto e uma cultura 'justa'

- Implementar mecanismos de feedback (providencias tomadas) para as questões levantadas durante as rondas/reuniões (ver apresentação Rondas)
- Dar feedback à equipe após a ocorrência de um evento adverso grave

Liderança envolvida e comprometida

- Metas de segurança para os pacientes, incluindo a prevenção e o controle de infecção, são construídos durante as discussões/rondas
- Fazer a vistoria AHRQ, versão Português, três vezes nas unidades piloto durante a Colaborativa PROADI (após a sessão de aprendizagem 1, no meio da Colaborativa, e no fim da colaborativa)

Cultivar a transparência

- Envolver a sociedade e os pacientes
- Comunicar com os pacientes após a ocorrência de um evento adverso
- Utilizar histórias dos pacientes
- Publicar o progresso da Colaborativa dentro e fora da organização
- Partilhar as aprendizagens com outras equipes dentro da Colaborativa e além desta

Promover uma cultura de qualidade e segurança, com transparência, particularmente em relação a prevenção e o controle de infecção

Conceito de Mudança

Mudanças

Tornar a segurança do paciente a prioridade principal da organização

- Fazer uma declaração pública mensal sobre a Colaborativa (imprensa/eventos públicos)
- Nas reuniões do Conselho de Administração e nas reuniões dos diretores dos Serviços do hospital, e nas reuniões das equipes: organizar-se para que a qualidade/ segurança paciente/prevenção/controlado de infecção seja o primeiro item a ser discutido na agenda com a seguinte configuração:
 1. Apresentar relatório mensal da Colaborativa PROADI
 2. Estabelecer um debate ativo e alinhamento com os objetivos/visão/metabol hospital

Definir objetivos amplos e mensuráveis para a organização

- Definir metas ambiciosas para a Colaborativa e esforçar-se para ser o melhor

Demonstrar liderança visível

- Assegurar-se que as lideranças do hospital participam das rondas/visitas e das reuniões em frente ao quadro de aprendizagem organizacional com a linha de frente e com a equipe do projeto
- Assegurar-se de que a Colaborativa PROADI esteja integrada nas operações da organização ao mesmo nível que os aspectos financeiros e de desempenho

Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidados e na tomada de decisão

Conceito de Mudança	Mudanças
<p>Tornar os cuidados centrados nos pacientes e famílias num valor fundamental da organização, engajando-os como parceiros em todas as atividades que dizem respeito a eles</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Envolver o paciente e família no processo de higiene das mãos de todos os envolvidos no cuidado:<ul style="list-style-type: none">• Estimular a inclusão dos mesmos como verificador da adesão à higiene das mãos e das diretrizes de prevenção de IRAS• Educar o paciente/família quanto a importância da higiene das mãos;• Incentivar familiares à higienizarem as mãos e respeitarem as medidas de precaução de contato, quando indicadas;• Empoderar o paciente e família para solicitar que o profissional de saúde lave as mãos nos 5 momentos;• Garantir a presença de álcool gel próximo ao leito e sob visualização do paciente e família;2. Informar/ Educar o paciente e familiares sobre a forma como podem ajudar a prevenir a infecção associada a PAV, IPCLS e ITU-AC<ul style="list-style-type: none">• Criar as condições para que família/paciente se sintam confortáveis em colaborar para a adesão ao bundle PAV, IPCLS e ITU-AC. Pacientes/família empoderados para perguntar e lembrar:• PAV: sobre a realização de higiene oral 3 X dia, manutenção da cabeceira 30° e previsão de retirada do tubo; estimular e permitir a presença da família no processo de despertar diário como forma de minimizar a ansiedade/agitação do paciente• IPCLS: verificação se curativo limpo e seco, data de troca do curativo e do sistema de infusão, checar a realização de desinfecção de conectores por 5-15 seg., e previsão da retirada do CVC• ITU-AC: realização de higiene íntima 3 X dia (se paciente consciente, orientado e atividade motora de MMSS preservadas, estimular/oferecer a possibilidade do paciente executar a higiene íntima), volume da bolsa coletora, permanência de bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e 10 cm distante do chão, previsão de retirada da sonda.3. Incluir o paciente e familiares no estabelecimento dos objetivos diários dos cuidados e participação nas visitas multidisciplinares ou passagem de plantão

Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidados e na tomada de decisão

Conceito de Mudança	Mudança
Promover comunicação transparente e aberta entre pacientes, familiares e membros da equipe multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none">• Compartilhar as metas diárias com os pacientes e famílias• Envolver paciente e família na elaboração dos PDSAs relacionados ao engajamento de paciente/família• Convidá-los para participar das reuniões do projeto de prevenção de IRAS• Envolver paciente e família na elaboração e validação de todo material educativo para pacientes e famílias• Implantar a visita estendida na UTI em parceria com paciente e família• Criar padrões de comportamento e valores, por escrito, para profissionais de saúde ou não que contenha o seguinte dizeres: trate os pacientes e familiares com dignidade e respeito• Permitir o acesso ao prontuário pelo paciente e família• Envolver o paciente e família nos cuidados para preparo da alta• Utilizar quadro branco ou qualquer outro quadro/painel para facilitar a comunicação entre paciente/família e time assistencial, na área física do leito• Instituir a pré-visita ao paciente /família como forma de identificar dúvidas ou preocupações que deverão ser respondidas durante a visita médica ou multidisciplinar.• Estimular os pacientes e familiares à fazer perguntas durante a visita multidisciplinar (ferramenta AskMe3® poderá ser utilizada)• Fornecer treinamento para equipe assistencial sobre o papel do paciente e família no cuidado

Definição de Infecção de Trato Urinário Associada a Cateter Vesical de Demora (ITU-AC)

Paciente em uso de cateter vesical de demora há pelo menos dois dias calendário (sendo que D1: dia da passagem do cateter vesical) **E** em uso de cateter a vesical no dia da coleta da urocultura **Ou** que foi removido na data anterior da coleta da urocultura (1 dia sem cateter vesical entre retirada e coleta da urocultura)

E

Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas, sem outra causa conhecida:

Febre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)

Dor ou desconforto supra-púbico ou lombar

Urgência ou aumento da frequência miccional

Disúria

E

Cultura de urina com $\geq 10^5$ UFC/ml com no máximo duas espécies de microbianas.

(Os seguintes organismos **são excluídos** para atender o critério de definição de ITU: todas as espécies de *Cândida*, *fungos dimórficos* ou *parasitas*).

Definições Operacionais dos Indicadores da Colaborativa PROADI-SUS

*IPCSL, ITU-AC, PAV, Liderança/Engajamento
pacientes/famílias e Indicadores de Equipe*

Infecção de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central - IPCSL

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
IPCSL1	Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter venoso central	R	Número absoluto de casos novos de IPCSL, laboratorial -mente confirmadas, no período	Número de pacientes com cateter-dia no período	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 1000	Mensal	100%	<p>Numerador: Pacientes adultos internados na unidade de terapia intensiva que preencham critérios para IPCSL</p> <p>Atenção: Pacientes adultos internados na unidade que preencham critério diagnóstico para IPCSL, com tempo \geq 48 horas de internação na unidade (independente da unidade do hospital responsável pela inserção do CVC) ; e pacientes que evoluem com IPCSL após 48 horas de alta da unidade.</p> <p>Denominador: Contar diariamente o Número de pacientes com CVC. Quando o paciente tiver mais de um CVC, ele deverá contar apenas uma vez. Realizar esta averiguação sempre no mesmo horário.</p> <p>Nota: Um paciente pode ter mais de um episódio de IPCSL numa mesma internação. Laboratorialmente confirmado significa hemocultura positiva</p>	Redução de 50%
IPCSL 2	Taxa de utilização de CVC	P	Número de pacientes com cateter venoso central -dia	Número de pacientes-dia no período	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	100%	<p>Numerador: Soma do número de pacientes com cateter venoso central-dia na UTI no período.</p> <p>Denominador: Soma do total de pacientes-dia na UTI no período.</p>	

Adesão ao *bundle* de inserção de “cateter venoso central” (CVC)

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
IPCSL3	Porcentagem de adesão ao <i>bundle</i> de inserção de cateter venoso central	P	Número de inserções de cateter venoso central observados que receberam TODOS os elementos do <i>bundle de inserção</i>	Número de inserções de cateter venoso central observadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações ou 100% das inserções quando o numero de inserções for \leq que 20	Sugestão: quando o volume de cateteres venosos centrais for alto, coletar dados uma vez por semana, fazendo um rodízio entre os dias da semana e turnos de trabalho. No dia selecionado coletar dados de todos os pacientes com cateter venoso central através da análise da documentação ou formulário (checklist) nos quais constam os dados da inserção do cateter venoso central ou faça observações diretas da passagem do cateter. Quando o volume for baixo, fazer inspeção de 100% dos cateteres venosos centrais inseridos. Pelo menos 20 observações devem ser feitas a cada mês. É obrigatório que TODOS os elementos do bundle estejam registrados. O numerador é uma medida "tudo ou nada",. O paciente só será contado como "aderente ao bundle" se recebeu todos os elementos. Se estiver faltando algum (e não houver justificativa clínica para tal), ele NÃO entra no numerador. Se a % de adesão for baixa, meça a adesão individual a cada elemento do bundle. Neste caso, o numerador é o total de pacientes com CVC que receberam aquele elemento do bundle e o denominador é o total de CVCs analisados. Divida o numerador pelo denominador e multiplique por 100 para obter a % . NÃO incluir nas observações cateteres arteriais periféricos, cateteres arteriais femorais e balões intra-aórticos.	$\geq 95\%$

Adesão ao *bundle* de inserção de “cateter venoso central” (CVC)

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
IPCSL3a	Porcentagem de adesão a “Avaliar a indicação de inserção de CVC”	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações ou 100% das inserções quando o numero de inserções for ≤ que 20	Ver recomendações no item adesão ao bundle de inserção	≥ 95%
IPCSL3b	Porcentagem de adesão a “Utilizar a precaução de barreira máxima”	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações ou 100% das inserções quando o numero de inserções for ≤ que 20	Ver recomendações no item adesão ao bundle de inserção	≥ 95%
IPCSL3c	Porcentagem de adesão a “Realizar antisepsia com clorexidina da pele”	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações ou 100% das inserções quando o numero de inserções for ≤ que 20	Ver recomendações no item adesão ao bundle de inserção	≥ 95%
IPCSL3d	Porcentagem de adesão à “Selecionar de forma ótima o local de inserção”	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações ou 100% das inserções quando o numero de inserções for ≤ que 20	Ver recomendações no item adesão ao bundle de inserção	≥ 95%
IPCSL3e	Porcentagem de adesão à “Realizar curativo após inserção de forma adequada”	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações ou 100% das inserções quando o numero de inserções for ≤ que 20	Ver recomendações no item adesão ao bundle de inserção	≥ 95%

Adesão ao *bundle* de manutenção de “cateter venoso central” (CVC)

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
IPCSL4	Porcentagem de adesão ao <i>bundle</i> de manutenção de CVC	P	Número de observações de pacientes com CVC que receberam TODOS os elementos do <i>bundle de manutenção</i>	<i>Número de observações realizadas</i>	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações	Sugestão: quando o volume de CVC for alto, coletar dados uma vez por semana, fazendo um rodízio entre os dias da semana e turnos de trabalho. No dia selecionado coletar dados de todos os pacientes com CVC através da análise da documentação ou formulário (checklist) de manutenção do CVC ou observação direta. Quando o volume for baixo, fazer inspeção de 100% dos CVC inseridos. Pelo menos 20 observações devem ser feitas a cada mês. É obrigatório que TODOS os elementos do <i>bundle</i> estejam registrados. O numerador é uma medida "tudo ou nada", o paciente só será contado como "aderente ao <i>bundle</i> " se recebeu todos os elementos,. Se estiver faltando algum (e não houver justificativa clínica para tal), ele NÃO entra no numerador. Na coleta individual dos elementos do <i>bundle</i> , o numerador é o total de pacientes com CVC que receberam aquele elemento do <i>bundle</i> e o denominador é o total de CVCs analisados. Divida o numerador pelo denominador e multiplique por 100 para obter a %. Se a % de adesão for baixa, meça a adesão individual a cada elemento do <i>bundle</i> . Neste caso, o numerador é o total de pacientes com CVC que receberam aquele elemento do <i>bundle</i> e o denominador é o total de CVCs analisados. Divida o numerador pelo denominador e multiplique por 100 para obter a % .NÃO incluir nas observações cateteres arteriais periféricos, cateteres arteriais femorais, balões intra-aórticos.	≥ 95%

Adesão ao *bundle* de manutenção de “cateter venoso central” (CVC)

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
IPCSL4a	Porcentagem de adesão “Registrar a indicação de permanência do CVC”	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações	Cada elemento do bundle pode ser observado em diferentes pacientes no mesmo dia. Ver sugestão de guia de coleta: Adesão ao <i>Bundle</i> de manutenção de Cateter Venoso Central Formulário de Coleta: Adesão sim (1) ou não (0) ou não observado (X)	≥ 95%
IPCSL4b	Porcentagem de adesão “Aderir a técnica asséptica no manuseio do cateter”	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações	Cada elemento do bundle pode ser observado em diferentes pacientes no mesmo dia. Ver sugestão de guia de coleta: Adesão ao <i>Bundle</i> de manutenção de Cateter Venoso Central Formulário de Coleta: Adesão sim (1) ou não (0) ou não observado (X)	≥ 95%
IPCSL4c	Porcentagem de adesão a “Realizar a manutenção do sistema de infusão de acordo com as recomendações vigentes do país “	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações	Cada elemento do bundle pode ser observado em diferentes pacientes no mesmo dia. Ver sugestão de guia de coleta: Adesão ao <i>Bundle</i> de manutenção de Cateter Venoso Central Formulário de Coleta: Adesão sim (1) ou não (0) ou não observado (X)	≥ 95%
IPCSL4d	Porcentagem de adesão “Aderir a técnica correta de curativo”	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações	Cada elemento do bundle pode ser observado em diferentes pacientes no mesmo dia. Ver sugestão de guia de coleta: Adesão ao <i>Bundle</i> de manutenção de Cateter Venoso Central Formulário de Coleta: Adesão sim (1) ou não (0) ou não observado (X)	≥ 95%

Infecção de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central – IPCSL

Indicador de Resultado Alternativo

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
IPCSL5	Número de dispositivos/dia entre IPCSL	R	Este indicador é uma contagem do número de pacientes com cateter/dia entre episódios de infecção de corrente sanguínea associada a cateter			Reportada na ocorrência	100%	Diariamente contar o numero de pacientes com cateter venoso central e sempre que ocorrer uma infecção, anotar a data exata da ocorrência. Sempre que ocorrer um caso de infecção, incluir a contagem dos pacientes com cateter daquele dia e recomeçar a contagem no dia seguinte. Passar a utilizar este indicador quando a densidade de infecção for muito baixa ou zero em vários meses sequenciais.	300

Infecção de Trato Urinário Associada a Cateter Vesical de Demora - ITU-AC

Indicador de Resultado e processo

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
ITU-AC1	Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada a CVD	R	Número total de ITU-AC no mês	Número de pacientes com CVD-dia, no mês	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 1000	Mensal	100%	<p>Numerador: Pacientes adultos internados na UTI com episódio de ITU-AC diagnosticada conforme critérios definidos pela Colaborativa. Critérios de inclusão: pacientes adultos internados na UTI , que preencham critério diagnóstico para ITU-AC, com tempo ≥ 48 horas de permanência nessa unidade, independente da procedência da inserção do dispositivo; e pacientes que evoluem com ITU-AC após 48 horas de alta, mesmo após retirada do dispositivo. Somar os dias de permanência do cateter no mês. Critérios de exclusão: tempo de permanência inferior a 48 horas na UTI , pacientes com condom (uripen®), cateter vesical de alívio, nefrostomia, ileostomia e cateter supra púbico, a menos que um cateter de foley também esteja presente e este introduzido pelo meato urinário; Infecção do trato urinário assintomática e Infecção do trato urinário não associada ao dispositivo. Infecções urinárias comunitária ou que se desconhece se ocorreu uso de cateter (geralmente pacientes oriundos de outro hospital ou serviço de saúde). *Nota: O termo "episódio" é usado para reforçar o fato de que um paciente pode ter mais de uma ITU-AC em uma mesma internação. Todos os episódios devem ser contados. Nota: Um paciente pode ter mais de um episódio de ITU-AC numa mesma internação.</p>	Redução de 50%
ITU-AC2	Taxa de utilização de CVD	P	Número de CVD-dia	Número de paciente-dia	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	100%	Todos os dias do mês contar quantos pacientes estão com sonda vesical de demora na UTI e somar. Este será o numerador. Todos os dias do mês contar o número de pacientes internados na UTI e somar. Este será o denominador.	

Adesão ao bundle de inserção de “cateter vesical de demora” (CVD)

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
ITU-AC3	Porcentagem de adesão ao bundle de inserção de cateter vesical de demora	P	Número de inserções de cateter vesical de demora observadas que receberam TODOS os elementos do <i>bundle de inserção</i>	Número de inserções de cateter vesical de demora observadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações ou 100% das inserções quando o número de inserções for ≤ que 20	Sugestão: quando o volume de cateter vesical de demora for alto, coletar dados uma vez por semana, fazendo um rodízio entre os dias da semana e turnos de trabalho. No dia selecionado coletar dados de todos os pacientes com cateter vesical de demora através da análise da documentação ou formulário (checklist) de inserção ou observação direta. Quando o volume for baixo, fazer inspeção de 100% dos cateteres vesicais de demora inseridos. Pelo menos 20 observações devem ser feitas no mês. É obrigatório que TODOS os elementos do bundle estejam registrados. O numerador é uma medida "tudo ou nada", o paciente só será contado como "aderente ao bundle" se recebeu todos os elementos. Se estiver faltando algum (e não houver justificativa clínica para tal), ele NÃO entra no numerador. Se a % de adesão for baixa, meça a adesão individual a cada elemento do bundle. Neste caso, o numerador é o total de pacientes com CVD que receberam aquele elemento do bundle e o denominador é o total de cateteres vesicais de demora analisados. Divida o numerador pelo denominador e multiplique por 100 para obter a %.	≥ 95%

Adesão ao bundle de inserção de “cateter vesical de demora” (CVD)

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
ITU-AC3a	Percentagem de adesão a “Indicar o uso de cateter vesical apenas quando for apropriado”	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações ou 100% das inserções quando o numero de inserções for \leq que 20	Ver recomendações no item adesão ao bundle de inserção	$\geq 95\%$
ITU-AC3b	Percentagem de adesão “Cumprir a técnica asséptica na inserção de cateter vesical”	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Periodicidade: 1 x por semana, de pelo menos 5 pacientes (ao menos 20 pacientes por mês); divulgação mensal	Mínimo de 20 observações ou 100% das inserções quando o numero de inserções for \leq que 20	Ver recomendações no item adesão ao bundle de inserção	$\geq 95\%$

Adesão ao *bundle* de manutenção do “cateter vesical de demora” (CVD)

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
ITU-AC4	Percentagem de adesão ao <i>bundle</i> de manutenção do cateter vesical de demora	P	Número de observações de pacientes com CVD que receberam TODOS os elementos do <i>bundle de manutenção</i>	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações	Sugestão: quando o volume de cateter vesical de demora for alto, coletar dados uma vez por semana, fazendo um rodízio entre os dias da semana e turnos de trabalho. No dia selecionado coletar dados de todos dos pacientes com cateter vesical de demora através da análise da documentação ou formulário (checklist) de manutenção do cateter vesical de demora ou observação direta. Quando o volume for baixo, fazer inspeção de 100% dos CVD inseridos. Pelo menos 20 observações devem ser feitas a cada mês. É obrigatório que TODOS os elementos do <i>bundle</i> estejam registrados. O numerador é uma medida "tudo ou nada". O doente só será contado como "aderente ao <i>bundle</i> " se recebeu todos os elementos. Se estiver faltando algum (e não houver justificativa clínica para tal), ele NÃO entra no numerador. Se a % de adesão for baixa, meça a adesão individual a cada elemento do <i>bundle</i> . Neste caso, o numerador é o total de pacientes com cateter vesical de demora que receberam aquele elemento do <i>bundle</i> e o denominador é o total de CVDs analisados. Divida o numerador pelo denominador e multiplique por 100 para obter a %.	≥ 95%

Adesão ao *bundle* de manutenção do “cateter vesical de demora” (CVD)

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
ITU-AC4a	Percentagem de adesão a “Manter o sistema de drenagem fechado”	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações	Cada elemento do bundle pode ser observado em diferentes pacientes no mesmo dia. Ver sugestão de guia de coleta: Adesão ao <i>Bundle</i> de manutenção de cateter vesical de demora Formulário de Coleta: Adesão sim (1) ou não (0) ou não observado (X)	≥ 95%
ITU-AC4b	Percentagem de Adesão à execução da técnica correta durante manipulação do sistema de drenagem	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações	Cada elemento do bundle pode ser observado em diferentes pacientes no mesmo dia. Ver sugestão de guia de coleta: Adesão ao <i>Bundle</i> de manutenção de cateter vesical de demora Formulário de Coleta: Adesão sim (1) ou não (0) ou não observado (X)	≥ 95%
ITU-AC4c	Percentagem de Adesão à realização da higiene diária do meato uretral	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações	Cada elemento do bundle pode ser observado em diferentes pacientes no mesmo dia. Ver sugestão de guia de coleta: Adesão ao <i>Bundle</i> de manutenção de cateter vesical de demora Formulário de Coleta: Adesão sim (1) ou não (0) ou não observado (X)	≥ 95%
ITU-AC4d	Percentagem de Adesão à verificação diária da necessidade de manter o CVD	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações	Cada elemento do bundle pode ser observado em diferentes pacientes no mesmo dia. Ver sugestão de guia de coleta: Adesão ao <i>Bundle</i> de manutenção de cateter vesical de demora Formulário de Coleta: Adesão sim (1) ou não (0) ou não observado (X)	≥ 95%

Infecção de Trato Urinário Associada a Cateter Vesical de Demora – ITU-AC

Indicador de Resultado Alternativo

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
ITU-AC5	Número de dispositivos/dia entre ITU-AC	R	Este indicador é uma contagem do número de pacientes com cateter/dia entre episódios de infecção urinária associada a cateter			Reportada na ocorrência	100%	Diariamente contar o numero de pacientes com cateter vesical e sempre que ocorrer uma infecção, anotar a data exata da ocorrência. Sempre que ocorrer um caso de infecção, incluir a contagem dos pacientes com cateter daquele dia e recomençar a contagem no dia seguinte. Passar a utilizar este indicador quando a densidade de infecção for muito baixa ou zero em vários meses sequenciais.	300

Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica PAV

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
PAV1	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica	R	Número casos novos de PAV, no mês	Número pacientes em ventilação mecânica -dia, no mês	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 1000	Mensal	100%	<p>Numerador: Pacientes adultos internados na unidade de terapia intensiva que preencham critérios para PAV. Pacientes adultos internados na UTI que preencham critério diagnóstico para PAV, com tempo ≥ 48 horas de internação na UTI (independente da unidade do hospital responsável pela intubação do paciente) e pacientes que evoluem com pneumonia após 48 horas da extubação, independente de já terem recebido alta da UTI.</p> <p>Denominador: Contar diariamente o Número de pacientes em VM. Realizar esta averiguação sempre no mesmo horário.</p> <p>Nota: Um paciente pode ter mais de um episódio de PAV numa mesma internação.</p>	Redução de 50%
PAV2	Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica	P	Número de pacientes em ventilação-dia	Número de pacientes-dia	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	100%	<p>Numerador: Soma do número de pacientes em ventilação mecânica-dia na UTI no período.</p> <p>Denominador: Soma do total de pacientes-dia na UTI no período</p>	

Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica - PAV

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
PAV3	Percentagem de Adesão ao <i>Bundle</i> de Prevenção de PAV	P	Número de pacientes observados com 100% de Adesão ao <i>bundle</i> de prevenção de PAV	Número de pacientes em ventilação mecânica observados	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações ou 100% das inserções	Sugestão: Coletar informação uma vez por semana, alternando entre os dias da semana e turnos de trabalho. No dia selecionado coletar a informação de todos os pacientes em ventilação mecânica através da análise de documentos ou observação direta ou outros documentos relevantes . É obrigatório que TODOS os elementos da bundle estejam registrados. O numerador é uma medida "tudo ou nada". O paciente só será contado como "aderente ao bundle" se recebeu todos os elementos. Se houver falha em algum , ele NÃO entra no numerador. Se a % de adesão for baixa, meça a adesão individual a cada elemento do bundle. Neste caso, o numerador é o total de pacientes em ventilação mecânica que receberam aquele elemento da bundle e o denominador é o total de pacientes em ventilação mecânica analisados. Divida o numerador pelo denominador e multiplique por 100 para obter a %.	≥ 95%

Adesão ao bundle de prevenção de “Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica” (PAV)

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
PAV3a	Percentagem de adesão “Realizar higiene oral rotineira em pacientes sob ventilação mecânica”	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações	Cada elemento do bundle pode ser observado em diferentes pacientes no mesmo dia. Ver sugestão de guia de coleta: Adesão ao <i>Bundle</i> de bundle de prevenção de PAV Formulário de Coleta: Adesão sim (1) ou não (0) ou não observado (X)	≥ 95%
PAV3b	Percentagem de adesão a “Manter a cabeceira da cama elevada (30°-45°)”	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações	Cada elemento do bundle pode ser observado em diferentes pacientes no mesmo dia. Ver sugestão de guia de coleta: Adesão ao <i>Bundle</i> de bundle de prevenção de PAV Formulário de Coleta: Adesão sim (1) ou não (0) ou não observado (X)	≥ 95%
PAV3c	Percentagem de adesão a “Realizar a redução da sedação”	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações	Cada elemento do bundle pode ser observado em diferentes pacientes no mesmo dia. Ver sugestão de guia de coleta: Adesão ao <i>Bundle</i> de bundle de prevenção de PAV Formulário de Coleta: Adesão sim (1) ou não (0) ou não observado (X)	≥ 95%

Adesão ao bundle de prevenção de “Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica” (PAV)

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
PAV3d	Percentagem de adesão a “Verificar diariamente a possibilidade de extubação”	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações	Cada elemento do bundle pode ser observado em diferentes pacientes no mesmo dia. Ver sugestão de guia de coleta: Adesão ao <i>Bundle</i> de bundle de prevenção de PAV Formulário de Coleta: Adesão sim (1) ou não (0) ou não observado (X)	≥ 95%
PAV3e	Percentagem de adesão a “Manter a pressão do balonete da cânula (cuff) 25-30 cmH ₂ O (ou 20-22 mmHg)”	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações	Cada elemento do bundle pode ser observado em diferentes pacientes no mesmo dia. Ver sugestão de guia de coleta: Adesão ao <i>Bundle</i> de bundle de prevenção de PAV Formulário de Coleta: Adesão sim (1) ou não (0) ou não observado (X)	≥ 95%
PAV3f	Percentagem de adesão “Manutenção do sistema de ventilação mecânica conforme as recomendações vigentes no país”	P	Número de observações com adesão ao elemento do bundle	Número de observações realizadas	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Mínimo de 20 observações	Cada elemento do bundle pode ser observado em diferentes pacientes no mesmo dia. Ver sugestão de guia de coleta: Adesão ao <i>Bundle</i> de bundle de prevenção de PAV Formulário de Coleta: Adesão sim (1) ou não (0) ou não observado (X)	≥ 95%

Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica PAV – Indicador de processo

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
PAV4	Porcentagem de reintubação em até 48h	E	Número de pacientes reintubados em até 48h, no mês	Número de pacientes extubados, no mês	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	100%	Numerador: contar diariamente o número de reintubações realizadas. Denominador: anotar diariamente o número de extubações realizadas. Verificar nos documentos disponíveis a procura destas informações. Considerar reintubação até 48 horas após extubação	

Pneumonia associada a ventilação PAV

Indicador de Resultado Alternativo

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
PAV5	Número de dispositivos/dia entre PAV	R	Este indicador é uma contagem do número de pacientes com ventilação mecânica/dia entre episódios de pneumonia associada a ventilação			Reportada na ocorrência	100%	Diariamente contar o numero de pacientes em ventilação mecânica e sempre que ocorrer uma infecção, anotar a data exata da ocorrência. Sempre que ocorrer um caso de infecção, incluir a contagem dos pacientes em ventilação mecânica daquele dia e recomeçar a contagem no dia seguinte Passar a utilizar este indicador quando a densidade de infecção for muito baixa ou zero em vários meses sequenciais.	300



PROADI-SUS

Programa de Apoio ao Desenvolvimento
Institucional do Sistema Único de Saúde

Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil

**Diagrama Direcionador
Pacote de Mudanças
Estratégia de Medição**

Diagrama Direcionador
e
Pacote de Mudanças

Liderança

Diagrama Direcionador: Liderança

Direcionadores Primários

Conceitos de Mudança

Objetivo

Implementar dentro da liderança e governança organizacional um modelo que incentive a segurança do paciente e a redução de infecções

Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidado

- Tornar os cuidados centrados nos pacientes e famílias num valor fundamental da organização, engajando-os como parceiros em todas as atividades que dizem respeito a eles
- Promover comunicação transparente e aberta entre pacientes, familiares e membros da equipe multidisciplinar

Promover uma cultura de qualidade e segurança, com transparência, particularmente em relação a prevenção e o controle de infecção

- Desenvolver um diálogo aberto e uma cultura 'justa'
- Dirigentes envolvidos e comprometidos com a agenda da qualidade e segurança
- Cultivar a transparência
- Tornar a segurança do paciente a prioridade principal da organização
- Definir objetivos mensuráveis de alto nível para a organização
- Demonstrar liderança visível

Estabelecer supervisão do programa

- Tornar os dirigentes ativamente envolvidos em liderar a Colaborativa PROADI

Desenvolver equipes multidisciplinares altamente efetivas

- Desenvolver uma cultura de segurança
- Criar um ambiente de colaboração mútua no planejamento e na prestação dos cuidados tornando a equipe de cuidado em parceiros eficazes

Criar uma infraestrutura de gestão e suporte

- Criar as condições para que a equipe de cuidado seja competente e com conhecimento para melhorar o trabalho/processos
- Certificar-se de que o programa de segurança esteja integrado dentro da gestão operacional

Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidados e na tomada de decisão

Conceito de Mudança	Mudanças
<p>Tornar os cuidados centrados nos pacientes e famílias num valor fundamental da organização, engajando-os como parceiros em todas as atividades que dizem respeito a eles</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Envolver o paciente e família no processo de higiene das mãos de todos os envolvidos no cuidado:<ul style="list-style-type: none">• Estimular a inclusão dos mesmos como verificador da adesão à higiene das mãos e das diretrizes de prevenção de IRAS• Educar o paciente/família quanto a importância da higiene das mãos;• Incentivar familiares à higienizarem as mãos e respeitarem as medidas de precaução de contato, quando indicadas;• Empoderar o paciente e família para solicitar que o profissional de saúde lave as mãos nos 5 momentos;• Garantir a presença de álcool gel próximo ao leito e sob visualização do paciente e família;2. Informar/ Educar o paciente e familiares sobre a forma como podem ajudar a prevenir a infecção associada a PAV, IPCLS e ITU-AC<ul style="list-style-type: none">• Criar as condições para que família/paciente se sintam confortáveis em colaborar para a adesão ao bundle PAV, IPCLS e ITU-AC. Pacientes/família empoderados para perguntar e lembrar:• PAV: sobre a realização de higiene oral 3 X dia, manutenção da cabeceira 30° e previsão de retirada do tubo; estimular e permitir a presença da família no processo de despertar diário como forma de minimizar a ansiedade/agitação do paciente• IPCLS: verificação se curativo limpo e seco, data de troca do curativo e do sistema de infusão, checar a realização de desinfecção de conectores por 5-15 seg., e previsão da retirada do CVC• ITU-AC: realização de higiene íntima 3 X dia (se paciente consciente, orientado e atividade motora de MMSS preservadas, estimular/oferecer a possibilidade do paciente executar a higiene íntima), volume da bolsa coletora, permanência de bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e 10 cm distante do chão, previsão de retirada da sonda.3. Incluir o paciente e familiares no estabelecimento dos objetivos diários dos cuidados e participação nas visitas multidisciplinares ou passagem de plantão

Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidados e na tomada de decisão

Conceito de Mudança	Mudança
Promover comunicação transparente e aberta entre pacientes, familiares e membros da equipe multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none">• Compartilhar as metas diárias com os pacientes e famílias• Envolver paciente e família na elaboração dos PDSAs relacionados ao engajamento de paciente/família• Convidá-los para participar das reuniões do projeto de prevenção de IRAS• Envolver paciente e família na elaboração e validação de todo material educativo para pacientes e famílias• Implantar a visita estendida na UTI em parceria com paciente e família• Criar padrões de comportamento e valores, por escrito, para profissionais de saúde ou não que contenha o seguinte dizeres: trate os pacientes e familiares com dignidade e respeito• Permitir o acesso ao prontuário pelo paciente e família• Envolver o paciente e família nos cuidados para preparo da alta• Utilizar quadro branco ou qualquer outro quadro/painel para facilitar a comunicação entre paciente/família e time assistencial, na área física do leito• Instituir a pré-visita ao paciente /família como forma de identificar dúvidas ou preocupações que deverão ser respondidas durante a visita médica ou multidisciplinar.• Estimular os pacientes e familiares à fazer perguntas durante a visita multidisciplinar (ferramenta AskMe3® poderá ser utilizada)• Fornecer treinamento para equipe assistencial sobre o papel do paciente e família no cuidado

Promover uma cultura de qualidade e segurança, com transparência, particularmente em relação a prevenção e o controle de infecção

Conceito de Mudança

Mudanças

Desenvolver um diálogo aberto e uma cultura 'justa'

- Implementar mecanismos de feedback (providencias tomadas) para as questões levantadas durante as rondas/reuniões (ver apresentação Rondas)
- Dar feedback à equipe após a ocorrência de um evento adverso grave

Liderança envolvida e comprometida

- Metas de segurança para os pacientes, incluindo a prevenção e o controle de infecção, são construídos durante as discussões/rondas
- Fazer a vistoria AHRQ, versão Português, três vezes nas unidades piloto durante a Colaborativa PROADI (após a sessão de aprendizagem 1, no meio da Colaborativa, e no fim da colaborativa)

Cultivar a transparência

- Envolver a sociedade e os pacientes
- Comunicar com os pacientes após a ocorrência de um evento adverso
- Utilizar histórias dos pacientes
- Publicar o progresso da Colaborativa dentro e fora da organização
- Partilhar as aprendizagens com outras equipes dentro da Colaborativa e além desta

Promover uma cultura de qualidade e segurança, com transparência, particularmente em relação a prevenção e o controle de infecção

Conceito de Mudança

Mudanças

Tornar a segurança do paciente a prioridade principal da organização

- Fazer uma declaração pública mensal sobre a Colaborativa (imprensa/eventos públicos)
- Nas reuniões do Conselho de Administração e nas reuniões dos diretores dos Serviços do hospital, e nas reuniões das equipes: organizar-se para que a qualidade/ segurança paciente/prevenção/control de infecção seja o primeiro item a ser discutido na agenda com a seguinte configuração:
 1. Apresentar relatório mensal da Colaborativa PROADI
 2. Estabelecer um debate ativo e alinhamento com os objetivos/visão/metast do hospital

Definir objetivos amplos e mensuráveis para a organização

- Definir metas ambiciosas para a Colaborativa e esforçar-se para ser o melhor

Demonstrar liderança visível

- Assegurar-se que as lideranças do hospital participam das rondas/visitas e das reuniões em frente ao quadro de aprendizagem organizacional com a linha de frente e com a equipe do projeto
- Assegurar-se de que a Colaborativa PROADI esteja integrada nas operações da organização ao mesmo nível que os aspectos financeiros e de desempenho

Estabelecer supervisão do programa

Conceito de Mudança

Mudanças

Dirigente ativamente envolvido em liderar a Colaborativa PROADI

- Atribuir um Líder de projeto para cada fluxo de trabalho (infecção)
- Estabelecer gestão adequada da Colaborativa: grupo/comissão de gestão para rever o relatório mensal (indicadores/mudanças) e eliminar barreiras
- Participar das sessões de aprendizagem conjunta da Colaborativa e nas reuniões online (Webex)
- Assegurar-se de que o pessoal da “linha de frente” tem tempo suficiente para testar/implementar as mudanças

Desenvolver equipes multidisciplinares altamente efetivas

Conceito de Mudança

Mudanças

Criar um ambiente de colaboração mútua no planejamento e na prestação dos cuidados tornando a equipe de cuidado em parceiros eficazes

- Instituir visitas multidisciplinares incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais na equipe de visitas. Estimular pacientes e familiares a participar
- As visitas multi devem ser estruturadas: incluir formulários (*checklists*) que incluam perguntas relativas a prevenção de infecções
- Estabelecer metas diárias para cada paciente e documentar/comunicar aos familiares e membros da equipe multidisciplinar
- Liderança deve participar das reuniões da equipe de melhoria
- Criar quadro “gestão dos cuidados” para inserção das metas diárias
- Divulgar os indicadores de segurança nas unidades assistenciais
- Criar Quadro de aprendizagem organizacional a vista de todos
- Utilizar exercícios de “observador passivo” (shadowing) e compartilhar histórias de pacientes para ajudar a equipe a entender o processo de cuidado a partir de uma perspectiva diferente
- Procurar ativamente receber a opinião do paciente e familiares e usar estas informações para melhoria
- Padronizar a comunicação clínica e a passagem de casos entre os turnos e áreas usando a ferramenta SBAR (Situação-Contexto-Avaliação-Recomendação) e repetir de volta

Criar uma infraestrutura de gestão e suporte

Conceito de Mudança

Mudanças

Criar as condições para que a equipe de cuidado seja competente e com conhecimento para melhorar o trabalho/processos

- Desenvolver recursos de treinamento/formação para desenvolver e divulgar as capacidades de melhoria para o pessoal da linha de frente
- Utilizar o IHI Open School

Certificar-se de que o programa de segurança esteja integrado dentro da gestão operacional

- Diretor Clínico, Diretor de Enfermagem, e a CCIH devem trabalhar juntos na Colaborativa
- Envolver os líderes da linha de frente de cada setor

Indicadores da Colaborativa PROADI

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta	
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra			
EEP_PROADI	Escala de evolução do projeto PROADI	P	Escala de Evolução de Projeto				Mensal	100%	<p>Aplique este critério ao seu projeto na Colaborativa. Selecione a definição na escala 0.5-5 que melhor descreve a evolução em seu projeto. Se o seu projeto for melhor do que um "1", mas menos de "2", sinta-se livre para classificá-lo em um incremento no meio (por exemplo: 1.25, 1.5)</p>	<p>Evolução significativa no projeto de melhoria na Colaborativa O objetivo é alcançar no mínimo 4.</p>

Indicadores da Colaborativa PROADI

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
PROADI1_IPCSL	Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (agregado para todas as UTIs do projeto)	R	Número absoluto de casos novos de IPCS, laboratorial -mente confirmadas, no período (agregado para todas as UTIs do projeto)	Número de pacientes com cateter-dia no período (agregado para todas as UTIs do projeto)	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 1000	Mensal	100%	Ao final de cada mês a equipe do IHI ira consolidar todos os dados de todas as UTIs e criar um gráfico de controle ou tendência.	Redução de 30% em 18 meses e 50% em 36 meses

Indicadores da Colaborativa PROADI

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
PROADI1_ITU-AC	Densidade de Incidência de Infecção do Trato Urinário Associada a CVD (agregado para todas as UTIs do projeto)	R	Número absoluto de casos novos de ITU –AC confirmadas , no período (agregado para todas as UTIs do projeto)	Número de pacientes com cateter vesical de demora/dia no período (agregado para todas as UTIs do projeto)	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 1000	Mensal	100%	Ao final de cada mês a equipe do IHI ira consolidar todos os dados de todas as UTIs e criar um gráfico de controle ou tendência.	Redução de 30% em 18 meses e 50% em 36 meses

Indicadores da Colaborativa PROADI

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
PROADI1_PAV	Densidade de Incidência de PAV associada a ventilação mecânica (agregada para todas as UTIs do projeto)	R	Número absoluto de casos novos de PAV associada a ventilação mecânica no período (agregado para todas as UTIs do projeto)	Número de pacientes com ventilação mecânica/dia no período (agregado para todas as UTIs do projeto)	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 1000	Mensal	100%	Ao final de cada mês a equipe do IHI ira consolidar todos os dados de todas as UTIs e criar um gráfico de controle ou tendência.	Redução de 30% em 18 meses e 50% em 36 meses

Indicadores da Colaborativa PROADI

Código	Nome do Indicador	Categori a	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
PROADI2_IPCSL	Porcentagem de UTIs que aumentaram no mínimo em 300 dispositivo dia entre IPCSL	R	Número de UTIs que aumentaram no mínimo em 300 oportunidades sem IPCSL	Número de UTIs participantes do projeto	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	100%	Numerador: Número de UTIs que aumentaram no mínimo em 300 oportunidades sem IPCSL Denominador: Número de UTIs participantes do projeto	60% em 18 meses e 80% em 36 meses
PROADI2_ITU-AC	Porcentagem de UTIs que aumentaram no mínimo em 300 dispositivo dia entre ITU-AC	R	Número de UTIs que aumentaram no mínimo em 300 oportunidades sem ITU-AC	Número de UTIs participantes do projeto	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	100%	Numerador: Número de UTIs que aumentaram no mínimo em 300 oportunidades sem ITU-AC Denominador: Número de UTIs participantes do projeto	60% em 18 meses e 80% em 36 meses
PROADI2_PAV	Porcentagem de UTIs que aumentaram no mínimo em 300 dispositivo dia entre PAV	R	Número de UTIs que aumentaram no mínimo em 300 oportunidades sem PAV	Número de UTIs participantes do projeto	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	100%	Numerador: Número de UTIs que aumentaram no mínimo em 300 oportunidades sem PAV Denominador: Número de UTIs participantes do projeto	60% em 18 meses e 80% em 36 meses

Indicadores dos Hubs

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
HUB_IPCSL	Porcentagem de UTIs que reduziram em > 50% IPCSL	R	Número de UTIs que aumentaram de UTIs que reduziram em > 50% IPCSL	Número de UTI's participantes do projeto em cada HUB	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	100%	Numerador: Número de UTIs que reduziram em > 50% IPCSL de cada HUB Denominador: Número de UTI's participantes do projeto de cada HUB	
HUB_ITU-AC	Porcentagem de UTIs que reduziram em > 50% ITU-AC	R	Número de UTIs que que reduziram em > 50% ITU-AC	Número de UTI's participantes do projeto	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	100%	Numerador: Número de UTIs que reduziram em > 50% ITU-AC de cada HUB Denominador: Número de UTIs participantes do projeto de cada HUB	
HUB_PAV	Porcentagem de UTIs que reduziram em > 50% PAV	R	Número de UTIs que que reduziram em > 50% PAV	Número de UTI's participantes do projeto	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	100%	Numerador: Número de UTIs que reduziram em > 50% PAV de cada HUB Denominador: Número de UTIs participantes do projeto de cada HUB	

Indicadores da Liderança

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
L1	Número de visitas realizadas pela liderança com a linha de frente (equipes de cada fluxo de trabalho)	P	Número cumulativo de rondas realizadas pela liderança com a linha de frente (equipes de cada fluxo de trabalho)	Mensal	-	Mensal	100%	É um indicador cumulativo. A cada mês contar quantas rondas forma realizadas e somar ao total do mês anterior	Quanto maior melhor

Indicadores de Equipe

Código na Extranet	Nome do indicador	Definição Operacional dos Indicadores						Meta	Interpretação	
		Categoria	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da amostra			Guia de colheita de dados
EMPP1a	Porcentagem de pacientes que receberam visita multidisciplinar diária dentro da UTI	P	Somatório do número de pacientes internados na UTI que em cada dia tiveram pelo menos uma visita multidisciplinar	Somatório do número de pacientes dia internados na UTI	Dividir numerador pelo denominador e multiplicar por 100	Mensal	100%	Entende-se por equipe multidisciplinar pelo menos um médico e um enfermeiro. Cada unidade decide como coletar esta informação. Somar os pacientes visitados a cada dia. ao final do mês e dividir pelo total de pacientes internados na UTI em cada dia ao final do mês. Exemplo: a soma total de visitas multi para o mês de Novembro foram 90 (a soma de todas visitas multi realizadas a cada dia. O total de pacientes/dia 95 (todo dia se conta o Número de pacientes internado e somam-se todos ao final do mês) do mês foram realizadas. Neste caso o numerador será 90 e o denominador será 95. Estes são os Números que serão informados na Extranet	≥ 95%	Quanto maior melhor
EMPP1b	Porcentagem de pacientes que receberam visita multidisciplinar diária dentro da UTI incluindo membros da família	P	Somatório do número de pacientes internados na UTI que em cada dia tiveram pelo menos uma visita multidisciplinar que incluiu um familiar	Somatório do Número de pacientes dia internados na UTI	Dividir numerador pelo denominador e multiplicar por 100	Mensal	100%	Mesmo conceito acima mas incluir no numerador as visitas multi que pelo menos um familiar participou	≥ 95%	Quanto maior melhor
EMPP3	Porcentagem pacientes com definição de objetivos diários na UTI	P	Número de pacientes que no dia da avaliação tiveram os objetivos diários estabelecidos	Número total de pacientes internados na UTI no dia da avaliação	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Amostragem	Sugestão: Escolha aleatoriamente um dia por semana, alternando entre os dias da semana e os turnos de trabalho. No dia selecionado avalie todos os pacientes internados na UTI, procurando por evidências (ficheiro, formulários ou outros documentos) acerca do estabelecimento de objetivos diários para os cuidados. Na impossibilidade de analisar todos os pacientes, recomenda-se no mínimo 5 por semana (20 por mês). Apesar da coleta ser semanal (e as informações utilizadas para realizar melhorias junto da equipe), os dados são agregados e divulgados mensalmente. Referencias: IHI Multidisciplinar Rounds How-to Guide e website da AHRQ para checklist de objetivos diários daily (http://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/cusptoolkit/toolkit/dailygoals.html)	≥ 95%	Quanto maior melhor
EMPP4	Porcentagem de aderência à higiene das mãos	P	Número total de oportunidades em que a higiene das mãos foi realizada	Número total de oportunidades para higiene das mãos observada	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Amostragem	Aplicável a todas os fluxos de trabalho. A amostra deve produzir um total de 5 oportunidades (denominador) para higiene das mãos por semana ou 20 por mês. Sugestão: a abordagem é escolher aleatoriamente um dia por semana para observar os profissionais durante a prestação de cuidados. A cada semana, o observador deve observar cinco profissionais diferentes durante uma oportunidade de higienização das mãos. A função de observador pode ser alternada entre diferentes membros da equipe afim de reduzir a possibilidade de aumentar a adesão em virtude dos profissionais saberem que estão a ser observados. *Nota: as oportunidades para higiene das mãos devem ser baseadas nos 5 Momentos definidos pela campanha da OMS, a saber, higienizar as mãos (1) antes do contato com o paciente, (2) antes de qualquer procedimento, (3) após risco de exposição a fluidos corporais, (4) após o contato com o paciente e (5) após contato com áreas próximas ao paciente	≥ 95%	Quanto maior melhor

Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidados e na tomada de decisão

Tornar os cuidados centrados nos pacientes e famílias num valor fundamental da organização, engajando-os como parceiros em todas as atividades que dizem respeito a eles

Envolver o paciente e família no processo de higiene das mãos de todos os envolvidos no cuidado:

Criar as condições para que família/paciente se sintam confortáveis em colaborar para a adesão ao bundle PAV, IPCLS e ITU-AC.

<p>Estimular a inclusão do verificador de adesão à HM e das diretrizes de prevenção de IRAS</p>	<p>Educar o paciente/família quanto a importância da higiene das mãos;</p>	<p>Incentivar familiares à higienizarem as mãos e respeitarem as medidas de precaução de contato, quando indicadas;</p>	<p>Empoderar o paciente e família para solicitar que o profissional de saúde lave as mãos nos 5 momentos;</p>	<p>Garantir a presença de álcool gel próximo ao leito e sob visualização do paciente e família;</p>	<p>Informar/ Educar o paciente e familiares sobre a forma como podem ajudar a prevenir a infecção associada a PAV. IPCLS e ITU-AC</p>	<p>Pacientes/família empoderados para perguntar e relembrar</p>			
						<p>PAV: sobre a realização de higiene oral 3 X dia, manutenção da cabeceira 30° e previsão de retirada do tubo; estimular e permitir a presença da família no processo de despertar diário como forma de minimizar a ansiedade/agitação do paciente</p>	<p>IPCLS: verificação se curativo limpo e seco, data de troca do curativo e do sistema de infusão, checar a realização de desinfecção de conectores por 5-15 seg., e previsão da retirada do CVC</p>	<p>ITU-AC: realização de higiene íntima 3 X dia (se paciente consciente, orientado e atividade motora de MMSS preservadas, estimular/oferecer paciente executar a higiene íntima), volume da bolsa coletora, permanência de bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e 10 cm distante do chão, previsão de retirada da sonda.</p>	<p>Incluir o paciente e familiares no estabelecimento dos objetivos diários dos cuidados e participação nas visitas multidisciplinares ou passagem de plantão</p>

Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidados e na tomada de decisão

Promover comunicação transparente e aberta entre pacientes, familiares e membros da equipe multidisciplinar

<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhar as metas diárias com os pacientes e famílias 	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver paciente e família na elaboração dos PDSAs relacionados ao engajamento de paciente/família • Convidá-los para participar das reuniões do projeto de prevenção de IRAS 	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver paciente e família na elaboração e validação de todo material educativo para pacientes e famílias • Implantar a visita estendida na UTI em parceria com paciente e família 	<ul style="list-style-type: none"> • Criar padrões de comportamento e valores, por escrito, para profissionais de saúde ou não que contenha o seguinte dizeres: trate os pacientes e familiares com dignidade e respeito 	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir o acesso ao prontuário pelo paciente e família 	<p>Envolver o paciente e família nos cuidados para preparo da alta</p>	<p>Utilizar quadro branco ou qualquer outro quadro/painel para facilitar a comunicação entre paciente/família e time assistencial, na área física do leito</p>	<p>Instituir a pré-visita ao paciente/família como forma de identificar dúvidas ou preocupações que deverão ser respondidas durante a visita médica ou multidisciplinar</p>	<p>Estimular os pacientes e familiares à fazer perguntas durante a visita multidisciplinar (ferramenta AskMe3® poderá ser utilizada)</p>	<p>Fornecer treinamento para equipe assistencial sobre o papel do paciente e família no cuidado</p>
---	---	--	---	---	--	--	---	--	---

Promover uma cultura de qualidade e segurança, particularmente em relação a prevenção e o controle das infecções

Desenvolver um diálogo aberto e uma cultura 'justa'	Liderança envolvida e comprometida	Cultivar a transparência		
Implementar feedback (providencias tomadas) para as questões levantadas durante as rondas/reuniões (ver apresentação Rondas)	Metas de segurança para os pacientes: prevenção e o controle de infecção construídos durante discussões	Envolver a sociedade e os pacientes	Comunicar com os pacientes após a ocorrência de um evento adverso	Utilizar histórias dos pacientes
Dar feedback à equipe após a ocorrência de um evento adverso grave	Fazer a vistoria AHRQ 3 vezes na UTI durante a Colaborativa PROADI	Publicar o progresso da Colaborativa dentro e fora da organização	Partilhar as aprendizagens com outras equipas dentro da Colaborativa e além desta	

Promover uma cultura de qualidade e segurança, particularmente em relação a prevenção e o controle das infecções

Tornar a segurança do paciente a prioridade principal da organização	Definir objetivos amplos e mensuráveis para a organização	Demonstrar liderança visível
<p style="text-align: center;">Fazer uma declaração pública mensal sobre a Colaborativa (imprensa/eventos públicos)</p>	<p style="text-align: center;">Definir metas ambiciosas para a Colaborativa e esforçar-se para ser o melhor</p>	<p style="text-align: center;">Lideranças participam rondas/visitas/reuniões frente ao QAO com a linha de frente/equipe</p>
<p style="text-align: center;">Reuniões CA e serviços: Primeiro item da agenda: qualidade/ segurança paciente/prevenção/controle de infecção</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentar relatório mensal da Colaborativa PROADI 2. Estabelecer um debate ativo e alinhamento com os objetivos/visão/metasp do hospital 		<p style="text-align: center;">Colaborativa PROADI integrada nas operações da organização mesmo nível que aspectos financeiros/ desempenho</p>

Estabelecer supervisão do programa

Dirigente ativamente envolvido em liderar a Colaborativa PROADI

<p>Atribuir um líder de projeto para cada fluxo de trabalho (infecção)</p>	<p>Estabelecer gestão adequada da Colaborativa: grupo/comissão de gestão para rever o relatório mensal com líder da Colaborativa (indicadores/mudanças) e eliminar barreiras</p>	<p>Participar das sessões de aprendizagem conjunta da Colaborativa e nas reuniões online (Webex)</p>	<p>Assegurar-se de que o pessoal da “linha de frente” tem tempo suficiente para testar/implementar as mudanças</p>
--	--	--	--

Supervisão e criar as condições

Garantir tempo para a melhoria

Criar uma infraestrutura de gestão e suporte

Criar as condições para que a equipe de cuidado seja competente e com conhecimento para melhorar o trabalho/processos

Certificar-se de que o programa de segurança esteja integrado dentro da gestão operacional

Desenvolver recursos de treinamento/formação para desenvolver e divulgar as capacidades de melhoria para o pessoal da linha de frente

Utilizar o IHI Open School

Diretor Clínico, Diretor de Enfermagem, e a CCIH devem trabalhar juntos na Colaborativa

Envolver os líderes da linha de frente de cada setor