



**XIV** Congresso Brasileiro de  
Controle de Infecção e  
Epidemiologia Hospitalar  
19 A 22 DE NOVENO DE 2014 | EXPO UNIMED CURITIBA | CURITIBA | PR



# Qualidade e Controle de Infecção: Como aplicar na prática as ferramentas básicas da qualidade?

**Eliane Molina Psaltikidis**

Hospital de Clínicas da Universidade  
Estadual de Campinas – UNICAMP  
Centro Universitário São Camilo



# Declaração de conflitos de interesse

Enfermeira Assessora da Superintendência do Hospital de Clínicas da Unicamp:

- Grupo de Qualidade
- Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde
- Membro do Grupo de Reuso
- Membro do Núcleo de Segurança do Paciente
- Docente do Curso de Especialização em Enfermagem em Centro Cirúrgico do Centro Universitário São Camilo - SP
- Sem vínculos profissionais ou pessoais com indústria farmacêutica, de equipamento e de produtos para saúde que possam gerar conflitos de interesses.

# Qualidade?

## Que qualidade?



- Qualidade está associada às necessidades do usuário em relação a dois aspectos:
  - produto ou o serviço atender as necessidades dos clientes e
  - ausência de deficiências nos produtos e serviços
- Excelência da qualidade - quando o produto ou serviço oferecido antecipa-se às necessidades dos clientes

Juran, 1988

# Ferramentas para gestão da qualidade

- Inúmeras!!!!
- A depender da metodologia adotada, podem variar de nomenclatura.





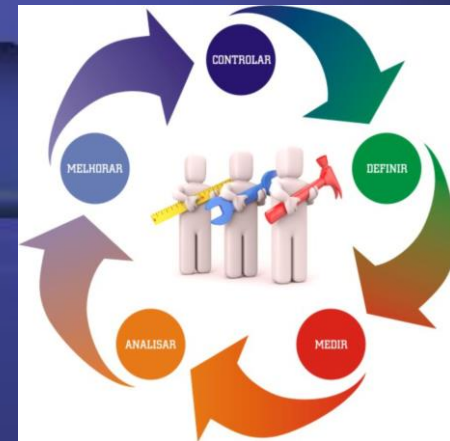
# Metodologias de Gestão da Qualidade



**Práticas focadas em  
qualidade**

# Resistência dos profissionais

- Cuidado com o mau uso das ferramentas!!!
  - Não usar quando o resultado é óbvio
  - Não usar quando situação desafio não justifique
  - Evitar “burocratização” das ferramentas
  - Selecionar a ferramenta necessária
  - “Torturar” a ferramenta para ela dar os resultados que previamente você definiu
- Cria descrédito e falta de adesão!



# Quando usar as ferramentas?

- “Desenrolar novelos de lã”: situações complexas e multifacetadas
- Considerar diferentes focos sobre a mesma situação
- Necessidade de ações pactuadas, documentadas e monitoradas
- Qual a melhor ferramenta?
  - A mais simples e lógica
  - Indicada à situação e aos envolvidos
  - Não é fim em si mesma!!!





# Exemplos de uso em CCIH



## AS FERRAMENTAS DA QUALIDADE NA ANÁLISE E PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES – RELATO DE EXPERIÊNCIA.

TATIANE ASSIS BERNARDO VIEIRA; BARBARA HELIODORA NASCIMENTO SILVA; THAIS DORNELAS MOREIRA; BRUNO LICY GOMES DE MELLO.

*HOSPITAL DO CANCER DE MURIAÉ - FUNDAÇÃO CRISTIANO VARELLA, MURIAE - MG*

- Estudo observacional.
- Investigação de casos de infecção precoce do trato urinário após o cateterismo vesical no CC
- **Brainstorming e Diagrama de Ishikawa** para identificação da provável causa raiz e treinamento da equipe de enfermagem
- Conclusão: quando usadas corretamente, as ferramentas da qualidade são grandes aliados no controle de infecções hospitalares, pois permitem identificar o motivo pelo qual o paciente desenvolveu a infecção (causa raiz) e norteiam as ações visando evitar que novos eventos ocorram pelo mesmo motivo.

# APLICAÇÃO DE FERRAMENTAS DE QUALIDADE NA INVESTIGAÇÃO DE INFECÇÃO PÓS REALIZAÇÃO DE BIÓPSIA DE PRÓSTATA

ADRIANA PIRES DOS SANTOS; EVELIN AMARAL RAMOS; ALINE FERREIRA DE MELO; MARCELLO SANTOS PINHEIRO; SARA PEREIRA ARAÚJO; AUGUSTO PADILHA DA COSTA NETO; LOURDES DAS NEVES MIRANDA; NAJARA MARIA PROCÓPIO.

*HOSPITAL GERAL ITAPECERICA DA SERRA, ITAPECERICA DA SERRA - SP*

- Descrever estratégias bem sucedidas com a aplicação de ferramentas da qualidade na prevenção de infecção pós biópsia de próstata, após três casos de prostatite
- **Brainstorming, diagrama de Ishikawa, 5W1H**
- Reutilização da guia da agulha de biópsia sem reprocessamento adequado. Revisão do método de reprocessamento, bem como limpeza e desinfecção dos materiais utilizados durante o procedimento. Adequação da antibioticoprofilaxia institucional e do controle pré por urocultura

# APLICAÇÃO DE FERRAMENTAS DE QUALIDADE NA INVESTIGAÇÃO DE INFECÇÃO PÓS REALIZAÇÃO DE BIÓPSIA DE PRÓSTATA

ADRIANA PIRES DOS SANTOS; EVELIN AMARAL RAMOS; ALINE FERREIRA DE MELO; MARCELLO SANTOS PINHEIRO; SARA PEREIRA ARAÚJO; AUGUSTO PADILHA DA COSTA NETO; LOURDES DAS NEVES MIRANDA; NAJARA MARIA PROCÓPIO.

*HOSPITAL GERAL ITAPECERICA DA SERRA, ITAPECERICA DA SERRA - SP*

*Cont.*

- Conclusão A aplicação de ferramentas da qualidade em processos assistências apresenta resultados positivos, permite ampla visualização das causas principais e secundárias de um problema, define ações para alcançar o resultado desejado através de atividades objetivas, bem como auxiliam na redefinição de processos favorecendo a segurança do paciente mitigando os riscos.

# INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA A CATETER VESICAL EM UNIDADES DA CLÍNICA MÉDICO CIRÚRGICA: PROGRAMA DE MELHORIA CONTÍNUA

PÂMELLA MARTINS BUENO\*; ALEXANDRA DO R. TONIOLO; CLAUDIA VALLONE SILVA; JULIA YAEKO KAWAGOE; MARIA  
FATIMA SANTOS CARDOSO; PRISCILA GONÇALVES; MARIA GABRIELA B. ABREU; FERNANDO G. MENEZES; LUCI CORREA;  
PATRICIA DO C. DELLA VECCHIA; CLAUDIA REGINA LASELVA. *HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP*

- Programa de prevenção de ITU, com meta de redução em 10%, programa de melhoria contínua, **Ciclo PDCA**:
  - ✓ PLAN (jan12): plano de ação com a alta liderança e grupo multidisciplinar, revisão de literatura e planejamento de intervenções.
  - ✓ DO (mar12): Acompanhamento diário dos pacientes com CVD, **check list** da inserção, treinamento, material educativo para paciente, feedback mensal
  - ✓ CHECK: Redução de 64% das ITU associadas a 1000 CVD-dia (6 meses)
  - ✓ ACT: Continuidade das ações implementadas e das reuniões do grupo.
- Conclusão: O engajamento da equipe assistencial associado ao emprego das melhores práticas foi fundamental para o sucesso do programa para redução da ITU associada à CVD.



# PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO COMO FERRAMENTA PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

SERGIANE BISINOTO ALVES; ADENÍCIA CUSTÓDIA SILVA SOUZA; ANACLARA FERREIRA VEIGA TIPPLE;  
HELINY CARNEIRO CUNHA NEVES; MILCA SEVERINO PEREIRA; KATIANE MARTINS MENDONÇA;  
CAMILA STIVAL BISINOTO. *UN. FED.DE GOIAS; PONT. UN. CATOL. GOIAS, GOIANIA – GO*

- Elaborar o plano de gerenciamento de resíduos de forma participativa em uma unidade de atenção básica à saúde da família, por meio de **planejamento estratégico**.
- A ferramenta permitiu a participação de todos, levantamento dos problemas, análise das causas e ações resolutivas, com prazo e responsáveis por cada ação.
- Conclusão: O planejamento estratégico envolveu todos os trabalhadores da unidade, viabilizou reflexão e análise crítica sobre o gerenciamento dos resíduos, levando ao comprometimento com a transformação da realidade, e as mudanças iniciaram ainda na fase de elaboração.



## FERRAMENTAS DE QUALIDADE AUXILIANDO NAS ATIVIDADES DE UM GRUPO MULTIPROFISSIONAL PARA REDUÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VM

Fabiana Silva Vasques, Sandra Regina da Silva, Fabiana Pereira dos Santos, Imara J. de Azevedo Rios, Liliane Lemos, Antonio Claudomiro Aparecido Beneventti, José Licínio de Oliveira, Paula Marques de Vidal . Hospital Metropolitano Butantã

- Reduzir a densidade PAV; integrar o trabalho multiprofissional entre as equipes assistenciais da UTIA, áreas de apoio e diretoria utilizando as ferramentas de qualidade
- 1º formação do grupo multiprofissional; 2º descrição dos problemas pelo diagrama de causa e efeito; 3º identificação das prioridades; 4º plano de ação pelo sistema **PDCA**; 5º criação e implantação de **check list e protocolos** por mapeamento de processos; 6º implantação dos processos, medição e gerenciamento, através de indicadores.

## **FERRAMENTAS DE QUALIDADE AUXILIANDO NAS ATIVIDADES DE UM GRUPO MULTIPROFISSIONAL PARA REDUÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VM**

Fabiana Silva Vasques, Sandra Regina da Silva, Fabiana Pereira dos Santos, Imara J. de Azevedo Rios, Liliane Lemos, Antonio Claudomiro Aparecido Beneventti, José Licínio de Oliveira, Paula Marques de Vidal . Hospital Metropolitano Butantã

Cont.

- Houve uma redução importante da densidade de PAV, do percentil 50 para abaixo de 30. aprendizado mútuo sem precedente
- **CONCLUSÃO:** As ferramentas de qualidade, são instrumentos de apoio fundamental para assegurar o comprometimento com a melhoria contínua dos resultados. Porém, entender e se adaptar a um trabalho multiprofissional foi fundamental

## PACOTE DE MEDIDAS COMO FERRAMENTA PARA ELIMINAÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA NUMA UTI NEONATAL

Maria Gabriela B. Abreu, Julia Y. Kawagoe, Cláudia B. Forno, Maria Fernanda P.S. Dornaus, Ana Cristina Z. Yagui, Luci Correa, Alice D´A. Deutsch, Arno N. Warth. Hospital Israelita Albert Einstein

- Descrever a estratégia adotada nesta UTI Neonatal para eliminar a ocorrência de PAV utilizando **PDCA**.
- Na primeira fase identificou as possíveis causas com “**brainstorming**”. Na segunda fase, colocado em prática pacote de diversas medidas de prevenção da PAV inclusive com substituição de toda a equipe assistencial por enfermeiros no cuidado integral ao RN sob VM
- A terceira fase mostrou diminuição na incidência de PAV de 75% (de 4,8 para 1,2/1000 VM) .
- Conclusão: Este projeto de implantação de um pacote de medidas para a prevenção de PAV auxiliou na consolidação da filosofia de Tolerância Zero na UTI Neonatal

# RELATÓRIO DE NÃO CONFORMIDADES COMO INSTRUMENTO DE CONTROLE DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS: UMA FERRAMENTA DE GESTÃO DE QUALIDADE NA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA

NADIA SUELY DE OLIVEIRA LORENA, ERIC GUSTAVO RAMOS DE ALMEIDA, SIMONE MOREIRA, NATASHA HARTMANN. HOSPITAL SÃO LUCAS, ADLER CONSULTORIA LTDA

- Acompanhar a evolução do CC na resolução das não conformidades encontradas em visitas de inspeção, através de instrumento baseado no **Método de Análise e Solução de Problemas (MASP)** (método parecido com o PDCA). Foi observado um aumento do interesse dos gerentes na discussão das estratégias bem como uma melhoria na resolução das não conformidades
- Conclusão: O instrumento utilizado contribuiu no avanço das discussões para resoluções das não conformidades trazendo para a instituição uma importante parceria entre a CCIH e a Gestão da Qualidade.



# LEAN SIX SIGMA: INOVAÇÃO NO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Márcia Fernandes, Claudia Reis Stigliani, Fabiana Silva Vasques, Marivone Finco Araneda, Nelson Ribeiro Filho, Paula Marques de Vidal, Renata Braz Ralio, Matusalém Carvalho. H. Alvorada Moema , H. Itacolomy Butantã , H. Itacolomy Rud Ramos

- Buscar excelência operacional; integração dos SCIHs e as áreas da cadeia de valor; padronizar processos; utilizar controles e indicadores; dentre outros.
- 1º etapa: definir problemas, oportunidades, resultados e situação atual; 2º etapa: medir e analisar, usando **diagrama de causa e efeito, Pareto e o SIPOC**; 3º etapa: estabelecer novas soluções; 4º etapa: controlar por avaliação contínua.
- CONCLUSÃO: redução de desperdícios, produtividade em excesso e atividades que não agregam valores. Desenho e análise do processo do SCIH com mais solidez, agilidade e efetividade. Foi difícil quebrar paradigmas e um dos maiores desafios do método é sua sustentação em longo prazo.



# SURTO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO: INVERSÃO DA CURVA DE TENDÊNCIA

Luiz Giovani, Livia P. Silva, Guilherme P. Leguens Paramo, Darcy L. Moreira de Carvalho  
HOSPITAL METROPOLITANO

- Testar metodologia com maior agilidade na compreensão dos dados e exposição clara das ações para as equipes do hospital.
- Foram estudados 09 casos de ISC em 121 cirurgias limpas de 2009. Feito diálogo com a equipe cirúrgica, CC e CME. Dados tabulados com aplicação do **PDCA e diagrama de Ishikawa** para correção de rumo na curva de tendência.
- CONCLUSÕES: 1. Houve correção de rumo e inversão da curva de tendência. 2. Não foi possível detectar a exata causa do surto. 3. O diálogo com a equipe cirúrgica foi considerada a intervenção mais importante. 4. O PDCA e o diagrama de Ishikawa foram eficientes nas apresentações para as equipes Médica e de Enfermagem.

# A multicenter study using positive deviance (PD) for improving hand hygiene compliance

**American Journal of Infection Control. Volume 41, Issue 11, November 2013**

Alexandre R. Marra, Danilo T. Noritomi, Adilson J. W. Cavalcante, Thiago Z.S. Camargo, Renata P. Bortoleto, Marcelino S. Durao Jr et al. H.

Estudo em 8 UTIs e 1 unidade de 7 hospitais de cuidados terciários (públ./priv).

- Fase 1 - contagem de HM realizadas por observadores.
- Fase 2 - a intervenção PD realizada nos centros participantes. Avaliado consumo de produtos de HM (gel de álcool e clorexidina) e a densidade de incidência de IRAS.
- Diferença na conformidade em HM com 46,5% na fase 1 e 62,0% na fase 2 ( $p < 0,001$ ). redução na incidência de densidade de infecções associadas a dispositivos por 1.000 pacientes-dia e na mediana de tempo de permanência entre a fase 1 e da fase 2 (13,2 vs 7,5 por 1.000 pacientes-dia,  $p = 0,039$  e 11,0 vs 6,8 dias,  $p < 0,001$ ).
- PD demonstrou grande promessa para melhorar adesão à HM

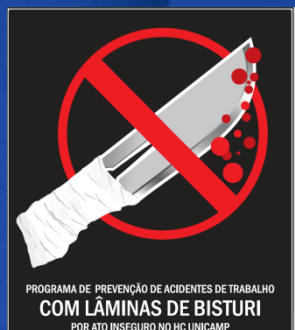
# ENGAJAMENTO DA EQUIPE ASSISTENCIAL NA REDUÇÃO DAS INFECÇÕES DE CORRENTE SANGUÍNEA RELACIONADAS AO CVC NA UTI PEDIÁTRICA – H. Sírio Libanês - SP

- Avaliar eficácia da estratégia de engajamento da equipe assistencial na redução das ICS-CVC em uma UTI pediátrica.
- Envolvimento da equipe assistencial: reunião com chefias, observação da manipulação do CVC, devolutiva dos resultados da observação, **Ishikawa**, tabulação dos dados, **Pareto** e priorização de ações e atendimento das solicitações apontadas.
- Obs. CCIH: baixa adesão HM, má fixação curativo CVC, falha na desinfecção do conector. Pela equipe assistencial: álcool para HM distante do ponto de assistência; fixação inadequado do CVC, curativo de tamanho não adequado para a pediatria.
- Ações da CCIH: em 2013 a taxa de ICS-CVC foi zero e permaneceu até o primeiro trimestre de 2014.
- Envolvimento da equipe permitiu identificar potenciais falhas e evitar a ocorrência das ICS-CVC. A equipe sentiu-se valorizada já que os problemas apontados foram corrigidos.

# PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO COM LÂMINAS DE BISTURI POR ATO

**INSEGURO.** LUCIANA GONÇALVES, MEIRE C.C. DEL MONTE, MIRTES L. LEICHSENDRING et al  
Hospital de Clínicas – Unicamp - Campinas

- 17 acidentes com lâmina de bisturi por ato inseguro: 59% com enfermagem, 23% com limpeza, 12% fisioterapeutas e 6% médicos. 65% para cortar fitas adesivas e ataduras, 11,5% na retirada de pontos e 23,5 % por descarte inadequado.



- Estabelecer programa visando prevenir e eliminar acidentes com lâmina de bisturi por ato inseguro.
- Disponibilizar aos profissionais condições seguras para a realização do trabalho diário

- Gestão por Processo com **PDCA** e questionários voz do cliente (**VOC**) , **fluxogramas** e **5W2H**

- Tesoura de bolso, kit ablação de pontos, kit desbridamento, conectores e conscientização

- O propósito de eliminar os acidentes com lâminas de bisturi por ato inseguro foi atingido. Zero casos após a intervenção.



# Troca do álcool 70% por solução de biguanida para desinfecção de mobiliário assistencial.

MIRTES L. LEICHSENDRING et al - Hospital de Clínicas – Unicamp – Campinas

- Problemas de compatibilidade de mobiliário e equipamentos com álcool e baixa adesão às boas práticas de limpeza e desinfecção pelos profissionais de enfermagem.
- Análise da possibilidade de mudança para produto de passo único frente à praticidade, custos e logística institucional.
- Início em outubro de 2012.
- Utilizou **5W2H**, **PDCA** e questionários voz do cliente (**VOC**)
- Teste de várias formulações, em unidade piloto: avaliação do adesão às práticas recomendadas, aceitação pelos usuários, compatibilidade com as superfícies, monitoramento do consumo, análise do impacto econômico.
- Opção por solução líquida de biguanida + QA 4ª G em borrifador descartável, envaze centralizado na Farmácia
- Menor volume de consumo/dia equilibrou custos



# Conhecendo um pouquinho (pouquinho mesmo...) sobre algumas ferramentas...



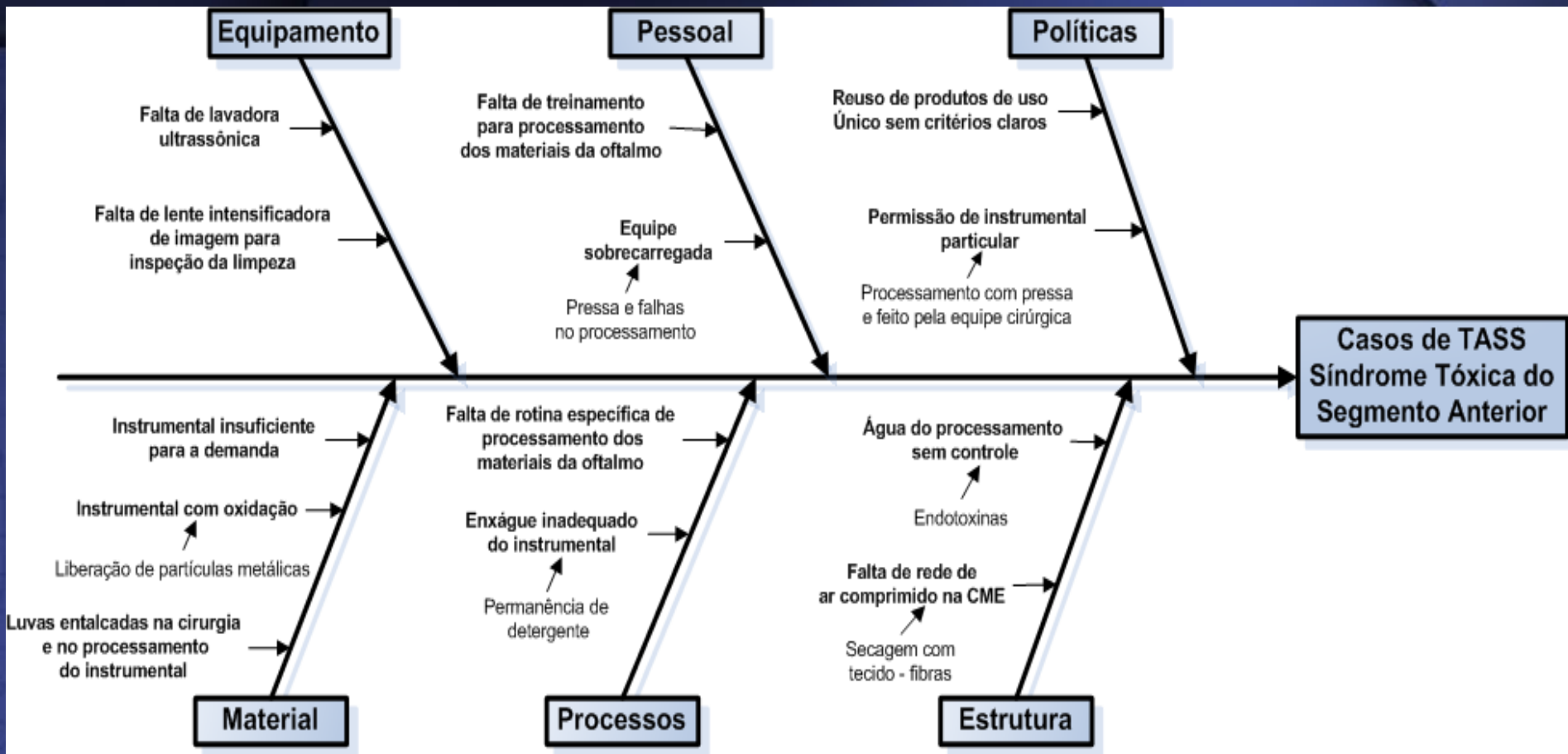
# Brainstorming

- "Tempestade de ideias"
- Processo criativo grupal no qual os indivíduos emitem ideias de forma livre, sem críticas, no menor espaço de tempo possível, sobre um determinado tema
- Utilizado para resolução de desafios
- Duas etapas:
  - Divergente, na qual a proposta é produzir muitas ideias
  - Convergente, na qual as sugestões são selecionadas, agrupadas e avaliadas.

# Diagrama causa efeito – Ishikawa

- Ferramenta utilizada para a análise de desconexões de um processo:
  - Definir o problema sob estudo;
  - Criar a espinha de peixe identificando o problema analisado;
  - Identificar as causas mais prováveis do problema, utilizando a avaliação do grupo, classificando pela categoria e criticidade;
  - Analisar estas causas e planejar ações.

# Casos de TASS (hipotéticos)



Excel / Word / Visio

## Referências para construção do Ishikawa sobre TASS:

Two consecutive clusters of toxic anterior segment syndrome. [Moyle W](#) et al. [Optom Vis Sci](#). 2013 90(1):e11-23.

The Food and Drug Administration's Proactive toxic anterior segment syndrome Program. [Eydelman MB](#) et al. [Ophthalmology](#). 2012 119(7):1297-302.

Toxic anterior segment syndrome: common causes. [Cutler Peck CM](#) et al. [J Cataract Refract Surg](#). 2010 Jul;36(7):1073-80.

# Análise SWOT

## Forças - vantagens competitivas internas

#	Vantagens	Descrição
1	Equipe capacitada	
2	Treinamentos frequentes	

## Fraquezas - vulnerabilidades da empresa

#	Fraquezas	Descrição
1	Profissionais em aposentadoria	
2	Política de benefícios tradicional	

## Oportunidades - forças externas favoráveis

#	Oportunidades	Descrição
1	Estagiários com bom desempenho	

## Ameaças - obstáculos externos

#	Ameaças	Descrição
1	política de RH agressiva dos	

- Bastante usado em planejamento estratégico
- Ajuda a definir ações a curto, médio e longo prazo
- Excel

- Forças (Strengths)
- Fraquezas (Weaknesses)
- Oportunidades (Opportunities)
- Ameaças (Threats)

	POSITIVO	NEGATIVO
INTERNOS	Equipe capacitada Treinamentos frequentes <b>Forças (S)</b>	Profissionais em aposentadoria Política de benefícios tradicional <b>Fraquezas (W)</b>
EXTERNOS	Estagiários com bom desempenho <b>Oportunidades (O)</b>	política de RH agressiva dos concorrentes <b>Ameaças (T)</b>



# MATRIZ GUT

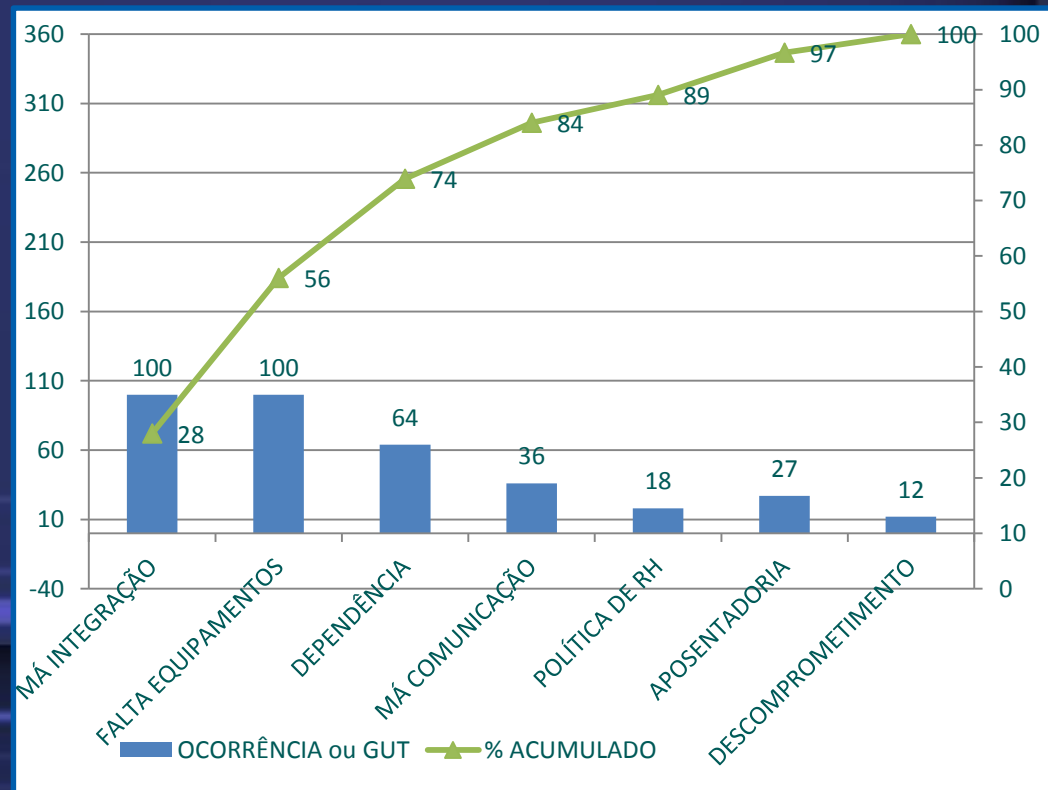
- Sistema de priorização de problemas
- Excel

Gravidade	Urgência	Tendência	Nota
Extremamente grave	Extremamente urgente	Se não for resolvido, piora imediatamente	5
Muito grave	Muito urgente	Vai piorar a curto prazo	4
Grave	Urgente	Vai piorar a médio prazo	3
Pouco grave	Pouco urgente	Vai piorar a longo prazo	2
Sem gravidade	Sem urgência	Sem tendência de piorar	1

Problema	Gravidade	Urgência	Tendência	Prioridade
COMUNICAÇÃO frágil entres as partes envolvidas + Papéis e responsabilidades precisam ser repensados	3	3	4	36
DEPENDENCIA do saber das pessoas + falta de treinamento	4	4	4	64
DESCOMPROMETIMENTO Mentalidade do tipo "Sempre foi assim e não tem jeito" ou "Não dá certo".	3	2	2	12
INTEGRAÇÃO - Falta integração com outras áreas	5	4	5	100
EQUIPAMENTOS - Falta para os procedimentos cirurgicos a serem realizados	5	5	4	100
				0

# Gráfico de Pareto

- “Princípio de Pareto (princípio 80-20), proposto por Juran (homenagem ao economista italiano Vilfredo Pareto)
- Para muitos fenômenos, 80% das consequências advêm de 20% das causas
- Usa a frequência dos eventos (ou valorização de eventos não quantificáveis – Ex: GUT)
- Coluna - frequência
- Linha - percentual acumulado
- Favorece priorização das ações corretivas
- Excel



# Diagrama Espaguete

- Avaliação de postos de trabalho e fluxos
  - Simulação dos fluxos –viabilidade, racionalidade, possibilidade de cruzamentos, situações de contrafluxo, desgaste da equipe na realização da tarefa



# Ciclo PDCA

- Método iterativo - processo que se repete diversas vezes para se chegar a um resultado e, a cada vez, gera um resultado parcial que será usado na vez seguinte
- Usado para implantação de novas ideias ou solução de problemas.
  - **Plan:** 1) Identificação do problema; 2) Estabelecer meta; 3) Análise do fenômeno; 4) Análise do processo (causas); 5) Plano de ação.
  - **Do:** 1) Treinamento e 2) Execução do plano
  - **Check:** análise ou verificação dos resultados e dados coletados. Podem ser detectados erros ou falhas.
  - **Action:** realização das ações corretivas. Reiniciar o ciclo levando ao processo de Melhoria Contínua

















# 5 W e 1 H (ou 2H)

- Plano de ação tático onde são definidas as ações a serem tomadas e os responsáveis, em um período “curto” de tempo, normalmente 1 ano.
  - O que deverá ser feito (“What”?)
  - Quando (“When”?)
  - Responsável por cada ação (“Who”?)
  - Porquês (“Why”?) de cada ação
  - Como (“How”?) deverão ser feitas
  - Onde (“Where”?) serão feitas
  - Quanto custará fazer (“How much?”)



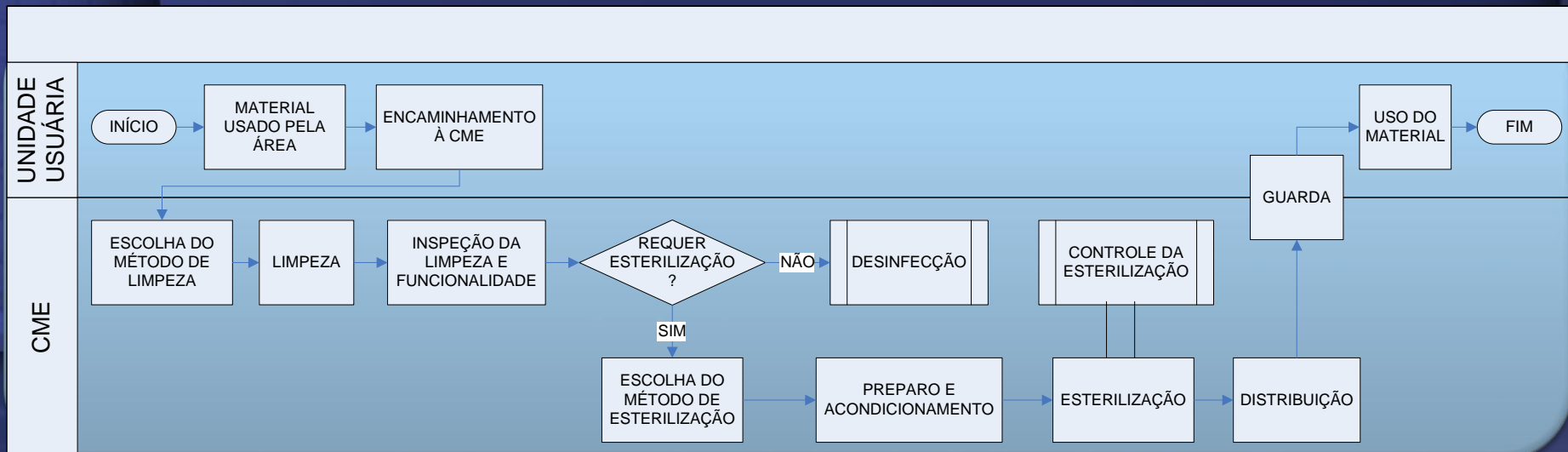
# 5 W e 1 H (ou 2H)

P								D
P 1 - PLANO DE AÇÃO PROPOSTA / PROJETO / ESTRATÉGIA:						META OBJETIVO: META PRAZO: META VALOR:		INDICA- DOR
	MEDIDA ou AÇÕES (O Que)	Quando	Onde	Quem	Razão, Por que, Por Quem	Como (Procedimento)	Quanto (R\$)	Posição _/_/_
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

EM ANDAMENTO  REALIZADO  A SER FEITO 

# Fluxograma / Algoritmo

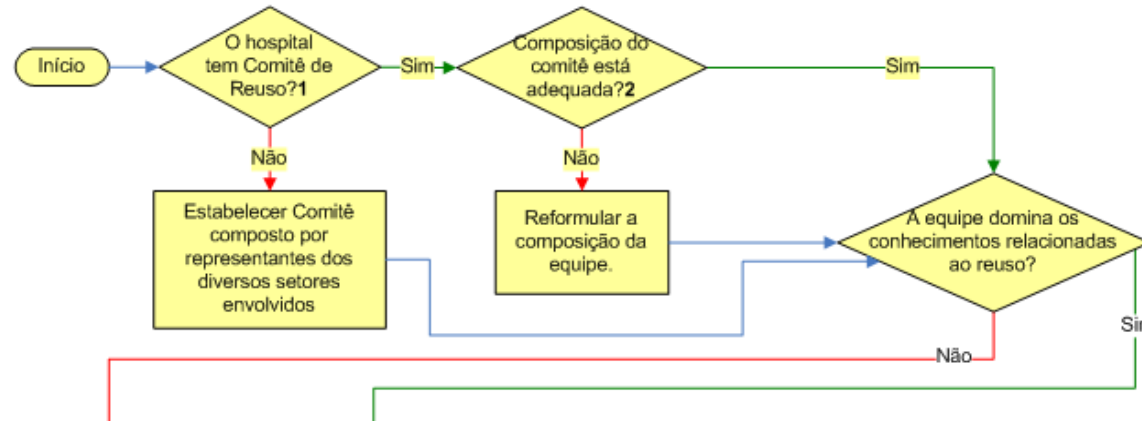
- Representação gráfica de um processo
- Recomendações para elaboração de um bom fluxograma – formas e símbolos
- Compreensão do fluxograma – fundamental!
- Sistemas para elaboração de fluxos: Excel / Word / DIA / Visio



# PROPOSTA DE ALGORITMO DIRECIONADOR PARA REUSO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE FABRICADOS PARA USO ÚNICO

Renata Carolina Belorte, Eliane Molina Psaltikidis – CBIH 2012

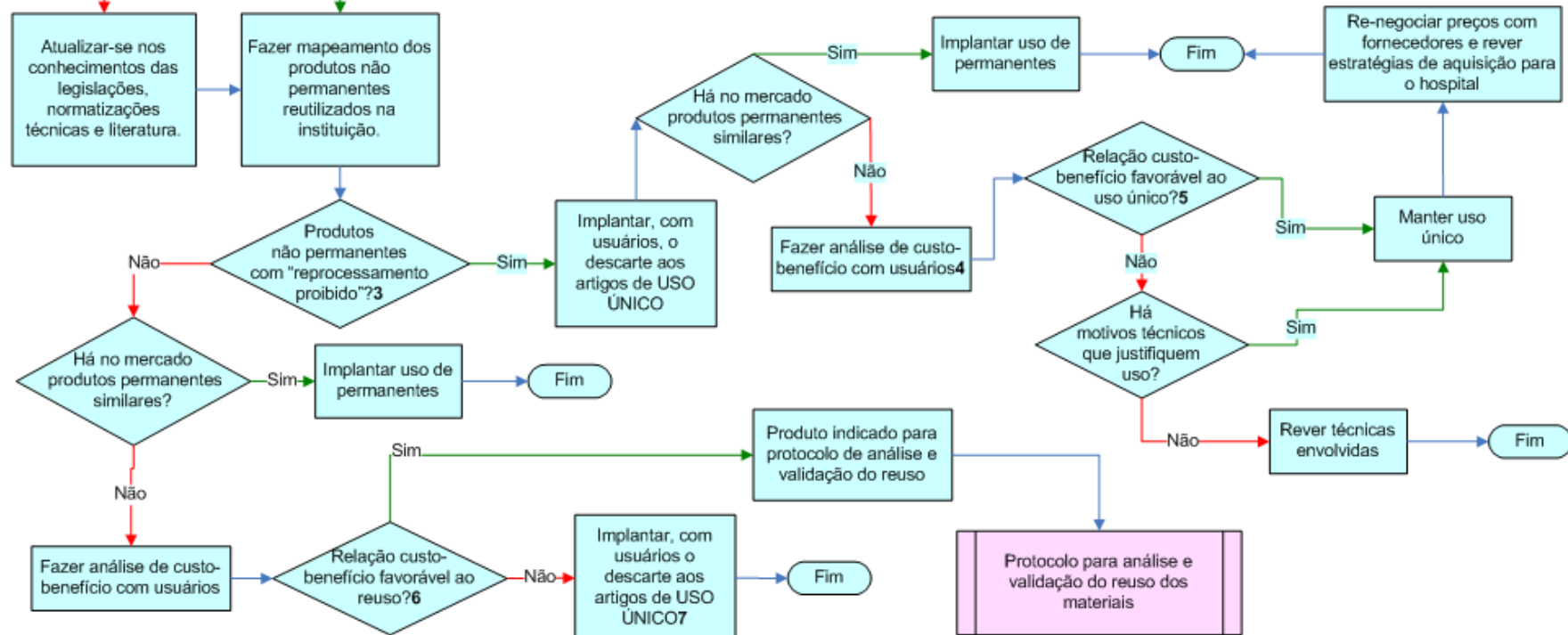
ALTA ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL



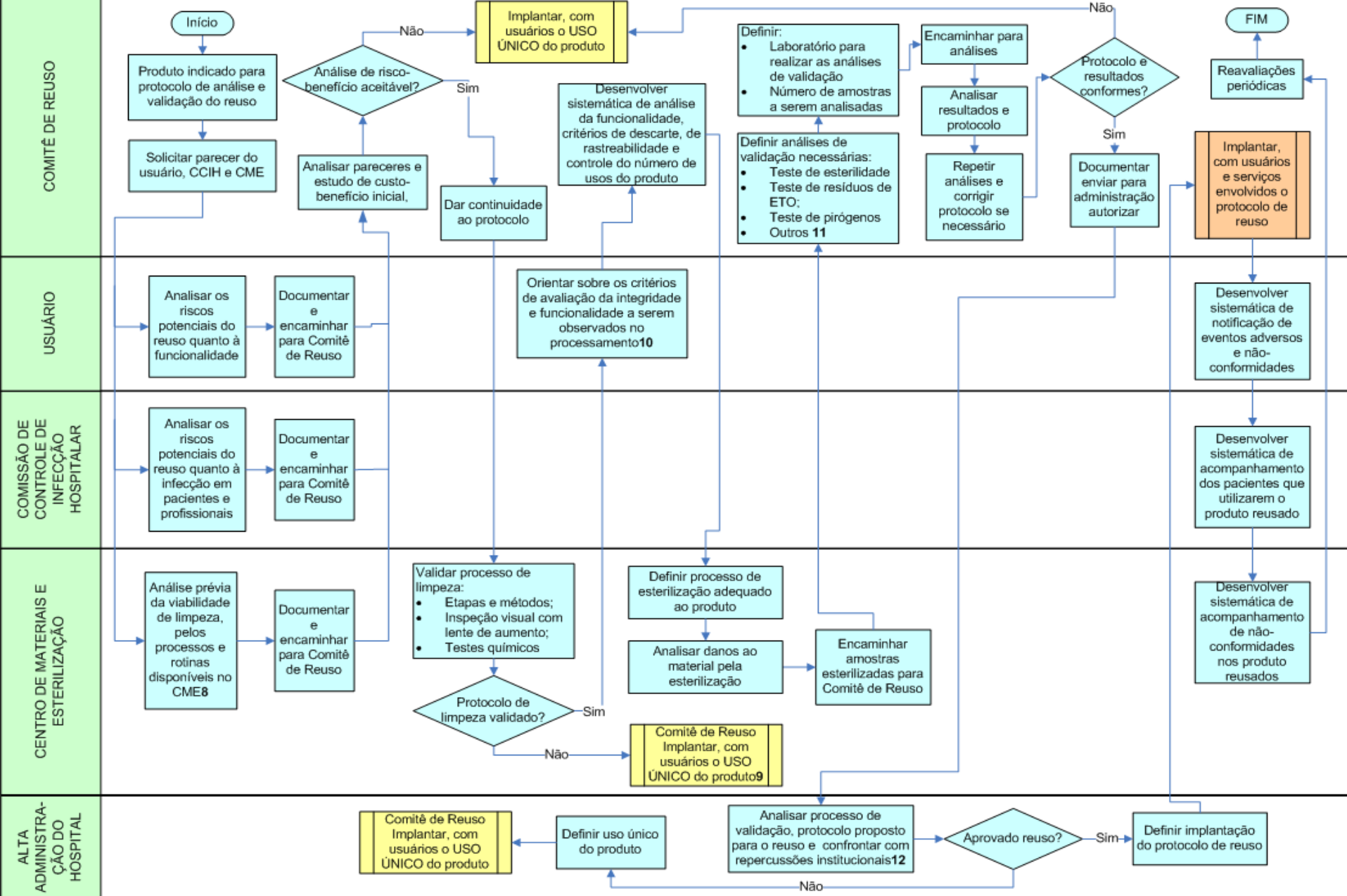
Observações:

1. O Comitê de Reuso garante a representatividade das principais áreas envolvidas com o reuso.
2. Deve ser composta pelo menos por representante da alta administração, CCIH, CME, CC, Diretoria Clínica, Assessoria Jurídica, Compras, Comissão de Ética e profissionais usuários.
3. Esta rotulagem determina proibição de reuso do produto de saúde, segunda a RDC 156/2006.
4. Considerar minimamente o preço do produto, ressarcimento e o impacto econômico institucional.
5. Verificar se está sendo pago o menor preço, se há possibilidade de negociar em grande volume e se o sistema de saúde consegue sustentar o uso único.
6. Acrescentar à análise, além dos itens acima, o custo do processamento.
7. Relação custo benefício desfavorável é determinante para decisão pelo uso único.

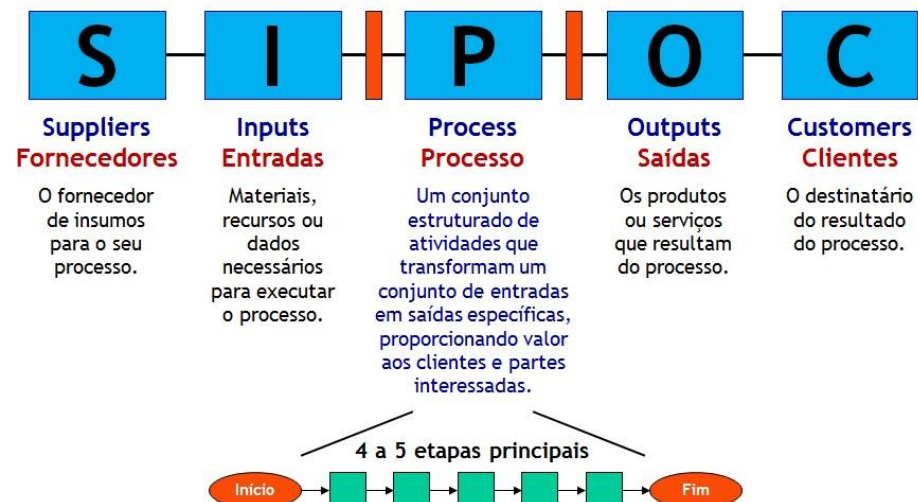
COMITÊ DE REUSO







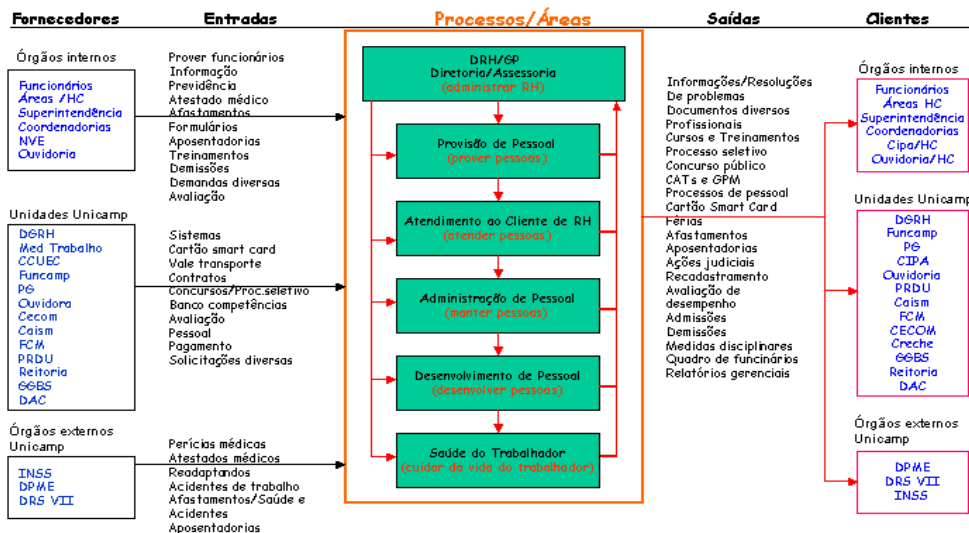
# SIPOC / Mapa de relacionamento



- Representação gráfica das relações fornecedor / cliente
- Excel / Word / DIA / Visio



MAPA DE RELACIONAMENTO DA DRH-HC





Rápido olhar sobre  
algumas ferramentas do  
leque disponível





UNICAMP

Congresso Brasileiro de  
Controle de Infecção e  
Epidemiologia Hospitalar

XIV

19 A 22 DE NOVEMBRO DE 2014 | EXPO UNIMED CURITIBA | CURITIBA | PR



# Obrigada!

**Eliane Molina Psaltikidis**  
HC Unicamp  
[emolina@hc.unicamp.br](mailto:emolina@hc.unicamp.br)

