

V JORNADAS DA ANCI

Promover, Monitorizar, Atuar

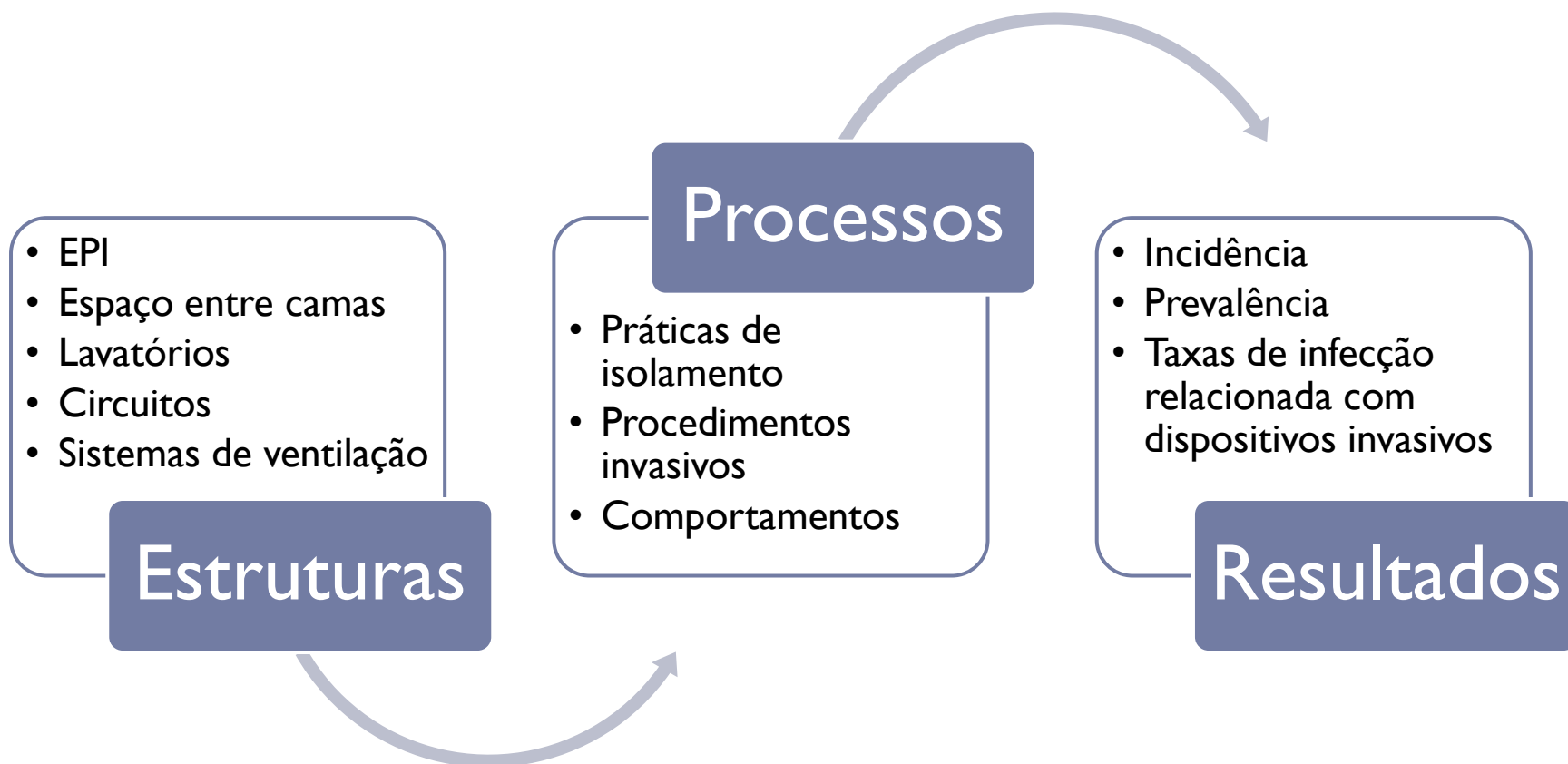
Metodologia e instrumentos de auditoria

Vigilância de processos
Ana Geada

Introdução

- ▶ Numa evolução recente, a gestão de resultados é incluído e enfatizado nas instituições de saúde, como garantia de qualidade dos cuidados de saúde.
- ▶ A aplicação de métodos para a melhoria de processos, importados da indústria para as instituições de saúde, com ênfase nos processos relacionadas com os resultados.
- ▶ A vigilância epidemiológica de infecção numa instituição não é excepção, e é actualmente considerado um indicador de qualidade.

Vigilância epidemiológica das infecções



VE de processos/estruturas

Definição:

“monitorização consistente e quantitativa de práticas que contribuem directa ou indirectamente para um resultado de saúde, com a utilização dos dados obtidos para a melhoria dos respectivos resultados”

* Ona Baker

Vigilância de processos

- ▶ Deve ser possível obter dados cuja divulgação possa influenciar a mudança de práticas
- ▶ Deve permitir uma clara definição de prioridades
- ▶ Os processos devem ser quantificáveis
- ▶ Os dados devem ser fáceis de recolher não exigindo recursos elevados

Programa mínimo de V.E. de processos para um hospital

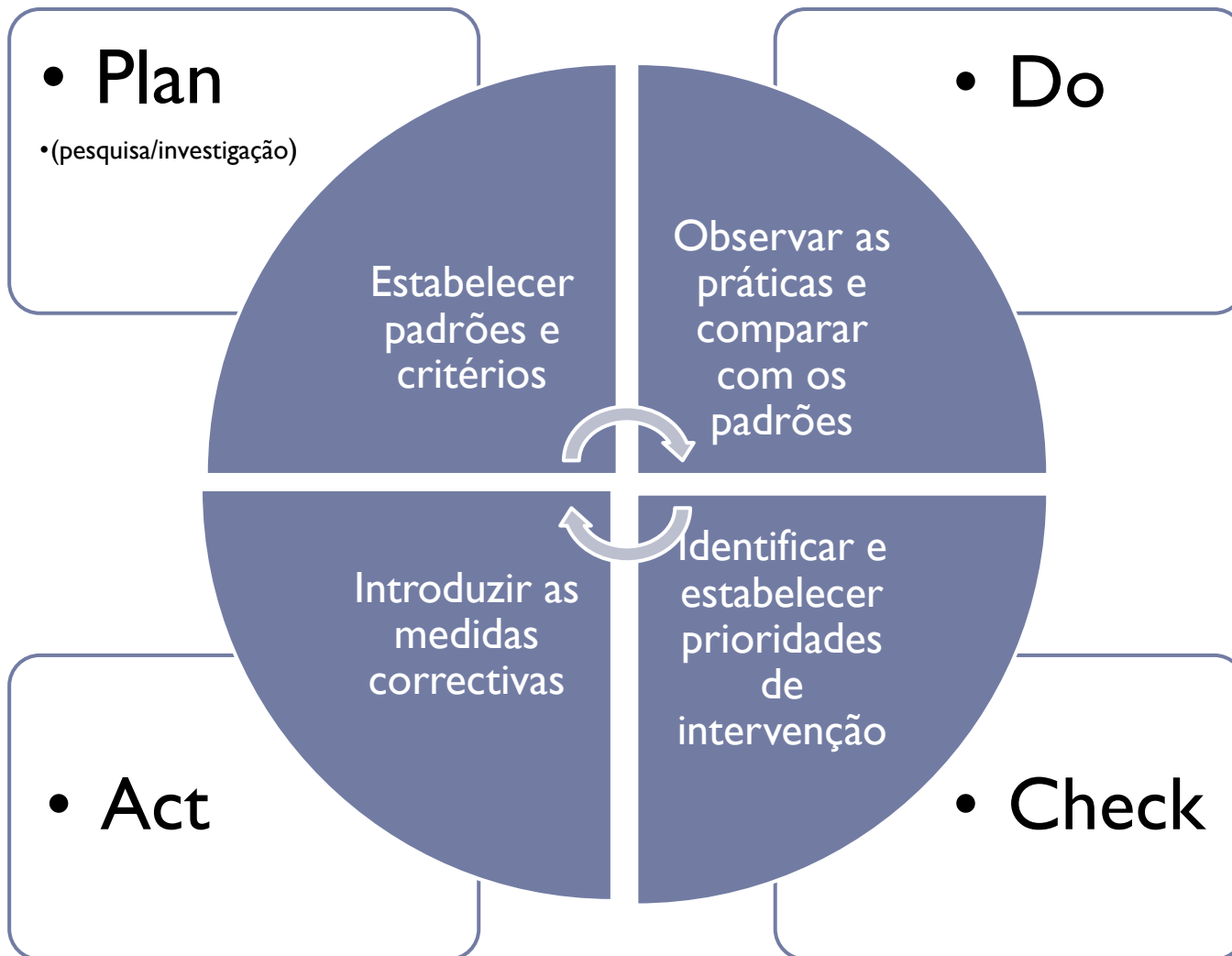
- Precauções básicas/ Higiene das mãos
- Factores de risco: (CVC, algaliação, cirurgia, ventilação)
- Utilização de antibióticos
- Uso de antissépticos/ desinfectantes
- Circuitos de limpos/sujos
- ...

Métodos de vigilância de processos



CICLO DA AUDITORIA

(ciclo de Demming: PDCA)



Auditoria

– uma ferramenta de trabalho da CCI

Planeamento

- O que queremos auditar (estruturas / processos)
- Quem queremos envolver na auditoria
- Que instrumentos de colheita de dados
- A quem dirigir e como o relatório
- Como reavaliar os resultados após medidas de intervenção

Avaliação dos critérios/ auditor

- Observação directa
- Questões aos profissionais
- Consulta documental

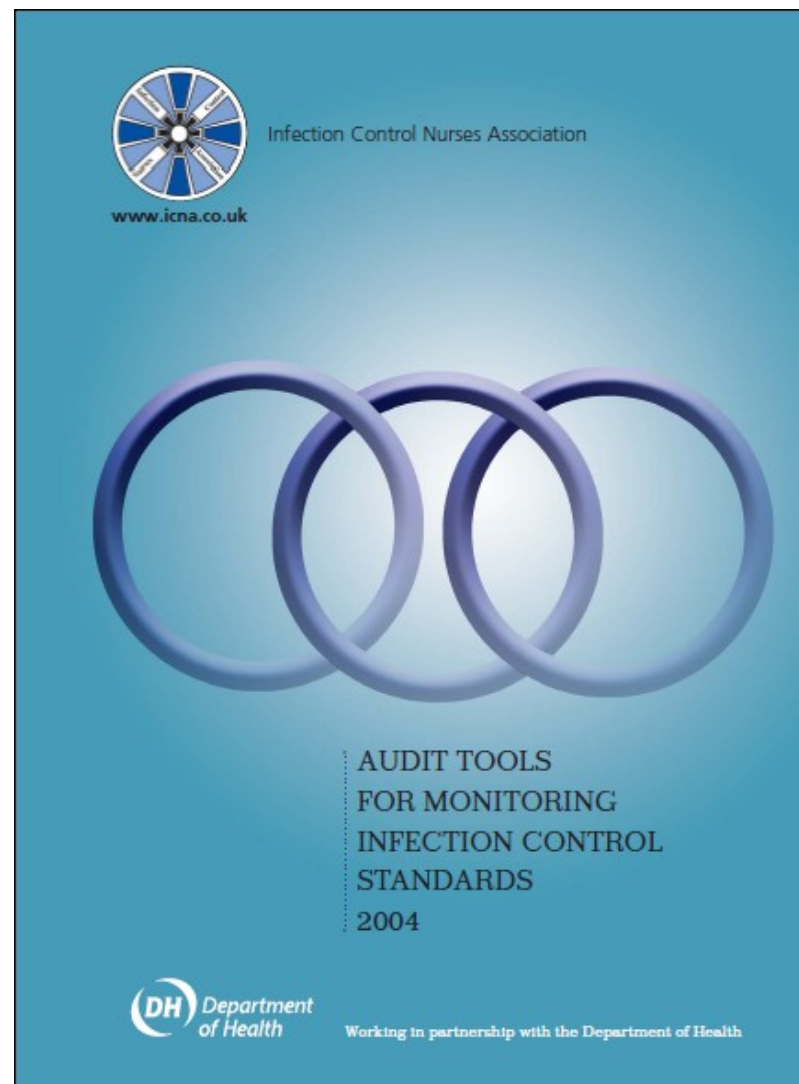
Análise dos dados divulgação

- Quantificação dos resultados (percentagem ou rácio)
- Análise e sugestão de melhoria
- Elaboração do relatório e divulgação dos resultados

Instrumentos de auditoria

- Precauções básicas

1. Higiene das mãos
2. Uso de EPI
3. Ambiente
4. Manuseio e remoção de roupa
5. Manuseio e remoção de resíduos
6. Manuseio e remoção de cortoperfurantes
7. Manutenção de equipamentos do doente (geral)
8. Cozinhas/ copas



Uso de Equipamento de Proteção Individual

Padrão: As práticas clínicas, no uso de equipamento de proteção individual, são baseadas nas

mel
tran
prol
Nofz
mail

Higiene das Mãos

Padrão: As mãos são descontaminadas corretamente e de forma oportuna com um agente de limpeza, nas estruturas d

Serviço / Área

Manuseio & Remoção de Roupas

Padrão: A gestão e o manuseio da roupa são apropriados de forma a prevenir a transmissão cruzada de infecção

Serviço / Área

Ambiente

Padrão: O ambiente é mantido em condições de segurança para reduzir o risco de infecção cruzada.

Serviço / Área:

AMBIENTE				
	Crítérios	Sim	Não	N/A
AMBIENTE GERAL				
1	Existe um plano de manutenção (diário e periódico) de limpeza do ambiente.			
2	As armazéns das camas estão limpas e sem pó.			
3	Cadeiras estão livres de pingos, salpicos, películas, pó e dedadas.			
4	Cadeiras e bancos estão livres de pingos, salpicos, películas, pó e dedadas.			
5	Mesas estão livres de pingos, salpicos, películas, pó e dedadas.			
6	Cacifos estão em bom estado de conservação.			
7	Cadeiras e bancos estão em bom estado de conservação.			
8	Mesas estão em bom estado de conservação.			
9	Todas as cadeiras e bancos das áreas clínicas são revestidos com material impermeável (lavável).			
10	O pavimento incluindo rodapés/ frisos e cantos estão livres de areias, pó ou colão.			
11	Todas as superfícies elevadas e baixas estão livres de pó e teias de aranha.			
12	Cortinas e estores estão livres de manchas, pó e teias de aranha.			
13	Existe evidência de um plano de higienização de cortinas.			
14	As grelhas de ventilação estão limpas e sem pó.			
15	As campainhas de chamada dos doentes estão limpas e sem pó.			
16	Os sistemas de audiovisuais do doente estão limpos, sem pó e manchas.			
17	Os equipamentos dos postos de trabalho das áreas clínicas estão visivelmente limpos, i.e., telefones, teclados de computadores.			

1	ESTRUTURA
2	1 O sab
3	2 O sal
4	3 O frax
5	4 O diag
6	5 Toalhi
7	6 O cre
8	7 A lava
9	8 O soluç
10	9 Os lav
11	10 Os la
12	11 Os la
	12 Os lav
	13 O am
	14 O arr
	15 O arr
	16 A roup
	17 A roup
	18 A roup
	19 A roup
	20 A roup
	21 A roup
	22 A roup
	23 A roup
	24 A roup
	25 A roup
	26 A roup
	27 A roup
	28 A roup
	29 A roup
	30 A roup
	31 A roup
	32 A roup
	33 A roup
	34 A roup
	35 A roup
	36 A roup
	37 A roup
	38 A roup
	39 A roup
	40 A roup
	41 A roup
	42 A roup
	43 A roup
	44 A roup
	45 A roup
	46 A roup
	47 A roup
	48 A roup
	49 A roup
	50 A roup
	51 A roup
	52 A roup
	53 A roup
	54 A roup
	55 A roup
	56 A roup
	57 A roup
	58 A roup
	59 A roup
	60 A roup
	61 A roup
	62 A roup
	63 A roup
	64 A roup
	65 A roup
	66 A roup
	67 A roup
	68 A roup
	69 A roup
	70 A roup
	71 A roup
	72 A roup
	73 A roup
	74 A roup
	75 A roup
	76 A roup
	77 A roup
	78 A roup
	79 A roup
	80 A roup
	81 A roup
	82 A roup
	83 A roup
	84 A roup
	85 A roup
	86 A roup
	87 A roup
	88 A roup
	89 A roup
	90 A roup
	91 A roup
	92 A roup
	93 A roup
	94 A roup
	95 A roup
	96 A roup
	97 A roup
	98 A roup
	99 A roup
	100 A roup

Manuseio & Remoção de Resíduos

Padrão: Os resíduos são removidos com segurança sem o risco de contaminação ou lesão

Serviço / Área:

Manuseamento & Remoção de Corto-perfurantes

Padrão: Os corto-perfurantes são manuseados em segurança para prevenir e controlar o risco microbiológico da exposição ao sangue.

Cozinhas/ Copas

Padrão: As cozinhas/ copas são utilizadas e mantidas de forma a reduzir o risco de infecção cruzada

Gestão de Equipamento do Doente (Geral)

Padrão: É definido na instituição um sistema que assegure, que todo o equipamento do doente reutilizável é descontaminado apropriadamente antes de ser utilizado e, que o risco associado às zonas de descontaminação e aos procedimentos são geridos adequadamente. A descontaminação deve ser efectuada de acordo com a política local e as recomendações do fabricante.

Serviço / Área:

GESTÃO DE EQUIPAMENTO DO DOENTE				
Crítérios	Sim	NÃO	N/A	Comentários
CONHECIMENTO DOS PROCEDIMENTOS DE DESCONTAMINAÇÃO				
1	Estão acessíveis a todos os profissionais, políticas de descontaminação, elaboradas pela CCI e aprovadas Órgão de Gestão.			
2	Os profissionais contactam com a CCI para consultoria e aconselhamento na compra de novos equipamentos clínicos.			
3	As instruções do fabricante sobre a descontaminação do novo equipamento estão disponíveis.			
4	Os profissionais conhecem os procedimentos de descontaminação dos equipamentos utilizados nos doentes (p.ex.: mobiliário, colchões, suportes de soros).			
5	Os profissionais conhecem o símbolo de dispositivo médico de uso único.			
6	Os profissionais sabem da necessidade de descontaminação do equipamento (p.ex.: colocar etiqueta de equipamento descontaminado) antes do equipamento ser utilizado, reparado ou ser alvo de manutenção.			
7	É utilizado um local adequado para a descontaminação de instrumentos cirúrgicos reutilizáveis. Orientação Os instrumentos cirúrgicos são descontaminados no Serviço Esterilização Centralizado.			
8	Os instrumentos são acondicionados e transportados num contentor apropriado (hermeticamente fechado) até à zona de descontaminação do Serviço de Esterilização Centralizado.			
9	Estão claramente definidas as funções e responsabilidades sobre quem efectua a descontaminação dos equipamentos (p.ex.: grades das camas, móveis, suporte de soros).			
ESTADO DE LIMPEZA DOS EQUIPAMENTOS				
10	Suportes de soros estão visivelmente limpos.			
11	Bombas e seringas infusoras estão visivelmente limpos.			
12	Monitores cardíacos estão visivelmente limpos.			

Quantificação

- ▶ Todos os critérios devem ser registados como:
 - ▶ Sim / não ou não aplicável
- ▶ Não é aceitável marcar **não aplicável** quando a melhoria de um critério pode ser alcançada.



Auditoria de Controlo de Infecção 3 / 3

RESUMO DOS COMENTÁRIOS:

Data: ____/____/_____
Assinatura do Auditor:

Assinatura do Responsável do Serviço / Área auditada:

AValiação do Índice de Qualidade

Cada padrão é composto por um conjunto de critérios (cada critério corresponde a uma questão acerca do mesmo assunto). Para cada critério existem três hipóteses de resposta:

✓ SIM

✓ NÃO

✓ NÃO APLICÁVEL (NA)

A resposta **SIM** tem uma avaliação (score) de 1 ponto;

A resposta **NÃO** tem uma avaliação (score) de 0 pontos;

Para obter o número de respostas aplicáveis, subtrai-se o número de respostas **NA** pelo número de critérios avaliados (inclui todas as respostas **SIM** e **NÃO**).

Soma-se o total de respostas **SIM**.

Divide-se o número de respostas **SIM** pelo total de respostas aplicáveis e multiplica-se por 100 para obter o valor percentual que corresponde ao índice de qualidade obtido.

Total de Respostas "SIM" = _____

Total de Respostas Aplicáveis = _____

Fórmula de Cálculo = $\frac{\text{Total de respostas "SIM"}}{\text{Total de respostas Aplicáveis}} \times 100$ Score da Avaliação = _____ %

ESCALA PARA A AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE QUALIDADE	CLASSIFICAÇÃO
Conforme	≥ 85%
Conformidade Parcial	Entre 76 – 84%
Conformidade Mínima	≤ 75%

Comissão de Controlo de Infecção
Adapted: Audit Tools for Monitoring Infection Control Standards. Infection Control Nurses Association - ICNA

Quantificação

- ▶ Se um critério não é alcançável por ausência de estrutura ou a prática não é executada é registrado **não aplicável**.

- ▶ Exemplo:

- numa área clínica onde não existe quarto de isolamento, o seguinte critério deve ser não aplicável

a)	Higiene das mãos	Sim	Não	N/A	Obs.
36	As mãos são descontaminadas após sair do quarto de isolamento			X	

Quantificação

► **Atribuição do Score a cada critério:**

Cada critério “Sim” - Score =1

Cada critério “Não” - Score =0

Fórmula de cálculo do índice de conformidade:

$$\frac{\text{Total de respostas “Sim”}}{\text{Total de respostas aplicáveis (sim+não)}} \times 100 = \text{_____} \% - \text{IC}$$

Nível de conformidades



Auditoria de Controlo de Infecção 3 / 3

RESUMO DOS COMENTÁRIOS:

Data: ____/____/_____
Assinatura do Auditor:

Assinatura do Responsável do Serviço / Área auditada:

AValiação DO Índice DE QUALIDADE

Cada padrão é composto por um conjunto de critérios (cada critério corresponde a uma questão acerca do mesmo assunto). Para cada critério existem três hipóteses de resposta:

✓ **SIM**
✓ **NÃO**
✓ **NÃO APLICÁVEL (NA)**
A resposta **SIM** tem uma avaliação (score) de 1 ponto;
A resposta **NÃO** tem uma avaliação (score) de 0 pontos;
Para obter o número de respostas aplicáveis, subtrai-se o número de respostas **NA** pelo número de critérios avaliados (inclui todas as respostas **SIM** e **NÃO**).
Soma-se o total de respostas **SIM**.
Divide-se o número de respostas **SIM** pelo total de respostas aplicáveis e multiplica-se por 100 para obter o valor percentual que corresponde ao índice de qualidade obtido.

Total de Respostas "SIM" = _____

Total de Respostas Aplicáveis = _____

Fórmula de Cálculo = $\frac{\text{Total de respostas "SIM"}}{\text{Total de respostas Aplicáveis}} \times 100$ Score de Avaliação = _____ %

ESCALA PARA A AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE QUALIDADE	CLASSIFICAÇÃO
Conforme	≥ a 85%
Conformidade Parcial	Entre 75 – 84%
Conformidade Mínima	≤ a 75%

Comissão de Controlo de Infecção
Adapted: Audit Tools for Monitoring Infection Control Standards. Infection Control Nurses Association - ICNA

Conformidade

85% ou acima

Conformidade parcial

75 a 84%

Conformidade mínima

Abaixo de 75%

Relatório

- ▶ É aconselhável o auditor relatar verbalmente as questões preocupantes ou as boas práticas com os responsáveis antes de sair.
- ▶ Desenvolver um relatório escrito de forma a que os responsáveis implementem acções de melhoria ou correcção das não conformidades.
- ▶ Estabelecer um período de tempo para se desenvolverem as acções.
- ▶ Reavaliar se foi verificado conformidade mínima.
- ▶ O sistema de feedback da informação pode envolver reuniões com os serviços.

Relatório e divulgação

Relatório Sumário 1

Hospital		Data Auditoria	
Unidade/Enfermaria		Auditor(es)	
Auditoria			
Crítérios Auditados		Data Relatório	
Nível de conformidade		Nível de não Conformidades	
Evidência da qualidade e boas práticas			
Sumário das áreas de não conformidades			

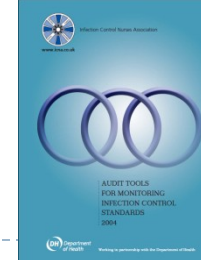
Adaptado: NHS....

Relatório Sumário 2

Data: Auditoria	Unidade:	Nível de conformidade:	
Áreas de não conformidade Os seguintes critérios não estavam presentes e tiveram uma avaliação negativa	Data de reavaliação	Ação a desenvolver	Rubrica
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Observação:			

Adaptado: NHS....

Relatório e divulgação



Auditoria às práticas de controlo de infeção

(Todas as auditorias completas num período de tempo)

1. Introdução

(Texto livre)

2. Nível de conformidades

(Apresentar os valores globais de cada instrumento de auditoria aplicado)

Colocar gráfico com os dados de conformidades obtidos em cada um dos standars (auditorias) – *opcional*.

3. Resultados globais/ sugestões

(Texto livre)

4. Conclusões

(Texto livre)



Auditoria às práticas de controlo de infeção

(Instrumento de auditoria aplicado a várias áreas)

1. Introdução

(Texto livre)

2. Nível de conformidades

(Apresentar os valores globais de cada área)

Colocar gráfico com os dados de conformidades obtidos em cada área/ enfermaria/ serviço (auditorias) – *opcional*.

3. Resultados globais/ sugestões

(Texto livre)

- Apresentar as áreas com conformidades de 85% ou superior
- Apresentar as áreas com conformidades inferiores a 85%
- Dados relevantes
- Sugestões de intervenção

4. Conclusões

(Texto livre)

A nossa experiência - relatório global -



Auditoria às práticas de controlo de infecção

UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA (UUM)

1. Introdução

A Comissão de Controlo de Infecção (CCI) realizou uma avaliação à adesão das precauções básicas na Unidade de Urgência Médica-HSJ, de acordo com o plano de acção anual. A metodologia utilizada foi a aplicação de instrumentos de auditoria no local por dois elementos da CCI. A visita ao serviço ocorreu no dia 17/10/2011.

Os instrumentos de auditoria utilizados foram construídos com os critérios de avaliação relativos às precauções básicas. Os critérios incluem a avaliação de estruturas e processos e subdividem-se nos seguintes parâmetros:

- Higiene das mãos
- Uso de equipamento de protecção individual
- Manuseio e remoção de roupa suja
- Ambiente geral
- Manuseio e remoção de resíduos
- Manuseio e remoção de corte-perfurantes
- Manutenção de materiais e equipamentos (geral)
- Cozinhas e copas

O nível de conformidade para cada instrumento de auditoria é obtido pela percentagem de critérios presentes no dia da avaliação.

São estabelecidas as seguintes categorias de conformidade:

- ✓ Conformidade $\geq 85\%$
- ✓ Conformidade parcial $\geq 75\%$ e $< 85\%$
- ✓ Conformidade mínima $< 75\%$

A avaliação global da unidade de internamento é o resultado da média do total das precauções básicas. A categoria de conformidade só é atribuída ao serviço quando todos os parâmetros avaliados têm uma pontuação $\geq 85\%$.

2. Nível de conformidades

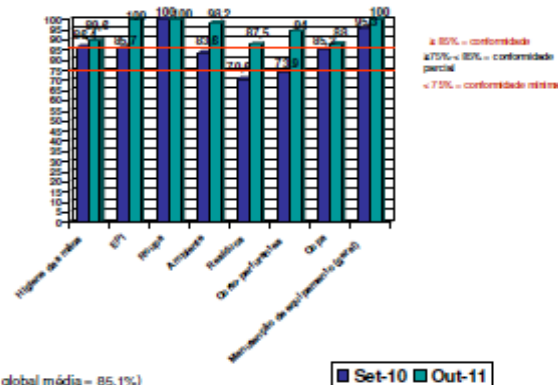
A unidade obteve uma avaliação global média de **94,6%** de conformidade com as precauções básicas. No entanto, esta média significa que estão em **conformidade** na adesão às precauções básicas porque todos os oito parâmetros avaliados estão em conformidade ($\geq 85\%$). O nível de conformidade em cada instrumento de auditoria consta no gráfico 1.



Auditoria às práticas de controlo de infecção

UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA (UUM)

Gráfico 1 - Unidade de Urgência Médica-HSJ - nível de conformidade por parâmetro avaliado em Setembro 2010 e Outubro 2011



2010 - (Avaliação global média = 85,1%)

2011 - (Avaliação global média = 94,6%)

3. Resultados globais/ sugestões

a) Conformidades ($\geq 85\%$)

- **Manuseio e remoção de roupa suja** (100 %): Não existe cruzamento entre o circuito da roupa limpa e o circuito da roupa suja. A roupa apresenta um bom estado de limpeza e de conservação das estruturas. A roupa lavada não apresenta manchas. No circuito da roupa suja verifica-se a sua contenção junto à unidade do doente e é triada e armazenada segundo a política da instituição. Os profissionais utilizam luvas e aventais no manuseio da roupa suja.

- **Manutenção de equipamentos/materiais do doente** (100 %): Existe política de descontaminação do equipamento e materiais reutilizáveis e está claramente estabelecido quem tem a responsabilidade da sua manutenção. Os materiais e equipamentos apresentam um bom grau de limpeza e manutenção. É de congratular a melhoria alcançada pelo que se sugere acções de formação/motivação periódicas com o objectivo de manter este padrão de qualidade. Aguardamos o espaço individualizado para o aparelho de gases já previsto.

- **Utilização de equipamento de protecção individual** (100%): Bom nível de conformidade justificado pela disponibilidade de equipamento de protecção individual em todas as áreas e são

A nossa experiência

- relatório 1 e 2 -



CCI – HSA C/HSJ

Auditoria às práticas de controlo de infeção

Relatório sumário 1

Hospital	HSJ	Data auditoria	17-10-2011
Depart/ Enfermaria	CUIDADOS INTENSIVOS UUM	Auditor(es) CCI	Ana Geada Madalena Almeida
Auditoria	Manuseio e remoção de resíduos	Data relatório	25-11-2011
Crítérios auditados	Procedimentos de triagem Contentores Remoção e transporte	Nível de não conformidades	12,5 %
Nível de conformidade	87,5 %		

Evidência da qualidade e boas práticas

- Os contentores de resíduos estão visivelmente limpos.
- A frequência de remoção dos resíduos é no mínimo diária.
- Não há transferência de resíduos clínicos de um saco para outro.
- Os sacos de resíduos são fechados em segurança antes de saírem do local onde foram produzidos.
- Os resíduos do grupo III são colocados em contentores com tampa accionada por pedal e em bom estado de funcionamento.
- Os profissionais têm conhecimento dos procedimentos de triagem e apresentam boas práticas de contenção e manuseio de resíduos.

Sumário das áreas de não conformidades

- Os profissionais utilizam sacos de lixo branco nos contentores junto dos lavatórios para a colocação de toalhetes usados na secagem das mãos.
- Não existe informação disponível nos locais de produção de resíduos (por ex., nos contentores ou junto a estes) identificando a correcta triagem



CCI – HSA C/HSJ

Auditoria às práticas de controlo de infeção

Relatório sumário 2

Data: 17-10-2011	Departamento: UUM	Nível de conformidade: 87,5 %
Auditoria	Manuseio e remoção de resíduos	

Áreas de não conformidade Os seguintes critérios não estavam presentes e tiveram uma avaliação negativa	Data de reavaliação	Ação a desenvolver	Rubrica
1. Em todas as áreas estão disponíveis cartazes sobre resíduos clínicos e/ou sobre a política identificando a sua triagem.	Outubro 2012	Imprimir os cartazes existentes na Intranet na Área de Gestão Hoteleira. Afixar os cartazes nas áreas onde é efectuada a produção dos resíduos.	
2. Os profissionais utilizam correctamente os sacos de resíduos para lixo doméstico, vidros, pilhas/baterias e resíduos clínicos perigosos.	Outubro 2012	Colocar sacos pretos nos contentores de resíduos junto dos lavatórios para descarte dos toalhetes utilizados na secagem das mãos.	

Observações:

Conclusão

- ▶ As instituições de saúde podem optar por incorporar a vigilância de processos como um adjuvante ou um substituto da vigilância de resultados.
- ▶ A auditoria é um importante instrumento de vigilância de processos, de garantia de qualidade e educacional.
 - ▶ Sustenta tomadas de decisão sobre a necessidade de estudos especiais, mudanças de políticas ou necessidades de formação.
- ▶ www.anci.pt – instrumentos de auditoria (em breve)



V JORNADAS DA ANCI

Promover, Monitorizar, Atuar

Obrigada

ana.geada@sapo.pt

anci.geral@gmail.com