

PROGRAMA PREVENÇÃO

e Controlo de Infecções
e de Resistência aos
Antimicrobianos

RELATÓRIO

AUDITORIA ÀS PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO

E

MONITORIZAÇÃO DA HIGIENE DAS MÃOS

ANÁLISE EVOLUTIVA: 2014 - 2015

Data de Publicação: Novembro de 2016

RELATÓRIO

**AUDITORIA ÀS PRECAUÇÕES BÁSICAS DE
CONTROLO DE INFEÇÃO**

E

MONITORIZAÇÃO DA HIGIENE DAS MÃOS

ANÁLISE EVOLUTIVA: 2014 - 2015

Novembro, 2016

Autores: Direção Nacional do PPCIRA

Paulo André Fernandes
Maria Goreti Silva
Carlos Palos
Isabel Neves
Margarida Valente
Pedro Pacheco
Paula Cruz

ÍNDICE

	Página
0.Introdução	4
1.Amostra	5
2.Metodologia de implementação da auditoria às Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI)	6
3.Formação a nível nacional e regional para a auditoria às PBCI	6
4. Capítulo I: Resultados da Auditoria às PBCI	7
Caraterização das unidades de saúde aderentes à Auditoria das PBCI	7
Índices de qualidade de estrutura e de processo	9
Índices de qualidade de estrutura e de processo aos Níveis de Cuidados de Saúde	10
Índices de qualidade de estrutura e de processo por ARS/Regiões Autónomas	11
Índices de qualidade de estrutura e de processo por Padrão	12
Índices de qualidade por Padrão e por Níveis de Cuidados de Saúde	12
Avaliação do Risco de Infecção	13
Etiqueta Respiratória	15
Utilização da SABA	16
Disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual	16
Descontaminação de materiais e equipamentos	17
Segurança dos injetáveis e transfusões	18
Limpeza do ambiente e superfícies	19
Recolha, acondicionamento e transporte seguro de roupa	20
Recolha, acondicionamento e transporte seguro de resíduos	21
Conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a Norma das PBCI	22
Avaliação de desempenho e objetivos e metas de controlo de infeção e RAM	23
Conhecimentos dos profissionais de saúde sobre riscos de exposição	24
Discussão dos resultados da auditoria às PBCI e propostas de melhoria	24
5. Capítulo II: Resultados da Monitorização da Higiene das Mãos	29
Adesão global à Higiene das Mãos nas unidades de saúde	30
Adesão à Higiene das Mãos das unidades de saúde por Região	30
Adesão à Higiene das Mãos por grupos profissionais e por Níveis de Cuidados	31
Adesão à Higiene das Mãos pelos 5 momentos	32
Adesão das unidades de saúde por grupos de serviços hospitalares	33
Formação dos profissionais em Higiene das Mãos	34
Consumo de SABA	35
Discussão dos resultados da monitorização da Higiene das Mãos e Propostas de Melhoria	36
7. Siglas	37
8. Anexos	38

0. INTRODUÇÃO

O Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), implementou em 2014, uma Estratégia Multimodal para promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI), agregando a Estratégia Multimodal de Promoção da Higiene das Mãos, ao conjunto das PBCI. Constituiu objetivo dar continuidade à promoção da higiene das mãos e abordar as restantes PBCI, de uma forma padronizada, consistente e que pudesse ajudar os Grupos de Coordenação Local do PPCIRA (GCL-PPCIRA) e todos os Profissionais de Saúde (PS) a identificar as inconformidades neste conjunto das Boas Práticas e introduzir estratégias de intervenção para melhoria. Denominou-se de “Campanha das PBCI” e insere-se na vigilância epidemiológica (VE) de processos e de estruturas.

A Campanha cumpriu já as primeiras três Fases, estando presentemente na 4.^a Fase: a primeira fase foi de planeamento da Campanha, altura em que foi nomeado o Coordenador Local da Campanha em todas as Unidades de Saúde (US) e foi formalizado o compromisso das US à Campanha através de um formulário próprio de onde constavam as assinaturas de um Membro do Órgão de Gestão de cada US, de modo a estabelecer um compromisso com cada US, o GCL-PPCIRA, o Coordenador Local da Campanha e todos os Profissionais de Saúde.

Para facilitar a VE de processos e de estruturas relativa às PBCI, foi criada uma plataforma informática que acrescentou à já existente base de dados de monitorização da Higiene das Mãos, o módulo da Auditoria às PBCI e mais recentemente (novembro de 2016), o módulo de monitorização do uso de luvas nas US. Para o efeito, foram cedidos os códigos de acesso à plataforma para que os GCL-PPCIRA possam digitar os dados da Auditoria, analisar os mesmos e retirar os respetivos relatórios pré-formatados. Foi feita formação de familiarização dos PS com as bases de dados desta plataforma. Foi ainda promovida formação alargada sobre as PBCI, iniciando-se pelos membros dos Grupos de Coordenação Regional do PPCIRA (GCR-PPCIRA), aos membros GCL-PPCIRA e Coordenadores Locais da Campanha. A DGS/PPCIRA disponibilizou a todos os GCR-PPCIRA um kit de materiais formativos e informativos para o efeito (apresentações em *Power Point* e outros materiais promocionais e técnicos).

Na 2.^a fase, foi promovida a avaliação de base ou diagnóstica, tendo sido aplicada a Auditoria às PBCI nas US, aos três níveis de cuidados (Hospitalares, Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Continuados Integrados). Foi promovida a avaliação de risco organizacional para a infeção. Foi monitorizada a adesão dos profissionais de saúde à Higiene das Mãos (análise evolutiva e anual). Foram implementadas localmente, as medidas de intervenção para melhoria, relativas às inconformidades.

A 3.^a fase consistiu na Reavaliação, como avaliação de progresso, utilizando-se o mesmo formulário de Auditoria às PBCI, após a formação dos profissionais e após terem sido distribuídos os materiais promocionais e técnicos. Ao terminar a 3.^a fase, foram analisados os dados evolutivos, para perceber se as medidas de melhorias introduzidas foram eficazes e em que medida o foram. Identificou-se novamente quais as áreas em que é necessário continuar a investir e reformular as abordagens.

Estamos presentemente na 4.^a fase da Campanha que consta de uma análise “*Swot*”, em que se fará uma avaliação pormenorizada sobre a forma como decorreu a Campanha das PBCI e se irá propor as medidas necessárias para melhorar a metodologia.

Será promovida nesta fase:

- a monitorização do uso de luvas nas US: o PPCIRA definiu para 2016 como uma área prioritária de abordagem, este componente das PBCI, para além da higiene das mãos,

dada a sua importância na prevenção e controlo da transmissão cruzada de infeção/colonização e das resistências aos antimicrobianos. Para o efeito, está em construção o módulo informático para o registo das observações do uso de luvas, que permite a retirada de relatórios automatizados, com base num formulário padronizado que já foi aplicado em fase de pré-teste em duas US, após o que foram feitas as melhorias necessárias. Foi elaborado um guia do observador e duas apresentações em *Power point*, para servirem de orientação aos PS, na observação das práticas de uso de luvas;

- a obrigatoriedade das US desenvolverem internamente um plano de limpeza adequado para todas as áreas;
- a obrigatoriedade de todas as US desenvolverem e implementarem o seu método interno de avaliação da qualidade da limpeza.

Analisar-se-á ainda, as condições de continuidade e sustentabilidade desta Campanha. A partir da do final da 4.^a fase da Campanha das PBCI, esta passará a denominar-se de "Estratégia Multimodal de Promoção das PBCI".

Sendo as PBCI o alicerce das boas práticas clínicas, a auditoria às PBCI permitiu conhecer a adesão às PBCI de um modo sistematizado e consistente, tendo sido aplicada numa amostra representativa de US do País, com recurso a metodologia padronizada.

Através da aplicação da Auditoria às PBCI, obteve-se um conjunto de indicadores e de informação pertinente, que permitiram identificar as inconformidades na sua aplicação e, direcionar as medidas de intervenção para melhoria, relativas às inconformidades detetadas.

Estes resultados permitem ao PPCIRA (âmbito nacional), aos Grupos de Coordenação Regional do PPCIRA (GCR-PPCIRA) sedeados nas Administrações Regionais de Saúde (âmbito regional), aos Grupos de Coordenação Local (GGCL-PPCIRA) de cada US (âmbito local), aos Órgãos de Gestão e Chefias Intermédias, identificar e priorizar as medidas de intervenção adequadas para melhoria dos processos.

As US podem comparar os resultados locais com os resultados nacionais (estratificados por grupos de serviços ou tipologia de Unidades), para o planeamento em saúde.

Ressalta-se a importância da auditoria como metodologia de VE de processos e de estruturas, com impacto na implementação de medidas globais e setoriais para a prevenção e controlo das IACS e controlo das resistências aos antimicrobianos de uma forma abrangente, contribuindo para a cultura de segurança das US e para a qualidade dos cuidados de saúde.

Serve o presente relatório para divulgar:

- os resultados da Auditoria às PBCI Avaliação evolutiva, comparando-se os resultados da avaliação de progresso com os resultados da avaliação diagnóstica, no período entre 2014-2015;
- os resultados da monitorização de progresso da taxa de adesão dos profissionais de saúde à Higiene das Mãos - Avaliação evolutiva relativa ao período entre 2011-2015.

1. AMOSTRA

Na maioria das unidades de saúde foi aplicada a auditoria às PBCI em todos os serviços e, em algumas US, foi definida uma amostra de conveniência (os serviços considerados prioritários pelo GCL-PPCIRA), dependendo das metas e prioridades estabelecidas a nível interno e dos recursos humanos e logísticos existentes.

A monitorização da adesão às PBCI implicou a aplicação de um formulário de Auditoria por cada serviço clínico ou área funcional das US aderentes.

A monitorização da adesão à Higiene das Mãos, tal como nos anos anteriores, implicou a observação de 200 oportunidades em cada Serviço Clínico/Departamento das US aderentes.

2. METODOLOGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DA AUDITORIA

A responsabilidade da aplicação da auditoria a nível local é dos GCL-PPCIRA, com a colaboração estreita dos GCR-PPCIRA, tal como previsto nas linhas de orientação do PPCIRA. A Direção do PPCIRA reuniu com os membros dos GCR-PPCIRA para definição das metodologias. Preparou todos os documentos técnicos e de apoio à Auditoria, nomeadamente, a Norma das Precauções Básicas de Controlo de Infecção, o formulário da Auditoria às PBCI e um documento orientador do auditor.

Cada Unidade de Saúde nomeou o Coordenador Local da Campanha, planeou todo o processo e os circuitos internos e adaptou a metodologia à sua realidade.

O PPCIRA disponibilizou uma base de dados, em ambiente web (*online*), que permite digitar os dados e obter relatórios automatizados e atempados. A plataforma informática em ambiente *Web*, alberga presentemente os seguintes dois módulos de avaliação e ferramentas de apoio:

- a) Base de dados para a Monitorização das PBCI: Auditorias às PBCI - 1ª avaliação em 2014 e auditoria de progresso ou evolutiva no último trimestre de 2015, passando a ser aplicada anualmente, nos anos subsequentes;
- b) Base de dados para a Monitorização da adesão à Higiene das Mãos (evolutiva e anual);
- c) A opção "*Helpdesk*" permite aos profissionais, colocar as suas questões de ordem técnica, diretamente aos Engenheiros que mantêm as bases de dados e recebem resposta atempada.
- d) A opção de comunicação com a coordenação do Programa para esclarecimento de dúvidas e outras questões. Aconselha-se todos os utilizadores a gravar uma cópia de segurança dos seus dados, após a digitação, usando para isso, a aplicação "*Exportação*". Esta cópia de segurança em formato Access, pode ser guardada para validação posterior de dados ou para obtenção de informação complementar aos relatórios pré-formatados.

As US aderiram formalmente à Campanha das PBCI e foram criados perfis de utilizador para acesso à plataforma informática aos níveis, nacional, regional e local. A entidade que desenvolveu a aplicação assegura a sua manutenção (evolutiva e corretiva).

Nos ACES, foi definido que só deve existir um conjunto de códigos (utilizador/password) para todas as Unidades que o compõem. O Coordenador Local da Campanha/GCL-PPCIRA deve ceder estes códigos ao Responsável de cada uma das Unidades do ACES, incluindo as USF e as UCC. Nas UCCI, também deve existir apenas um conjunto de códigos (utilizador/password) para todas as tipologias da mesma Unidade (ex: ULDM/ULDR/U.C. Convalescença e outras, pertencentes à mesma UCCI).

Em 2017 e nos anos subsequentes, a plataforma informática irá permanecer aberta durante todo o ano, de modo a que os GCL-PPCIRA possam organizar o seu tempo e disponibilidade para a aplicação da Auditoria em todos os serviços clínicos (preferencialmente) e estabelecer um cronograma de orientação interna para esta actividade de VE. A documentação inerente à Estratégia Multimodal das PBCI está disponibilizada na base de dados da Plataforma e também no *microsite* do PPCIRA.

3. FORMAÇÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA CAMPANHA DAS PBCI

A formação foi desenvolvida "em cascata", ou seja, os membros da Direção do PPCIRA desenvolveram primeiro a formação dos Membros dos GCR-PPCIRA. Foram desenvolvidas cinco ações de formação, de modo a abranger todos os membros dos GCR-PPCIRA das sete

Regiões do País. Os membros dos GCR-PPCIRA, por sua vez, replicaram a mesma formação pelos profissionais dos GCL-PPCIRA das Unidades de Saúde da sua Região (abrangendo os profissionais dos GCL-PPCIRA dos três níveis de cuidados: Hospitais, Unidades de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) e Unidades de Cuidados Continuados (UCCI). Estas ações de formação são consideradas fundamentais para a utilização adequada do formulário de auditoria às PBCI e da respetiva base de dados. O acompanhamento às Unidades de Saúde, a nível Regional, sobretudo daquelas que aderiram mais tarde, foi também promovido pelos GCR-PPCIRA das ARS/Regiões, com a colaboração da Direção do PPCIRA.

CAPÍTULO I: RESULTADOS DA AUDITORIA ÀS PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFECÇÃO

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização das Unidades de Saúde aderentes à Campanha das PBCI

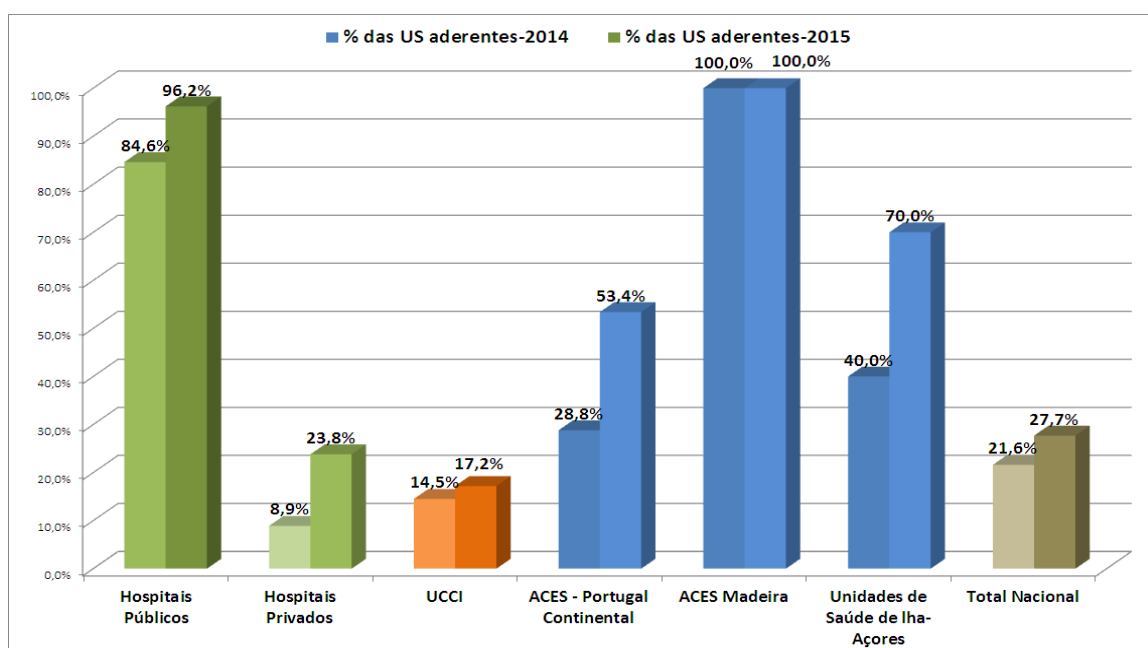
Em 2015, 266 unidades de saúde (US) dos três Níveis de Cuidados de Saúde (Hospitalares, Primários e Continuados) estavam inscritas na plataforma da Campanha das PBCI, mas apenas 237 destas US inseriram dados na mesma, o que correspondeu a 89,5% do total de US inscritas na Campanha e a aproximadamente 27,7% do total de US existentes em Portugal. Também em 2015, aplicaram a Auditoria 1567 serviços (mais 217 serviços do que na avaliação diagnóstica em 2014).

Entre 2014-2015 o aumento de US aderentes variou entre os três Níveis de Cuidados de Saúde (2,7-21,5 pontos percentuais - figura 1). Este aumento de adesão foi mais relevante nas Unidades de Saúde de Ilha nos Açores (33,4 pontos percentuais), seguido dos Cuidados de Saúde Primários com 24,6 pontos percentuais (correspondendo a 18,2 do total de Unidades de Cuidados de Saúde Primários), os Hospitais privados com 14,9 pontos percentuais, os Hospitais Públicos com 11,6 pontos percentuais, e as Unidades de Cuidados Continuados com 2,7 pontos percentuais.

A nível global nacional houve um aumento de adesão de US em 6,1 pontos percentuais. A distribuição das auditorias efetuadas pelos Níveis de Cuidados e pelo número de Serviços foi a seguinte:

Figura 1. – Percentagem de US que aplicaram a Auditoria às PBCI e digitaram os dados (2014-2015)

N = 237



Relativamente às Unidades de Cuidados de Saúde Primários, analisou-se os dados estratificados, incluindo as Unidades de Saúde de Ilha dos Açores. Na figura seguinte, pode observar-se a variação de adesão das unidades de cuidados de saúde primários em 2014/2015, obtendo-se os seguintes dados:

- i. As Unidades de Saúde Familiar (USF) aderiram com 37,8% das USF existentes (24,2% em 2014);
- ii. As Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) aderiram com 31,1% (26,8% em 2014);
- iii. As Unidades de Cuidados da Comunidade (UCC) aderiram com 13,2% (9,1% em 2014);
- iv. Os Centros de Saúde com 23,0% (20,7% em 2014).

Figura 2. - Percentagem de US de CSP que aplicaram a Auditoria às PBCI em 2014-2015

Cuidados de Saúde Primários	N.º de US existentes	N.º de US aderentes 2014	% de US aderentes 2014	N.º de US aderentes 2015	% de US aderentes 2015	Aumento de adesão-2015 (em pontos percentuais)
Unidade de Saúde de Ilha, Açores	10	4	40,0%	7	70,0%	30,0
Unidades de Saúde Familiar (USF)	421 (em 2015)	102	24,2%	159	37,8%	13,6
U. Cuidados da Comunidade (UCC)	243	22	9,1%	32	13,2%	4,1
U. C. de Saúde Personalizados (UCSP)	418	112	26,8%	130	31,1%	4,3
Centros de Saúde (CS)	459	80	20,7%	89	23,0%	2,3
Outras Unidades de CSP*		9		10		

*Unidades de Saúde pública; Centros de Diagnóstico Pneumológico; Saúde escolar; Saúde Materno-Infantil, Serviço de Atendimento a doentes com Tuberculose, entre outros.

Nota - Unidades de Saúde em Portugal:

1- Existem 98 Hospitais Públicos (soma dos Hospitais públicos-PPP+EPE+SPA, incluindo os Hospitais das Ilhas Madeira e Açores), que correspondem a 52 Unidades Hospitalares agregadas (soma de ULS+Centros Hospitalares+Hospitais de gestão individual).

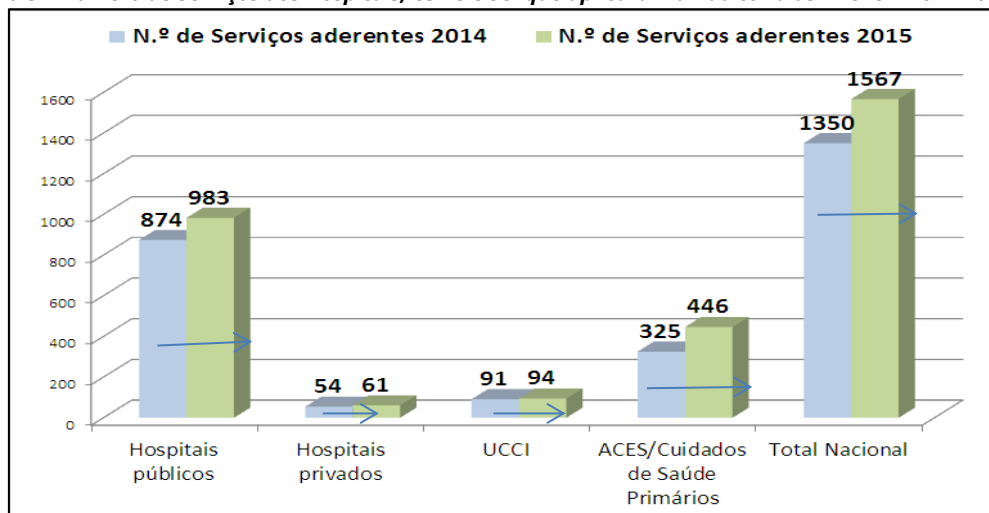
2 - Existem 99 Unidades de Cuidados de Saúde Primários que incluem: 73 ACES em Portugal Continental + 7 UCSP das ULS; Açores: 9 U.S. de Ilha dos Açores e 1 Centro de Oncologia; Madeira: 5 ACES (58 CS), 1 Centro de Alcoologia e 3 U. de saúde materno-infantil e escolar.

2.1. Detalhando as US integradas nos ACES, obteve-se os seguintes resultados: estão em actividade, 421 Unidades de Saúde Familiar (USF); 243 Unidades de Cuidados da Comunidade (UCC); 418 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados; 459 Centros de Saúde (CS) com 1119 Extensões (inclui 48 CS da Madeira e 20 CS dos Açores). Não foi aqui detalhada a existência das restantes Unidades que compõem os ACES, nomeadamente: as Unidades de Saúde pública (USP); as URAP (Un. de Recursos Assistenciais partilhados), Centros de Diagnóstico Pneumológico, entre outras.

3 - Nas UCCI, existiam em 2015, 342 Unidades da União das Misericórdias Portuguesas (UMP) e 443 UCCI da Rede de Referência da ACSS, das quais, 158 eram Misericórdias. Assim, o total de tipologias de cuidados continuados é de 627 - Consultar fontes bibliográficas no Anexo II.

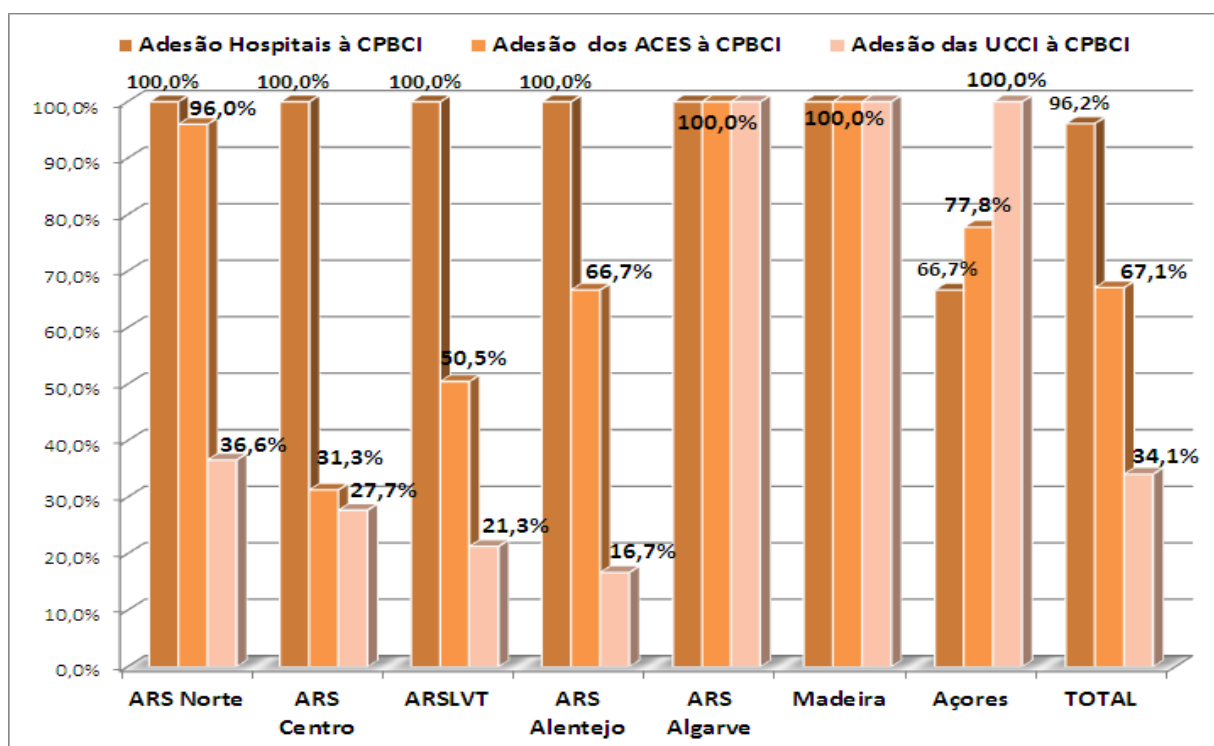
Na figura 3, pode observar-se a distribuição dos Serviços/Áreas funcionais por Tipologias de cuidados de saúde.

Figura 3 – Número de Serviços dos Hospitais, CSP e UCCI que aplicaram a Auditoria às PBCI em 2014-2015



Na figura 4, pode observar-se a distribuição das US aderentes, por Região/ARS (variação: 17% - 100%).

Figura 4 – Percentagem de US que aplicaram a Auditoria às PBCI, por ARS/Região, em 2015

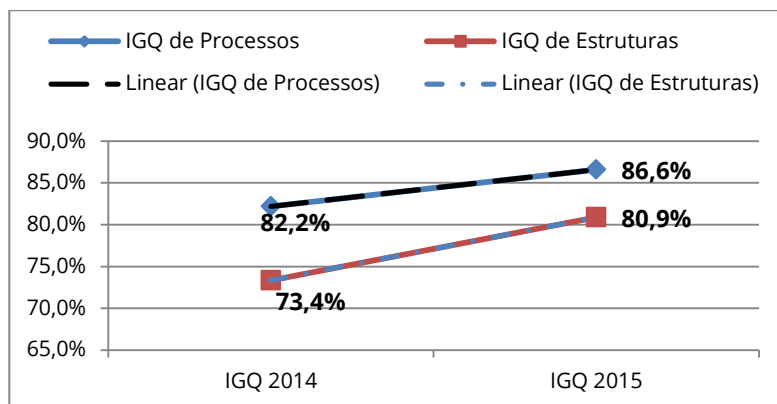


4.2 – Índices de Qualidade dos Padrões de Processos e de Estrutura

Os critérios em avaliação na auditoria às PBCI, relacionam-se com os Processos/Procedimentos e com as Estruturas/Infra-estruturas necessárias ao seu cumprimento. O Índice global de qualidade (IGQ) a nível nacional (nível de cumprimento dos padrões que compõem a Auditoria às PBCI) foi calculado em percentagem. O índice global de qualidade entre 2014 e 2015 está expresso na figura 5, onde é notória a evolução positiva.

O IGQ a nível nacional foi, em 2015, de 86,6% para os Processos (aumento de 4,4 pontos percentuais relativamente a 2014) e de 80,9% para as Estruturas (aumento de 7,5 pontos percentuais relativamente a 2014).

Figura 5. - Índice Global nacional de Qualidade dos Processos e das Estruturas: 2014-2015

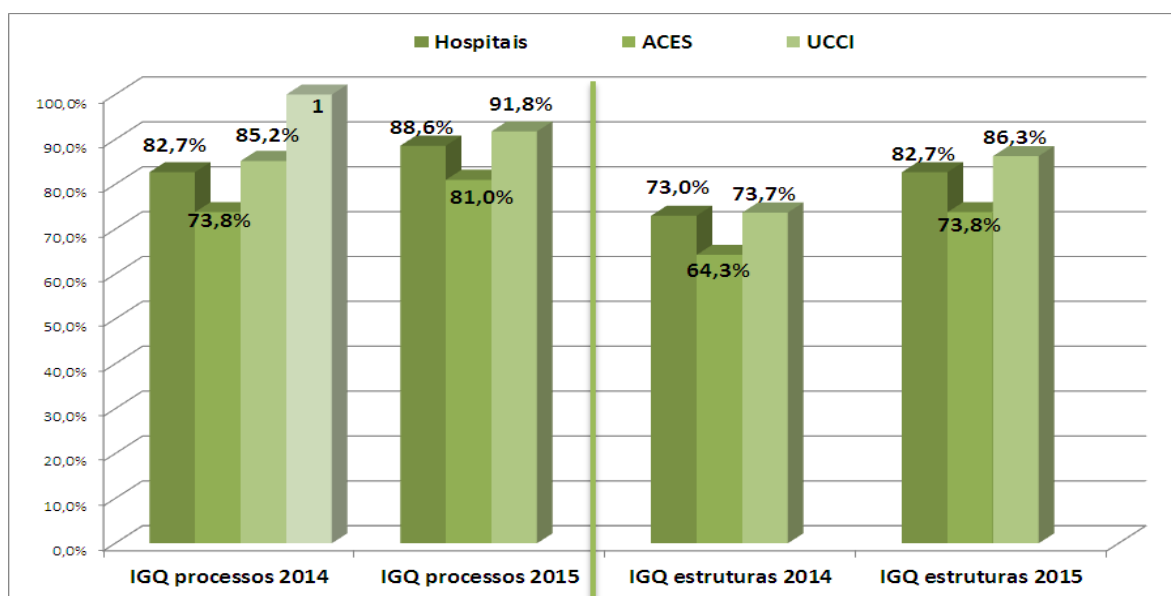


4.2.1. IGQ de Processos e de Estruturas por Níveis de Cuidados de Saúde

Analisando os índices globais de qualidade dos Processos e das Estruturas, por Tipologia de Cuidados, verifica-se que houve uma variação da evolução dos resultados, nos três níveis de cuidados de saúde (figura 6). No entanto, houve um aumento deste índice, tanto nos processos, como nas estruturas, aos três níveis de Cuidados de Saúde:

- Hospitais: aumento de 5,9 pontos percentuais nos Processos e 9,7 pontos percentuais nas Estruturas;
- Agrupamentos de Centros de Saúde: aumento de 7,2 pontos percentuais nos Processos e 9,5 pontos percentuais nas Estruturas;
- Unidades de Cuidados Continuados: aumento de 6,6 pontos percentuais nos Processos e 13,0 pontos percentuais nas Estruturas.

Figura 6 - Índices Globais de Qualidade dos Padrões de Processos e de Estruturas segundo as três tipologias de Cuidados de Saúde: dados comparativos 2014-2015



4.2.2. IGQ de Processos e de Estruturas por ARS/Região:

Analisou-se os IGQ de Processos e de Estruturas por ARS/Região. Verificou-se um aumento dos IGQ em todas as Regiões, tanto nos Processos, como nas Estruturas.

De acordo com a figura abaixo, os resultados variaram consoante as Regiões do País, sendo as que obtiveram um aumento mais expressivo nos processos: o Serviço Regional de Saúde dos Açores (15,3 pontos percentuais), seguido da ARS do Alentejo (11,9 pontos percentuais), ARS do Centro (8,9 pontos percentuais) e ARS do Algarve (6,4 pontos percentuais).

É importante chamar a atenção para o facto de que a ARS Norte e o Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, obtiveram já um IGQ elevado em 2014. A ARS que obteve um IGQ menos expressivo foi a ARSLVT, quer no IGQ dos Processos (figura 7), quer no IGQ das estruturas (figura 8).

Figura 7. - IGQ dos Processos por Áreas Regionais - evolução entre 2014-2015

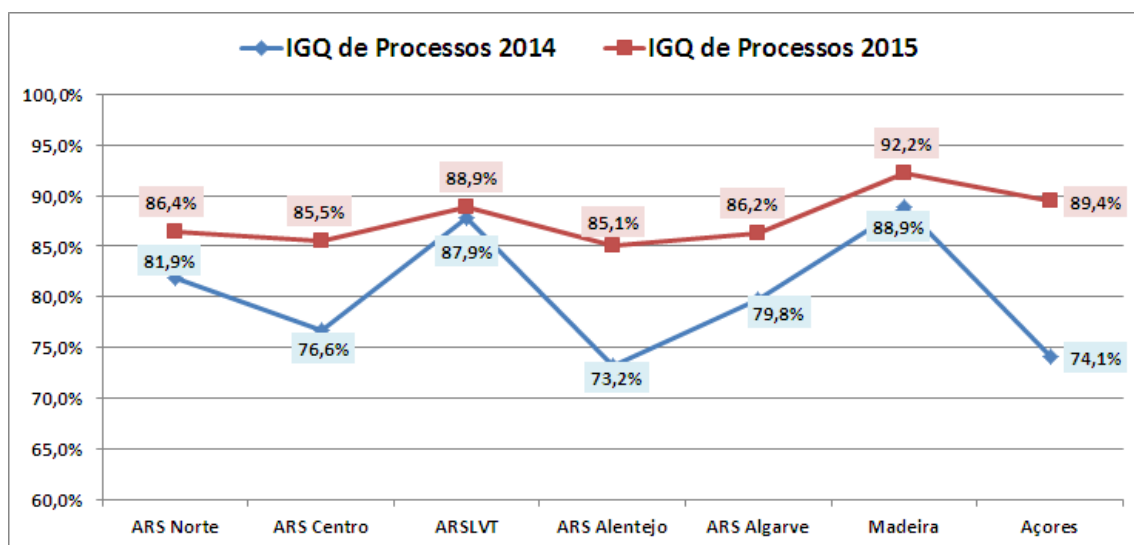
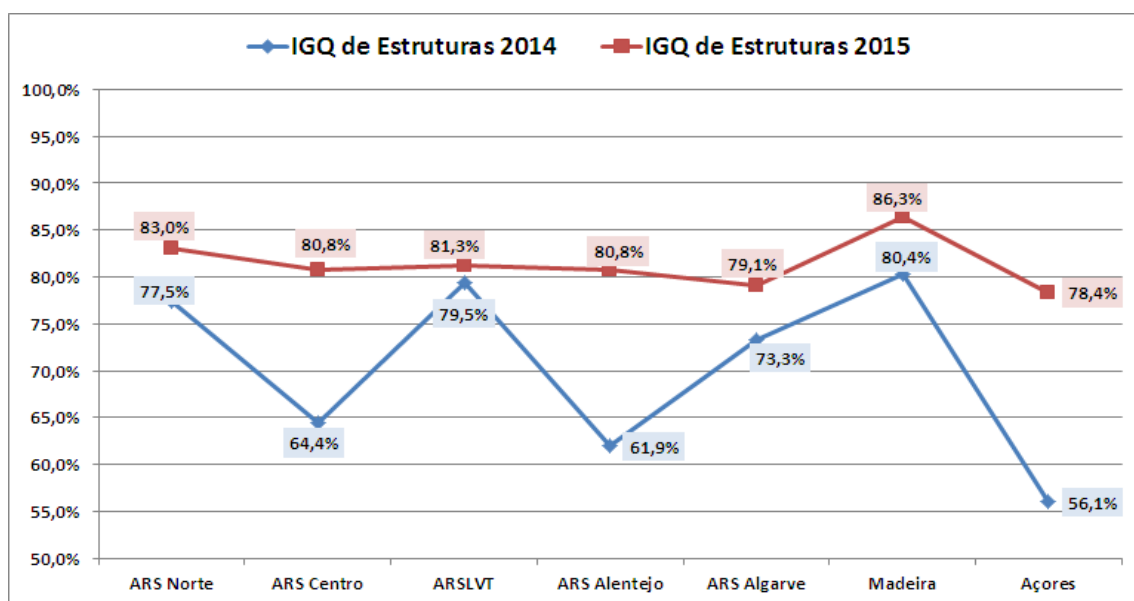


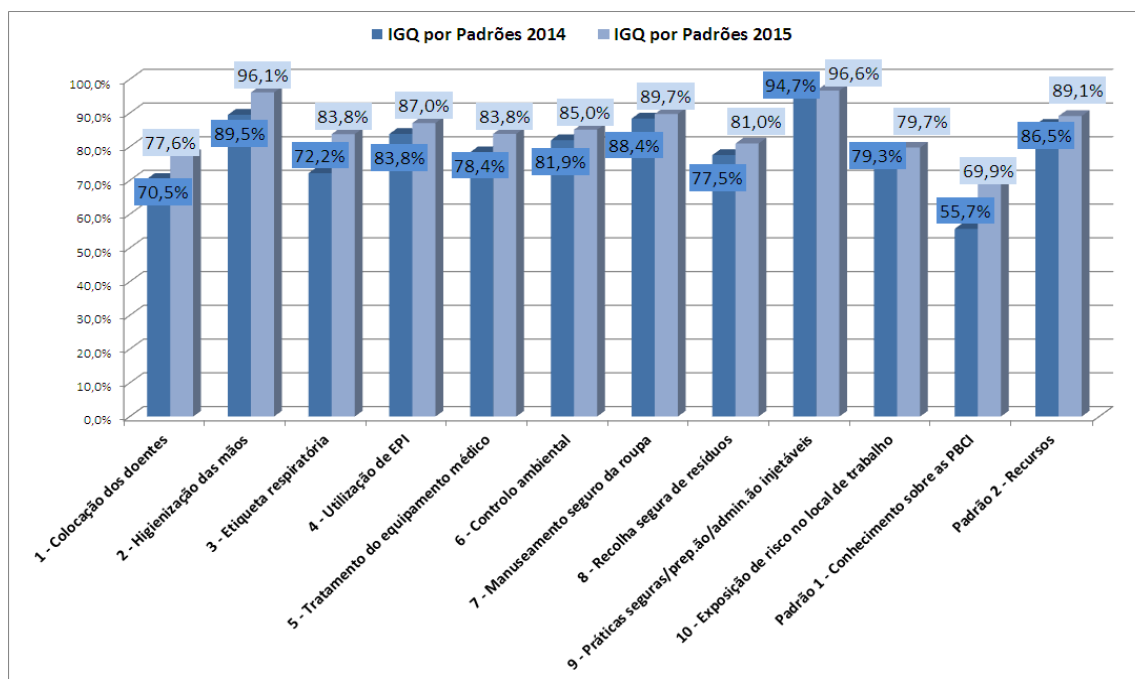
Figura 8 - IGQ das Estruturas por Áreas Regionais - evolução entre 2014-2015



4.2.3. IGQ por cada Padrão que compõe a Auditoria às PBCI

Analisando os IGQ de cada Padrão, verificou-se um aumento deste Índice em todos os padrões (figura 9), da avaliação diagnóstica para a avaliação de progresso. No entanto, os padrões com índices de cumprimento mais elevados foram: "os conhecimentos dos profissionais sobre as PBCI"; a "etiqueta respiratória"; o "Condições para o isolamento dos doentes"; a "higiene das mãos". O Padrão que, embora tenha evoluído positivamente, mantém um IGQ baixo, é o da "Exposição de risco no local de trabalho-Saúde ocupacional".

Figura 9. - Índice Global Nacional de Qualidade por Padrão das PBCI: 2014-2015



4.2.4. IGQ dos Padrões aos três Níveis de Cuidados de Saúde

Entre a avaliação diagnóstica e a avaliação de progresso registou-se um aumento do IGQ de todos os Padrões da Auditoria às PBCI, tanto nos Hospitais, como nos CSP e nas UCCI. Apresenta-se de seguida, os resultados evolutivos segundo os três Níveis de Cuidados (figuras 10, 11 e 12).

Figura 10 – IGQ por Padrão nos Hospitais - Evolução entre 2014-2015

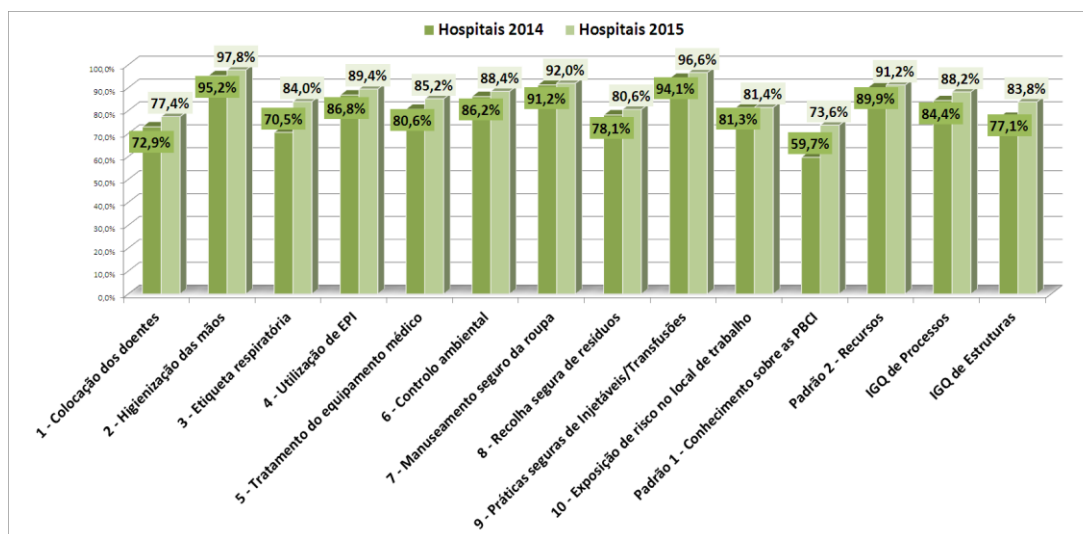


Figura 11 – IGQ por Padrão nos ACES - Evolução entre 2014-2015

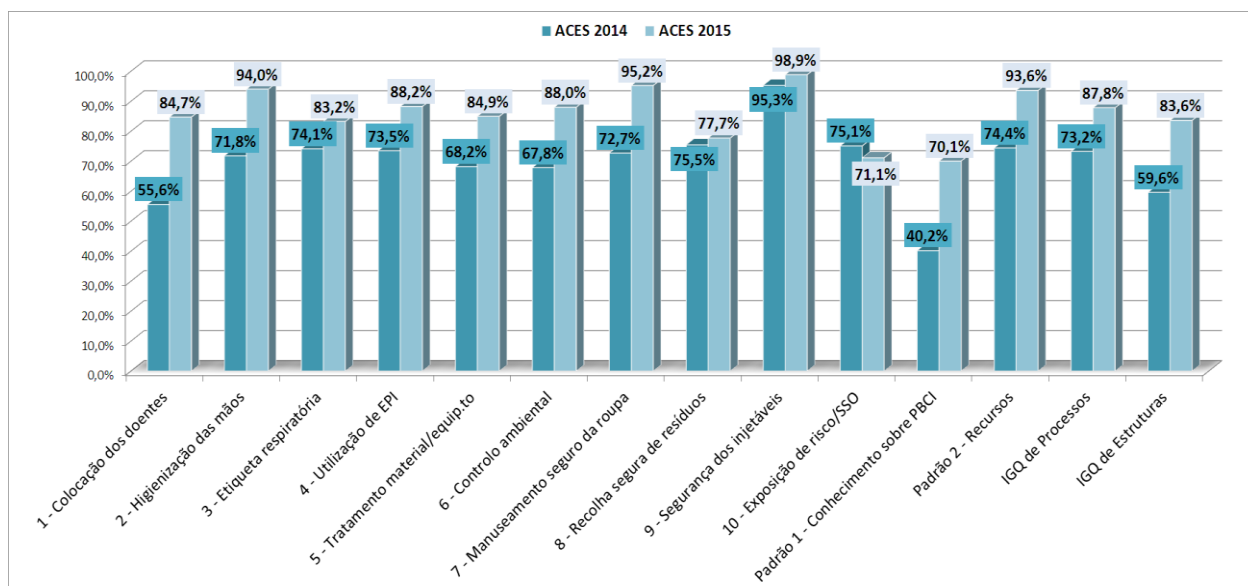
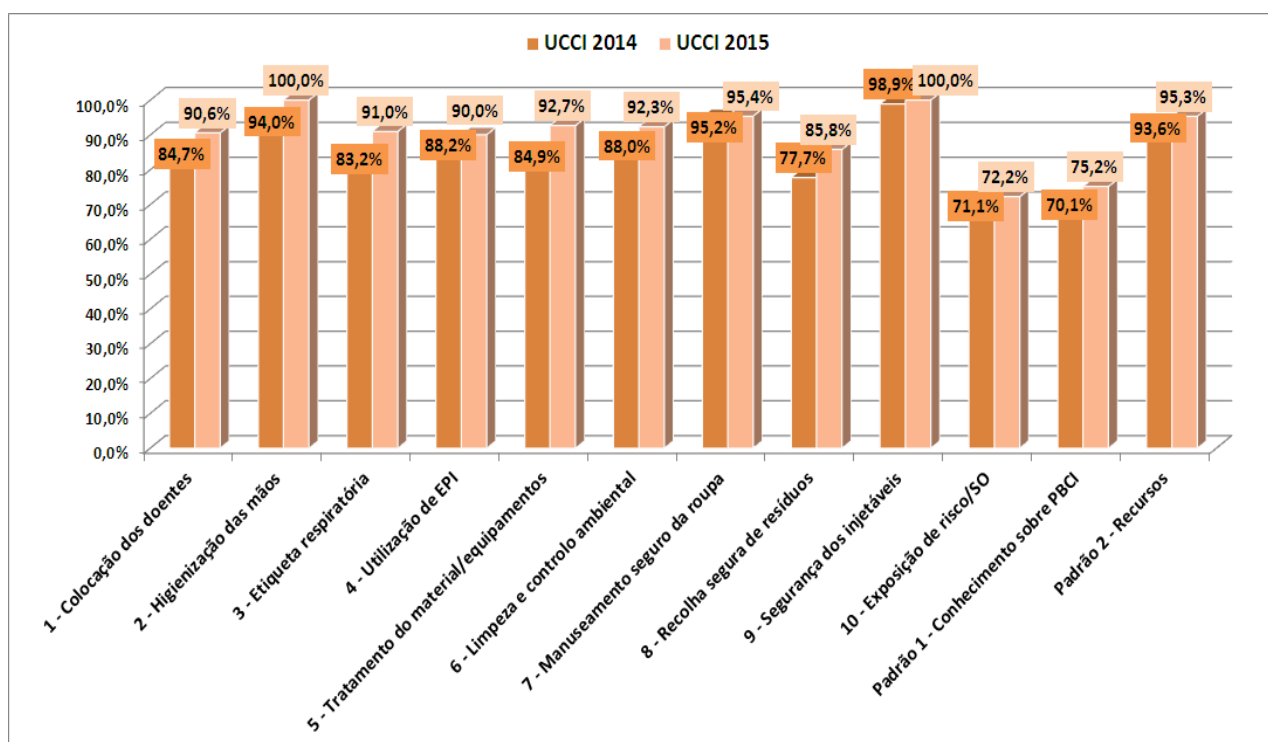


Figura 12 – IGQ por Padrão nas UCCI - Evolução entre 2014-2015

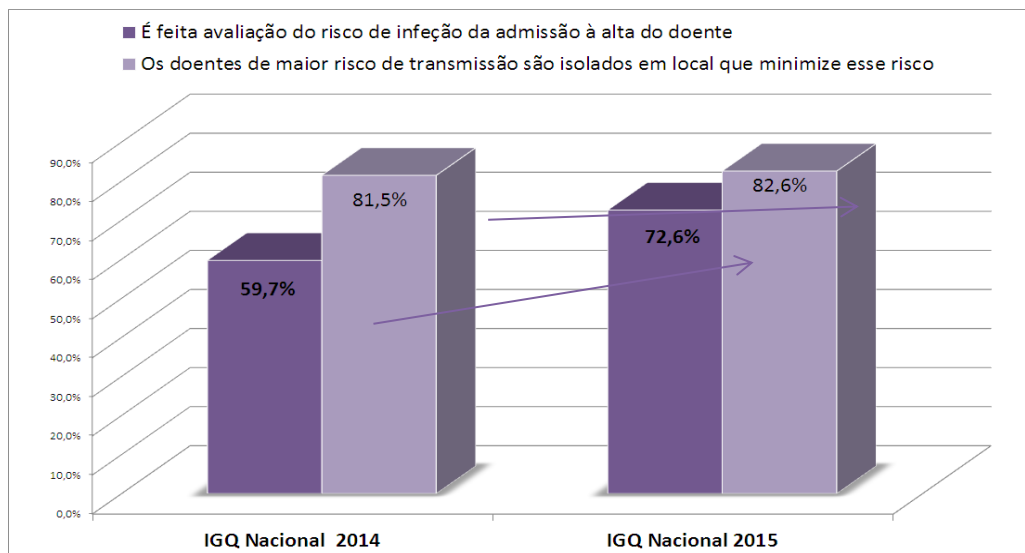


4.3. Avaliação de risco individual de infeção na admissão do Utente e Condições existentes para Isolamento Individual

No que se refere ao critério de avaliação individual dos riscos dos utentes para a infeção, desde a sua admissão até à alta, verificou-se que em 2015, 72,6% das US tinham já implementado este sistema (em 2014- 59,7%). Obteve-se, assim, um aumento de 10,3 pontos percentuais neste critério.

Em 2015, havia as condições para isolamento dos utentes em 82,6% das US (inclui isolamento através das precauções de contacto (em 2014: 81,5% - melhoria do critério em 1,1 pontos percentuais).

Figura 13 – IGQ da avaliação de risco do utente para a infeção (da admissão à alta) - Evolução entre 2014-2015

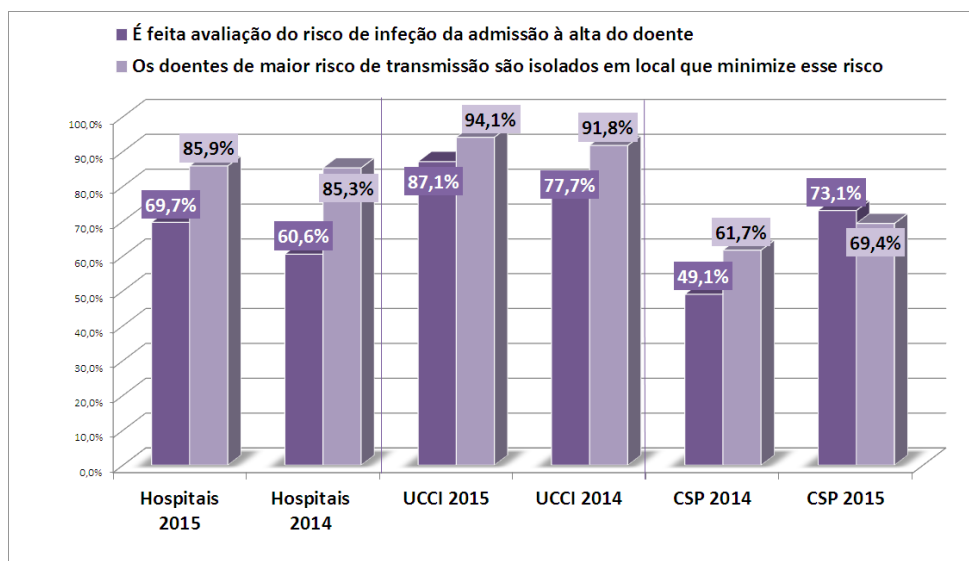


Salienta-se que neste critério "condições existentes para isolamento de doentes", a avaliação feita em 2014 já era elevada (81,5%), por isso a evolução não é tão elevada em 2015, como o critério de "avaliação do risco individual do doente para a infeção". No entanto, tanto um dos critérios, como o outro, precisam ser melhorados na maioria das US.

4.3.1. Avaliação do risco individual do doente para a infeção segundo os três Níveis de Cuidados de Saúde

A avaliação do risco individual do doente para a infeção, variou nos três Níveis de Cuidados de Saúde, sendo este o critério onde se registou um menor aumento do IGQ entre 2014-2015. Globalmente, registou-se um aumento significativo do IGQ segundo os três Níveis de Cuidados de Saúde.

Figura 14 – IGQ de cumprimento da avaliação de risco do doente para a infeção segundo a Tipologia de Cuidados de Saúde. Evolução entre 2014-2015.

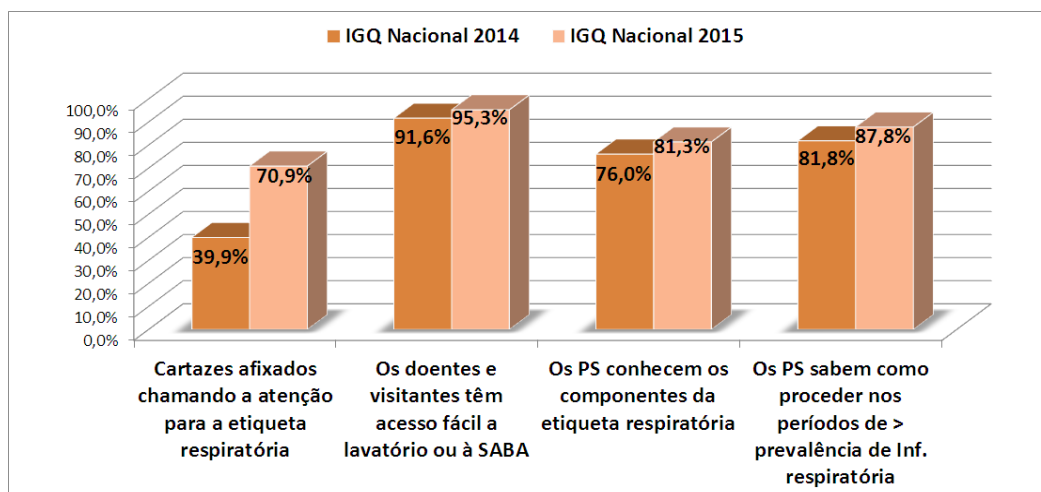


4.4. Etiqueta Respiratória a nível Nacional

Em 2015, 81,3% das US conheciam os componentes da etiqueta respiratória e desenvolviam formação/ensino sobre este critério (em 2014: 76,0% - aumento de 5,3 pontos percentuais).

O critério que mais evoluiu foi o da colocação de cartazes sobre as PBCI nos Serviços, chamando a atenção dos profissionais de saúde, utentes e visitantes para a etiqueta respiratória (figura abaixo).

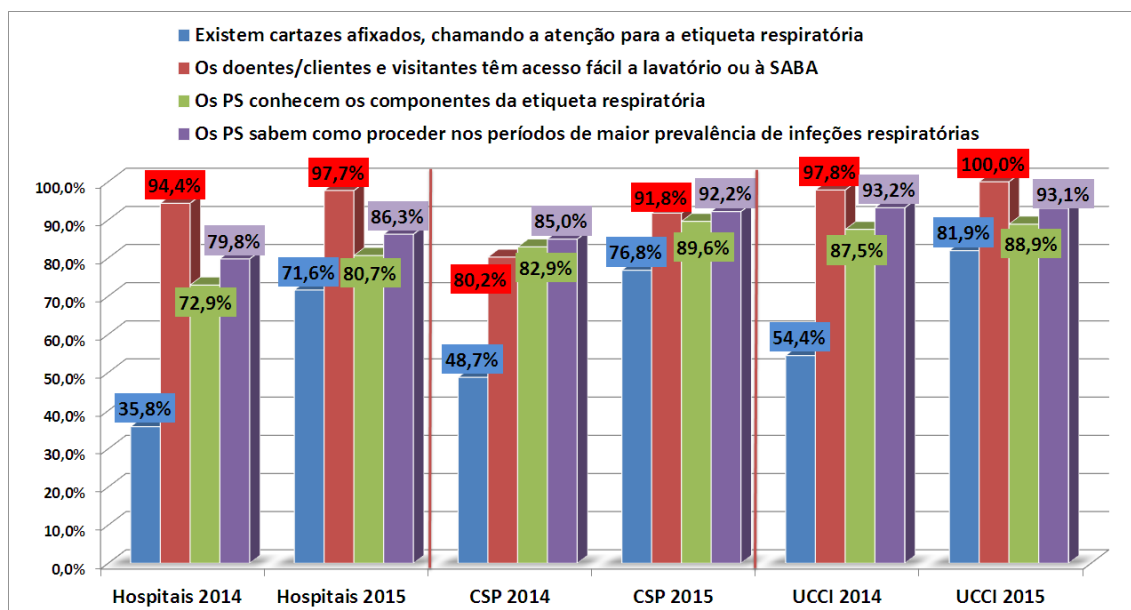
Figura 15. IGQ de cumprimento da Etiqueta Respiratória a nível Nacional - Evolução: 2014-2015



4.4.1. Etiqueta Respiratória aos três Níveis de Cuidados de Saúde

Houve também aumento do IGQ segundo os três Níveis de Cuidados e nos quatro critérios da Etiqueta Respiratória (figura 16).

Figura 16 - IGQ de cumprimento da Etiqueta Respiratória por Níveis de Cuidados de Saúde - Evolução: 2014-2015



4.5. Utilização de SABA

Em 2015, 97,9% das US utilizavam SABA (em 2014 - 90,9% - **aumento de 7 pontos percentuais**). No entanto, nem todas as US dispunham ainda da SABA nos locais mais adequados ou estratégicos, de modo a facilitar o seu uso pelos profissionais de saúde, utentes e visitantes.

Figura 17 - Consumo de SABA segundo o Nível de Cuidados de Saúde - Evolução 2014-2015

Consumo de Saba por Tipologia de Unidade de Saúde	**Consumo de SABA 2014	**Consumo SABA 2015
Hospitais Públicos	50,3	50,8
Centro Hospitalar	41,8	41,8
Hospital Público	41,4	41,4
Hospital Público de Gestão Privada	48,5	48,5
ULS	33,0	33,0
Parceria Público Privada	40,5	40,5
Hospitais Privados	61,9	60,1
Unidades de Cuidados Continuados Integrados	24,5	25,0
Hospital com Valência de Cuidados Continuados	85,3	89,4
Total das US com internamento	42,0	42,1
Cuidados de Saúde Primários*	500,27	519,67
ACES*	300,26	302,56
USF*	0,0	18,0

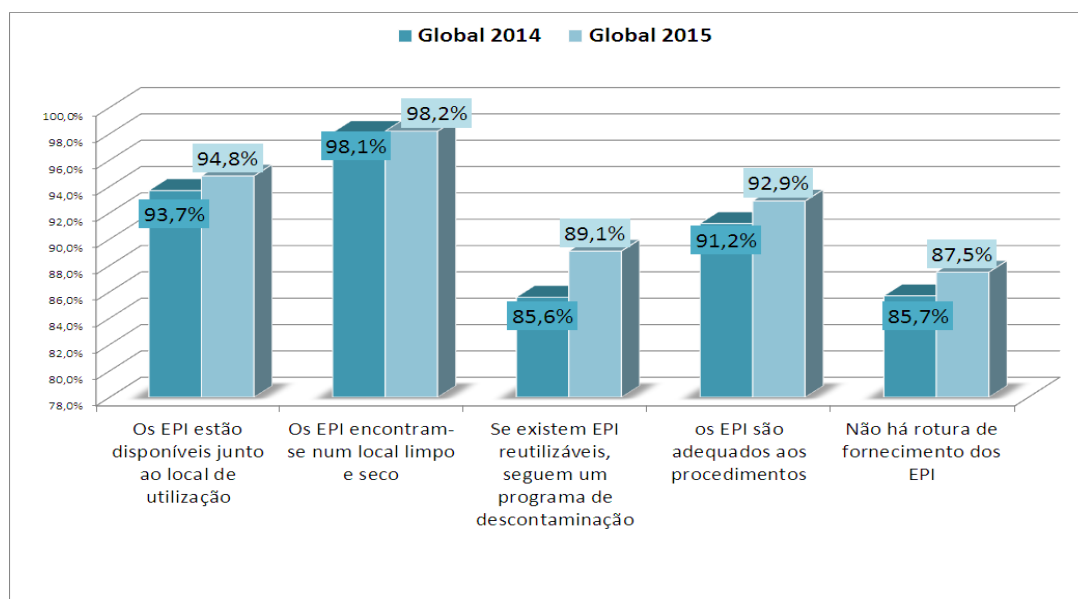
* Consumo de SABA em litros; ** Consumo de SABA em litros, por mil dias de internamento

4.6. Disponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPI)

A disponibilidade dos EPI nas Unidades de Saúde foi satisfatória na avaliação de progresso, tendo melhorado significativamente as inconformidades encontradas na avaliação diagnóstica, nomeadamente, o critério relacionado com a adequação dos EPI aos procedimentos ou tarefas.

Mantém-se com um IGQ baixo, o critério de fornecimento dos EPI sem roturas/quebras de stock. Na figura 18 pode observar-se o IGQ dos critérios sobre a disponibilidade dos EPI nas US.

Figura 18 - Utilização dos EPI: Dados globais nacionais - Evolução: 2014-2015



Na figura 19, pode observar-se o IGQ global relativo ao uso dos EPI aos três Níveis de Cuidados de Saúde, comparando-se os resultados entre a avaliação diagnóstica e a avaliação de progresso, evidenciando-se um aumento global de cerca de 20 pontos percentuais.

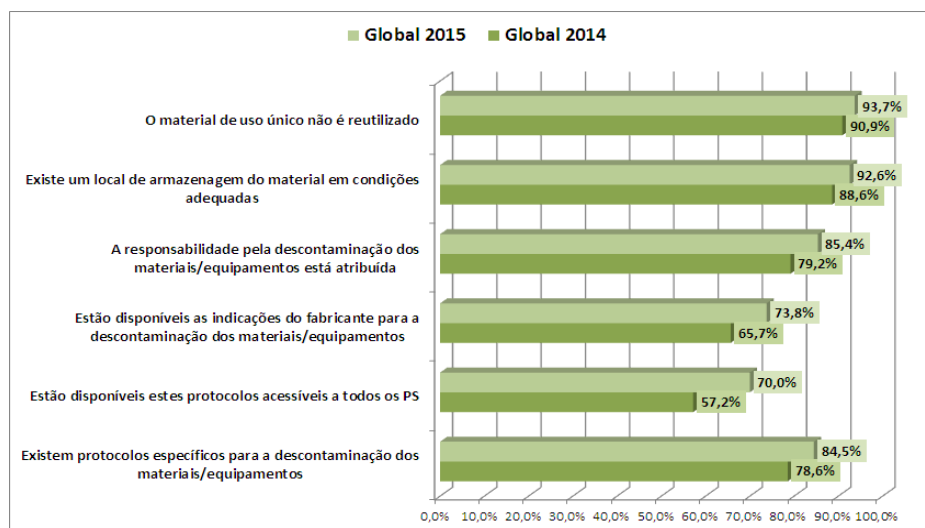
Figura 19 - Critério de utilização dos EPI: Dados globais nacionais segundo os Níveis de Cuidados de Saúde: Evolução 2014-2015

Uso de Equipamentos de Proteção Individual	Hospitais		CSP		UCCI	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Os EPI estão disponíveis junto ao local de utilização	94,9%	95,8%	88,5%	90,1%	98,9%	100%
Os EPI encontram-se num local limpo e seco	98,6%	98,4%	96,6%	96,9%	98,9%	100%
Se existem EPI reutilizáveis, está estabelecido um programa de descontaminação	86,6%	89,4%	81,5%	81,5%	90,7%	96,9%
Estão disponíveis luvas de vários tamanhos	98,9%	99,3%	90,8%	92,8%	95,6%	93,0%
Estão disponíveis luvas alternativas ao látex	93,2%	93,2%	89,5%	84,7%	89,1%	93,0%
Os PS sabem que é obrigatório usar luvas em contacto com fluidos orgânicos, mucosas e pele não íntegra*	95,6%	98,3%	98,5%	98,1%	100	100%
Está implementado o uso de aventais de uso único nos procedimentos contaminantes do fardamento	70,1%	77,5%	27,9%	47,2%	87,4%	84,3%
É usada bata de manga comprida nas situações de maior risco de exposição a fluidos orgânicos	78,6%	85,8%	59,3%	68,6%	85,7%	83,3%
As visitas usam EPI apenas quando indicado por um PS	84,8%	83,0%	77,5%	90,0%	84,7%	76,1%
Máscaras adequadas ao tipo de exposição	92,1%	95,2%	58,7%	68,0%	82,6%	91,3%
Óculos ou outro equipamento de proteção ocular	81,2%	87,3%	55,4%	66,9%	62,1%	74,6%
EPI adequados aos procedimentos	94,9%	97,0%	78,3%	78,9%	98,9%	98,6%
EPI suficientes nos locais de prestação de cuidados (não há rotura de fornecimento)	91,6%	91,6%	67,3%	75,5%	92,3%	77,8%
Os profissionais que prestam cuidados aos doentes/clientes, não usam sapatos abertos	64,7%	67,7%	58,9%	74,0%	81,3%	86,1%

4.7. Descontaminação de materiais e equipamentos

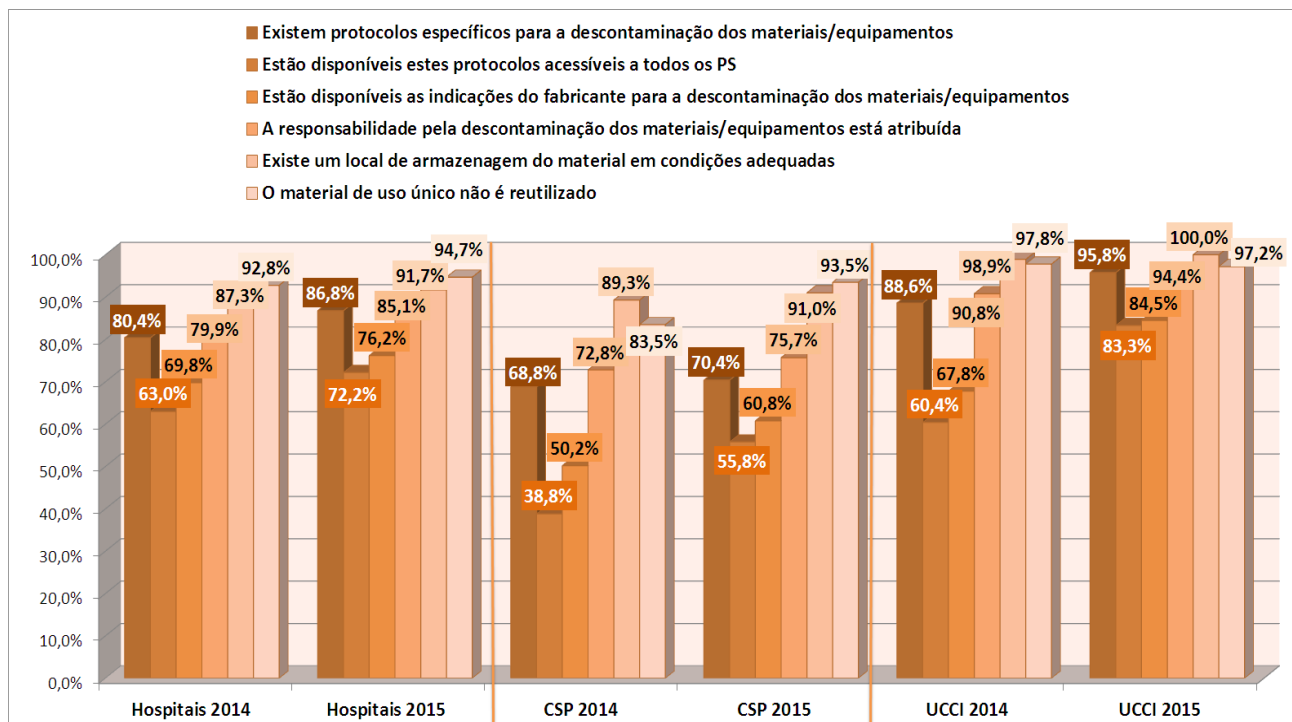
4.7.1. Em 84,5% das US existia protocolo interno de descontaminação dos materiais e equipamentos (78,6% em 2014), com o registo de 70% de acessibilidade dos mesmos aos PS (57,2% em 2014). Não eram reutilizados materiais de uso único em 93,7% das US (90,9% em 2014). Registaram-se melhorias em todos os critérios relativos à descontaminação dos materiais e equipamentos (figura 20).

Figura 20 - Tratamento do material/equipamento - IGQ Global nacional: Evolução entre 2014-2015



Também se registaram melhorias relativas a estes critérios, segundo os três Níveis de Cuidados de Saúde. Ao nível dos CSP evidencia-se a inacessibilidade aos protocolos para tratamento do material e equipamentos, assim como, as indicações escritas do fabricante, embora se tivesse verificado uma melhoria na avaliação de progresso.

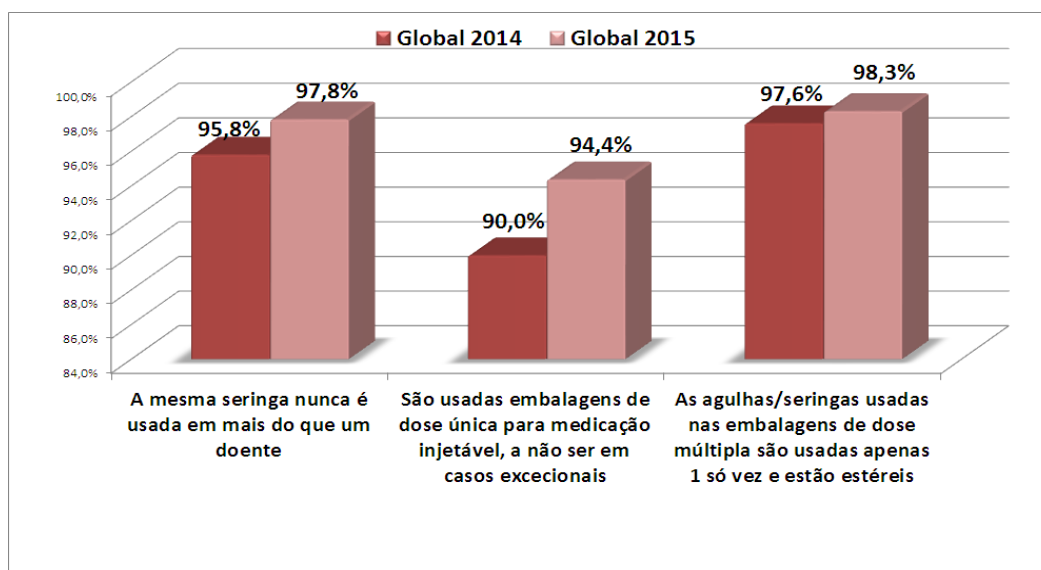
Figura 21 - Tratamento do material e equipamento - IGQ Nacional por Nível de Cuidados de Saúde: Evolução: 2014-2015



4.8. Segurança dos Injetáveis e Transfusões

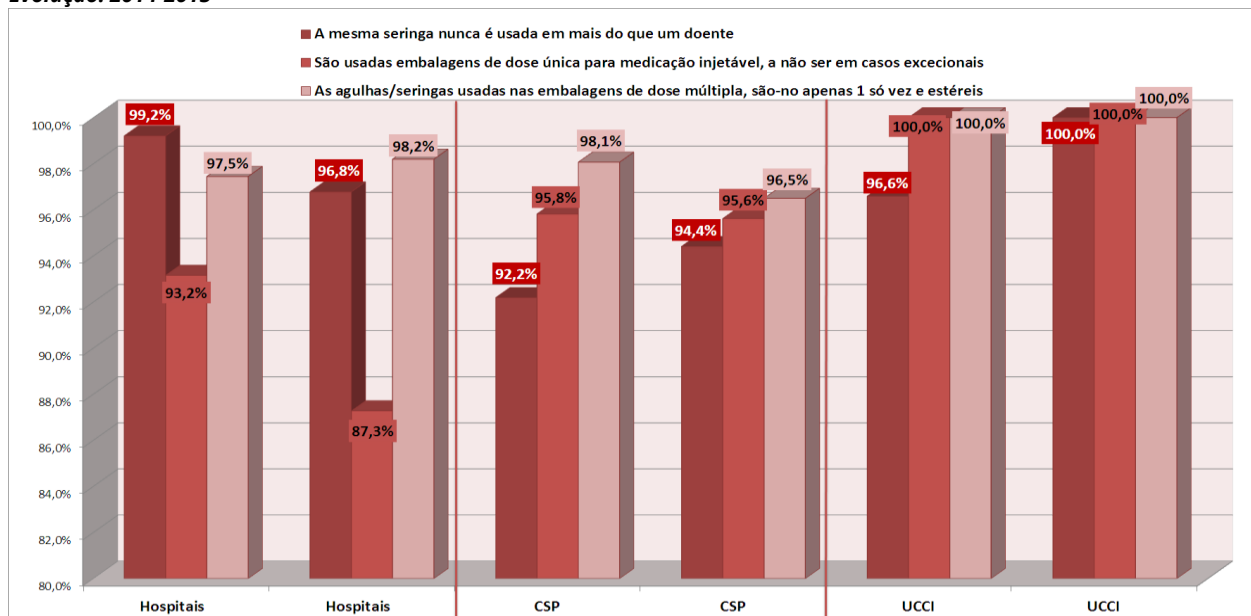
Em 10,0% das US ainda eram utilizadas algumas medicações injetáveis de dose múltipla. Em 4,2% destas US eram usadas seringas de uso múltiplo (ex: para biópsias), embora afirmassem que o processo de descontaminação destas era adequado.

Figura 22 - Segurança de Injetáveis/Transfusões - IGQ Global nacional



Na figura 23, pode observar-se o IGQ destes critérios segundo os três Níveis de Cuidados de Saúde, tendo estes melhorado entre a avaliação diagnóstica e a de progresso.

Figura 23 - Segurança de Injetáveis/Transfusões - IGQ Global nacional segundo os Níveis de Cuidados de Saúde Evolução: 2014-2015

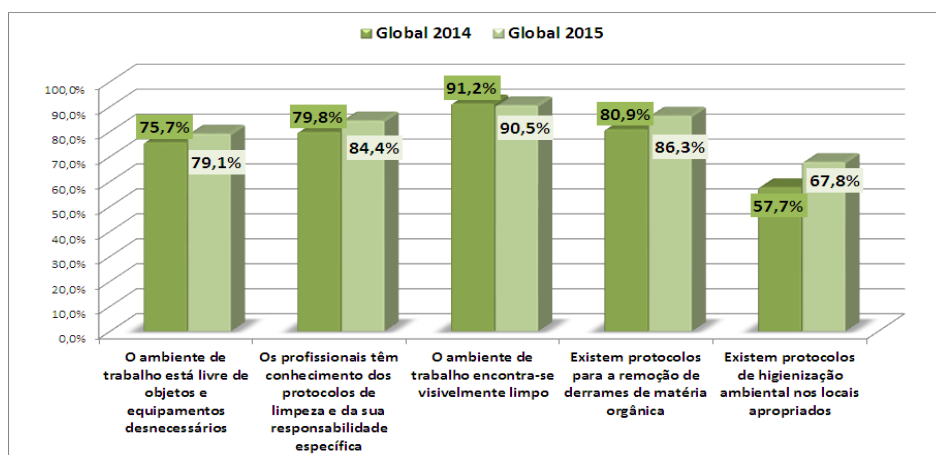


4.9. Limpeza do ambiente e superfícies

Na figura 24, pode ver-se os resultados globais nacionais e por Níveis de Cuidados de Saúde, obtidos na área da limpeza do ambiente e superfícies:

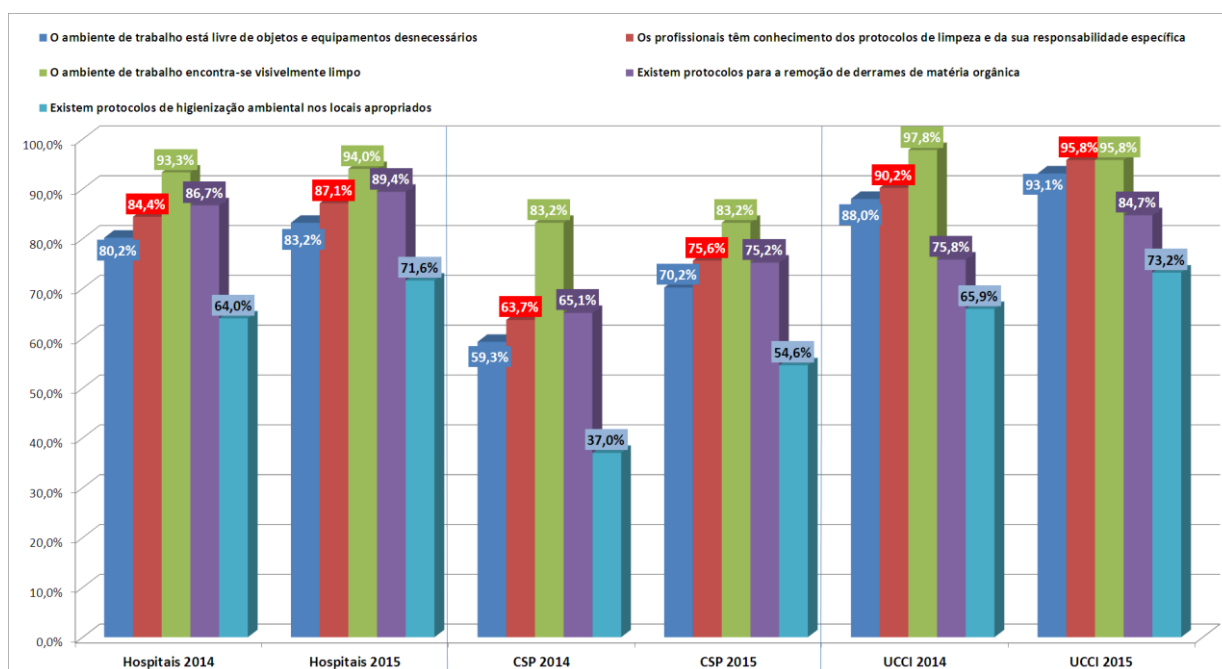
- Em 2015, 94,0% das unidades referiram ter um nível de limpeza adequado das superfícies e ambiente, "ambiente visivelmente limpo" (em 2014-84,4%).
- Existia norma interna para a Limpeza em 71,6 das US (64,0% em 2014 - aumento de 7,6 pontos percentuais).
- Quando questionados os profissionais de limpeza, sobre se conheciam os protocolos internos com as suas responsabilidades e tarefas da limpeza bem definidas, 87,1% dos profissionais responderam afirmativamente (84,4% em 2014-aumento de 2,7 pontos percentuais). Este é um dos critérios fundamentais para a boa gestão do serviço de limpeza numa unidade de saúde.
- Em 83,2% das US, o ambiente de circulação estava livre de objetos desnecessários (80,2% em 2014 - aumento de 3 pontos percentuais), o que pode constituir problema de segurança nos circuitos e circulação de pessoas e materiais.

Figura 24 - Limpeza nas Unidades de Saúde - IGQ Global nacional - Evolução: 2014-2015



Na figura seguinte pode observar-se o IGQ da limpeza aos três Níveis de Cuidados de Saúde, verificando-se melhorias em todos os critérios, por comparação dos resultados entre a avaliação diagnóstica e a de progresso.

Figura 25 - Limpeza nas Unidades de Saúde - IGQ por Tipologia de Cuidados de Saúde- Evolução: 2014-2015



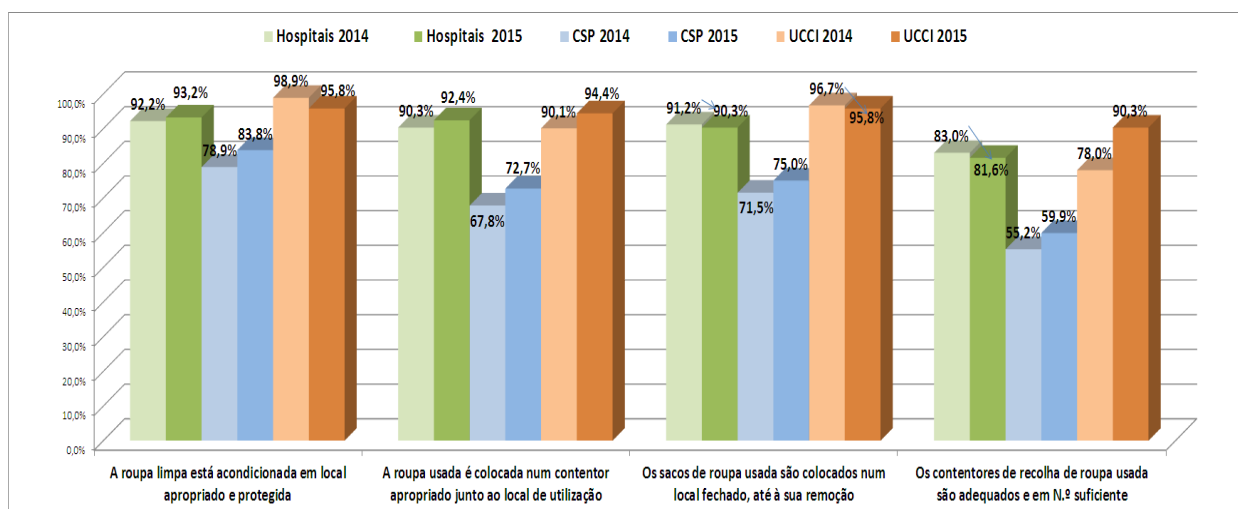
4.10. Recolha, acondicionamento e transporte seguro da roupa

Ressalta-se que a roupa limpa estava bem acondicionada em 91,9% dos serviços (90,4% em 2014).

O local de armazenagem da roupa suja até à sua remoção foi considerado adequado em 88,4% das US (88,3% em 2014). A boa prática de não encher demasiado os sacos era cumprida em 89,5% das US (86,0% em 2014).

Na figura 26, pode observar-se a variação do IGQ de acordo com o Nível de Cuidados de Saúde, evidenciando-se melhorias aos três Níveis de Cuidados, mantendo-se o IGQ ligeiramente mais baixo em 2015 para o critério 3 nos hospitais e nas UCCI e, para o critério 4, nos hospitais.

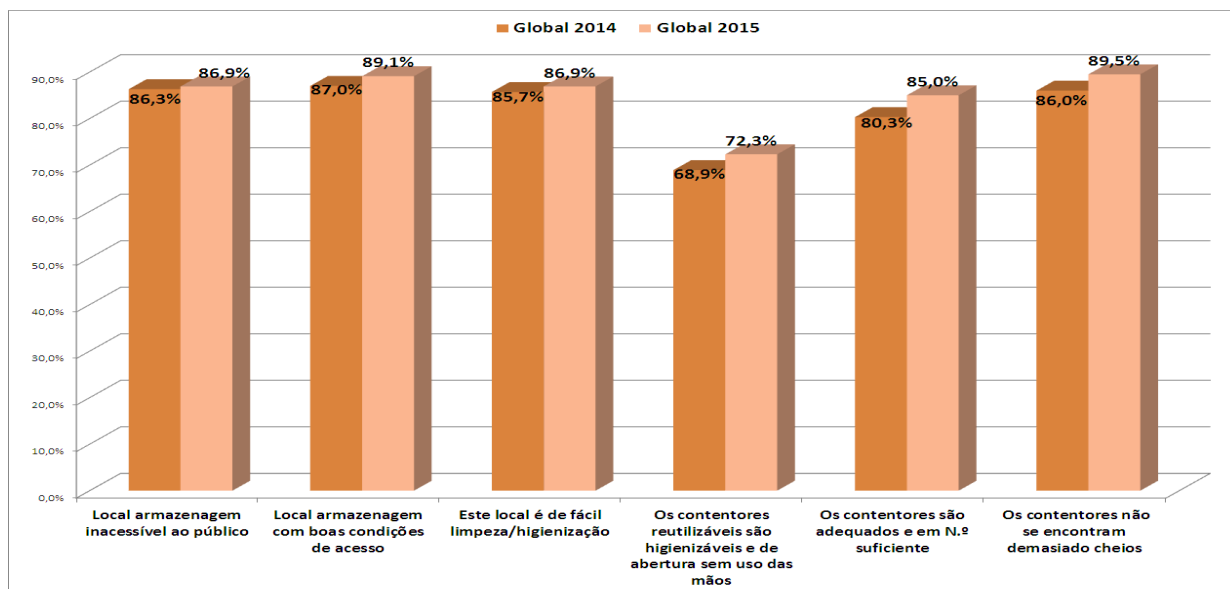
Figura 26 - Circuito da Roupa Limpa e Suja nas US, por Níveis de Cuidados de Saúde: Evolução 2014-2015



4.11. Recolha, acondicionamento e transporte seguro dos resíduos

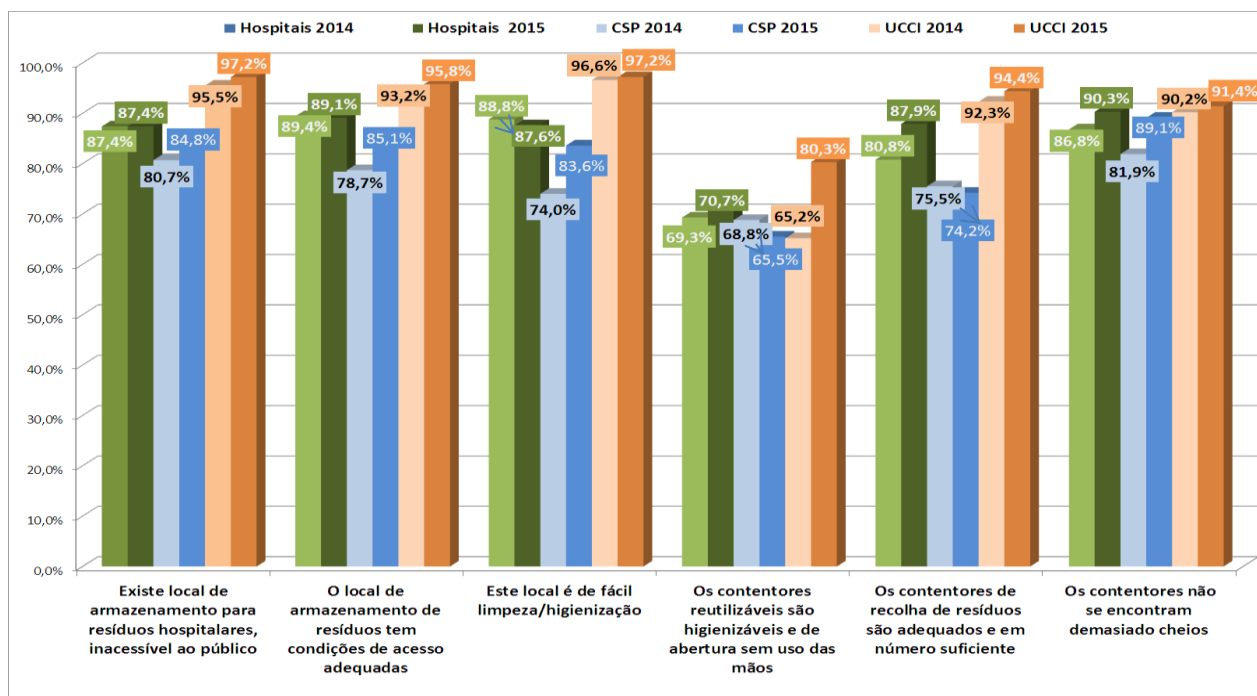
Analisando o circuito dos Resíduos, evidencia-se também um aumento do IGQ da maioria dos critérios, entre a avaliação diagnóstica e a de progresso (figura 27). Salienta-se um dos critérios com menor pontuação: "os contentores de resíduos são de fácil limpeza e de abertura sem uso das mãos".

Figura 27 - Circuito dos Resíduos nas Unidades de Saúde – IGQ: Evolução: 2014-2015



Na figura 28, é possível observar-se o IGQ dos critérios relativos ao circuito dos resíduos aos três Níveis de Cuidados de Saúde, registando-se também melhorias significativas na maioria das US, embora com algumas exceções onde houve uma ligeira descida do IGQ, nomeadamente: critério 3 nos hospitais e critérios 4 e 5 nos CSP.

Figura 28 - Circuito dos Resíduos nas Unidades de Saúde por Tipologia de Cuidados: Evolução 2014-2015



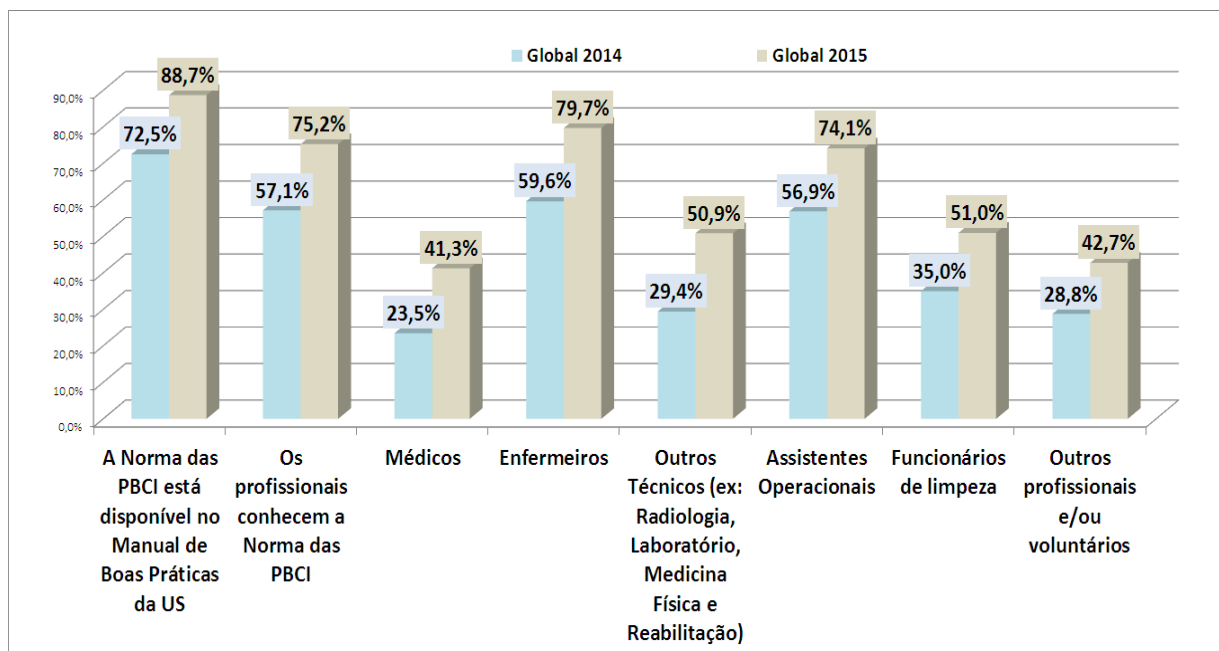
4.12. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre a Norma das PBCI

Em 2015, a Norma da DGS sobre Precauções Básicas de Controlo de Infecção estava disponível no Manual interno de Boas Práticas em 88,7% das US (72,5% em 2014).

No entanto, quando questionados os profissionais sobre se conheciam efetivamente o conteúdo da Norma, apenas 75,2% dos profissionais inquiridos o afirmou (57,1% em 2014).

A variação do conhecimento dos profissionais sobre a Norma das PBCI foi notória entre os vários grupos profissionais questionados durante a Auditoria (41,3% - 73,1%).

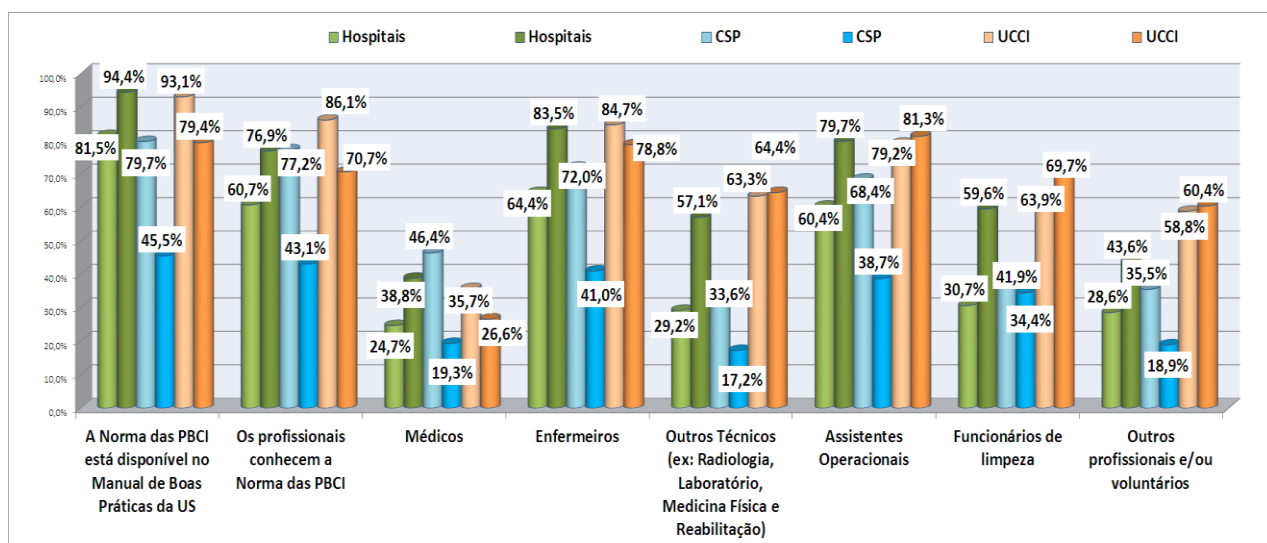
Figura 29 - Conhecimentos dos profissionais de saúde sobre as PBCI - IGQ nacional: Evolução: 2014-2015



4.13. Avaliação dos conhecimentos sobre PBCI aos três Níveis de Cuidados de Saúde

Salienta-se que os Funcionários de Limpeza são os que têm um IGQ mais baixo relativo à formação em PBCI, o que torna imperiosa a necessidade de implementar/garantir a formação para este Grupo Profissional (variação aos três Níveis de Cuidados: 34,4%-63,9%).

Figura 30 - Conhecimentos dos profissionais de saúde sobre as PBCI - IGQ por Níveis de Cuidados de Saúde: Evolução 2014-2015

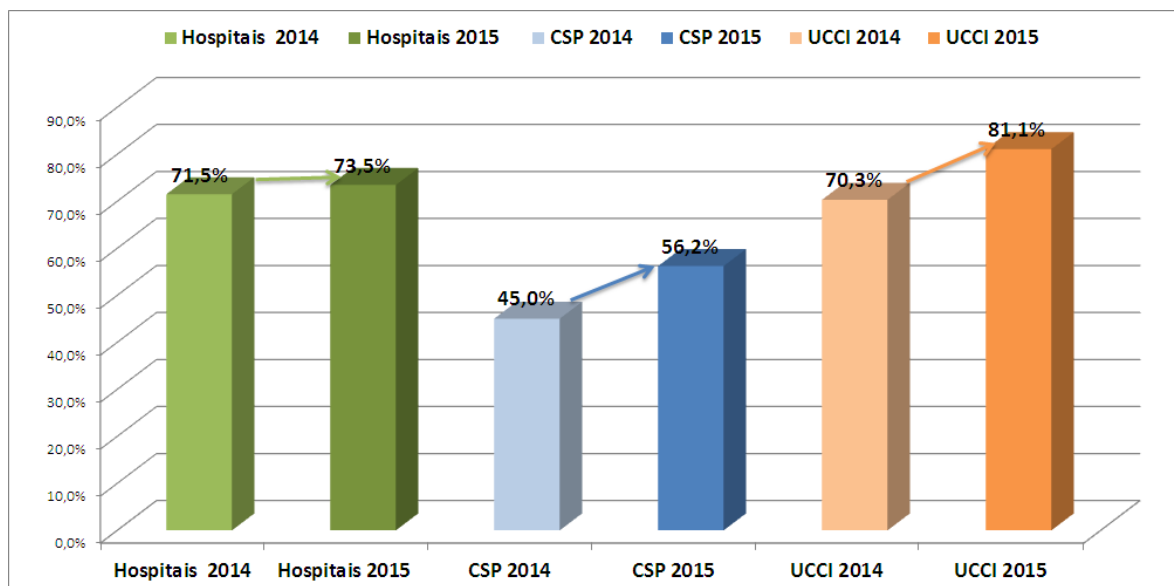


4.13.1. Avaliação do Desempenho e objetivos/metasp de Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos (RAM)

Os Profissionais de Saúde, foram ainda questionados sobre se incluíam objetivos/metasp de prevenção e controlo da infeção e RAM no seu processo de avaliação de desempenho. Em 2015, apenas 66,6% dos profissionais entrevistados, assumiu que o fazia anualmente (65,5% em 2014), registando-se assim um aumento global deste Índice de 1,1 pontos percentuais.

Analisando estes resultados segundo os três Níveis de Cuidados de Saúde, verifica-se um aumento significativo do IGQ deste critério nas UCCI e nos Hospitais, sendo mais baixo nos Cuidados de Saúde Primários (figura 31).

Figura 31 - Metasp/objetivos relativos ao controlo de infeção e resistências aos antimicrobianos no processo de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde- IGQ segundo os três Níveis de Cuidados de Saúde: Evolução 2014-2015



4.13.2 Disponibilização de cartazes sobre as PBCI

Em 2015, estavam disponíveis cartazes:

- sobre as PBCI: em 70,9% das US (40,0% em 2014: aumento significativo - 30,9 pontos percentuais).
- sobre a Higiene das mãos: em 94,4% das US (89,1% em 2014: aumento em 5,3 pontos percentuais).

Em 2016 apenas foram disponibilizados estes materiais no *microsite* do PPCIRA. As Unidades de Saúde devem imprimir apenas os materiais e dimensão dos mesmos que mais lhe convier. Este pode ser um dos fatores que pode contribuir para que o IGQ deste critério seja mais baixo, sobretudo nas US com menos recursos humanos e logísticos. No entanto, este critério pode vir a melhorar substancialmente em 2016-2017, porque em 2016 foram renovados os materiais emanados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e elaborados ou revistos outros materiais que também foram divulgados através do *microsite* do PPCIRA e dos Grupos de Coordenação Regional do PPCIRA.

4.14. Conhecimentos dos profissionais de saúde sobre riscos de exposição

Os profissionais foram questionados sobre o conhecimento dos procedimentos a tomar perante a ocorrência de um acidente por picada ou corte, exposição a sangue e outros fluidos e projeção de fluidos orgânicos para as mucosas. Em 2015, 79,7% responderam afirmativamente a esta questão (em 2014 obteve-se 79,3%) o problema existia e teve uma melhoria pouco significativa (0,4 pontos percentuais). Mantém-se, assim, um défice de conhecimento global dos profissionais sobre estas normas, com maior preocupação para os Assistentes Operacionais e os Profissionais de Limpeza.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DAS AUDITORIAS ÀS PBCI E PROPOSTAS DE MELHORIA

- i. Em 2015 aderiram formalmente à Campanha das Precauções Básicas de Controlo de Infecção, 266 unidades de saúde dos três Níveis de Cuidados de Saúde (hospitalares, Primários e Continuados), tendo digitado dados em 2015, 238 US (89,5% do total de US inscritas na Campanha), o que corresponde a aproximadamente 27,7% do total de Unidades de Saúde existentes em Portugal, nos três Níveis de Cuidados de Saúde. Analisando esta adesão por Serviços, verificou-se que em 2015, aplicaram a Auditoria 1567 serviços (mais 217 serviços, comparativamente com a avaliação diagnóstica de 2014).
- ii. Entre 2014-2015 o aumento de US aderentes variou nos três Níveis de Cuidados de Saúde (2,7-21,5 pontos percentuais - figura 1). Este aumento de adesão foi mais relevante nas Unidades de Saúde de Ilha, nos Açores (aumento de 33,4 pontos percentuais), seguido dos Cuidados de Saúde Primários (ACES -com 24,6 pontos percentuais- corresponde a 18,2 do total de Unidades de Cuidados de Saúde Primários), dos Hospitais privados com 14,9 pontos percentuais, dos Hospitais Públicos com 11,6 pontos percentuais, e das Unidades de Cuidados Continuados com 2,7 pontos percentuais.
- iii. A nível global nacional, houve um aumento de adesão de US em 6,1 pontos percentuais. Em 2014, 1350 Serviços aplicaram a auditoria às PBCI. Em 2015, aplicaram esta Auditoria, 1567 serviços (aderiram mais 217 serviços, comparativamente com a avaliação diagnóstica de 2014).
- iv. A nível global nacional, houve um aumento de adesão de US à Auditoria das PBCI em 7,0 pontos percentuais.
- v. Entre 2014-2015 o aumento de US aderentes variou entre os três Níveis de Cuidados de Saúde (5,3-23,3 pontos percentuais). Este aumento de adesão foi mais relevante nas Unidades de Saúde de Ilha, nos Açores (aumento de 33,4 pontos percentuais), seguido das Unidades de CSP (20,5 pontos percentuais nos ACES e no total de UCSP de 14,0) e os Hospitais Públicos com aumento de 17,5 pontos percentuais.
- vi. Em todos os Padrões e Critérios da Auditoria às PBCI, houve um aumento do nível de cumprimento (IGQ), embora alguns critérios necessitem de uma abordagem mais enérgica e de intervenções de melhoria específicas, como é o caso da avaliação de risco de infeção dos utentes desde a admissão até à alta hospitalar, a melhoria das condições para o isolamento dos utentes, em todas as US, a formação/informação dos profissionais de saúde e ensino aos utentes e visitantes, bem como a divulgação de materiais formativos e promocionais sobre as PBCI.
- vii. O Índice global (nacional) de cumprimento dos critérios e respetivos padrões da auditoria às PBCI foi de 86,6% para os Processos (82,2% em 2014) e de 80,9% para as Estruturas (73,4% em 2014). Salienta-se um aumento do nível de cumprimento

- dos Processos em 4,4 pontos percentuais e das Estruturas, em 7,5 pontos percentuais. No entanto, e apesar das melhorias obtidas, salienta-se que há necessidade de dar continuidade à implementação de intervenções de melhoria, se queremos atingir o nível máximo de cumprimento das boas práticas (100,0%).
- viii. Analisando os IGQ de Processos e de Estruturas por ARS/Região, verificou-se um aumento deste índice em todas as Regiões, tanto nos Processos, como nas Estruturas.
- ix. É necessário continuar a investir na melhoria dos processos, aumentando as ações de sensibilização dos profissionais de saúde e dos gestores para o cumprimento das PBCI no seu conjunto.
- x. Garantir o fornecimento das SABA, sabão líquido e toalhetes das mãos, para incentivar os profissionais de saúde a esta prática, é uma medida fundamental: melhorar as estruturas que forem passíveis de melhoria, nomeadamente, equipar todas as unidades prestadoras de cuidados com SABA nos pontos de prestação de cuidados e evitar roturas de fornecimento de SABA, sabão líquido e toalhetes.
- xi. Cada unidade de saúde deve definir o melhor método de reposição e compra destes materiais, tão básicos, mas sem os quais, não é possível cumprir as PBCI e torna a tarefa de educação/sensibilização dos profissionais de saúde, mais difícil e complexa.
- xii. Quanto à avaliação individual do risco para a infeção, que deve ser feita aos utentes por altura da admissão, ao longo do internamento e na altura da alta/transfêrencia, em 2015, 72,6% das US tinham implementado um sistema de avaliação de risco (59,7% em 2014). Isto traduz-se num aumento significativo deste critério - 12,9 pontos percentuais.
É um sinal bastante positivo, mas, há que alargar esta avaliação a todos os utentes, pois só com a implementação sistematizada de uma metodologia de avaliação individual dos riscos de infeção, é possível direcionar os cuidados de forma mais adequada, prevenindo a transmissão cruzada de IACS e de microrganismos alerta e problema.
- xiii. No que se refere às condições físicas para isolamento de utentes, 82,6% das US referiram possuir estas estruturas/infraestruturas (81,5% em 2014). O aumento do nível de cumprimento foi de apenas 1,1 pontos percentuais. Assim, propõem-se que cada unidade de saúde disponibilize, no mínimo, um quarto em cada serviço, para isolamento de utentes, mesmo que estes quartos não reúnam todas as condições e infra-estruturas necessárias. O ideal é que os quartos tenham todas as condições necessárias ao isolamento.
- xiv. Em 76,0% das US, eram desenvolvidas ações de formação e treino sobre a etiqueta respiratória, o que significa que quase 25% das US ainda não promovem internamente esta prática. Este dado é importante, pois a etiqueta respiratória é fundamental, sobretudo para a prevenção de infeções e microrganismos transmitidos por gotículas e por via aérea, mas também por contacto, já que, estas se depositam nas superfícies e podem servir de veículo para a transmissão cruzada.
- xv. Para além da formação, é necessário equipar os locais públicos, como a urgência, salas de espera, entre outros, com SABA, toalhetes de papel e contentores de resíduos para descartar toalhetes ou lenços de papel.
- xvi. Quanto à utilização da SABA nas US, 91% já utilizava estas soluções, pese embora, nem todas as US disponibilizassem a SABA nos locais mais adequados ou estratégicos. Esta é uma medida de melhoria que pode ser implementada e

- melhorada com facilidade e sem custos elevados, de modo a que os dispositivos da SABA estejam disponíveis nos locais mais adequados (local da prestação de cuidados), facilitando assim o seu uso em tempo oportuno.
- xvii. Em 99,8% das unidades de saúde estavam a ser promovidas ações de formação sobre as PBCI, o que é um dado muito positivo. A formação em PBCI deve ser o mais abrangente possível, de modo a alargar a todos os grupos de profissionais de saúde. Assim, cada US deve planear anualmente um número de ações de formação nesta área, que se ajuste ao número de profissionais e suas necessidades formativas;
- xviii. Em apenas 40,0% das US, estavam disponíveis cartazes sobre as PBCI. Estes cartazes estão já disponíveis no *microsite* do PPCIRA e podem ser impressos pelas US, nas quantidades e tamanhos necessários.
- xix. Foi distribuído pela DGS/PPCIRA, um lembrete de bolso sobre as PBCI. Cada GCL-PPCIRA deve garantir que todos os profissionais de saúde tenham acesso a um destes lembretes.
- xx. No global, em 94,8% das US, os EPI estavam disponíveis nas quantidades necessárias. No entanto, 92,9% das US consideraram que os EPI eram adequados às tarefas e/ou procedimentos. Apesar deste critério ter uma avaliação bastante satisfatória, salienta-se a necessidade de adequar os EPI às tarefas e/ou procedimentos. Na seleção dos EPI, deve haver representação de um membro do GCL-PPCIRA. Em 98,2% das US, os PS mantinham os EPI em locais limpos e secos.
- xxi. Foi apontada a falta ocasional com rotura de *stock* de aventais em 39,0% das US. O uso de aventais deve ser promovido nas US para os procedimentos que envolvam possíveis salpicos ou projeções para o fardamento dos PS.
- xxii. Outro problema apontado e que carece de intervenção por parte dos Órgãos de Gestão das US, é o facto de uma grande parte dos PS usarem, como componente do fardamento, sapatos abertos (em 35,5% dos serviços). Esta é também uma questão de segurança para os PS, pelo que deve ser abordada de forma multidisciplinar e transversal.
- xxiii. O GCL-PPCIRA deve poder pronunciar-se na altura da seleção e compra dos EPI, de modo a que estes sejam adaptados às tarefas e às necessidades locais dos profissionais de saúde.
- xxiv. Cada US deve ter um regulamento interno para o fardamento, onde sejam incluídos critérios de uso e higiene do fardamento e a obrigatoriedade de uso de sapatos fechados, de modo a evitar-se riscos acrescidos de contaminação, para os profissionais de saúde.
- xxv. Em 91,2% das US, o nível de limpeza foi considerado adequado: “*visivelmente limpo*”; existia norma interna para a Limpeza em 78,6% das US; em apenas 79,2% das US as responsabilidades sobre a limpeza estavam bem definidas; em apenas 75,7% das US, o ambiente de circulação estava livre de objetos desnecessários.
- xxvi. Em 98,6% das US, os materiais de limpeza foram considerados adequados, mas só 85,6% considerou que estes materiais eram lavados e desinfetados adequadamente entre utilizações.
- xxvii. Outro problema que se mantém, embora com alguma evolução positiva: quando questionados os profissionais de limpeza sobre se conheciam o protocolo de limpeza ambiental interno, apenas 79,8% dos profissionais de limpeza inquiridos responderam afirmativamente. A maioria destes profissionais respondeu que dispunha dos EPI adequados (91,2%), mas, referiram que não têm um protocolo/lembrete afixado no serviço, de fácil consulta por estes profissionais e

que lhes sirva de orientação nas suas tarefas. A questão da definição de tarefas entre estes profissionais e os AO é ainda um problema em boa parte das US, o que nos leva a recomendar a garantia de formação deste grupo profissional, bem como, da definição interna, adequada e por escrito, das suas tarefas.

- xxviii. Pode afirmar-se que alguns dos critérios da limpeza ambiental e de superfícies obteve uma boa classificação quanto ao seu cumprimento, mas há ainda muito por melhorar em matéria de limpeza ambiental e de qualidade e segurança na prestação destes serviços.

Propõe-se as seguintes medidas:

- a) Todas as US devem divulgar internamente, uma norma ou procedimento sobre a limpeza e manutenção do ambiente e superfícies;
 - b) Deve estar instituído um programa interno de manutenção regular de superfícies e de equipamentos e circuitos;
 - c) Deve integrar a Norma de limpeza interna, um protocolo que garanta a monitorização da adequada descontaminação dos materiais usados na limpeza, incluindo os panos e cumprimento dos respetivos códigos de cores;
 - d) Deve ser garantida a formação e treino regular dos profissionais de limpeza - incluir esta questão nos cadernos de encargos de compra de serviços a empresas externas à US;
 - e) Devem ser distribuídos folhetos ou cartazes pelos profissionais de limpeza, de modo a facilitar a integração do conhecimento. Também os procedimentos, a sua frequência e os níveis de responsabilidade, devem ser-lhes facultados;
 - f) As funções da limpeza devem estar muito bem definidas (quem faz o quê e quando);
 - g) Deve haver um sistema interno de registo das limpezas efetuadas;
 - h) Cada US deve estabelecer internamente, uma metodologia de avaliação regular da qualidade da limpeza ambiental, que vá para além do denominado "*visivelmente limpo ou a olho nu*". Existem vários métodos comprovados cientificamente, cabendo a cada US adquirir e implementar o que melhor se adequar à sua realidade.
- xxix. Em 91,0% das US existia protocolo interno para descontaminação dos materiais e equipamentos e, não eram reutilizados materiais de uso único, o que é também um indicador positivo, embora deva ser melhorado, pois 100% das US deve ter este protocolo interno, que deve ser divulgado pelos funcionários da limpeza, mas também, pelos profissionais dos serviços.
- xxx. No que se refere ao acondicionamento de roupa lavada, foi considerada bem acondicionada em 86,4% dos serviços, salientando-se que há necessidade de melhorar este procedimento em 23,6% das unidades.
- xxxi. O local de armazenagem da roupa suja até à remoção, foi considerado adequado em 88,3%. A boa prática de não encher demasiado os sacos da roupa cuja, era cumprido em 86,0% das US. Todos estes resultados são positivos, mas não satisfatórios pelo que se recomenda a sua melhoria.
- xxxii. Cada US deve aprimorar a triagem, acondicionamento e transporte da roupa suja, em segurança e um adequado armazenamento da roupa lavada nos serviços.

- xxxiii. Deve ainda ser debatido com os enfermeiros e assistentes operacionais, as medidas mais elementares para evitar a contaminação da roupa lavada, promovendo-se a formação formal e informal.
- xxxiv. Quanto ao circuito dos resíduos, cerca de 86,0% dos serviços possuía um local de armazenamento dos resíduos produzidos até à recolha, dos quais, 87,0% tinham este local com acesso restrito e, 85,7% tinham este local de limpeza fácil.
- xxxv. Salienta-se a necessidade de melhorar as práticas no circuito dos resíduos, sobretudo, a melhoria dos locais de armazenagem de sujos nos serviços.
- xxxvi. Relativamente às práticas de segurança dos injetáveis, ressalta-se que em 10,0% das US ainda se utilizavam medicações injetáveis de dose múltipla; em 4,2% eram usadas algumas seringas de uso múltiplo, mas apenas para algumas biópsias específicas. Quase 100% referiu cumprir o princípio básico deste procedimento, que é mudar a agulha estéril de aspiração, entre cada utente. Neste critério, alerta-se para o facto da necessidade de promover formação na segurança de injetáveis e transfusões, dado que, para além dos problemas relacionados com a infeção, é sabido que um dos eventos adversos mais frequentes são erros medicamentosos.
- xxxvii. No que se refere à saúde ocupacional, os profissionais foram questionados sobre os procedimentos seguros, para evitar e controlar a exposição desnecessária ao sangue e outra matéria orgânica e a materiais corto-perfurantes. Em 72,5% das US existia Protocolo interno para prevenção de acidentes por picada ou corte e atuação em caso de acidente mas, nestas US, apenas 57,1% dos profissionais inquiridos conhecia a norma ou evidenciou ter o conhecimento sobre as medidas a tomar perante um acidente por picada ou corte.
- xxxviii. Destaca-se um défice de conhecimento global dos profissionais sobre estas normas, com maior preocupação para os AO e os profissionais da limpeza.
- XXXIX. Assim, sendo estes os grupos de profissionais com menos formação, o GCL-PPCIRA deve articular-se com o serviço de saúde ocupacional ou de higiene, saúde e segurança no trabalho, para a formação destes profissionais na área do risco.
 - xl. Um outro resultado a salientar é o facto de apenas 65,5% dos profissionais entrevistados assumirem que estabeleciam objetivos e metas na sua avaliação de desempenho, nas áreas da prevenção e controlo da infeção e das resistências aos antimicrobianos. Chama-se a atenção dos Órgãos de Gestão, das Chefias de Serviço e dos Avaliadores para este facto, dado poder vir a ter um impacto positivo na melhoria dos procedimentos, por se tratar de um compromisso que cada profissional faz para o período de tempo em avaliação.
 - xli. Em 2016-2017, o PPCIRA continua a contar com o apoio dos GCR-PPCIRA e dos GCL-PPCIRA para o alargamento da Campanha a todas as Unidades de Saúde, aos três níveis de cuidados, bem como, o alargamento a todos os serviços/áreas funcionais das US já aderentes em 2014-2015.
 - xl.ii. Com a aplicação de forma abrangente da Campanha das PBCI também designada por Estratégia Multimodal de Promoção das PBCI, é possível garantir uma melhoria alargada dos processos, com consequentes resultados positivos, quer na redução das IACS, quer no controlo das resistências aos antimicrobianos.
 - xl.iii. A colaboração e empenho na observação do uso de luvas pelos PS nas US, é fundamental prevendo-se o início da sua monitorização em 2017. Para tal, a Direção do PPCIRA conta com o apoio imprescindível dos GCR-PPCIRA em cada Região.

Nota: Na página seguinte, apresentam-se os resultados referentes à monitorização da Higiene das Mãos nas US – Capítulo 2 do presente Relatório.

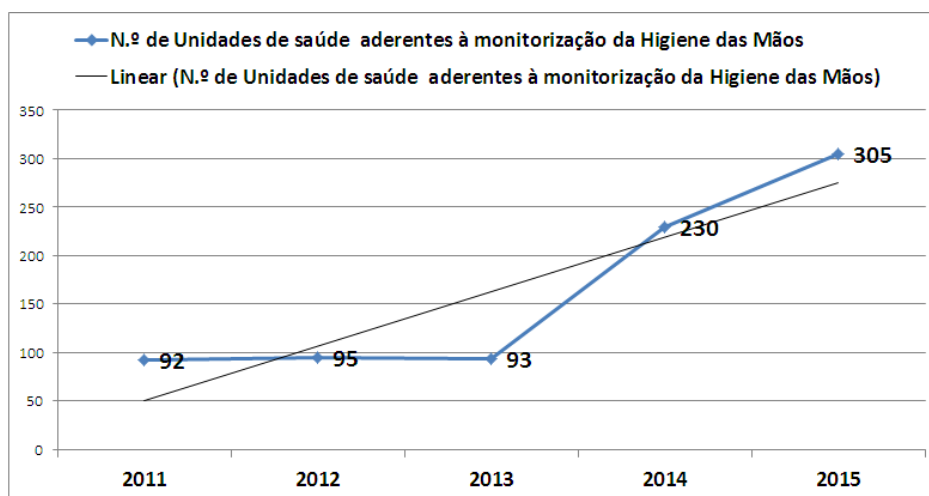
CAPÍTULO II - RESULTADOS DA MONITORIZAÇÃO DA HIGIENE DAS MÃOS, OBTIDOS EM 2014-2015 E DADOS EVOLUTIVOS (2011-2015)

5. DADOS GLOBAIS NACIONAIS (2014-2015 e dados de Evolução - 2011-2015)

Caraterização das US aderentes:

A adesão das US à monitorização da prática de higiene das mãos, tem vindo a aumentar de forma gradual e consistente desde 2011, muito embora, em 2014 - 2015 tenha havido um aumento significativo de unidades de saúde aderentes, sobretudo dos ACES e das UCCL. Passou-se assim, de uma adesão de 92 US em 2009, para 230 US em 2014 e 305 US em 2015, correspondendo a aproximadamente 30,0% de todas as US do País, dos três Níveis de Cuidados de Saúde.

Figura 32 - Adesão das unidades de saúde à monitorização da Higiene das Mãos: 2011-2015



Na figura seguinte pode observar-se a distribuição das US aderentes à monitorização da higiene das mãos, por Níveis de Cuidados de Saúde (2014-2015):

Figura 33 - Taxa de adesão global à HM por Níveis de Cuidados em 2015

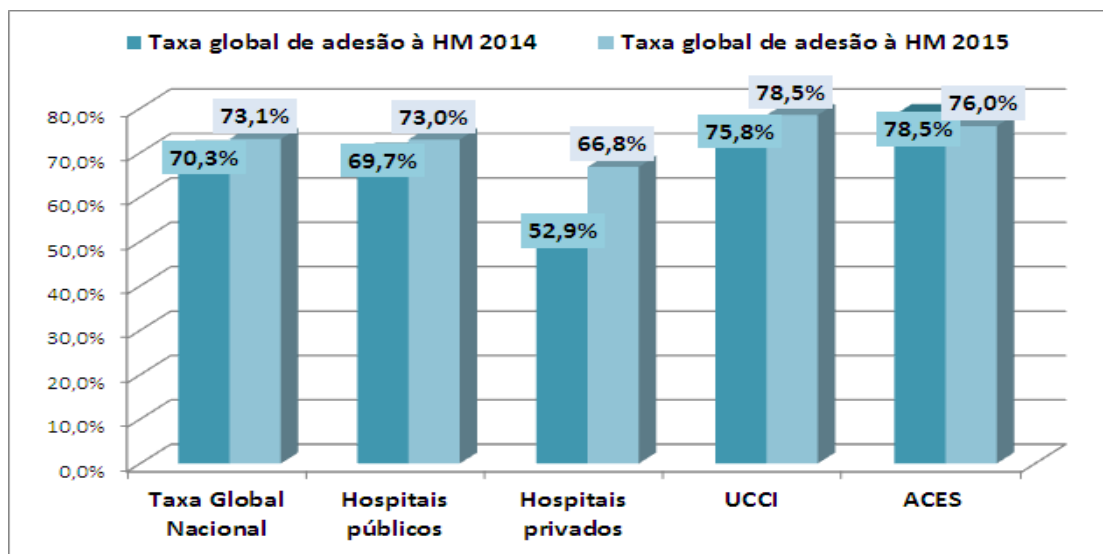
Serviços/ Nível de Cuidados de Saúde	N.º de US Existentes	N.º e % de US aderentes 2014	N.º e % de US aderentes 2015
Hospitais públicos	98	68 (69,4%)	78 (79,6%)
	52 UH* agregadas	39 (75,0%)	50 (96,1%)
Hospitais privados	80	18 (22,5%)	20 (25,0%)
Unidades de Cuidados Continuados Integrados	627	97 (15,5%)	137 (21,9%)
Agrupamentos de Centros de Saúde (Portugal Continental)	73	8 (11,0%)	24 ACES (32,9%)
Unidades de CSP Estratificadas	ULS - UCSP	7	3 (42,9%)
	Madeira: 5 ACES (56 Centros de Saúde)	56	60 (100%)
	Un.de Saúde de Ilha Açores	9	2 (22,2%)
	Unid. Locais de Saúde (CSP)	7	3 (43,9%)

5.1. Taxa global nacional de adesão à higiene das mãos:

Na figura 34, pode observar-se a taxa global nacional de adesão à higiene das mãos em 2014-2015 e a variação da taxa de adesão por Nível de Cuidados de Saúde. A adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos, tem vindo a aumentar de forma lenta, mas consistente, desde 2011.

A taxa de adesão à HM (IGQ nacional de cumprimento da prática de higiene das mãos) foi de 73,1% em 2015 (70,3% em 2014), correspondendo a um aumento global nacional de 2,8 pontos percentuais, tendo sido mais elevada nos hospitais privados (13,9 PP), seguido dos hospitais públicos (3,3 PP), os ACES com 2,7 PP e as UCCI com 2,5 PP.

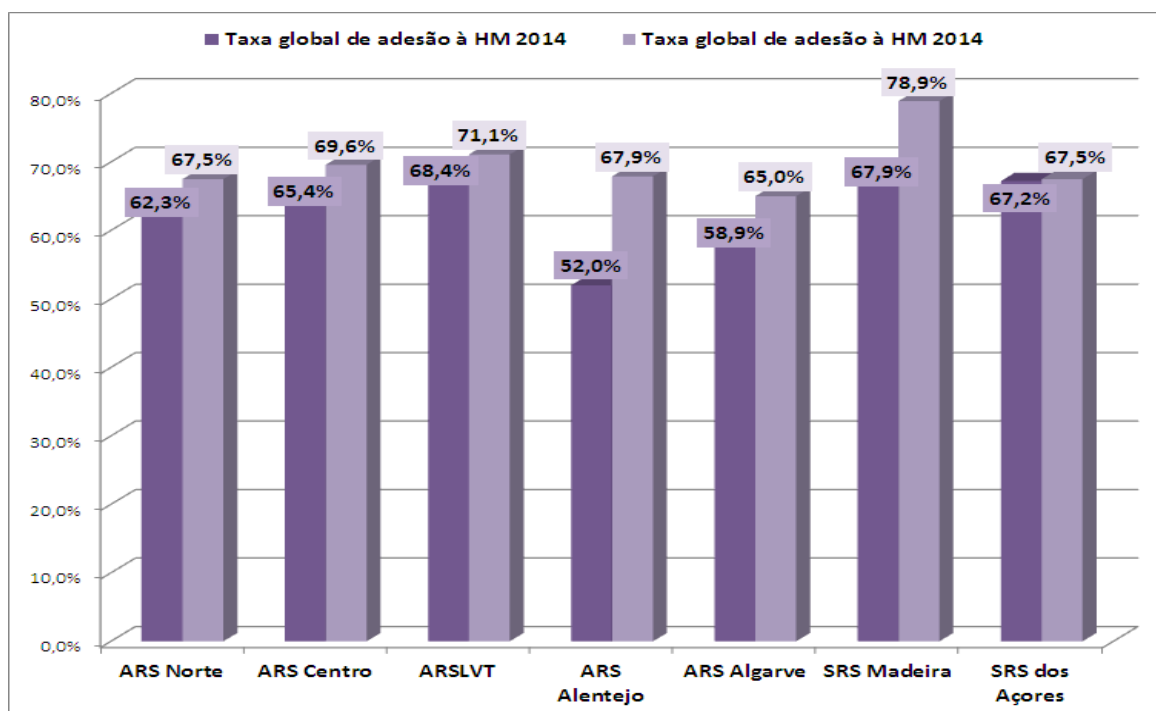
Figura 34 - Adesão das US por Níveis de Cuidados, à monitorização da HM em 2014-2015



5.2. Taxa global de adesão à HM por ARS e Regiões Autónomas

Analisando a taxa global de adesão à HM por Região, destaca-se que houve aumento do nível de cumprimento em todas as ARS/Regiões, entre 2014-2015.

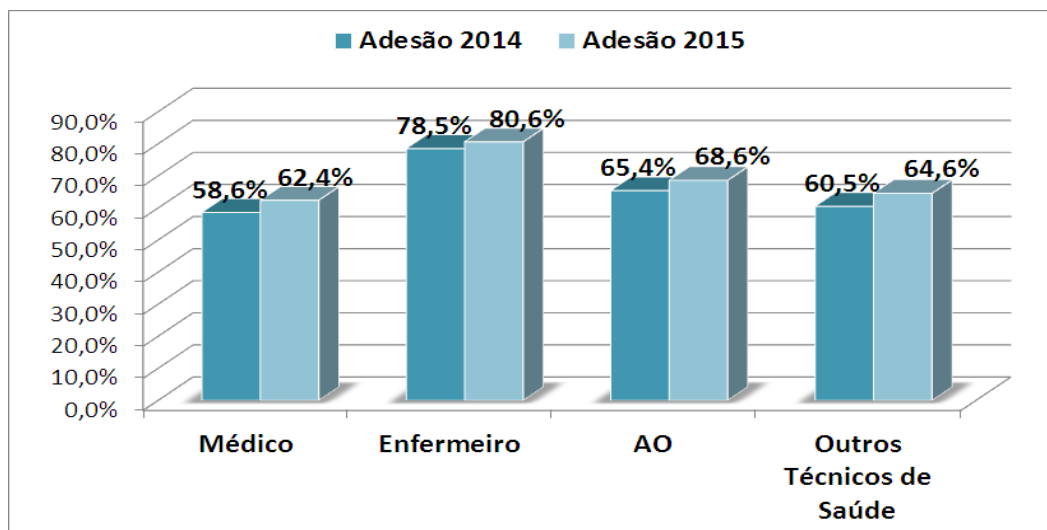
Figura 35 - Adesão das US por ARS/Região, à monitorização da HM em 2014-2015



5.3. Taxa de adesão à Higiene das Mãos por Grupos Profissionais:

Os Grupos Profissionais que obtiveram um maior aumento da taxa de adesão em 2015 foram: Outros Profissionais (4,1); Médicos (3,8); Assistentes Operacionais (3,2). Os Enfermeiros subiram menos (2,1 pontos percentuais), mas é o grupo profissional que tem aumentando a sua adesão de forma consistente, ao longo dos cinco anos de monitorização da higiene das mãos.

Figura 36 - Taxa de adesão à Higiene das Mãos por Grupos Profissionais, em 2014-2015

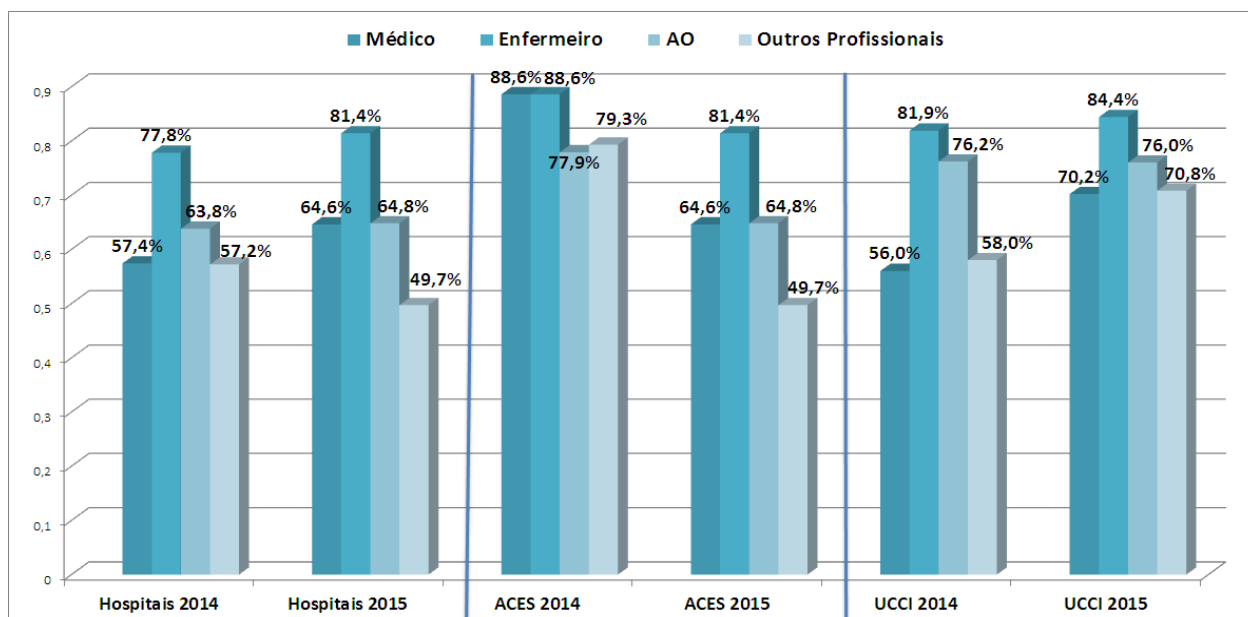


5.4. Adesão à higiene das mãos por Grupo Profissional e por Níveis de Cuidados de Saúde

Quando analisada a taxa de adesão dos grupos profissionais à higiene das mãos, verifica-se um aumento em 2015, em todos os grupos profissionais e nos três níveis de cuidados de saúde, quando comparado com os dados de 2014, com exceção dos CSP onde se registou até um decréscimo.

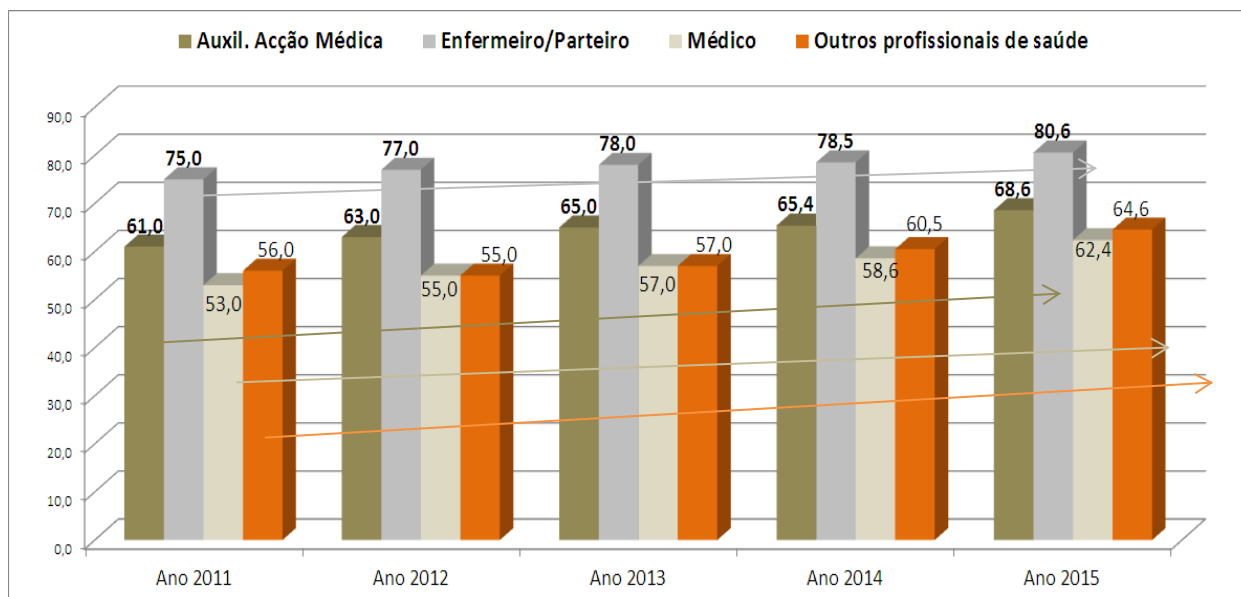
No entanto, salienta-se que em 2015 aderiram um número significativo de Unidades/Serviços de CSP (UCC, USF e UCSP) para as quais, esta foi considerada a avaliação diagnóstica ou inicial (figura 37).

Figura 37 - Adesão dos grupos profissionais à higiene das mãos em 2014-2015, por Níveis de Cuidados de Saúde:



5.5. Evolução da taxa de adesão por Categoria Profissional no período entre 2011-2015

Figura 38 - Taxa de adesão nacional à higiene das mãos por Categoria profissional (evolução 2011-2015)

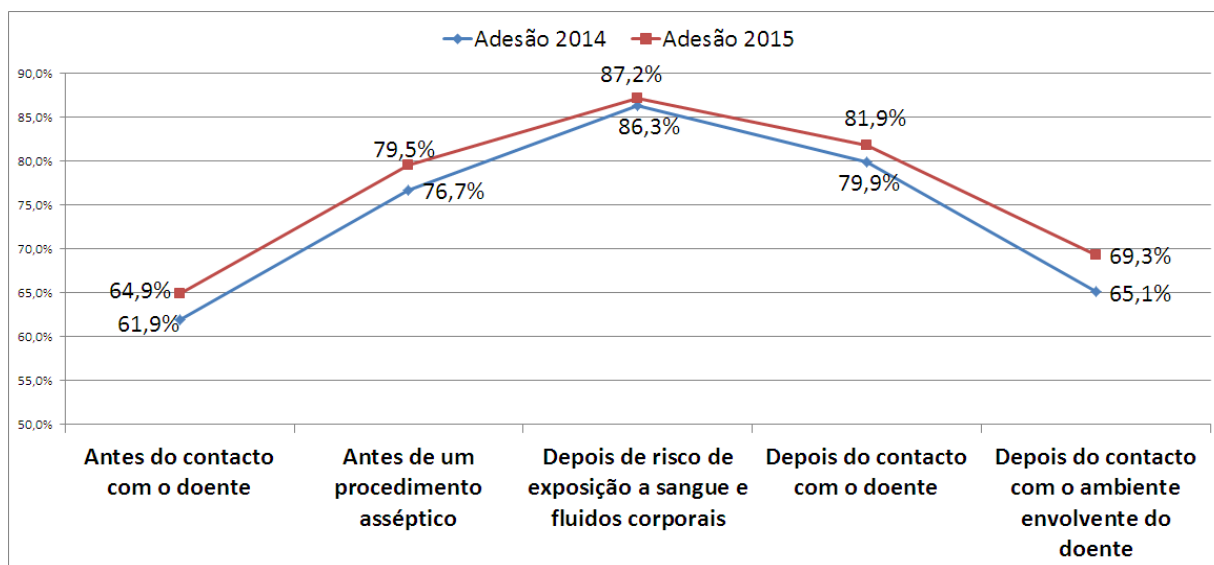


5.6. Adesão à higiene das mãos pelos cinco momentos (2014 - 2015)

Entre 2014 e 2015, registou-se o seguinte aumento (>) da adesão em pontos percentuais (PP):

1.º momento - > de adesão de 5,0 PP; 2.º momento - > de adesão de 2,8 PP; 3.º momento - > de adesão de 4,4 PP; 4.º momento - > de adesão de 2,0 PP; 5.º momento - > de adesão de 4,2 PP (figura 39).

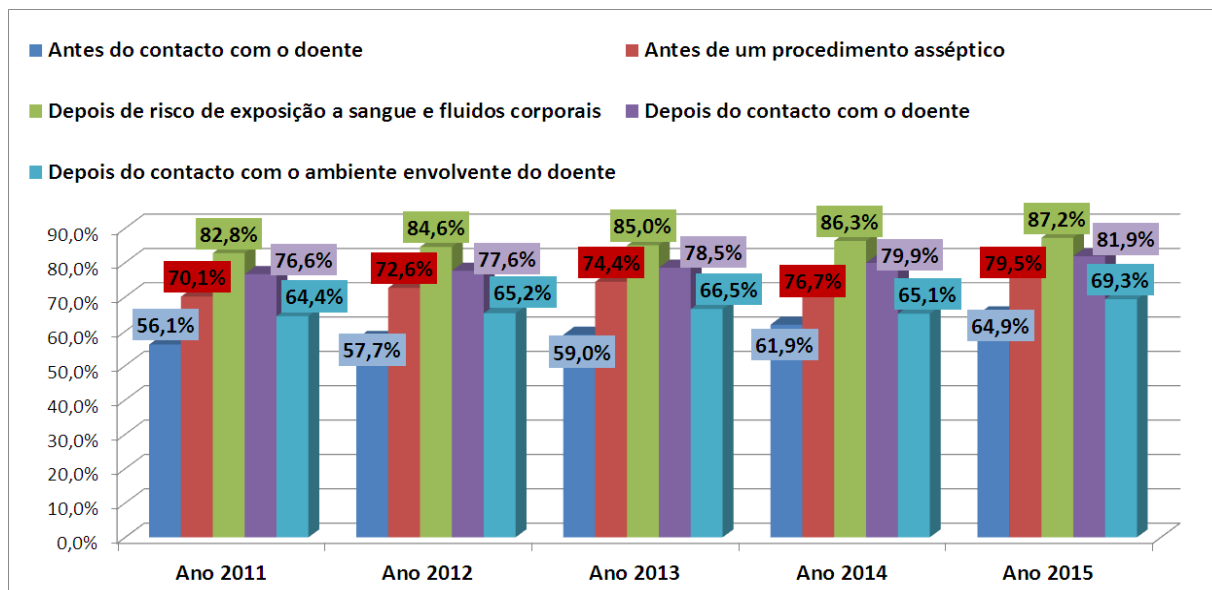
Figura 39 - Taxa global de Adesão à higiene das mãos pelos cinco momentos (2014-2015)



5.6.1. Analisando a mesma taxa num período mais alargado (2011-2015), o aumento de adesão é superior nos cinco momentos (pontos percentuais-PP) (figura: 40)

1.º momento - > de adesão de 8,8 PP	2.º momento - > de adesão de 9,4 PP
3.º momento - > de adesão de 4,4 PP	4.º momento - > de adesão de 5,3 PP
5.º momento - > de adesão de 4,9 PP	

Figura 40 - Taxa de adesão à higiene das mãos nos 5 Momentos – evolução entre 2011-2015



5.7. Taxa de adesão à HM nos Grupos de Serviços Clínicos Hospitalares

Analisou-se a adesão à HM nos 5 momentos, comparando os grandes grupos de Serviços Clínicos dos Hospitais, entre 2014-2015 (figura 41). Também neste Serviços, é possível ver que aumentou a taxa de adesão à HM em todos os grupos de Serviços.

Figura 41: Taxa de cumprimento da Higiene das Mãos pelos 5 momentos e pelos grandes Grupos de Serviços Clínicos

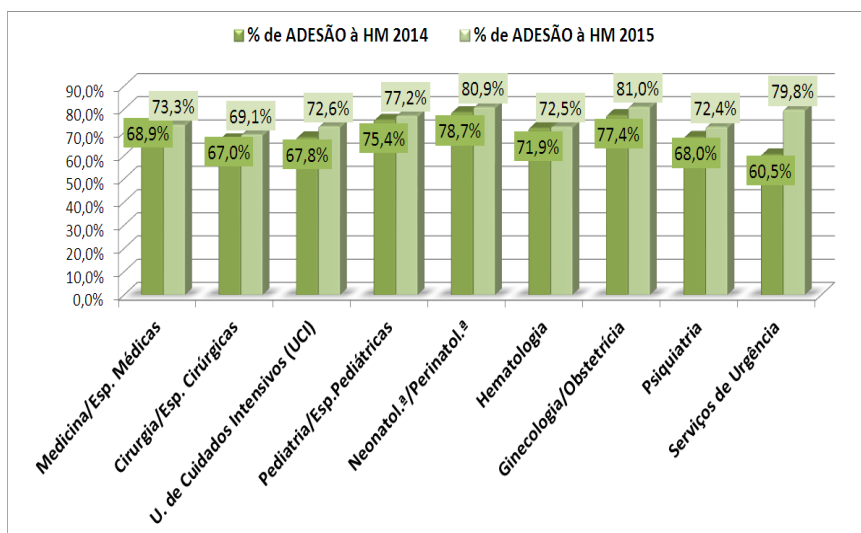


Figura 42 - Taxa de cumprimento da HM nos grandes Grupos de Serviços Clínicos, por Categorias Profissionais (2015)

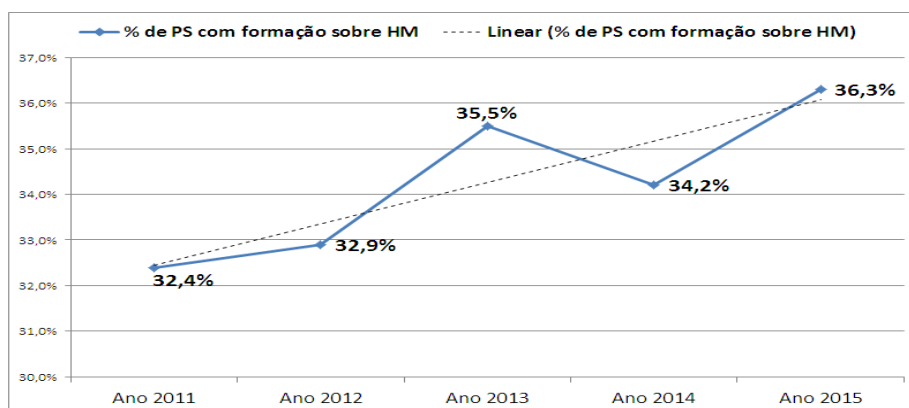
Categoria Profissional	Medicinas Especial. Médicas	S. Cirurgia Especial. Cirúrgicas	S. Pediátricos	Hematol. ^a Oncologia	Neonat. ^a Perinat. ^a	UCIP Out. UCI	Ginecol. Obst. ^a	Urgência	Psiquiatria	Outros serviços
Médico	61,6%	57,6%	67,4%	65,8%	73,5%	68,2%	78,4%	74,3%	66,0%	71,3%
Enfermeiro	75,2%	68,8%	85,1%	76,5%	85,9%	81,1%	88,1%	84,9%	78,8%	81,4%
Assistentes Operacionais	84,6%	54,2%	72,3%	69,0%	75,9%	63,2%	68,1%	66,4%	63,8%	62,6%
Outros Técnicos	81,4%	50,0%	49,1%	43,4%	57,4%	50,3%	67,9%	85,8%	57,7%	73,2%
Global	67,1%	69,1%	77,2%	72,5%	80,9%	72,6%	81,0%	79,8%	72,4%	74,8%

5.8. Formação dos profissionais de saúde sobre higiene das mãos

Tem havido um aumento lento mas consistente, da taxa global nacional de PS com formação sobre higiene das mãos, pese embora, seja ainda um aumento baixo.

Em 2015 iniciou-se a formação alargada sobre as PBCI no seu todo, pelo que se supõe que a maioria das US tenham deixado de promover ações de formação exclusivamente dedicadas à higiene das mãos, pois esta prática está integrada nas PBCI como um dos seus componentes muito importantes para a melhoria das boas práticas clínicas.

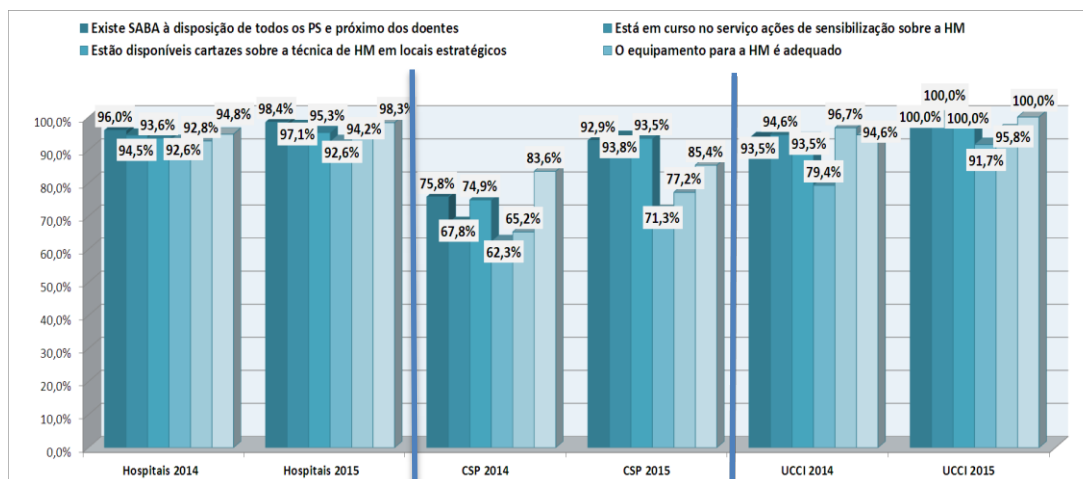
Figura 43 - Percentagem de PS com formação sobre Higiene das Mãos (Evolução: 2011- 2015)



5.8.1. Melhoria das Estruturas para a higiene das mãos (auditoria às PBCI): evolução 2014-2015

É de salientar que aos três Níveis de Cuidados, houve uma melhoria substancial em todos os critérios de estrutura para a higiene das mãos.

Figura 44 - Melhoria das Estruturas de Higiene das Mãos por Níveis de Cuidados de Saúde (2014-2015)



5.9. Consumo de solução antisséptica de base alcoólica (SABA) a nível nacional

O consumo global de SABA em 2015 nos serviços com internamento, foi de 42,1 litros por 1000 dias de internamento (42,0 litros em 2014). Verifica-se que há variabilidade neste consumo, ao Nível dos Hospitais e das UCCI. Nos Cuidados de Saúde Primários/em outras Unidades de Cuidados em regime Ambulatório, apenas podemos comparar o consumo global, em litros.

Analisando o progresso do consumo de SABA entre 2011 e 2015, a linha tendencial também nos mostra um aumento sustentado do consumo das SABA ao longo destes 5 anos (Figura 45).

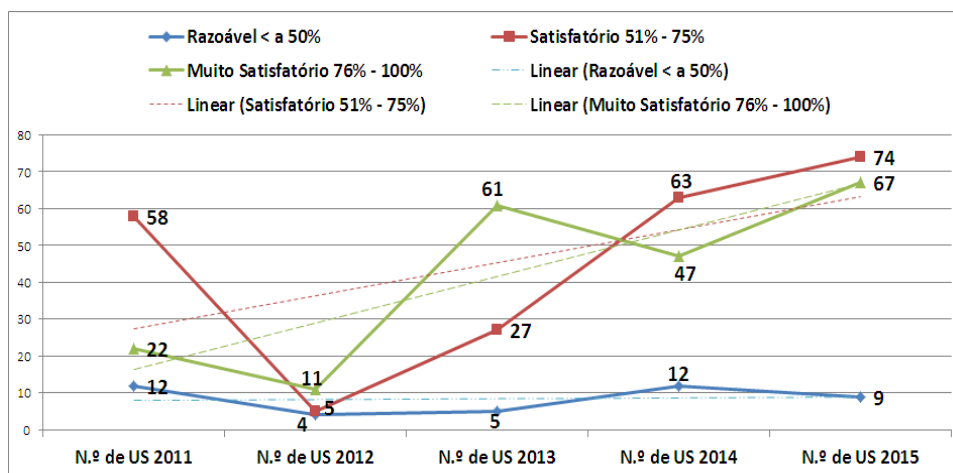
Figura 45 – Consumo de SABA a nível nacional (litros por 1000 dias de internamento), pelos três Níveis de Cuidados de Saúde (2014-2015)

Consumo de Saba por Tipologia de Unidade de Saúde	**Consumo de SABA 2014	**Consumo SABA 2015
Hospitais	50,3	50,8
Centro Hospitalar	41,8	41,8
Hospital Privado	61,9	60,1
Hospital Público	41,4	41,4
Hospital Público de Gestão Privada	48,5	48,5
ULS	33,0	33,0
Parceria Público Privada	40,5	40,5
U. Cuidados Continuados Integrados	24,5	25,0
Hospital com Valência de Cuidados Continuados	85,3	89,4
Total das US com internamento	42,0	42,1
Cuidados de Saúde Primários*		
ACES*	500,27 litros	519,67 litros
USF*	300,26 litros	302,56 litros
	0,0	18,0 litros

5.10. Escala de classificação (score) das Unidades de Saúde quanto ao Cumprimento da Higiene das Mãos

Analisando o progresso da classificação das US entre 2011 e 2015, a linha tendencial demonstra haver um aumento de US que obtiveram a classificação de Satisfatório e Muito Satisfatório e uma tendência progressiva para diminuir as US com classificação e “Razoável” (Figura 46).

Figura 46 – Classificação das US relativamente ao nível de cumprimento da Higiene das Mãos : 2011-2015



6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA MONITORIZAÇÃO DA HIGIENE DAS MÃOS E PROPOSTAS DE MELHORIA

- i. A adesão das unidades de saúde à monitorização da higiene das mãos, aumentou significativamente entre 2014/2015 com a adesão das Unidades de Cuidados Continuados (UCCI) e dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)- de 230 US em 2014, para 305 US em 2015. No entanto, é necessário dar continuidade a esta Estratégia de modo a envolver todas as US e todos os serviços clínicos/áreas funcionais/tipologias de cuidados neste processo.
- ii. A evolução anual da taxa de adesão dos PS a esta prática, mostra que tem sido positiva (tem vindo a aumentar, de forma mantida e consistente), mas não ainda satisfatória. Temos que nos focar na meta definida pela OMS (90%) e colocar a nossa meta Nacional, Regional e Local também a esse nível. Desta forma, propõe-se que os GCL-PPCIRA desenvolvam anualmente ações de sensibilização para a HM, no conjunto das PBCI.
- iii. No mínimo, esta formação deve ser feita anualmente, de modo a reavivar as mensagens divulgadas. Propomos que os GCL-PPCIRA desenvolvam internamente metodologias de renovação das mensagens. Isto pode ser feito de forma rotativa, ao longo do ano, de modo a abranger todos os serviços, aumentando a motivação dos profissionais, insistindo no cumprimento da técnica da higiene das mãos. Higienizar as mãos é já por si só, um bom indicador, mas é necessário insistir com os profissionais numa adequada higienização, cumprindo os passos previstos da técnica. É importante ainda incluir no plano de formação anual da US, a formação básica em HM/PBCI para todos os novos funcionários.
- iv. Muito relevante também é a inclusão de objetivos individuais (cada profissional), relacionados com a higiene das mãos e PBCI, na avaliação de desempenho. Isto deve ser promovido pelas estruturas hierárquicas internas, com colaboração dos GCL-PPCIRA. Não é suposto nem espetável que seja estabelecido um consumo padronizado para todos os PS, mas antes, que cada profissional, estabeleça um objetivo que envolva as PBCI/HM. Isto pode ser, desde a formação/informação, ler e discutir internamente as respetivas normas, fazer ensino aos doentes, familiares e visitantes, participar de modo ativo na monitorização da HM e PBCI, entre outros objetivos passíveis de serem traçados internamente.
- v. Há ainda a salientar a necessidade de alargar a formação sobre a higiene das mãos a todos os grupos profissionais, sobretudo, encontrar estratégias e/ou metodologias que mais se adequem aos grupos de profissionais menos envolvidos - os médicos e outros técnicos de saúde. Cada US deve procurar implementar metodologias mais ajustadas ao envolvimento destes grupos profissionais.
- vi. Também um alerta para os profissionais da limpeza e da área da alimentação, que sendo grupos muito importantes no controlo ambiental, têm pouca formação na área. As US devem incluir nos cadernos de encargos para compra destes serviços, a obrigatoriedade de formação destes profissionais, quer antes de iniciar funções, quer a formação de atualização e controlo.
- vii. O primeiro e quinto, momentos de higiene das mãos, continuam a ser aqueles, onde se detetaram as maiores falhas, no cumprimento desta prática, apesar das melhorias registadas. Torna-se necessário por um lado abordar esta questão nas ações de formação, e por outro lado, analisar se todos os observadores estão de facto a cumprir com rigor a observação sobretudo no 1.º momento. As regras de observação dizem que no 1.º momento se o observador não viu se o profissional higienizou as mãos, não deve contabilizar essa observação, ou seja, se não

- observou não pode registar. O mesmo se passa com os restantes momentos. O que não se observa não conta para o denominador (n.º de oportunidades e n.º de ações).
- viii. Da análise efetuada à adesão dos PS à HM nos 5 momentos, pelos três Níveis de Cuidados de Saúde, entre 2014-2015, ressalta-se que houve melhoria em todos os momentos nos Hospitais e nas UCCI. Nos ACES só foi registada subida no 2.º momento. Isto pode dever-se ao aumento significativo de unidades de saúde dos ACES que aderiram à monitorização da HM apenas em 2015. Estas Unidades efetuaram a sua 1.ª avaliação em 2015, ou seja, esta foi a sua avaliação diagnóstica.
 - ix. Os GCL-PPCIRA devem implementar metodologias adequadas de sensibilização que vão de encontro, essencialmente, a estes dois momentos (antes do contacto com o utente e após o ambiente envolvente do doente).
 - x. Para que a Campanha das PBCI seja eficaz, é relevante usar os resultados obtidos nestas monitorizações, para a melhoria global dos processos e das boas práticas clínicas. A monitorização só é custo-eficaz se for ativa na mudança de práticas e dos comportamentos. Muito importante também, o envolvimento dos utentes e visitantes no ensino dirigido para a importância da higiene das mãos na prevenção das infeções.
 - xi. Quanto ao consumo da SABA, analisando o progresso, houve um aumento significativo do consumo destas soluções nos últimos 3 anos em serviços com internamento, estando agora estável (42,0 litros por mil dias de internamento em 2014 e 42,1 litros em 2015). Para os ACES e outras Unidades de Cuidados Ambulatoriais, é mais difícil a sua análise, pelo que, por enquanto, só é possível mostrar o consumo global em litros.
 - xii. Cada GCL-PPCIRA deve analisar quais os serviços com menor consumo, para incidir a sua atenção na promoção da SABA nesses serviços. Para tal, deve articular-se com os serviços farmacêuticos, devendo ainda, pronunciar-se sobre a aquisição das SABA, ajustada às necessidades dos utilizadores. Deve ser promovida internamente a necessidade de disponibilizar a SABA em todos os locais de prestação de cuidados de saúde como medida importante na promoção da higiene das mãos.

7. SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

GCR-PPCIRA - Grupo de Coordenação Regional do PPCIRA

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local do PPCIRA

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PBVT - Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

PPCIRA - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e das resistências aos Antimicrobianos

PS - Profissionais de Saúde

SABA - Solução antisséptica de base alcoólica

US - Unidades de Saúde

UCCI - Unidades de Cuidados Continuados Integrados

VE - Vigilância epidemiológica

8. ANEXOS

Anexo I: Padrões e Critérios das PBCI em análise evolutiva e pormenorizada, pelos três Níveis de Cuidados de Saúde (Hospitais, UCCI e ACES)

Anexo II: Fontes Bibliográficas consultadas, para a existência das Unidades de Saúde em Portugal

Anexo I: Resultados da Auditoria às PBCI por padrão e por critério, pelas Tipologias de Cuidados de Saúde

Figura 5 – IGQ dos Critérios em análise e variação por Tipologias de Cuidados – Evolução (2014-2015)

PADRÕES E CRITÉRIOS EM ANÁLISE	2015				2014			
	Hospitais	CSP	UCCI	Global 2015	Hospitais	CSP	UCCI	Global 2014
1 - AVALIAÇÃO DO RISCO DO DOENTE PARA A INFECÇÃO E SUA COLOCAÇÃO								
1 - É feita avaliação de risco de transmissão de agentes infecciosos na admissão do doente	69,7%	73,1%	87,1%	72,6%	60,6%	49,1%	77,7%	59,7%
2 - Os doentes de maior risco de transmissão são isolados em local que minimize esse risco	85,3%	69,4%	94,1%	82,6%	85,9%	61,7%	91,8%	81,5%
2 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS								
3 - Existe SABA* à disposição de todos os profissionais e próximo dos doentes	98,4%	92,9%	100,0%	97,2%	96,0%	75,8%	93,5%	90,9%
4 - Está em curso no serviço algum tipo de sensibilização sobre a higiene das mãos	97,1%	93,8%	100,0%	95,0%	94,5%	67,8%	94,6%	88,0%
3 - ETIQUETA RESPIRATÓRIA								
5 - Existem cartazes afixados, chamando a atenção para a etiqueta respiratória	71,6%	76,8%	81,9%	70,9%	35,8%	48,7%	54,4%	39,9%
6 - Os doentes/clientes e visitantes têm acesso fácil a lavatório ou à SABA	97,7%	91,8%	100,0%	95,3%	94,4%	80,2%	97,8%	91,6%
7 - Os PS conhecem os componentes da etiqueta respiratória	80,7%	89,6%	88,9%	81,3%	72,9%	82,9%	87,5%	76,0%
8 - Os PS sabem como proceder nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias	86,3%	92,2%	93,1%	87,8%	79,8%	85,0%	93,2%	81,8%
4 - UTILIZAÇÃO DE Equipamentos de proteção individual (EPI)								
9 - Os EPI estão disponíveis junto ao local de utilização	95,8%	90,1%	100,0%	94,8%	94,9%	88,5%	98,9%	93,7%
10 - Os EPI encontram-se num local limpo e seco	98,4%	96,9%	100,0%	98,2%	98,6%	96,6%	98,9%	98,1%
11 - Se existem artigos reutilizáveis, está estabelecido um programa de descontaminação	89,4%	81,5%	96,9%	89,1%	86,6%	81,5%	90,7%	85,6%
12 - Estão disponíveis luvas de vários tamanhos	99,3%	92,8%	93,0%	97,7%	98,9%	90,8%	95,6%	96,7%
13 - Estão disponíveis luvas de material alternativo ao látex	93,2%	84,7%	93,0%	91,3%	93,2%	89,5%	89,1%	92,1%
14 - Os PS sabem que é obrigatório usar luvas em contacto com fluidos orgânicos, mucosas e pele não íntegra*	98,3%	98,1%	100,0%	98,5%	95,6%	98,5%	100,0%	96,6%
15 - Está implementado o uso de aventais de uso único no contacto direto com os doentes	77,5%	47,2%	84,3%	70,1%	70,1%	27,9%	87,4%	61,0%
16 - É usada bata de manga comprida nas situações de maior risco de exposição a fluidos orgânicos	85,8%	68,6%	83,3%	80,8%	78,6%	59,3%	85,7%	74,3%
17 - As visitas não usam equipamento de proteção, exceto máscara, quando indicado	83,0%	90,0%	76,1%	83,9%	84,8%	77,5%	84,7%	84,2%
18 - Existem disponíveis máscaras adequadas ao tipo de exposição	95,2%	68,0%	91,3%	88,4%	92,1%	58,7%	82,6%	83,4%
19 - Existem disponíveis óculos ou outro equipamento de proteção ocular	87,3%	66,9%	74,6%	79,8%	81,2%	55,4%	62,1%	73,6%
20 - Os profissionais que prestam cuidados aos doentes/clientes, não usam sapatos abertos	67,7%	74,0%	86,1%	69,4%	64,7%	58,9%	81,3%	64,5%

PADRÕES E CRITÉRIOS EM ANÁLISE	2015				2014			
	Hospitais	CSP	UCCI	Global 2015	Hospitais	CSP	UCCI	Global 2014
5 - TRATAMENTO DO EQUIPAMENTO MÉDICO								
1 - O material/equipamento de uso único não é reutilizado (se verificar a condição anterior escolha a opção sim)	92,5%	89,7%	95,8%	91,1%	92,2%	79,9%	92,2%	89,6%
2 - Estão disponíveis recomendações do fabricante para todos os materiais/equipamentos	76,2%	60,8%	84,5%	73,8%	69,8%	50,2%	67,8%	65,7%
3 - Existem protocolos específicos para a descontaminação dos materiais/equipamentos	86,8%	70,4%	95,8%	84,5%	80,4%	68,8%	88,6%	78,6%
4 - A responsabilidade pelo cumprimento da descontaminação dos materiais/equipamentos está atribuída	85,1%	75,7%	94,4%	85,4%	79,9%	72,8%	90,8%	79,2%
6 - CONTROLO AMBIENTAL E LIMPEZA DAS SUPERFÍCIES								
5 - O ambiente de trabalho está livre de objetos e equipamentos desnecessários	83,2%	70,2%	93,1%	79,1%	80,2%	59,3%	88,0%	75,7%
6 - Os profissionais têm conhecimento dos protocolos de limpeza e da sua responsabilidade específica	87,1%	75,6%	95,8%	84,4%	84,4%	63,7%	90,2%	79,8%
7 - O ambiente de trabalho encontra-se visivelmente limpo	94,0%	83,2%	95,8%	90,5%	93,3%	83,2%	97,8%	91,2%
8 - Existem protocolos para a remoção de derrames de matéria orgânica	89,4%	75,2%	84,7%	86,3%	86,7%	65,1%	75,8%	80,9%
7 - MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA								
9 - A roupa limpa está acondicionada em local apropriado e protegida	93,2%	83,8%	95,8%	91,9%	92,2%	78,9%	98,9%	90,4%
10 - A roupa usada é colocada num contentor apropriado junto ao local de utilização	92,4%	72,7%	94,4%	88,8%	90,3%	67,8%	90,1%	86,4%
11 - Os sacos de roupa usada são colocados num local apropriado e fechado até à sua remoção	90,3%	75,0%	95,8%	88,4%	91,2%	71,5%	96,7%	88,3%
8 - RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS								
12 - Os contentores reutilizáveis são higienizáveis e com mecanismo de abertura sem o uso das mãos	70,7%	65,5%	80,3%	72,3%	69,3%	68,8%	65,2%	68,9%
13 - Os contentores não se encontram demasiado cheios	90,3%	89,1%	91,4%	89,5%	86,8%	81,9%	90,2%	86,0%
9 - PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS								
14 - A mesma seringa nunca é usada em mais do que um doente	99,2%	94,4%	100,0%	97,8%	96,8%	92,2%	96,6%	95,8%
15 - São usadas embalagens de dose única para medicação injetável, a não ser em casos excecionais	93,2%	95,6%	100,0%	94,4%	87,3%	95,8%	100,0%	90,0%
16 - As agulhas/seringas usadas nas embalagens de dose múltipla, são usadas apenas 1 só vez e estão estéreis	97,5%	96,5%	100,0%	97,6%	98,2%	98,1%	100,0%	98,3%
10 - EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE TRABALHO								
17 - OS PS sabem como agir se ocorrer acidente por exposição ao sangue/picada/corte/projeção para as mucosas	81,4%	79,2%	72,2%	79,7%	81,3%	75,1%	71,1%	79,3%

PADRÕES E CRITÉRIOS EM ANÁLISE	2015				2014			
	Hospitais	CSP	UCCI	Global 2015	Hospitais	CSP	UCCI	Global 2014
ESTRUTURAS E CONHECIMENTO SOBRE AS PBCI								
1 - A Norma das PBCI está disponível no Manual de Boas Práticas da Unidade de Saúde	94,4%	79,7%	93,1%	88,7%	81,5%	45,5%	79,4%	72,5%
1.2 - Os profissionais conhecem a Norma das PBCI	76,9%	77,2%	86,1%	75,2%	60,7%	43,1%	70,7%	57,1%
2.1 - Médicos	38,8%	46,4%	35,7%	41,3%	24,7%	19,3%	26,6%	23,5%
2.2 - Enfermeiros	83,5%	72,0%	84,7%	79,7%	64,4%	41,0%	78,8%	59,6%
2.3 - Outros Técnicos (ex: Radiologia, Laboratório, Medicina Física e Reabilitação)	57,1%	33,6%	63,3%	50,9%	29,2%	17,2%	64,4%	29,4%
2.4 - Assistentes Operacionais	79,7%	68,4%	79,2%	74,1%	60,4%	38,7%	81,3%	56,9%
2.5 - Funcionários de limpeza	59,6%	41,9%	63,9%	51,0%	30,7%	34,4%	69,7%	35,0%
2.6 - Outros profissionais e/ou voluntários	43,6%	35,5%	58,8%	42,7%	28,6%	18,9%	60,4%	28,8%
3 - Os objetivos de CI/RAM estão incluídos nos objetivos/metapas dos PS e no processo de avaliação de desempenho	73,5%	56,2%	70,3%	66,6%	71,5%	45,0%	81,1%	65,5%
4 - Existem afixados cartazes sobre a técnica da higienização das mãos em locais estratégicos	95,3%	93,5%	100,0%	94,4%	93,6%	74,9%	93,5%	89,1%
5 - Existem afixados protocolos de descontaminação dos materiais/equipamentos nos locais apropriados	72,2%	55,8%	83,3%	70,0%	63,0%	38,8%	60,4%	57,2%
6 - Existem afixados protocolos de higienização ambiental nos locais apropriados	71,6%	54,6%	73,2%	67,8%	64,0%	37,0%	65,9%	57,7%
1.1 - Os EPI disponíveis nos locais de prestação de cuidados são adequados aos procedimentos	97,0%	78,9%	98,6%	92,9%	94,9%	78,3%	98,9%	91,2%
1.2 - Os EPI disponíveis nos locais de prestação de cuidados são suficientes (não há rotura de fornecimento)	91,6%	75,5%	77,8%	87,5%	91,6%	67,3%	92,3%	85,7%
2 - O material/equipamento para a higienização das mãos é adequado (inclui o hidratante para mãos)	92,6%	71,3%	91,7%	88,4%	92,6%	62,3%	79,4%	84,3%
2.1 - O material/equipamento para a higienização das mãos está em boas condições de manutenção	94,2%	77,2%	95,8%	89,6%	92,8%	65,2%	96,7%	86,3%
3 - Os antissépticos e desinfetantes usados, são os recomendados pelos GCL-PPCIRA, Farmácia e Gestão de Risco	98,3%	85,4%	100,0%	96,1%	94,8%	83,6%	94,6%	92,2%
4 - Os contentores de recolha de roupa usada são adequados e em número suficiente	81,6%	59,9%	90,3%	79,6%	83,0%	55,2%	78,0%	77,1%
4.1 - Existe local de armazenamento para roupa usada, inacessível a crianças e animais, e de fácil limpeza	87,8%	76,4%	98,6%	86,6%	89,0%	69,7%	97,8%	85,7%
4.2 - Existe local adequado para o armazenamento da roupa limpa	94,6%	78,1%	100,0%	91,9%	93,5%	73,0%	98,9%	89,7%
5 - Os contentores de recolha de resíduos são adequados e em número suficiente	87,9%	74,2%	94,4%	85,0%	80,8%	75,5%	92,3%	80,3%
5.1 - Existe local de armazenamento para resíduos hospitalares, inacessível ao público e de fácil limpeza	87,4%	84,8%	97,2%	86,9%	87,4%	80,7%	95,5%	86,3%
5.2 O local de armazenamento de resíduos tem condições de acesso adequadas	89,1%	85,1%	95,8%	89,1%	89,4%	78,7%	93,2%	87,0%
5.3 - O local de armazenamento de resíduos é de fácil limpeza/higienização	87,6%	83,6%	97,2%	86,9%	88,8%	74,0%	96,6%	85,7%
6 - Existe um local de armazenagem do material, de modo a não estar exposto desnecessariamente	91,7%	91,0%	100,0%	92,6%	87,3%	89,3%	98,9%	88,6%
6.1 - O material/equipamento de uso único não é reutilizado	94,7%	93,5%	97,2%	93,7%	92,8%	83,5%	97,8%	90,9%
Índice Global de Qualidade do Processo	88,2%	73,2%	91,8%	86,6%	84,40%	73,2%	87,8%	82,2%
Índice Global de Qualidade das Estruturas	83,8%	59,6%	86,3%	80,9%	77,10%	59,6%	83,6%	73,4%

ANEXO II – FONTES BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS PARA A EXISTÊNCIA DAS UNIDADES DE SAÚDE EM PORTUGAL

Os dados sobre a existência das Unidades de Saúde foram obtidos nas seguintes fontes:

- Ministério da Saúde-ACSS: Publicação Periódica sobre o Número de Utentes Inscritos nos Cuidados de Saúde Primários. 2015
- Ministério da Saúde-ACSS: RELATÓRIO CANDIDATURAS E CONSTITUIÇÃO DE USF E UCC. Disponível online em:
http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/estat_nacional_2016_01_04_11_25_59.pdf.
- Unidades de Saúde Familiar: Associação Nacional. Disponível online em: <http://www.usf-an.pt/index.php/unidades>
- Ministério da Saúde-ACSS: Capacidade instalada, necessidades, tipologias e referenciação Cuidados Continuados Integrados em Portugal Continental. Abril 2014.
- Região A. da Madeira: Decreto Legislativo Regional n.º 35/2012/M que cria a Rede Regional de Cuidados Paliativos da RAM.
- Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados. Açores. Disponível online em:
<http://www.azores.gov.pt/Gra/Rede+Regional+de+Cuidados+Continuados+Integrados/menus/principal/Unidades+de+Internamento/>



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa - Portugal
Tel: +351 21 843 05 00
Fax: +351 21 843 05 30
E-mail: geral@dgs.pt