

Desafios em higiene e limpeza hospitalar

Cristiane Schmitt

Supervisora de enfermagem SCIH Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Vice presidente da APECIH

XVI Simpósio Estadual de Infecção Hospitalar
Desafios em Prevenção e Controle de IRAS: vale a pena discutir de novo
São Paulo, 15 de maio de 2019



APECIH

Sem conflito de interesse em relação ao
conteúdo desta apresentação

Serviço de higiene e limpeza

Função – garantir um ambiente seguro, acolhedor e “livre” de patógenos com vistas à prevenção IRAS e conforto de pacientes, visitantes, acompanhantes e trabalhadores.



Desafios

1. O hospital
2. Produção de evidências quanto à **importância** da higiene hospitalar
3. Fator humano
4. Cadeia de suprimentos e equipamentos
5. Perguntas com poucas respostas objetivas



Desafio 1

O Hospital

O hospital....

Organização matricial
Palco de avanços
sociais, arquitetônicos e
tecnológicos...



Simples!

O hospital....

Ambiente com alta demanda por tecnologia, qualidade, cuidado centrado no paciente....

Complexo!



#212204606



Resistência microbiana



APECIH

O hospital....



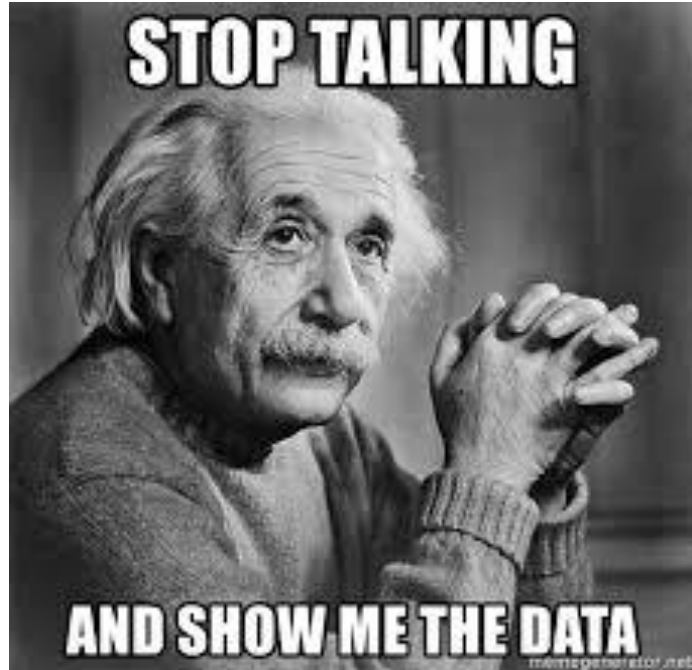
Estrutura desafiadora

- Ambiente complexo
- Diversidade de superfícies, ambientes e equipamentos
- Contaminação ambiental invisível à olho nu
- Tarefas compartilhadas entre as equipes (higiene, enfermagem, farmácia)
- Necessidade de realizar a limpeza na presença do paciente

Desafio 2

Produção de
evidências

Produção de evidências quanto à importância da higiene hospitalar



- Escassez de estudos de intervenção quanto à importância da higiene do ambiente de assistência à saúde
- Correlacionar contaminação ambiental com IRAS/transmissão de microrganismos é um desafio...



Confundidores - fatores relacionados ao paciente, práticas de higiene, práticas assistenciais, HM....

Heterogeneidade de **processos e produtos** entre as instituições e dentro delas.

Comparando laranjas com bananas

Mas algumas evidências existem....

Microrganismos contaminando superficies!

	Outbreak	Endemic				Site estimated mean§
	Rampling et al ^{27*}	Boyce et al ^{48*}	Sexton et al ^{51†}	Lemmen et al ^{50*‡}	French et al ^{64*}	
Floor	9%	50-55%	44-60%	24%	..	34.5%
Bed linen	..	38-54%	44%	34%	..	41%
Patient gown	..	40-53%	..	34%	..	40.5%
Overbed table	..	18-42%	64-67%	24%	..	40%
Blood pressure cuff	13%	25-33%	..	..	..	21%
Bed or siderails	5%	1-30%	44-60%	21%	43%	27%
Bathroom door handle	..	8-24%	..	12%¶	..	14%
Infusion pump button	13%	7-18%	..	30%	..	19%
Room door handle	11%	4-8%	..	23%	59%	21.5%
Furniture	11%	..	44-59%	19%	..	27%
Flat surfaces	7%	..	32-38%	..	..	21.4%
Sink taps or basin fitting	..	..	..	14%	33%	23.4%
Average quoted**	11%	27%	49%	25%	74%	37%

..=not reported. *Broth enrichment incorporated into sampling method. †Data includes vancomycin-resistant enterococcus (VRE) isolates from the environment of four VRE patients and 50 methicillin-resistant *S aureus* (MRSA) patients. ‡First 2 weeks of 4 weeks' data. §Mid-range value taken for estimated mean. ¶Described as "bathroom door handle". ††Additional study by Oie et al¹ reports overall 9% MRSA contamination on room door handles. **Mean proportion of environmental sites quoted from original studies and not calculated from the data above, since these data were incomplete.

Table: Proportions of environmental sites positive for MRSA in endemic and outbreak situations

Table 1 Examples of items/equipment with

Contaminated item/ equipment in ICU	Microorganisms	References
ECG leads	VRE	Falk et al. (2000) [4]
Blood pressure cuffs	Coagulase-negative staphylococci	Lestari et al. (2013) [40]
Ventilator (e.g., buttons, circuits)	<i>S. aureus</i> (MRSA)	Matsuo et al. (2013) [66]
Suction system switches	<i>S. aureus</i> / <i>P. aeruginosa</i>	Sui et al. (2012) [46]
Medical charts	<i>S. aureus</i> / <i>P. aeruginosa</i>	Sui et al. (2012) [46]
Portable radiograph equipment	Coagulase-negative staphylococci, <i>A. baumannii</i> , <i>K. pneumoniae</i>	Teng et al. (2009) [38]
Ultrasound machine	<i>S. aureus</i> (MRSA), VRE, <i>A. baumannii</i> , <i>K. pneumoniae</i> , <i>P. aeruginosa</i>	Levin et al. (2009) [12]
Bed rails	<i>S. aureus</i> (MRSA, MSSA), Coagulase-negative staphylococci, <i>P. aeruginosa</i> , <i>A. baumannii</i> , <i>Corinnebacterium spp.</i> , <i>Bacillus spp.</i>	Shokoohi et al. (2015) [20], Koibuchi et al. (2013) [57]
Stethoscopes	<i>A. baumannii</i>	Catalano et al. (1999) [67]
White coats/scrubs	<i>S. aureus</i> , <i>A. baumannii</i>	Whittington et al. (2009) [45]
Telephone/cell phones	<i>A. baumannii</i>	Munoz-Price et al. (2012) [68]
Computer keyboards	<i>A. baumannii</i>	Borer et al. (2005)
Handwashing sink	Coagulase-negative staphylococci, <i>S. aureus</i> , Non-fermenting Gram-negative bacteria	Ulger et al. (2009) [13]
	Coagulase-negative staphylococci, Non-fermenting Gram-negative bacteria	Rutala et al. (2006) [69]
	<i>Klebsiella spp.</i>	Roux et al. (2013) [70]

MRSA methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, MSSA methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus*, VRE vancomycin-resistant enterococci

Dancer S. Lancet Infect Dis 2008;8:101



Research article

Open Access

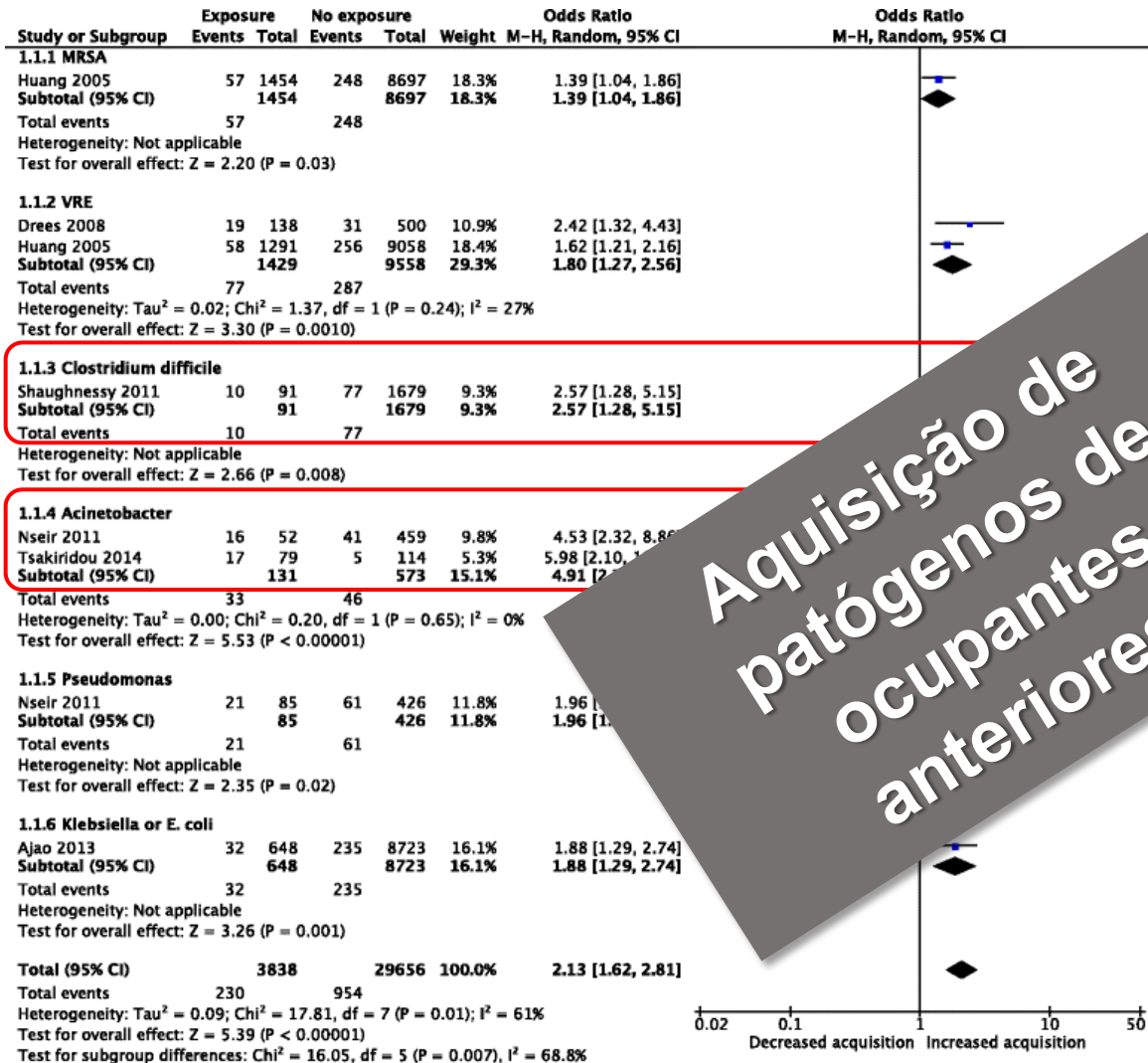
How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces?

A systematic review

Axel Kramer*¹, Ingeborg Schwebke² and Günter Kampf^{1,3}

Type of bacterium	Duration of persistence (range)
<i>Acinetobacter</i> spp	de 3 a 5 meses
<i>Bordetella pertussis</i>	3 – 5 days
<i>Campylobacter jejuni</i>	up to 6 days
<i>Clostridium difficile</i> (esporos)	5 a 5 meses
<i>Chlamydia pneumoniae</i> , <i>C. trachomatis</i>	≤ 30 hours
<i>Chlamydia psittaci</i>	15 days
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	7 days – 6 months
<i>Corynebacterium pseudotuberculosis</i>	1–8 days
<i>Escherichia coli</i>	1.5 hours – 1.6 months
<i>Enterococcus</i> spp (VRE ou VSE)	de 5 a 4 meses
<i>Haemophilus influenzae</i>	12 days
<i>Helicobacter pylori</i>	≤ 90 minutes
<i>Klebsiella</i> spp.	2 hours to > 30 months
<i>Listeria</i> spp.	1 day – months
<i>Mycobacterium bovis</i>	> 2 months
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	1 day – 4 months
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	1 – 3 days
<i>Proteus vulgaris</i>	1 – 2 days
<i>P. aeruginosa</i> inosa	6 horas a 16 meses; em local úmido até 5 semanas
<i>Salmonella typhi</i>	6 hours – 4 weeks
<i>Salmonella typhimurium</i>	10 days – 4.2 years
<i>Salmonella</i> spp.	1 day
<i>Serratia marcescens</i>	3 days – 2 months; on dry floor: 5 weeks
<i>Shigella</i> spp.	2 days – 5 months
<i>S. aureus</i>, incluindo MRSA	de 7 dias a 7 meses
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1 – 20 days
<i>Streptococcus pyogenes</i>	3 days – 6.5 months
<i>Vibrio cholerae</i>	1 – 7 days

Persistência no ambiente!



Aquisição de patógenos de ocupantes anteriores!

- Medline, Scopus e CINHALL - 6 estudos incluídos
- *Clostridium difficile*; **OR 2,57 (IC: 1,28-5,15).**
- *A. baumannii*; **OR 4,91 (IC: 2,79-8,64)**



Desafio 3

Recursos humanos

Recursos humanos

- Heterogeneidade quanto à educação formal, competências e habilidades da equipe
 - Não há descrição de perfil para vaga
 - Percepções distintas sobre a mesma tarefa
 - Abordagem diferente
- “*Turnover*” – ~50% em alguns hospitais americanos
 - Demora na reposição de férias, licença médica
 - Sobrecarga dos remanescentes e insatisfação
 - Licenças médicas
 - Absenteísmo



**Resultado igual
mas diferente**

**Impacto no
treinamento e no
resultado final**

Recursos humanos - Terceirização

The deleterious consequences of privatization and outsourcing for hospital support work: The experiences of contracted-out hospital cleaners and dietary aids in Vancouver, Canada

Daniyal M. Zuberi*, Melita B. Ptashnick

Department of Sociology, University of British Columbia, 6303 NW Marine Dr., Vancouver, BC, Canada V6T 1Z1

• Percepção dos profissionais

- Deterioração das condições de trabalho
- Experiências negativas
- Piora da qualidade do trabalho realizado
- **Falta de pessoal (emergências de limpeza + ausência de coberturas) – 61% sem tempo para concluir as tarefas**
- Aumento dos acidentes de trabalho
- Alto “*turnover*” (inclusive supervisão)
- Falta de treinamento/experiência hospitalar

- 70 profissionais (auxiliares de nutrição e SHL).
- Entrevistas abordando - renda, família, experiências de trabalho, treinamento, supervisão e



APECIH

Zuberi, Ptashnick, 2011.

Terceirização – o que é possível fazer?

A terceirização não deve ser fator determinante na qualidade do serviço prestado!

- Aspectos importantes
 - Monitoramento do absenteísmo e “*turnover*”.
 - Alocação de profissionais em áreas críticas e/ou com atividades muito específicas - apenas profissionais treinados devem estar na escala
 - Padronização e uso de saneantes
 - Metodologia e frequência e avaliação dos serviços

• Supervisão é determinante para a garantia da qualidade!

Recursos humanos – motivação e engajamento da equipe

Motivação e engajamento da equipe

Ofensores

- Salários baixos – impressão de que não são importantes ou valorizados
- Alta demanda física
- Tarefas repetitivas
- Ambiente hospitalar
- Recursos insuficientes (equipe, insumos e equipamentos)
- Condições de trabalho precárias (condições inseguras, invisibilidade, falta de material adequado para o trabalho).
- Desproporção entre tempo e volume de trabalho

*Dignity at Work for Low Wage,
Low Skill Service Workers*

PETER BERG
ANN C. FROST

15 hospitais 589 profissionais

- *Funcionários da limpeza escondiam suprimentos de limpeza à noite.*
- *Gerentes que se recusavam a consertar equipamentos ou abastecer suprimentos.*
- *“Como posso fazer um bom trabalho quando é com isso que tenho que trabalhar?”*

Salário ajuda, mas
não é tudo!

SALARIO EMOCIONAL



Motivação e engajamento da equipe

Promotores

- **Treinamento**
- Dimensionamento adequado
- Provisão adequada de recursos
- Não solicitar mais trabalho do que a equipe pode suportar.

Experiência HAOC

- Aniversariante do mês, fazendo a diferença (melhor ação de encantamento do mês), sorteio de folga para colaboradores sem ausência/atraso, promoção interna, conte sua história, reunião mensal com a gerência, destaque para melhor nota de higiene

Desafio 4

Cadeia de
suprimentos e
equipamentos

Cadeia de suprimentos e equipamentos

- Seleção - diversidade de insumos e equipamentos produtos
- Incorporação de novas tecnologias & custos
- Ausência de manutenção preventiva, equipamentos reserva, demora no retorno do equipamento.

Cadeia de suprimentos e equipamentos

- Suprimentos de má qualidade (sacos de lixo, mops, saneantes....)
 - Maior demanda da equipe
- Hospitais verticais – elevadores – compartilhamento entre pacientes e resíduos – quebras frequentes
 - Transporte de **roupa suja e resíduos** – fluxos e problemas estruturais (alta demanda de tempo)



Desafio 5

Perguntas com
poucas respostas
objetivas

Perguntas com poucas respostas objetivas

- Que tipo de luvas utilizar?
- Quem limpa o que?
- Qual o melhor método de auditoria de limpeza?

Que tipo de luvas utilizar?

Cleaning Standard



It is important to assess and select the most appropriate glove for the activity about to be performed. Selection of gloves should be based on a risk analysis of the type of setting, the task that is to be performed, likelihood of exposure to body fluids, length of use and amount of stress on the glove. The glove requirements identified in the safety data sheet (SDS) of any chemicals used for cleaning purposes must also be followed. In general, utility gloves are recommended when using chemical disinfectants.

- > disposable gloves must be discarded after use and not washed or re-used
- > reusable gloves (i.e. utility gloves) should be washed and stored dry in between use

Annexure

HOSPITAL INFECTION CONTROL MANUAL
FOR SMALL HEALTHCARE ORGANIZATIONS

National Accreditation Board for
Hospitals & Healthcare Providers
(NABH) – India

When cleaning patient rooms or contaminated areas at any time, washing laundry or instruments, collecting and disposing of trash, or using any type of cleaner (cleaning equipment), personnel must wear utility gloves and protective shoes. Wear a mask, rubber apron, and goggles if there are spills or when expecting anything to splash.

Que tipo de luvas utilizar?

It is important to assess and select the most appropriate glove to be worn for the activity about to be performed. Selection of gloves should be based on a risk analysis of the type of setting, the task that is to be performed, likelihood of exposure to body substances, length of use and amount of stress on the glove.²¹⁸ The glove requirements identified in the safety data sheet must be followed when using a chemical agent. In general:

- Disposable gloves may be used for routine daily cleaning and disinfecting procedures in client/patient/resident care areas and public washrooms.



Guide to Infection Prevention in Emergency Medical Services

Best Practices
Prevention
Health Care

April 2018

s compatible with the safety data sheet for the product(s) used are work of long duration when durability is required, for discharge/transfer t with certain chemical powders and solutions.

Utility gloves should be worn when cleaning equipment and when using disinfectants to protect the skin from damage and contamination.



About APIC
APIC's mission is to create a safer world through prevention of infectious diseases. APIC is an international association of more than 14,000 members dedicated to infection prevention in hospitals and other healthcare facilities. APIC advances its mission through patient safety, implementation science, competencies and certification, advocacy, and data standardization.



APECIH

Que tipo de luvas utilizar?

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA

Segurança do paciente em serviços de saúde:
limpeza e desinfecção de superfícies

10.4.1.1 Luvas de borracha

Devem ser utilizadas por todo profissional durante execução de procedimentos de limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde.

após o uso de luvas. Após a utilização, as luvas devem ser lavadas e desinfetadas.

	Prática assistencial	tipo de luva (estéril/não estéril, látex, borracha)	Racional teórico	Guias de recomendação	Nível de evidência nos guidelines*	Outras referências
n/a	Realizar atendimento de ressuscitação cardio-respiratória em situação de emergência em pronto socorro ou atendimento pré-hospitalar (traumas, etc)	não estéril, látex	Risco potencial de contato com sangue ou líquidos corporais	APIC. Association of Practioners of Infection Control. Guide to infection prevention in emergency medical services. APIC: Washington DC, 2013. p 51 ¹⁸ .	Não se aplica	não encontrado
b	Realizar limpeza de	não estéril, látex	Proteger as mãos dos	Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2010. p100 ²⁹	Não se aplica	APIC. Association of Practioners of Infection Control. Guide to infection prevention in emergency medical services. APIC: Washington DC, 2013. p 37. "utility gloves" ¹⁸

Que tipo de luvas utilizar?

- Gloves are a single-use item and should be changed after each use or upon completion of a task e.g. when changing your cloth to move on to the next task.
- Gloves must never be decontaminated, for example with soap and water or alcohol based hand rub.
- Gloves must be changed if a perforation or puncture is suspected or identified.
- Gloves must be changed after contact with cleaning chemicals which may compromise the barrier integrity of the glove.

To ensure no cross transmission of micro-organisms during the process of cleaning the environment, single use disposable gloves should be used. This is consistent with the evidence based advice within the National Infection Prevention and Control Manual.



SBAR: Use of gloves for environmental cleaning

Quem limpa o quê?

Cleanliness audit of clinical surfaces and equipment: who cleans what?☆

R.E. Anderson^a, V. Young^a, M. Stewart^b, C. Robertson^c, S.J. Dancer^{b,*}

^aDepartment of Surgery, Hairmyres Hospital, East Kilbride, Lanarkshire, UK

^bDepartment of Microbiology, Hairmyres Hospital, East Kilbride, Lanarkshire, UK

^cDepartment of Statistics & Modelling Science, University of Strathclyde, Glasgow, UK

- Monitoramento de 44 itens
- Frequência de toque/categoria profissional
- Responsabilidades pela limpeza e ATP (100 RLU)
- 21 itens limpos pela equipe de apoio clínico, 5 pela higiene, 3 por enfermeiros, 3 por médicos e 12 sem responsabilidade definida.

Table 1

Table to show clinical equipment, cleaning responsibilities, staff handling frequencies and levels of organic soil on a surgical ward

Ward item or surface	Material	Who cleans this?	Nurses and CSW ^a	Medic ^a	Physiotherapist ^a	Occupational therapist ^a	Hand-touch frequency ^a	ATP 1 ^b	ATP 2 ^b	ATP 3 ^b	ATP geometric mean ^b
Bed control	Synthetic	DS	+++	++	+	+	+++	32	106	160	82 ^c
Bed rails	Metal	DS	+++	++	+	+	+++	97	26	621	116
Blood glucose monitoring kit	Synthetic	CSW	+++	+	0	0	++	162	1294	435	450
Blood pressure cuff	Fabric	CSW	+++	+	0	0	+++	165	90	151	131
Clinical notes	Synthetic	None	+	+++	+	+	+++	153	146	95	129
Clipboard	Synthetic	Medic	0	+++	0	0	+++	327	247	188	248
Commode	Synthetic	CSW	+++	0	0	0	++	80	143	33	72 ^c
Defibrillator trolley	Synthetic	CSW	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Doctor's phone	Synthetic	Medic	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Drip stand	Metal	CSW	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Drug fridge	Metal	SN	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Drug trolley	Metal/synthetic	SN	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECG machine	Metal/synthetic	SN	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fans	Synthetic	CSW	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hand gel container	Synthetic	DS	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hoist	Fabric/synthetic	CSW	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hole-punch	Metal/synthetic	None	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Identification badges	Synthetic	None	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Keyboards and mice	Synthetic	CSW	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Light switches	Synthetic	DS	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lockers	Metal	CSW	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Notes trolley	Metal	None	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nursing notes	Synthetic	CSW	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Observation screen stand	Synthetic	CSW	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Observation screen	Metal/synthetic	CSW	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O ₂ wall mount	Metal/synthetic	CSW	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient console	Synthetic	CSW	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pens	Synthetic	None	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Physiotherapy aid	Synthetic	None	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pod button	Synthetic	None	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pod keypad	Synthetic	None	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pod lid	Metal	None	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saturation probe	Synthetic	CSW	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sitting scales	Metal/synthetic	CSW	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Standing scales	Metal/synthetic	CSW	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stapler	Metal	None	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stethoscope	Synthetic	Medic	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Syringe driver	Synthetic	CSW	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Table	Metal/synthetic	CSW	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tap	Metal	DS	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thermometer	Synthetic	CSW	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tourniquet	Fabric	None	+	+++	0	0	+++	309	534	273	356
Visiting time bell	Metal	None	++	0	0	0	+	652	302	301	390
Ward phone	Synthetic	CSW	+++	+++	+	+	+++	323	444	320	358

CSW, clinical support worker; DS, domestic staff; ECG, electrocardiogram.

^a Predominant user and hand-touch frequency: 0 (no contact > 3 h); + (one contact/3 h); ++ (one contact/h); +++ (multiple contacts/h).^b ATP results in relative light units (RLU).^c Signifies hygiene pass (< 100 RLU).





- 37/44 (84%) itens reprovados
- 24/27 (89%) itens reprovados (profissionais de saúde)
- 11/12 (92%) itens sem definição de responsável reprovados
- Não houve associação entre
 - RLU e tipo de material
 - RLU e frequência de toque
- Limpeza realizada pela equipe de higiene foi mais propensa a aprovação
- Cômodos e teclados – aprovados
- Importante definir responsáveis!



Responsabilidade pela limpeza: Quem? O que? Quando? Como?

Item	Responsável		Frequência		Produto	
	Concorrente	Terminal	Concorrente	Terminal	Concorrente	Terminal
Superfícies						
Porta	SHL	SHL	NA	Quinzenal	NA	Detergente neutro
Maçaneta	SHL	SHL	Diário	Quinzenal	Detergente neutro	Detergente desinfetante +
Paredes	SHL	SHL	NA	Quinzenal	NA	Detergente desinfetante +
Piso	SHL	SHL	Diário	Quinzenal	Detergente neutro	Detergente desinfetante +
Teto	SHL	SHL	NA	Quinzenal	NA	Detergente desinfetante +
Luminárias	SHL	SHL	NA	Quinzenal	NA	Detergente neutro
Saídas de ar condicionado	SHL	SHL	NA	Quinzenal	NA	Detergente neutro
Interruptor	SHL	SHL	Diário	Quinzenal	Detergente neutro	Detergente neutro
Campainha	SHL	SHL	Diário	Quinzenal	Detergente neutro	Detergente neutro
Painéis	Enfermagem	SHL	Diário	Quinzenal	<u>Biguanida</u>	Detergente neutro
Cadeira, sofá	SHL	SHL	Diário	Quinzenal	Detergente neutro	Detergente desinfetante +
Janelas, parapeito	SHL	SHL	Diário	Quinzenal	Detergente neutro	Detergente desinfetante +
Cama	Enfermagem	SHL	Diário	Quinzenal	<u>Biguanida</u>	Detergente desinfetante +
Grades da cama	Enfermagem	SHL	Diário	Quinzenal	<u>Biguanida</u>	Detergente desinfetante +
Colchão	Enfermagem	SHL	Diário	Quinzenal	<u>Biguanida</u>	Detergente desinfetante +

Responsabilidade pela limpeza: Quem? O que? Quando? Como?

	Teclado*	enfermagem	enfermagem	Não se aplica (se sujidade)	Diaría	surfasafe	surfasafe
	Leitor optico*	enfermagem	enfermagem	Não se aplica (se sujidade)	Diaría	surfasafe	surfasafe
	Mouse*	enfermagem	enfermagem	Não se aplica (se sujidade)	Diaría	surfasafe	surfasafe
	Mesa para instrumental (volante)	enfermagem	enfermagem	A cada procedimento	Diaría	surfasafe	surfasafe

**Experiência HAOC
No centro cirúrgico**



Qual o melhor método de auditoria de limpeza?



- **Pontual:** situações específicas (surto, baixa índice de satisfação, alteração de técnica ou produtos)
- **Contínuo:** atividade planejada e estruturada com foco na melhoria do processo

Qual o melhor método de auditoria de limpeza?

Qual o melhor método de monitoramento?

Não há consenso entre as diretrizes sobre qual método utilizar.

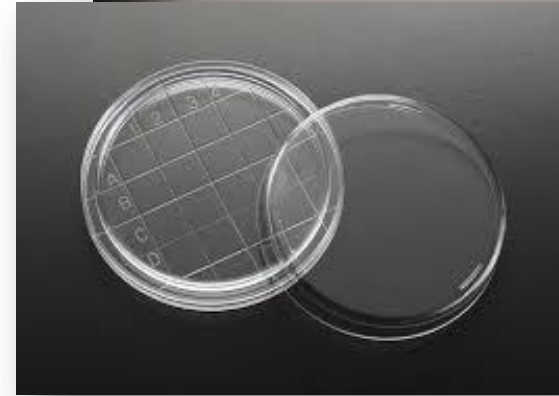
Como definir?

- Características da instituição e no objetivo da avaliação (investigação de surto? monitoramento contínuo?)
- Custo
- Facilidade e rapidez de aplicação
- Forma de feedback desejado (imediatos ou não)
- Objetividade do método (As medidas podem ser usadas como indicadores? É possível definir metas?)





Marcador reflexivo



Culturas microbiológicas



Testes ATP



Observação direta
Listas de verificação

Opções para o monitoramento

Método	Facilidade na aplicação da metodologia	Identifica patógenos	Análise resultado	Feedback	Custo	O que avalia	Cuidados extras na aplicação da metodologia
<u>Observação do processo</u>	Difícil padronização alta demanda de tempo	Não	Subjetiva	Imediato	Baixo	Processo de limpeza	Efeito Hawthorne
<u>Avaliação da limpeza</u>	Alta	Não	Subjetiva	Imediato	Baixo	Sujeira visível	
<u>Pesquisa de satisfação</u>	Alta	Não	Subjetiva	Longo prazo	Baixo	Sujeira visível	
<u>Marcador fluorescente</u>	Alta	Não	Objetiva	Imediato	Baixo	Processo de limpeza	Variar local de aplicação
<u>ATP</u>	Alta	Não	Objetiva	Imediato	Alto	Matéria orgânica	Padronizar técnica de coleta
<u>Cultura – (Swab ou placa de RODAC)⁸</u>	Alta	Sim	Objetiva	Longo prazo	Alto	Quantificação e discriminação de microrganismos presentes nas superfícies	Padronizar técnica de coleta com

Pontos importantes para o monitoramento da hiiidene

Classificação de risco para infecção [#]	Áreas envolvidas	Frequência da auditoria	Amostra de cada área*	Meta
Alto risco	UTI, unidades com pacientes de alta dependência, Salas cirúrgicas, RA, unidade de queimados, unidade de terapia renal/hemodiálise, Pronto atendimento, unidade de transplantes, hematologia, oncologia, salas de procedimentos invasivos	Mensal	50%	90%
Médio risco	Maternidade, morgue, CME, unidades de internação, farmácia, ambulatório, lavanderia (área suja) e consultórios em que há realização de procedimentos (oftalmologia, pediatria, odontologia, etc.)	Trimestral	50%	85%
Baixo risco	Lavanderia (área limpa), instituições ou setores de longa permanência, salas de procedimentos não invasivos, salas administrativas e de reuniões e áreas de suprimentos estéreis.	Anual	100%	85%

* Unidades em que a meta não for atingida são automaticamente incluídas na próxima auditoria, além de serem incluídas adicionalmente as unidades pré agendadas.

[#] Áreas em situação de surto são automaticamente classificadas como de alto risco.

Fonte: Cleaning Standards for Healthcare Facilities (Australia, 2014).

Feedback para a equipe!!!

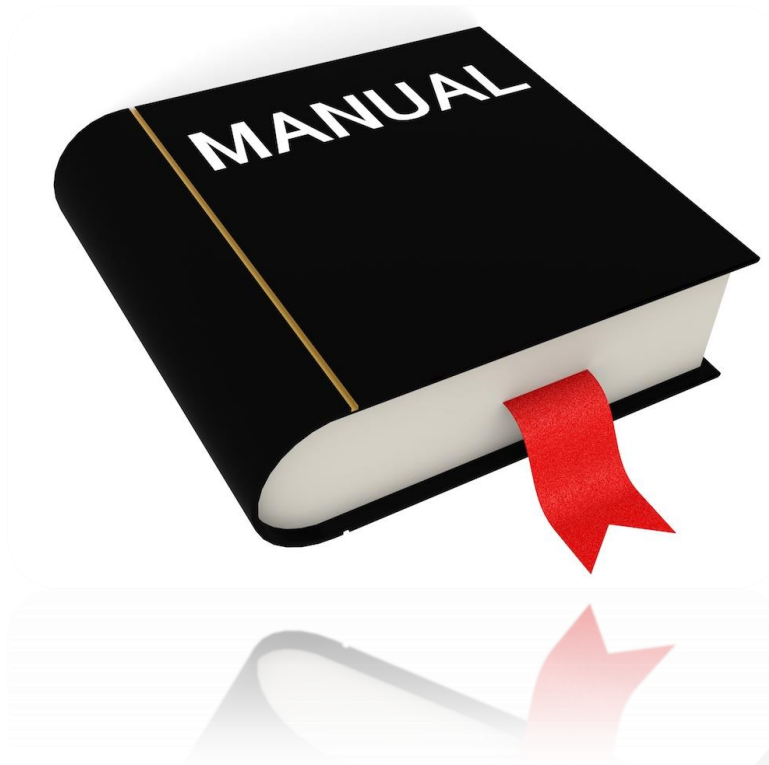


Iniciativas para o aprimoramento da higiene hospitalar no Estado de São Paulo

- Inquérito eletrônico enfocando estrutura e processos nos hospitais do Estado de São Paulo
 - Apresentação dos resultados em reuniões com SCIH e SHL dos hospitais do Estado de São Paulo e empresas prestadoras de serviços de higiene
 - Workshop abordando recursos humanos, insumos e equipamentos, rotinas básicas, avaliação de qualidade, capacitação e desenvolvimento

Iniciativas para o aprimoramento da higiene hospitalar no Estado de São Paulo

- Elaboração um manual para os SHL - higiene ambiental como medida adicional na prevenção da disseminação da resistência microbiana.
 - Público alvo: SCIH, CCIH, coordenadores de SHL, profissionais responsáveis por prestação de serviços terceirizados de SHL.
- Lançamento 11/06/2019.



Obrigada!!!!

