

## AUDITORIA DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR: BOA PRÁTICA PARA AVALIAR A ANTIBIOTICOPROFILAXIA NO TEMPO ADEQUADO ATRAVÉS DE FERRAMENTAS DE GESTÃO

*Audit of the hospital infection control service: good practice to evaluate antibioticoprofilaxia in advanced time through management tools*

Mariana Sanches de Mello<sup>1</sup>, Roberta Stancioli Marinho Costa<sup>2</sup>, Anatórcia Miranda Hoffmann<sup>3</sup>

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A antibioticoprofilaxia é recomendada para reduzir a carga bacteriana no momento da incisão cirúrgica e evitar a infecção do sítio cirúrgico. Garantir que essa medida seja realizada de forma padronizada é uma medida importante no controle de antibióticos em hospitais. **OBJETIVO:** Identificar as principais causas da não adesão ao protocolo de antibioticoprofilaxia no tempo adequado no Centro Cirúrgico de um Hospital Geral de Minas Gerais. **MÉTODOS:** Realizou-se um estudo transversal retrospectivo nos meses de junho a setembro de 2017. Foram avaliados os instrumentos de auditoria concorrente e retrospectiva criados para a sistematização da atividade de auditoria do serviço de controle de infecção hospitalar no centro cirúrgico. **RESULTADOS:** As principais causas encontradas para a não adesão ao protocolo foram: antibióticos realizados nas unidades assistenciais e horário da última dose não informado; profissionais médicos de clínicas específicas não realizaram o antibiótico no momento adequado; ausência de definição entre os médicos sobre a responsabilidade do antibiótico; e antibióticos administrados em intervalos inferiores ou superiores ao tempo recomendado. **CONCLUSÃO:** A auditoria configurou-se em uma ferramenta bastante eficaz para identificação das causas do problema levantado, além de uma forma mais fidedigna para a computação do indicador de porcentagem de pacientes que receberam antibiótico profilático 30 a 60 minutos antes da incisão. Este estudo impactou os processos de trabalho, principalmente, em relação ao controle de antimicrobianos profiláticos e na identificação de lacunas que precisavam ser melhor trabalhadas na instituição.

**Palavras-chave:** Auditoria de enfermagem. Antibioticoprofilaxia. Infecção hospitalar.

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Antibiotic prophylaxis is recommended to reduce bacterial load at the time of surgical incision and to avoid infection of the surgical site. Ensuring that this measure is performed in a standardized way is an important measure in the control of antibiotics in hospitals. **OBJECTIVE:** Identify the main causes of non-adherence to the protocol of antibiotic prophylaxis in the appropriate time in the Surgical Center of a General Hospital of Minas Gerais. **METHODS:** A cross-sectional retrospective study was carried out from June to September 2017. Concurrent and retrospective auditing instruments were used to systematize the auditory activity of the Hospital Infection Control Service at the Surgical Center. **RESULTS:** The main causes found for non-adherence to the protocol, are: antibiotics performed at the care units and unrecorded times of the last dose, clinic medical professionals are not successful unavailable and antibiotics administered at intervals shorter or longer than the recommended time. **CONCLUSION:** The audit consisted of a very efficient tool to identify the causes of the problem, as well as a more reliable way to compute the percentage indicator of patients who received prophylactic antibiotics 30 to 60 minutes before the incision. This study impacted the work processes, mainly in relation to the control of prophylactic antimicrobials and in the identification of gaps that needed to be better worked in the institution.

**Keywords:** Nursing audit. Antibiotic prophylaxis. Cross infection.

<sup>1</sup> Enfermeira especialista em Prevenção e Controle de Infecção e discente do curso de pós-graduação Auditoria em Saúde e Gestão da Qualidade da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – FCMMG, Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>2</sup> Docente do curso de pós-graduação Auditoria em Saúde e Gestão da Qualidade da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – FCMMG, Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>3</sup> Coordenadora e docente do curso de pós-graduação Auditoria em Saúde e Gestão da Qualidade da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – FCMMG, Belo Horizonte (MG), Brasil.

**Autor correspondente:** Mariana Sanches de Mello - Rua Bicas, 133, Sagrada Família, CEP: 31030-160, Belo Horizonte (MG) - Telefone: (31) 99110-2354 - E-mail: msdm\_2013@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são aquelas adquiridas durante a prestação de cuidados. Ou seja, são condições sistêmicas ou localizadas, resultantes de reações adversas à presença de agentes infecciosos ou de suas toxinas que não estavam presentes, ou ainda em período de incubação à admissão do indivíduo no ambiente assistencial<sup>1,2</sup>. A ocorrência de IRAS é um evento que merece atenção e acompanhamento, pois as infecções representam a principal complicação na assistência aos usuários, bem como constituem relevante causa de morbimortalidade e aumento dos custos com a prestação de serviços de saúde. Tais complicações comprometem a assistência e a segurança dos pacientes, tornando-se um grande problema de saúde pública<sup>3</sup>.

Para Jerusa e colaboradores, a Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) é uma IRAS que está diretamente relacionada a quebra do equilíbrio entre o sistema imunológico do hospedeiro e a concentração e virulência do agente etiológico<sup>4</sup>. As fontes para contaminação cirúrgica agrupam-se em três principais reservatórios (paciente, profissionais de saúde e ambiente), sendo a primeira classificada como fonte endógena e as duas últimas como exógenas<sup>4</sup>.

Estudo realizado nos Estados Unidos da América estimou a ocorrência de 150.000 a 300.000 ISC, que são responsáveis por 8.205 óbitos anuais. Estas infecções foram consideradas as IRAS mais comuns e as de maior custo, sendo que 60% são passíveis de prevenção a partir da adoção de medidas sugeridas pelos protocolos da área<sup>5,6</sup>. No Brasil, as ISC estão em terceiro lugar dentre o conjunto das IRAS, encontradas em, aproximadamente, 14% a 16% dos pacientes hospitalizados<sup>6</sup>. Além dos prejuízos físicos, psicológicos e financeiros aos pacientes acometidos, as ISC podem prolongar a estadia do paciente no hospital, aumentar as chances de readmissão hospitalar e de reabordagem cirúrgica<sup>6,7</sup>.

A ISC é um agravo multifatorial. Diante disso, diversas medidas profiláticas devem ser implementadas, acompanhadas e observadas antes, durante e após o procedimento cirúrgico pela equipe multidisciplinar, para reduzir as taxas desta infecção e a quantidade de patógenos no campo cirúrgico<sup>6,8</sup>.

Dentre as medidas de prevenção pré e transoperatória, destaca-se a antibioticoprofilaxia, que deve ser utilizada com o objetivo de reduzir a carga bacteriana no momento da incisão cirúrgica, evitando que as ISC causem complicações catastróficas aos pacientes<sup>4,6,9</sup>. A antibioticoprofilaxia é o uso do antibiótico (ATB) profilático na ausência de um processo infeccioso estabelecido<sup>10</sup>. Para ser eficaz, deve garantir que uma concentração adequada de agente antimicrobiano esteja presente no sangue, nos tecidos e na ferida cirúrgica durante todo o tempo em que a incisão estiver aberta e em risco de contaminação bacteriana<sup>6,11</sup>. Quando o

ATB não é administrado no tempo adequado, perde sua função e expõe o paciente ao risco de infecção por bactéria multirresistente, comprometendo sua segurança<sup>4,6,10</sup>.

Já é consagrado na literatura que a antibioticoprofilaxia é uma recomendação básica que deve ser seguida por todos os serviços de saúde para a prevenção de infecções cirúrgicas. Portanto, garantir que essa medida seja realizada de forma padronizada é uma das medidas mais importantes no controle de antibióticos em hospitais<sup>12,13,14</sup>.

Vale ressaltar, ainda, que as diretrizes nacionais e internacionais recomendam um trabalho em conjunto entre a equipe cirúrgica e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), com o intuito de consolidar e incentivar a adoção das boas práticas de utilização de profilaxia antimicrobiana<sup>12,13</sup>.

A adesão às diretrizes é capaz de alcançar significativas melhorias no uso de antibióticos, elevando a qualidade da assistência e reduzindo a seleção de microrganismos multirresistentes<sup>15,16,17</sup>. Estudos apontam que o uso adequado de antibiótico profilático no trans-operatório pode reduzir a taxa de ISC em até 50%<sup>17,18</sup>. Mencionam que o uso de ATB profilático após a incisão está relacionado ao aparecimento de infecções, e relatam sucesso na intervenção da antibioticoprofilaxia cirúrgica, por meio de discussões com preceptores, além de medidas administrativas e educacionais com os profissionais diretamente envolvidos na atividade<sup>12,13,17</sup>.

Diante disso, torna-se extremamente relevante a auditoria do SCIH em parceria com o Centro Cirúrgico (CC) no acompanhamento da administração do ATB profilático no tempo adequado para contribuir com a redução das taxas de ISC.

Uma medida administrativa que deve ser implementada para avaliar a adesão ao tempo de administração do ATB profilático no CC é a auditoria. De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), a auditoria é um processo sistemático e independente que permite um exame analítico ou pericial de determinado requisito. Tal exame permite o levantamento, o estudo e a determinação da extensão na qual o critério é atendido em uma instituição ou setor<sup>19</sup>.

Na área de auditoria de qualidade, sob a perspectiva do SCIH, o Enfermeiro tem a oportunidade de identificar inadequações no processo de trabalho assistencial, as quais demonstram falhas na qualidade, na segurança, no cumprimento de requisitos legais e recomendações. Essas falhas podem gerar gastos, trabalhos e eventos indesejados, além da utilização inapropriada de recursos (materiais e medicamentos), dentre outros inconvenientes<sup>20</sup>.

Com a visão do Enfermeiro auditor do SCIH voltada à avaliação da qualidade do serviço prestado, prevenção

e controle de infecções, buscou-se responder ao seguinte questionamento: quais as principais causas para a não adesão ao uso de antibiótico profilático 30 a 60 minutos antes da incisão cirúrgica?

## MÉTODO

### Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo transversal retrospectivo no período de junho a setembro de 2017, com o objetivo de identificar as principais causas da não adesão ao protocolo de antibioticoprofilaxia no tempo adequado no Centro Cirúrgico (CC) de um Hospital Geral de Minas Gerais.

### Local do estudo

Tratou-se de uma instituição que atende a população conveniada da cidade de Belo Horizonte e Região Metropolitana. Nela, são realizadas, em média, 400 cirurgias ao mês, incluindo cirurgia geral, vascular, ortopédica, otorrinolaringológica, urológica, coloproctológica, ginecológica, mamária, plástica e torácica.

### Procedimentos

O processo de auditoria da qualidade que foi implementado no CC, caracterizou-se por uma auditoria operacional de primeira parte, onde os membros da própria organização auditaram a instituição.

Foram utilizadas duas modalidades de auditoria, a auditoria operacional concorrente, quando foi realizada a análise pericial que coexistia com o evento em que o cliente estava envolvido e auditoria operacional retrospectiva, quando ocorreu a análise pericial dos procedimentos realizados<sup>19</sup>.

As duas auditorias tiveram foco nas diretrizes de prevenção e controle de infecção, entre elas a administração de antibiótico profilático no tempo recomendado (30 a 60 minutos antes da incisão), e foram conduzidas pela Enfermeira e acadêmica de Enfermagem do SCIH do hospital.

### Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no mês de abril de 2019, foram avaliados os instrumentos de auditoria concorrente e retrospectiva coletados, referentes ao mês de julho de 2017, obtidas no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

A pesquisa foi realizada utilizando-se dados secundários, sem envolvimento de seres humanos, tendo sido aprovada pela diretoria do hospital onde foi realizada, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (Parecer nº 3.235.964).

### Amostra

A amostra foi composta pelos instrumentos de auditoria retrospectiva realizados em 345 prontuários

auditados pelo SCIH e por um instrumento de auditoria concorrente, definido pela instituição.

### Instrumentos

Para a coleta de dados a partir dos instrumentos de auditoria concorrente e retrospectiva, foi criado um instrumento com as seguintes variáveis (data do procedimento, atendimento do paciente, procedimento realizado, clínica, prescrição de antibiótico profilático, nome do antibiótico prescrito, intervalo de tempo entre a administração do antibiótico e a incisão cirúrgica, cirurgião e anestesista responsáveis).

### Análise estatística

Os dados coletados foram analisados no *Microsoft Excel* 2013. Utilizou-se estatística descritiva e a construção do diagrama de causa e efeito a partir dos resultados encontrados nos instrumentos de auditoria concorrente e retrospectiva para identificação das principais causas.

## RESULTADOS

Na auditoria concorrente, a equipe auditora acompanhou um procedimento cirúrgico dentro da sala de cirurgia. No mês de julho, por definição do serviço, a clínica cirúrgica acompanhada foi a Geral. A partir da análise das informações pertinentes ao uso de ATB profilático, pôde-se observar que ele não foi administrado entre 30 a 60 minutos antes da incisão. De acordo com o instrumento, o medicamento foi realizado 25 minutos antes do início do procedimento.

Comparando as informações obtidas do mesmo procedimento em ambas as auditorias, observou-se que na auditoria retrospectiva o ATB profilático não pôde ser avaliado, pois não havia sido registrado no prontuário o horário da incisão cirúrgica. Neste sentido, a auditoria concorrente mostrou-se bastante eficaz, pois forneceu informações para melhor análise do processo.

Na auditoria retrospectiva, foi estabelecido que a equipe auditora realizasse a verificação dos prontuários. No período do estudo, 380 pacientes realizaram procedimentos no CC, destes 345 (90,78%) foram auditados pelos profissionais do SCIH, 34 (8,90%) não estavam acessíveis no CC, e 1 (0,32%) o instrumento de auditoria não foi preenchido.

Dos 345 instrumentos de auditoria retrospectiva avaliados, 203 (58,84%) realizaram procedimento nos quais foram utilizados antibióticos profiláticos, 142 (41,16%) realizaram procedimentos nos quais não foram utilizados ATB profiláticos, conforme Tabela 1

Após a análise dos dados, verificou-se que dos 203 procedimentos que utilizaram o ATB profilático, apenas 89 (43,84%) foram administrados no intervalo adequado (30 a 60 minutos antes do procedimento). Ou seja, 114 (56,16%) procedimentos realizados apresentaram inconformidades Tabela 2.

**Tabela 1** – Distribuição de frequência dos procedimentos cirúrgicos com uso de ATB profilático e sem uso de ATB profilático em um Hospital Geral de Belo Horizonte, julho de 2017

Procedimentos realizados no CC	Frequência	
	Absoluta	Relativa
Com uso de ATB profilático	203	58,84%
Sem uso de ATB profilático	142	41,16%
<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>100%</b>

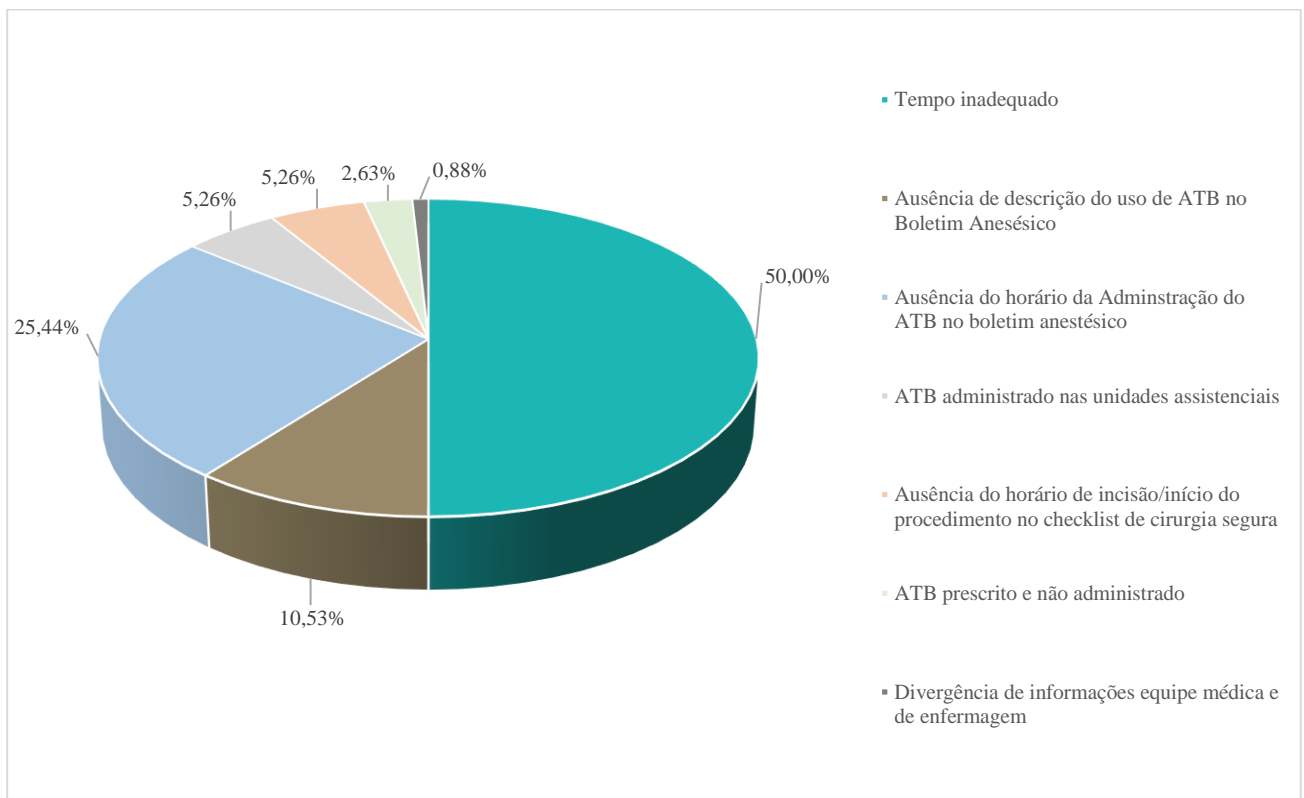
**Tabela 2** – Distribuição de frequência de ATB profilático administrados no CC de um Hospital Geral de Belo Horizonte, julho de 2017.

Procedimentos com uso de ATB profilático	Frequência	
	Absoluta	Relativa
Inconformidades relacionadas ao tempo de administração do ATB profilático	114	56,16%
ATB profilático administrado no tempo adequado	89	43,84%
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100%</b>

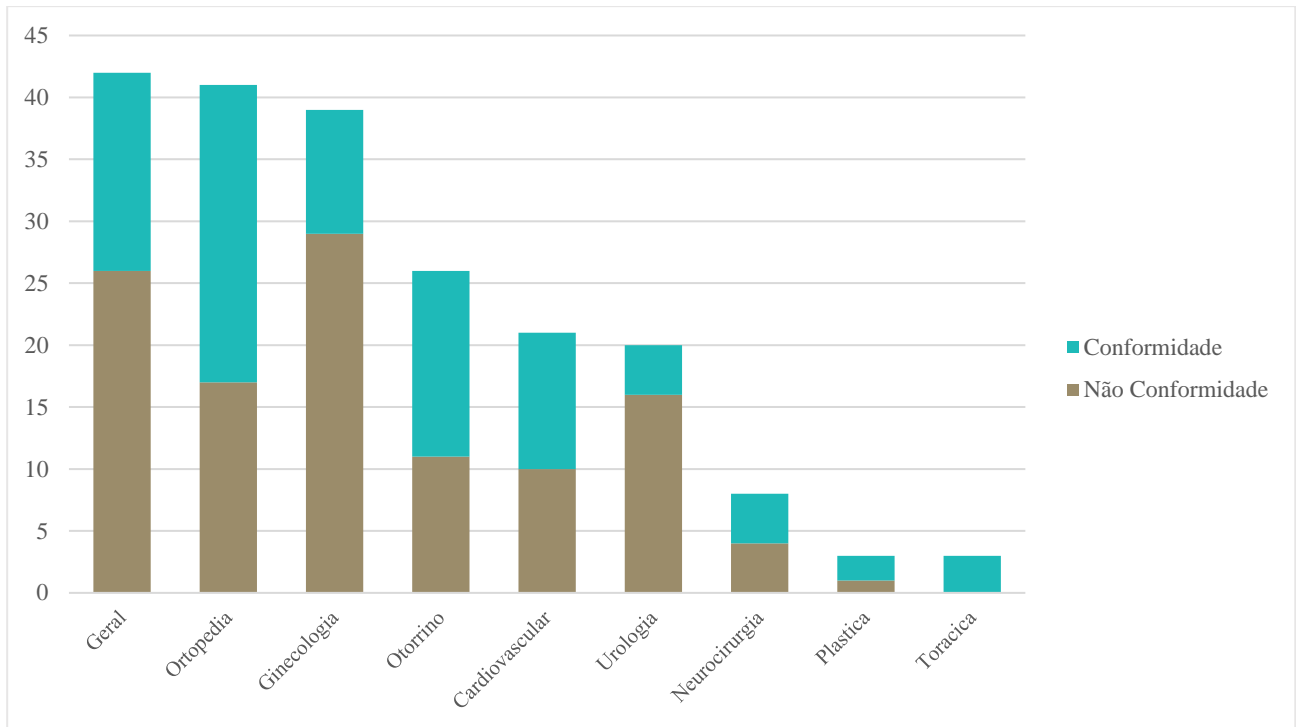
Dos 114 procedimentos realizados com inconformidades relacionadas ao tempo de administração do ATB profilático, evidenciou-se 57 (50,00%) ATB realizados no tempo inadequado (antes do intervalo recomendado, após o intervalo recomendado, no momento da incisão), 12 (10,53%) boletins anestésicos sem a descrição do uso de ATB profilático pelo médico anestesista, 29 (25,44%) boletins anestésicos sem o horário de administração do ATB profilático descrito pelo médico anestesista, 06

(5,26%) relatos de que o ATB profilático havia sido administrado nas unidades assistências (Pronto atendimento, Centro de Terapia Intensiva e Unidade de Internação - PA/CTI/UI), não sendo registrado o horário da última dose administrada. Em 06 (5,26%), não foi evidenciado o horário de incisão/início do procedimento no *checklist* de cirurgia segura. Em 03 (2,63%) foram evidenciados a prescrição do ATB profilático e não foi evidenciado relato da equipe médica e de enfermagem sobre o uso e 01 (0,88%) apresentou divergência de informações registradas no *checklist* de cirurgia segura pela equipe de enfermagem e no boletim anestésico pela equipe médica. (Figura 1).

As 114 não conformidades relacionadas ao tempo de administração do ATB profilático foram divididas de acordo com a clínica cirúrgica descrita no instrumento de auditoria. No mês de julho foram realizados 21 procedimentos da clínica Cardiovascular nos quais 10 (48,61%) estavam não conformes; 42 da Geral, nos quais 26 (61,90%) estavam não conformes; 39 da Ginecologia, nos quais 29 (74,35%) estavam não conformes; 8 da Neurocirurgia, nos quais 4 (50,00%) estavam não conformes; 41 da Ortopedia, nos quais 17 (41,46%) estavam não conformes; 26 da Otorrino, nos quais 11 (42,30%) estavam não conformes; 3 da Plástica, nos quais 01 (33,33%) estava não conforme; 3 da Torácica, nos quais não foram evidenciadas não conformidades; e 20 da Urologia, nos quais 16 (80,00%) não estavam conformes. (Figura 2).



**Figura 1** – Principais causas identificadas pela auditoria retrospectiva do SCIH da não adesão ao uso de ATB profilático 30 a 60 minutos antes da incisão



**Figura 2** – Número de não conformidades na administração do ATB profilático no tempo adequado relacionadas ao número de procedimentos realizados com uso de ATB profilático separados por clínica cirúrgica em um Hospital Geral de Belo Horizonte, julho 2017

Considerando o número de procedimentos em que foram utilizados ATB profiláticos e o número de não conformidades relacionadas à clínica Cirúrgica, evidenciou-se que a clínica que menos aderiu à rotina de administração do ATB profilático no intervalo de 30 a 60 minutos antes da incisão/início do procedimento foi a Urologia, com 80,00% de não conformidades.

Em seguida estão as clínicas: Ginecologia, com 74,35% de não conformidades; Geral, com 61,90% de não conformidades; Neurocirurgia, com 50,00% de não conformidades; Cardiovascular, com 48,61% de não conformidades; Otorrinolaringologia, com 42,30% de não conformidades; Ortopedia, com 41,46% de não conformidades; e Plástica, com 33,33% de não conformidades. A única clínica que obteve 100% de adesão ao protocolo de administração de ATB profilático foi a Torácica.

Realizou-se também o levantamento da incidência dos profissionais médicos (cirurgiões e anestesistas) responsáveis pelos procedimentos da clínica com maior número de não conformidades (urologia), correlacionando-os ao não cumprimento do protocolo de administração do ATB profilático do tempo adequado.

Observou-se que dos 16 procedimentos da Urologia em que o ATB não foi realizado no tempo adequado ou que faltaram informações sobre o uso do ATB, 7 (43,75%) deles estavam relacionados a um cirurgião específico (Tabela 3). Considerando-se apenas os anestesistas, verificou-se que 6 (37,50%) estavam relacionados a dois profissionais específicos. (Tabela 4).

A partir da análise dos instrumentos de auditoria concorrente e retrospectiva e suas limitações, foi possível identificar algumas das principais causas da não administração do ATB profilático no tempo adequado, conforme Figura 3.

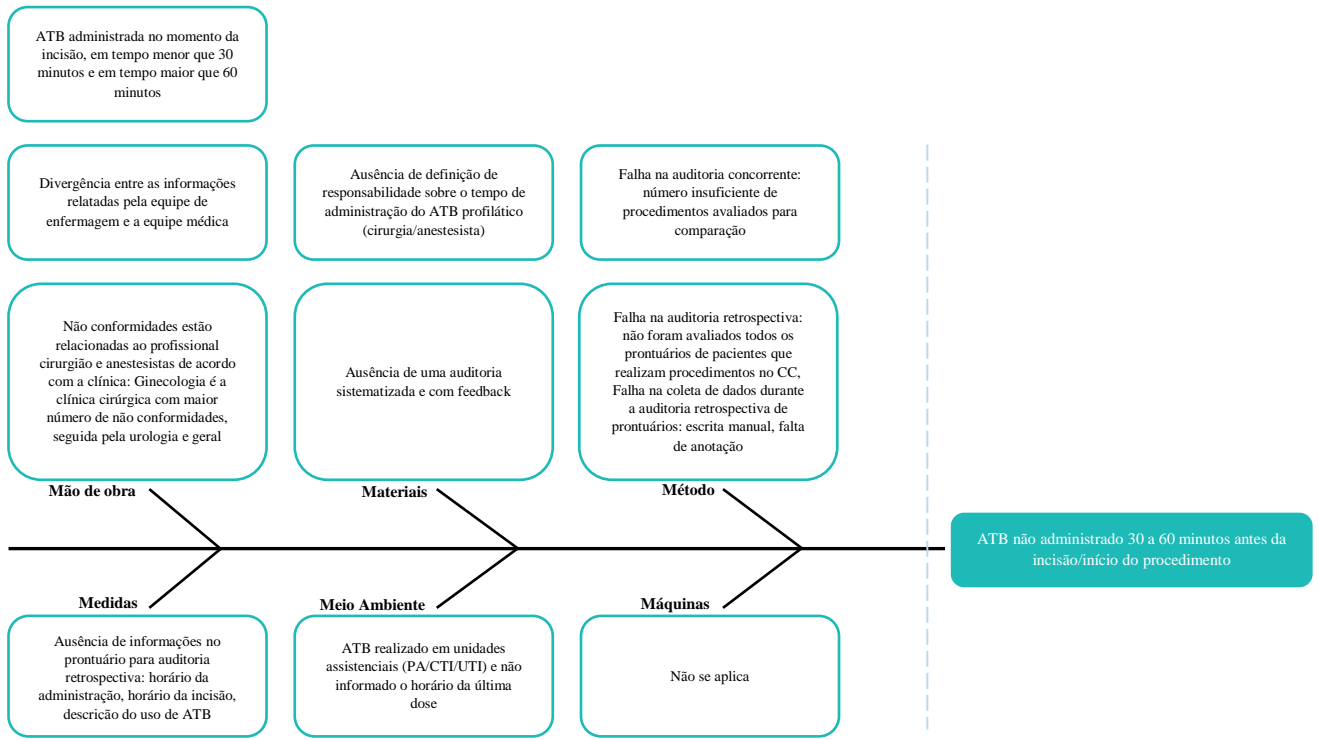
**Tabela 3** – Distribuição de frequência de não conformidades relacionadas à administração de ATB profilático dos cirurgiões da clínica da urologia em um Hospital Geral de BH, julho 2017

Cirurgiões da clínica da ginecologia	Frequência	
	Absoluta	Relativa
Cirurgião 1	2	12,50%
Cirurgião 2	3	18,75%
Cirurgião 3	4	25,00%
Cirurgião 4	7	43,75%
Total	16	100%

**Tabela 4** – Distribuição de frequência de não conformidades relacionadas à administração de ATB profilático dos anestesistas envolvidos em procedimentos da clínica da urologia em um Hospital Geral de BH, julho 2017

Anestesistas envolvidos nos procedimentos cirúrgicos da ginecologia	Frequência	
	Absoluta	Relativa
Anestesista 1	2	12,50%
Anestesista 2	2	12,50%
Anestesista 3	1	6,25%
Anestesista 4	1	6,25%
Anestesista 5	2	12,50%
Anestesista 6	3	18,75%
Anestesista 7	3	18,75%
Anestesista 8	2	12,50%
Total	16	100%

Auditoria do serviço de controle de infecção hospitalar: boa prática para avaliar a antibioticoprofilaxia no tempo adequado através de ferramentas de gestão



**Método** – Quanto a forma de trabalho influenciou no problema?

**Máquina** – Houve problemas com máquinas e equipamentos em geral?

**Medida** – Será que as métricas que usamos para medir o trabalho estão adequadas? Cabem aqui também as metas que foram postas.

**Meio ambiente** – Houve alguma influência do meio ambiente na ocorrência do problema?

**Material** – Será que o material utilizado pode ter influenciado no trabalho? Tinha boa qualidade?

**Mão de obra** – Registra-se aqui se houve dificuldade por parte das pessoas (mão- de-obra), se falta treinamento, se a atitude está adequada, se houve falta de experiência etc.

**Figura 3** – Principais causas raízes para não administração do ATB profilático entre 30 a 60 minutos antes da incisão/início do procedimento cirúrgico em um Hospital Geral de Belo Horizonte, julho 2017.

## DISCUSSÃO

A auditoria concorrente foi uma ferramenta que permitiu a checagem do requisito de administração de antibiótico profilático no momento em que ele foi realizado. Este fato corrobora com o que é descrito na literatura, pois nesta modalidade de auditoria, o auditor atua junto aos profissionais da assistência, verificando os processos em tempo real, o que colabora com o trabalho da auditoria interna da instituição e com a revisão de contas<sup>21,22</sup>.

A partir do registro de auditoria concorrente, foi possível verificar que o requisito não foi cumprido, pois os profissionais envolvidos não aguardaram o tempo recomendado entre a ação do ATB e o início do procedimento. Apesar de neste estudo a auditoria concorrente não ter sido utilizada como uma ferramenta corretiva, ela cumpriu objetivo de constatar irregularidades e transmitir informações seguras. Estudos apontam que esta modalidade facilita o processo de auditoria, pois permite intervenções que favoreçam o cumprimento de processos<sup>23,24</sup>.

Apenas uma auditoria concorrente foi realizada no mês de julho. Dessa forma, não foi possível estabelecer significância estatística para a eficácia e efetividade da auditoria concorrente em identificar as possíveis causas da não adesão ao protocolo de administração de ATB

profilático. Portanto, em uma auditoria concorrente é necessário a definição de uma amostra representativa e significativa para propiciar reprodutibilidade e geração de dados com possibilidade comparativa<sup>21</sup>.

A auditoria retrospectiva foi a modalidade mais eficaz para identificação das causas da não adesão do protocolo de ATB profilático e da porcentagem de adesão ao protocolo no que tange a administração no tempo adequado. Evidenciou-se que o ATB profilático não foi realizado dentro de 30 a 60 minutos antes da incisão em 56,16% dos procedimentos. Estudo brasileiro realizado no Paraná identificou resultados semelhantes, constatando que esta prática descumpra as recomendações vigentes, afetando sua eficácia em prevenir infecção de sítio cirúrgico e compromete a segurança do paciente<sup>25</sup>.

As principais causas encontradas para a não adesão ao protocolo foram: antibióticos realizados nas unidades assistenciais e horário da última dose não informado; profissionais médicos de clínicas específicas não realizam o antibiótico no momento adequado; ausência de definição entre os médicos sobre a responsabilidade do antibiótico; e antibióticos administrados em intervalos inferiores ou superiores ao tempo recomendado. Tais causas corroboram com os achados de estudo no que tange a falhas nas anotações sobre

cuidados de pacientes e registros de dados importantes em prontuários<sup>25, 26</sup>.

Os resultados encontrados possibilitaram, também, a identificação de algumas das dificuldades para não adesão ao protocolo de ATB profilático 30 a 60 minutos antes da incisão como, por exemplo: ausência da informação sobre o horário da administração do ATB nas áreas assistenciais. Entretanto, verifica-se a necessidade de um trabalho mais direcionado, com foco neste objetivo, que se considere o relato dos colaboradores envolvidos no processo e outras metodologias de avaliação.

## CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados, verificou-se que a auditoria foi uma ferramenta bastante eficaz para identificação das causas do problema levantado, além de uma forma mais fidedigna para a computação do indicador de porcentagem de pacientes que receberam ATB profilático 30 a 60 minutos antes da incisão.

Uma das proposições deste estudo foi a sistematização da auditoria do SCIH no CC como uma boa prática para avaliar a adesão ao protocolo de administração de ATB profilático no tempo adequado e identificar as causas da não adesão. Isto foi comprovado nos resultados, demonstrando que a auditoria de qualidade pode e deve ser incorporada a prática dos profissionais em suas diversas áreas de atuação. Através da auditoria de qualidade é possível identificar as falhas que devem ser trabalhadas no processo e promover a melhoria contínua.

A auditoria concorrente foi uma boa ferramenta para avaliar a adesão ao protocolo de administração de ATB profilático no tempo adequado por uma clínica específica e por determinados profissionais. Porém, poderia ter sido utilizada como uma ferramenta de correção, pois após a identificação de que o procedimento iniciaria sem o tempo recomendado ter sido aguardado, a auditora poderia ter tido a autonomia para recomendar que se aguardasse o tempo antes de prosseguir com o procedimento. Isto evidencia a complexidade que envolve o processo de auditoria e a necessidade de orientação da equipe auditoria com relação aos papéis e responsabilidades.

Através da auditoria retrospectiva, também, foi possível identificar as clínicas com maior número de não conformidades relacionadas ao tempo de administração, os profissionais mais incidentes e a ausência de definição de responsabilidades sobre a administração do ATB profilático. Isto retrata a necessidade de ações corretivas direcionadas, sugerindo-se a realização de treinamentos e capacitações profissionais que ressaltem a importância dessas medidas na prática do cotidiano, bem como a monitorização de seu emprego, a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada visando à segurança do paciente cirúrgico.

Este estudo impactou os processos de trabalho relacionados ao controle de antimicrobianos profiláticos e possibilitou a identificação de lacunas. Demonstrou que a atuação em parceria, com um objetivo bem definido, utilizando metodologias de gestão de qualidade, contribuiu significativamente para a melhoria contínua dos processos assistenciais, melhorias nas diretrizes relacionadas ao uso de antimicrobianos na instituição e capacitação de profissionais para utilização da ferramenta de auditoria.

## REFERÊNCIAS

1. Cdc. Center for Disease Control. National Healthcare Safety Network (NHSN) Patient Safety Component Manual, 2018, 1-321.
2. Cdc. Centers for Disease Control and prevention. The National Healthcare Safety Network. Manual: Surgical Site Infection Event: Procedure-associated Module SSI. Atlanta, 2015, 27p.
3. Martins MA, Rezende E.M. O processo educativo no controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. In: Armond G. Epidemiologia, prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. 1. Ed. Belo Horizonte: Associação Mineira de Epidemiologia e Controle de Infecções. Editora Coopmed; 2013. p.11-21.
4. Laloto TL, Gameda DK, Abdella SH. Incidence and predictors of surgical site infection in Ethiopia: prospective cohort. BMC Infectious Diseases, 2017, 17:119.
5. Mu Y, Edwards JR, Horan TC, Berríos-Torres SI, Fridkin SK. Improving risk-adjusted measures of surgical site infection for the National Healthcare Safety Network. Infect Control Hosp Epidemiol 2011;32(10):970-986.
6. Anvisa. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. 2ª Edição, Brasil, 2017, 199p.
7. Plowman R, Graves N, Griffin M. The socio-economic burden of hospital acquired infection. Eroupe's journal on infectious disease epidemiology, prevention and control 2000; 5(4):16.
8. Hall C, Allen J, Barlow G. Antibiotic prophylaxis. Surgery 2012; 30(12):651-658.
9. Cdc. Centers for Disease Control and prevention. Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection 2017; 52(8):784-791.
10. Holmes AH, Moore LS, Sundsfjord A, et al. Understanding the mechanisms and drivers of antimicrobial resistance. Lancet. 2016;387:176-87.
11. Bratzler DW, Houck PM. Antimicrobial prophylaxis for surgery: an advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project. The American Journal of Surgery 2005 189:395-404.
12. Zanotto AR, Heineck I, Ferreira MB. Antibiotic prophylaxis in cholecystectomies in a teaching hospital in Brazil. Annals of Pharmacotherapy 2003; 40(11):2003-2007.
13. Fonseca SN, Sofia MH, Quintana S, Nogueira Fdos S, Levin AS. Successful control program to implement the appropriate antibiotic prophylaxis for cesarean section. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo 2008; 50(2):79-82.
14. Who. World Health Organization: Worldwide country situation analysis: response to antimicrobial resistance. 2015, 42p.
15. Gyssens IC, Geerligs IE, Dony JM, van der Vliet JA, van Kampen A, van den Broek PJ, et al. Optimising antimicrobial drug use in surgery: an intervention study in a Dutch university hospital. Journal of Antimicrobial Chemotherapy 1996 38(6):1001-1012.
16. Pestotnik SL, Classen DC, Evans RS, Burke JP. Implementing antibiotic practice guidelines through computer-assisted decision support: clinical and financial outcomes. Ann Intern Med 1996; 15(124):884-890.
17. Who. World Health Organization: Global Guidelines for the prevention of Surgical site infection. 2016, 84p.
18. Liang B, Dai M, Zou Z. Safety and efficacy of antibiotic prophylaxis in patients undergoing elective laparoscopic

Auditoria do serviço de controle de infecção hospitalar: boa prática para avaliar a antibioticoprofilaxia no tempo adequado através de ferramentas de gestão

- cholecystectomy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2016; 31:921–928.
19. Abnt. Associação brasileira de normas técnicas. NBR ISO 9001: 2015, 32p.
  20. Ghizoni MW, Vunha KP, Giustina KPD. Atuação do enfermeiro que pratica auditoria hospitalar em um hospital de grande porte da região sul de Santa Catarina. *Rev. Ciênc. Cidadania*, 2015 1(1):69-88.
  21. Souza LAA, Dyniewicz AM, Kalinowski LC. Auditoria: uma abordagem histórica e atual. *Rev Adm Saúde* 2012; 14(165): 108-114.
  22. Souza MP, Ceretta LR, Soratto MT. Auditoria concorrente no centro cirúrgico: concepções dos enfermeiros. *Revista Saúde e Pesquisa*, 2016; 9(2): 263-272.
  23. Scarparo AF, Ferraz CA, Chaves LDP, Rotta C.SG. Abordagem conceitual de métodos e finalidade da auditoria de enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* 2009; 10(1): 1-165
  24. Viana CD, Bragas LZT, Lazzari DD, Garcia CTF, Moura GMSS. Implantação da auditoria concorrente de enfermagem: um relato de experiência. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(1):2-7.
  25. Tostes MFP, Maran E, Raimundo LS, Mai LD. practice of surgical antibiotic prophylaxis and patient safety factor. *Rev. Sobecc* 2016; 21(1): 13-21.
  26. Aquino MJN, Cavalcanti TMC, Abreu RNDC, Scopacasa LF, Negreiros FDS. Anotações de enfermagem: avaliação da qualidade em unidade de terapia intensiva. *Enfem, foco* 2018; 9(1):7-12.