

**REALIZAR "AUDITORIA-PILOTO" NO LABORATÓRIO
E AMBULATÓRIO SEGUINDO DOCUMENTOS
PADRONIZADOS NO PROGRAMA DE AUDITORIA**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

2022

ENSP - ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA

Diretor - Marcos Antônio Carneiro Menezes

Vice-Diretora de Ambulatórios e Laboratórios - Fátima Rocha

EQUIPE DE ELABORAÇÃO:

Fátima Rocha - Vice-Direção de Ambulatórios e Laboratórios – VDAL-ENSP

Gisele Pinto de Oliveira - Coordenação de Ambulatórios – VDAL-ENSP

Letícia Alves da Silva - Coordenação de Laboratórios – VDAL-ENSP

Paulo Victor de Souza Viana – Chefe do Centro de Referência Professor Hélio Fraga-
ENSP

Raquel Sales de Andrade – Coordenação de Laboratórios – Departamento de Ciências
Biológica -ENSP

Sumário

1 - Introdução.....	4
2 – O Programa de auditoria interna na ENSP	5
2.1. Laboratórios de Saúde Pública da ENSP.....	5
2.2. Centros assistenciais da ENSP	6
3 – Auditoria-Piloto como instrumento de capacitação dos profissionais e melhoria da qualidade.....	7
3.1. Auditoria-piloto no laboratório.....	8
3.2. Auditoria-piloto no ambulatório	12
4 – Etapas seguintes à auditoria piloto	19
5 - Referências.....	22

1 - Introdução

Este relatório tem por objetivo apresentar as ações e resultados alcançados pelo Programa de Auditoria Interna para laboratórios e ambulatórios da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) utilizando a auditoria – piloto como instrumento de capacitação e melhoria contínua.

A auditoria interna é um processo sistemático da qualidade que evidencia a eficácia operacional do seu sistema de gestão, aponta questões relacionadas aos riscos e oportunidades, conformidade com os requisitos pré-estabelecidos e assim promove a melhoria contínua, olhando de dentro dos processos para os pontos que precisam de ajustes. É uma etapa fundamental para as instituições ou serviços que passarão por auditorias externas, pois é possível verificar o status/ andamento das ações para tratar não conformidades antes mesmo da avaliação externa ocorrer.

Os laboratórios de saúde pública e de referência contribuem para o controle epidemiológico e sanitário de uma população, sendo fundamental para a vigilância em saúde por subsidiar suas ações de investigação, monitoramento e controle de agravos à saúde da população. Diante do relevante papel para o Sistema Único de Saúde – SUS, por gerar dados de implicações clínico-terapêuticos e epidemiológicos para seus usuários e para a sociedade, as auditorias internas são fundamentais para garantir a eficiência e aperfeiçoamento do sistema de gestão da qualidade dos laboratórios.

No âmbito da atenção a saúde, a abordagem utilizada pela ENSP para as auditorias privilegia a segurança do paciente como um atributo da qualidade definindo-a como a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário, associado ao cuidado em saúde. As auditorias também colaboram para a melhoria das demais dimensões e atributos da qualidade mais comumente utilizados nos serviços de saúde como efetividade, equidade, atenção centrada ao paciente, entre outros.

Seguindo um dos requisitos básicos de planejamento de auditoria, que é a avaliação da viabilidade de sua aplicação, com a execução de procedimentos e

aplicação das técnicas constantes da matriz de planejamento em uma pequena amostra dos objetos que serão auditados, utiliza-se da ferramenta de uma auditoria-piloto. Isso tem por objetivo verificar se a abordagem planejada funciona e se existem falhas que devem ser corrigidas.

A contribuição para atingir os objetivos propostos no Planejamento da Direção da ENSP (2021 – 2024) e no Planejamento Institucional Participativo corroboram com a relevância da auditoria – piloto, pois seus resultados nortearão medidas para o fortalecimento da política de qualidade, biossegurança e sustentabilidade na Escola, com destaque para os ambulatórios e laboratórios, servindo como pré-requisito para as futuras credenciações e credenciamentos.

Ela também funciona como uma ferramenta importante para auxiliar no mapeamento de processos com vistas à otimização dos postos de trabalho e recursos, através dos levantamentos realizados durante a auditoria. E contribui ainda de forma prática e objetiva nas práticas seguras no cuidado em saúde e na estruturação dos laboratórios de referência para a rede de vigilância em saúde pelo uso de indicadores e apontamentos que fomentarão a importância da capacitação em normas de qualidade e biossegurança.

Desta forma, para assegurar que a estratégia metodológica utilizada está adequada à realidade local e objetivos da auditoria interna, optou-se em realizar a auditoria-piloto, visando verificar as dificuldades potenciais à condução dos trabalhos, bem como antecipar problemas que poderão ser enfrentados e estabelecer possibilidades de ajustes no tamanho amostral ou em outras configurações para que se possa conferir a efetividade desta ação.

2 – O Programa de auditoria interna na ENSP

2.1. Laboratórios de Saúde Pública da ENSP

Dando início ao programa de auditoria interna nas áreas laboratoriais foi priorizado o investimento nos laboratórios que compõem o Grupo de Trabalho de

Laboratório de Referência da ENSP, que está em consonância com o Planejamento Estratégico da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, com a Portaria 33 de 22 de junho de 2017 e o edital 01/2019 da Secretaria de Vigilância em Saúde. Este grupo tem a seguinte composição: Laboratório de Toxicologia (CESTEH), Laboratório de Saneamento e Saúde Ambiental (DSSA) e Laboratório de Referência Nacional de Tuberculose e Micobacterioses Ângela Maria Werneck (CRPHF), bem como de outras áreas da Escola, como a própria Vice Direção de Ambulatório e Laboratórios (VDAL).

O programa de auditoria interna e toda documentação necessária para sua execução foi definida pelo GT, que também estabeleceu como objetivo verificar o cumprimento das normas regulamentadoras e o nível de implementação dos requisitos de biossegurança da Portaria nº 3204 de 2010 do MS.

O programa de auditoria-piloto da área laboratorial teve início com o Laboratório de Referência Nacional Tuberculose (CRPHF) sendo estabelecido o seguinte escopo:

- **Norma Regulamentadora NR-6** – Equipamento de Proteção Individual (EPI)
- **Norma Regulamentadora NR-9** – Avaliação e Controle das Exposições Ocupacionais a Agentes Físicos, Químicos e Biológicos

2.2. Centros assistenciais da ENSP

As subunidades escolhidas para a auditoria na área ambulatorial foram o ambulatório de Pesquisa Germano *Gerhardt* e a farmácia do Centro de Referência Professor Helio Fraga. O referido ambulatório possui um nível de maturidade para as práticas da qualidade que vem se consolidando ao longo dos anos, culminando no processo de acreditação pela Organização Nacional de Acreditação. A realização de auditorias internas como prática nos serviços assistenciais está dentre as boas práticas recomendadas pela instituição acreditadora.

O programa de auditoria para os ambulatórios e seus componentes foram definidos em reuniões internas do Núcleo de Segurança do Paciente da ENSP. As

práticas de segurança do paciente realizadas na atenção ambulatorial e farmacêutica foram consideradas para avaliação na auditoria tendo os Protocolos de segurança do paciente da unidade como escopo.

Protocolos de Segurança do Paciente avaliados:

- 1) Identificação do paciente**
- 2) Prevenção de quedas**
- 3) Comunicação efetiva**
- 4) Prescrição, uso e administração de medicamentos**

O protocolo de higienização das mãos não foi auditado porque essa atividade é executada rotineiramente pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do ambulatório com acompanhamento e divulgação dos indicadores. Os protocolos do ambulatório e farmácia foram adaptados dos Protocolos de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde que considera prioritariamente práticas assistenciais hospitalares.

3 - Auditoria-Piloto como instrumento de capacitação dos profissionais e melhoria da qualidade

O início da auditoria-piloto estabeleceu um marco importante para o Sistema da Qualidade nas áreas assistenciais e laboratoriais. A partir dessa experiência o Programa de Auditoria interna passa a fazer parte do calendário anual das ações da VDAL com o GT de Laboratórios de Referência e o Núcleo de Segurança do Paciente.

O envolvimento das áreas assistenciais e laboratoriais traz para nossa realidade a possibilidade de repensarmos, de forma construtiva, as ações do dia a dia de cada área, segundo suas particularidades e especificidades.

Assim, com essa ferramenta buscaremos assegurar a manutenção dos padrões de qualidade e segurança definidos, segundo as normas internacionais, e oferecer a chance de prevenirmos resultados não desejados, bem como o direcionamento dos recursos e investimentos de forma mais eficiente.

Como experiência inicial, ainda há muitos ajustes a serem feitos, mas vale destacar o empenho e participação do grupo de auditores e o apoio dos auditados que abriram suas áreas não só para avaliação, mas também como campo de prática para a capacitação do grupo de auditores.

3.1. Auditoria-piloto no laboratório

A auditoria-piloto no Laboratório de Referência Nacional de Tuberculose e Micobacterioses Ângela Maria Werneck (CRPHF), sendo aplicado o método de análise documental e visita técnica presencial para coleta de evidências objetivas.

Foi utilizado para a auditoria um *checklist* para registro das evidências e aplicada para cada requisito da norma os seguintes status:

- Conforme (C) – quando o laboratório possui todos os documentos referente ao requisito analisado.
- Parcialmente conforme (PC) - quando o laboratório necessita de ajustes nos documentos referente ao requisito analisado.
- Não conforme (NC) - quando o laboratório não possui documentos referente ao requisito analisado.

A auditoria interna teve início com a presença da equipe auditora, chefia do laboratório e gerente da qualidade.

Foi realizada primeiro a reunião de abertura explicando o objetivo da auditoria interna.

A primeira etapa da auditoria foi através de entrevista com a aplicação do *checklist* e análise documental.

- NR-6 – Equipamento de Proteção Individual (EPI)

AVALIAÇÃO	CONFORME	PARCIALMENTE CONFORME	NÃO CONFORME
Nº Absoluto	10	6	4
Percentual	50%	30%	20%

3.1.1. Checklist e evidencias coletadas NR-

Requisito Avaliado	Status (C/PC/NC)	Evidências
1. Há profissionais terceirizados trabalhando no laboratório?	C	O LABORATÓRIO POSSUI LISTA DA EQUIPE ATUALIZADA
2. Há estudantes de graduação desenvolvendo atividades no laboratório?	C	O LABORATÓRIO POSSUI LISTA DA EQUIPE ATUALIZADA
3. Estes estão devidamente registrados e identificados através de crachás de forma clara?	C	A ENTRADA DOS PROFISSIONAIS E ALUNOS SÓ PODEM ENTRAR COM O CRACHA. CASO NÃO TENHA CRACHÁ PROVISÓRIO.
4. Há algum estudante de mestrado e doutorado desenvolvendo atividades no laboratório?		
5. Estes estão devidamente registrados e identificados através de crachás de forma clara?		A ENTRADA DOS PROFISSIONAIS E ALUNOS SÓ PODEM ENTRAR COM O CRACHA. CASO NÃO TENHA
6. Há controle de acesso para todo e qualquer profissional que circule pelo laboratório?	C	A ENTRADA DOS PROFISSIONAIS E ALUNOS SÓ PODEM ENTRAR COM O CRACHA. CASO NÃO TENHA CRACHÁ PROVISÓRIO. A ENTRADA DO PRÉDIO TEM ACESSO SOMENTE PRÓXIMIDADE DO CRACHA OU SENHA. PARA VISITANTES PRECISA REALIZAR O ACESSO POR CAMPANHIA.
15. O laboratório informa aos trabalhadores de maneira apropriada e suficiente sobre os riscos ambientais que possam originar-se nos locais de trabalho e sobre os meios disponíveis para prevenir ou limitar tais riscos e para proteger-se dos mesmos?		É REALIZADO TREINAMENTO POR PROFISSIONAL EXPERIENTE COM VISITA GUIADA E É FEITO UM REGISTRO. MANUAL DE BIOSSEGURANÇA .
16. Existem medidas de proteção de caráter coletivo?	C	FLUXO LIMINAR CSB SISTEMA DE AR COM FILTRO HEPA UTAS SEPARADAS DE OUTRAS ÁREAS CONTROLE DE ACESSO PARA ÁREA NB3
17. As medidas de caráter coletivo são acompanhadas de treinamento para os trabalhadores?	C	SÓ HABILITA O ACESSO A QUEM TEM O TREINAMENTO.
20. São fornecidos aos servidores EPI adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento?	NC	FORNECEM BOTA PARA O NB3 PARA O NB2 NÃO
21. São fornecidos aos estagiários de graduação, EPI adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento?	NC	FORNECEM BOTA PARA O NB3 PARA O NB2 NÃO
21.a. Cada servidor, bolsista, estagiário ou terceirizado possui seu próprio EPI, não compartilhamento com os demais?		VERIFICAR SE UTILIZA LUVAS E VAI VERIFICAR SE EXISTE COMPARTILHAMENTO
22. São fornecidos aos mestrandos e doutorandos EPI adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento?	NC	FORNECEM BOTA PARA O NB3 PARA O NB2 NÃO
23. A força de trabalho terceirizada recebe do empregador EPI adequado ao risco existente nas atividades desenvolvidas?	NC	
24. É exigido o uso do EPI?	C	NÃO TEM SINALIZAÇÃO DOS EPIs POR ÁREAS OU SETORES
25. É registrado o fornecimento do EPI ao trabalhador, através de anotação em livros, fichas ou sistema eletrônico?	PC	TEM TREINAMENTO, NÃO SABE SE TEM REGISTRO
26. O laboratório orienta e treina os servidores sobre o uso adequado, guarda e conservação do EPI?	PC	POP DE USO - OK GUARDA E CONSERVAÇÃO MAS PRECISA SER ADEQUADO O FLUXO GUARDA E CONSERVAÇÃO. NÃO POSSUI ARMÁRIO PARA A GUARDA DE EPI SEPARADO PARA ITENS PESSOAIS
27. É oferecido orientação e treinamento para os estudantes sobre o uso adequado, guarda e conservação do EPI?	PC	
28. É oferecido orientação e treinamento para os terceirizados sobre o uso adequado, guarda e conservação do EPI?	PC	
29. O empregador se responsabiliza pela higienização e manutenção periódica dos EPI ?		
30. O empregador disponibiliza local adequado para a guarda e conservação do EPI?	PC	NÃO POSSUI ARMARIO INSALUBRE MAS POSSUI ÁREA DE SECAGEM COM CABINE.
31. O trabalhador comunica ao empregador qualquer alteração que o torne impróprio para uso?	PC	FICHA DE NÃO CONFORMIDADE NÃO REGISTRA O EPI DANIFICADO PG08 - TRATAMENTO DE OCORRENCIAS - VAI VERIFICAR P07 - COMUNICAÇÃO COM O LABORATORIO
32. O trabalhador cumpre as determinações do empregador sobre o uso adequado?	C	FORMULÁRIO DE NÃO CONFORMIDADE
33. O laboratório verifica se os EPIs de fabricante nacional ou importado fornece as informações referentes aos processos de limpeza e higienização de seus EPI, indicando quando for o caso, o número de higienizações acima do qual é necessário proceder à revisão ou à substituição do equipamento, a fim de garantir que os mesmos mantenham as características de proteção original?	C	VERIFICA E INSTRUI NO TREINAMENTO.
35. Existe procedimento que garanta que, na ocorrência de riscos ambientais nos locais de trabalho que coloquem em situação de grave e iminente risco um ou mais trabalhadores, os mesmos possam interromper de imediato as suas atividades, comunicando o fato ao superior hierárquico direto para as devidas providências?	C	PT-44 ESPECIFICO PARA MATERIAL BIOLÓGICO MANUAL DE BIOSSEGURANÇA - VERIFICAR SE INFORMA O MATERIAL QUÍMICO DOC DE NÃO CONFORMIDADE VERIFICAR SE TEM UM DOCUMENTO ESPECIFICO DE ACIDENTES

6

- Norma Regulamentadora NR-9 – Avaliação e Controle das Exposições Ocupacionais a Agentes Físicos, Químicos e Biológicos

AVALIAÇÃO	CONFORME	PARCIALMENTE CONFORME	NÃO CONFORME
Nº Absoluto	4	2	20
Percentual	15%	8%	77%

3.1.2. Checklist e evidencias coletadas NR-9

Requisito Avaliado	Status (C/PC/NC)	Evidências
1. Há exposições ocupacionais aos agentes físicos (ruído, vibração, frio, calor, ...)	NC	POSSUI O MAPA DE RISCO ESTÁ DESATUALIZADO NÃO POSSUI NA LISTA DE EQUIPAMENTO
2. Há exposições ocupacionais aos agentes químicos?	C	LISTA DE PRODUTOS QUÍMICOS ATUALIZADO
3. Há exposições ocupacionais aos agentes biológicos	C	NO MANUAL DE BIOSSEGURANÇA
4. Há descrição das atividades onde há exposição ocupacional a agentes físicos?	NC	TEM DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES
4.1. Há mapa de risco disponibilizado no Laboratório?	PC	MAPA DE RISCO DESATUALIZADO
5. Há identificação do agente e forma de exposição?	NC	SEM EVIDENCIAS
6. Há descrição de possíveis lesões ou agravos à saúde relacionados às exposições identificadas?	NC	SEM EVIDENCIAS
7. Há descrição das medidas de prevenção já existentes?	NC	SEM EVIDENCIAS
8. Há identificação dos grupos de trabalhadores expostos?	NC	SEM EVIDENCIAS
9. Há descrição das atividades onde há exposição ocupacional a agentes químicos?	NC	VERIFICAR SE NOS POPs SE TEM ESSA IDENTIFICAÇÃO
10. Há identificação do agente e forma de exposição?	NC	SEM EVIDENCIAS
11. Há descrição de possíveis lesões ou agravos à saúde relacionados às exposições identificadas?	NC	SEM EVIDENCIAS
12. Há descrição das medidas de prevenção já existentes?	NC	SEM EVIDENCIAS
13. Há identificação dos grupos de trabalhadores expostos?	NC	SEM EVIDENCIAS
14. Há descrição das atividades onde há exposição ocupacional a agentes biológicos?	C	POP DE MANIPULAÇÃO
15. Há identificação do agente e forma de exposição?	PC	POSSUI A FORMA DE EXPOSIÇÃO NÃO TEM DO AGENTE NÃO CONSEGUE IDENTIFICAR
16. Há descrição de possíveis lesões ou agravos à saúde relacionados às exposições identificadas?	NC	SEM EVIDENCIAS
17. Há descrição das medidas de prevenção já existentes?	C	UTILIZAÇÃO DOS EPIS E EPC
18. Há identificação dos grupos de trabalhadores expostos?	NC	SEM EVIDENCIAS
19. Foi realizada avaliação quantitativa das exposições ocupacionais aos agentes físicos?	NC	SEM EVIDENCIAS
20. Foi realizada avaliação quantitativa das exposições ocupacionais aos agentes químicos?	NC	SEM EVIDENCIAS
21. Os resultados das avaliações das exposições ocupacionais aos agentes físicos foram incorporados ao inventário de riscos do PGR?	NC	SEM EVIDENCIAS
22. Os resultados das avaliações das exposições ocupacionais aos agentes químicos foram incorporados ao inventário de riscos do PGR?	NC	SEM EVIDENCIAS
23. Os resultados das avaliações das exposições ocupacionais aos agentes biológicos foram incorporados ao inventário de riscos do PGR?	NC	SEM EVIDENCIAS
24. As medidas de prevenção e controle das exposições ocupacionais integram os controles dos riscos do PGR	NC	SEM EVIDENCIAS
25. As medidas de prevenção e controle das exposições ocupacionais foram incorporadas ao plano de ação?	NC	SEM EVIDENCIAS

3.2. Auditoria-piloto no ambulatório

Para a auditoria-piloto no ambulatório de Pesquisa Germano *Gerhardt* (CRPHF) foram aplicadas as seguintes estratégias metodológicas:

- Observação in loco, entrevistas e revisão de registros em prontuário e outros instrumentos.
- A equipe foi dividida em dois grupos, com representantes das três comissões;
- A avaliação foi feita por amostragem

Foi utilizado para a auditoria um *checklist* para registro das evidências e aplicada para cada requisito dos protocolos de segurança do paciente:

- Conforme (C) – quando o ambulatório ou farmácia possuem todos os documentos ou evidências referentes ao requisito analisado.
- Não conforme (NC) - quando o ambulatório ou farmácia não possuem todos os documentos ou evidências referentes ao requisito analisado.

Optou-se por não utilizar o requisito **parcialmente conforme** por acreditar que exista uma subjetividade inerente e essa classificação. As observações da não conformidade foram anotadas em campo específico do *checklist* adotado.

A auditoria interna iniciou com a reunião de abertura e apresentação da equipe e do objetivo da auditoria. Profissionais dos serviços envolvidos foram convidados a participar como avaliadores com vistas a estimular o processo de educação continuada da equipe.

3.2.1 *Checklist* e evidências encontradas.

PROTOCOLOS			observações da não conformidade	1	2	Total C	Total NC	Total NA	% C	
IDENTIFICAÇÃO	PORTARIA	1	Conferir documento de identificação do paciente com foto e dados legíveis, com a etiqueta separada no dia anterior ao atendimento. Identificadores : nome completo do paciente, data de nascimento.	1-A filha da paciente pegou a etiqueta de identificação enquanto a mãe se direcionou para o ambulatório. Portava documento de identidade, mas não verificou se tratava-se da paciente em questão. 2-Não foi evidenciado conferência de dados . A etiqueta foi confeccionada na hora da chegada da paciente (fictícia),	NC	NC	0	2	0	0%
		2	Utilizar um terceiro identificador "nome completo da mãe" no caso de homônimos.	1- Não há evidência na etiqueta com o nome da mãe, avaliar protocolo definido a manutenção ou não desse terceiro identificador	NC	NC	0	2	0	0%
			Risco de queda - etiqueta vermelha	2- Em entrevista ao colaborador da portaria foi informado que ao perceber alguma dificuldade do paciente, é feito contato com o ambulatório.	C	NC	1	1	0	50%
		3	Entregar a etiqueta e orientar a colocação colada à vestimenta, na parte superior do tórax, com dados de identificação a mostra.	1- Não houve orientação para colocação adequada da etiqueta. 2- Não foi observado orientação para colocação adequada da etiqueta.	NC	NC	0	2	0	0%
		4	Orientar o paciente a permanecer com a etiqueta durante todo o tempo de estada na instituição	1-Não evidenciamos orientação de manter etiqueta 2- Não foi observado orientação de manter etiqueta	NC	NC	0	2	0	0%
		5	Orientar aos pacientes que não estejam portando um documento de identificação com foto ou qualquer outro documento que os identifiquem, a trazer o documento na próxima consulta.Fornecer etiqueta.	1-Não evidenciamos orientações conforme definido em protocolo. 2- Não evidenciamos orientações conforme definido em protocolo.	NC	NC	0	2	0	0%
		6	Substituir etiquetas danificadas, molhadas ou ilegíveis.		C	C	2	0	0	100%
		7	Recolher a etiqueta de identificação na saída do paciente	1-Não evidenciamos orientações ou mesmo o recolhimento das etiquetas na saída. 2- Foi informado, em entrevista, pelo colaborador da portaria que o paciente é orientado a tirar a etiqueta na saída.	NC	NC	0	2	0	0%
	8	Providenciar antecipadamente a confecção do arquivo eletrônico para etiqueta, caso algum paciente da listagem não o tenha. Imprimir no momento do atendimento do paciente na Portaria. Acessar o HOS PUB ou o prontuário para acessar os dados dos identificadores.Acessar o arquivo em Word com o modelo padronizado da etiqueta, preencher e imprimir. Solicitar (nas 5ª feiras) para pacientes de 1ª vez, a relação dos pacientes agendados para a semana seguinte.	Retirar do protocolo 2- Não evidenciado.	NA	NC	0	1	1	0,0%	
	RECEPÇÃO O APGG	9	Substituir o profissional da portaria , no caso de ausência, na entrega dos crachás de identificação.		C	C	2	0	0	100%
	ASSISTÊNCIA	10	Conferir a identificação do paciente : antes de qualquer atendimento ou procedimento triagem da enfermagem, atendimento medico, administração dos medicamentos, realização de procedimentos e assistência farmacêutica	1- Não há uniformidade por parte da equipe multi, a respeito da conferência da identificação, alegam conhecer os pacientes. 2- Não há uniformidade por parte da equipe multi, a respeito da conferência da identificação, alegam conhecer os pacientes.A consulta é marcada sem identificação de acordo com o protocolo.	NC	NC	0	2	0	0%
	11	Observar as etiquetas de identificação em todos os formulários, laudos, pastas, envelopes, potes de coleta de escarro, na dispensação de medicamentos fracionados e prontuários dos pacientes.	1- Incluir nome social na etiqueta, não há uniformidade dos requisitos de identificadores na totalidade dos formulários. 2- Não foram evidenciadas etiquetas de identificação em todos os formulários do paciente.	NC	NC	0	2	0	0%	
12	Realizar a avaliação do risco de queda e colar etiqueta vermelha na etiqueta de identificação . Reavaliar a cada consulta.		C	NC	1	1	0	50%		

PROTOCOLOS			observações da não conformidade	1	2	Total C	Total NC	Total NA	% C	
COMUNICAÇÃO	Comunicação com outra unidade	1	Proceder com sua identificação, local da unidade e categoria profissional, ao receber contato telefonico de outra unidade.	NA		0	0	1		
		2	Registrar em livro de protocolo e no prontuário a informação recebida, o nome do interlocutor; unidade de saúde de onde fala e solicitar um número de telefone para retorno de contato, caso necessário	Adequar registro de enfermagem para comunicar no livro preto	NA		0	0	1	
		3	Realizar a releitura dos dados ao final da ligação e esclarecer dúvidas		NA		0	0	1	
		4	Registrar os ajustes na conduta terapêutica e/ou resultado de exames complementares na planilha de registro das comunicações e no prontuário.	Retirar registros em excel	NA		0	0	1	
	Transição do cuidado e resultado crítico de exames	5	Registrar alterações na transição do cuidado no formulário: "Sumário de eventos";	Vai retirar sumário de eventos	NA		0	0	1	
		6	Efetuar registros de resultados críticos de exames em planilha (Excel) de registro das comunicações e no "sumario de eventos"	Vai retirar sumário de eventos	NA		0	0	1	
		7	Anotar em prontuário e notificar, não conformidade e/ou incidente, a falta de registro das informações recebidas por telefone, verbalmente ou email.		NA		0	0	1	

PROTOCOLOS			observações da não conformidade	1	2	Total C	Total NC	Total NA	% C	
MEDICAÇÃO	Prescrição de medicamentos	1	Conferir antes de prescrever: nome completo do paciente, nome da mãe e data de nascimento	NA		0	0	1		
		2	Realizar a identificação do prescritor : nome completo, número de registro do conselho profissional e assinatura (manuscrito ou com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação)	C		1	0	0	100%	
		3	Checar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo, e-mail e telefone),	C		1	0	0	100%	
		4	Registro da data na prescrição e a validade da mesma.	C		1	0	0	100%	
		5	Registrar a data de início do tratamento	C		1	0	0	100%	
		6	Prescrever os medicamentos seguindo a Denominação Comum Brasileira (DCB), nome do fármaco ou nomenclatura genérica.	C		1	0	0	100%	
		7	Efetuar registro em prescrição específica para medicamentos de ensaio clínico.	Refere ter medicamentos, mas não possui ensaios no momento (não avaliado)	NA		0	0	1	
		8	Não prescrever utilizando abreviaturas.	Na prescrição constava uma abreviatura não aprovada (PAS)	NC		0	1	0	0%
		9	Prescrever com espaçamento entre as linhas os medicamentos de nomes semelhantes.		C		1	0	0	100%
		10	Realizar o registro da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição padronizada e qualquer informação adicional registrar no campo "Observações"		C		1	0	0	100%
		11	Registrar na coluna quantidade, o quantitativo dispensado para o paciente.		C		1	0	0	100%
		12	Registrar a presença de alergias relatadas pelo paciente no campo sinalizado na prescrição.		C		1	0	0	100%
		13	Utilizar diretrizes da lista de padronização de medicamentos.		C		1	0	0	100%
		14	Efetuar registro do peso do paciente na prescrição para cálculo das doses.		C		1	0	0	100%
		15	Realizar prescrição padrão do APGG, em caso de necessidade de alteração a prescrição padronizada é riscada com um traço e a posologia recomendada é escrita, com letra legível.		C		1	0	0	100%
		16	Registrar informações sobre diluente (tipo e volume), velocidade e tempo de infusão (para endovenosos), para medicamentos de uso endovenoso e intramuscular, no campo observação com letra legível.	As orientações a respeito estão dúbias, apesar de estar no protocolo há divergências de informações	NC		0	1	0	0%
		17	Emitir nova receita em caso de alteração na terapêutica (anterior fica suspensa automaticamente)		C		1	0	0	100%
		18	Prescrições verbais não se aplicam ao APGG	Todos os medicamentos devidamente prescritos	C		1	0	0	100%
		19	Prescrever os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância com o prefixo em letras maiúsculas		C		1	0	0	100%
		20	Notificar a ocorrência de incidentes		C		1	0	0	100%

PROTOCOLOS			observações da não conformidade	1	2	Total C	Total NC	Total NA	% C	
MEDICAÇÃO	Distribuição de medicamentos	21	Conferir (farmacêutico ou técnico) todos os itens contidos na prescrição, antes da realização do calculo e separação dos medicamentos para o paciente.	Sugiro incluir no instrumento, duas áreas separadas com itens específicos de distribuição e dispensação, considerando as diferentes características	C		1	0	0	100%
		22	Contactar o médico prescritor em caso de inconsistencia ou erro de prescrição, para devidas correções antes da dispensação.		C		1	0	0	100%
		23	Separar medicamentos prescritos para cada paciente que estiver em Tratamento Auto Administrado (TAA) e Tratamento Diretamente Observado (TDO), em quantidade suficiente até a próxima consulta.		C		1	0	0	100%
		24	Realizar conferência dos identificadores do paciente, do calculo do medicamento, do medicamento prescrito, da quantidade suficiente para uso até o proximo retorno, deverá ser efetuada, antes da dispensação ao paciente, por outro profissional (diferente do que separou- Dupla checagem). Realizar rubrica para registro (conferente)		C		1	0	0	100%
		25	Registrar o erro encontrado no momento da dupla checagem no formulário "Registros de erros de dispensação"		C		1	0	0	100%
		25	Orientar quanto a administração correta dos medicamentos prescritos e as possíveis reações adversas (na consulta de 1 vez e mudança de esquema de tratamento).		C		1	0	0	100%
		26	Registrar o erro de prescrição identificado no formulário "Registros de intervenção farmacêutica", Notificar.		C		1	0	0	100%
		27	Notificar a ocorrência de incidentes		C		1	0	0	100%
	Armazenamento	28	Identificar as prateleiras (no CAF) dos medicamentos de alta vigilância com o prefixo em letras maiúsculas, destacando-se a diferença entre nomes parecidos.		C		1	0	0	100%
		29	Disponibilizar placas de identificação com o nome do medicamento, lote e validade e fixar no local onde o medicamento está armazenado.		C		1	0	0	100%
		30	Sinalizar medicamentos próximo a vencimento com placas e escrita em vermelho.	Sugiro incluir conformidade de medicamentos alto risco e nome similar, além de sinalização de proximidade de vencimento.	C		1	0	0	100%
		31	Realizar e disponibilizar registros para rastreabilidade dos medicamentos fornecidos ao paciente.		C		1	0	0	100%
		32	Avaliar no recebimento/entrega dos medicamentos, na farmácia, o nome do medicamento, lote, validade, quantidade e sua integridade física.	Apesar dos itens estarem corretos, verificamos assinatura apenas do primeiro nome do profissional da transportadora que retirou medicamentos (Romário), já a entrega do INI estava correta em todos os requisitos	C		1	0	0	100%
	Administração de medicamentos	33	Aplicar os nove certos na administração de medicamentos (Paciente certo, Medicamento (s) certo (s). Dose certa, Via certa, Hora certa, Registro certo, Orientação certa, Forma farmacêutica certa, Monitoramento certo).		C		1	0	0	100%
34		Notificar a ocorrência de incidentes		C		1	0	0	100%	

PROTOCOLOS			observações da não conformidade	1	2	Total C	Total NC	Total NA	% C	
QUEDA	PORTARIA	1	Avaliar se o paciente apresenta algum risco de queda : dificuldade de andar, uso de dispositivo para a marcha e se existe presença de acompanhante.	Não foi evidenciado essa avaliação na portaria.	NA	NC	0	1	1	0%
		2	Providenciar cadeira de rodas para locomoção durante sua permanência no ambulatório	Não foi evidenciado essa avaliação na portaria.	NA	NC	0	1	1	0%
	Enfermagem	3	Avaliar, no acolhimento, se o paciente apresenta algum risco de queda de acordo com os critérios pré definidos		NA	C	1	0	1	100%
		4	Identificar com etiqueta vermelha os pacientes com risco de queda		NA	C	1	0	1	100%
		5	Identificar no mapa estatístico de atendimento diário – Enfermagem no livro campo risco de queda - S ou N;	Foi evidenciado informação divergente da prática no mapa estatístico de enfermagem	NA	NC	0	1	1	0%
		6	Disponibilizar cadeira de rodas para o deslocamento do paciente com dificuldade de deambular.		NA	C	1	0	1	100%
	Farmácia	7	Observar se paciente com risco de queda está devidamente identificado.		NA	NA	0	0	2	
	laboratório	8	Observar se paciente com risco de queda está devidamente identificado.		NA	NA	0	0	2	

3.2.2. Resultados consolidadas

Gráfico 1: Percentual de Conformidades com as ações dos protocolos.

% de Conformidade com as ações dos protocolos

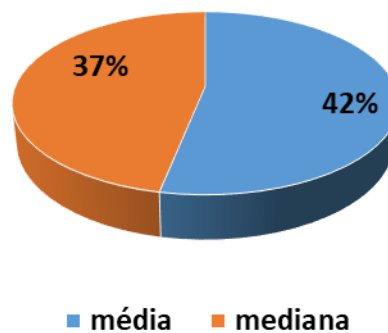
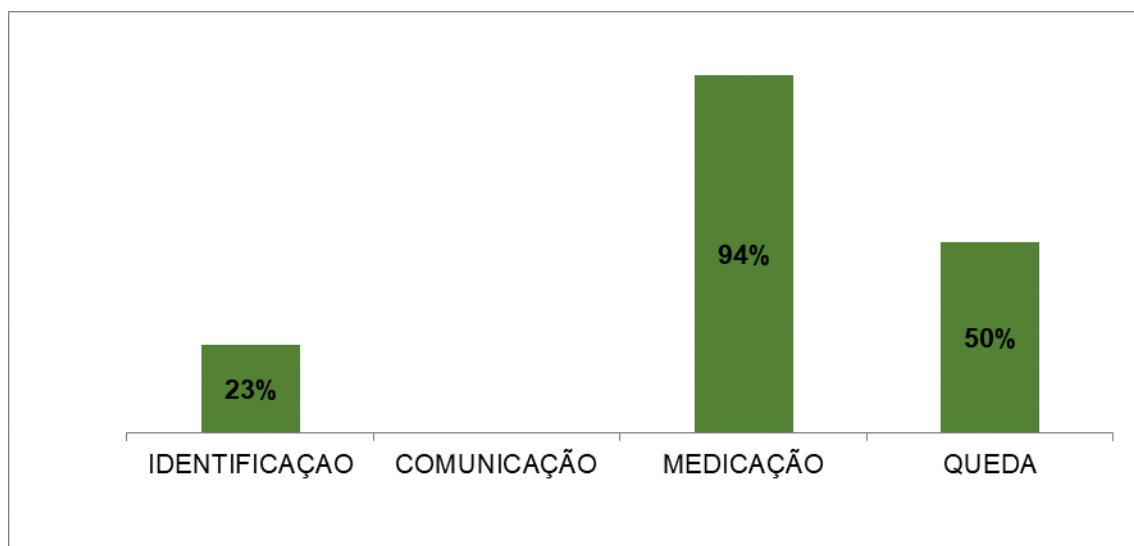


Gráfico 2: Percentual de Conformidades com as ações por protocolo.



Observação: No momento da auditoria não puderam ser evidenciadas ações dos protocolos de comunicação porque depende do contato e solicitações de informações entre os diferentes pontos de atenção da Rede de Serviços de Saúde no Rio de Janeiro. Seria importante agregar os próximos passos a partir do que foi feita na auditoria.

4 - Etapas seguintes à auditoria piloto

Após finalizada a realização da auditoria, os problemas identificados serão consolidados, acontece a revisão das áreas mais problemáticas e redação das recomendações para corrigir os problemas da qualidade. Os planos de ação deverão ser elaborados pela equipe detentora do processo envolvido com a definição de prazos e responsabilidades para sanar as não conformidades. As necessidades de adequação deverão ser compartilhadas com a alta Direção para tomar conhecimento e validar as ações e recursos necessários.

Segundo recomendação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), as não conformidades evidenciadas pelo não cumprimento adequado dos protocolos de segurança do paciente devem ser notificadas como incidentes ou quase falhas. Essa notificação deve seguir o fluxo de notificação e tratamento de incidentes da unidade envolvida e ser analisada pela Comissão Interna de Segurança do Paciente. Foram realizadas 11 notificações de incidentes como produto da auditoria-piloto com as seguintes descrições:

1 - No momento de identificação do paciente na portaria, não foi evidenciado conferência de dados em dois pacientes observados. A etiqueta foi confeccionada na hora da chegada da paciente;

2 - Não há evidência na etiqueta de identificação do paciente, do nome da mãe, em desacordo com o que está definido no protocolo de identificação;

3 - Em dois pacientes observados, não houve orientação para colocação adequada da etiqueta e manutenção da mesma;

4 - Em dois pacientes observados, não houve solicitação na saída, para devolução da etiqueta de identificação;

5 - Não foi apresentado arquivo eletrônico para conferência da etiqueta e impressão, caso algum paciente da listagem não tenha etiqueta já confeccionada. Também não foi observado a conferência de dados no HOSPUB ou o prontuário para acessar os dados dos identificadores;

6 - Foi observado no acompanhamento de consultas que, não há uniformidade por parte da equipe multiprofissional, a respeito da conferência da identificação, alegam conhecer os pacientes. A consulta é marcada sem identificação de acordo com o protocolo;

7 - Foi observado em prontuários avaliados que não há uniformidade dos requisitos de identificadores na totalidade dos formulários e não foram evidenciadas etiquetas de identificação em todos os formulários do paciente;

8 - Foi observado que estão disponíveis quatro instrumentos para registro de comunicação de informações verbais referentes a resultados de exames ou alteração de conduta, porém não são preenchidos sistematicamente;

9 - Foi observado em uma prescrição o registro de abreviatura não aprovada (PAS);

10 - Foi observado que o registro de informações sobre diluente (tipo e volume), velocidade e tempo de infusão (para endovenosos), para medicamentos de uso endovenoso e intramuscular, no campo observação estão dúbias, apesar de estar no protocolo há divergências de informações;

11 - Não foi observado a avaliação na portaria se o paciente apresenta algum risco de queda: dificuldade de andar, uso de dispositivo para a marcha e se existe presença de acompanhante. Também não está sistematizado a aplicação de medidas em casos de identificação de risco de queda do paciente, pela portaria.

5 - Referências

1. <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/sislab/sobre%20o%20sislab>
2. Proposta para a implantação, implementação e avaliação de um programa de gestão da qualidade nos laboratórios de referência para a vigilância epidemiológica da Fiocruz. Josino – 2004
3. <https://lacen.saude.pr.gov.br/Pagina/Divisao-do-Sistema-Estadual-de-Laboratorios-de-Saude-Publica-DVSEL>
4. http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000200005
5. ABNT NBR ISO 19011
6. Consórcio Brasileiro de Acreditação; Joint Commission Internacional. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. 4ª ed. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.
7. World Health Organization, The Joint Commission, Joint Commission International. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Aide Memoire. Patient Safety Solutions, vol1, solution 2, may 2007.
8. Hernandez PJS, Gama ZAS. Inspeção de Boas Práticas de Gestão de Riscos em serviços de saúde. Natal. SEDISUFRN. 2017.
9. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), v. 18, p. 2029-2036, 2013.
10. Sousa, P (Org.) Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro, EAD/ENSP. 2014. 452p.
11. Auditoria Interna na Qualidade: o que é e passo a passo para implementar na empresa [Guia]. Disponível em: <https://qalyteam.com/pb/blog/auditoria-interna-da-qualidade/>. Blog Qualityteam.