



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

JOEL JUNIOR DE MORAES

**ADESÃO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NA SEGURANÇA DO
PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

**ESTRATÉGIA MULTIMODAL PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS DA
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)**

Assis
2012

JOEL JUNIOR DE MORAES

**ADESÃO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NA SEGURANÇA DO
PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

ESTRATÉGIA MULTIMODAL PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS DA
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)

Trabalho apresentado ao Programa de Iniciação Científica (PIC) do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis - IMESA e à Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA.

Orientando: Joel Junior de Moraes

Orientadora: Paula Fernandes Chadi

Linha de Pesquisa: Ciências da Saúde

Assis
2012

FICHA CATALOGRÁFICA

M827a MORAES, Joel Junior de

Adesão da higienização das mãos na segurança do paciente em serviços de Saúde: estratégia multimodal para higienização das mãos da Organização Mundial da Saúde / Joel Junior de Moraes. Assis, 2012.

56p.

Orientadora: Prof.^a Ms.^a Paula Fernandes Chadi.

Trabalho do Programa de Iniciação Científica – Fundação Educacional do Município de Assis-FEMA

1. Infecção hospitalar 2. Higienização 3. Educação continuada

CDD:610.73

BIBLIOTECA /FEMA

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus pelo privilégio que recebi em minha vida de ser agraciado pelos momentos de conhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional neste ano. Aos meus amigos e profissionais de saúde que de maneira direta e indiretamente me motivaram e impulsionaram ao caminho da pesquisa e ciência em saúde no contexto da enfermagem. Aos meus pais e irmãos; minha gratidão...

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora Professora Ms^a Paula Fernandes Chadi, pela orientação e pelo estímulo transmitido durante o trabalho, a você meu sincero obrigado e respeito. A todos os professores da FEMA que de alguma maneira sempre acreditaram em mim e me induziram a desenvolver o senso crítico profissional quanto ao ensino e pesquisa em meu crescimento profissional.

Aos companheiros de sala de aula da graduação de Bacharelado em Enfermagem – FEMA, turma 2009/2012 que fizeram parte do meu desenvolvimento intelectual e emocional em relação à ao senso comum de trabalho em equipe e busca do conhecimento para nossa carreira profissional e em especial a Ana Carolina Fernandes pelo auxílio e motivação ao desenvolvimento deste trabalho.

A Prof.^a Dr.^a e Vice-diretora Elizete Mello da Silva e a Coordenadora do curso de enfermagem Enf.^a Prof.^a Rosângela Gonçalves da Silva que em especial sempre me demonstraram respeito em minha trajetória acadêmica e me serviram como modelo profissional a ser seguido.

A todos profissionais do Hospital Regional de Assis que me auxiliaram desde documentação até minha recepção para o desenvolvimento deste trabalho e em especial a Enf.^a Helena Felício, Margareth (Enfermagem), Bel (Recursos Humanos) Enf.^a Augusta e Nielze (CCIH), por terem me auxiliado para a execução deste trabalho.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da Santa Casa de Misericórdia de Assis/SP na qual fui membro por alguns anos, onde me impulsionou nessa trajetória de aprendizado e busca pelo cuidado científico e humano dentro dos aspectos éticos e legais independente da condição institucional.

“Aquilo que pedimos aos céus na maioria das vezes se encontra em nossas mãos”.

William Shakespeare
(1554 – 1616)

RESUMO

Atualmente as infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS), tem tido um crescimento significativo em âmbito nacional e internacional, as quais diretamente e indiretamente acarretam além de mortes, uma vasta amplitude de processos jurídicos e administrativos nas instituições de saúde, visto que a população encontra-se mais informada quanto aos seus riscos, direitos e deveres. Uma vez com crescimento da mesma a Agência Nacional de Vigilância Sanitária Brasileira (ANVISA) tem instituído novas Resoluções da Diretoria Colegiada (RDCs) especificamente para prevenção e controle dos riscos das IRAS; as mãos dos profissionais de saúde são consideradas suas principais ferramentas de trabalho porque é através delas que se executam suas atividades. Portanto no nível de segurança dos pacientes nos serviços de saúde esta acometido principalmente na higienização cuidadosa, correta e frequente das mãos desses profissionais. A iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) tem apoiado e difundido em intervenções e ações que tem reduzido os problemas relacionados com a segurança dos pacientes nos países que são integrantes dessa aliança. Evidências que a higienização das mãos gera um grande impacto na cadeia de transmissão das infecções relacionadas à assistência a saúde e os profissionais ainda adotam uma atitude passiva diante deste problema de saúde pública mundial.

Diante a contextualização acima a hipótese deste estudo é que a prática de higienização das mãos se tornou um procedimento que em maior parte das vezes a sua realização não é feita de maneira a prevenir os riscos de IRAS e sim como um procedimento simples, rotineiro e passivo; a técnica de higienização das mãos não é levado em conta em relação à qualidade, tempo, material, necessidades e ambiente para a execução da mesma. O respectivo estudo tem como metodologia de natureza quantitativa com delineamento descritivo e exploratório que utilizará de instrumentos investigativos tipo questionário com perguntas objetivas para coleta dos dados, com o objetivo de: Identificar as razões da resistência dos profissionais de saúde às recomendações; instituir a incorporação de novos projetos educacionais visando à melhoria do processo ensino-aprendizagem, contribuindo para a formação de profissionais conscientes da necessidade de boas práticas da higienização das mãos e determinar padrões de comportamento em relação à higienização das mãos.

Palavras chaves: Infecção hospitalar; Lavagem de mãos; Educação continuada; Enfermagem.

ABSTRACT

Currently infections related to health care (IRHC), has had significant growth nationally and internationally, which directly and indirectly cause deaths addition, a wide range of legal and administrative processes in healthcare institutions, since the population is more informed about its risks, rights and duties. Once growth with the same agency Brazilian National Health Surveillance Agency (ANVISA) has instituted new Resolutions of the Board (RDCs) specifically for prevention and control of risks of HAIs; hands of health professionals are considered his main work tools because is through them that perform their activities. Therefore the level of patient safety in health services this involved mainly in careful hygiene, proper and frequent hand these professionals. The initiative of the World Health Organization (WHO) has supported and widespread interventions and actions that have reduced problems related to patient safety in countries that are members of this alliance. Evidence that hand hygiene generates a great impact in the chain of transmission of infections related to health care professionals and even adopt a passive attitude towards this public health problem worldwide.

Given the above context the hypothesis of this study is that the practice of hand hygiene has become a procedure that in most cases their realization is not made in order to prevent the risk of HAIs, but as a simple, routine and liabilities, the technique of hand hygiene is not taken into account in relation to quality, time, material, and environment needs to implement the same. Its study is a quantitative methodology to design descriptive and exploratory use of investigative tools like questionnaire with objective questions for data collection, in order to: Identify the reasons for the strength of recommendations to health professionals; establish the incorporation of new educational projects aimed at improving the teaching-learning process, contributing to the training of professionals aware of the need for good hand hygiene practices and determine patterns of behavior in relation to hand hygiene.

Key words: infection; Handwashing; Continuing Education; Nursing.

LISTA DE GRÁFICOS

	pg
Gráfico 1 - Categoria por sexo.....	25
Gráfico 2 - Categoria profissional.....	26
Gráfico 3 - Solução alcoólica disponível.....	26
Gráfico 4 - Impacto da IRAS.....	27
Gráfico 5 - % Adesão pela equipe.....	27
Gráfico 6 - % Adesão pessoal.....	28
Gráfico 7 - Impacto da chefia na adesão.....	28
Gráfico 8 - Treinamento.....	29
Gráfico 9 - Importância da Higienização na prevenção de IRAS.....	29
Gráfico 10 - Responsável por transmitir IRAS.....	30
Gráfico 11 - Tempo de formação.....	36
Gráfico 12 - Jornada de trabalho.....	36
Gráfico 13 - Outro vinculo.....	37
Gráfico 14 - Carga horaria do 2º Vinculo.....	37

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	PROBLEMATIZAÇÃO	13
3	HIPÓTESE	15
4	OBJETIVOS	16
4.1	OBJETIVO GERAL	16
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
5	JUSTIFICATIVA	17
6	METODOLOGIA	18
6.1	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	19
6.2	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	19
6.3	AMOSTRA.....	19
6.4	Análise e Interpretação dos Resultados	20
6.5	Termos Éticos	20
7	REVISÃO DE LITERATURA	21
8	RESULTADO / DISCUSSÃO	23
8.1	RAZÕES DA RESISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS RECOMENDAÇÕES.	25
8.2	MELHORIA DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM.	32
8.3	PADRÕES DE COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	35
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS	40
10	Anexos	42
1.1.	Anexo I	42

1.2. Anexo II	51
1.3. Anexo III	54
1.4. ANEXO IV	55
1.5. ANEXO V	56

1 INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares constituem um grave problema de saúde pública, gerando altas morbidades, mortalidade hospitalar e altos custos econômicos, comprometendo a qualidade assistencial. Nesta realidade nos deparamos com um grande desafio, exigindo dos responsáveis pelos serviços de saúde ações efetivas de prevenção e controle onde devem ser prioridade no planejamento estratégico das instituições comprometidas com o cuidado de saúde mais seguro (COUTO, 2003).

As mãos dos profissionais de saúde são consideradas suas principais ferramentas de trabalho porque é através delas que se executam suas atividades. Portanto no nível de segurança dos pacientes nos serviços de saúde esta acometido principalmente na higienização cuidadosa, correta e frequente das mãos desses profissionais (SANTOS, 2011).

A iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) tem apoiado e difundido em intervenções e ações que tem reduzido os problemas relacionados com a segurança dos pacientes nos países que são integrantes dessa aliança; o tema agora fica evidenciado que é de reconhecimento e questão global (ANVISA, 2009).

Estimativas sugerem que cerca de cinco milhões de infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS) ocorrem anualmente em hospitais de cuidados crônicos e agudos na Europa e que a mesma contribui para uma média de 135.000 mortes/ano, isso significa um impacto de gasto financeiro de 13 a 24 bilhões de Euros. Dados de 2002 revelam que nos Estados Unidos da América, ocorre a incidência de 9,3 infecções por 1000 pacientes-dia, sendo acometida uma média de 1,7 milhões de pacientes, com quase 100.000 mortes atribuídas representando um impacto econômico de US\$ 6,5 bilhões na economia americana (OMS, 2009).

Os aspectos éticos e legais precisam ser atendidos, o controle de infecções nos serviços de saúde, incluindo a prática de higienização das mãos, evidenciado definitivamente um desafio para esse problema em que são inquestionáveis essas práticas, desde a redução da mortalidade e morbidade dos pacientes atendidos e até a redução de custos pertinentes aos tratamentos de infecções adquiridas (RODRIGUES, 1997).

2 PROBLEMATIZAÇÃO

A superfície extensa em que se reveste o corpo do homem, a pele, possui vasta localização e a mesma é acometida por colonização de fungos e bactérias por esta extensa área podendo ela ter inúmeras concentrações e classificações de microbiota podendo esses micro-organismos ser classificados nessas localizações como residentes e transitória (BRUNNER, 2005).

Nas camadas mais profundas da pele encontramos aderidas a microbiota residente, mais resistente a sua remoção apenas com água e sabonete. Nesta microbiota residente temos destaque para as seguintes bactérias, estafilococos coagulase-negativos e bacilos difteroides, onde os mesmos possuem menos evidências prováveis de agentes causadores de infecções por contato (BRUNNER, 2005).

A microbiota transitória esta mais restrita a colonização superficial da pele, tendo sua sobrevivência por um curto período de tempo e é de fácil remoção pela higienização simples das mãos. Esta microbiota esta particularmente ligada ao contato direto com equipamentos, objetos e superfícies próximos ao paciente colonizado e ou infectado onde ocorre sua aquisição com contato a algo contaminado (CESPEDES, 2002).

A microbiota transitória encontrada nas mãos dos profissionais de saúde pode ser composta por agentes multirresistentes, onde pode ocorrer essa colonização indireta e ser potencializada na presença de outros fatores como na baixa adesão da higienização das mãos, presença de dermatites e/ou onicomicoses (ANVISA, 2009).

Um fator a ser avaliado é o tempo em que se é necessário pela equipe para que se realizem a higienização das mãos. Sendo possível à avaliação e intervenção através do fácil acesso aos suprimentos necessários para a higienização das mãos se tornando essencial para a adesão desta prática em questão (LACERDA, 1997).

Desta forma o trabalho se torna extremamente válido e importante para a comunidade acadêmica, instituições de saúde e população uma vez que visa verificar a qualidade e eficácia da prática de higienização das mãos através da implantação de um projeto de esfera global (OMS), visando permitir identificar às

razões da resistência dos profissionais de saúde as recomendações e através deste instituir novos projetos educacionais visando à melhoria do processo ensino-aprendizado, contribuindo para formação de profissionais conscientes das necessidades de boas práticas da higienização das mãos em uma instituição de saúde como o Hospital Regional de Assis (HRA) que é referencia no atendimento regional no município de Assis/SP.

3 HIPÓTESE

Apesar do conhecimento a aplicação da técnica de higienização das mãos torna-se inadequada, levando em consideração a prática diária e dados epidemiológicos, pelo esquecimento de suas respectivas etapas o passo a passo, havendo preocupação maior por parte dos profissionais com a quantidade e não com a qualidade da realização da técnica. As Principais fases de falha na técnica ocorrem, principalmente, pela não observação das superfícies a serem friccionadas e pela não utilização de sabonete, entre outros (SANTOS, 2011).

Evidencias mostram que a higienização das mãos gera um grande impacto na cadeia de transmissão das infecções relacionada à assistência a saúde e os profissionais ainda adotam uma atitude passiva diante deste problema de saúde publica mundial (ANVISA, 2009).

A higienização das mãos acabou se tornando a medida mais simples, eficaz e menos dispendiosa para prevenir a transmissão das infecções relacionadas à assistência à saúde (COUTO, 2003).

Para ANVISA, 2007, a Portaria, nº 2.616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde, confere a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar a atribuição de responsabilidade a educação, já evidenciado como meio eficaz para a diminuição das infecções causadas pela assistência relacionadas à saúde.

Diante a contextualização acima a hipótese deste estudo é que a higienização das mãos tornou-se um procedimento rotineiro, simples, banalizado, não sendo levado em conta qualidade da técnica, tempo e material utilizado.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a adesão da higienização das mãos na segurança do paciente em serviços de saúde através da estratégia multimodal para higienização das mãos da organização mundial da saúde (OMS).

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A. Identificar as razões da resistência dos profissionais de saúde às recomendações.

B. Instituir a incorporação de novos projetos educacionais visando à melhoria do processo ensino-aprendizagem, contribuindo para a formação de profissionais conscientes da necessidade de boas práticas da higienização das mãos.

C. Determinar padrões de comportamento em relação à higienização das mãos.

5 JUSTIFICATIVA

Atualmente as infecções hospitalares tem tido um crescimento significativo em âmbito nacional e internacional, as quais diretamente e indiretamente acarreta além de mortes, uma vasta amplitude de processos jurídicos e administrativos nas instituições de saúde, visto que a população encontra-se mais informada quanto aos seus riscos, direitos e deveres. Uma vez com crescimento da mesma a Agência Nacional de Vigilância Sanitária Brasileira (ANVISA) tem instituído novas Resoluções da Diretoria Colegiada (RDCs) especificamente para prevenção e controle dos riscos das infecções hospitalares, entre elas podemos citar a Resolução - RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010; dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País (ANVISA, 2010).

Outro fator de grande importância é o controle da disseminação dos micro-organismos no ambiente hospitalar através de precauções adotadas pela ANVISA para os pacientes as quais dentre elas podem se citar: Precaução Padrão que é adotada independente da patologia sendo necessária a sua execução, onde podemos citar o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Além da higienização das mãos antes e após a qualquer tipo de procedimento a ser realizado direto e indiretamente para o paciente; é necessário também um planejamento e estratégias para determinar em conjunto de ações que visem a facilitar e garantir esta adesão para segurança do paciente (ANVISA, 2009).

6 METODOLOGIA

Estudo de natureza quantitativa com delineamento descritivo e exploratório que utilizará de instrumentos investigativos tipo questionário com perguntas objetivas para coleta dos dados.

Para o procedimento de coleta de dados será utilizado um recorte no Projeto Mãos Limpas do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) do Estado de São Paulo no molde da OMS, etapa 2 (ANVISA, 2009).

Este recorte compreende no uso de dois questionários já validados pela OMS aplicados em dois momentos da coleta de dados. No primeiro momento será aplicado um instrumento de investigação tipo questionário com o objetivo de classificar a situação atual da instituição, segundo metodologia da OMS contidas no projeto, em relação à mudança de sistema, educação e treinamento, avaliação e devolução da informação, lembretes no local de trabalho e clima institucional de segurança para higiene das mãos; resultando em uma classificação da instituição relacionada à higienização das mãos, a ser respondido por um membro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) da Instituição ou qualquer membro da Diretoria Administrativa que tenha conhecimento da instituição na perspectiva de avaliação do projeto Mãos Limpas, (anexo I). No segundo momento será aplicado um instrumento de investigação individual à equipe de enfermagem sendo ela, auxiliares de enfermagem, técnicos e enfermeiros, que estão na assistência de um Hospital Regional do município de Assis e atendam os critérios de inclusão e exclusão proposto neste estudo. Este questionário tem o objetivo de avaliar a adesão e o conhecimento dos profissionais relacionado ao tema (anexo II), além do preenchimento de uma ficha cadastral quanto ao tempo de serviço, jornada de trabalho e se possui outro vínculo empregatício (anexo III), para posteriormente colaborar com a análise.

6.1 Critérios de Inclusão

O indivíduo que puderam responder o questionário terá de atender a estes critérios:

- Ser profissional da equipe de enfermagem, Auxiliar, Técnicos de Enfermagem e ou Enfermeiro;
- Estar prestando assistência em setores abertos, sendo destes, clínicas e ambulatórios;
- Ter assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido;
- Deve estar em período de trabalho;
- Não estar em período de experiência na instituição (menor de 90 dias);
- Não estar em período de afastamento de trabalho por qualquer motivo

6.2 Critérios de exclusão

Os indivíduos excluídos atenderão a estes critérios:

- Não pertencer ao quadro da Equipe de Enfermagem;
- Estar prestando assistência em setores fechados como Unidade de terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Central de Material, Pronto Socorro, etc;
- Não ter assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido;
- Não estar em período de trabalho;
- Estar em período de experiência (menor de 90 dias);

6.3 Amostra

A.A amostra final de funcionários será definida após randomização pelo programa Randomized, sendo considerado um N total de 140 funcionários utilizou-se os critérios de inclusão e exclusão, sendo o pesquisador excluído evitando viés de amostragem (RANDOMIZED, 2006). Considerou-se uma amostra segura para randomização de 50% resultando a 70 indivíduos. Após

esta seleção estes serão randomizados e assim convidados a participarem da pesquisa.

- B. Após a coleta de dados os instrumentos serão tabulados e registrados em planilha *Excel* de sugestão do próprio projeto e outra criada para tabulação dos dados cadastrais, posteriormente serão analisados com foco em atender os objetivos e responder a hipótese deste estudo.

6.4 Análise e Interpretação dos Resultados

Todos os dados obtidos serão posteriormente encaminhados para análise estatísticas por um profissional de Matemática da Fundação Educacional do Município de Assis, de acordo com as possibilidades de análise dos dados que se utilizará dos testes necessários para atender o objetivo da pesquisa.

6.5 Termos Éticos

Todos os indivíduos para participar da pesquisa terão de ter assinado o Termo Livre de Consentimento conforme Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, após receber os esclarecimentos e as informações sobre a pesquisa. Este documento será em duas vias, onde uma delas será do indivíduo pesquisado e a outra do pesquisador responsável. Vale ressaltar que o indivíduo pesquisado poderá desistir em participar da pesquisa em qualquer fase, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu trabalho.

7 REVISÃO DE LITERATURA

No século XXI, uma nova visão da medicina é observada, decorrente ao grande avanço científico e tecnológico, da globalização das relações humanas, desencadeada pelas conquistas nos setores de telecomunicação e de informática. Entre 1975 e 1985, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, 2002) elaboraram guias práticos com a orientação e a recomendação da lavagem das mãos com água e sabão antes e após o contato com pacientes hospitalizados.

No entanto, há um reconhecimento, cada vez maior, de novos agentes infecciosos e o ressurgimento de infecções, que até pouco tempo estavam presumivelmente controladas, também caracterizam esta nova fase. Cerca de 45% de todas as infecções hospitalares nos Estados Unidos estão associadas ao uso de procedimentos invasivos que, além de parte integrante e necessária para uma assistência de alta qualidade, estão relacionados às infecções passíveis de serem prevenidas. As infecções relacionadas a esses procedimentos envolvem tanto pacientes saudáveis quanto imunodeprimidos, cujo mecanismo de transmissão é conhecido. Geralmente, são devidas a cepas hospitalares e, algumas vezes, se conhecem os métodos de prevenção como a higienização correta das mãos (STAMM, 1978).

A equipe de enfermagem é o grupo mais numeroso e que fica maior tempo em contato com o paciente internado. A natureza do seu trabalho, que inclui a prestação de cuidados físicos e a execução de procedimentos e diagnósticos terapêuticos, a torna um elemento fundamental nas ações de prevenção, detecção e controle dos riscos de infecção relacionado à saúde. Embora a formação dos enfermeiros inclua conteúdos que circundam essa problemática, o mesmo não se dá com os demais profissionais de enfermagem o técnico e o auxiliar de enfermagem que, sob a supervisão do enfermeiro, exercem suas atividades, ficando a cargo deste, a vigilância sobre as infecções hospitalares através da higienização das mãos (COUTO, 2003).

Entretanto, para compreender melhor o comportamento das infecções hospitalares e elaborar as medidas de controle e prevenção pertinentes (LACERDA,

1996) descreve que é preciso conhecer quais os fatores de riscos envolvidos no desenvolvimento das infecções hospitalares. Um fator de risco para infecção hospitalar é simplesmente um indicador de risco, ou um fato associado à infecção hospitalar e tal indicador de risco não precisa necessariamente ser a causa da infecção ou preceder a infecção.

8 RESULTADO / DISCUSSÃO

A aplicação dos questionários aos indivíduos entrevistado conforme metodologia descrita ficou condicionada a 42,86% da amostragem de 70 indivíduos randomizados dos 140 indivíduos que atendiam os critérios de inclusão devido a períodos de licenças e férias ocorridas ao tempo relativamente paralelo à aplicação do questionário e aceite de participação pelo pesquisado durante sua jornada de trabalho, perfazendo uma amostragem com participação de 30 indivíduos pesquisados após a liberação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HRA com o parecer favorável sob o nº 324/2012 conforme o ANEXO V.

A aplicação do questionário do ANEXO I referencia quanto a um instrumento de autoavaliação já validado pelo Ministério da Saúde e esta estruturado em cinco componentes como, mudança do sistema, educação e treinamento, avaliação e devolução da informação, lembretes no local de trabalho, clima institucional de segurança para higiene das mãos e critérios de liderança, onde o mesmo foi respondido por um membro da CCIH e este visando descrever e classificar a instituição em um de quatro níveis de promoção de higiene das mãos: inadequado, básico, intermediário e avançado, descrito a seguir (OMS, 2010):

Inadequado: práticas e promoção de higiene das mãos são deficientes. Melhora significativa é necessária.

Básico: algumas medidas estão implantadas, mas não num padrão satisfatório. Melhoria posterior é necessária.

Intermediário: uma estratégia apropriada de promoção de higiene das mãos está implantada e as práticas de higiene das mãos melhoraram. Agora é crucial desenvolver planos de longo prazo para garantir que a melhora seja sustentada e progressiva.

Avançado: promoção de higiene das mãos e práticas ótimas de higiene das mãos tem sido sustentada e ou melhoradas, ajudando a incorporar cultura de segurança no cenário de assistência à saúde.

Após a pontuação da resposta do questionário obtêm-se a seguinte classificação conforme a tabela com valores de referencias:

Instrumento de Autoavaliação	
Pontuação	
Componente	Subtotal
1. Mudança de Sistema	80
2. Educação e Treinamento	25
3. Avaliação e Devolutivas	25
4. Lembretes no Local de Trabalho	70
5. Clima Institucional de Segurança	30
Total	230

Tabela 1 – Resultado do instrumento de autoavaliação conforme o anexo I

Feito a análise do resultado de pontuação e comparado com os valores de referencias a seguir é realizado a classificação institucional quanto a perspectiva situacional da promoção e prática da higienização das mãos:

Pontuação Total (variação)	Nível de Higienização das mãos
0-125	Inadequada
126-250	Básica
251-375	Intermediária (ou em consolidação)
376-500	Avançada (ou sedimentada)

Tabela 2 – Valores de referencia do instrumento de autoavaliação conforme o anexo I

Comparando o valor do resultado (pontuação) se obtém o titulo do nível de higienização das mãos quanto a pratica situacional resultando no nível:

Resultado

Básica

Com este resultado do instrumento de autoavaliação evidencia que a instituição já possuem algumas medidas implantadas, mas ainda não atende um

padrão satisfatório, sendo necessária uma melhoria posterior a promoção da prática de higienização das mãos.

8.1 RAZÕES DA RESISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS RECOMENDAÇÕES.

A necessidade do entendimento de como o profissional de saúde venha a praticar a higienização das mãos é essencial para a necessidade de planejamento a se realizar intervenções nos estabelecimento de saúde (BRASIL, 2009).

Após aplicação do questionário conforme o anexo II foram tabulados os dados com o uso do programa *Excel* e aplicados cálculos como a prevalência de porcentagem e o uso de uma planilha também em *Excel* validada pela OMS para cálculos em porcentagem da percepção em relação a resposta obtidas de todos os indivíduos pesquisados tendo os seguintes resultados ilustrados em gráficos e tabelas com a discussão conforme a atender os objetivos desta pesquisa.

A média de idade dos indivíduos pesquisados foi de 43,4 anos sendo obtidos os seguintes dados a seguir:



Gráfico 1 – Resultado em % categoria por sexo, questionário anexo II

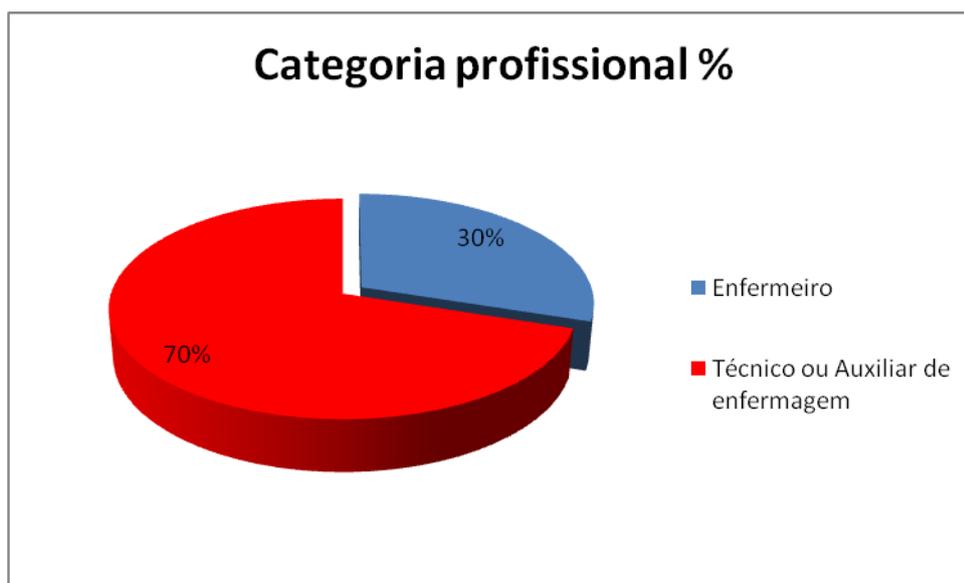


Gráfico 2 – Resultado, categoria profissional, questionário anexo II



Gráfico 3 – Resultado, disponibilidade de produto alcoólico, questionário anexo II

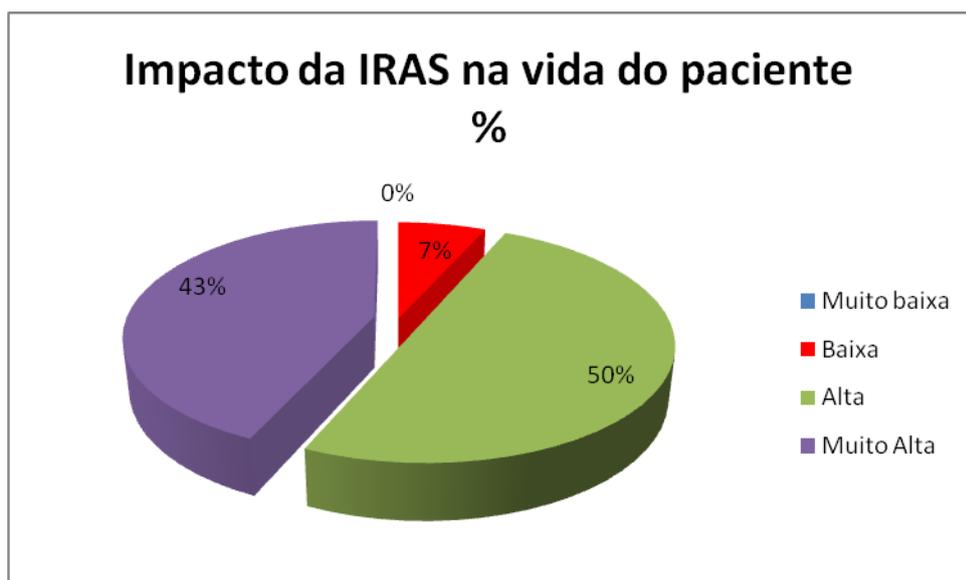


Gráfico 4 – Resultado, impacto da IRAS, questionário anexo II



Gráfico 5 – Resultado, adesão da equipe na higienização das mãos, questionário anexo II



Gráfico 6 – Resultado, adesão pessoal da higienização das mãos, questionário anexo II

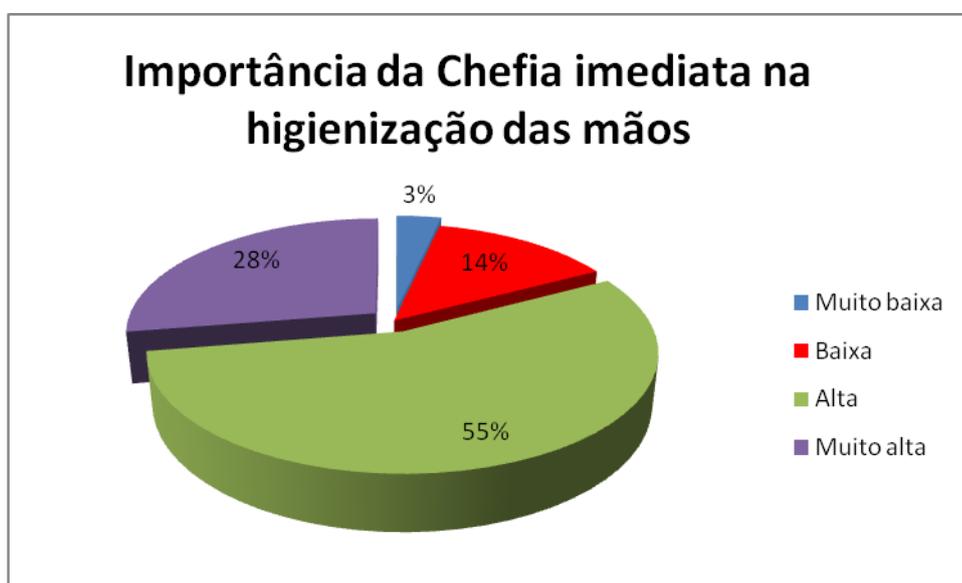


Gráfico 7 – Resultado, importância da chefia, questionário anexo II

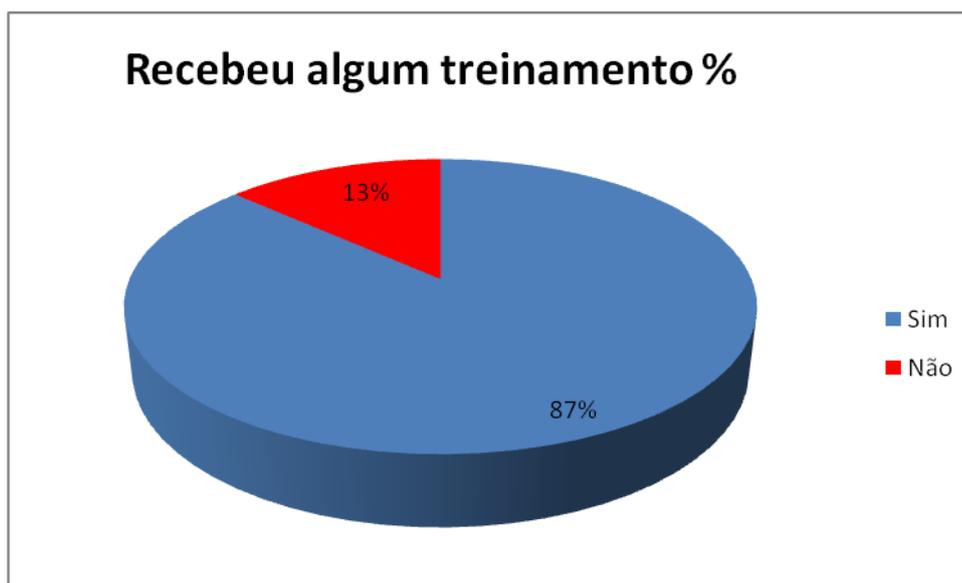


Gráfico 8 – Resultado, treinamento em higienização das mãos, questionário anexo II

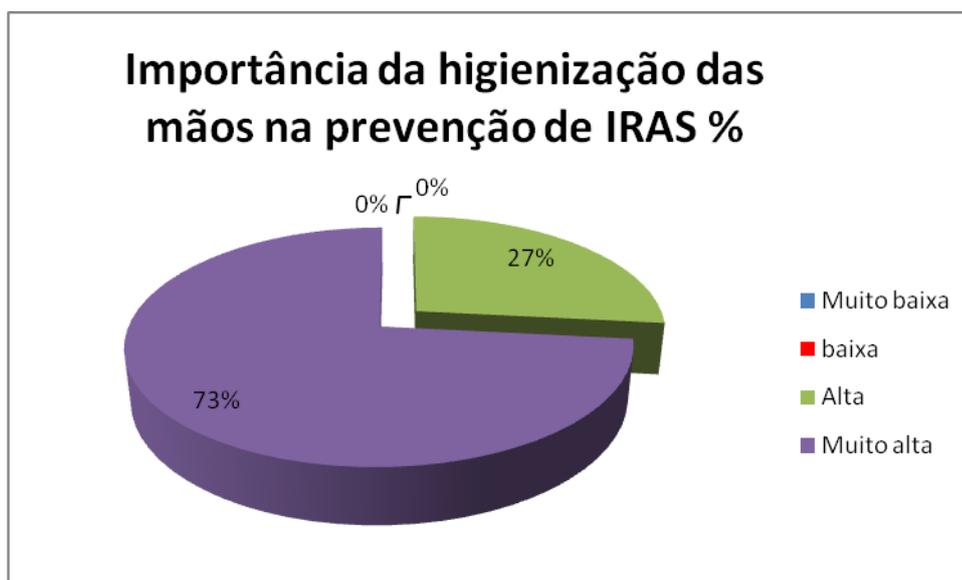


Gráfico 9 – Resultado, treinamento em higienização das mãos, questionário anexo II

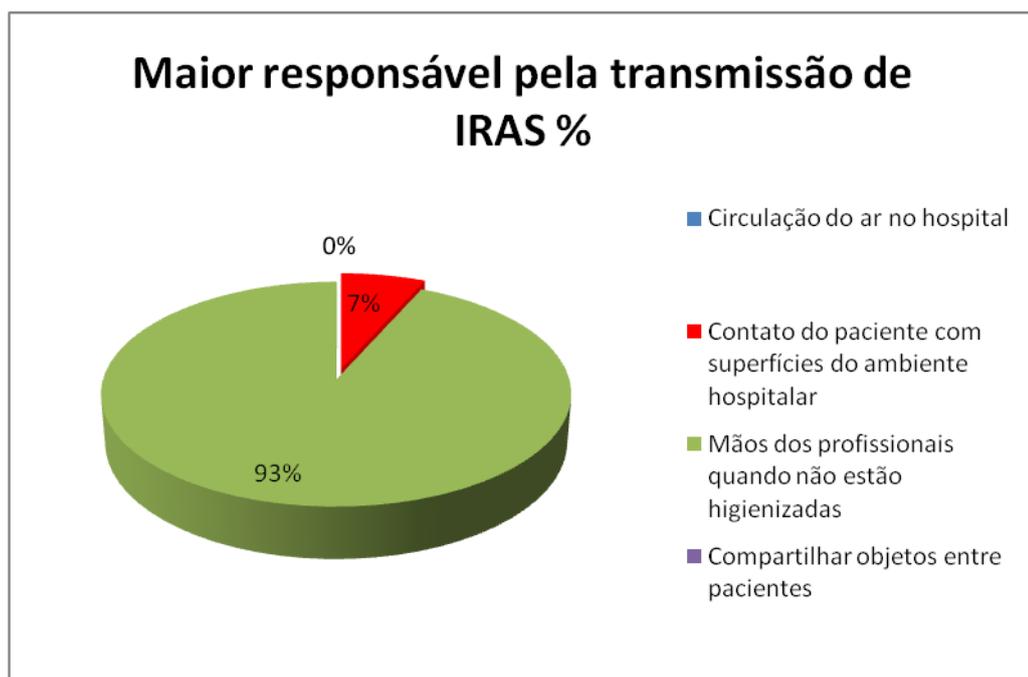


Gráfico 10 – Resultado, transmissão de IRAS, questionário anexo II

A maior representatividade de profissionais é do sexo feminino que é de dominância na área da enfermagem, correspondente a 83% conforme o gráfico 1, e sendo os profissionais do sexo masculino em menor número de profissionais, somente 17%; a categoria profissional conforme o gráfico 2, mostra a formação de auxiliares e técnicos de enfermagem como categoria dominante nos indivíduos pesquisados sendo 70% total da amostragem pesquisada e também se tratando dos mesmos serem os maiores responsáveis de maior contato direto com o paciente devido a necessidade de assistência de enfermagem e o profissional Enfermeiro corresponde a 30% da amostragem, se tratando que o mesmo é responsável pela sistematização de enfermagem e de determina o cuidado além de supervisionar e capacitar a equipe principalmente em relação a higienização das mãos, este resultado mostra um equilíbrio em relação proporção de Enfermeiro para auxiliares e técnicos de enfermagem.

Na questão em relação à disponibilidade de solução alcoólica todos são unânimes em confirma a presença dos mesmos para higienização das mãos, 100% conforme o gráfico 3, mostrando que todos tem o conhecimento e a percepção do

produto disponível para uso em seu labor em todos os níveis, tanto auxiliares e técnicos de enfermagem quanto aos enfermeiros.

No gráfico 4 é verificado que 93% dos indivíduos pesquisados reconhecem a problemática do impacto da IRAS na vida do paciente sendo Muito alta ou alta, com os valores respectivos em muito alta 43% e alta 50%, porém 7% da amostragem dos pesquisados acreditam que o impacto é de baixa relevância, contradizendo os trabalhos desenvolvidos sobre a prática de higienização das mãos na segurança do paciente.

A equipe de amostragem fornece o seguinte resultado, que seus parceiros em relação à adesão da higienização das mãos 57% atingem a média de 51% a 75% das práticas recomendadas para a correta higienização das mãos, 20% responde que atinge acima de 76%, porém um número razoável de indivíduos pesquisados acredita que a prática recomendada só atinge até 50% do recomendado sendo 23 % dos indivíduos conforme o gráfico 5.

Em relação ao gráfico 6 é visualizado uma distorção em relação ao gráfico anterior em que a equipe relata que os colegas de trabalho não atingem com eficiência a adesão de higienização das mãos e neste gráfico de avaliação individual os indivíduos pesquisados respondem que 70% realiza a pratica recomendada entre 81% a 100% das recomendações, mas 23% declara que é de 61% a 80% a adesão e que somente 7% declara que sua adesão é de 41 a 60% da pratica recomendada.

A equipe declara que a importância da chefia imediata na pratica da adesão de higienização mãos corresponde ao percentil de 55% alta e 28% muito alta que com a somatória temos um total de 83% dos indivíduos pesquisados declarando que a chefia é de grande importância nesta prática e menos de 17% declara que é baixa ou muito baixa conforme o gráfico 7.

No questionamento em relação à participação de treinamento, gráfico 8, a equipe de amostragem tem o percentil de 87% de sim de que participaram de algum treinamento sobre a higienização das mãos no ultimo ano e 13% declara que não; o gráfico 9 exhibe que a equipe de amostragem em sua totalidade reconhece em 100% a importância da pratica da higienização das mãos como meio de prevenção a IRAS tendo os percentis a seguir, muito alta 73% e 27% alta.

O gráfico 10 mostra que a percepção da equipe em relação ao maior meio responsável de transmissão são as mãos dos profissionais quando não estão higienizadas, 93% da amostragem da equipe e 7% relata que o maior responsável é o contato do paciente com a superfícies do ambiente hospitalar.

8.2 MELHORIA DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM.

Apesar da existência de inúmeras evidencias científicas sobre o impacto da correta higienização das mãos sobre as taxas de IRAS a adesão permanece baixa entre os profissionais de saúde que podem variar já descrito em alguns estudos variações entre 5% a 81% com média de adesão de 40% (PITTET, 2000).

Os resultados a seguir são da planilha de *Excel*, validada e utilizada no projeto mãos limpas com os dados tabulados da etapa 2:

1	ANEXO 5.2 - CONSOLIDADO DOS QUESTIONÁRIOS DE PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO (ETAPA 2)										
2											
3	ATENÇÃO: Preencher os campos com a SOMA das respostas para cada item avaliado										
4											
5	nº questionários respondidos	30									
6											
7	AVALIAÇÃO DE PERCEPÇÃO										
8	QUESTÃO 6	1 = péssimo	%	2 = ruim	%	3=regular	%	4=bom	%	5=ótimo	%
9	1	0	0	3	10	4	13	14	47	9	30
10	2	0	0	0	0	0	0	9	30	21	70
11	3	0	0	0	0	6	20	10	33	14	47
12	4	0	0	0	0	9	30	8	27	13	43
13	5	0	0	1	3	6	20	5	17	18	60
14	6	0	0	0	0	5	17	17	57	7	23
15	7	7	23	8	27	9	30	3	10	3	10
16	8	0	0	3	10	7	23	12	40	8	27
17	9	0	0	2	7	10	33	9	30	9	30
18	10	4	13	5	17	8	27	7	23	6	20
19	11	1	3	3	10	7	23	8	27	10	33
20	12	7	23	2	7	9	30	6	20	6	20

Tabela 3 – Valores consolidados do questionário de percepção, Excel - ETAPA 2, anexo II

22	AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO				
23	QUESTÃO 10	VERDADEIRO	%	FALSO	%
24	1	17	57	13	43
25	2	8	27	22	73
26	3	26	87	4	13
27	4	24	80	5	17
28	5		0	30	100
29	6	23	77	5	17
30					
31					
32		RESPOSTA CORRETA			

Tabela 4 – Valores consolidados do questionário de conhecimento, Excel - ETAPA 2, anexo II

A tabela 3 exhibe os dados consolidado e tabulados quanto a percepção da equipe de amostragem em relação as diversos aspectos sobre o processo de higienização das mãos, possuímos inúmeras análises sobre esses dados porem o que temos em destaque é sobre o item 2 onde conforme também o gráfico 3 é declarado com avaliação ótimo e bom sendo respectivamente 70% e 30% em relação a disponibilidade de produtos alcoólicos para a higienização das mãos pelo hospital.

O item 5 da tabela 3 também tem destaque em relação aos mecanismos de instruções visíveis para todos os profissionais de saúde onde se observa os percentis de 60% como ótimo, 17% boa e 20%, é observado que 97% da amostragem reconhecem os mecanismos de instruções presentes na instituição.

Em relação ao item 7, sobre a pratica dos pacientes a serem estimulados a lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as mãos tem a amostragem com 80% de declarações como péssimo, ruim ou regular, sendo respectivamente, 23%, 27% e 30% , porem o resultado é questionável em vista que a responsabilidade é do próprio profissional na execução do mesmo.

O questionamento sobre se os pacientes dão muita importância ao fato de você praticar uma excelente higiene das mãos foi quase que homogêneo a distribuição em média de igualdade de 20% para mais ou para menos em relação ao item 10, onde também um pesquisado não respondeu a este item.

O item 12 mostrou um percentil de 60% de avaliação como péssimo, ruim ou regular sobre o questionamento de que os profissionais recebem regularmente os resultados do próprio desempenho em higienização das mãos, sendo 23% péssimo, 7% ruim e 30% regular, tendo o restante avaliado como ótimo e bom porem este três se resultam como mais de 50% da amostra total dos indivíduos pesquisados

A tabela 4 exhibe os dados consolidado e tabulados quanto ao conhecimento da equipe de amostragem em relação às diversos aspectos sobre o processo de higienização das mãos, possuímos também inúmeras análises sobre esses dados porem o que temos em destaque do item 1 é que 43% dos indivíduos pesquisados alegam como falso o ato de friccionar as mãos com produto alcoólico sendo mais rápido do que higienizar as mãos com água e sabão.

O item 2 , exibe o percentil de 73% da equipe de amostragem que alegam verdadeiro o ato de usar álcool em gel em ser mais eficaz contra micro-organismos do que higienizar as mãos com água e sabão; item 3 possui o percentil de 83% em relação a mão deve estar toda coberta com a solução alcoólica.

O Item 4 é observado que 80% da equipe reconhecem que as mãos para ser higienizadas com solução alcoólica devem estar seca antes do uso, 17% relatam ser falso esta afirmação e 1 individuo não respondeu esta questão; no item 5 é unanime quanto ao resultado de 100% a não utilização de papel toalha após a fricção das mãos com produto alcoólico.

Este item descrito agora o 6 teve como resultado a prevalência de 77% verdadeiro porem foi respondido com algumas duvidas sobre o tempo mínimo necessário para eliminar os micro-organismos das suas mãos sendo de 20 segundos e 17% optaram como falso esta afirmação.

O resultado total em relação à tabela 4 evidencia que 49,7% dos indivíduos pesquisados têm duvidas quanto ao uso e a pratica da solução alcoólica conforme visualizado os dados em tabela.

8.3 PADRÕES DE COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.

É de extrema importância pensar no comportamento de adesão da higienização das mãos, a dinâmica da mudança comportamental é muito complexa e multifatorial, envolvendo a autoproteção, prática eletiva, motivação institucional, estruturais e até filosóficas (BRASIL, 2009).

A seguir são abordados os gráfico em relação a ficha cadastral anexo III, a respeito do tempo de formação e jornada de trabalho;

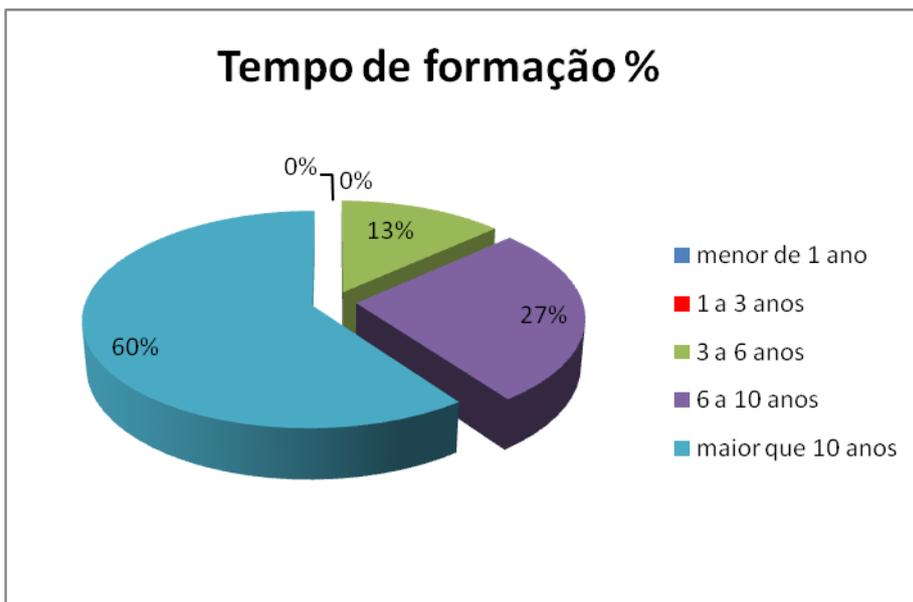


Gráfico 11 – Resultado, tempo de formação, questionário anexo III

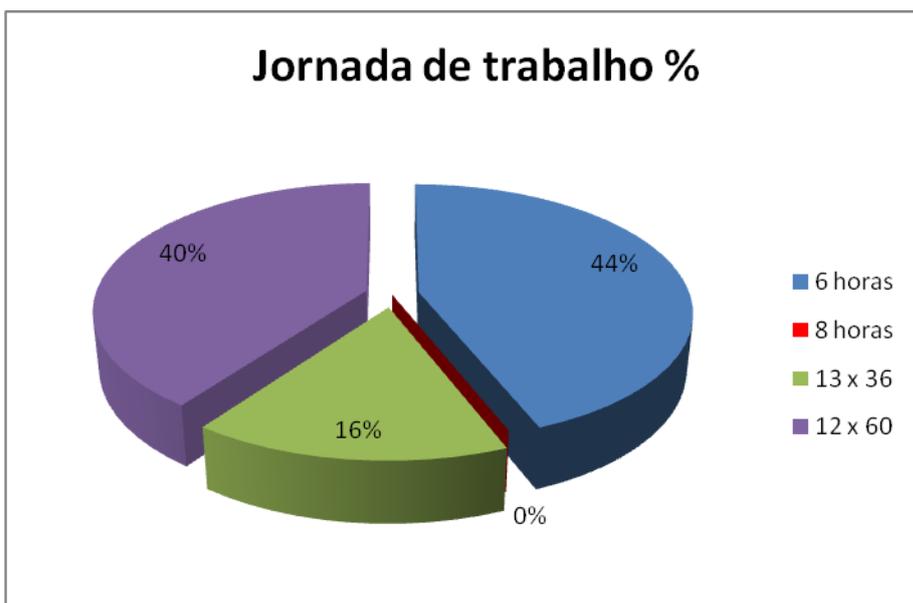


Gráfico 12 – Resultado, jornada de trabalho, questionário anexo III

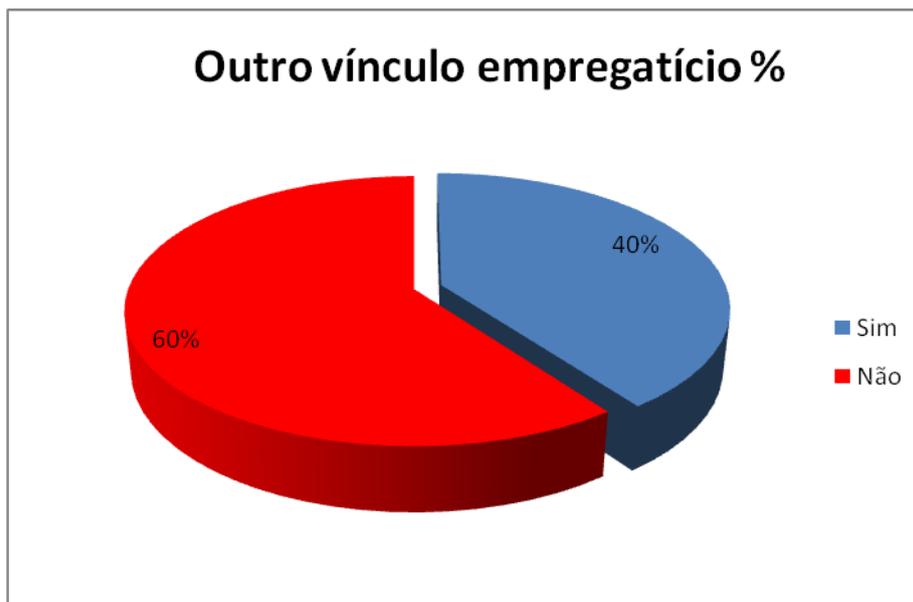


Gráfico 13 – Resultado, jornada de trabalho, questionário anexo III

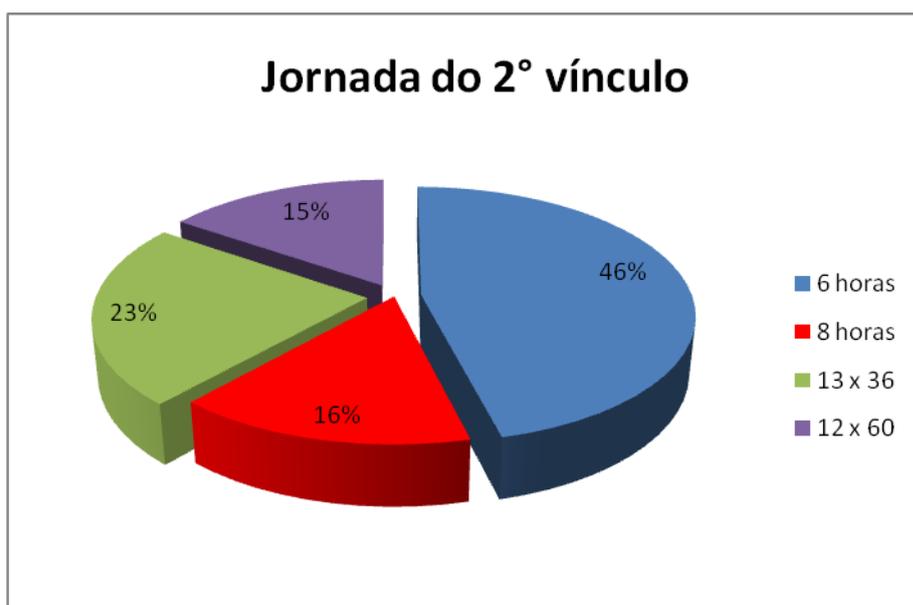


Gráfico 14 – Resultado, jornada de trabalho 2º vínculo, questionário anexo III

Os resultados obtidos do questionário do anexo III conforme os gráficos expostos mostra que o tempo de formação de 60% dos pesquisados é maior que 10 anos,

tendo 27% de 6 a 10 anos e 13% de 3 a 6 anos conforme o gráfico 11; entre estes profissionais pesquisados 44% são de escalas de trabalho de 6 horas, 40% são de 12 por 60 horas e 16% de 12 por 36 horas conforme o gráfico 12.

Seguindo os gráficos, o de numero 13 é questionado aos indivíduos pesquisados se possuem outro vinculo empregatício e tem-se o seguinte percentil, 60% que não e 40% que sim possuem outro vinculo empregatício e no gráfico 14 é mostrado que deste profissionais com segundo vinculo 46% tem o segundo vinculo de 6 horas, 23% de 12 por 36 horas, 16% de horas e 15% de 12 por 60 horas.

Evidenciando que quase metade da equipe possuem dupla jornada de trabalho e tempo maior de formação podendo influenciar na pratica de adesão da higienização das mãos.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É evidenciado que os indivíduos pesquisados têm a percepção da prática da higienização das mãos em relação aos riscos da não correta realização do mesmo e que isto pode impactar na vida do paciente por ele assistido, nos dados é verificado que a cada membro da equipe relata uma higienização das mãos não ideais em relação ao indicado no trabalho em equipe porém a maioria se autodenomina com adesão entre 81% a 100% divergindo da ideia do grupo no geral, porém todos reconhecem as medidas de prevenção de IRAS e que a instituição fornece amplamente os insumos necessários para a higienização das mãos e onde 85% dos indivíduos pesquisado já passaram por algum treinamento sobre a temática.

É verificado a necessidade de melhora no *feedback* para a equipe em relação ao impacto da adesão da higienização das mãos em vista que os mesmos sentem necessidades de um retorno maior, podendo aproveitar a chefia imediata já que 83% acreditam que a chefia tem muito alta ou alta no impacto de adesão a higienização e por isto a utilização de indicadores é essencial, uma ocasião em que se configura em uma medida que permite o monitoramento e a mensuração sendo capaz de identificar de estratégias de intensificação da melhoria a todo este processo, principalmente a valorização dos profissionais que atuam em todas as etapas desses serviços no ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Guia para Implantação da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/723a3f0040ab1bfc9ac7db45e19b1501/guia_de_implement.pdf?MOD=AJPERES.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos /ANVISA. Brasília, 2009.105p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Normas para o Programa de Controle de Infecção Hospitalar. D.O.U., 13 de maio de 1998.

BRUNNER & SUDDARTH, Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CESPEDES, C.; MILLER, M.; QUAGLIARELLO, B.; VAVAGIAKIS, P.; KLEIN, R.S.; LOWY, F.D. Differences between Staphylococcus aureus isolates from medical and nonmedical hospital personnel. Journal of Clinical Microbiology, v. 40, n. 7, p.2594-2597, 2002.

COUTO RC, Pedrosa TMG, Nogueira JM. Infecção Hospitalar - Epidemiologia, controle e tratamento. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Médica e Científica; 2003.

LACERDA RA JOUGLAS VMG & EGRY EY. A face iatrogênica do hospital as demandas para o controle das infecções hospitalares. Atheneu, São Paulo , 1996.

OMS. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf. 2012

OMS. A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.02_eng.pdf.

PEDIATRIA. Prevenção e controle de infecção hospitalar. Brasília. ANVISA, 2006. cap. 02, p. 19 – 21.

PITTET, D. Improving compliance with hand hygiene in hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol, Chicago, v. 21, n. 6, p. 381-386, junho 2000.

Resolução – RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/105968-42.html>

RODRIGUES EAC; MENDONÇA JS; AMARANTE JMB; ALVES FILHO MB; GRIMBAUM RS & RICHTMANN R. Infecções hospitalares prevenção e controle, sarvier, São Paulo, p.37-41,1997.

SANTOS, A. A. M. dos. Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/higienizacao_mao.pdf > Acesso em 11 nov. 2011.

SOUSA, C. M. M.; ALVES, M. S. C. F.; et.al. Os direitos dos usuários da saúde em casos de infecção hospitalar. Revista Brasileira Enfermagem. Brasília, v. 61, n. 4, jul./ago. 2008.

STAMM, W.E. Infetionsrelatedto medical devices.part.2. Ann.Int.med, v.89,n.5,p.764-9,1978.

TOMASI, N. G. S.; YAMAMOTO, R. M. Metodologia da pesquisa em saúde. Fundamentos essenciais. Curitiba: 1999. cap. 03.

1. Anexos

1.1. Anexo



Instrumento de Autoavaliação para Higiene das Mãos 2010

Introdução e Instrução para o Usuário

A **Estrutura de Autoavaliação para Higiene das Mãos** é uma ferramenta sistemática com a qual pode se proceder à análise situacional da promoção e práticas da higiene das mãos dentro de uma única instituição de assistência à saúde.

Qual é o seu propósito?

Além de provocar reflexão acerca dos recursos existentes e de suas realizações, o **Instrumento de Autoavaliação para Higiene das Mãos**, também contribui para focar em planejamento e desafios futuros. Ela atua, particularmente, como ferramenta de diagnóstico, identificando elementos chave que requerem atenção e melhorias. Os resultados podem ser utilizados para facilitar o desenvolvimento de um plano de ação para o programa de higiene das mãos da instituição. O uso repetido do **Instrumento de Autoavaliação para Higiene das Mãos** permitirá também a documentação do progresso ao longo do tempo.

Acima de tudo, esta ferramenta deverá ser um catalisador para implantação e sustentação de um amplo programa de higiene das mãos numa instituição de assistência à saúde.

Quem deve utilizar o Instrumento de Autoavaliação para Higiene das Mãos?

Esta ferramenta deve ser utilizada por profissionais encarregados de implantar estratégia para melhorar a higiene das mãos dentro de uma instituição de assistência à saúde. Se ainda não houver uma estratégia em implantação, ela pode então ser utilizada por profissionais encarregados do controle de infecção, ou administração superior. A estrutura pode ser utilizada globalmente por instituições de assistência à saúde em qualquer nível de progresso no que tange à higiene das mãos.

Como ela está estruturada?

O **Instrumento de Autoavaliação para Higiene das Mãos** está dividido em cinco componentes e 27 indicadores. Os cinco componentes refletem os cinco elementos da **Estratégia Multimodal da OMS para Melhoria de Higiene das Mãos** (<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>) e os indicadores foram selecionados para representar os elementos chave de cada componente. Estes indicadores estão baseados em evidência e consenso de especialistas e foram formatados em questões com respostas definidas (do tipo "SIM/NÃO" ou de múltipla escolha) a fim de facilitar autoavaliação. Baseado na pontuação obtida para os cinco componentes, a instituição é classificada em um de quatro níveis de promoção de higiene das mãos e prática: Inadequado, Básico, Intermediário e Avançado.

Inadequado: práticas e promoção de higiene das mãos são deficientes. Melhora significativa é necessária.

Básico: algumas medidas estão implantadas, mas não num padrão satisfatório. Melhoria posterior é necessária.

Intermediário: uma estratégia apropriada de promoção de higiene das mãos está implantada e as práticas de higiene das mãos melhoraram. Agora é crucial desenvolver planos de longo prazo para garantir que a melhora seja sustentada e progressiva.

Avançado: promoção de higiene das mãos e práticas ótimas de higiene das mãos tem sido sustentadas e ou melhoradas, ajudando a incorporar cultura de segurança no cenário de assistência à saúde.

Crítérios de liderança também foram identificados para reconhecer instituições que sejam consideradas centro de referência e contribuam para a promoção de higiene das mãos por meio de pesquisa, inovação e compartilhamento de informação. A avaliação, no que diz respeito aos critérios de liderança, deve ser apenas aplicada por instituições que tenham alcançado o nível avançado.

Como funciona?

Durante o preenchimento de cada componente do **Instrumento de Autoavaliação para Higiene das Mãos**, você deve circular ou destacar a resposta apropriada para sua instituição para cada questão. Cada resposta está associada a uma pontuação. Após preencher um componente, some as pontuações das respostas que você selecionou para obter um subtotal para aquele componente. Durante o processo de interpretação, estes subtotais são somados para se calcular a pontuação global a fim de se identificar o nível de higiene das mãos no qual a instituição de saúde será classificada.

A avaliação não deve levar mais do que trinta minutos, uma vez que a informação está facilmente disponível.

Dentro do **Instrumento** você encontrará uma coluna chamada "ferramentas de implantação OMS" listando as ferramentas disponíveis a partir do Primeiro Desafio Global de Segurança do Paciente da OMS a fim de facilitar a implantação da **Estratégia Multimodal da OMS para Melhoria de Higiene das Mãos** (<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>). Estas ferramentas estão listadas em relação aos indicadores relevantes incluídos no **Instrumento** e podem ser úteis ao se desenvolver um plano de ação dirigido às áreas identificadas como carentes de melhorias.

O Instrumento de Autoavaliação para Higiene das Mãos é adequado para comparação interinstitucional?

As instituições de assistência à saúde ou organismos nacionais podem considerar a adoção desta ferramenta para comparação externa ou *benchmarking*. Entretanto, este não foi o objetivo primário durante o desenvolvimento desta ferramenta. Particularmente, nós atentaríamos para os riscos inerentes ao uso de uma avaliação autorrelatada para *benchmarking* externo e também advertimos quanto ao cuidado se houver comparação entre instituições de diferentes tamanhos e complexidades, em diferentes cenários socioeconômicos. Seria essencial considerar estas limitações se comparação interinstitucional for adotada.



Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecções Relacionadas à Saúde



33º Congresso Brasileiro de Controle de Infecções e Epidemiologia Hospitalar
Saber 2012
7 e 11 de setembro de 2012

Instrumento de Auto-avaliação de Higiene das Mãos 2010

1. Mudança do Sistema			
Pergunta	Resposta	Pontuação	Ferramentas de melhoria da OMS
1.1 Qual é a disponibilidade de solução alcoólica para higiene das mãos na sua instituição? Escolha uma resposta	Não é disponível	0	→ Avaliação de infraestrutura da enfermaria; → Protocolo para avaliação de tolerabilidade e aceitabilidade do produto para higiene das mãos de base alcoólica em uso ou planejado para ser introduzido; método 1; → Guia de implantação II.1
	Disponível, mas eficácia ¹ e tolerabilidade ² não foram provadas	0	
	Disponível apenas em algumas enfermarias ou o fornecimento é irregular (com eficácia ¹ e tolerabilidade ² comprovadas)	5	
	Amplamente disponível na instituição com fornecimento regular (com eficácia ¹ e tolerabilidade ² comprovadas)	10	
	Amplamente disponível na instituição com fornecimento regular, e no ponto de assistência ³ na maioria das enfermarias (com eficácia ¹ e tolerabilidade ² comprovadas)	30	
	Amplamente disponível na instituição com fornecimento regular, em cada ponto de assistência ³ (com eficácia ¹ e tolerabilidade ² comprovadas)	50	
1.2 Qual é a relação pia:leito? Escolha uma resposta	Menos de 1:10	0	→ Avaliação de infraestrutura da enfermaria; → Guia de implantação II.1
	Pelo menos 1:10 na maioria das enfermarias	5	
	Pelo menos 1:10 na instituição e 1:1 nos quartos de isolamento e unidades de terapia intensiva	10	
1.3 Há fornecimento contínuo de água corrente limpa ⁴ ?	Não	0	→ Avaliação de infraestrutura da enfermaria; → Guia de implantação II.1
	Sim	10	
1.4 O sabão ⁵ está disponível em todas as pias?	Não	0	→ Avaliação de infraestrutura da enfermaria; → Guia de implantação II.1
	Sim	10	
1.5 Há toalhas de uso único disponíveis em todas as pias?	Não	0	→ Avaliação de infraestrutura da enfermaria; → Guia de implantação II.1
	Sim	10	
1.6 Há orçamento exclusivo/disponível para a contínua obtenção de produtos para higiene das mãos (e.g. produto para higiene das mãos de base alcoólica)?	Não	0	→ Avaliação de infraestrutura da enfermaria; → Guia de implantação II.1
	Sim	10	
Questão Extra: plano de ação			
Responda a esta questão APENAS se sua pontuação foi menor que 100 pra questões 1.1 a 1.6: Há um plano realista implantado para melhorar a infraestrutura em sua instituição de saúde?	Não	0	→ Ferramenta de planejamento de análise de custo para produto para Higiene das Mãos de base alcoólica; → Guia para produção local: formulações do produto recomendada pela OMS; → Guia de implantação II.1
	Sim	5	
Subtotal da Mudança do Sistema		/100	

1. Eficácia: O produto de base alcoólica para higiene das mãos utilizado deve apresentar padrões reconhecidos de eficácia antimicrobiana para antissepsia das mãos (padrões ASTM ou EN). Produtos de base alcoólica para higiene das mãos com eficácia antimicrobiana ótima geralmente contém 75 a 85% de etanol, isopropanol, ou n-propanol, ou uma combinação destes produtos. As formulações recomendadas pela OMS contém tanto 75% v/v isopropanol, ou 80% v/v etanol.

2. Tolerabilidade da pele: O produto de base alcoólica para higiene das mãos é bem tolerado pela pele dos profissionais de saúde (i.e. não danifica ou irrita a pele) quando utilizado na assistência clínica, conforme demonstrado por dados confiáveis. O Protocolo da OMS para Avaliação da Tolerabilidade e Aceitabilidade de Produto de Base Alcoólica para Higiene das Mãos em Uso ou Planejado pode ser utilizado como referência.

3. Ponto de assistência: É o local onde três elementos se unem: o paciente, o profissional de saúde, e cuidado ou tratamento envolvendo contato com o paciente ou seu arredor (dentro da zona do paciente). Produtos devem estar disponíveis no ponto de assistência sem que haja necessidade de se deixar a zona do paciente (idealmente ao alcance das mãos do profissional de saúde ou dentro do limite de dois metros).

4. Água corrente limpa: é o fornecimento de água canalizada (ou onde esta não é disponível, de armazenamento próprio com desinfecção apropriada) que apresenta padrões de segurança apropriados para contaminação química e microbiana. Detalhes adicionais podem ser encontrados em Padrões de Saúde Ambiental Essenciais em assistência à saúde (Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2008, http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/97892411547239_eng.pdf).

5. Sabão: Produtos com base de detergentes que não contém agentes antimicrobianos adicionados, ou podem contê-los apenas como preservativos. Eles estão disponíveis em várias formas incluindo sabão em barra, tecido, folha e preparações líquidas.

6. Infraestrutura: A "infraestrutura" aqui se refere a comodidades, equipamento e produtos que são necessários para se alcançar práticas ótimas de higiene das mãos na instituição. Especificamente, refere-se a indicadores incluídos nas questões 1.1-1.5 e detalhados nas Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos na Assistência à Saúde 2009, Parte I, Capítulo 23.5 (e.g. disponibilidade de produto de base alcoólica para higiene das mãos em todos os pontos de assistência, fornecimento de água corrente limpa e relação pia:leito de pelo menos 1:10, com sabão e toalha de uso único em cada pia).



Instrumento de Auto-avaliação de Higiene das Mãos 2010

2. Educação e Treinamento			
Pergunta	Resposta	Pontuação	Ferramentas de melhoria da OMS
2.1 Em relação ao treinamento de profissionais de saúde da sua instituição:			
2.1a Com qual frequência os profissionais de saúde recebem treinamento em relação à higiene das mãos? na sua instituição? Escolha uma resposta	Nunca	0	→ Diapositivos para aula de educação para treinadores, observadores e profissionais de saúde → Filmes de treinamento em higiene das mãos → Diapositivos acompanhando os filmes de treinamento → Diapositivos para o coordenador de higiene das mãos → Manual Técnico de referência em higiene das mãos → Material Impresso de "Quando, Como e Porquê Higiene das Mãos" → Guia de Implantação II.2
	Pelo menos uma vez	5	
	Treinamento regular para as equipes médica e de enfermagem, ou para todas as categorias profissionais (pelo menos uma vez ao ano)	10	
	Treinamento obrigatório para todas as categorias profissionais à admissão no emprego, e a partir de então treinamentos regulares (pelo menos uma vez ao ano)	20	
2.1b Há um processo implantado com o objetivo de se confirmar que todos os profissionais de saúde tenham completado este treinamento?	Não	0	→ Guia de Implantação II.2
	Sim	20	
2.2 Os seguintes documentos da OMS (disponível em www.who.int/gpsc/5may/tools) ou adaptações locais semelhantes estão facilmente disponíveis para todos os profissionais de saúde?			
2.2a O 'WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health-care: A Summary'	Não	0	→ Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos na assistência à saúde: um resumo
	Sim	5	
2.2b O WHO 'Hand Hygiene Technical Reference Manual'	Não	0	→ Manual técnico de referência em Higiene das Mãos
	Sim	5	
2.2c O WHO 'Hand Hygiene: Why, How and When' Brochure	Não	0	→ Brochura 'Higiene das Mãos, Porque, Como e Quando'
	Sim	5	
2.2d O WHO 'Glove Use Information' Leaflet	Não	0	→ Folheto sobre informação de utilização de luvas
	Sim	5	
2.3 Há um profissional com habilidades adequadas* para atuar como treinador em programas ativos educacionais em sua instituição de assistência à saúde?	Não	0	→ Diretrizes da OMS em Higiene das Mãos na Assistência à Saúde → Manual Técnico de referência em higiene das mãos → Filmes de treinamento em higiene das mãos
	Sim	15	
2.4 Há um sistema implantado de observadores para validação e treinamento de adesão à higiene das mãos?	Não	0	→ Diapositivos acompanhando os filmes de treinamento em higiene das mãos → Guia de implantação II.2
	Sim	15	
2.5 Há orçamento específico que permita treinamento em higiene das mãos?	Não	0	→ Carta padrão aos gestores defendendo a causa da higiene das mãos → Carta padrão aos gestores comunicando as iniciativas de higiene das mãos → Padrão de plano de ação → Guia de Implantação II.2 e III.1 (página 33)
	Sim	10	
Subtotal de Treinamento e Educação		/100	

7. **Treinamento em higiene das mãos:** Este treinamento pode ser feito utilizando-se diferentes métodos mas a informação veiculada deve se basear na Estratégia Multimodal da OMS para Melhoria da Higiene das Mãos ou material semelhante. O treinamento deve incluir o seguinte:

- Definição, impacto e carga das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS)
- Formas relevantes de transmissão de patógenos associados à assistência à saúde
- Prevenção de IRAS e papel crítico da higiene das mãos
- Indicações da higiene das mãos (baseadas na abordagem da OMS 'Meus 5 Momentos para Higiene das Mãos')
- Técnica correta de higiene das mãos (referir-se a 'Como friccionar as Mãos' e 'Como Lavar as Mãos')

8. **Profissional com habilidades adequadas:** Equipe médica ou de enfermagem treinadas em controle de infecção ou doenças infecciosas, cujas tarefas incluem tempo exclusivo para treinamento em higiene das mãos. Em alguns cenários, as equipes poderiam ser médica ou de enfermagem envolvidas na assistência clínica, com tempo exclusivo para adquirir conhecimento completo da evidência e práticas corretas e de higiene das mos (o mínimo conhecimento necessário pode ser encontrado nas Diretrizes da OMS para Higiene das Mãos na Assistência à Saúde e no Manual Técnico de Referência para Higiene das Mãos).



Instrumento de Auto-avaliação de Higiene das Mãos 2010

3. Avaliação e Devolução da informação			
Pergunta	Resposta	Pontuação	Ferramentas de melhoria da OMS
3.1 Há auditorias regulares nas unidades (pelo menos uma vez ao ano) para avaliação da disponibilidade de produto alcoólico para higiene das mãos, sabão, toalhas de uso único e outros recursos para higiene das mãos?	Não	0	→ Investigação de infraestrutura das enfermarias → Guia de Implantação II.3
	Sim	10	
3.2 O conhecimento dos profissionais de saúde são avaliados pelo menos uma vez ao ano em relação aos seguintes tópicos (e.g. após sessão educativa)?			
3.2a Indicações para higiene das mãos	Não	0	→ Questionário de higiene das mãos para profissionais de saúde → Guia de Implantação II.3
	Sim	5	
3.2b Técnica correta de higiene das mãos	Não	0	→ Guia de Implantação II.3
	Sim	5	
3.3 Monitoramento indireto da adesão à higiene das mãos			
3.3a O consumo de produto alcoólico para higiene das mãos é monitorado regularmente (pelo menos a cada 3 meses)?	Não	0	→ Pesquisa do consumo de sabão/produto alcoólico para higiene das mãos → Guia de Implantação II.3
	Sim	5	
3.3b O consumo de sabão é monitorado regularmente (pelo menos a cada 3 meses)?	Não	0	→ Guia de Implantação II.3
	Sim	5	
3.3c O consumo de produto alcoólico para higiene das mãos é de pelo menos 20 L por 1000 pacientes/dia	Não (ou não medido)	0	→ Guia de Implantação II.3
	Sim	5	
3.4 Monitoramento direto da adesão à higiene das mãos Preencha a seção 3.4 apenas se os observadores de adesão à higiene das mãos foram treinados e validados e utiliza a metodologia da OMS 'Meus 5 Momentos para Higiene das Mãos' (ou uma semelhante)			
3.4a Qual a frequência da observação direta à adesão à higiene das mãos utilizando-se a ferramenta de observação da higiene das mãos da OMS? Escolha uma resposta	Nunca	0	→ Formulário da OMS para Observação da higiene das mãos → Manual Técnico de referência para higiene das mãos → Guia de Implantação II.3
	Irregularmente	5	
	Anualmente	10	
	A cada 3 meses ou com maior frequência	15	
3.4b Qual é a taxa global de adesão à higiene das mãos na sua instituição de acordo com a ferramenta de observação da higiene das mãos da OMS (ou técnica semelhante)? Escolha uma resposta	≤ 30%	0	→ Guia de Implantação II.3 → Formulário de observação → Ferramenta de análise de entrada de dados → Instruções para entrada de dados e análise → Software ⁹ Epi Info™ → Instrumento para divulgação de resumo de dados
	31-40%	5	
	41-50%	10	
	51-60%	15	
	61-70%	20	
	71-80%	25	
≥ 81%	30		
3.5 Devolutiva			
3.5a Devolutiva imediata Há devolutiva imediata aos profissionais de saúde ao final de cada sessão de observação de adesão à higiene das mãos?	Não	0	→ Guia de Implantação II.3 → Formulários de observação e de cálculo de adesão básica
	Sim	5	
3.5b Devolutiva sistemática Há devolutiva regular (sem pelo menos semestral) de dados relacionados aos indicadores de higiene das mãos com demonstração da tendência ao longo do tempo, dispensada a:			→ Instrumento para divulgação de resumo de dados → Guia de Implantação II.3
3.5bi Profissionais de saúde	Não	0	
	Sim	7,5	
3.5bii Liderança da instituição	Não	0	
	Sim	7,5	
Subtotal de Avaliação e Devolutiva		100	

9. Epi Info™: Este software pode ser baixado sem custo pelo website do CDC (<http://www.cdc.gov/epiinfo/>)



Instrumento de Auto-avaliação de Higiene das Mãos 2010

4. Lembretes no Local de Trabalho			
Pergunta	Resposta	Pontuação	Ferramentas de melhoria da OMS
4.1 Há os seguintes cartazes expostos (ou um equivalente produzido localmente de conteúdo semelhante)?			→ Guia de Implantação II.4
4.1a Cartaz explicando as indicações de higiene das mãos Escolha uma resposta	Não exposto	0	→ Seus 5 momentos para higiene das mãos (cartaz)
	Exposto em algumas áreas de internação/tratamento	15	
	Exposto na maioria das áreas de internação/tratamento	20	
	Exposto em todas as áreas de internação/tratamento	25	
4.1b Cartaz explicando a técnica correta do uso de produto alcoólico para higiene das mãos Escolha uma resposta	Não exposto	0	→ Como utilizar o produto alcoólico para higiene das mãos (cartaz)
	Exposto em algumas áreas de internação/tratamento	5	
	Exposto na maioria das áreas de internação/tratamento	10	
	Exposto em todas as áreas de internação/tratamento	15	
4.1c Cartaz explicando a técnica correta de lavagem das mãos Escolha uma resposta	Não exposto	0	→ Como lavar as mãos (cartaz)
	Exposto em algumas áreas de internação/tratamento	5	
	Exposto na maioria das áreas de internação/tratamento	7,5	
	Exposto em todas as áreas de internação/tratamento	10	
4.2 Qual a frequência com que são feitas auditorias de todos os cartazes a fim de se evidenciar danos com reposição se necessário? Escolha uma resposta	Nunca	0	→ Guia de implantação II.4
	Pelo menos uma vez ao ano	10	
	A cada 2 -3 meses	15	
4.3 Há outros cartazes que não os acima mencionados promovendo HM e que são regularmente atualizados?	Não	0	→ Guia de implantação II.4
	Sim	10	
4.4 Há folhetos informativos sobre higiene das mãos disponíveis nas enfermarias?	Não	0	→ Folheto de 'Higiene das Mãos: quando e como?' → Guia de Implantação II.4
	Sim	10	
4.5 Há outros lembretes no local de trabalho espalhados por toda a instituição? (s.g protetores de tela, crachás, adesivos etc)	Não	0	→ Protetor de tela 'SALVE VIDAS: limpe suas mãos' → Guia de Implantação II.4
	Sim	15	
Subtotal de Lembretes no Local de Trabalho		/100	



Instrumento de Auto-avaliação de Higiene das Mãos 2010

5. Clima Institucional de Segurança para Higiene das Mãos			
Pergunta	Resposta	Pontuação	Ferramentas de melhoria da OMS
5.1 No que diz respeito a uma equipe de higiene das mãos ¹² que seja especificamente dedicada à promoção e implantação de práticas ótimas de higiene das mãos na sua instituição:			→ Guia de Implantação II.5
5.1a Este grupo está estabelecido?	Não	0	
	Sim	5	
5.1b Este grupo se reúne regularmente (pelo menos uma vez ao mês)?	Não	0	
	Sim	5	
5.1c Este grupo dispõe de tempo exclusivo para conduzir ativamente a promoção de higiene das mãos? (e.g. organização de novas atividades, ensino de monitoramento do desempenho da higiene das mãos)	Não	0	
	Sim	5	
5.2 Os membros da liderança da instituição claramente se comprometeram a dar respaldo à melhoria da higiene das mãos? (e.g. compromisso escrito ou verbal com a promoção da higiene das mãos recebido pela maioria dos profissionais de saúde)			→ Carta padrão aos gestores defendendo a higiene das mãos → Carta padrão aos gestores comunicando as iniciativas de higiene das mãos → Guia de Implantação II.5
5.2a Alta direção ou superintendência	Não	0	
	Sim	10	
5.2b Diretor Médico	Não	0	
	Sim	5	
5.2c Diretor de Enfermagem	Não	0	
	Sim	5	
5.3 Há um plano claro estabelecido para a promoção da higiene das mãos e disseminado na instituição para 5 de maio (Iniciativa Anual 'Salve Vidas, Limpe Suas Mãos')			→ Melhoria sustentada – Atividades adicionais para a consideração de instituições de assistência à saúde → Guia de Implantação II.5
	Não	0	
	Sim	10	
5.4 Há um sistema implantado de identificação de líderes em higiene das mãos para todos os serviços?			
5.4a Um sistema para eleger os campeões de higiene das mãos ¹¹	Não	0	
	Sim	5	
5.4b Um sistema para reconhecimento e utilização de pessoas respeitadas e que sirvam de exemplo em higiene das mãos ¹²	Não	0	
	Sim	5	
5.5 No que diz respeito ao envolvimento do paciente na promoção da higiene das mãos			→ Orientação sobre engajamento de pacientes e iniciativas de organizações de pacientes em higiene das mãos → Guia de Implantação II.5
5.5a Os pacientes são informados acerca da importância da higiene das mãos? (e.g. com um folheto)	Não	0	
	Sim	5	
5.5b Há um programa formalizado de engajamento do paciente sendo empregado?	Não	0	
	Sim	5	
5.6 Há iniciativas para respaldar melhorias contínuas locais sendo empregadas na sua instituição, por exemplo:			→ Melhoria sustentada – Atividades adicionais para a consideração de instituições de assistência à saúde → Guia de Implantação II.5
5.6a Ferramentas de E-learning (APRENDIZADO PELA INTERNET) em higiene das mãos	Não	0	
	Sim	5	
5.6b meta institucional de higiene das mãos estabelecida anualmente?	Não	0	
	Sim	5	
5.6c sistema para compartilhamento intra-institucional de inovações confiáveis e testadas?	Não	0	
	Sim	5	
5.6d comunicados que mencionem regularmente a higiene das mãos (e.g. boletins institucionais, reuniões clínicas)	Não	0	
	Sim	5	
5.6e Sistema para responsabilização pessoal ¹³	Não	0	
	Sim	5	
5.6f Um sistema camarada ¹⁴ para novos funcionários	Não	0	
	Sim	5	
Clima Institucional de Segurança para Higiene das Mãos		/100	



Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecções Relacionadas à Saúde



XIII Congresso Brasileiro
de Controle de Infecção e
Epidemiologia Hospitalar
Setor 2012
7 a 11 de setembro de 2012

Instrumento de Auto-avaliação de Higiene das Mãos 2010

10. Equipe de Higiene das mãos: A configuração deste grupo pode variar. É provável que mais frequentemente seja constituído por uma unidade de controle de infecção, mas pode variar (a depender dos recursos disponíveis) de uma única pessoa com o papel de gerenciar o programa de higiene das mãos, até um grupo de membros de equipes de diferentes departamentos da instituição com reuniões exclusivas do programa de higiene das mãos.

11. Campeão de higiene das mãos: Uma pessoa que advoga pelas causas da segurança do paciente e padrões de higiene das mãos e assume a responsabilidade de divulgar um projeto em sua unidade ou por toda a instituição.

12. Pessoa modelo em higiene das mãos: Uma pessoa que serve com um exemplo, cujo comportamento é seguido pelos outros. Particularmente, uma pessoa modelo para higiene das mãos deve ter taxa de adesão a esta prática de pelo menos 80%, ser capaz de lembrar a outros a aderir e ser capaz de ensinar na prática os conceitos dos 5 momentos para higiene das mãos da OMS.

13. Sistema para responsabilização pessoal: Ações explícitas estão vigentes para estimular profissionais de saúde a se responsabilizarem por seu comportamento no que diz respeito às práticas de higiene das mãos. Exemplos são a notificação por observadores ou profissionais do controle de infecção, ter sua atenção chamada por pares e relatos às autoridades de nível mais alto da instituição, com possíveis consequências na avaliação individual.

14. Sistema camarada: Um programa de duplas no qual cada novo profissional de saúde é ligado a um profissional já estabelecido e treinado que assume a responsabilidade por apresentar ao novato a cultura de higiene das mãos no ambiente de assistência à saúde (incluindo treinamento prático das indicações e técnicas para a realização da higiene das mãos, e explicação da promoção das iniciativas de higiene das mãos dentro da instituição).



Instrumento de Auto-avaliação de Higiene das Mãos 2010

Interpretação: Um Processo de Quatro Etapas

1.
Some seus
pontos

Pontuação	
Componente	Subtotal
1. Mudança de Sistema	
2. Educação e Treinamento	
3. Avaliação e Devolutivas	
4. Lembretes no Local de Trabalho	
5. Clima Institucional de Segurança	
Total	

2.
Determine o
"Nível de Higiene das
Mãos" para no qual a sua
instituição foi classificada

Pontuação Total (variação)	Nível de Higiene das Mãos
0-125	Inadequada
126-250	Básica
251-375	Intermediária (ou em consolidação)
376-500	Avançada (ou sedimentada)

3.
Se sua instituição alcançou o nível
Avançado, então preencha a seção na
página seguinte

(caso contrário, vá para a etapa quatro)

4.
Reveja as áreas de sua instituição identificadas por
esta avaliação como necessitando melhorias e
desenvolva um plano de ação voltado a elas
(iniciando com as ferramentas relevantes de
melhoria da OMS listadas). Guarde uma cópia desta
avaliação para comparar reavaliações futuras.



Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecções Relacionadas à Saúde



III Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar
Santos 2012
7 a 11 de outubro de 2012

Instrumento de Auto-avaliação de Higiene das Mãos 2010

Critérios de Liderança	Resposta (circule uma)	
Mudança de Sistema		
Foi realizada análise de custo-benefício de alterações de infraestrutura necessárias para o desempenho ótimo de higiene das mãos no ponto de assistência ?	Sim	Não
A higiene das mãos é realizada em 80% das oportunidades com produto alcoólico na sua instituição?	Sim	Não
Treinamento e Educação		
O grupo de higiene das mãos treinou representantes de outras instituições na área de higiene das mãos?	Sim	Não
Os princípios de higiene das mãos foi incorporado nos currículos educacionais locais de médicos e enfermeiros?	Sim	Não
Avaliação e Devolutivas		
As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) específicas são monitoradas? (e.g. Staphylococcus aureus, Bacteremia por Gram negativos, infecções relacionadas a dispositivos)	Sim	Não
Há um sistema implantado para monitoramento de IRAS em áreas de alto risco? (e.g. unidades de terapia intensiva e neonatal)	Sim	Não
Há avaliação de prevalência global de IRAS ampla na instituição realizada pelo menos uma vez ao ano?	Sim	Não
As taxas de IRAS são apresentadas à liderança da instituição e aos profissionais de saúde juntamente com os dados de adesão à higiene de mãos?	Sim	Não
Há avaliação estruturada empregada para entender os obstáculos à adesão ótima de higiene das mãos e das causas de IRAS no nível local, e com resultados relatados à liderança da instituição?	Sim	Não
Lembrete no Local de Trabalho		
Há um sistema desenvolvido para criação de novos cartazes pelos profissionais de saúde locais?	Sim	Não
Os cartazes criados na sua instituição são utilizados por outras instituições?	Sim	Não
Tipos inovadores de lembretes de higiene das mãos foram desenvolvido e testado na sua instituição?	Sim	Não
Clima de Segurança Institucional		
Há uma agenda local de pesquisa em higiene das mãos desenvolvida e dirigida a aspectos identificados pela OMS como necessitando investigação	Sim	Não
A sua instituição tem participado ativamente em publicações ou apresentações em conferências (poster ou oral) na área de higiene das mãos?	Sim	Não
Os pacientes são convidados a lembrar os profissionais de saúde a higienizar suas mãos?	Sim	Não
Os pacientes e visitantes são educados a higienizar suas mãos corretamente?	Sim	Não
A sua instituição contribui ou dá respaldo à campanha nacional de higiene das mãos (se existente)?	Sim	Não
A avaliação do impacto da campanha de higiene das mãos é incorporada no planejamento do programa de controle de infecção?	Sim	Não
A sua instituição estabelece uma meta anual para melhoria da adesão à higiene das mãos em toda a instituição?	Sim	Não
Se a sua instituição tem uma meta, ela foi alcançada no último ano?	Sim	Não
Total	/20	

Sua instituição alcançou o **Nível de Liderança em Higiene das Mãos** se respondeu 'sim' a pelo menos um dos critérios de liderança por categoria e seu total de pontuação de liderança foi 12 ou mais. Parabéns e obrigada!

1.2. Anexo II

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Nº de Identificação: _____

Identificação

A. Setor/Unidade em que trabalha _____

B. Sexo Masculino () Feminino ()

C. Qual a sua idade? _____

D. Qual sua categoria profissional?

() Médico

() Enfermeiro

() Técnico ou Auxiliar de Enfermagem

() Fisioterapeuta

() Outro profissional da área da saúde:

Qual? _____ (Ex: Fonoaudiólogo,
Nutricionista, Técnico de Radiologia, Técnico de outra área, etc).



Responda às seguintes perguntas marcando com X

1. Existe algum produto alcoólico disponível para higienização das mãos na instituição?

() Sim () Não

2. Em geral, qual é o impacto de uma infecção hospitalar na vida do paciente?

() Muito baixa () Alta
() Baixa () Muito alta

3. Na sua opinião, qual a porcentagem de adesão à higiene de mãos pelos profissionais de saúde?

() 0% a 25% () 51% a 75%
() 26% a 50% () acima de 76%

4. Com relação as recomendações para higienização das mãos, qual a porcentagem de vezes que você a realiza?

() 0% a 20%
() 21% a 40%
() 41% a 60%
() 61% a 80%
() 81% a 100%

5. Qual é a importância que sua chefia imediata dá para o assunto "higiene das mãos"?

- () Muito baixa () Alta
 () Baixa () Muito alta

6. Atribua para as frases a seguir, uma pontuação numa escala de 1 a 5, conforme :

1 = péssimo; 2 = ruim; 3 = regular; 4 = bom; 5 = ótimo

	1	2	3	4	5
1. As lideranças/gerências executivas/chefias apóiam e promovem a higiene das mãos.					
2. O hospital disponibiliza produto alcoólico para a higiene das mãos no ponto de assistência.					
3. Os cartazes sobre higiene das mãos estão expostos nos pontos de assistência/tratamento para servir como lembretes.					
4. Todo profissional de saúde é treinado em higiene das mãos.					
5. Instruções claras e simples sobre higiene das mãos estão visíveis para todos os profissionais de saúde.					
6. Você pratica uma perfeita higiene das mãos.					
7. Os pacientes são estimulados a lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as mãos.					
8. Sua chefia dá muita importância ao fato de você praticar uma excelente higiene das mãos.					
9. Seus colegas de trabalho dão muita importância ao ato de você praticar uma excelente higiene das mãos.					
10. Os pacientes dão muita importância ao fato de você praticar uma excelente higiene das mãos.					
11. É grande o esforço necessário para fazer uma boa higiene das mãos ao prestar assistência aos pacientes.					
12. Os profissionais de saúde recebem regularmente os resultados do próprio desempenho em higienização das mãos					

7. Você recebeu algum treinamento em higienização das mãos no último ano?

- () Sim () Não

8. Qual é a importância da higiene das mãos na prevenção de infecções hospitalares?

- () Muito baixa () Alta
 () Baixa () Muito alta

9. Qual dos itens a seguir é o maior responsável pela transmissão de infecção hospitalar para o paciente?

- () Circulação do ar no hospital
 () Contato do paciente com superfícies do ambiente hospitalar
 () Mãos dos profissionais quando não estão higienizadas
 () Compartilhar objetos entre pacientes

10. Em relação á técnica de higienização de mãos com produto alcoólico, responda Verdadeiro ou Falso:

	Verdadeiro	Falso
1. Friccionar as mãos com produto alcoólico é mais rápido do que higienizar as mãos com água e sabão.		
2. Friccionar as mãos com produto alcoólico é mais eficaz contra os micro-organismos do que lavar as mãos com água e sabão.		
3. O produto alcoólico deve cobrir todas as superfícies de ambas as mãos.		
4. As mãos têm de estar secas antes do uso.		
5. Pode-se secar as mãos com papel toalha após fricção das mãos com produto alcoólico.		
6. O tempo mínimo necessário para eliminar os micro-organismos das suas mãos é de 20 segundos.		

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

1.3. Anexo III**Nº de Identificação:** _____**Obs: Ficha Cadastral**

1. Qual o seu tempo de formação?

 menor de 1 ano 1 a 3 anos 3 a 6 anos 6 a 10 anos maior que 10 anos

2. Qual a sua jornada de trabalho?

 6 horas 8 horas 12x36 12x60

3. Tem outro vínculo empregatício?

 sim não

4. Se respondeu sim para a questão numero 3 responda:

Qual a jornada de trabalho do segundo vínculo empregatício?

 6 horas 8 horas 12x36 12x60

1.4. ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), do Projeto de Pesquisa intitulada “**ADESÃO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE - ESTRATÉGIA MULTIMODAL PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)**”. Eu Joel Junior de Moraes, sou o pesquisador responsável e minha área de atuação é Ciências da saúde – Enfermagem, orientado pela Prof^a Mestre Paula Fernandes Chadi. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma e poderá desistir em participar da pesquisa a qualquer momento sem penalidades. Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Joel Junior de Moraes ou orientadora da pesquisa Prof^a Mestre Paula Fernandes Chadi no endereço e telefone: Av. Getúlio Vargas, 1200 – Vila Nova Santana – Assis – SP – 19807-634. Fone/Fax: (0XX18) 3302 1055, e-mail: joeljrmoraes@hotmail.com / pchaditondatti@hotmail.com. Em casos de dúvidas **sobre a ética aplicada a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Regional de Assis no telefone: (18) 3302-6017. **Justificativa:** As infecções hospitalares constituem um grave problema de saúde pública, gerando altas morbidades, mortalidade hospitalar e altos custos econômicos, comprometendo a qualidade assistencial. Nesta realidade nos deparamos com um grande desafio, exigindo dos responsáveis pelos serviços de saúde ações efetivas de prevenção e controle onde devem ser prioridade no planejamento estratégico das instituições comprometidas com o cuidado de saúde mais seguro. **Objetivos:** Identificar as razões da resistência dos profissionais de saúde às recomendações; instituir a incorporação de novos projetos educacionais visando à melhoria do processo ensino-aprendizagem, contribuindo para a formação de profissionais conscientes da necessidade de boas práticas da higienização das mãos; determinar padrões de comportamento em relação à higienização das mãos. **Relevância/importância da pesquisa:** O trabalho se torna extremamente válido e importante para a comunidade acadêmica, instituições de saúde e população uma vez que visa verificar a qualidade e eficácia da prática de higienização das mãos através da implantação de um projeto de esfera global (OMS) em uma instituição de saúde. **Procedimentos:** será utilizado um instrumento constituído de questionário para coleta de dados, **Especificação:** Os benefícios e os riscos decorrentes da participação da pesquisa irá contribuir para a avaliação de novos critérios na higienização das mãos. Acompanhamento conforme o cronograma. **Esclarecimento:** não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação; **Será garantido:** sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa; **Apresenta-se** a garantia expressa de liberdade do sujeito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu trabalho.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG ou CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “ADESÃO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE” como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador Joel Junior de Moraes sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Local e data _____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do pesquisado

Eu, _____ obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa ou representante legal para a participação da pesquisa.

Assinatura do pesquisador responsável

1.5. ANEXO V