



# IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA EM TOCANTINS

## IMPLEMENTATION OF THE HAND HYGIENE PROTOCOL AT THE ARAGUAÍNA REGIONAL HOSPITAL IN TOCANTINS

Ana Ydelplynya Guimarães AMARO  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz)  
E-mail: anaamaro2005@hotmail.com  
ORCID: <http://orcid.org/0009-0006-7565-3999>

Ruth Diniz Braga de SOUZA  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz)  
E-mail: ruthdailha@gmail.com

Luciana Yumi UE  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz)  
E-mail: Luciana.y.ue@gmail.com

### RESUMO

A higienização das mãos constitui uma das metas internacionais de segurança do paciente, preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e, no Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e deve ser incorporada nos protocolos visando melhorar a cultura e segurança nas instituições e promover a mitigação das infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS). Optou-se em um projeto de intervenção na modalidade piloto em uma das alas do Hospital Regional de Araguaína (HRA). Objeto: Implantar o protocolo de Higienização de Mãos (HM) na ala E, entre os meses de maio de 2020 até dezembro de 2020. Como método escolhemos um estudo de intervenção prospectivo, utilizando ferramentas compatíveis com a estratégia multimodal para implantação da higienização das mãos e levando em consideração a realidade institucional observada no início do projeto. Após a análise situacional e elaboração do plano de ação. Conclusão: Com a implantação e seguindo todas as propostas do processo esperamos que ocorra um aumento do número dos profissionais aderidos as boas práticas de higienização das mãos e que os insumos estejam sendo utilizados de forma adequada e contínua.

**Palavras-chave:** Higienização de mãos. Segurança do Paciente. Protocolo.

## ABSTRACT

Hand hygiene is one of the international patient safety goals, recommended by the World Health Organization (WHO) and, in Brazil, by the National Health Surveillance Agency (ANVISA). It should be incorporated into protocols to improve culture and safety in institutions and promote the mitigation of healthcare-associated infections (HAIs). A pilot intervention project was chosen in one of the wards of the Araguaína Regional Hospital (HRA). Objective: To implement the Hand Hygiene (HH) protocol in ward E, between May 2020 and December 2020. As a method, we chose a prospective intervention study, using tools compatible with the multimodal strategy for implementing hand hygiene and taking into account the institutional reality observed at the beginning of the project. After the situational analysis and preparation of the action plan. Conclusion: With the implementation and following all the process proposals, we hope that there will be an increase in the number of professionals adhering to good hand hygiene practices and that the supplies are being used appropriately and continuously.

**Keywords:** Hand hygiene. Patient safety. Protocol.

## INTRODUÇÃO

A higienização das mãos é um dos métodos mais simples que existe para prevenir um dos eventos adversos mais frequentes que são as infecções relacionadas à assistência à saúde dentro de uma instituição de saúde (Brasil, 2012).

Diante desta constatação, tornou-se uma das metas internacionais de segurança do paciente que fazem parte do protocolo do Programa Nacional de Segurança do Paciente e deve ser implantada nas instituições de saúde de acordo com o que foi instituído pelo Ministério da Saúde/Anvisa através da portaria MS/GM 529/2013 e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013, (Brasil, 2014).

Ao lermos as bases legais que foram usadas para que o Ministério da Saúde criasse e subsidiasse a ANVISA para operacionalização de um plano, que visa qualidade e segurança dos serviços de saúde oferecidos aos usuários, notamos a grandiosidade que é escolher um objeto para o nosso trabalho de conclusão do curso. A articulação que fazemos entre as estratégias e ações que nos foram ofertadas, em relação: à implementação de uma prática segura, implantação do núcleo de segurança do paciente e avaliação da cultura de segurança do paciente é que, todos esses eixos são

de extrema importância para fomentar o nosso aprendizado visando especificadamente à segurança do paciente com qualidade dos cuidados de saúde oferecidos.

Nossa escolha, como objeto está voltada para avaliação da cultura de segurança do paciente, objetivando implantar a quinta Meta Internacional de Segurança do Paciente que é o protocolo de Higienização das mãos para evitar infecções no Hospital Regional de Araguaína onde atuamos. Essa boa prática traz uma segurança de maneira indubitável e modificam adequadamente, os padrões de qualidade reduzindo desta forma, os riscos que são inerentes ao cuidado ofertado aos pacientes (Brasil, 2014).

Como uma condição básica, a higienização das mãos, deve ser seguida e utilizada por todos os profissionais nas suas atividades junto aos pacientes, conforme preconiza a OMS (2009) busca-se então através deste projeto de intervenção no modelo piloto em uma ala específica do Hospital Regional de Araguaína, que possui um total de 256 leitos, distribuídos entre UTI's, alas e Pronto Socorro. Foi escolhida uma ala específica que é a Ala E, que possui 25 leitos, onde a maioria dos pacientes é da clínica cirúrgica, para implantar o referido protocolo.

Neste sentido, evidenciamos a importância da sensibilização destes referidos profissionais de diferentes categorias que de uma forma efetiva estarão conscientes do seu papel para reduzir as infecções com uma medida tão simples e segura dentro do processo de assistência e cuidado.

Esse cuidado seguro poderá resultar em ações contínuas e de certa forma corretas e responsáveis, demonstrará a mudança de comportamento na busca de todos envolvidos para melhoria da cultura de segurança da referida instituição que possui características próprias e bem peculiares.

E, como parte integrante deste cuidado seguro, a higienização das mãos que seja realmente sistematizada pela proposta que melhor condiz com a instituição e possa ser monitorada e fornecer um feedback para todos: direção, equipes, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e torna-se assim, um modelo para ser ampliado nos demais setores de forma contínua, consciente e duradoura.

Desta forma acreditamos que só a partir da responsabilização, do envolvimento independente cargo, função ou nível de escolaridade que o indivíduo possua dentro da

instituição, é necessário para que a cultura de segurança seja efetivamente vivenciada e percebida por quem recebe os cuidados, sendo envolvido e imponderado. Prevenindo e minimizando os incidentes e elevando o conhecimento e envolvimento de todos, respeitando assim o direito e o acesso a uma saúde digna, respeitosa e livre de danos. É assim que idealizamos nossa instituição de saúde.

## OBJETIVOS

**Objetivo geral:** Implantar o protocolo de Higienização de Mãos (HM) na ala E, entre os meses de maio até dezembro de 2020.

### Objetivos Específicos

- Elaborar o protocolo para a prática de higiene das mãos no Hospital Regional de Araguaína.
- Construir o plano de ação para elaboração e implantação do protocolo para a prática de higiene das mãos no Hospital Regional de Araguaína.

## JUSTIFICATIVA

As iniciativas realizadas anteriormente infelizmente não foram bem-sucedidas na implantação do protocolo de higienização das mãos. Nesse sentido a proposta é fundamental para que realmente esta nova tentativa seja sucedida e que possamos envolver todos: a alta gestão, os profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes no processo.

Será necessário realizar a implantação do protocolo de higienização de forma sistematizada, organizada e de acordo com o a proposta da estratégia multimodal de higienização das mãos. Esse formato organizado de implantação do protocolo, será uma base para a implantação dos outros protocolos na instituição.

Que todos ao aderir à ação proposta tenham consciência da sua responsabilidade. Atualmente não existem dados fidedignos na instituição que comprovem e demonstrem, como realmente às boas práticas de higienização das mãos estão ocorrendo e o nível de adesão da referida prática de uma forma sistematizada no processo.

Portanto implantar o protocolo de Higienização das mãos, é necessário para aprimorar a melhoria de uma cultura de segurança do paciente que envolve a gestão institucional, equipe multiprofissional, pacientes, acompanhantes, familiares, visitantes e todos os estagiários sejam estes acadêmicos ou residentes é de extrema relevância.

Assim, a pesquisa trará mudanças em relação à segurança.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

### **A Segurança do Paciente no Mundo (OMS – Histórico, Taxonomia)**

A segurança do paciente no mundo historicamente é uma temática já abordada desde 460-377 A.C. por Hipócrates, o pai da medicina, que naquela época já dizia em seu juramento: “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo meu poder e entendimento, nunca para causar danos ou mal a alguém”, tendo a seguinte frase, in verbis: “Primum non nocere”, que significava primeiro não causar dano até hoje celebrada (Brasil, 2014).

Seguindo esta linha, na busca pela qualidade em segurança do paciente, no Século XIX, Florence Nightingale, enfermeira inglesa, durante o período da Guerra da Criméia (1853 a 1856) e, observando as condições precárias em que os soldados se encontravam, priorizou a segurança dos soldados como fator fundamental para uma boa qualidade nos cuidados prestados. Outro importante precursor, no mesmo século, foi o médico obstetra Ignaz Semmelweis que contribuiu, também para uma assistência de qualidade e segurança ao descobrir que a incidência de “febre puerperal” poderia ser drasticamente reduzida nas enfermarias obstétricas, com a introdução de higienização de mãos (HM) com a obrigatoriedade do uso de solução clorada (Brasil, 2009a, Brasil, 2014, Paula, 2015, Silva & Rau, 2012).

Para compreender-se melhor a importância deste precursor acima citado para a Higienização das mãos é crucial reconhecermos que naquela época, os microrganismos não eram conhecidos, predominava então a ideia da transmissão das doenças pela teoria miasmática, a qual considerava que o meio físico, social e a própria natureza eram as causas das doenças, por meio dos lixos, dejetos e sujeiras provenientes do solo e da atmosfera, diante deste contexto e que Semmelweis e Oliver Wendell Holmes, de uma forma pioneira, atribuíram a mortalidade das parturientes à

presença de partículas provenientes dos cadáveres, transferidas por meio das mãos dos estudantes de medicina que transitavam entre o laboratório de anatomia e a sala de parto sem a sua devida higienização (Paula, 2015, Who, 2005).

No ano de 1910, Dr. Ernest Codman, um cirurgião de Boston promoveu a assistência com qualidade, quando realizou um estudo sobre o desfecho do atendimento prestado aos pacientes e as falhas que poderiam ocorrer no tratamento e como poderiam ser modificadas para uma futura assistência com êxito, portanto segura (Brasil, 2014, Nascimento & Draganov, 2015).

Desde os anos de 1960, foi instituída nos Estados Unidos da América a prática de verificação dos "5 certos". Com o passar dos anos, esse checklist aumentou e, atualmente, conta com 9 certos, na checagem antes da administração medicamentosa ao cliente, promovendo a segurança para o paciente (Nascimento & Draganov, 2015).

No âmbito vinculado com a assistência à saúde, o trabalho sistemático em segurança do paciente começou em meados da década de 1990 com o surgimento da demarcação entre uma preocupação geral com a qualidade e um foco específico em dano. A contribuição de Avedis Donabedian, médico libanês, fundador da pesquisa sobre qualidade do cuidado de saúde ao criar o modelo de avaliação da pesquisa sobre qualidade do cuidado de saúde (Estrutura – Processo – Resultado). Esse cuidado de saúde de qualidade é aquele que maximiza o bem-estar do paciente, após levar-se em conta o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas em todas as etapas do processo de cuidado (Brasil, 2014, Nascimento & Draganov, 2015).

No final da década 1990, James Reason serviu como inspiração para o cuidado de saúde, apresentando uma separação clara entre as abordagens tradicionais de melhoria da qualidade e os problemas específicos que surgem ao se lidar com questões relacionadas à segurança (Vicent & Amalberti, 2016).

No ano de 1999 então, um documento publicado pelo Institute of Medicine (IOM), intitulado "Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro" (To err is Human: building a safer health system) que acrescentou a preocupação por uma das dimensões da qualidade: a segurança do paciente e é considerado um marco.

A publicação constatou que entre 44.000 e 98.000 pacientes, morriam a cada ano, nos hospitais dos EUA em virtude dos danos causados durante a prestação de cuidados à saúde. Essa notícia, ganhou repercussão internacional iniciando, uma

mobilização voltada ao tema de segurança do paciente, surgindo assim trabalhos para apoiar as estratégias nacionais e internacionais para a prevenção e a mitigação de falhas no cuidado à saúde (Brasil, 2014, Nascimento & Draganov, 2015).

Então, em maio de 2002, ocorreu a 55ª Assembleia Mundial da Saúde onde foi adotada a resolução WHA 55.18, “Qualidade da atenção: segurança do paciente”, que solicitava urgência aos Estados Membros em dispor maior atenção ao problema da segurança do paciente. A fim de nortear ações, maior conhecimento sobre o problema foi necessário que a comunidade científica fosse mobilizada a fim de conhecer os principais pontos críticos na assistência e na atenção à saúde para minimizar falhas e promover a qualidade dos serviços e a segurança dos pacientes. Como continuidade, em 2004, a 57ª Assembleia Mundial da Saúde apoiou a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente para liderar no âmbito internacional os programas de segurança do paciente (Who, 2009).

No mês de outubro de 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a World Alliance for Patient Safety. Com o projeto para desenvolver uma classificação internacional sobre segurança do paciente foi identificado como uma das iniciativas-chave do Programa para 2005 da World Alliance (Taxonomia de Segurança do Paciente). Lançado em 2005-2006, o primeiro Desafio Global para Segurança do Paciente foi “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”. O propósito era promover a higiene das mãos como método sensível e efetivo para a prevenção das infecções nos serviços de saúde (Brasil, 2007).

A Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS), foi desenvolvida então pela OMS para facilitar a comparação, medição, análise e interpretação de informações para melhorar o cuidado do paciente. Segundo a OMS a elaboração de uma taxonomia da área da Segurança do Paciente permite: o uso consistente de termos e conceitos relacionados à área; a disponibilização de uma classificação acessível, compreensível e adaptável; melhor entendimento dos trabalhos publicados; facilitação de organização sistemática e análise de informação relevante sobre o tema em todas as fontes de pesquisa disponíveis. A ICPS apresenta 48 conceitos-chave e termos preferidos. Dado seu caráter dinâmico, essa lista possui a tendência de aumentar, acompanhando o crescimento da área de Segurança do

Paciente. Certos qualificadores devem ser considerados implícitos quando esses termos são usados no contexto da ICPS (Proqualis.Net, 2020).

Essa Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICSP) explicita e descreve o incidente em uma categoria específica, bem como descrever o que ele causou ao paciente. Os Incidentes são eventos ou circunstâncias que poderiam resultar, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente sendo 04 grupos de incidentes: Circunstância Notificável (reportable circumstance): é uma situação em que houve potencial significativo de dano, mas não ocorreu um incidente; “Quase – erro” (“near-miss”): incidente que não atinge o paciente; Incidente sem danos (no harm incident): um evento que ocorreu a um paciente, mas não chegou a resultar em dano; Incidente com dano - evento adverso (harmful incident); incidente que resulta em dano para um paciente (danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionadas à evolução natural da doença de base).

Esses incidentes segundo James Reason podem ser decorrentes de falhas ativas que são atos inseguros cometidos por quem está em contato direto com o sistema (deslize, lapso, engano) ou de falhas latentes que são uma combinação de fatores os quais se originam diferentes níveis do sistema. Utilizou o queijo suíço como modelo explicativo que permite uma abordagem sistêmica de gerenciar o erro ou falha onde as camadas que impedem o evento adverso podem ser: profissionais atualizados, uso de protocolos clínicos, uso de checklist cirúrgico, protocolo de higienização das mãos, dose unitária de medicamentos entre outros.

Os fatores contribuintes principais para que as circunstâncias, ações ou influências que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de incidente na taxonomia, são: Fator humano-comportamento, comunicação, desempenho; Fatores associados ao sistema – ambiente de trabalho; Fatores externos – fora de controle da organização; Paciente – Não aderência ao tratamento/condução (Proqualis.Net, 2020).

O cuidado nas instituições de saúde tem sido, portanto, o foco principal da segurança do paciente nos últimos vinte e cinco anos devido à complexidade que o permeiam.

### **A Segurança do Paciente no Brasil**

A segurança do paciente é definida como a redução ao mínimo aceitável do risco de danos desnecessários à atenção à saúde, em que a presença de eventos adversos pode acarretar incidente e trazer como consequências a ocorrência de impactos negativos tanto para pacientes e familiares, quanto para as organizações e serviços de saúde (Brasil, 2014).

Desde o final dos anos de 1980 quando a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) instituiu medidas para aperfeiçoar a assistência prestada ao paciente, o Brasil vem desenvolvendo inúmeras modificações cujo objetivo principal é a segurança dos cuidados assistenciais (2). Também vem trabalhando o tema de higienização das mãos desde 2007, pela Opas/OMS em parceria com Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), envolvendo ações de promoção e prevenção de infecção em serviços de saúde (Brasil, 2014).

No ano de 2013, ao Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado pelo Ministério da Saúde, por meio da portaria GM/MS nº 529/2013, tendo como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado de saúde em todos os estabelecimentos de saúde. O Programa Nacional de Segurança do Paciente foi elaborado, onde as atividades são distribuídas em quatro eixos (Brasil, 2014).

O eixo voltado para estimular uma prática assistencial segura abrange as atividades que precisam ser implementadas nos estabelecimentos de saúde e regulamentadas pela RDC/Anvisa nº 36 de 25 de julho de 2013, onde as atividades mais expressivas, são: Criação de Núcleo de Segurança do Paciente; elaboração de planos locais de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde; implementação dos protocolos; notificação de incidentes relacionados à segurança do paciente (Brasil, 2014).

Os incidentes e eventos adversos que impactam de forma negativa e trazem como consequência indicadores elevados, comprometendo a segurança do paciente, configurando-se como um grande desafio para o aprimoramento do cuidado com qualidade e efetividade. Assim, são crescentes as iniciativas que visam a análise dos fatores que podem gerar danos, bem como a priorização das seis metas internacionais de segurança do paciente que minimizem a ocorrência de eventos adversos, dentre elas a Higienização das mãos para evitar infecções e nesse contexto, portanto que foi

instituída em 2013 através da portaria MS/GM 529 e a RDC 36, no Brasil, a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), (Brasil, 2014).

O cuidado prestado de forma insegura se configura como uma condição geradora de morbimortalidade, se tornando uma preocupação frequente, uma vez que os eventos adversos poderiam ser minimizados por meio da implantação de indicadores de segurança e de programas de monitoramento da qualidade na assistencial (Brasil, 2009b).

A RDC 36/2013 institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências e regulamenta as ações do Plano Nacional de Segurança do Paciente, tendo sido atribuída pela Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária em reunião realizada no dia 25 de julho de 2013 e publicada no Diário Oficial da União.

Tem por objetivo formar ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde e abrange esses serviços, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa. Essa resolução torna obrigatória a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), com uma equipe multiprofissional, com composição mínima de médico, farmacêutico e enfermeiro e capacitada em qualidade e segurança do paciente. O Núcleo de Segurança do Paciente é criado pela direção do estabelecimento de saúde como instância deliberativa das ações voltadas a segurança sendo uma das suas competências implantarem os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores (Brasil, 2013d).

O Documento de Referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente cita que os protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios para criação de planos de segurança dos pacientes nos estabelecimentos de saúde, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013 da Anvisa. Esses protocolos são estabelecidos pela Portaria GM/MS 529/2013 e definidos pela OMS como desafios globais, devem ser elaborados e implantados pois, são prioridades para esta organização devido o pequeno investimento necessário para sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles.

Os protocolos definidos pela OMS são componentes obrigatórios conforme a RDC 36/2013: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais. Os protocolos básicos de segurança do paciente do Ministério da Saúde correspondem, portanto, às metas internacionais de segurança do paciente e servem para padronizar os processos de trabalho, melhorando a qualidade da assistência de acordo com Portarias nº 1.377/ 2013; Portaria nº 2.095/ 2013 (Brasil, 2014).

A Portaria 1377/2013 e Portaria 2095/2013 que aprovam os protocolos de segurança do paciente e são os protocolos básicos de segurança do paciente, instrumentos importantes para a implantação de medidas voltadas para a segurança do paciente. Os protocolos constituem práticas de segurança do paciente voltadas para propiciar uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, conforme estabelecido pela Resolução RDC nº 36/2013.

A prática assistencial segura é um processo ou estrutura cuja aplicação reduz a probabilidade de ocorrência de eventos adversos resultantes da exposição ao sistema de saúde em uma variedade de doenças e procedimentos. Ainda em relação às práticas de segurança é referenciado que as mesmas devem ser: baseadas nas melhores evidências científicas de que são práticas efetivas em reduzir a chance de dano ao paciente e quer devem ser aplicadas em diferentes níveis de assistência e para diferentes tipos de pacientes buscando maneiras amplas e sustentáveis; devem ser utilizadas por pacientes, profissionais de saúde, fontes mantenedoras e por pesquisadores (Brasil, 2014, Brasil, 2013b, Brasil, 2013c, Brasil, 2013d).

Conforme acima exposto, os protocolos de segurança do paciente foram aprovados no ano de 2013, com o objetivo de evitar a ocorrência de eventos adversos. Estes possuem as seguintes características, são: sistêmicos; gerenciados; promovem a melhoria da comunicação; constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura; oportunizam a vivência do trabalho em equipe; e gerenciam os riscos (Brasil, 2014, Brasil, 2013b, Brasil, 2013c, Brasil, 2013d).

Os protocolos de segurança possuem objetivos básicos que referenciam cada meta internacional de segurança e sua aplicabilidade como:

- ❖ Identificar corretamente o paciente cujo objetivo é confirmar a identidade dos pacientes antes de realizar exames e procedimentos com pulseira utilizando até três itens identificadores como nome do paciente, da mãe sem abreviações e com a data de nascimento;
- ❖ Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde cujo objetivo é registrar no prontuário todas as informações referentes aos cuidados, aos procedimentos e as condutas realizadas com o paciente ao realizar transferências interna ou externa.
- ❖ Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, antes de administrar qualquer medicamento, verificando se é paciente certo, medicamento certo, hora certa, via certa, dose certa e anotações corretas, devendo criar ações como identificar os medicamentos potencialmente perigosos identificados com etiquetas vermelhas realizando dupla conferência e checagem dos medicamentos de alta vigilância.
- ❖ Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos com o objetivo de usar checklist de cirurgia segura com todos os profissionais envolvidos no processo antes de qualquer cirurgia, além de verificar o local, o funcionamento dos equipamentos e os procedimentos necessários.

Com ações que possam assegurar todas as etapas do checklist implantado; higienizar as mãos para evitar infecções onde o objetivo é adotar a higienização correta e constante das mãos para prevenir infecções e com as Ações: Higiene das mãos: Antes de tocar o paciente. Após tocar o paciente, após tocar as superfícies próximas ao paciente. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico.

Após risco de exposição a fluidos corporais; Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão que tem como objetivo de avaliar os pacientes em relação ao risco de queda e ulcera por pressão, bem como as instalações físicas e assistência prestada e as ações são de realizar escalas para identificação de riscos (Morse e Braden) como, por

exemplo: Alergia (cor vermelha), bronco aspiração (cor azul), Lesão por pressão (cor verde), Queda (cor amarela) (Brasil, 2014, Brasil, 2013d).

A RDC 50, de 21 de fevereiro de 2002 é um regulamento técnico atribuído pela ANVISA para atualizar as normas existentes quanto à infraestrutura física de estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS), ou seja, é uma norma que busca definir as etapas de elaboração de projetos; dimensões dos ambientes; organização funcional; critérios para circulação interna e externa; condições de conforto; controle de infecção; instalações prediais; segurança contra incêndio através de projetos que visam: as construções novas de estabelecimentos assistenciais de saúde; as áreas a serem ampliadas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes; as reformas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes e os anteriormente não destinados a estabelecimentos de saúde.

Esta RDC deve ser de conhecimento de todos os envolvidos na elaboração de projetos, além dos setores de manutenção e infraestrutura, setores de compras, qualidade hospitalar, gestores e participantes de estudos preliminares para reforma, ampliação e construção de EAS. Existe também a RDC nº 307, de 14/11/2002 da ANVISA que atualiza e complementa, vários pontos da RDC 50 de 2002 como a definição de assuntos como o dimensionamento, quantificação e instalações prediais de ambientes e a adoção de normas ABNT para: Elaboração de projetos físicos; Esgoto sanitário; Instalações Elétricas e Eletrônicas; Instalações Fluido-Mecânicas; e Segurança Contra Incêndio (Brasil, 2005).

A RDC 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 e dá outras providências. O objetivo desta resolução é instituir e promover a higienização das mãos nos serviços de saúde independentemente do nível de complexidade, por meio de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, de acordo com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde, visando à segurança do paciente e dos profissionais de saúde (Brasil, 2010).

Dentre as definições da seção III deste regimento, artigo 4<sup>a</sup> diz que a preparação alcoólica para higienização das mãos sob as formas gel, espuma e outras: preparações

contendo álcool, na concentração final mínima de 70% com atividade antibacteriana comprovada por testes de laboratório in vitro (teste de suspensão) ou in vivo, destinados a reduzir o número de microrganismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele (Brasil, 2010).

Em relação aos requisitos mínimos no Art. 5º da referida resolução, está estipulado que é obrigatória a disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos: nos pontos de assistência e tratamento de todos os serviços de saúde do país; nas salas de triagem, de pronto atendimento, unidades de urgência e emergência, ambulatórios, unidades de internação, unidades de terapia intensiva, clínicas e consultórios de serviços de saúde; nos serviços de atendimento móvel; e nos locais em que são realizados quaisquer procedimentos invasivos (Brasil, 2010). E, ressalta ainda, no parágrafo único que quando houver risco de mau uso de preparação alcoólica por pacientes (ingestão e outros), os serviços de saúde devem avaliar a situação e prover a disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos de forma segura (Brasil, 2010).

Em relação aos dispensadores no art. 6º da RDC 42 onde cita que, os mesmos devem conter preparações alcoólicas para fricção antisséptica das mãos, para uso nos locais descritos no Art. 5º, devendo ser disponibilizados para uso da seguinte forma: à beira do leito do paciente, de forma que os profissionais de saúde não necessitem deixar o local de assistência e tratamento para higienizar as mãos; e em lugar visível e de fácil acesso (Brasil, 2010).

A Norma regulamentadora 32 publicada pela Portaria N° 485, de 11 de novembro de 2005, atribuída pelo Ministério do Trabalho e Emprego e que estabelece diretrizes básicas para a implantação de proteção e segurança e à saúde no trabalho em serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Para fins de aplicação desta NR é importante compreender que serviços de saúde é qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade (Norma Regulamentadora, 2020).

Entre as medidas de proteção aos profissionais que durante as suas atividades possam estar expostos a riscos biológicos e que são especificadas as seguintes

recomendações: todo local onde exista possibilidade de exposição ao agente biológico deve ter lavatório exclusivo para higiene das mãos provido de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira provida de sistema de abertura sem contato manual; os quartos ou enfermarias destinados ao isolamento de pacientes portadores de doenças infectocontagiosas devem conter lavatório em seu interior; o uso de luvas não substitui o processo de lavagem das mãos, o que deve ocorrer, no mínimo, antes e depois do uso das mesmas (Norma Regulamentadora, 2020).

### **A Higienização das Mãos**

São notórias as evidências históricas em relação à necessidade da higienização das mãos na assistência, fato este que desde século XI, com Maimônides, onde ele defendia a higienização pelos praticantes de Medicina. Durante os séculos que se seguiram, foram demonstrados mais cuidados com a aparência do que propriamente com a saúde. Anos depois, em meados do século XIX, quando Semmelweis produziu a primeira evidência científica de que a lavagem das mãos poderia evitar a transmissão da febre puerperal, essa prática foi pouco compreendida em sua importância e teve baixa adesão pelos profissionais daquela época (Paula, 2015).

A higienização das mãos é considerada então, durante o referido século XIX, como uma medida simples onde a lavagem apropriada das mãos, é a mais importante medida para reduzir a transmissão de infecções nos serviços de saúde. Foi neste século que aconteceram os avanços relacionados a essa prática com precursores importantes que marcaram toda a mudança comportamental e estrutural das instituições de saúde (Brasil, 2012, Brasil, 2014).

O médico húngaro Ignaz Philip Semmelweis (1818-1865), no ano de 1846, comprovou existir uma íntima relação da febre puerperal com os cuidados médicos. O mesmo em suas observações notou que os médicos que iam diretamente da sala de autópsia para a de obstetrícia tinham odor desagradável nas mãos e diante deste fato o mesmo concluiu que a febre puerperal que afetava inúmeras parturientes fosse causada por “partículas cadavéricas” transmitidas na sala de autópsia para a ala obstétrica por meio das mãos de estudantes e médicos.

Nos meados de maio de 1847, ele insistiu que estudantes e médicos lavassem suas mãos com solução clorada após as autópsias e antes de examinar as pacientes

da clínica obstétrica. No mês seguinte após esta intervenção, a taxa de mortalidade caiu de 12,2 para 1,2%. Desta forma, Semmelweis, por meio do primeiro estudo experimental sobre este tema, demonstrou claramente que a higienização apropriada das mãos podia prevenir infecções puerperais e evitar mortes maternas (Brasil, 2014, Brasil, 2013e, Paula, 2015).

Destaca-se que, naquela época, os microrganismos não eram conhecidos. Predominava a concepção da transmissão das doenças pela teoria miasmática, a qual considerava que o meio físico, social e a própria natureza eram as causas das doenças, por meio dos lixos, dejetos e sujeiras provenientes do solo e da atmosfera (HOSPITAL MÃE DE DEUS, 2016). Neste contexto, Semmelweis e Oliver Wendell Holmes, de forma pioneira, atribuíram a mortalidade das parturientes à presença de partículas provenientes dos cadáveres, transferidas por meio das mãos dos estudantes de medicina que transitavam entre o laboratório de anatomia e a sala de parto sem a sua devida higienização (Paula, 2015, Silva et al, 2012).

Outra, importante precursora das boas práticas relacionadas com as mãos foi Florence Nightingale e também da Enfermagem Moderna, na mesma época de Semmelweis no período de 1854 a 1864, durante a Guerra da Criméia reformulou as medidas de higiene e a assistência aos pacientes, introduzindo medidas de organização das enfermarias, higiene pessoal de cada paciente, uso individual dos fômites, instalação de cozinha com preparo de dieta indicada, lavanderia, desentupimento de esgotos e registro estatístico das principais causas de óbito, reconhecendo que o hospital não deveria causar danos ao paciente, mas sim, prover a melhor atenção e cuidado visando o pronto restabelecimento do paciente. Com a implantação dessas medidas básicas, Florence e a sua equipe conseguiram reduzir sensivelmente a taxa de mortalidade (Brasil, 2014, Brasil, 2013e, Paula, 2015).

A partir desses conhecimentos, sucederam-se várias descobertas, como a teoria microbiana e, com isso, as formas de transmissão dos patógenos, os quais permitiram o reconhecimento dos microrganismos. Neste sentido, iniciativas voltadas para o rompimento da transmissão cruzada de microrganismos foram lançadas, reforçando as premissas de Semmelweiss, com incentivo primordial à higienização das mãos, sendo regularmente publicadas e atualizadas, a exemplo do Guideline do CDC publicado em 2002 (CDC, 2002, Silva et.al, 2012).

Entre essas referidas descobertas, a associação das bactérias com as mãos foi outro avanço importante através de Louis Pasteur, Robert Koch e que desenvolveram estudos e teorias que comprovaram a existência das bactérias associadas às causas das doenças. Esse passo trouxe um avanço para a medicina e os tratamentos. Um novo século se inicia no século XX, onde se torna possível prevenir e controlar as doenças com o uso de antibióticos (CDC, 2002, Silva et. al, 2012).

Nos anos de 1975 e 1985, foram publicados guias que abordavam a prática da lavagem das mãos em hospitais pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, 2002). Esses guias recomendavam lavar as mãos com sabonete não associado a antisséptico antes e após contato com pacientes e lavá-las com sabonete associado a antisséptico antes e após a realização de procedimentos invasivos ou promoção de cuidados a pacientes de alto risco. O uso de agentes antissépticos não hidratados, como soluções à base de álcool, era recomendado apenas em emergências ou em áreas onde não houvesse pias (Brasil 2009a, Brasil, 2014, CDC, 2002).

Já no período de 1988 e 1995, outros guias foram lançados para lavagem e antisepsia das mãos pela Associação de Profissionais em Controle de Infecções e Epidemiologia (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology - APIC). As indicações recomendadas nesses guias eram similares àquelas listadas nas orientações dos CDC nos anos anteriores. Em 1995 e 1996, o Comitê Consultivo em Práticas de Controle de Infecções (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee - HICPAC) do CDC recomendava que um sabonete associado a antisséptico ou um agente não hidratado fosse usado para higienizar as mãos daqueles que saíssem dos quartos de pacientes com patógenos multirresistentes (Brasil, 2014, CDC, 2002).

Em 2002, o CDC publicou o “Guia para higiene de mãos em serviços de assistência à saúde”. Nesta publicação, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos” devido à maior abrangência desse procedimento. De acordo com esse documento, a fricção antisséptica das mãos com preparações alcoólicas constitui o método preferido de higienização das mãos pelos profissionais que atuam em serviços de saúde (Jorge & Abi, 2018). Cabe ressaltar que o termo “lavagem das mãos” com essa substituição, nas pesquisas que abordam a temática, para “higienização das mãos” (HM), o que implica e inclui todo conhecimento que possa

fazer com que o ato em questão seja efetivado da maneira mais apropriada, acessível e menos dispendiosa possível (Brasil, 2014).

### **A Importância da Higienização das Mãos no Cuidado**

As mãos são consideradas mundialmente como as principais ferramentas dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, pois é através delas que eles executam suas atividades (Brasil, 2014, Hospital Mãe de Deus, 2016). E através de uma higienização consciente realizada por esses profissionais de uma forma frequente e seguindo o protocolo de Higienização das mãos, eles compactuarão com a segurança dos pacientes de uma forma responsável (Brasil, 2014, CDC, 2002).

A higienização das mãos (HM) é reconhecida também mundialmente como uma medida primária, básica e importante no controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), (Brasil, 2018, Brasil, 2007, Brasil, 2013e). É ainda considerada, como um dos pilares da prevenção destas infecções nos serviços de saúde, onde este termo HM engloba a higiene simples, a higiene antisséptica e a antisepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório das mãos conforme o Ministério da Saúde preconiza através de portarias e resoluções específicas (Brasil, 2018, Brasil, 2014, Brasil, 2013e).

A prática da higienização é uma medida de prevenção primária a baixo custo. É uma grande aliada no controle de infecção hospitalar, reduz os índices de mortalidade, tempo de permanência hospitalar do paciente e promove qualidade de atendimento, além de prevenir doenças como a pneumonia nosocomial, infecção do trato urinário, infecção de sítio cirúrgico, sepse, entre outras (Brasil, 2013e). As vantagens dessas práticas são inquestionáveis, desde a redução da morbidade e da mortalidade até a diminuição de custos associados ao tratamento das Infecções relacionadas à assistência de saúde (IRAS), (Brasil, 2018, Brasil, 2014, Brasil, 2013e).

Todavia, apesar destes fatores a adesão dos profissionais de saúde, às práticas de HM de forma constante e rotineira ainda é muito baixa como já foi comentado anteriormente, onde se faz necessárias estratégias de uma implantação padronizada do processo de higienização das mãos nas instituições, de estímulo para que os profissionais se tornem conscientes da importância (Brasil, 2013e).

O estímulo para uma prática assistencial segura no Brasil teve o ano de 2013 como referência quando através da portaria MS/GM nº 529/2013 estabeleceu o conjunto de protocolos básicos de segurança do paciente, sendo os protocolos ferramentas importantes para a construção de uma prática assistencial segura. Segundo a RDC nº 36/2013, a implantação do protocolo de higienização das mãos é um dos sete protocolos obrigatórios e deve ser implementado em todos os serviços de saúde do país, seja público ou privado e deve compor o Plano de Segurança do Paciente da instituição. O NSP deve apoiar a sua implantação bem como o acompanhamento de sua adesão (Brasil, 2013d).

### **METODOLOGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**

A Organização Mundial de Saúde para melhoria da adesão às práticas de HM em serviços de saúde mundialmente. Como exemplo de estratégia eficaz tem a estratégia multimodal, uma abordagem baseada em evidências onde, utiliza cinco componentes-chaves da assistência (1-Mudança de sistema; 2-Formação/Educação; 3- Avaliação e retroalimentação; 4-Lembretes no local de trabalho; 5-Clima de segurança institucional) e 5 etapas que devem ser elaboradas em sequência, haja vista a pretensão de iniciar o projeto de melhoria da higiene das mãos e com esta abordagem tem um ciclo que deve ser adaptado para a realidade da instituição e ocorre seguido os seguintes passos:

- ❖ Garantir a preparação da instituição (planejamento) através da obtenção de recursos e da adequação da infraestrutura, identificando a liderança- chave para tomar a frente do programa;
- ❖ Realizar um diagnóstico inicial sobre a prática, a percepção e conhecimentos na área de higiene das mãos, assim como a infraestrutura disponível;
- ❖ Implementar o programa de melhoria com a aquisição e disponibilidade de preparações alcoólicas para a higiene das mãos, educação e capacitação do pessoal e a exibição de lembretes no local;
- ❖ Realizar uma avaliação de acompanhamento para verificar a eficiência do programa;
- ❖ Elaborar um plano de ação contínuo e um ciclo de revisão, assegurando a sustentabilidade em longo prazo.

Além de pia/lavatório, sabonete líquido e água; capacitação dos profissionais; observação das práticas de HM e retorno de indicadores de adesão à equipe; fixação de lembretes e cartazes no local de trabalho; estabelecimento de um clima de segurança, com apoio expresso da alta direção e líderes dos serviços de saúde (Brasil, 2018, Brasil, 2014, Brasil, 2013e).

Além destas estratégias são preconizados cinco momentos para a higiene das mãos, de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais e realidade de cada instituição que são: antes de tocar o paciente; antes de realizar procedimento limpo/asséptico; após risco de exposição a fluidos corporais; após tocar o paciente; após contato com superfícies próximas ao paciente.

No ano de 2005, a OMS propõe como parte do primeiro Desafio Global para Segurança do Paciente a estratégia multimodal denominada Cuidado Limpo é Cuidado Mais Seguro (Clean Care is Safer Care), para promover a adesão às práticas de HM em todo o mundo. A estratégia inclui mudanças do sistema, garantindo que os recursos para o procedimento estejam em fácil acesso no ponto de cuidado, educação e treinamento da equipe multidisciplinar, enfatizando os conceitos a importância do comportamento individual e a cultura de segurança, observação e retorno de desempenho, uso de lembretes nos locais de trabalho e estabelecimento de clima de segurança a partir de comprometimento institucional. Na última década, diversos esforços têm sido empregados para implementação da referida estratégia, tornando-se prioridade de diversos programas de promoção da qualidade e da segurança do paciente em nível mundial (Brasil, 2009a, Brasil, 2013e).

Diante destes fatos a Organização Mundial de Saúde, por meio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, tem se esforçado durante décadas na elaboração de diretrizes e estratégias de implantação de medidas visando à adesão de profissionais de saúde às práticas de higienização das mãos. A iniciativa está direcionada para serviços de saúde, envolvendo os profissionais, os pacientes e a comunidade, objetivando a redução de riscos inerentes a infecções relacionadas à assistência à saúde. A importância dessa prática foi reforçada pelo Ministério da Saúde, quando incluiu recomendações para lavagem das mãos, no anexo IV da Portaria MS 2616/98, a qual instruiu sobre o programa de controle de infecções nos estabelecimentos de assistência à saúde no país e mais atual em 2018, foi publicada a nota técnica, que traz os requisitos necessários para a seleção de

produtos de Higienização das mãos, visando a aplicação das boas práticas estabelecidas para esse procedimento (Brasil, 2014, Brasil, 2017).

É de grande relevância que a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem unido esforços com os países para a implantação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Essa aliança, criada em 2004, estabeleceu seis metas internacionais de segurança, sendo a redução das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), uma delas através da higienização das mãos. E, para atingir essa meta no biênio 2005- 2006, foi lançado o Primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente intitulado como “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura”, visando a prevenção e a redução da incidência e da gravidade das IRAS e tendo como um dos seus principais objetivos o aprimoramento de práticas de Higienização das Mãos (HM), visando prevenir infecções e promover a segurança dos pacientes e dos profissionais (Brasil, 2012, Brasil, 2010, Brasil, 2014).

As mãos são muito utilizadas no contato direto com o paciente, sendo o principal meio de transmissão de microrganismos e a não adesão à HM compromete a qualidade e segurança da assistência prestada (Brasil, 2010). Assim, são recomendados alguns momentos para a HM, são eles: antes e após o contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após a exposição a fluidos corporais, e após o contato com áreas próximas ao paciente (Brasil, 2013e).

A OMS em seu manual sobre higienização das mãos propõe como conceito de higienização das mãos o ato de limpar as mãos com água, sabão ou antimicrobiano ou antisséptico para evitar infecções. Neste manual, a Higienização das mãos passa a englobar atos como a degermação das mãos, a lavagem simples das mãos e a antissepsia, ampliando assim a denominação higienização das mãos para estas três modalidades aplicadas à prática assistencial. Para a OMS o que diferencia cada uma delas é a situação, indicação e insumos utilizados. Assim, a lavagem das mãos é considerada o ato de limpar as mãos com o uso de água e sabão na presença de sujidade visível e quanto a fricção antisséptica das mãos é descrita como o uso de uma solução alcoólica para reduzir ou inibir o crescimento de microrganismos, sem a necessidade do uso de água ou toalhas, na ausência de sujidade visível (Brasil, 2012, Brasil, 2010, Brasil, 2013e).

A contaminação das mãos dos profissionais de saúde durante a prática assistencial pode ocorrer durante o contato direto com o paciente ou por meio do contato indireto e

com fômites como produtos e equipamentos ao seu redor, como estetoscópio e esfigmomanômetro, bombas de infusão, barras protetoras das camas, dentre outros. E, bactérias multirresistentes como *Staphylococcus aureus* e mesmo fungos como *Candida parapsilosis* podem ser encontrados na microbiota transitória das mãos e assim se disseminarem entre pacientes (Brasil, 2013e).

Dessa forma, a possibilidade de diminuir os contatos desnecessários com o pacientes e superfícies poderia reduzir o número de oportunidades de HM, influenciando no tempo gasto com este procedimento e favorecendo uma melhoria das taxas de adesão a HM, uma vez que o maior contato com o paciente pode ser visto como um fator de risco para não adesão à Higienização de Mãos (Derhun et. al., 2016).

A ANVISA assim, afirma que esta higienização é importante, pois a pele como um possível reservatório de diversos microrganismos é a principal via de transmissão por contato direto, de pele a pele ou por contato indireto, por contato com objetos e superfícies contaminadas.

Segundo o Protocolo Básico de Segurança do Paciente definido pela Portaria GM/MS 529/2013 é preconizado à utilização de preparação alcoólica para as mãos e que deve ser estimulada em todas as áreas do serviço de saúde, principalmente onde ocorre assistência/tratamento. Para realizar a HM pode ser utilizado produto alcoólico rotineiramente a 70% ou água e sabonete líquido, caso as mãos estiverem visivelmente sujas. Ainda subsidia que para uma eficaz HM, a técnica empregada e a duração do procedimento são essenciais, além disto, antes de iniciar a técnica, é necessário retirar adornos como anéis, pulseiras e relógios, pois estes podem dificultar a remoção dos microrganismos ou acumulá-los nas mãos estabelecendo desta forma segurança e qualidade em um simples procedimento que pode parecer corriqueiro (Brasil, 2012, JORGE & ABI, 2018).

## **ADESÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**

Alguns fatores que dificultam a adoção dos cinco momentos para a HM em serviço de saúde envolvem o forte e desagradável odor do álcool e a sensação de mãos pegajosas. Ainda, as preparações alcoólicas contendo fragrâncias podem não ser toleradas pelos profissionais de saúde e podem ocorrer dermatites de contato causadas por

hipersensibilidade ao álcool ou a vários aditivos presentes em certas formulações. (Brasil, 2012, Belela-Anacleto et. al. 2017, Jorge & Abi, 2018).

Como motivos que possam ser relatados pelos profissionais para não colocar em prática seus conhecimentos sobre higienização das mãos são diversos, destacando-se a falta de suprimentos, irritação/ressecamento da pele, aspectos culturais e comportamentais, ausência de educação continuada, de corresponsabilização pelo controle das infecções e de incentivos (Paula, 2015). Com base na importância da HM são realizadas pesquisas avaliando o conhecimento e atitude dos profissionais da área da saúde revelando que estes estão informados da importância da HM no controle de doenças transmissíveis e sobre os momentos em que a higienização das mãos deve ser realizada. Entretanto, é observado um distanciamento entre a teoria e a prática, uma vez que as taxas de adesão à higienização das mãos permanecem baixas, tanto nacionalmente quanto internacionalmente e, raramente, ultrapassam 50% (Paula, 2015).

Embora para a OMS, a HM constitua a medida mais eficaz na prevenção da transmissão de microrganismos patogênicos, os estudos evidenciam que a adesão ao procedimento pela equipe multidisciplinar é insatisfatória, onde o principal problema da higienização das mãos não é a falta de bons produtos, mas sim, a negligência dessa prática (Paula, 2015). Para a OMS, o método de melhor aceitação e considerado padrão-ouro é a observação direta dos profissionais para a monitorização da prática de higiene das mãos. Apesar de ser o único capaz de avaliar a técnica de HM, constitui-se em um método oneroso, que demanda grande quantidade de tempo e está sujeito a alguns percalços, destacando-se dentre eles, o Efeito Hawthorne, ocasionado pela presença do observador no ambiente de trabalho do profissional, influenciando seu comportamento diante das possibilidades de higienizar as mãos (Paula, 2015).

Não existe uma correlação direta entre resistência bacteriana aos antimicrobianos e resistência aos antissépticos e para prevenir a transmissão de microrganismos pelas mãos, três elementos são essenciais para esta prática: agente tópico com eficácia antimicrobiana, procedimento adequado ao utilizá-lo (com técnica adequada e no tempo preconizado) e adesão regular no seu uso (nos momentos indicados), (Brasil, 2012, Belela-Anacleto et. al, 2017).

Outra barreira para a implementação da prática de higiene das mãos é o uso de luvas de procedimento com pó, pois esta substância ao entrar em contato com a

preparação alcoólica forma um resíduo indesejável nas mãos. Em relação à fricção cirúrgica das mãos com produto específico à base de álcool, sem enxague, também tem sido recomendado pela OMS e pelos Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos da América (EUA), devido à comprovada eficácia antimicrobiana, facilidade de aplicação, menor dano à pele e economia de tempo (Brasil, 2012, Who, 2005, Who, 2009).

## **PRODUTOS UTILIZADOS PARA REALIZAÇÃO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**

Diante do contexto, a correta seleção de produtos pode proporcionar maior eficiência na prevenção e redução das IRAS, devendo-se atentar para o uso do produto correto para a finalidade estabelecida pelo fabricante e com o fim esperado pelo serviço de saúde e ao selecionar a preparação alcoólica para a HM, seja para uso inicial ou ao reconsiderar a adequação de produto já disponível, é importante, além da averiguação do devido registro ou notificação na ANVISA, utilizar critérios precisos para o alcance de um produto de qualidade que proporcione uma melhor adesão à prática apropriada e sustentada da HM, prevenindo as IRAS (Brasil, 2012).

A maioria das preparações alcoólicas para HM disponíveis no país contém etanol (álcool etílico), mas também podem conter isopropanol (álcool isopropílico), ou, ainda, uma combinação de dois destes álcoois (Brasil, 2012, Brasil, 2010, Brasil, 2013e). A concentração final da preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos a ser utilizada em serviços de saúde deve cumprir com o estabelecido na RDC nº 42/2010, ou seja, entre 60% a 80% no caso de preparações sob a forma líquida e concentração final mínima de 70%, no caso de preparações sob as formas gel, espuma e outras (Brasil, 2010, Brasil, 2013e).

Quanto ao tempo de contato com a pele das mãos, recomenda-se que a Higienização das Mãos com preparações alcoólicas nos serviços de saúde seja feita durante 20 a 30 segundos, friccionando-se as mãos em todas as suas superfícies. A técnica correta no momento certo é a garantia de cuidado seguro para os pacientes, e requer a HM nos cinco momentos críticos (Brasil, 2012, Brasil, 2013e).

## **A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO HRA**

O Hospital de Referência de Araguaína (HRA) possui um total de 256 leitos sendo 20 leitos de 02 Unidades de Terapia Intensiva (UTI), dividido em 10 alas de diferentes clínicas, Sala Vermelha, Sala Amarela e Sala Verde, Pronto Socorro e Ortopedia. Possui também anexos que ficam fora da área predial que são: Ambulatório de Especialidades, Radioterapia, Casa de Apoio aos pacientes da Oncologia e Serviço de Assistência Médica Estatística Hospitalar. Considerada como uma instituição de porte III de alta complexidade. Também serve de campo de estágio para cursos de medicina, enfermagem, radiologia e demais cursos inerentes a área da saúde de diferentes instituições de ensino.

A ausência do Protocolo de Higienização das Mãos no HRA nos demonstra quanto este protocolo se faz necessário para evitar as infecções que podem ocorrer na execução da assistência por todos os profissionais envolvidos, famílias e pacientes. O objetivo é implantar o protocolo de higienização das mãos em nossa instituição de saúde, conforme previsto pelo protocolo Higienização das Mãos do Programa Nacional de Segurança do Paciente, utilizando um setor piloto para execução. Após os aprendizados dessa implantação, será possível implantar nos outros setores.

Desde que o Núcleo de Segurança do Paciente foi implantado em 2015, conforme a portaria 529/2013 e a RDC 36/2013, e em todo o processo para implementação do Plano de Segurança do Paciente, vem sendo abordado e com tentativas de uma forma que possa ser implantado. No ano de 2015, a equipe do NSP elaborou um projeto de intervenção para Conclusão do Curso EAD/ENSP/FIOCRUZ cujo título "Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente: a lavagem das mãos como ferramenta para mitigar infecção hospitalar". Realizou-se na época uma microbiologia das mãos e narinas com uma amostra de 50 indivíduos que estavam em contato direto com os pacientes (profissionais de saúde, estagiários e acompanhantes).

Esta amostra demonstrou presença de microrganismos variados, como Klebsiella, dentre outros. Foi também realizada nesta mesma época: uma campanha de higienização das mãos; feito um levantamento em toda a instituição dos dispenses e dispositivos de álcool gel. Naquela época com o levantamento detectaram que os referidos dispositivos estavam danificados, então firmaram uma parceria com um laboratório (COBRA) que prestava serviços ao Estado e alguns dispenses foram instalados nos seguintes setores: PS, UTI's, CC, Alas G, F, D. Também juntamente com a CCIH foram anexadas informações nas unidades sobre boas práticas de HM (Cinco Momentos). Em 2016, novas tentativas da

campanha de HM no mês de maio. Nos anos seguintes a CCIH vem realizando o dia D (05 de maio) de higienização de mãos.

Detectou-se, entretanto, que a realidade da instituição possui problemas de infraestrutura que não seguem a RDC 50/2002 (pias insuficientes e pouca disponibilidade de pontos com álcool gel disponíveis) geram assim dificuldade na adesão do protocolo.

## **METODOLOGIA**

Ao optarmos em uma proposta de metodologia de um projeto de intervenção que resultou em um plano de ação que servirá de guia para a implantação do protocolo de Higienização das Mãos de acordo como está proposto pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS 529/2013) na instituição. O protocolo de HM foi adaptado à realidade local, levando-se em consideração a questão estrutural do HRA. A construção da unidade hospitalar data de 1986 e, desde então sofreu reformas e ampliações com a junção de dois hospitais. Observamos que a infraestrutura atual carece de pias em quantitativo e localização suficiente para a prática de HM.

Essa realidade necessita de uma avaliação detalhada para modificar a atual disponibilidade, com o apoio da alta gestão e demais segmentos responsáveis pelas boas práticas como CCIH e NSP. Além de mantê-los informados, dos passos que estão foram elaborados e executados com transparência, a proposta prevê seu engajamento e apoio para êxito no objetivo proposto.

Foi realizada uma reunião com a gestão do HRA para apresentarmos o projeto de intervenção e informar-lhes da necessidade do apoio e dos insumos para execução da referida ação como sabão, álcool gel a 70% e papel toalha. Sendo assim diante do cálculo e aquisição de insumos essenciais e da infraestrutura existente daremos início ao projeto de HM. Após essa reunião foi definido as formas de coleta de adesão conforme o modelo dos componentes da estratégia multimodal, pois como a OMS referenda, a mesma, pode ser usada em qualquer unidade, independentemente do nível de complexidade e dos recursos disponíveis para realizar a HM, de forma eficaz, de acordo com os critérios abaixo que a contemplam:

- ❖ A equipe de implantação do protocolo padronização;
- ❖ Organização colaborativa do protocolo;
- ❖ Capacitação dos profissionais da área piloto;

- ❖ Implantação das ações na unidade piloto;
- ❖ Ações de envolvimento e uso de lembretes;
- ❖ Realização de monitoramento, definição de indicadores e feedback a equipe e liderança durante todo processo quanto a adesão ao protocolo desde o início até a finalização do projeto conforme cronograma estabelecido.

Além dos critérios que foram construídos citados acima e, dentre os itens previstos na estratégia multimodal para implantação da higienização das mãos e, considerando a realidade institucional, foi possível observar no início do projeto o status a seguir:

**Quadro 1:** Protocolo Higienização das Mãos.

Protocolo Higienização das Mãos	Status
Levantamento de dados (avaliação situacional)	Realizado
Levantamento de insumos	Realizado
Validação com a Direção	Realizado
Personalização do protocolo (em conjunto com a área piloto)	Não se aplica
Questionário	Realizado
Capacitação	Realizado 6 vezes
Sensibilização das equipes	Realizado 6 vezes
Monitoramento de informações e feedback para melhoria	Programado para agosto-dezembro/2020

**Fonte:** As autoras.

### **Avaliação Situacional**

A intervenção ocorreu em um setor seguindo uma proposta de modelo (piloto), tendo como escolha a ala E que possui um número de leitos em torno de 25 leitos. Essa ala atende principalmente pacientes cirúrgicos. Não tem pia de fácil acesso para os profissionais, pois (a única pia fica dentro do posto pequeno que dá suporte para toda a ala). As demais pias ficam nos banheiros das cinco enfermarias, repouso da enfermagem e no expurgo. Não existem dispositivos de solução alcoólica nos corredores e nas enfermarias.

## **Público Alvo**

O público alvo da nossa proposta foram os profissionais de diferentes categorias que atuam na referida ala em diferentes funções nos turnos - diurno e noturno - junto aos pacientes, cuja maioria é da clínica cirúrgica.

Participaram do projeto piloto 52 profissionais de diferentes categorias da ALA E que prestam assistência e cuidado. Em relação a observação nossa amostra foi composta por 18 profissionais, utilizando o instrumento de adesão de HM.

## **Linha de Base**

Utilizamos como pretensão metodológica a estratégia multimodal e os seus componentes, conforme os momentos que preconiza; a observação direta com formulário próprio; aplicação de questionário com termo de consentimento livre e esclarecido; e capacitação através de rodas de conversa antes do instrumento aplicado sobre o tema proposto.

Foram realizadas 100 observações sendo divididas entre diferentes categorias de profissionais em 2 turnos - 3 dias e 3 noites. E, após a aplicação do formulário nos turnos diurnos e noturnos foi feita uma análise das oportunidades e ações dos profissionais observados, nas situações que as etapas de Higienização das mãos oferecem durante o processo de suas atividades antes e após o contato com os pacientes. Com isso, obtivemos uma proporção de dados em relação às oportunidades X ações que demonstraram a real proporcionalidade da adesão ao processo de Higienização das mãos pelos profissionais das diferentes categorias.

Em relação ao outro método aplicado foi utilizado um questionário impresso aplicado com os profissionais para avaliação do conhecimento que possuíam sobre a Higienização das mãos, obtendo previamente seu consentimento livre e esclarecido sobre o assunto e a aplicação durou um período de 30 dias. Esse questionário constava de 15 questões objetivas que indagavam sobre a prática de higienização das mãos que realizavam durante o seu cotidiano laboral e a opinião sobre a referida prática.

No que concerne a capacitação que ocorreu juntamente com a aplicação do questionário durante as rodas de conversa, percebemos que essa proposta foi a que melhor se adequou a realidade da ala piloto do projeto onde em um período de tempo de duração média de 30 minutos nos diferentes turnos (diurno e noturno) demonstrou

o aprendizado adquirido com os resultados alcançados na implantação, no intuito que todos sejam multiplicadores da boa prática durante as suas funções em equipe ou individualmente e, que sejam colocados lembretes fixados em locais visíveis para todos sobre os cinco momentos da higienização das mãos. Assim, poderemos monitorar e continuar dando e tendo um feedback com dados substanciais dentro da realidade que existe na instituição.

Desta forma, atuamos na expectativa de elevarmos a adesão e a cultura de higienização das mãos por todos os profissionais da equipe multiprofissional envolvidos no cuidado neste setor, sendo estes: médicos, residentes, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, psicólogo, nutricionista, odontólogo, técnicos de enfermagem, maqueiro e os profissionais da higienização com o intuito de minimizar as infecções relacionadas a assistência à saúde.

### Plano de Ação

O plano de ação foi criado seguindo a ferramenta 5w2h com intuito de planejar as ações de implantação do protocolo de HM, onde cada inicial tem um significado (os cinco “Ws” representam (em inglês): o quê (what), por que (why), onde (where), quando (when) e quem (who). Já os dois “Hs” indicam: como (how) e quanto custa (how much). Essas etapas estão descritas no quadro abaixo:

**Quadro 2:** Procedimentos.

PROCEDIMENTOS	QUEM	COMO	QUANDO
Levantamento bibliográfico	Ana e Ruth	Busca em plataforma Virtual para identificar textos que referenciam o objeto de estudo do projeto de intervenção.	Set/19-jan./20
Personalização do protocolo	Luciana, Ana e Ruth	Construção do referencial teórico e metodologia científica do projeto de intervenção sobre Higienização das mãos.	Fev./20
Levantamento de dados	Ana e Ruth	Realização de questionário com profissionais da ala E, avaliação de adesão utilizando a ficha de coleta de indicadores de HM no setor.	Jan-jun./20
Levantamento de insumos	Ana e Ruth	Cálculo e aquisição de insumos emergenciais conforme ferramenta de planejamento e cálculo e custos de preparações alcoólicas para HM. (32 pumps de solução alcoólica de 500 ml por mês).	Mar/20
Validação da Direção	Direção do HRA	Realização de Brainstorming junto à instituição e suas lideranças, para validação do projeto de intervenção na instituição.	Dez/19

Capacitação das equipes	Ana, Ruth, Coordenação da Ala	Realização de rodas de conversa sobre higienização das mãos com os profissionais que atuam na ala E (piloto) em diferentes funções nos turnos diurno e noturno.	Jun-ago./20
Sensibilização da equipe	Ana, Ruth e Coordenação da Ala	Envolvimento dos profissionais e uso de lembretes sobre o objeto do TCC.	Jan-jul./20
Monitoramento e Feedback	Ana, Ruth e Coordenação da Ala	Manter um fluxo comunicacional com a equipe e liderança durante todo processo quanto a adesão ao protocolo implantado.	Jan-dez./20

**Fonte:** As autoras.

## INDICADORES

Para a realização da observação direta foi necessário à elaboração de um instrumento seguindo as orientações da estratégia multimodal preconizada pela OMS para avaliar a adesão as oportunidades e ações conforme os cinco momentos de HM pelos profissionais durante a execução das suas funções (apêndice F).

Diante da realidade apresentada foi necessário seguir todas as etapas previstas na estratégia multimodal para implantação do protocolo de higienização das mãos de forma organizada e em sua completude e respeitando a situação existente na instituição. Nossa escolha foi uma ala que atende pacientes principalmente cirúrgicos (Ala E). Quanto a infraestrutura, faltam pias de fácil acesso para os profissionais (a única pia fica dentro do posto pequeno que dá suporte para toda a ala).

As demais pias, ficam nos banheiros das cinco enfermarias, repouso da enfermagem e no expurgo. Inexistem dispositivos de solução alcoólica nos corredores e enfermarias. Será necessário providenciar dispenser ou mesmo álcool gel em embalagem descartável (pump). Portanto a implantação do protocolo necessita de um apoio logístico para aquisição de dispositivos e dos (pump) para substituir os danificados e acrescentar nos locais necessários: pias, porta toalha e porta sabão assim que for possível.

## RESULTADOS

As atividades de planejamento para a implantação do projeto piloto de Higienização de Mãos na Ala E ocorreram em etapas seguindo um processo estipulado através do plano de ação que seguiu a metodologia 5w2h (o que será feito, como e quem fará o quê, quando, onde, e os custos).

**IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA EM TOCANTINS.** Ana Ydelplynya Guimarães AMARO; Ruth Diniz Braga de SOUZA; Luciana Yumi UE. JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 - FLUXO CONTÍNUO. 2024 - MÊS DE OUTUBRO - Ed. 55. VOL. 01. Págs. 425-477. <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculdefacit.edu.br](mailto:jnt@faculdefacit.edu.br).

Assim, de uma maneira organizada e planejada, iniciou-se o processo do projeto de Higienização das mãos, na ala E do Hospital Regional de Araguaína seguindo as seguintes etapas, descritas abaixo:

Iniciamos a avaliação situacional após termos recebido o aval da direção para realizarmos o projeto de intervenção na modalidade piloto na Ala E, onde ficamos cientes a priori que iríamos ter muitos desafios e obstáculos para tal tarefa, haja vista a própria infraestrutura do setor: ausência de pias suficientes, carência de insumos (sabão, papel toalha e solução alcoólica) para efetivação do ato de higienizar das mãos.

Partindo desse pressuposto foi feito um cálculo dos insumos que seriam necessários, utilizando a ferramenta de planejamento e cálculo e custos de preparações alcoólicas da ANVISA/MS, onde após calcularmos, obtivemos que se faria necessário 32 pumps de solução alcoólica de 500 ml ao mês para a referida Ala.

Esse apoio logístico não ocorreu em sua plenitude, devido questões ligadas aos custos financeiros, onde a própria gestão comunicou informalmente não ter como subsidiar gastos considerados extras e que poderia fornecer somente o que já era do planejamento mensal para os setores.

Então diante da realidade, iniciamos a capacitação e sensibilização das equipes através de rodas de conversa em relação ao tema. Nesses momentos foram aplicados os questionários com perguntas objetivas sobre a prática e a opinião dos profissionais em relação a Higienização das mãos. Foi possível observar nesses momentos, principalmente com as equipes do noturno, resistências às mudanças que poderão vir a se tornar factíveis. Por outro lado, foi possível detectar os profissionais que são acessíveis e colaborativos as mudanças que possam ocorrer visando às boas práticas e, isso foi estimulador.

Em relação à avaliação através da ficha de indicadores de número de oportunidades de higienização das mãos pela equipe multiprofissional, onde seguindo o que propusemos realizar foram avaliados as principais oportunidades e ações de higienização das mãos durante a assistência (antes do contato com o paciente; antes de realizar procedimento limpos e assépticos; após riscos de contato com fluidos corpóreos; após tocar o paciente; e após tocar superfícies próximas ao paciente). De uma forma geral, observou-se que os profissionais utilizavam mais o método de higienização

das mãos com água e sabão, mesmo o setor possuindo apenas uma pia de acessibilidade para todos. Esta pia fica dentro do posto de Enfermagem.

Visualizando o objeto desse projeto de intervenção, percebemos que ainda temos uma trajetória para seguir e alcançar o que nos propusemos, pois necessitará do envolvimento de todos. Existe um diferencial entre o que se tem no momento e, o que queremos ter. Muitas dessas questões abordadas estão relacionadas com a própria característica da instituição que segue um modelo paternalista e ainda por se ter uma cultura de segurança fraca e fragilizada devido a própria fragmentação do cuidado existente. A reflexão que nos traz ao dar seguimento ao plano de ação desse projeto é que, esse processo é interminável, pois higienização das mãos é algo que deve ser constantemente incentivado, de uma forma simples e direta tal qual o processo é.

Assim, a proposta será manter capacitações como resultados esperados, com os líderes das equipes dos turnos diurnos e noturnos para formar multiplicadores que possam dar continuidade no monitoramento e manter um bom fluxo comunicacional relacional, contornando as fragilidades existentes como a resistência demonstrada por alguns profissionais em relação a aderir ao processo e a falta de insumos essenciais, pois, o fundamento da higienização das mãos é evitar infecções e assim diminuir os incidentes e eventos adversos que podem ou não causar danos aos pacientes.

## **DISCUSSÃO**

Partindo da reflexão que a estratégia multimodal proporciona em relação à higienização das mãos, foram propostas ações voltadas a realidade da instituição, onde percebeu-se ainda um nível inadequado da higienização das mãos, considerando as deficiências de infraestrutura da instituição atual e como os profissionais de diferentes categorias, demonstraram realizar a prática de higienização das mãos. Do projeto piloto participaram profissionais de diferentes categorias, sendo demonstrando a seguir nos gráficos abaixo:

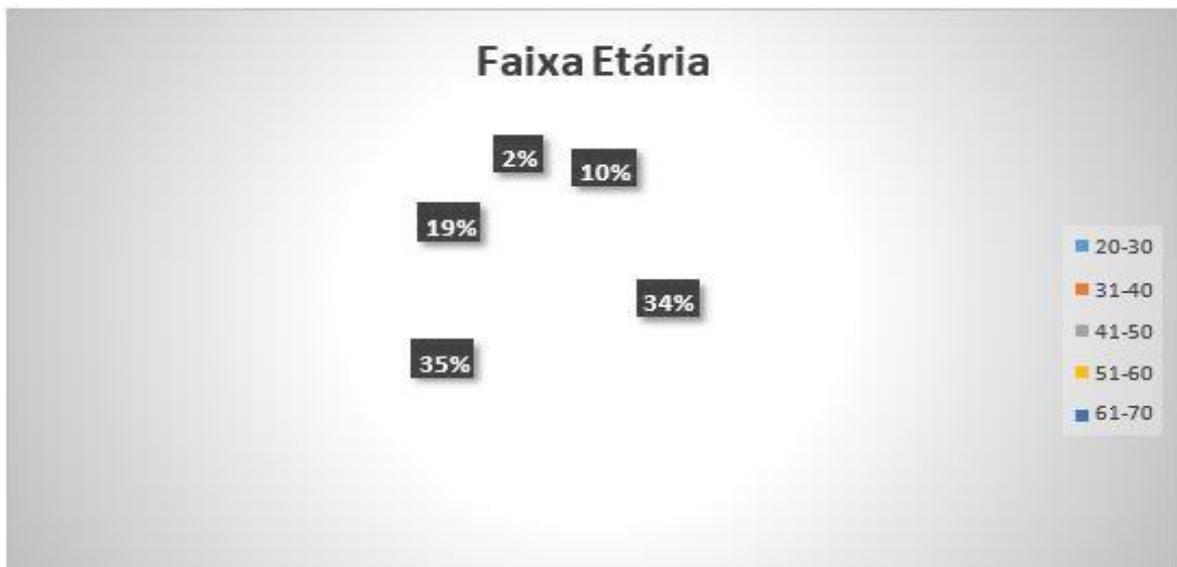
**Gráfico 1:** Representação das diferentes categorias profissionais em relação a prática de Higienização das mãos na Ala E do HRA.



Fonte: HRA/2020.

Em relação à categoria profissional de acordo ao gráfico acima, tivemos 10 categorias que estão envolvidas na assistência e no cuidado aos pacientes da Ala E, observamos uma maior participação no projeto piloto dos profissionais técnicos em enfermagem com 37%, seguido de 15% dos enfermeiros e 10% da categoria dos médicos.

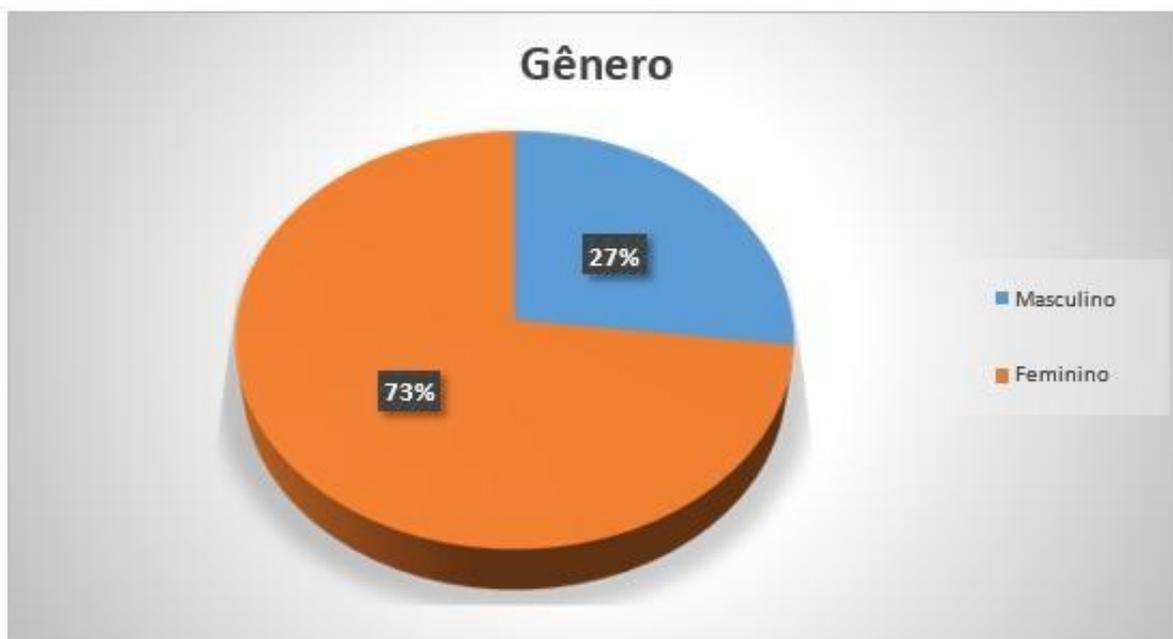
**Gráfico 2:** Representação da faixa etária dos participantes que responderam o questionário de pesquisa na Ala E do HRA.



Fonte: HRA/2020

Já em relação a faixa etária, percebemos que a média de idade da maioria dos profissionais conforme o gráfico 2 que responderam o questionário é de 41 a 50 anos de idade, seguido dos profissionais de 30 a 40 anos

**Gráfico 3:** Representação do gênero dos participantes que responderam o questionário de pesquisa na Ala E do HRA.



**Fonte:** HRA/2020

Ao observarmos o gênero dos participantes representado acima, vimos que a predominância dos participantes foi a do sexo feminino com 73% de mulheres.

### **Discussão sobre o Questionário**

O instrumento de avaliação com 15 questões teve o objetivo de questionar sobre a rotina de higienização das mãos dos profissionais da Ala E em sua prática diária durante suas atividades laborais. Assim, através dele podemos observar que na opinião dos profissionais é unânime os itens 3, 4 e 7 em relação à adesão dos participantes a HM, demonstrando que possuem conhecimento sobre a sua importância, como verificado durante as rodas de conversa antes da aplicação do questionário, também podemos perceber que em relação às 3 últimas questões que estão relacionadas a opinião dos participantes sobre a disponibilidade de mais pias, dispenses alcóolicos e que colaboraria com uma maior adesão a prática de HM, percebemos que os mesmos

possuem conhecimento em relação ao protocolo, bem da consciência que se a instituição ofertasse uma infraestrutura adequada, a adesão seria maior. Quando questionados sobre a importância da exposição de cartazes nos pontos de assistência para promover uma maior adesão à prática da HM, já que essas ações podem ajudar o profissional a lembrar da importância de higienizar as mãos, observamos que foi considerada uma ação positiva, no intuito de alcançar um menor índice de infecção relacionados a assistência à saúde.

**Tabela 1:** Resultado da condensação das respostas dos participantes de diferentes categorias ao Questionário sobre Adesão da HM.

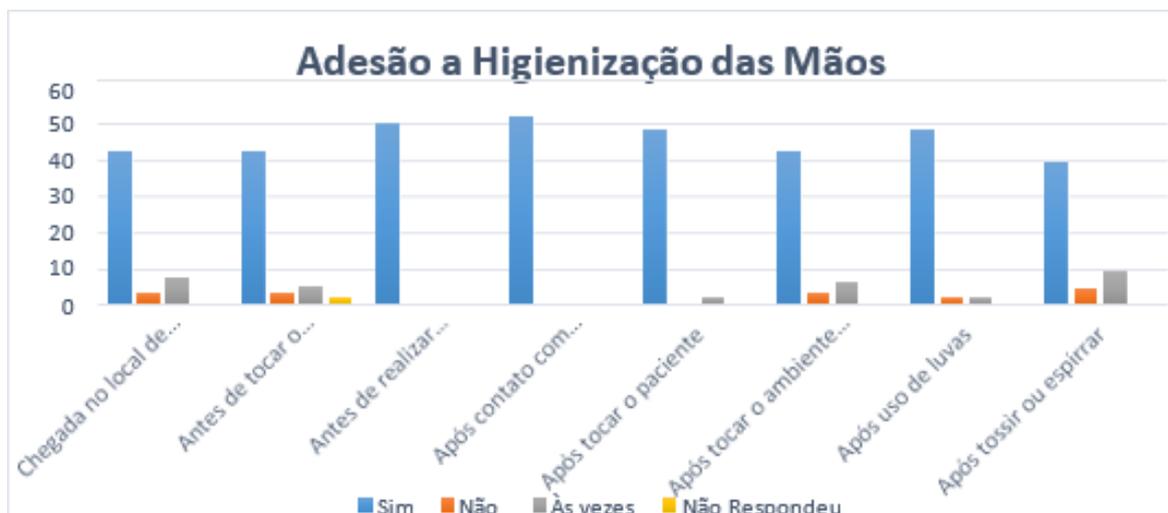
VOCÊ REALIZA A HIGIENE DAS MÃOS?	SIM	NÃO	ÀS VEZES	RESPOSTA BRANCO
Ao chegar no local de trabalho?	42	03	07	-
No momento exato antes de tocar o paciente?	42	03	05	02
Antes de realizar procedimentos assépticos ou de limpeza?	50	-	01	01
Após exposição a risco de fluidos corporais?	52	-	-	-
Após tocar o paciente?	48	01	02	01
Após tocar objetos ao redor do paciente?	42	03	06	01
Após uso de luvas?	48	02	02	-
Após tossir ou espirrar?	39	04	09	-
Com água e sabão?	50	01	01	-
Com álcool gel?	40	01	11	-
Com água?	18	24	10	-
<b>EM SUA OPINIÃO:</b>				
Se houvesse mais pias, dispensadores alcoólicos disponíveis, você iria aumentar a frequência que higieniza as mãos?	51	-	01	-
Cartazes lembrando que precisar higienizar as mãos são importantes?	46	02	04	-
Você sabe que existe um protocolo com a técnica correta para higiene das mãos?	51	01	-	-

Fonte:HRA/2020

## DISCUSSÃO SOBRE A ADEÇÃO DA HM PELOS PROFISSIONAIS DA ALA E

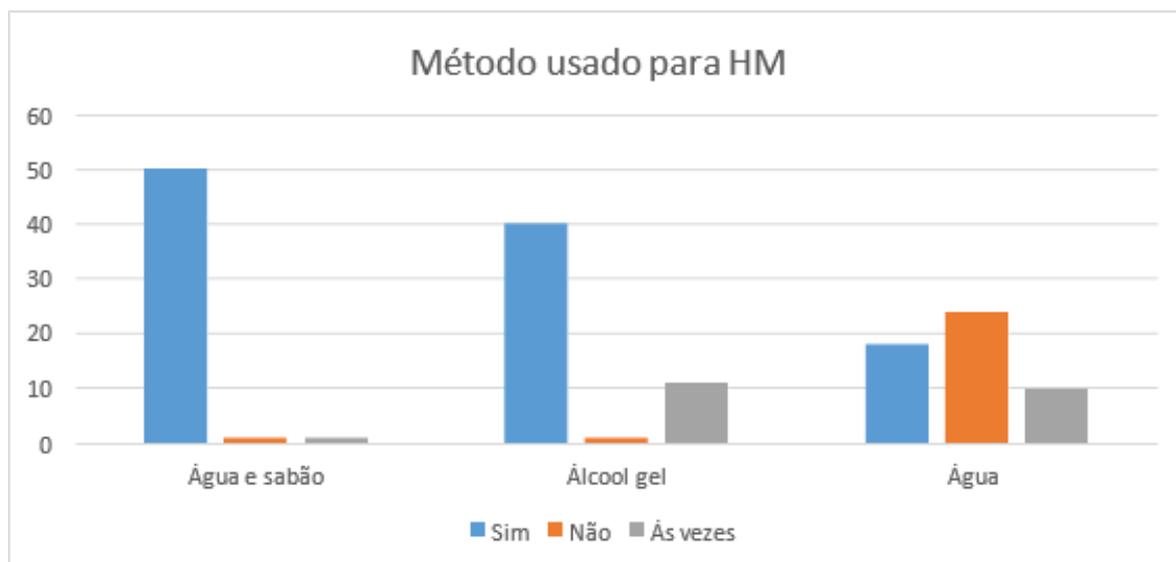
Em relação à adesão dos profissionais, observamos que existe uma cultura de HM, e da sua prática nos 05 (cinco) momentos preconizados pela OMS, onde nos questionários foi respondido que HM antes e após contato com o paciente, após risco de exposição aos fluidos corporais e após exposição às proximidades do paciente evitam infecções durante a prestação de cuidados. Já na percepção da própria proteção do profissional de saúde foi respondido, também em 100% dos questionários, que deve haver HM após risco de exposição a fluidos corporais, seguido de 98% dos participantes que concordaram que realizavam a HM antes de realizar procedimentos, e 96% que afirmaram que realizavam após uso de luvas e tocar o paciente, conforme a representação do gráfico abaixo.

**Gráfico 4:** Representação dos momentos de indicam a adesão da higienização das mãos.



Fonte: HRA/2020

**Gráfico 5:** Representação indicando o método escolhido pelos participantes para a HM.



Fonte: HRA/2020

Já em relação ao método escolhido para realizar a HM pelos participantes, verificamos o produto escolhido foi a água e sabão com 98%, seguido de 96% dos que utilizam o álcool em gel.

### **DISCUSSÃO SOBRE A OBSERVAÇÃO DIRETA REALIZADA EM RELAÇÃO A ADESÃO DE HM**

Os resultados a seguir referem-se à observação realizada na Ala E conforme a proposta inicial do projeto. Foram realizadas observações durante os períodos, diurno e noturno onde constatou-se dentro das categorias participantes do método um total de 126 oportunidades pelos 18 profissionais demonstrados no gráfico abaixo, onde em 95 dessas oportunidades, gerou uma adesão de 76,19%. Essa adesão foi elevada para uma primeira rodada de observações, o que pode ter ocorrido pelo trabalho prévio de sensibilização, ou mesmo, pelo simples fato da presença do observador in locu.

**Gráfico 6:** Relação de profissionais por categoria X oportunidades X ações de HM.



Fonte: HRA/2020

O gráfico acima demonstra que em relação às categorias profissionais que participaram da observação realizada na ala E, tanto no período noturno como diurno diante das oportunidades e ações praticadas nos momentos de HM, percebeu-se um destaque maior para os profissionais técnicos de enfermagem com 23%, seguidos pelos enfermeiros 17% e as categorias médica e nutricionista com 12%.

A tabela a seguir, evidencia o total de oportunidades realizadas durante os dois períodos, sendo que durante o período diurno, observou-se mais oportunidades executadas pelos profissionais observados, outro fator que corrobora para esse resultado é a circulação de profissionais ser maior durante o dia, em que diferentes categorias exercem suas atividades na assistência e no cuidado direcionado aos pacientes internados na Ala E.

**Tabela 2:** Número de observações e ações evidenciadas nos períodos noturno e diurno realizadas na Ala do projeto piloto.

SETOR DE APLICAÇÃO	PERÍODO DIURNO			PERÍODO NOTURNO		
	Nº de Oport.	Nº de Ações	% de Adesão	Nº de Oport.	Nº de Ações	% de Adesão
Ala E	81	59	73%	45	36	80%

Fonte: HRA/2020

Seguindo as orientações da estratégia multimodal utilizamos o Índice de Adesão à higienização das mãos: razão entre o número de ações e o número de oportunidades expressa na seguinte fórmula:

**Fig. 1:** Adesão.

1. **Índice de Adesão a Higienização das Mãos:**  $\frac{\text{Total de Ações de Higienização}}{\text{Total de Oportunidades}} \times 100$

**Total de Oportunidades**

2. **Adesão Utilizando Álcool Gel:**  $\frac{16 \text{ ações}}{126 \text{ oportunidades}} \times 100 = 12,69$

**126 oportunidades**

3. **Adesão utilizando Água e sabão:**  $\frac{78 \text{ ações}}{126 \text{ oportunidades}} \times 100 = 61,90$

**126 oportunidades**

**Fonte:** As autoras.

O resultado fornecido pela fórmula do índice de adesão a higienização das mãos demonstrou que as oportunidades realizadas pelos profissionais na ala para a higienização das mãos é que utilizavam mais o método de água e sabão onde obteve-se um resultado equivalente aos índices de 61,90 de adesão em relação a 12,69 da utilização da solução alcoólica que equivale em percentual conforme apresentado no gráfico a seguir:

**Gráfico 7:** Representação da adesão de Higienização das mãos observadas na Ala E conforme a fórmula.



**Fonte:** HRA/2020

Em relação às oportunidades e ações utilizadas pelos profissionais de diferentes categorias quanto a maneira de higienizar as mãos, neste gráfico percebe-se que 83% utilizam como escolha a água e sabão em relação aos cinco momentos do processo preconizado pela estratégia multimodal.

Esses resultados trazem uma reflexão que, mesmo diante da falta de pias suficientes no setor, os profissionais estão realizando as etapas dos cinco momentos da Higienização das mãos. A observação dos profissionais nos demonstrou que existe uma adesão dos profissionais e, que o projeto que possui uma metodologia prospectiva deverá dar continuidade nas ações, haja vista que o simples ato de higienizar as mãos deve ser disseminado diariamente.

## **CONCLUSÃO DAS DISCUSSÕES**

Sabemos que a lavagem das mãos é considerada uma medida profilática simples, barata e que não requer um nível muito elevado de conhecimento para realizá-la, contudo ao efetuarmos nosso projeto piloto, percebemos também que trata-se de uma tarefa desafiadora e contínua por diversos fatores que fomos descobrindo ao longo da vivência das etapas do projeto.

Percebemos que mesmo sendo uma medida simples, ainda é necessária uma maior adesão dessa medida no intuito de minimizar a infecção na realização da assistência nos cuidados de saúde, por se tratar de uma medida com eficácia comprovada e de fácil realização.

Reconhecemos que nossa realidade ainda não é ideal para efetuar todos os passos da estratégia multimodal, entretanto diante dos resultados esperados e alcançados, percebemos que somos capazes de modificar hábitos e incentivar a uma maior adesão da higienização das mãos por todos os profissionais da instituição.

Assim, faz-se necessário que os gestores da instituição sejam parceiros contínuos nesse processo, juntamente com os demais componentes da equipe multiprofissional que estão envolvidos diretamente nos cuidados e nas assistências aos pacientes.

Somos conscientes que as ações que foram realizadas como as rodas de conversa, durante a aplicação dos instrumentos, já refletiram no modo como os profissionais percebem a necessidade da correta e frequente HM, pois percebemos que durante todo

o projeto de intervenção, especialmente na observação que a equipe multiprofissional aproveitou as várias oportunidades para realizar a HM.

Com isso, aprendemos com este projeto piloto que mais ações deverão ser realizadas, na construção da segurança do paciente em todos os demais setores da instituição com intuito de conseguir multiplicar adesão de boa prática e consequentemente evitar as infecções.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do protocolo de Higienização das mãos como projeto piloto na Ala E no Hospital Regional de Araguaína, em nossa percepção foi uma tarefa desafiadora como a própria OMS classificou como um desafio global, e isso se tornou contundente da forma como detectamos durante a aplicação do questionário e na observação direta devido a realidade existente na instituição em relação à infraestrutura, a carência de insumos de higienização das mãos e como são utilizados nas ações de adesão.

Um dos ensinamentos que nos foi proporcionado é de que sensibilizar os profissionais para as boas medidas é uma meta que não deve ser deixada de lado, pois a prática de higienizar as mãos pode ser esquecida pela simplicidade do referido ato, desta forma a estratégia multimodal nos demonstrou que deve ser incentivada constantemente, devido as mãos estarem envolvidas em todo o processo de assistência ao paciente, tornando-se o principal veículo de transmissão de microrganismos, constituindo assim como norma básica de prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

Temos o conhecimento que a solução alcoólica é considerada o padrão ouro, então ficou evidente a necessidade de proporcionar dispenses, pumps contendo a solução conforme calculamos para a referida ala. Assim, disponibilizados em pontos de fácil acessibilidade aumentaremos a adesão ao protocolo e, este foi mais um ensinamento adquirido.

Aprendemos que a segurança do paciente deve ser realizada por essa quinta meta que faz parte do Programa Nacional de Segurança do Paciente e, instituída através do Núcleo de Segurança do Paciente, visando a prevenção e controle de IRAS juntamente com parceria da CCIH e com compromisso de todos que estão na instituição.

O legado que recebemos é da responsabilidade de todos desde a direção, profissionais, pacientes e família com a redução da incidência das infecções através da adesão do protocolo de HM, a disseminação da cultura de segurança do paciente e a manutenção da qualidade em saúde.

Acreditamos, portanto, que este projeto fornecerá embasamento como desafios futuros para o NSP, Diretoria do hospital e todos os profissionais envolvidos na assistência para modificar a realidade que se tem no momento, considerada de uma forma inadequada para atingir resultados de maior nível de adesão da Higienização das mãos através das ações factíveis, contínuas e duradouras com o empenho de todos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Manual de Referência Técnica para a Higiene das Mãos para ser utilizado por profissionais de saúde, formadores e observadores de práticas de higiene das mãos. OMS, 2005. Acessado em 04/03/2020.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. NOTA TÉCNICA Nº01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: Orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, 01 de agosto de 2018. Acessado em 30/04/2020.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária** (Ministério da Saúde). Segurança do Paciente / Higienização das Mãos. 2007. Acessado em 14/08/2019.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Segurança do Paciente: Relatório sobre Autoavaliação para Higiene das Mãos. Março de 2012. Acessado em 15/08/2019.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. 1ª edição 105p. Acessado em 09/09/2019.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. RDC nº. 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 out. 2010. Acessado em 14/08/2019.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Ministério da Saúde. RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002. Acessado em 12/05/2020.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA**. Ministério da Saúde/Brasil/FIOCRUZ. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 1ª edição, 2014.

IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA EM TOCANTINS. Ana Ydelplynya Guimarães AMARO; Ruth Diniz Braga de SOUZA; Luciana Yumi UE. JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 - FLUXO CONTÍNUO. 2024 - MÊS DE OUTUBRO - Ed. 55. VOL. 01. Págs. 425-477. <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculdefacit.edu.br](mailto:jnt@faculdefacit.edu.br).

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, de 02/04/2013, Seção 1, Pág. 43. Acessado em 30/04/2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013**. Publicada no D.O.U. de 10/07/2013. Acessado em 30/04/2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013**. Publicada no D.O.U. de 25/09/2013. Acessado em 30/04/2020.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Resolução-RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, Seção 1, Pág. 36. Acessado em 14/08/2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**- Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Brasília, 2015. Acessado em 15/09/2019.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017. Acessado em 31/01/2020.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Ferramenta de Planejamento e Cálculo de Custos de Preparações Alcoólicas para a Higiene das Mãos. Revisado agosto de 2009. Acessado em 31/01/2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde/ Fiocruz/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília: Anvisa, 2013. Link: Acessado em: 14/08/2019.

BELELA-ANACLETO A S C, Peterlini M A S, Pedreira M L G. Higienização das mãos como prática do cuidar: Reflexão acerca da responsabilidade profissional. Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, **Revista Brasileira Enfermagem** [Internet]. 2017 mar-abr;70(2):461-4. Acessado em 30/04/2020.

CENTER for DISEASE CONTROL and PREVENTION (CDC). **Guideline for hand hygiene in health care settings**. Recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR Morb. Mortal Wkly Rep. v. 51, n. 16, p. 1 -45, 2002. Acessado em 15/09/2019.

COSTA A M A, Oliveira T A C, Rocha D M, Silva E P, Alves V K M, Ferreira T R G, Oliveira A C, Santos W F A, Resende A K M. Qualidade da assistência de enfermagem com foco na segurança do paciente. REAS, **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2018. Vol. 10 (5), 2198-2204. Acessado em 30/04/2020.

**IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA EM TOCANTINS**. Ana Ydelplynya Guimarães AMARO; Ruth Diniz Braga de SOUZA; Luciana Yumi UE. JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 - FLUXO CONTÍNUO. 2024 - MÊS DE OUTUBRO - Ed. 55. VOL. 01. Págs. 425-477. <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculdefacit.edu.br](mailto:jnt@faculdefacit.edu.br).

DERHUN F M, Souza V S, Costa M A R, Inoue K C, Matsuda L M. **Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre higienização das mãos.** Universidade Estadual de Maringá PR. <http://www.cogitare.ufpr.br/>. Cogitare Enferm. 2016 jul./set; 21(3): 01-08. Acessado em 14/08/2019.

FREITAS J D, Levachof R C Q, Hasselmann B N O, Paula D G. **Higienização de mãos como medida preventiva de infecções: considerações sobre a interação mediador-mediado.** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Raízes e Rumos, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 101-108, jan./jun. 2017. Acessado em 14/08/2019.

HOSPITAL MÃE DE DEUS. **Higiene das mãos: histórico, conceitos, técnica.** Proqualis.net. Aula em PPT 2016. Acessado em 10/05/2020.

KAWAGOE J Y. **Implantação da Estratégia Multimodal de Higienização das Mãos em serviços de saúde.** SCIH Hospital Albert Einstein. 2013. Acessado em 15/09/2019.

JORGE A M, Abi R C D. **Adesão da equipe de enfermagem na higiene das mãos.** Universidade Nove de Julho – UNINOVE. São Paulo – Brasil 2018. Disponível: ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4499-3716>. Acessado em 30/04/2020.

LLAPA-RODRIGUEZ EO, Oliveira JKA, Menezes MO et al. **Aderência de profissionais de saúde à higienização das mãos.** Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem Ver. Enferm. UFPE online., Recife, 12(6):1578-85, jun., 2018. Acessado em 30/04/2020.

NASCIMENTO JC, Draganov PB. **História da qualidade em segurança do paciente.** Hist. enferm Rev. eletrônica [Internet]. 2015;6(2):299-309. Acessado em 30/04/2020.

OLIVEIRA A C, Paula A O. Intervenções para elevar a adesão dos profissionais de saúde à higiene de mãos: revisão integrativa. a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2013 out/dez;15(4):1052-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.21323>. doi:10.5216/ree.v15i4.21323. Acessado em 30/04/2020.

PAULA A O. **Impacto da estratégia multimodal na adesão a higiene de mãos entre a equipe multiprofissional.** Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Belo Horizonte- MG, 2015. Pag. 1-127. Acessado em 04/03/2020.

SILVA J L L, Machado E A, Costa F S, Abreu L T A, Taveira R P C, Diniz M I G. Conhecendo as técnicas de higienização das mãos descritas na literatura: refletindo sobre os pontos críticos. Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde** 2012; 14(1): 81-93. Acessado em 30/04/2020.

SILVA D G, Rau C. **A importância da higienização das mãos na redução de infecções em serviços de saúde** 012; Monografia; (Aperfeiçoamento/Especialização em Pós

**IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA EM TOCANTINS.** Ana Ydelplynya Guimarães AMARO; Ruth Diniz Braga de SOUZA; Luciana Yumi UE. JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 - FLUXO CONTÍNUO. 2024 - MÊS DE OUTUBRO - Ed. 55. VOL. 01. Págs. 425-477. <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculdefacit.edu.br](mailto:jnt@faculdefacit.edu.br).

Graduação Lato Senso em Vigilância Sanitária) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2012. Acessado em 14/08/2019.

SILVA, A E P. **Incidência de Staphylococcus multirresistentes a antimicrobianos nas mãos dos profissionais de unidade básica de saúde.** Universidade Brasil Campus de Fernandópolis – Fernandópolis, 2017. Acessado em 30/08/2019.

SOUSA E C P, Silva F L. Conhecimento e adesão da prática de higienização das mãos dos profissionais da saúde: Revisão Bibliográfica. **Rev. Saúde em Foco.** Teresina, v. 3, n. 1, art. 1, p. 84-93, jan./jun. 2016. Acessado em 30/04/2020.

SANTOS TCR, Roseira CE, Piai-Morais TH, Figueiredo RM. Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. Departamento de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar, São Carlos/ SP, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2014 mar;35(1):70-77. Acessado em 30/08/2019.

VASCONCELOS R O, Alves D C I, Fernandes L M, Oliveira J L C. Adesão à higienização das mãos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Brasil, **Revista Eletrônica Trimestral Enfermeria Global Nº 50**, abril 2018 Página 446. Acessado em 30/08/2019.

VINCENTE C, Amalberti R. **Cuidado de Saúde mais Seguro:** estratégias para o cotidiano do cuidado. Proqualis – Rio de Janeiro, 2016. Acessado em 15/09/2019.

WHO, **Diretrizes da OMS sobre higienização das mãos na assistência à saúde** (versão preliminar avançada): resumo MÃOS LIMPAS SÃO MÃOS MAIS SEGURAS. 2005. Acessado em 30/08/2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines for safe surgery.** Geneva: WHO; 2009. Acessado em 15/08/2019.

[HTTPS://www.amib.org.br/noticia/nid/higienizacao-das-maos-historico-e-aspectos-cientificos](https://www.amib.org.br/noticia/nid/higienizacao-das-maos-historico-e-aspectos-cientificos). Publicado em 05/05/16 às 15h16. Acessado em 10/05/2020.

[HTTP://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000000656WAuTm7.ppt](http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000000656WAuTm7.ppt). Acessado em 12/05/2020.

[WWW.trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR32.pdf](http://www.trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR32.pdf). Acessado em 11/05/2020.

**IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA EM TOCANTINS.** Ana Ydelplynya Guimarães AMARO; Ruth Diniz Braga de SOUZA; Luciana Yumi UE. JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 - FLUXO CONTÍNUO. 2024 - MÊS DE OUTUBRO - Ed. 55. VOL. 01. Págs. 425-477. <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculdefacit.edu.br](mailto:jnt@faculdefacit.edu.br).

## APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO DE HM PARA OS PROFISSIONAIS DO HRA

### CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE



Análise da HM dos profissionais do HRA

### QUESTIONÁRIO

CATEGORIA PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

GÊNERO: ( ) MASC. ( ) FEM. IDADE: \_\_\_\_\_

Você realiza a higiene das mãos?	SIM	NÃO	ÀS VEZES
Ao chegar no local de trabalho?			
No momento exato antes de tocar o paciente?			
Antes de realizar procedimentos assépticos ou de limpeza?			
Após exposição a risco de fluidos corporais?			
Após tocar o paciente?			
Após tocar objetos ao redor do paciente?			
Após uso de luvas?			
Após tossir ou espirrar?			
Com água e sabão?			
Com álcool gel?			
Com água?			
<b>Em sua opinião:</b>			

Se houvesse mais pias, dispensadores alcoólicos disponíveis, você iria aumentar a frequência que higieniza as mãos?			
Cartazes lembrando que precisar higienizar as mãos são importantes?			
Você sabe que existe um protocolo com a técnica correta para higiene das mãos?			

**NOTA: QUESTIONÁRIO ELABORADO PELA EQUIPE PARA PESQUISA/2020**

## APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE



472

#### Termo de consentimento livre e esclarecido

##### Dados de Identificação

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de intervenção intitulado **Higienização das Mãos: uma possibilidade segura para o HRA**, de responsabilidade da professora MSC Luciana Yumi Ue e as alunas Ana Ydelplynya Guimarães Amaro e Ruth Diniz Braga de Souza, Turma: T3/19-SSP-0327 do Curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente/ EAD/FIOCRUZ/MS.

O projeto de intervenção tem como objetivo de implantar o protocolo de Higienização de Mãos na ala E como piloto, entre os meses de maio de 2020 até dezembro de 2020.

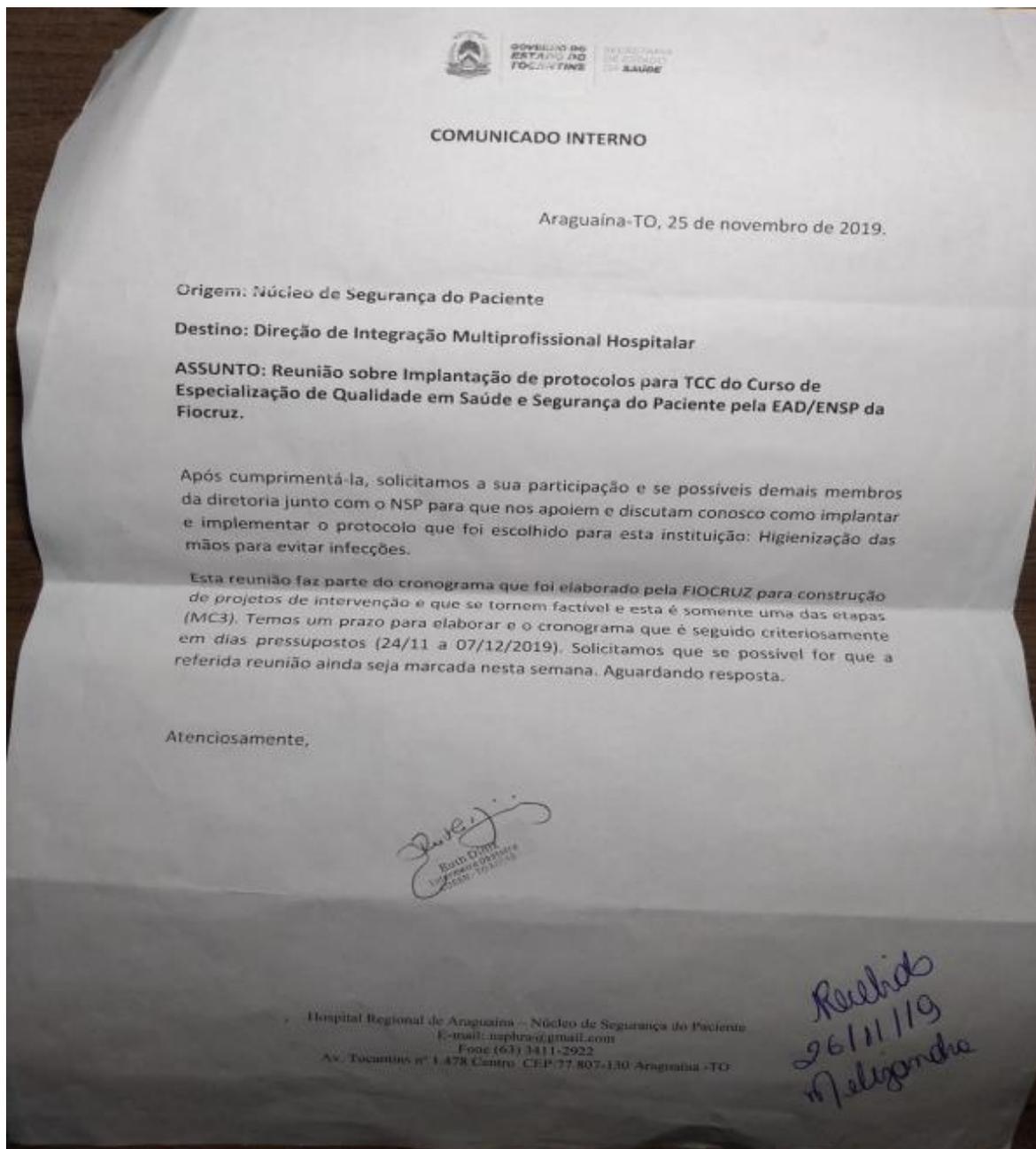
Sua participação ocorrerá através do preenchimento de um questionário com perguntas diretas sobre higienização das mãos. A retirada do consentimento e permissão de realização do referido projeto piloto pode ser feita a qualquer momento, sem que haja prejuízos. Sua participação no projeto é voluntária, podendo se retirar da pesquisa quando achar necessário. Garantiremos a confidencialidade das informações geradas e a privacidade dos sujeitos envolvidos. Não terá nenhum risco para os participantes. Em caso de qualquer dúvida acerca do projeto, nos colocamos à disposição para saná-las.

Este Projeto de intervenção tem autorização da Direção Geral e conhecimento do NEP para sua realização nas dependências da instituição.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário do projeto de pesquisa acima descrito.

Araguaína-TO \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

**APÊNDICE C: COMUNICADO DA SOLICITAÇÃO DA REUNIÃO DE BRAISNTORMING**

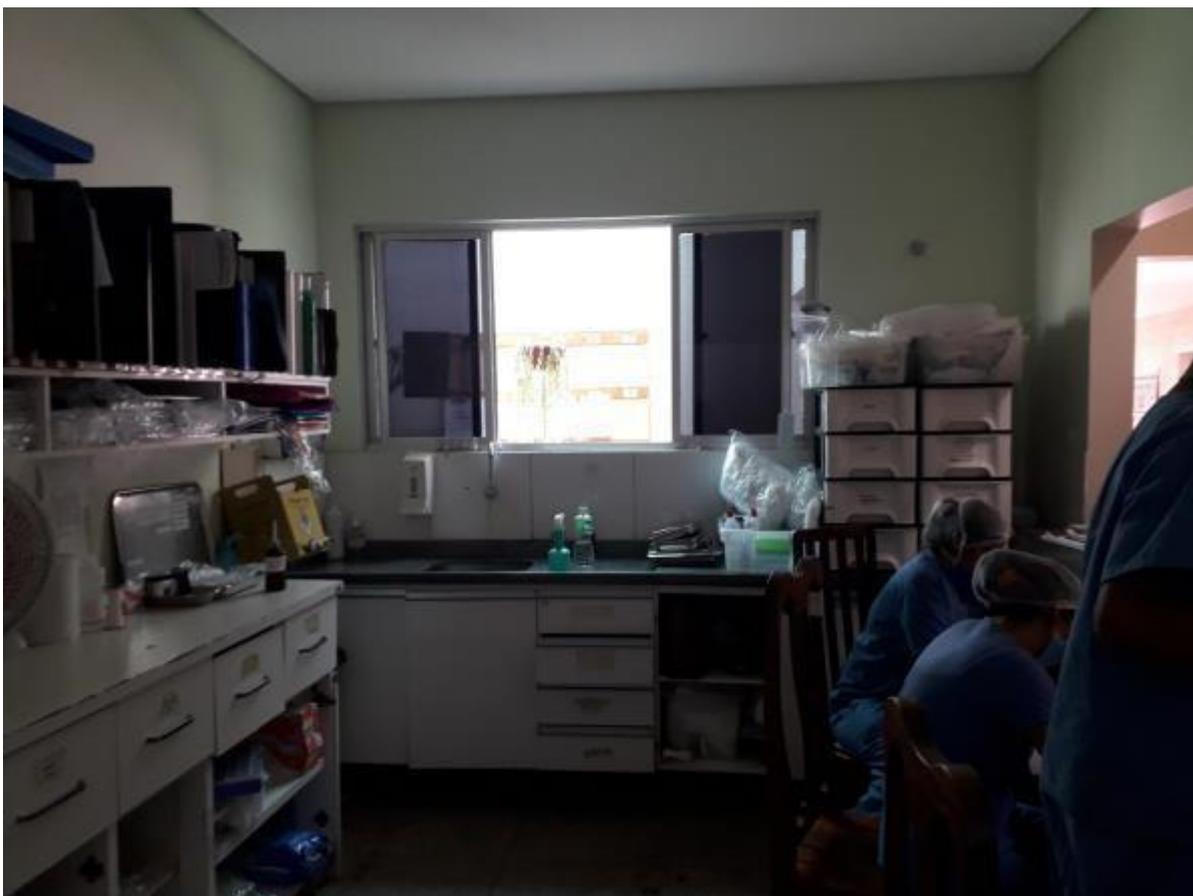


## **APÊNDICE D: ATA DA REUNIÃO DE BRAINSTORMING**

Ata da reunião com a alta gestão da nossa instituição de saúde que incluem respectivamente o Diretor Geral, o Diretor Técnico e a Diretora de Integração Multiprofissional Hospitalar, a coordenadora do NSP e as enfermeiras alunas da especialização Ana Ydelplynya e Ruth Diniz para discutir a Implantação de protocolos de uma prática segura a ser implementada como o projeto de intervenção da Higienização das mãos. A reunião tem como objetivo buscar soluções propositivas que sejam viáveis, tornando assim o hospital um ambiente mais seguro para pacientes e colaboradores. No encontro a coordenadora do NSP aproveitou a oportunidade e entregou o resultado do E-questionário que foi aplicado na instituição sobre a Cultura de Segurança Hospitalar sendo que este questionário contou com a parceria da ANVISA, Qualidade, UFRN e LAIS. Iniciamos a reunião questionando como tornar o hospital mais seguro para colaboradores e pacientes? Seguido deste questionamento a Enfa. Ruth Diniz realizou uma explanação sobre a dinâmica e importância da especialização que estamos participando e do projeto de intervenção que teríamos que elaborar e implantar em nossa instituição de saúde como parte de umas das tarefas estabelecidas pelo curso. Então, após a breve e relevante explanação, o Diretor Geral e o Diretor Técnico indagaram sobre os protocolos que já foram implantados, em seguida foi informado ao mesmo que dois destes já foram implantados que seriam o de Cirurgia Segura e a Prevenção de Quedas. A coordenadora do NSP, Enfa. Ana Lúcia detalhou brevemente como ocorreu a implantação e monitoramento destes protocolos. Então o diretor geral questionou sobre o que o hospital/gestão precisa fazer para que este projeto seja implementado, e foi respondido que seria necessário a disponibilização de dispenser com álcool e sabão nos locais onde estes não disponibilizam. O diretor geral afirmou que a CCIH confirma que estes insumos existem no hospital, contudo os mesmos não são vistos. A Enfa. Ruth ressaltou que um fator importante que demonstra as infecções, e a presença das deiscências de suturas que são notificadas pelo NSP. A Diretora de Integração Multiprofissional relatou da falta de biombo. Foi discutido também da falta de envolvimento da equipe multiprofissional, da adesão aos protocolos, da ausência de implantação e implementação de protocolos e dos checklist. O Diretor Geral propõe que sejam colocadas pias e sabão líquido nos locais específicos e onde for possível, em concordância com o diretor técnico. Em seguida foi proposto

que fosse implantado um novo projeto de Higienização das Mãos, juntamente com o apoio também do diretor administrativo, no intuito de fazermos um levantamento dos locais que não disponibilizam pias, lixeiras, biombos, dispenser de sabão e álcool, seguido de momentos de conscientização e educação abrangendo assim todos os setores, turno dos servidores, pacientes e estagiários concomitante a este processo. Na sequência foi falado também sobre os eventos adversos que ocorrem no hospital da necessidade da supervisão do preenchimento do checklist antes das cirurgias, reforçar a prática da cirurgia segura com o envolvimento e adesão de todos os profissionais. E finalizamos a reunião com assinatura da frequência.

## APÊNDICE E: FOTO DO POSTO DE ENFERMAGEM DA ALA E



476

**Fonte:** Foto da Ala E (maio 2020)

## APÊNDICE F: FICHA DE COLETA DE ADESÃO ÀS OPORTUNIDADES DE HM

Instrumento de Adesão da HM-Hospital de Referência de Araguaína								
Ala de Coleta: _____			Tempo de observação: Início: _____			Término: _____		
Avaliador: _____			Data: ____/____/____			Turno: _____		
Profissional: ( ) Médico ( ) Técnico de Enf ( ) Enfermeiro ( ) Outro: _____			Profissional: ( ) Médico ( ) Técnico de Enf ( ) Enfermeiro ( ) Outro: _____			Profissional: ( ) Médico ( ) Técnico de Enf ( ) Enfermeiro ( ) Outro: _____		
Oport.	Indicação	Ação	Oport.	Indicação	Ação	Oport.	Indicação	Ação
1	Ant. do pacte	HM álcool gel	6	Ant. do pacte	HM álcool gel	11	Ant. do pacte	HM álcool gel
	Ant. proc.assep.	HM água + sabão		Ant. proc.assep.	HM água + sabão		Ant. proc.assep.	HM água + sabão
	Após exp.fluidos corp	Não higienizou		Após exp.fluidos corp	Não higienizou		Após exp.fluidos corp	Não higienizou
	Após cont.pacte			Após cont.pacte			Após cont.pacte	
	Após cont. ambiente pacte			Após cont. ambiente pacte			Após cont. ambiente pacte	
Oport.	Indicação	Ação	Oport.	Indicação	Ação	Oport.	Indicação	Ação
2	Ant. do pacte	HM álcool gel	7	Ant. do pacte	HM álcool gel	12	Ant. do pacte	HM álcool gel
	Ant. proc.assep.	HM água + sabão		Ant. proc.assep.	HM água + sabão		Ant. proc.assep.	HM água + sabão
	Após exp.fluidos corp	Não higienizou		Após exp.fluidos corp	Não higienizou		Após exp.fluidos corp	Não higienizou
	Após cont.pacte			Após cont.pacte			Após cont.pacte	
	Após cont. ambiente pacte			Após cont. ambiente pacte			Após cont. ambiente pacte	
Oport.	Indicação	Ação	Oport.	Indicação	Ação	Oport.	Indicação	Ação
3	Ant. do pacte	HM álcool gel	8	Ant. do pacte	HM álcool gel	13	Ant. do pacte	HM álcool gel
	Ant. proc.assep.	HM água + sabão		Ant. proc.assep.	HM água + sabão		Ant. proc.assep.	HM água + sabão
	Após exp.fluidos corp	Não higienizou		Após exp.fluidos corp	Não higienizou		Após exp.fluidos corp	Não higienizou
	Após cont.pacte			Após cont.pacte			Após cont.pacte	
	Após cont. ambiente pacte			Após cont. ambiente pacte			Após cont. ambiente pacte	
Oport.	Indicação	Ação	Oport.	Indicação	Ação	Oport.	Indicação	Ação
4	Ant. do pacte	HM álcool gel	9	Ant. do pacte	HM álcool gel	14	Ant. do pacte	HM álcool gel
	Ant. proc.assep.	HM água + sabão		Ant. proc.assep.	HM água + sabão		Ant. proc.assep.	HM água + sabão
	Após exp.fluidos corp	Não higienizou		Após exp.fluidos corp	Não higienizou		Após exp.fluidos corp	Não higienizou
	Após cont.pacte			Após cont.pacte			Após cont.pacte	
	Após cont. ambiente pacte			Após cont. ambiente pacte			Após cont. ambiente pacte	
Oport.	Indicação	Ação	Oport.	Indicação	Ação	Oport.	Indicação	Ação
5	Ant. do pacte	HM álcool gel	10	Ant. do pacte	HM álcool gel	15	Ant. do pacte	HM álcool gel
	Ant. proc.assep.	HM água + sabão		Ant. proc.assep.	HM água + sabão		Ant. proc.assep.	HM água + sabão
	Após exp.fluidos corp	Não higienizou		Após exp.fluidos corp	Não higienizou		Após exp.fluidos corp	Não higienizou
	Após cont.pacte			Após cont.pacte			Após cont.pacte	
	Após cont. ambiente pacte			Após cont. ambiente pacte			Após cont. ambiente pacte	