

Segurança do Paciente: Relatório sobre Autoavaliação para Higiene das Mãos

Março de 2012

Diretor-Presidente

Dirceu Aparecido Brás Barbano

Diretores

Maria Cecília Martins de Brito

José Agenor Álvares da Silva

Jaime César de Moura Oliveira

Gerente-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde

Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira

Gerente de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde

Magda Machado de Miranda Costa

Autores

Ana Clara Ribeiro Bello

André Anderson Carvalho

Carlos Dias Lopes

Fabiana Cristina de Sousa

Heiko Thereza Santana

Karla de Araújo Ferreira

Magda Machado de Miranda Costa

Suzie Marie Gomes

Endereço: SIA trecho 05 lote 200, área especial 57, 2º andar, Brasília – DF.

e-mail: ggtes@anvisa.gov.br

Tel.: (61) 3462 4014

Fax: (61) 3462 6895

ÍNDICE

I-INTRODUÇÃO.....	4
II- MATERIAIS E MÉTODOS.....	5
1- Coleta e inserção de dados.....	5
2- Análise de dados.....	6
2.1- Classificação do EAS quanto ao nível de HM.....	6
2.2- Critérios de liderança do EAS.....	6
2.3- Interpretação do documento.....	6
III-RESULTADOS.....	7
IV-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
V-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
ANEXOS.....	50

I- INTRODUÇÃO

A higienização das mãos (HM) é o procedimento mais importante e menos dispendioso para evitar a transmissão de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), sendo que ações de promoção e práticas de HM devem ser incentivadas nos serviços de saúde.

A Portaria n°. 2616, de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998) regulamentou o Programa Nacional de Controle de Infecções e a implantação de Comissão de Controle de Infecção hospitalar (CCIH). Essa Portaria definiu diversas competências visando à eficiência do controle de infecção em serviços de saúde, incluindo a HM. Entretanto, ainda havia a necessidade de uma regulamentação específica que auxiliasse no cumprimento da HM, pelos profissionais de saúde. Para atender esta demanda e contribuir com o controle sanitário, a Anvisa/MS publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n°. 42, de 25 de outubro de 2010 (BRASIL, 2010), que dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para HM, pelos serviços de saúde.

Infelizmente, apesar de inúmeras evidências de que a correta HM é uma medida importante para a redução da transmissão de microrganismos por meio das mãos, a adesão a esta prática permanece baixa, com taxas que variam de 5% a 81%, sendo em média, 40% (ALBERT & CONDIE, 1981; DONOWITZ, 1987; GRAHAM, 1990; DUBBERT et al., 1990; PETTINGER & NETTLEMAN, 1991; MEENGs et al., 1994; BERG et al., 1995; PITTET et al., 1999; BISCHOFF et al., 2000; BROWN et al., 2003; PITTET, 2003; WON et al., 2004; NEVES et al., 2006; PITTET et al., 2004; KUZU et al., 2005; SABA et al., 2005; NORITOMI et al., 2007; SANTANA et al., 2007; WHO, 2009; BRASIL, 2009; HELMS, et al., 2010; DIERSSEN-SOTOS et al., 2010; GILBERT et al., 2010; LEE et al., 2011; ABOUMATAR et al., 2012).

Fatores relacionados com a baixa adesão à HM em serviços de saúde envolvem: ausência de lavatórios e pias; deficiência de insumos como sabonete e papel toalha; falta de estímulo; falha na atitude pessoal; presença de dermatites, ressecamento ou outras lesões de pele; falta de exemplos por parte de colegas e superiores e capacitação insuficiente (PITTET et al., 2000).

A adesão às recomendações ou protocolos envolve mudanças no comportamento de profissionais que prestam assistência ao paciente. A dinâmica da mudança comportamental para o cumprimento da HM é complexa e multifacetada, constituindo um desafio para o governo, diretores, gestores e profissionais que atuam no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

A estratégia multimodal da Organização Mundial da Saúde (OMS) objetiva a melhoria da HM em serviços de saúde e engloba cinco componentes que formam a estratégia multimodal ou multifacetada (WHO, 2009; PITNET, 2009), a saber: mudança de sistema, envolvendo a disponibilização de produtos para HM no ponto de assistência; educação e treinamento dos profissionais; avaliação da adesão à HM e devolutiva à equipe; lembretes no local de trabalho para HM e estabelecimento de clima institucional de segurança para HM.

Cabe ressaltar que em 2008, a Anvisa e a Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil (OPAS/OMS) traduziu para a língua portuguesa e disponibilizou em seus portais o *Guia para implantação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da HM* (OPAS & Anvisa, 2008).

Baseada nesta estratégia, a OMS criou o Instrumento de Autoavaliação para Higiene das Mãos (WHO, 2010), ferramenta sistemática que possibilita a análise situacional da promoção e práticas da higiene das mãos nos estabelecimentos de assistência à saúde (EAS). A ferramenta está dividida em cinco componentes e vinte e sete indicadores, sendo que os cinco componentes refletem os cinco elementos da Estratégia Multimodal (Anexo I).

O presente relatório mostra os resultados do Instrumento de Autoavaliação para Higiene das Mãos, aplicado pela Anvisa/MS, com o intuito de avaliar a situação da rede hospitalar no Brasil no que diz respeito à promoção e às práticas de HM.

II- MATERIAIS E MÉTODOS

1- Coleta e inserção dos dados

A coleta de dados para a realização do diagnóstico situacional da promoção e práticas da higiene das mãos nos EAS foi realizada, pela Gerência de Vigilância e Monitoramento – GVIMS, da Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES/Anvisa, no período de 04 de maio a 31 de dezembro de 2011. O Instrumento de Autoavaliação para Higiene das Mãos foi encaminhado aos 883 EAS cadastrados no banco de dados da Anvisa pela GVIMS e pelas Coordenações Estaduais e Distrital de Controle de Infecção Hospitalar (CECIH). Ainda, o link para o documento estava acessível aos EAS do país, para preenchimento, no endereço eletrônico www.anvisa.gov.br.

O texto do documento intitulado “Instrumento de Autoavaliação para Higiene das Mãos”, (Anexo II), traduzido para a língua portuguesa pela Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecções Relacionadas à Saúde (APECIH), foi encaminhado à GVIMS, pela equipe da OMS, e utilizado para formatação de um formulário eletrônico no modelo FormSUS versão 3.0

(Anexo III). O instrumento, auto-aplicável, continha questões objetivas e foi preenchido (um por EAS) pelo profissional do SCIH.

A operacionalização propriamente dita foi realizada em parceria com os Coordenadores das Coordenações Estaduais e Distrital de Controle de Infecção (CECIH/CDCIH).

2- Análise de dados

Um estudo descritivo dos dados coletados foi realizado utilizando-se o Programa Excel. Os gráficos apresentados ao longo deste relatório são resultados deste estudo.

2.1- Classificação do EAS quanto ao nível de HM

Os indicadores do instrumento da OMS, baseados em evidência e consenso de especialistas, foram formatados em questões com respostas definidas (do tipo “SIM/NÃO” ou de múltipla escolha) a fim de facilitar a autoavaliação. Baseado na pontuação obtida para os cinco componentes, a instituição foi classificada em um dos quatro níveis de promoção e práticas de HM: Inadequado (promoção e práticas de HM deficientes. Melhoria significativa é necessária; Básico (algumas medidas implantadas, mas não num padrão satisfatório. Melhoria posterior é necessária); Intermediário ou em Consolidação (estratégia apropriada de promoção de HM implantada e as práticas apresentam melhoria, sendo crucial o desenvolvimento de planos a longo prazo para garantir que a melhoria seja sustentada e progressiva); e Avançado ou Sedimentado (a promoção e as práticas de HM tem sido sustentadas e apresentam melhoria, ajudando a incorporar a cultura de segurança no cenário de assistência à saúde.

2.2- Critérios de liderança do EAS

Critérios de liderança também foram avaliados com o intuito de identificar os EAS que pudessem contribuir como centro de referência para a promoção e práticas de HM, por meio de pesquisa, inovação e compartilhamento de informação. A avaliação, no que diz respeito aos critérios de liderança foi aplicada apenas às instituições alcançaram o nível avançado.

2.3- Interpretação do Instrumento

Para cada questão do Instrumento, foi marcada a resposta apropriada, pelo EAS. Cada resposta estava associada a uma determinada pontuação. Após preenchimento de um dos 7 componentes, era possível a soma das pontuações das respostas selecionadas para obtenção do subtotal para cada componente, pelo EAS.

Durante o processo de interpretação, estes subtotais foram somados para se calcular a pontuação global para identificar o nível de HM no qual o EAS foi classificado, segundo o nível de HM: 0-125 (Inadequado); 126-250 (Básico); 251-375 (Intermediário ou em Consolidação) e 376-500 (Avançado ou Sedimentado).

III- RESULTADOS

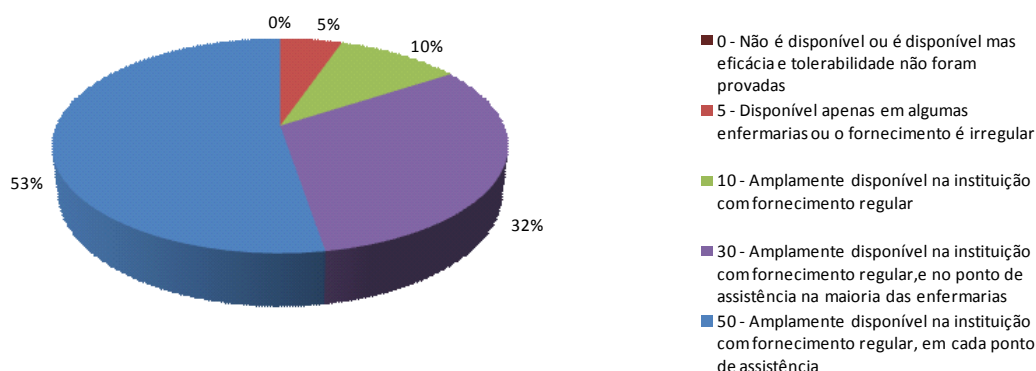
Os resultados apresentados a seguir, referem-se a 901 EAS que responderam ao Instrumento de Autoavaliação para HM.

Mudança de Sistema

Os gráficos 1 a 7 mostram os resultados das questões, em percentagem (%), relacionadas ao componente chave *Mudança no Sistema*, definido pela OMS para melhorar as práticas de HM.

O Gráfico 1 apresenta a distribuição percentual da disponibilidade de preparação alcoólica para HM nos EAS avaliados. Mais da metade (53%) dos EAS reportaram que as preparações alcoólicas para as mãos se encontravam amplamente disponível na instituição com fornecimento regular, em cada ponto de assistência (com eficácia e tolerabilidade comprovadas). Por outro lado, 5% dos EAS avaliados, sinalizaram que a preparação alcoólica para HM estava disponível apenas em algumas enfermarias ou o fornecimento era irregular (com eficácia e tolerabilidade comprovadas).

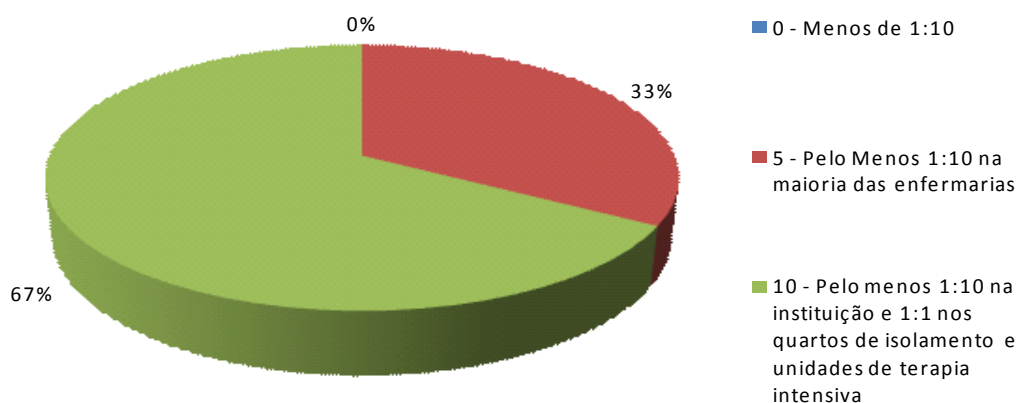
Gráfico 1: Disponibilidade de preparação alcoólica para HM no EAS



A relação pia/lavatório:leito está indicada no Gráfico 2. Observa-se que a maioria das instituições (67%) dispõem da relação pia/lavatório:leito de pelo menos

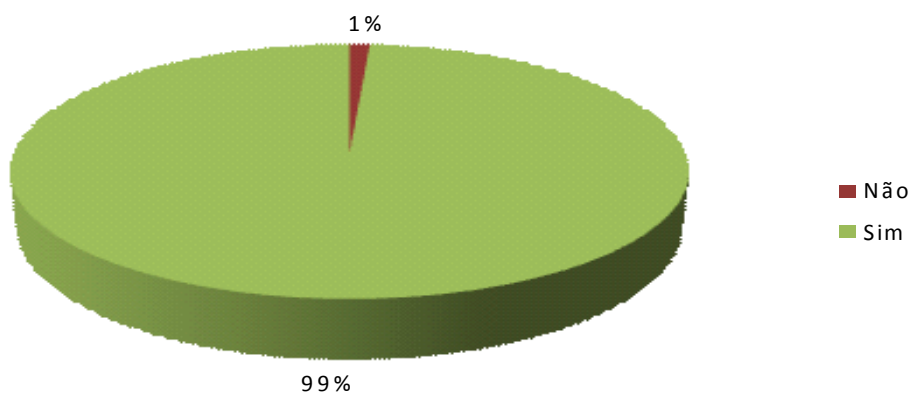
1:10 na instituição e de 1:1 nos quartos de isolamento e Unidades de Terapia Intensiva (UTI), seguido de pelo menos 1:10 na maioria das enfermarias (33%).

Gráfico 2: Relação pia/lavatório:leito no EAS.



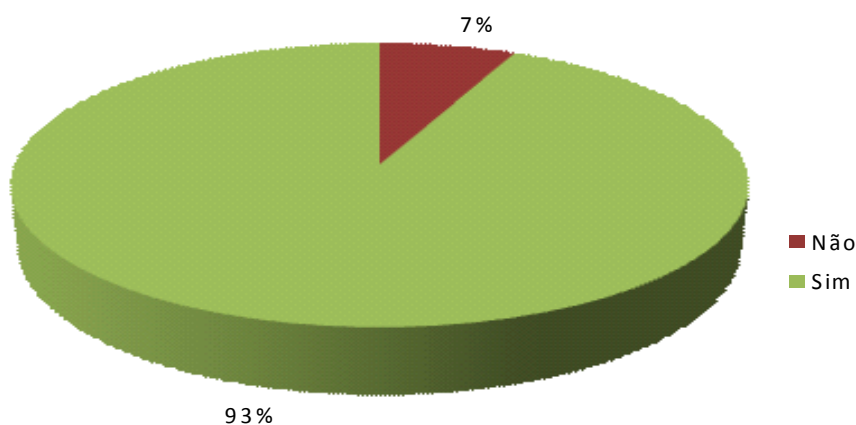
O Gráfico 3 indica que quase a totalidade de EAS (99%) dispõem de fornecimento contínuo de água corrente limpa.

Gráfico 3: Fornecimento contínuo de água corrente limpa no EAS.



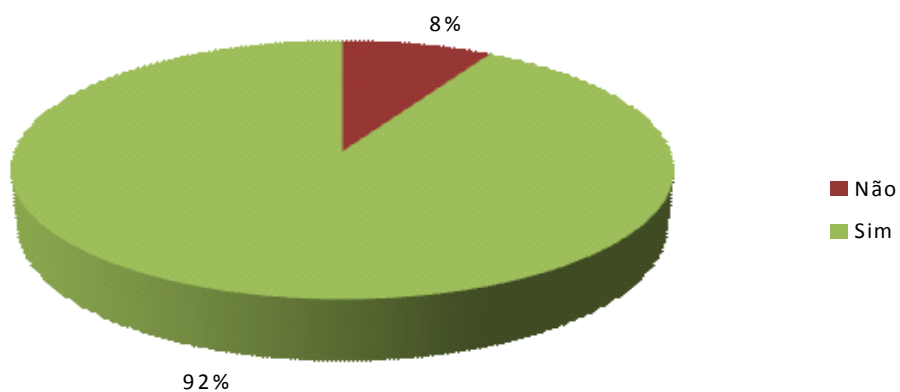
O Gráfico 4 mostra que 93% dos EAS dispõem de fornecimento de sabonete em todas as pias/lavatórios. Entretanto, 7% dos EAS não dispõem de fornecimento de sabonete em todas as pias/lavatórios.

Gráfico 4: Disponibilidade de sabonete em todas as pias/lavatórios do EAS.



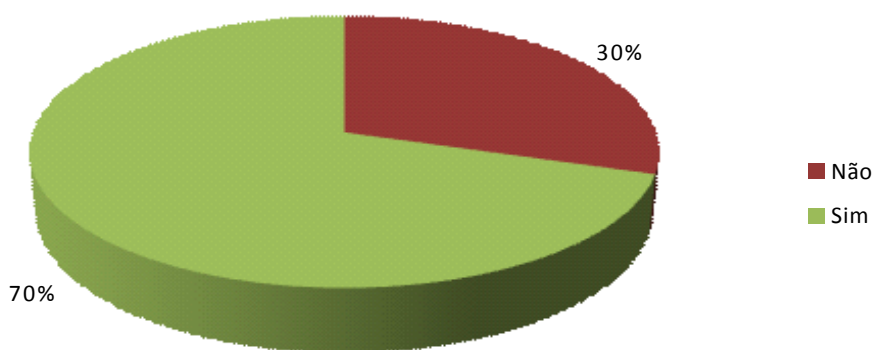
O Gráfico 5 indica que 92% dos EAS dispõem de fornecimento de toalhas descartáveis em todas as pias/lavatórios. Entretanto, 8% dos EAS não dispõem de fornecimento de toalhas descartáveis em todas as pias/lavatórios.

Gráfico 5: Disponibilidade de toalhas descartáveis disponíveis em todas as pias/lavatórios do EAS.



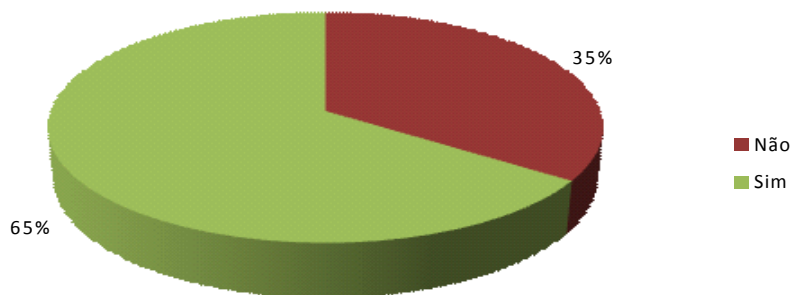
O Gráfico 6 mostra que 70% dos EAS dispõem de orçamento exclusivo para a contínua obtenção de produtos para HM. Porém, 30% dos EAS não dispõem deste orçamento.

Gráfico 6: Existência de orçamento exclusivo para a contínua obtenção de produtos para HM (Ex.: preparação alcoólica para as mãos) no EAS.



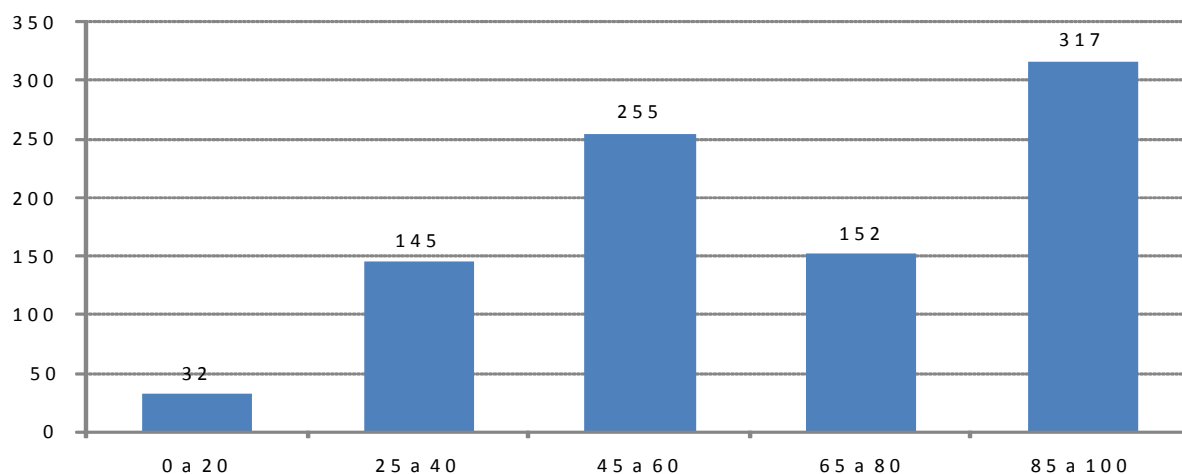
No Gráfico 7 estão incluídos apenas os EAS que obtiveram pontuação menor que 100 no conjunto das questões supracitadas, relativas ao componente chave *Mudança no Sistema*.

Gráfico 7: Existência de plano realista implantado para melhorar a infraestrutura no EAS.



O Gráfico 8 indica a pontuação de respostas dos EAS, segundo o componente chave *Mudança de Sistema*.

Gráfico 8: Total de EAS por faixa de pontuação de respostas obtidas, segundo o componente *Mudança de Sistema*.

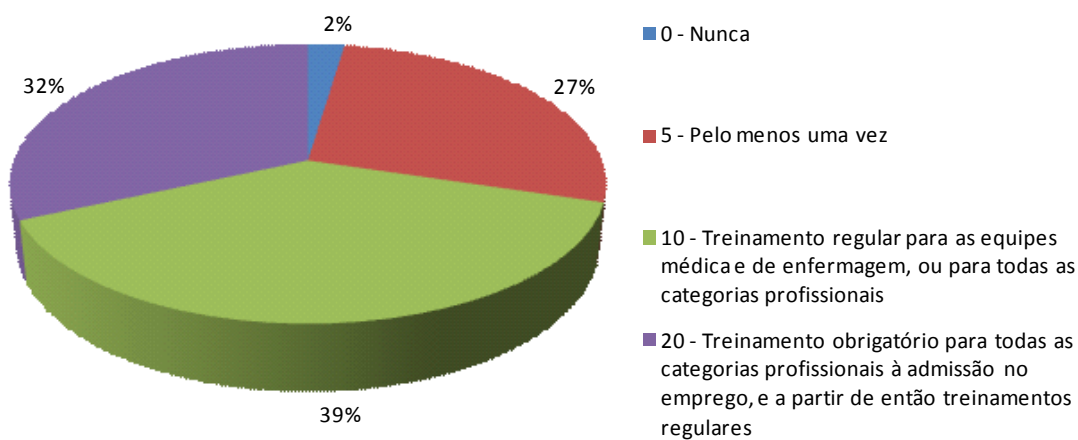


Capacitação Educação

Os gráficos 9 a 14 mostram os resultados das questões, em percentagem (%), relacionadas ao componente chave *Capacitação/Educação*, definido pela OMS para melhorar as práticas de HM.

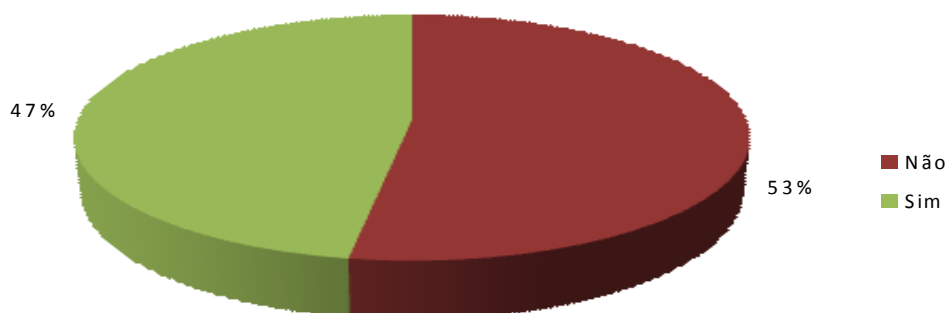
O Gráfico 9 indica com qual frequência no EAS ocorre a capacitação/educação dos profissionais de saúde no tema HM. Observa-se que a maioria dos EAS recebe capacitação regular para as equipes médica e de enfermagem, ou para todas as categorias profissionais.

Gráfico 9: Frequencia de capacitação/educação dos profissionais de saúde sobre HM na instituição.



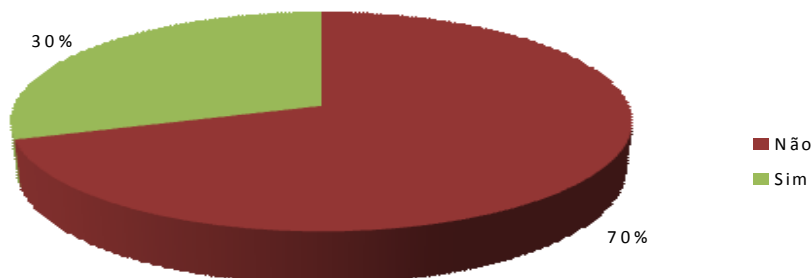
Observa-se no Gráfico 10, que 53% dos EAS não dispõem de processo implantado para confirmar se todos os profissionais de saúde completaram a capacitação/treinamento em HM.

Gráfico 10: Implantação de processo para confirmar que todos os profissionais de saúde tenham completado a capacitação/treinamento.



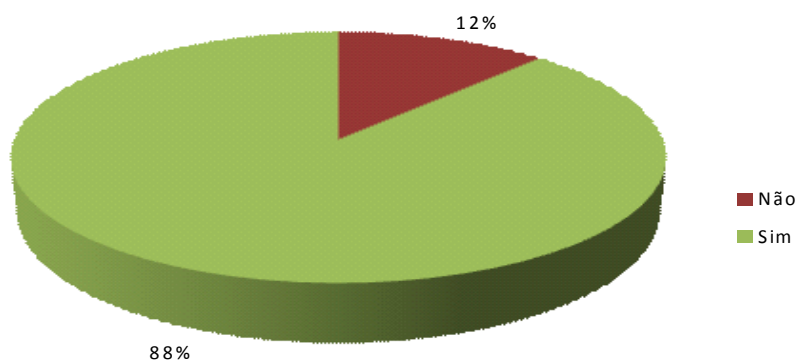
O Gráfico 11 aponta que na maioria dos EAS, (70%) os documentos da OMS sobre HM ainda não estão disponíveis.

Gráfico 11: Disponibilização de documentos da OMS (disponível em www.who.int/gpsc/5may/tools) ou adaptações locais semelhantes para os profissionais de saúde.



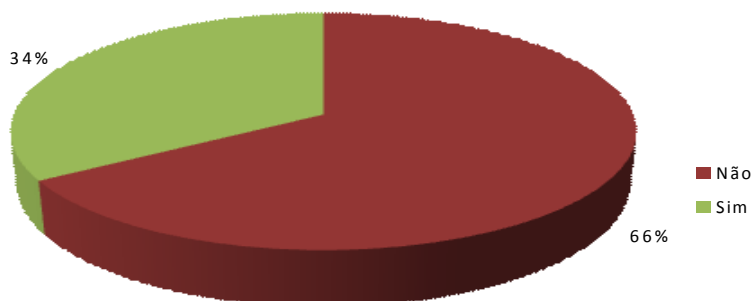
O Gráfico 12 mostra que na maioria dos EAS (88%) existe profissional com habilidades adequadas para atuar como treinador em programas ativos educacionais.

Gráfico 12: Existência de profissional com habilidades adequadas para atuar como treinador em programas ativos educacionais na instituição.



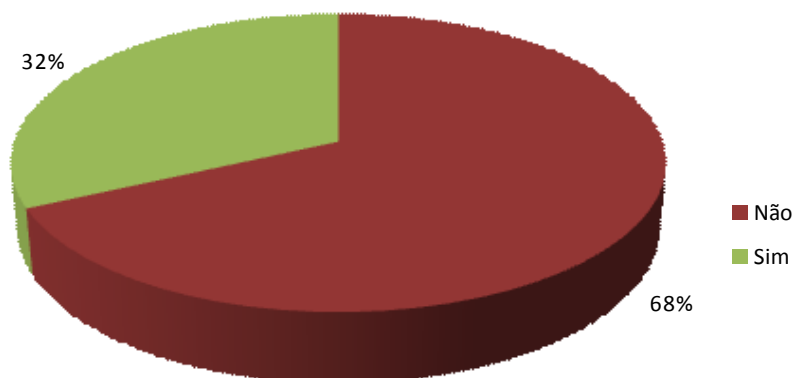
O Gráfico 13 indica que na maioria dos EAS (66%) não existe um sistema implantado de observadores (validação e capacitação) para verificação da adesão à HM na instituição.

Gráfico 13: Existência de sistema implantado de observadores para validação e capacitação da adesão à HM na instituição.



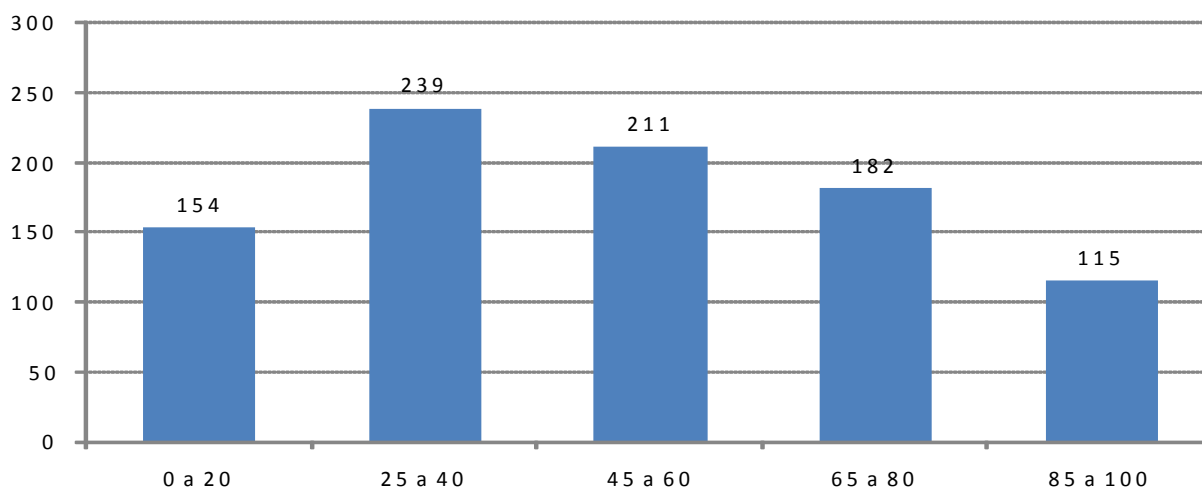
Observa-se no gráfico 14 que na maioria das instituições (68%) não existe orçamento específico para capacitação/treinamento sobre HM.

Gráfico 14: Existência de orçamento específico que permita capacitação/treinamento sobre HM na instituição.



O Gráfico 15 indica a pontuação de respostas dos EAS, segundo o componente chave *Capacitação/Educação*.

Gráfico 15: Total de EAS por faixa de pontuação de respostas obtidas, segundo o componente *Capacitação/Educação*.

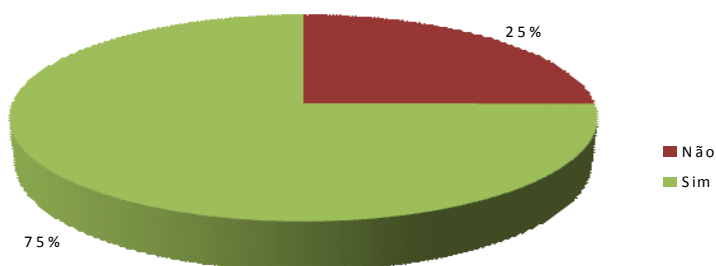


Avaliação e Devolução da Informação

Os gráficos 16 a 25 mostram os resultados das questões, em percentagem (%), relacionadas ao componente chave *Avaliação e Devolução da Informação*, definido pela OMS para melhorar as práticas de HM.

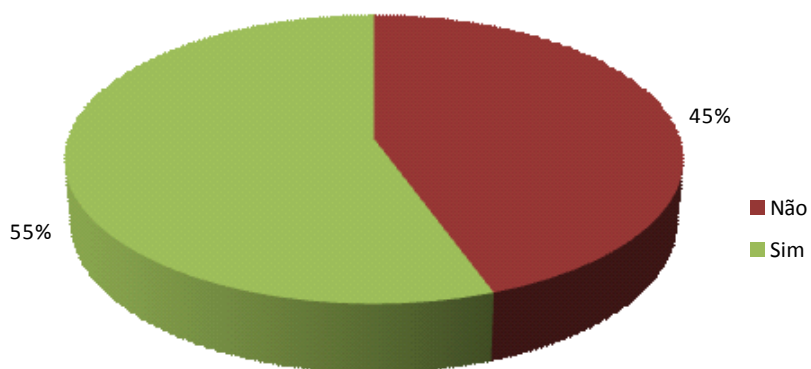
O Gráfico 16 mostra que na maioria dos EAS (75%) existe um sistema de auditorias regulares nas unidades (pelo menos uma vez ao ano) para avaliação da disponibilidade de produto alcoólico para HM, sabonete, toalhas descartáveis e outros recursos necessários para as práticas de HM.

Gráfico 16: Existência de auditorias regulares nas unidades (pelo menos uma vez ao ano) para avaliação da disponibilidade de produto alcoólico para HM, sabonete, toalhas descartáveis e outros recursos para as práticas de HM.



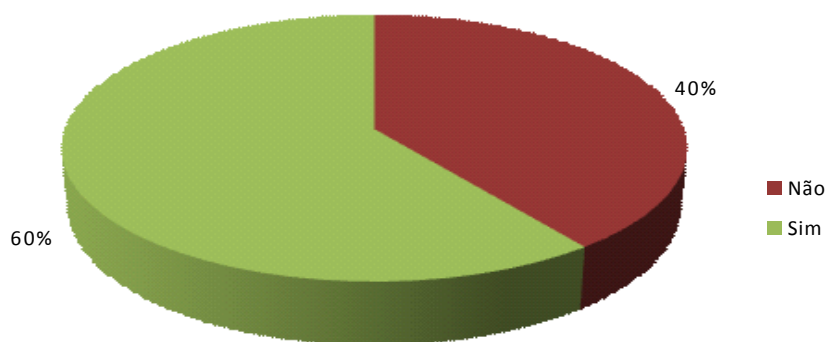
Observa-se no Gráfico 17 que 55% das instituições dispõem de sistema de avaliação (pelo menos uma vez ao ano) dos profissionais de saúde em relação ao conhecimento sobre as indicações para HM.

Gráfico 17: Avaliação (pelo menos uma vez ao ano) do conhecimento dos profissionais de saúde em relação às indicações para HM (e.g. após sessão educativa) na instituição.



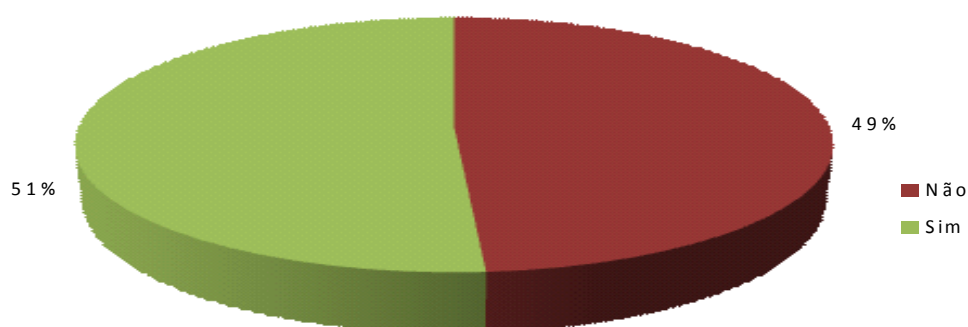
O Gráfico 18 indica que na maioria dos EAS (60%) existe um sistema de avaliação (pelo menos uma vez ao ano) dos profissionais de saúde em relação ao conhecimento da técnica correta de HM.

Gráfico 18: Avaliação (pelo menos uma vez ao ano) do conhecimento dos profissionais de saúde em relação à técnica correta de HM (e.g. após sessão educativa).



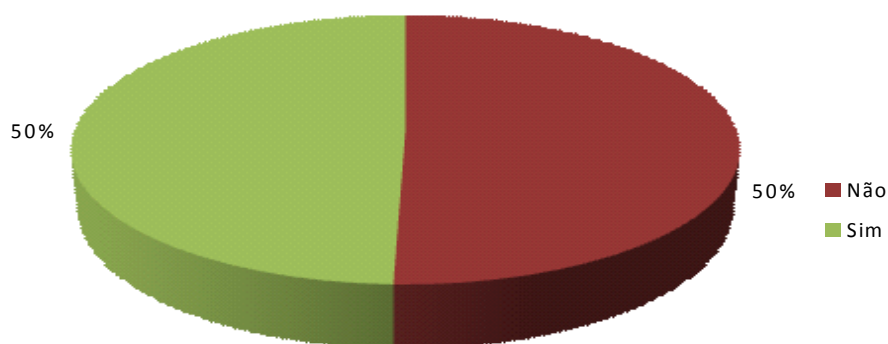
Observa-se no Gráfico 19 que 51% das instituições realizam o monitoramento indireto da adesão à HM por meio da verificação do consumo de produto alcoólico para HM. Entretanto, 49% não dispõem deste monitoramento.

Gráfico 19: Monitoramento indireto da adesão à HM na instituição por meio da verificação do consumo de produto alcoólico para HM (pelo menos a cada 3 meses).



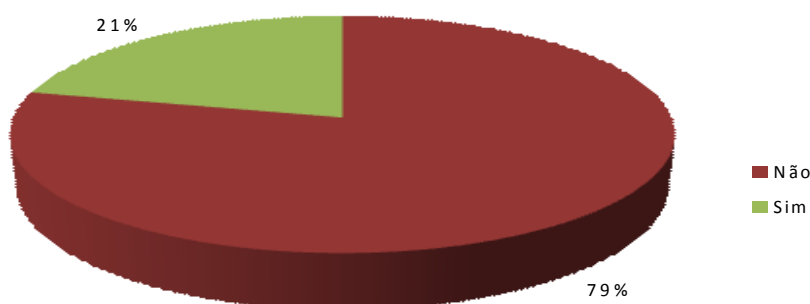
O Gráfico 20 mostra que 50% das instituições realizam o monitoramento do consumo de sabonete líquido para HM. Entretanto, 50% não dispõem deste monitoramento.

Gráfico 20: Monitoramento indireto da adesão à HM na instituição por meio da verificação do consumo de sabonete líquido (pelo menos a cada 3 meses).



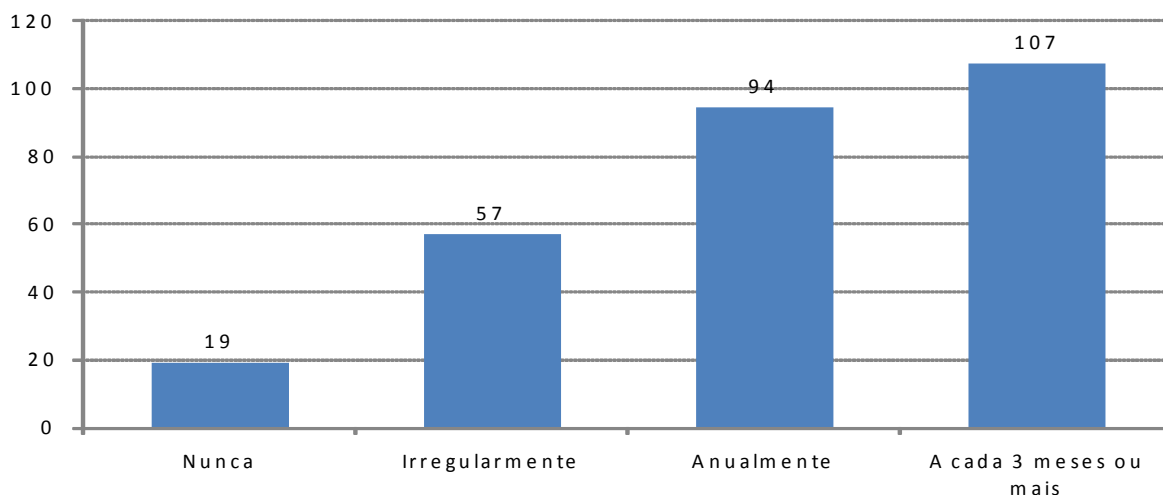
Na maioria dos EAS (79%) o consumo de produto alcoólico para HM não é de pelo menos 20 L por 1000 paciente/dia, ou simplesmente não é medido (Gráfico 21).

Gráfico 21: Consumo de produto alcoólico para HM de pelo menos 20 L por 1000 pacientes/dia.



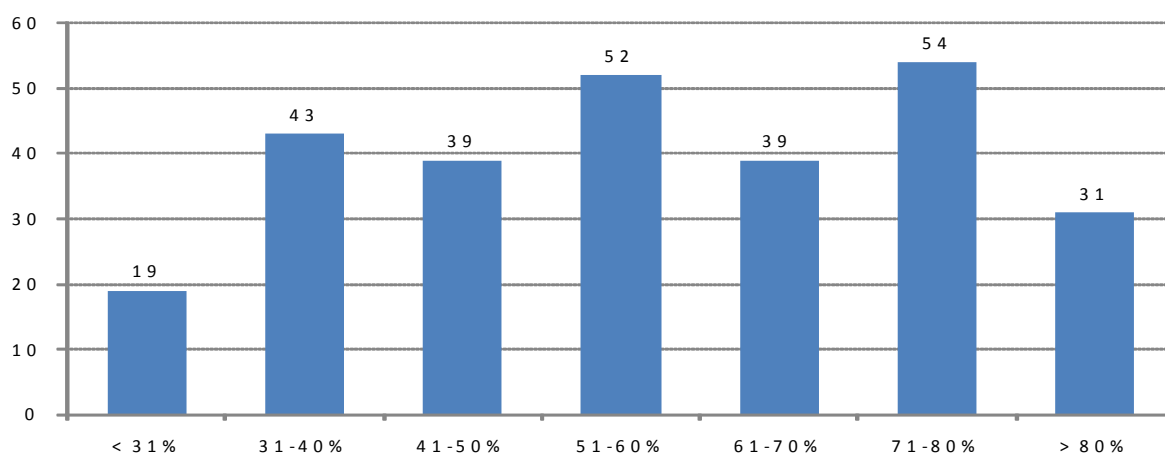
Foi verificado que um total de 277 EAS realizam a observação direta da adesão à HM utilizando-se a ferramenta de observação de HM da OMS (ou uma semelhante). O Gráfico 22 indica que 107 (38,6%) EAS realizam este monitoramento a cada 3 meses ou mais; 94 (33,9%) anualmente; 57 (20,6%) irregularmente e 19 (6,8%) nunca realizaram.

Gráfico 22: Total de EAS que realiza o monitoramento direto da adesão à HM utilizando-se a ferramenta de observação de HM da OMS (ou uma semelhante), segundo regularidade.



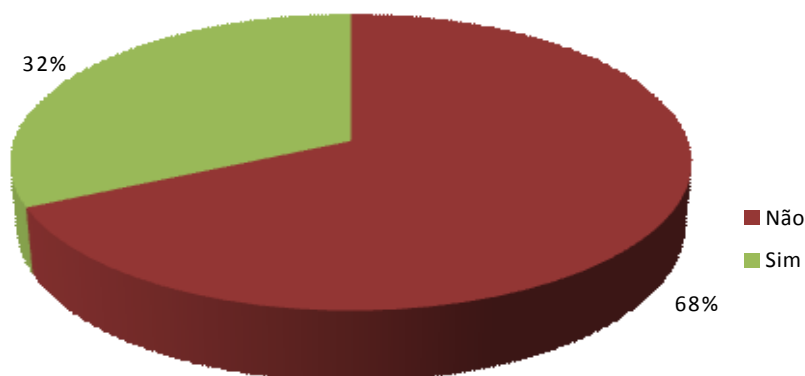
O Gráfico 23 indica que 85 (30,7%) EAS apresentam taxa global de adesão à HM maior que 70%.

Gráfico 23: Total de EAS segundo faixa de taxa global de adesão à HM na instituição, com a utilização da ferramenta de observação de HM da OMS (ou outro semelhante).



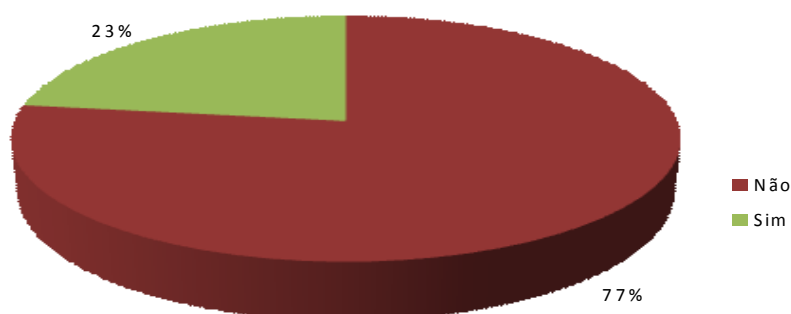
O Gráfico 24 mostra que na maioria das instituições (68%) não ocorre devolutiva imediata aos profissionais de saúde ao final de cada sessão de observação direta de adesão à HM.

Gráfico 24: Devolutiva imediata aos profissionais de saúde ao final de cada sessão de observação de adesão à HM.



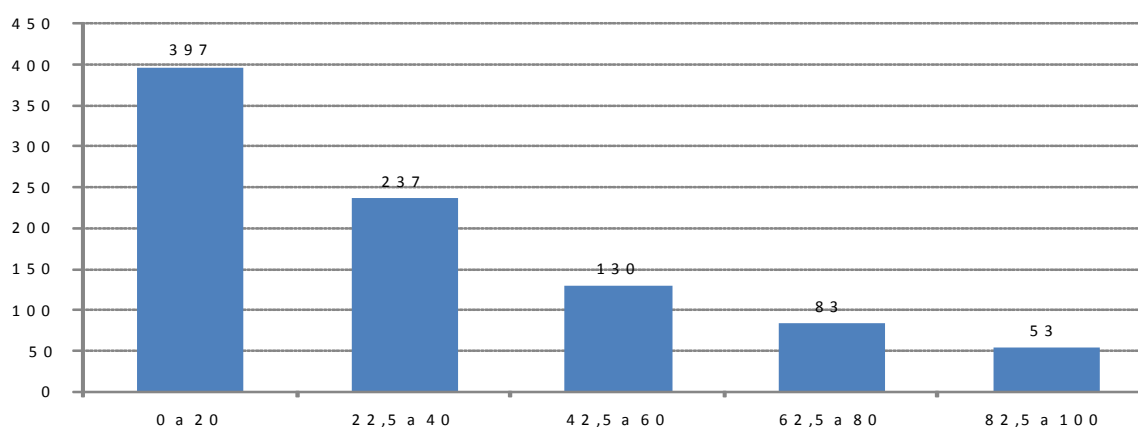
O Gráfico 25 indica que na maioria dos EAS (77%) não ocorre devolutiva regular (pelo menos semestral), aos profissionais de saúde, de dados resultantes da observação direta adesão à HM.

Gráfico 25: Devolutiva regular (pelo menos semestral) de dados relacionados aos indicadores de HM com demonstração da tendência ao longo do tempo, dispensada a profissionais de saúde.



O Gráfico 26 indica a pontuação de respostas dos EAS, segundo o componente chave *Avaliação e Devolução da Informação*.

Gráfico 26: Total de EAS segundo faixa de pontuação das respostas obtidas no componente *Avaliação e Devolução da Informação*.

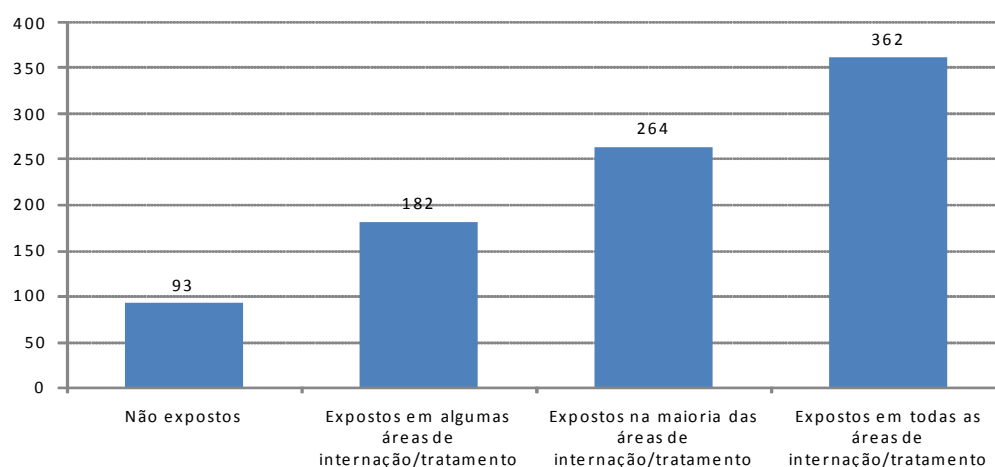


Lembretes no Local de Trabalho

Os gráficos 27 a 33 mostram os resultados das questões relacionadas ao componente chave *Lembretes no Local de Trabalho*, definido pela OMS para melhorar as práticas de HM.

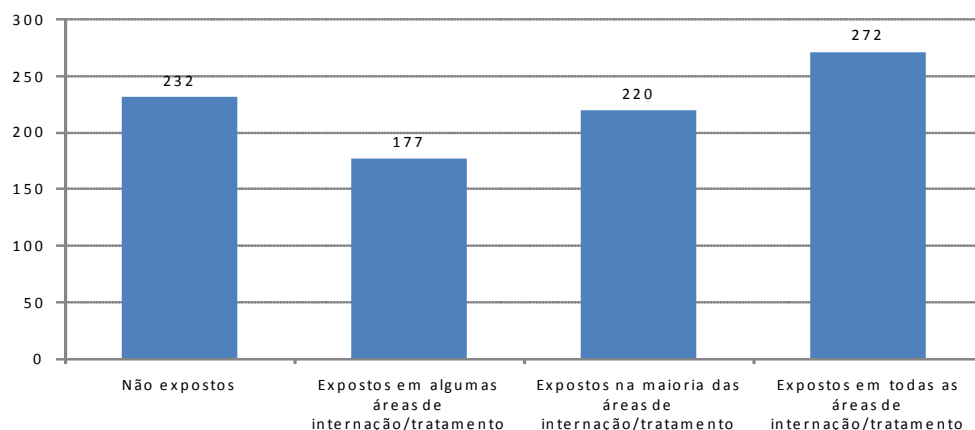
O Gráfico 27 indica que em 40,2% das instituições (362) há presença de cartazes nas áreas hospitalares com explicações sobre as indicações de HM. Em 10,3% (93) EAS estes materiais educativos não estão expostos.

Gráfico 27: Total de EAS segundo presença de cartazes nas áreas hospitalares com explicações sobre as indicações de HM.



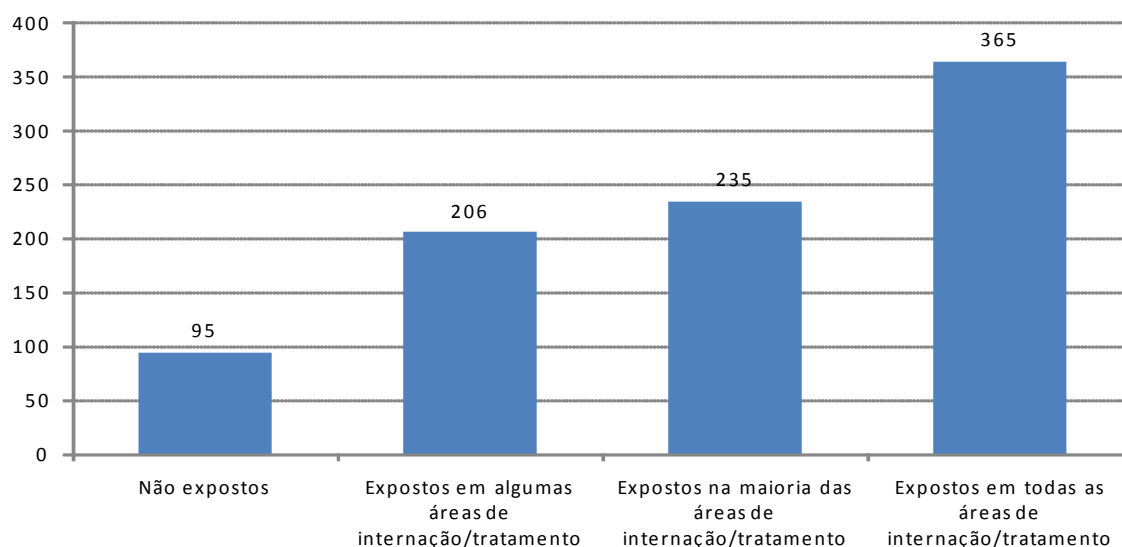
O Gráfico 28 indica que em 30,2% (272) das instituições avaliadas há presença de cartazes nas áreas hospitalares com explicações sobre a técnica correta de HM com produto alcoólico. Entretanto, em 232 (25,8%) EAS os cartazes não estão expostos.

Gráfico 28: Total de EAS segundo presença de cartazes nas áreas hospitalares com explicações sobre a técnica correta de HM com produto alcoólico.



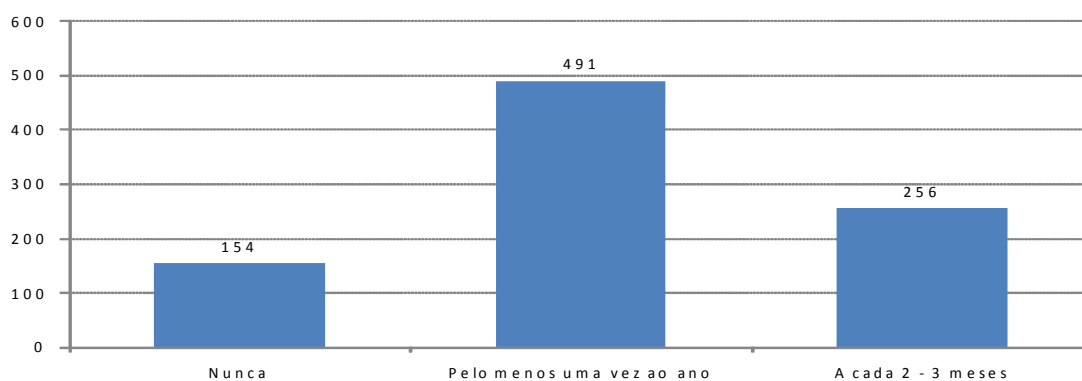
O Gráfico 29 mostra que em 40,5% das instituições avaliadas (365) há presença de cartazes nas áreas hospitalares com explicações sobre a técnica correta de higienização das mãos com água e sabonete líquido.

Gráfico 29: Total de EAS segundo presença de cartazes nas áreas hospitalares com explicações sobre a técnica correta de higienização simples das mãos com água e sabonete líquido.



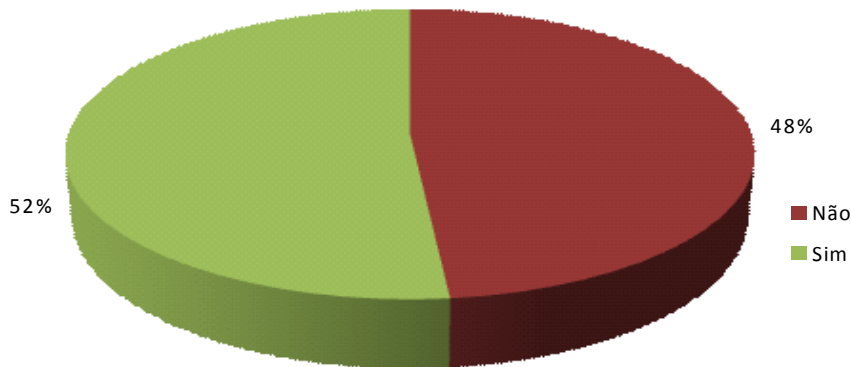
O Gráfico 30 indica que 54,5% dos EAS avaliados (491) realizam auditorias de cartazes realizadas na instituição, a fim de se evidenciar danos e necessidade de reposição.

Gráfico 30: Total de EAS segundo frequência das auditorias de cartazes realizadas na instituição, a fim de se evidenciar danos e necessidade de reposição.



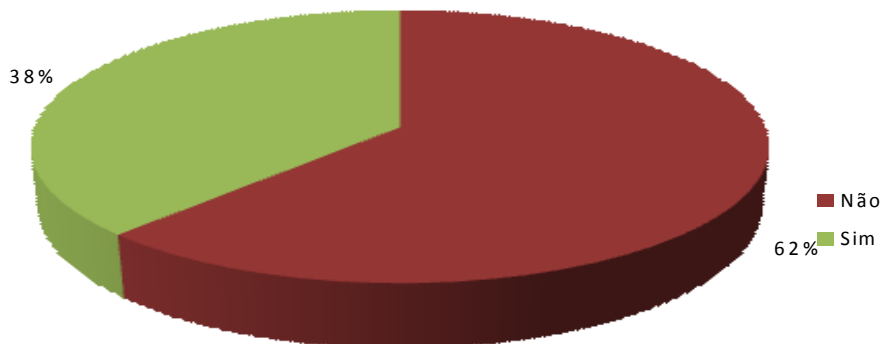
Observa-se no Gráfico 31 que 52% dos EAS avaliados possuem outros cartazes que não os acima mencionados para a promoção da HM e que são regularmente atualizados.

Gráfico 31: Presença de outros cartazes que não os acima mencionados que promovem a HM e que são regularmente atualizados na instituição.



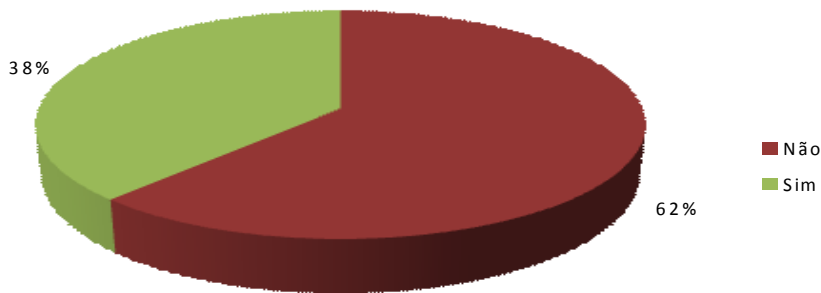
O Gráfico 32 indica que a maioria das instituições avaliadas (62%) não possui folhetos informativos sobre HM disponíveis nas enfermarias.

Gráfico 32: Presença de folhetos informativos sobre HM disponíveis nas enfermarias da instituição.



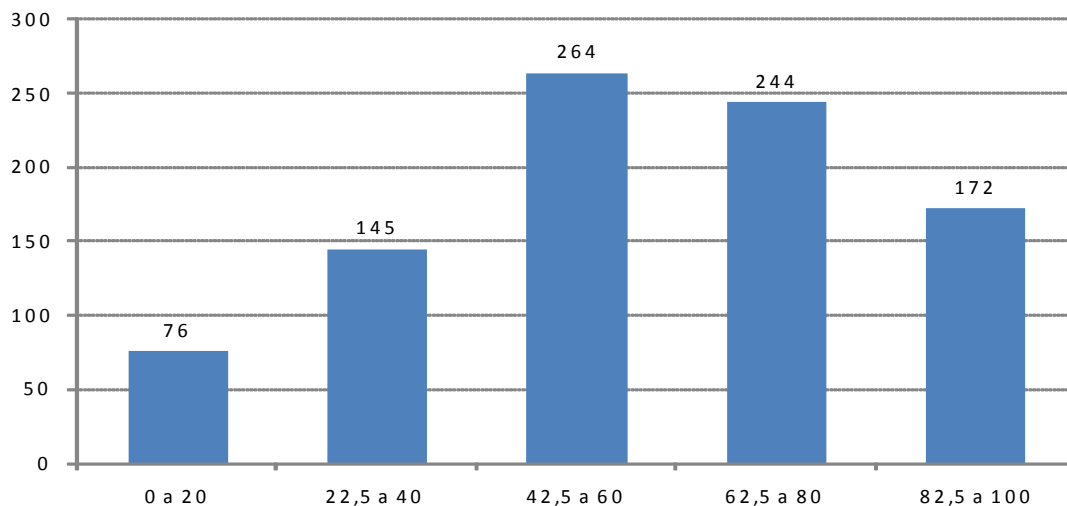
O Gráfico 33 indica que a maioria das instituições avaliadas (62%) não dispõe de outros lembretes no local de trabalho relacionados à HM.

Gráfico 33: Presença de outros lembretes no local de trabalho espalhados pela instituição (e.g protetores de tela, crachás, adesivos e outros).



O Gráfico 34 indica a pontuação de respostas dos EAS, segundo o componente chave *Lembretes no Local de Trabalho*.

Gráfico 34: Total de EAS segundo faixa de pontuação de respostas obtidas, segundo o componente *Lembretes no Local de Trabalho*.

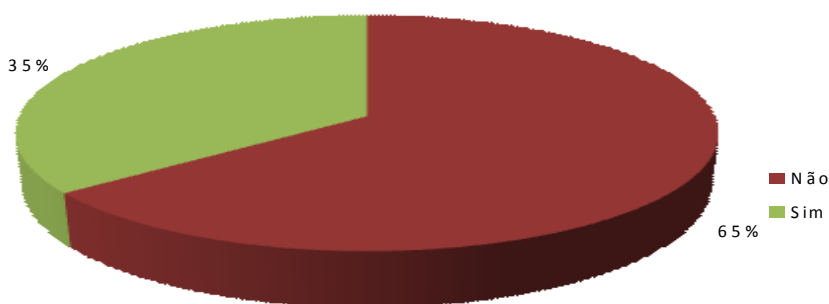


Clima Institucional de Segurança

Os gráficos 35 a 51 mostram os resultados das questões, em percentagem (%), relacionadas ao componente chave *Clima Institucional de Segurança*, definido pela OMS para melhorar as práticas de HM.

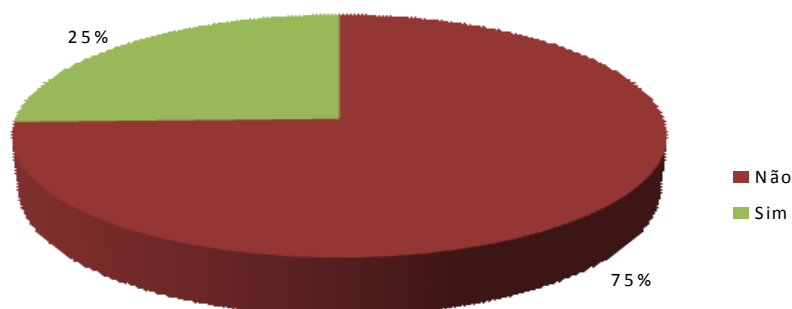
O Gráfico 35 indica que a maioria das instituições avaliadas (65%) não dispõe de equipe especificamente dedicada à promoção e implantação de práticas ótimas de HM.

Gráfico 35: Estabelecimento de equipe que seja especificamente dedicada à promoção e implantação de práticas ótimas de HM na instituição.



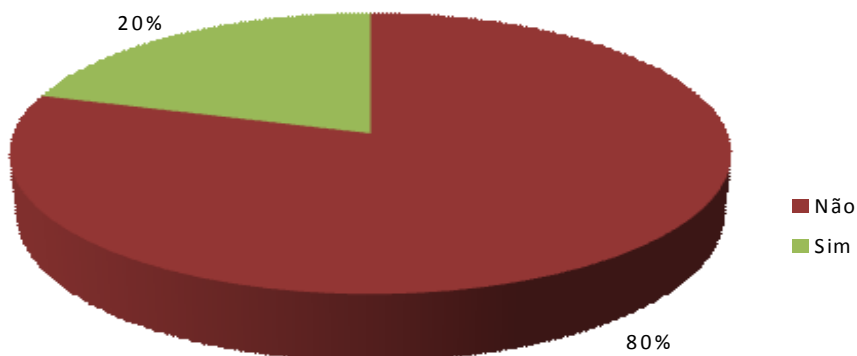
O Gráfico 36 mostra que a maioria das instituições avaliadas (75%) não realiza reuniões regulares da equipe à promoção e implantação de práticas ótimas de HM na instituição (pelo menos uma vez ao mês).

Gráfico 36: Realização de reuniões regulares da equipe à promoção e implantação de práticas ótimas de HM na instituição (pelo menos uma vez ao mês).



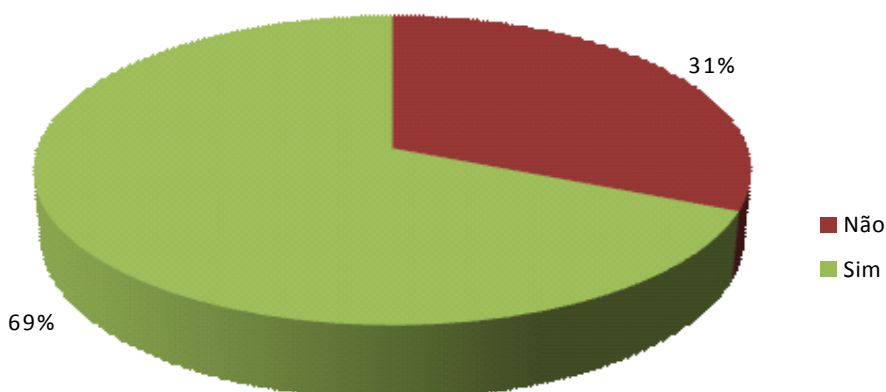
O Gráfico 37 expõe que a maioria dos EAS avaliados (80%) não dispõe de tempo exclusivo para a equipe conduzir ativamente a promoção de HM.

Gráfico 37: Disponibilidade de tempo exclusivo para a equipe conduzir ativamente a promoção de HM na instituição (e.g. organização de novas atividades e monitoramento do desempenho da HM).



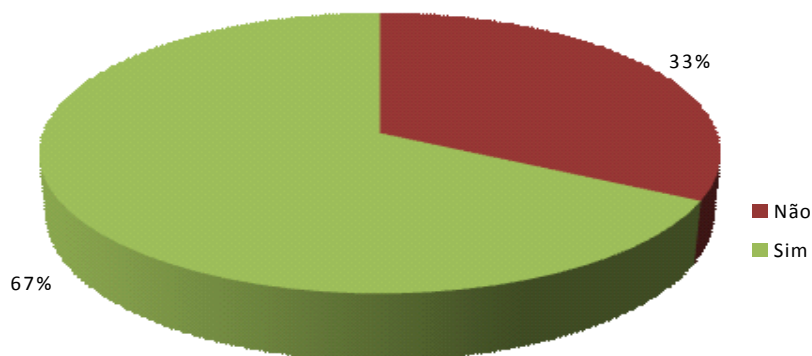
O Gráfico 38 mostra que na maioria dos EAS avaliados (69%) existe compromisso claro, por parte dos membros da alta direção ou superintendência da instituição, para respaldar a melhoria da HM.

Gráfico 38: Existência de compromisso claro, por parte dos membros da alta direção ou superintendência da instituição, para respaldar a melhoria da HM (e.g. compromisso escrito ou verbal com a promoção da HM).



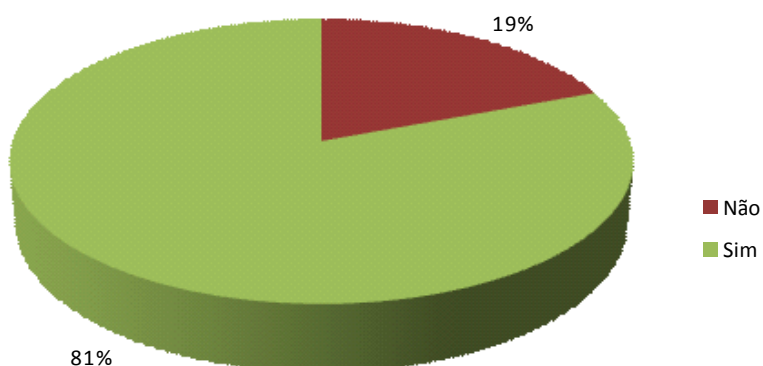
O Gráfico 39 indica que na maioria dos EAS avaliados (67%) existe compromisso claro, por parte do diretor médico, para respaldar a melhoria da HM.

Gráfico 39: Existência de compromisso claro, por parte do diretor médico, para respaldar a melhoria da HM (e.g. compromisso escrito ou verbal com a promoção da HM).



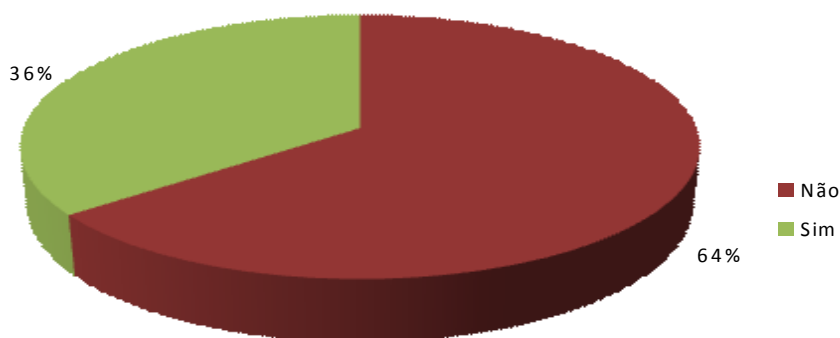
Observa-se no Gráfico 40 que na maioria dos EAS avaliados (81%) existe compromisso claro, por parte do diretor de enfermagem, para respaldar a melhoria da HM.

Gráfico 40: Existência de compromisso claro, por parte do diretor de enfermagem, para respaldar a melhoria da HM (e.g. compromisso escrito ou verbal com a promoção da HM).



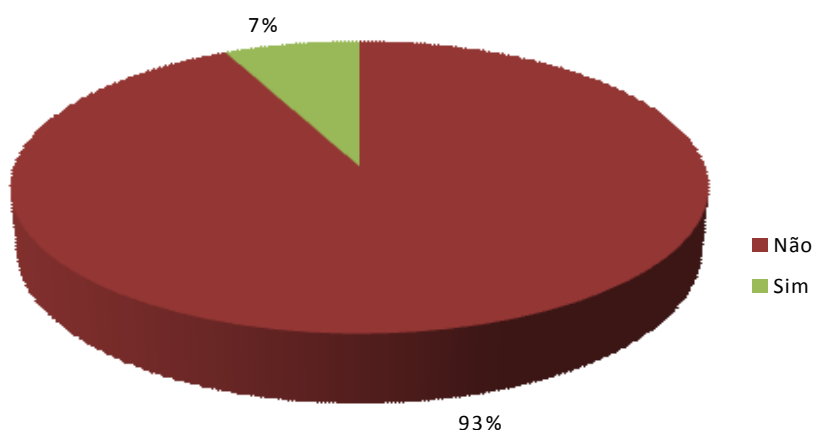
O Gráfico 41 indica que na maioria dos EAS avaliados (64%) não existe plano claro para a promoção de HM no dia 5 de maio e disseminado na instituição.

Gráfico 41: Existência de plano claro para a promoção de HM no dia 5 de maio e disseminado na instituição (Iniciativa Anual “Salve Vidas: Higienize suas Mãos”).



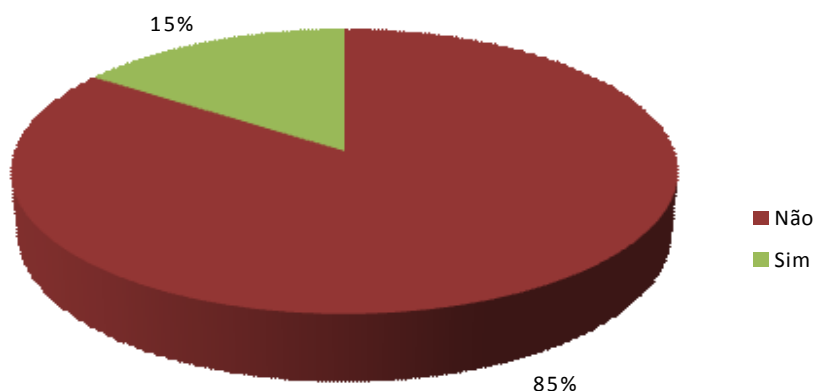
O Gráfico 42 expõe que na maioria dos EAS avaliados (93%) não existe sistema implantado na instituição para eleger campeões de HM.

Gráfico 42: Existência de sistema implantado na instituição para eleger campeões de HM.



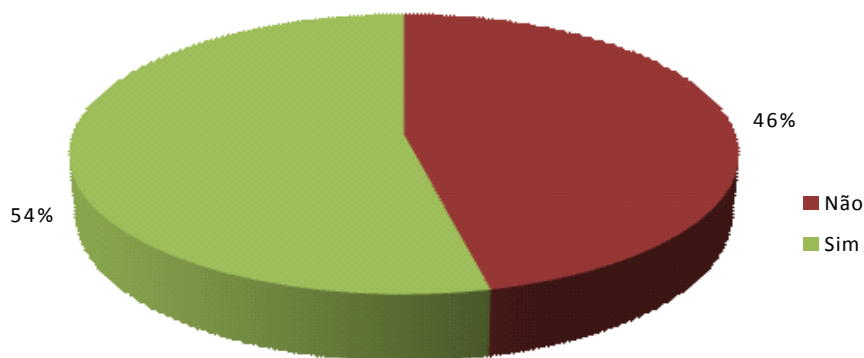
Observa-se no Gráfico 43 que na maioria dos EAS avaliados (85%) não existe sistema para reconhecimento e utilização de pessoas respeitadas e que sirvam de exemplo em HM.

Gráfico 43: Existência de sistema na instituição para reconhecimento e utilização de pessoas respeitadas e que sirvam de exemplo em HM.



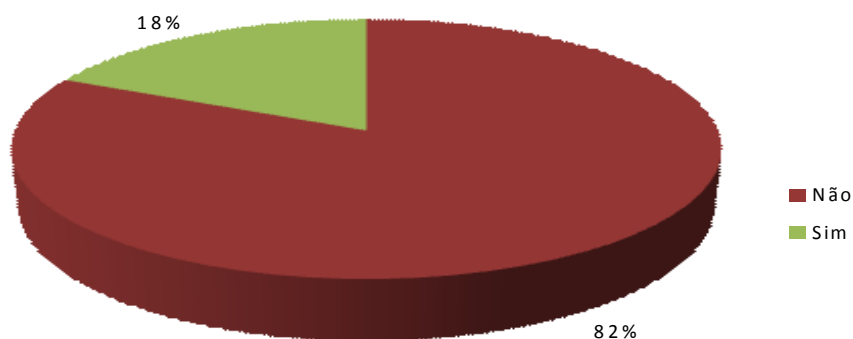
O Gráfico 44 expõe que 54 % dos EAS avaliados disponibiliza informação aos pacientes sobre a importância da HM. Entretanto, 46% das instituições não ofertam este tipo de informação aos pacientes.

Gráfico 44: Disponibilização de informação aos pacientes sobre a importância da HM (e.g. folheto sobre HM).



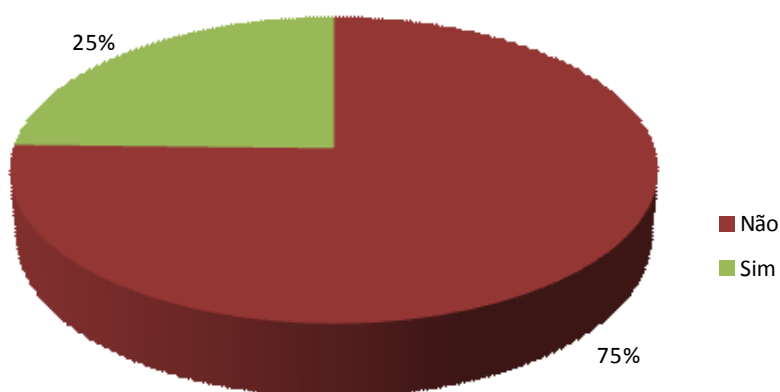
O Gráfico 45 indica que a maioria dos EAS avaliados (82%) não dispõe de programa formalizado de engajamento do paciente na promoção da HM.

Gráfico 45: Utilização de programa formalizado de engajamento do paciente na promoção da HM na instituição.



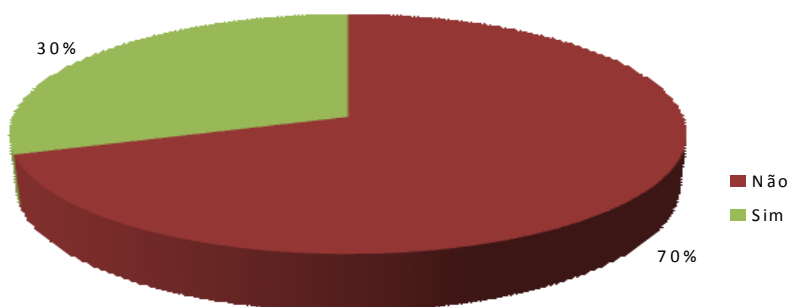
Observa-se no Gráfico 46 que na maioria dos EAS avaliados (75%) não existe ferramentas de E-learning (aprendizado pela Internet) em HM.

Gráfico 46: Existência de Ferramentas de E-learning (aprendizado pela Internet) em HM na instituição.



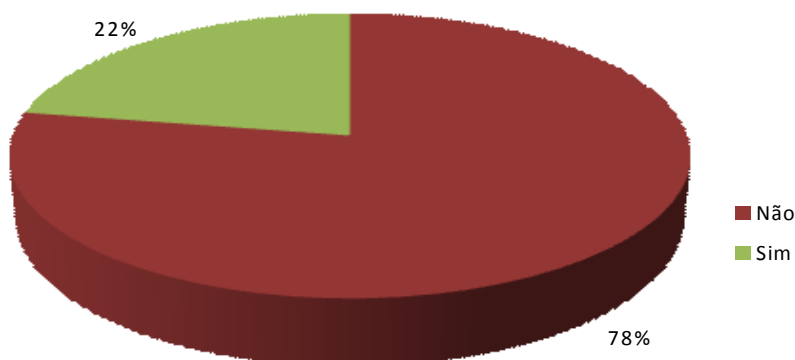
O Gráfico 47 mostra que na maioria dos EAS avaliados (70%) não existe meta institucional de HM, estabelecida anualmente.

Gráfico 47: Existência de meta institucional de HM, estabelecida anualmente.



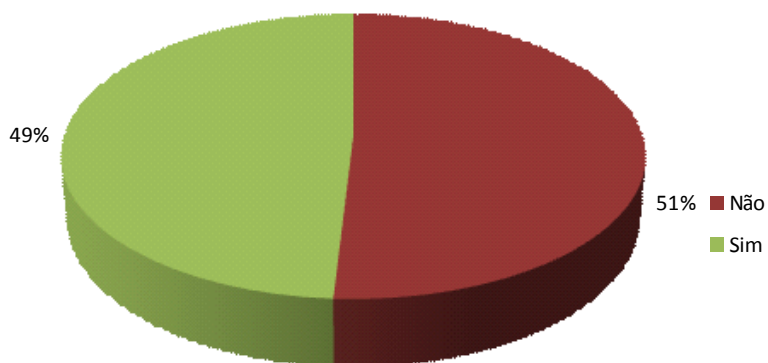
O Gráfico 48 expõe que na maioria dos EAS avaliados (78%) não dispõe de sistema para compartilhamento intra-institucional de inovações confiáveis e testadas.

Gráfico 48: Existência de sistema para compartilhamento intra-institucional de inovações confiáveis e testadas.



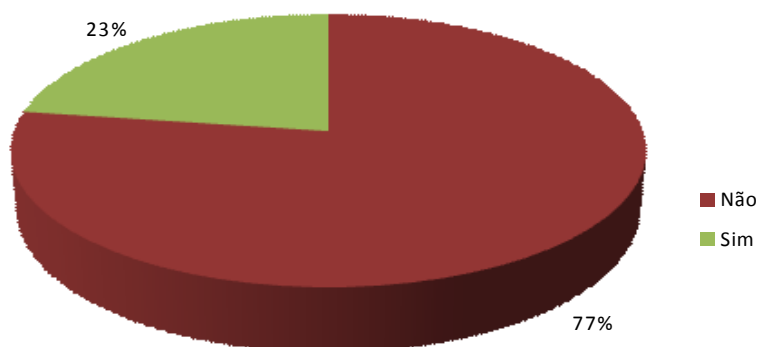
Observa-se no Gráfico 49 que 51% das instituições não dispõe de comunicados que mencionem regularmente a HM.

Gráfico 49: Existência de comunicados que mencionem regularmente a HM (e.g. boletins institucionais e reuniões do corpo clínico).



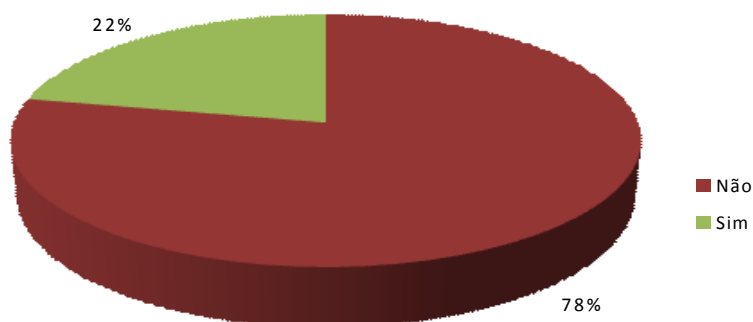
O Gráfico 50 mostra que a maioria dos EAS avaliados (77%) não dispõe de sistema para responsabilização pessoal na instituição.

Gráfico 50: Existência de sistema para responsabilização pessoal na instituição.



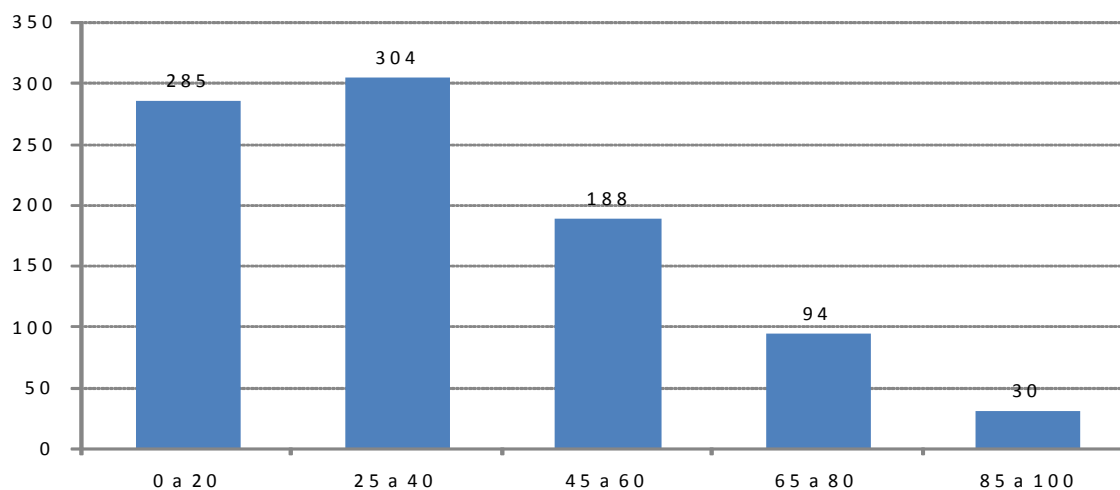
Observa-se que a maioria dos EAS avaliados (78%) não dispõe de sistema camarada para novos funcionários na instituição (gráfico 51).

Gráfico 51: Existência de sistema camarada para novos funcionários na instituição.



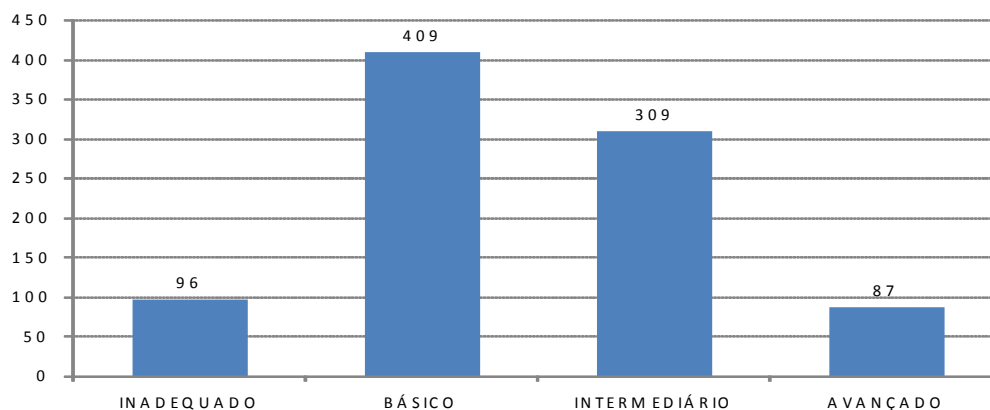
O gráfico 52 indica a pontuação de respostas dos EAS, segundo o componente chave *Clima Institucional de Segurança*.

Gráfico 52: Total de EAS segundo faixa de pontuação de respostas obtidas, segundo o componente *Clima Institucional de Segurança*.



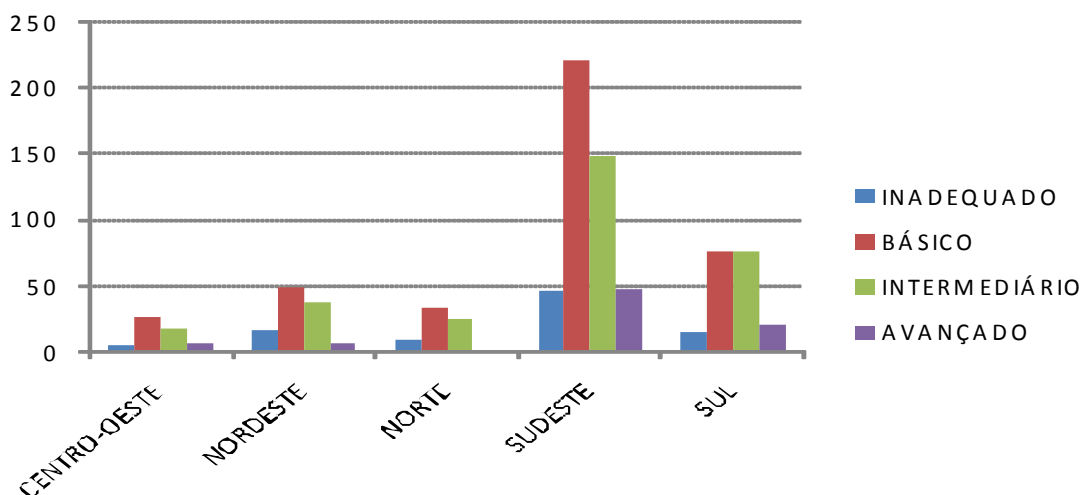
O Gráfico 53 apresenta o número de EAS segundo classificação do nível de higiene das mãos. Observa-se que 45,4% das instituições estão classificadas no nível básico, seguida do nível intermediário (309) e do avançado (87). Cerca de 96 instituições estão classificadas no nível inadequado.

Gráfico 53: Total de EAS avaliados, segundo classificação do nível de higiene das mãos.



A classificação do nível de higiene das mãos dos EAS, segundo região geográfica, é apresentada no Gráfico 54. Observa-se que a maioria dos EAS avaliados está localizada na região sudeste, sendo que mais de 200 instituições pertencentes a esta região estão classificadas como nível básico de higiene das mãos.

Gráfico 54: Nível de higiene das mãos dos EAS, segundo região geográfica.



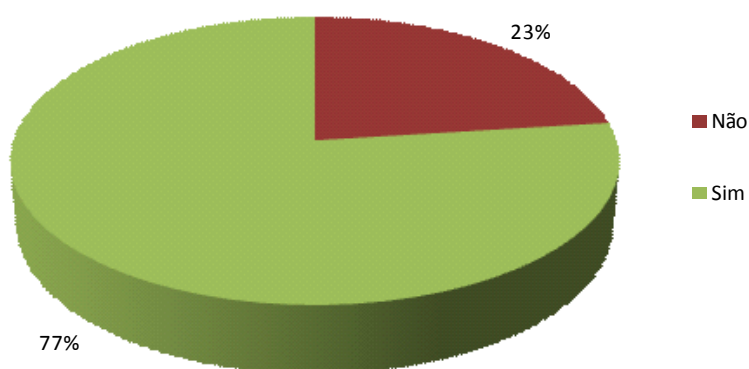
Critérios de Liderança

As 87 (oitenta e sete) instituições que alcançaram o nível avançado, segundo classificação do nível de higiene das mãos, responderam aos questionamentos relacionados aos critérios de liderança. Os resultados a seguir se referem às respostas desses 87 EAS.

Os gráficos 55 a 74 mostram os resultados das questões, em porcentagem (%), relacionadas ao componente chave *Crêterios de Liderança*, definido pela OMS para melhorar as práticas de HM.

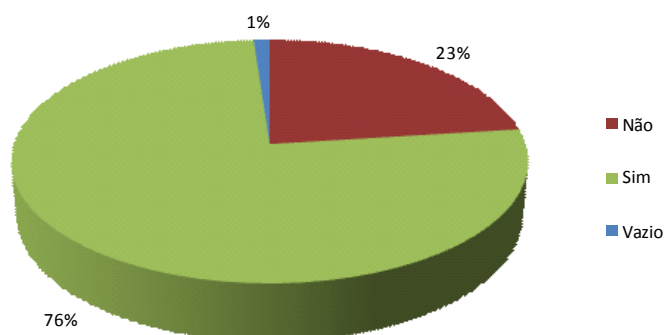
O Gráfico 55 mostra que a maioria dos EAS avaliados (77%) realiza análise de custo-benefício de altera es de infra-estrutura necessárias para o desempenho ótimo de higiene das mãos no ponto de assistência.

Gráfico 55: Análise de custo-benefício de altera es de infra-estrutura necessárias para o desempenho ótimo de higiene das mãos no ponto de assistência.



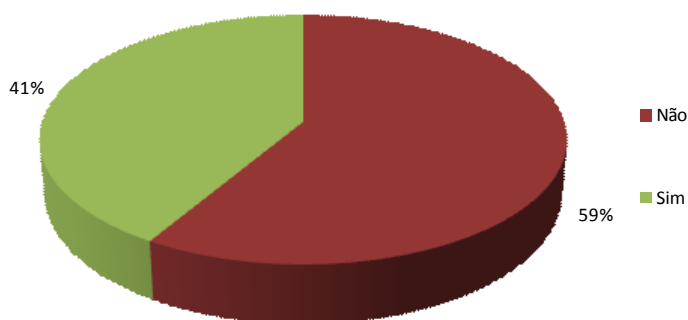
O Gráfico 56 ilustra que em 76% das institui es a higiene das mãos   realizada em 80% das oportunidades com produto alcoólico.

Gráfico 56: Realiza o da higiene das mãos em 80% das oportunidades com produto alcoólico.



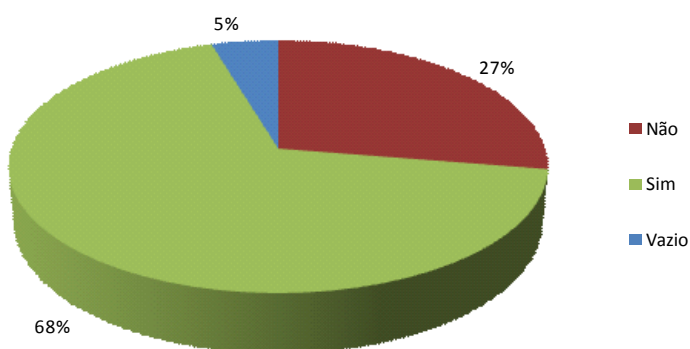
O Gráfico 57 apresenta que na maioria dos EAS (59%) o grupo de higiene das mãos não realiza treinamento para outras instituições na área de higiene das mãos.

Gráfico 57: Treinamento na área de higienização de representantes de outras instituições realizada pelo grupo de higiene das mãos.



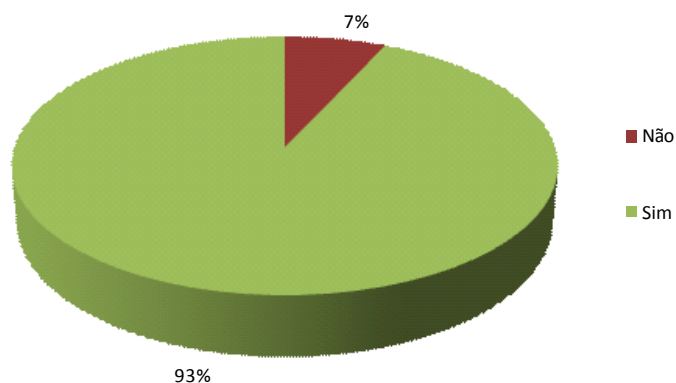
Observa-se que em 68% das instituições os princípios de higiene das mãos foram incorporados nos currículos locais de médicos e enfermeiros, conforme apresenta o Gráfico 58.

Gráfico 58: Princípios de higiene das mãos incorporados nos currículos educacionais locais de médicos e enfermeiros.



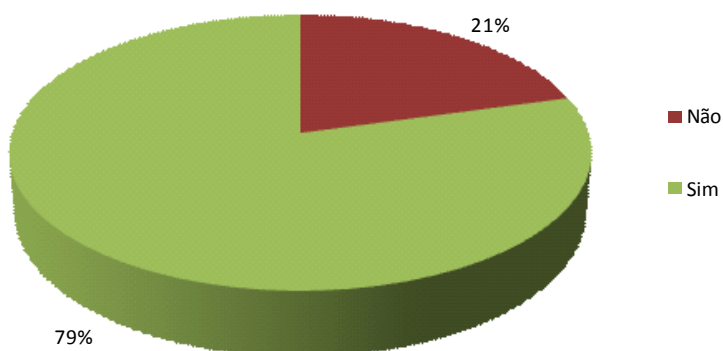
O gráfico 59 aponta que a maioria dos EAS (93%) monitora as Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) específicas (e.g: *Staphylococcus aureus*, bacteremia por Gram Negativos, infecções relacionadas à dispositivos).

Gráfico 59: Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) específicas monitoradas.



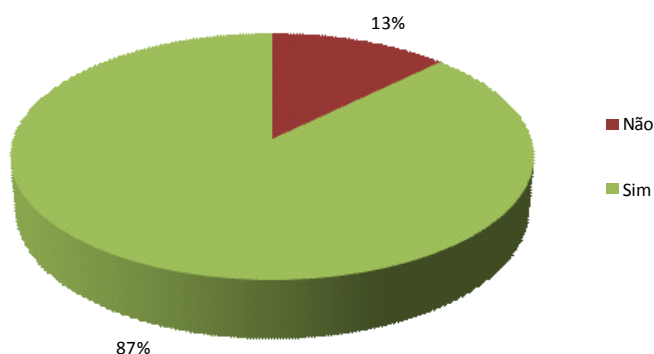
Observa-se que 79% das instituições informam que possuem sistema implantado para monitoramento de IRAS em áreas de alto risco, conforme apresenta o Gráfico 60.

Gráfico 60: Existência de sistema implantado para monitoramento de IRAS em áreas de alto risco.



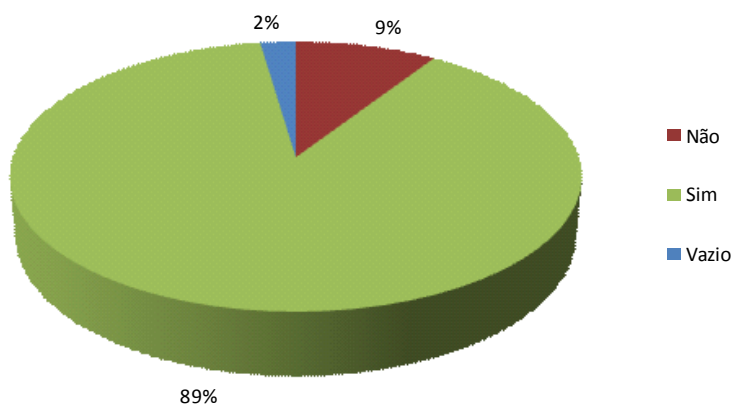
O Gráfico 61 mostra que 87% dos estabelecimentos classificados no nível avançado realiza avaliação da prevalência global de IRAS pelo menos 1 vez ao ano.

Gráfico 61: Existência de avaliação de prevalência global de IRAS ampla na instituição realizada pelo menos uma vez ao ano.



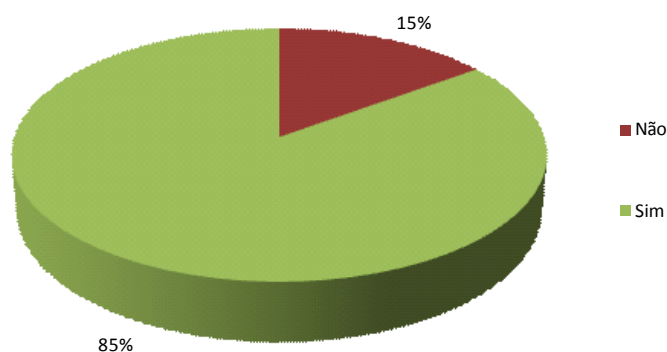
O Gráfico 62 aponta que a maioria (89%) das instituições realiza apresentação à sua liderança e aos profissionais de saúde das taxas de IRAS juntamente com os dados de adesão à higiene de mãos.

Gráfico 62: Taxas de IRAS apresentadas à liderança da instituição e aos profissionais de saúde juntamente com os dados de adesão à higiene de mãos.



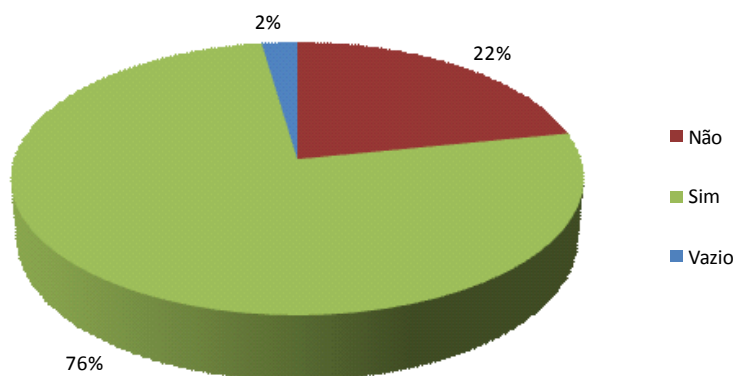
O Gráfico 63 mostra que 85% dos EAS realiza avaliação estruturada empregada para entender os obstáculos à adesão ótima de higiene das mãos e das causas de IRAS no nível local, e que esses resultados são relatados à liderança da instituição.

Gráfico 63: Existência de avaliação estruturada empregada para entender os obstáculos à adesão ótima de higiene das mãos e das causas de IRAS no nível local, e com resultados relacionados à liderança da instituição.



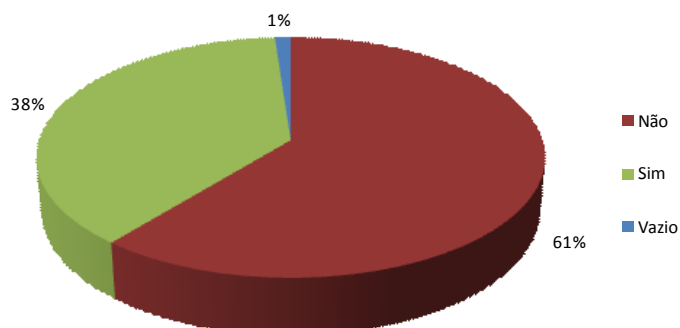
Há um sistema para a criação de novos cartazes pelos profissionais de saúde localmente em 76% dos EAS, conforme indicado no Gráfico 64.

Gráfico 64: Existência de um sistema desenvolvido para criação de novos cartazes pelos profissionais de saúde locais.



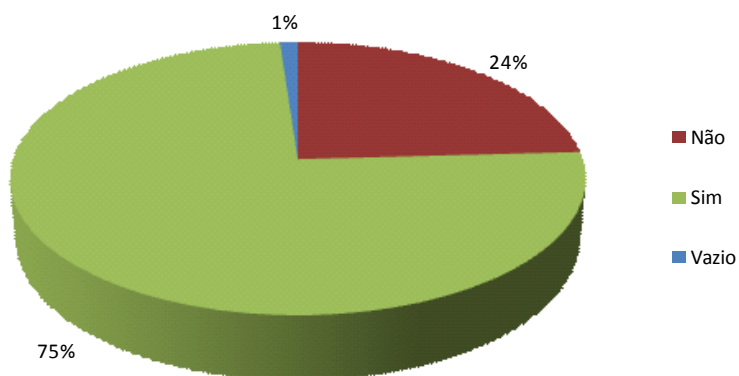
O Gráfico 65 apresenta que em 61% dos EAS os cartazes criados por profissionais locais não são utilizados por outras instituições.

Gráfico 65: Existência de cartazes criados pelo EAS que são utilizados por outras instituições de saúde.



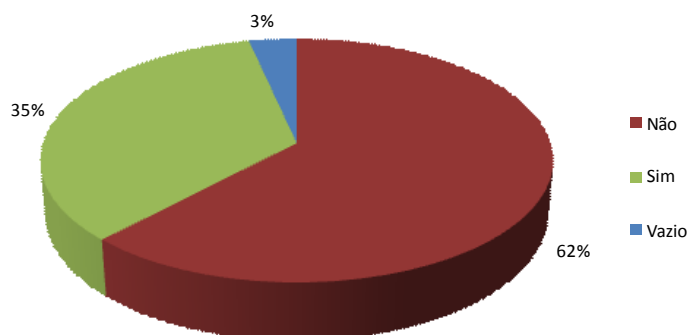
O Gráfico 66 mostra que 75% das instituições desenvolvem ou testam tipos inovadores de lembretes de higiene das mãos.

Gráfico 66: Lembretes de higiene das mãos desenvolvidos e testados na instituição.



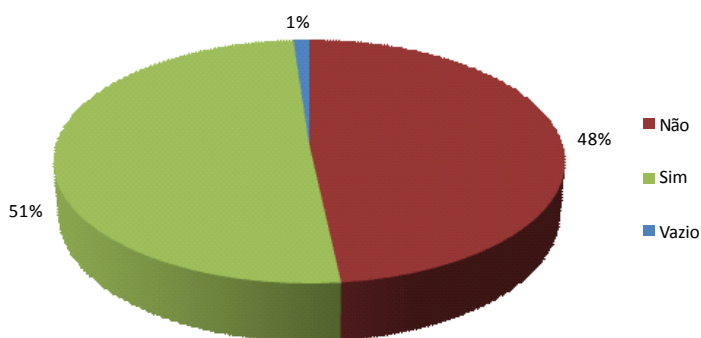
O Gráfico 67 apresenta que 62% dos EAS classificados como avançados não possuem uma agenda local de pesquisa em higiene das mãos desenvolvida e dirigida a aspectos identificados pela OMS como necessitando de investigação.

Gráfico 67: Existência de uma agenda local de pesquisa em higiene das mãos desenvolvida e dirigida a aspectos identificados pela OMS como necessitando investigação.



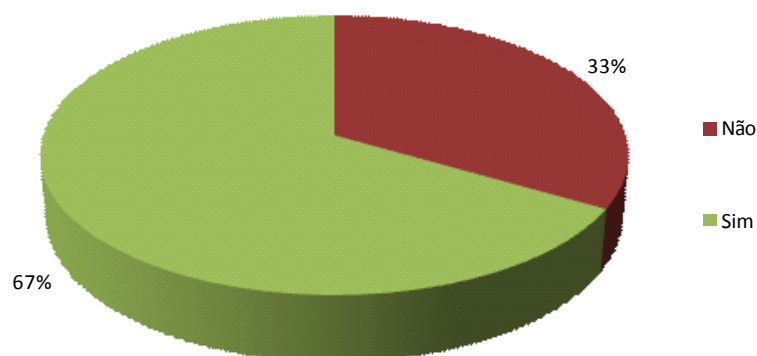
O Gráfico 68 mostra que 51% das instituições tem participado ativamente de publicações ou apresentações (pôster ou oral) em conferências na área de higiene das mãos.

Gráfico 68: Participação ativa em publicações ou apresentações em conferências (pôster ou oral) na área de higiene das mãos.



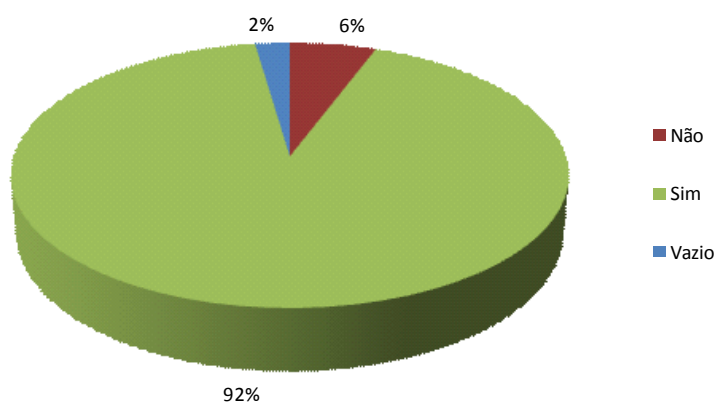
O Gráfico 69 apresenta que 67% dos EAS de nível avançado convidam os pacientes para lembrar os profissionais de saúde a higienizar as mãos.

Gráfico 69: Os pacientes são convidados a lembrar os profissionais de saúde a higienizar suas mãos.



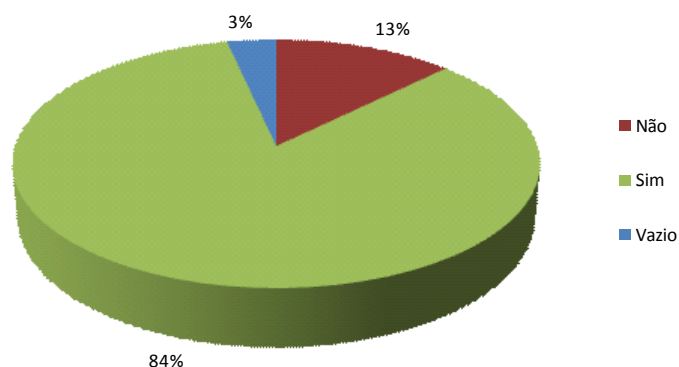
O Gráfico 70 mostra que em 92% das instituições os pacientes e visitantes são educados a higienizar suas mãos corretamente.

Gráfico 70: Pacientes e visitantes são educados a higienizar as mãos corretamente.



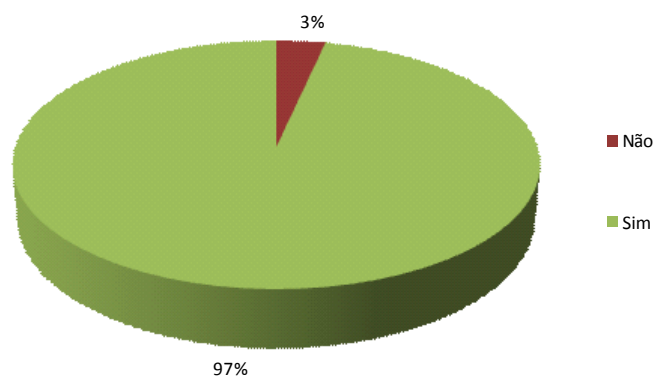
O Gráfico 71 apresenta que 84% das instituições contribui ou dá respaldo à campanha nacional de higiene das mãos.

Gráfico 71: A instituição contribui ou dá respaldo à campanha nacional de higiene das mãos.



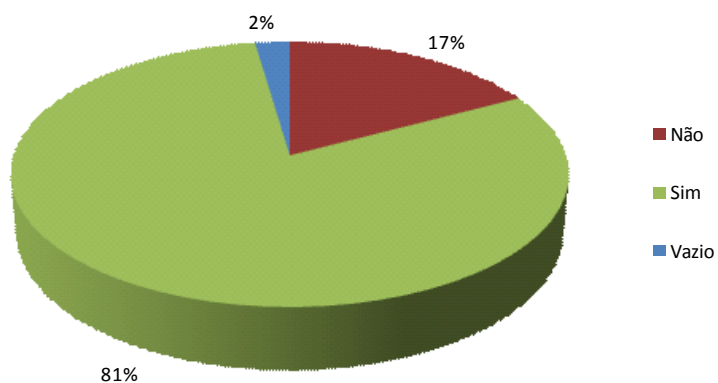
A avaliação do impacto da campanha de higiene das mãos é incorporada no planejamento do programa de controle de infecção em 97% das instituições (Gráfico 72).

Gráfico 72: Incorporação da avaliação do impacto da campanha de higiene das mãos ao planejamento do programa de controle de infecção.



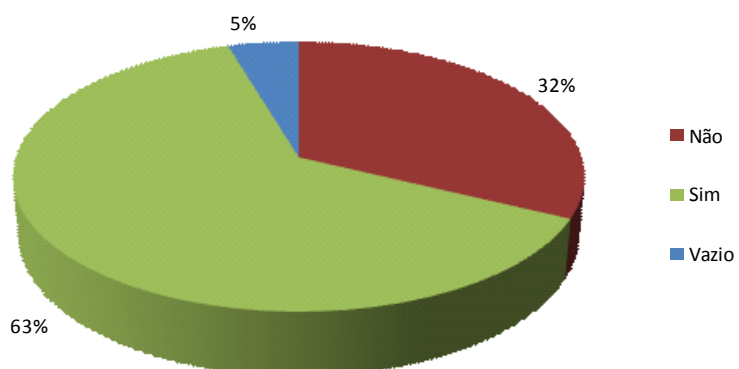
O Gráfico 73 apresenta que 81% dos EAS classificados como avançados estabelecem meta anual para a melhoria da adesão à HM em nível local.

Gráfico 73: Estabelecimento de uma meta anual para melhoria da adesão à higiene das mãos em toda a instituição.



O Gráfico 74 mostra que 63% das instituições que possuem meta anual de melhoria da adesão à higiene das mãos conseguiram alcançá-la no último ano.

Gráfico 74: Alcance da meta estabelecida no último ano, se existente.



IV- CONSIDERAÇÕES GERAIS

Sabe-se que o instrumento de Autoavaliação para Higiene das Mãos permite o planejamento e o seguimento do plano ou programa de promoção da HM, além de contribuir com o delineamento de ações futuras que visem à melhoria e sustentação das práticas de HM nos EAS.

Para o nosso conhecimento, esta é a primeira pesquisa realizada no país utilizando-se o instrumento norteador de HM, desenvolvido recentemente pela OMS.

A execução deste trabalho contou com o apoio das CECIHs e CCIHs de cada EAS, o que possibilitou a participação de instituições localizadas em diferentes regiões do país.

Os encontros obtidos com a execução deste trabalho tem auxiliado a GVIMS/GGTES/ANVISA a conhecer e a expandir sua visão sobre a sistemática da prevenção e controle de IRAS, especialmente da HM. Ressalta-se que desde 2006, a Anvisa, em parceria com a OPAS/OMS, vem desenvolvendo ações e ferramentas voltadas para as boas práticas de HM e segurança do paciente e qualidade nos serviços de saúde.

Uma provável limitação deste estudo se relaciona com os dados gerados de respostas provenientes de pessoas pertencentes a diferentes EAS, o que poderia possibilitar a ocorrência de vieses de subjetividade e pessoal. Apesar desta limitação, os achados podem auxiliar extraordinariamente no estabelecimento de novas estratégias e ações de promoção de HM, servindo de guia para o estabelecimento de futuras atividades da Anvisa relacionada ao tema.

A Anvisa/MS espera que o instrumento de Autoavaliação para Higiene das Mãos tenha oportunizado um momento de reflexão importante das práticas de HM e segurança do paciente, tanto para diretores, líderes e profissionais de saúde que atuam nos serviços de saúde, quanto para aqueles que atuam na gestão e no sistema nacional de vigilância sanitária do país.

V- BIBLIOGRAFIA

ABOUMATAR, H.; RISTAINO, P.; DAVIS, R.O. et al. Infection Prevention Promotion Program Based on the PRECEDE Model: Improving Hand Hygiene Behaviors among Healthcare Personnel. **Infect Control Hosp Epidemiol**, vol. 33, nº. 2, 2012.

ALBERT, R. K.; CONDIE, F. Handwashing patterns in medical intensive-care units. **N Engl J Med**, v. 304, n. 24, p. 1465-1466, 1981.

BERG, D. E. et al. Control of nosocomial infections in an intensive care unit in Guatemala City. **Clin Infect Dis**, v. 21, n. 3, p. 588-593, 1995.

BISCHOFF, W. E. et al. Handwashing compliance by health care workers: the impact of introducing an accessible, alcohol-based hand antiseptic. **Arch Intern Med**, v. 160, n. 7, p. 1017-1021, 2000.

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 fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 out. 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº. 2616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 13 de maio de 1998.

BROWN, S. M. et al. Use of an alcohol-based hand rub and quality improvement interventions to improve hand hygiene in a Russian neonatal intensive care unit. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v. 24, n. 3, p. 172-179, 2003.

DIERSSEN-SOTOS, T. et al. Evaluating the impact of a hand hygiene campaign on improving adherence. **Am J Infect Control**, v.38, p.240-243, 2010.

DONOWITZ, L. G. Handwashing technique in a pediatric intensive care unit. **Am J Dis Child**, v. 141, n. 6, p. 683-685, 1987.

DUBBERT, P. M. et al. Increasing ICU staff handwashing: effects of education and group feedback. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v. 11, n. 4, p. 191-193, 1990.

GILBERT, K. et al. Does hand hygiene compliance among health care workers change when patients are in contact precaution rooms in ICUs? **Am J Infect Control**, v.38, p.515-517, 2010.

GRAHAM, M. Frequency and duration of handwashing in an intensive care unit. **Am J Infect Control**, v. 18, n. 2, p. 77-81, 1990.

HELMS, B. et al. **Improving hand hygiene** compliance: A multidisciplinary approach. **Am J Infect Control**, p. 1-3, 2010.

KUZU, N. et al. Compliance with hand hygiene and glove use in a university-affiliated hospital. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v. 26, n. 3, p. 312-315, 2005.

LARSON, E. L. Compliance with isolation technique. **Am J Infect Control**, v. 11, n. 6, p. 221-225, 1983.

LEE, A.; CHALFINE, A.; DAIKOS, G.L. et al. Handhygiene practices and adherence determinants in surgical wards across Europe and Israel: A multicenter observational study. **Am J Infect Control**, v.39, p. 517-520).

MEENGs, M. R. et al. Hand washing frequency in an emergency department. **J Emerg Nurs**, v. 20, n. 3, p.183-188, 1994.

NEVES, Z. C. P. et al. Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 546-552, 2006.

NORITOMI, D. T. et al. Is compliance with hand disinfection in the intensive care unit related to work experience? **Infect Control Hosp Epidemiol**, v. 28, n. 3, p. 362-364, 2007.

OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE); ANVISA (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA). **Guia para Implantação. Um guia para implantação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higienização das Mãos**. Brasília: OPAS/Anvisa, 2008. 63p.

PETTINGER, A.; NETTLEMAN, M. D. Epidemiology of isolation precautions. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v. 12, n. 5, p. 303-307, 1991.

PITTET, D. et al. Improving compliance with hand hygiene. In: WENZEL, R. P. (Ed.) **Prevention and control of nosocomial infections**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003. p. 524-541.

PITTET, D. et al. Bacterial contamination of the hands of hospital staff during routine patient care. **Archives Internal of Medicine**, v. 159, p. 821-26, 1999.

PITTET, D. et al. Hand hygiene among physicians: performance, beliefs, and perceptions. **Ann Intern Med**, v. 141, n. 1, p.1-8, 2004.

PITTET, D. Statewide hand hygiene improvement: embarking on a crusade. **MJA**, v. 191, n. 8, p. S5-S7, 2009.

PITTET, D; HUGONNET, S, HARBATH, S. et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. **The Lancet**, v. 356, n.12, p.1307-1312, 2000.

SABA, R. et al. Hand hygiene compliance in a hematology unit, **Acta Haematol**, v. 113, n. 3, p. 190-193, 2005.

SANTANA, S. L. et al. Assessment of healthcare professionals adherence to hand hygiene after alcohol-based hand rub introduction at an intensive care unit in Sao Paulo, Brazil. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v. 28, n. 3, p. 365-367, 2007.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **The WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care**. Geneva: WHO Press, 2009. 262p.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Tools and resources. Disponível em: <<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>>. Acesso em: 25 ago. 2010.

WON, S. P. et al. Handwashing program for the prevention of nosocomial infections in a neonatal intensive care unit. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v. 25, n. 9, p. 742-746, 2004.



Os cinco componentes chave da OMS para melhorar as estratégias de Higiene das Mãos

- 1. Mudança no sistema:** garantindo a infra-estrutura necessária para permitir que o profissional da saúde possa praticar a higiene das mãos esteja disponível no local. Isso inclui dois elementos essenciais:
 - Acesso a um suprimento de água seguro e permanente (contínuo), da mesma forma, ao sabão e ao papel toalha;
 - Ter disponível solução alcoólica para higiene das mãos, no local onde será prestado o cuidado ao paciente.
- 2. Treinamento/Educação:** Promovendo treinamentos regulares sobre a importância da Higiene das Mãos, baseado na campanha dos "Cinco Momentos para Higiene das Mãos", e passar o procedimento correto de fricção e lavagem das mãos para todos os profissionais da saúde.
- 3. Avaliação e devolução (retro-informação/ resposta):** monitorando a infra-estrutura e a prática da higiene das mãos em relação à percepção e conhecimento dos profissionais da saúde, e informar os resultados e desempenho da equipe para os funcionários (corpo clínico).
- 4. Lembretes no local de trabalho:** promovendo e lembrando os profissionais da saúde sobre a importância da higiene das mãos e sobre as indicações apropriadas e os procedimentos para realização da higiene das mãos.
- 5. Clima institucional seguro:** criando um ambiente e percepção que facilitem a atenção sobre os assuntos relacionados à segurança do paciente, garantindo assim a melhoria das práticas de higiene das mãos como alta prioridade em todos os níveis, incluindo,
 - Participação ativa em ambos os níveis (institucional e individual)
 - Atenção individual e institucional na capacidade de mudança e melhoria (auto-eficácia); e
 - Parceria com pacientes e organizações de pacientes



Instrumento de Autoavaliação para Higiene das Mãos 2010

Introdução e Instrução para o Usuário

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

Qual é o seu propósito?

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

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

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

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

Como ela está estruturada?

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

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

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

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

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

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

Como funciona?

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

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

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

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

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

Instrumento de Auto-avaliação de Higiene das Mãos 2010

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

1. Eficácia: O produto de base alcoólica para higiene das mãos utilizado deve apresentar padrões reconhecidos de eficácia antimicrobiana para antissepsia das mãos (padrões ASTM ou EN). Produtos de base alcoólica para higiene das mãos com eficácia antimicrobiana ótima geralmente contém 75 a 95% de etanol, isopropanol, ou n-propanol, ou uma combinação destes produtos. As formulações recomendadas pela OMS contém tanto 75% v/v isopropanol, ou 60% v/v etanol.

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

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

4. Água corrente limpa: É o fornecimento de água canalizada (ou onde esta não é disponível, de armazenamento próprio com desinfecção apropriada) que apresenta padrões de segurança apropriados para contaminação química e microbiana. Detalhes adicionais podem ser encontrados em Padrões de Saúde Ambiental Essenciais em assistência à saúde (Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2005, http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/05/WHO_04-11547_2005_eng.pdf).

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

6. Infraestrutura: A "infraestrutura" aqui se refere a comodidades, equipamento e produtos que são necessários para se alcançar práticas ótimas de higiene das mãos na instituição. Especificamente, refere-se à indicadores incluídos nos questionários 1.1-1.5 e detalhados nas Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos na Assistência à Saúde 2009, Parte I, Capítulo 20.5 (e.g. disponibilidade de produto de base alcoólica para higiene das mãos em todos os pontos de assistência, fornecimento de água corrente limpa e relação pialeta de pelo menos 1:10, com sabão e toalhas de uso único em cada pia).

Instrumento de Auto-avaliação de Higiene das Mãos 2010

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

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

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

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

Instrumento de Auto-avaliação de Higiene das Mãos 2010

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

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

Instrumento de Auto-avaliação de Higiene das Mãos 2010

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



Instrumento de Auto-avaliação de Higiene das Mãos 2010

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



Instrumento de Auto-avaliação de Higiene das Mãos 2010

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

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

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

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

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

Instrumento de Auto-avaliação de Higiene das Mãos 2010

Interpretação: Um Processo de Quatro Etapas

1.
Some seus pontos

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

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

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

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

(caso contrário, vá para a etapa quatro)

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



Instrumento de Auto-avaliação de Higiene das Mãos 2010

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

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

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

Qual é o seu propósito? Além de provocar reflexão acerca dos recursos existentes e de suas realizações, o **Instrumento de Autoavaliação para Higiene das Mãos**, também contribui para focar em planejamento e desafios futuros. Ela atua, particularmente, como ferramenta de diagnóstico, identificando elementos chave que requerem atenção e melhorias. Os resultados podem ser utilizados para facilitar o desenvolvimento de um plano de ação para o programa de higiene das mãos da instituição. O uso repetido do **Instrumento de Autoavaliação para Higiene das Mãos** permitirá também a documentação do progresso ao longo do tempo. Acima de tudo, esta ferramenta deverá ser um catalisador para implantação e sustentação de um amplo programa de higiene das mãos numa instituição de assistência à saúde.

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

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

*** Preenchimento Obrigatório**

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

DADOS CADASTRAIS

CNES: *

Informar o número do cadastro nacional de estabelecimento de saúde - CNES do serviço de saúde

ESFERA ADMINISTRATIVA:

Informar o tipo de administração do serviço de saúde (ex.: privado, estadual)

UF: *

Informar a Unidade Federativa da Vigilância Sanitária

Qual(is) o(s) tipo de cuidado?

Indicar o(s) tipo(s) de cuidado(s) prestado pelo estabelecimento de saúde relacionado nesta auto avaliação. Caso tenha ambos (atendimento com e sem internação), marcar alternativas. Caso, o serviço não se enquadre nos exemplos, indique a alternativa Outros.

- 1. Sem internação (cuidados agudos, como ambulatório, emergência/urgência e outros sem internação)
- 2. Com internação (hospitais, instituição de longa permanência e outros com internação)
- 3. Outros

Número de leitos da Instituição:

Indicar o total de leitos existentes no serviço de saúde.

Número de enfermeiros que fazem controle de infecção, em todos os turnos.

Indicar apenas o número total de enfermeiros com atividades de controle de infecção.

Número de médicos que fazem controle de infecção, em todos os turnos:

Indicar apenas o número total de médicos com atividades de controle de infecção.

A instituição está cadastrada em :

Para ser considerada afirmativa a resposta, a instituição deve ter efetuado o cadastro foi realizado pelo endereço eletrônico:
<http://www.who.int/gpsc/5may/en/index.html>.

Sim

Não

A Instituição participa de algum programa nacional ou local de higienização das mãos:

Sim

Não

1. MUDANÇA DE SISTEMA

1. Eficácia: As preparações de base alcoólicas para higienização das mãos utilizadas devem apresentar padrões reconhecidos de eficácia antimicrobiana para antisepsia das mãos (padrões ASTM ou EN). Produtos de base alcoólica para higiene das mãos com eficácia antimicrobiana ótima, geralmente, contém 75 a 85% de etanol, isopropanol, ou n-propanol, ou uma combinação destes produtos. As formulações recomendadas pela OMS contêm 75% v/v isopropanol ou 80% v/v etanol.
2. Tolerabilidade da pele: A preparação alcoólica para higiene das mãos é bem tolerada pela pele dos profissionais de saúde (i.e. não irrita a pele) quando utilizada na assistência clínica, conforme demonstrado por dados confiáveis. O Protocolo da OMS para Avaliação da Tolerabilidade e Aceitabilidade de Preparação de Base Alcoólica para Higiene das Mãos em Uso ou Planejado pode ser utilizado como referência.
3. Ponto de assistência: É o local onde três elementos se unem: o paciente, o profissional de saúde, e cuidado ou tratamento envolvendo contato com o paciente ou seu arredor (dentro da zona do paciente). Produtos devem estar disponíveis no ponto de assistência sem que haja necessidade de se deixar a zona do paciente (idealmente ao alcance das mãos do profissional de saúde ou dentro do limite de dois metros).
4. Água corrente limpa: é o fornecimento de água canalizada (ou onde esta não é disponível, de armazenamento próprio com desinfecção apropriada) que apresenta padrões de segurança apropriados para contaminação química e microbiana. Detalhes adicionais podem ser encontrados em Padrões de Saúde Ambiental Essenciais em assistência à saúde (Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2008, http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/97892411547239_eng.pdf).
5. Sabonete: Produtos com base de detergentes, que não contêm agentes antimicrobianos adicionados, ou podem contê-los apenas como preservativos. Eles estão disponíveis em várias formas, incluindo sabonete em barra, tecido, folha e preparações líquidas.
6. Infraestrutura: A "infraestrutura" aqui se refere às comodidades, equipamentos e produtos que são necessários para se alcançar práticas ótimas de higiene das mãos na instituição. Especificamente, se refere a indicadores incluídos nas questões 1.1-1.5 e detalhados nas Diretrizes da OMS sobre Higienização das Mãos na Assistência à Saúde 2009, Parte I, Capítulo 23.5 (e.g. disponibilidade de preparação de base alcoólica para higiene das mãos em todos os pontos de assistência, fornecimento de água corrente limpa e relação pia: leito de pelo menos 1:10, com sabonete e toalha descartável em cada pia).

1.1. Qual é a disponibilidade de preparação alcoólica para higiene das mãos na sua Instituição? *

Não é disponível (0)

Disponível, mas eficácia¹ e tolerabilidade² não foram provadas (0)

Disponível apenas em algumas enfermarias ou o fornecimento é irregular (com eficácia¹ e tolerabilidade ² comprovadas) (5)

Amplamente disponível na instituição com fornecimento regular (com eficácia¹ e tolerabilidade ² comprovadas) (10)

Amplamente disponível na instituição com fornecimento regular, e no ponto de assistência³ na maioria das enfermarias (com

eficácia¹ e tolerabilidade² comprovadas) (30)

Amplamente disponível na instituição com fornecimento regular, em cada ponto de assistência³ (com eficácia¹ e tolerabilidade² comprovadas) (50)

1.2. Qual é a relação pia : leito? *

Avaliação de infraestrutura da enfermaria; Guia de implantação II.1

Menos de 1:10 (0)

Pelo menos 1:10 na maioria das enfermarias (5)

Pelo menos 1:10 na instituição e 1:1 nos quartos de isolamento e unidades de terapia intensiva (10)

1.3. Há fornecimento contínuo de água corrente limpa? *

Não (0)

Sim (10)

1.4. O sabonete está disponível em todas as pias? *

Ver item 5, no cabeçalho do componente 1. MUDANÇA DO SISTEMA

Não (0)

Sim (10)

1.5. Há papel toalha disponível em todas as pias? *

Não (0)

Sim (10)

1.6. Há orçamento exclusivo/disponível para a contínua obtenção de produtos para higiene das mãos (e.g. produto para higiene das mãos de base alcoólica)? *

Não (0)

Sim (10)

QUESTÃO EXTRA: Há um plano realista implantado para melhorar a infraestrutura (6) em sua instituição de saúde? *

Ver item 6 do comando da questão

Não (0)

Sim (5)

2. EDUCAÇÃO E TREINAMENTO

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

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

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

2.1a. Com qual frequência os profissionais de saúde recebem treinamento em relação à higiene das mãos⁷ na sua instituição? *

2.1. Em relação ao treinamento de profissionais de saúde da sua instituição:

Nunca (0)

Pelo menos uma vez (5)

Treinamento regular para as equipes médica e de enfermagem, ou para todas as categorias profissionais (pelo menos uma vez ao ano) (10)



Treinamento obrigatório para todas as categorias profissionais à admissão no emprego, e a partir de então treinamentos regulares (pelo menos uma vez ao ano) (20)

2.1b. Há um processo implantado com o objetivo de se confirmar que todos os profissionais de saúde tenham completado este treinamento? *

2.1. Em relação ao treinamento de profissionais de saúde da sua instituição:



Não (0)



Sim (20)

2.2a O 'WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health-care: A Summary': *

2.2. O documento OMS acima (disponível em www.who.int/gpsc/5may/tools) ou adaptação local semelhante está facilmente disponível para todos os profissionais de saúde?



Não (0)



Sim (5)

2.2b O WHO 'Hand Hygiene Technical Reference Manual': *

2.2. O documento OMS acima (disponível em www.who.int/gpsc/5may/tools) ou adaptação local semelhante está facilmente disponível para todos os profissionais de saúde?



Não (0)



Sim (5)

2.2c O WHO 'Hand Hygiene: Why, How and When' Brochure': *

2.2. O documento OMS acima (disponível em www.who.int/gpsc/5may/tools) ou adaptação local semelhante está facilmente disponível para todos os profissionais de saúde?



Não (0)



Sim (5)

2.2d O WHO 'Glove Use Information' Leaflet: *

2.2. O documento OMS acima (disponível em www.who.int/gpsc/5may/tools) ou adaptação local semelhante está facilmente disponível para todos os profissionais de saúde?



Não (0)



Sim (5)

2.3. Há um profissional com habilidades adequadas para atuar como treinador em programas ativos educacionais em sua instituição de assistência à saúde? *



Não (0)



Sim (15)

2.4. Há um sistema implantado de observadores para validação e treinamento de adesão à higiene das mãos? *



Não (0)



Sim (15)

2.5. Há orçamento específico que permita capacitação em higienize das mãos? *



Não (0)



Sim (10)

3. AVALIAÇÃO E DEVOLUÇÃO DA INFORMAÇÃO

3.1. Há auditorias regulares nas unidades (pelo menos uma vez ao ano) para avaliação da disponibilidade de preparações alcoólicas, sabonete, papel toalha e outros recursos para higiene das mãos? *



Não (0)



Sim (10)

3.2. a. O conhecimento dos profissionais de saúde é avaliado, pelo menos uma vez ao ano, em relação às indicações para

higiene das mãos aos seguintes tópicos (e.g. após sessão educativa)? *

Não (0)

Sim (5)

3.2. b. O conhecimento dos profissionais de saúde é avaliado, pelo menos uma vez ao ano, em relação à técnica correta de higienização das mãos aos seguintes tópicos (e.g. após sessão educativa)? *

Não (0)

Sim (5)

3.3.a Monitoramento indireto da adesão higienização das mãos: o consumo de produto alcoólico para higienização das mãos é monitorado regularmente (pelo menos a cada 3 meses)? *

Não (0)

Sim (5)

3.3.b Monitoramento indireto da adesão à higienização das mãos: o consumo de sabonete é monitorado regularmente (pelo menos a cada 3 meses)? *

Não (0)

Sim (5)

3.3c Monitoramento indireto da adesão à higienização das mãos: o consumo de preparação alcoólica para higienização das mãos é de pelo menos 20 litros por 1000 pacientes/dia: *

Não (0) (ou não medido)

Sim (5)

3.4. Há monitoramento direto de adesão à higienização das mãos, seguindo o treinamento e validação pela metodologia da OMS 'Meus 5 Momentos para Higiene das Mãos' (ou uma semelhante) pelos observadores? *

Sim

Não

3.5a Devolutiva imediata: Há devolutiva imediata aos profissionais de saúde ao final de cada sessão de observação de adesão à higiene das mãos? *

Não (0)

Sim (5)

3.5bi Devolutiva sistemática: Há devolutiva regular (sem pelo menos semestral) de dados relacionados aos indicadores de higiene das mãos com demonstração da tendência ao longo do tempo, dispensada a PROFISSIONAIS DE SAÚDE : *

Não (0)

Sim (7,5)

3.5bii Devolutiva sistemática: Há devolutiva regular (sem pelo menos semestral) de dados relacionados aos indicadores de higiene das mãos com demonstração da tendência ao longo do tempo, dispensada a LIDERANÇA DA INSTITUIÇÃO: *

Não (0)

Sim (7,5)

4. LEMBRETES NO LOCAL DE TRABALHO

4.1a. Há cartazes expostos explicando as indicações de higiene das mãos (ou um equivalente produzido localmente de conteúdo semelhante)? *

Não exposto (0)

Exposto em algumas áreas de assistência/tratamento (15)

Exposto na maioria das áreas de assistência/tratamento (20)

Exposto em todas as áreas de assistência/tratamento (25)

4.1b Há cartaz explicando a técnica correta do uso de produto alcoólico para higiene das mãos : *

Não exposto (0)

Exposto em algumas áreas de internação/tratamento (5)

Exposto na maioria das áreas de internação/tratamento (10)

Exposto em todas as áreas de internação/tratamento (15)

4.1c Há cartaz explicando a técnica correta de higiene das mãos com água e sabonete: *

Não exposto (0)

Exposto em algumas áreas de assistência/tratamento (5)

Exposto na maioria das áreas de assistência/tratamento (7,5)

Exposto em todas as áreas de assistência/tratamento (10)

4.2. Qual a frequência com que são feitas auditorias em todos os cartazes a fim de se evidenciar danos com reposição se necessário? *

Nunca (0)

Pelo menos uma vez ao ano (10)

A cada 2 -3 meses (15)

4.3. Há outros cartazes, que não os acima mencionados, que promovam a higienização das mãos e que sejam regularmente atualizados? *

Não (0)

Sim (10)

4.4. Há folhetos informativos sobre higienização das mãos disponíveis nas enfermarias/unidades? *

Não (0)

Sim (10)

4.5. Há outros lembretes no local de trabalho espalhados por toda a instituição? (e.g protetores de tela, crachás, adesivos, etc.): *

Não (0)

Sim (15)

5. CLIMA INSTITUCIONAL DE SEGURANÇA PARA HIGIENE DAS MÃOS

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

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

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

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

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

5.1a No que diz respeito a uma equipe de higiene das mãos (10) que esteja especificamente dedicada à promoção e implantação de práticas ótimas de higiene das mãos na sua instituição: Este grupo está estabelecido? *

Ver item 10, no comando da questão CLIMA INSTITUCIONAL DE SEGURANÇA PARA HIGIENE DAS MÃOS

Não (0)

Sim (5)

5.1b No que diz respeito a uma equipe de higiene das mãos(10) que seja especificamente dedicada à promoção e implantação de práticas ótimas de higiene das mãos na sua instituição: Este grupo se reúne regularmente (pelo menos uma vez ao mês)? *

Ver item 10 no comando

Não (0)

Sim (5)

5.1c Este grupo dispõe de tempo exclusivo para conduzir ativamente a promoção de higiene das mãos? (i.e. organização de novas atividades, ensino de monitoramento do desempenho da higiene das mãos): *

Não (0)

Sim (5)

5.2a Os membros da Alta direção ou superintendência da instituição claramente se comprometeram a dar respaldo à melhoria da higiene das mãos? (e.g. compromisso escrito ou verbal com a promoção da higiene das mãos recebido pela maioria dos profissionais): *

Não (0)

Sim (10)

5.2b O Diretor Médico claramente se comprometeu respaldar a melhoria da higiene das mãos? (e.g. compromisso escrito ou verbal com a promoção da higiene das mãos recebido pela maioria dos profissionais de saúde). *

Não (0)

Sim (5)

5.2c A direção de Enfermagem claramente se comprometeu a dar respaldo à melhoria da higiene das mãos? (e.g. compromisso escrito ou verbal com a promoção da higiene das mãos recebido pela maioria dos profissionais de saúde). *

Não (0)

Sim (5)

5.3. Há um plano claro estabelecido para a promoção de higiene das mãos e disseminado na instituição para 5 de maio (Iniciativa Anual 'Salve Vidas: Higienize Suas Mãos'): *

Não (0)

Sim (10)

5.4a Há um sistema implantado para eleger os campeões/líderes de higiene das mãos (11) para todos os serviços? *

Ver item 11, no comando da questão CLIMA INSTITUCIONAL DE SEGURANÇA PARA HIGIENE DAS MÃOS

Não (0)

Sim (5)

5.4b Há um sistema para reconhecimento e utilização de pessoas respeitadas e que sirvam de exemplo em higiene das mãos(12)? *

Ver item 12, no comando da questão CLIMA INSTITUCIONAL DE SEGURANÇA PARA HIGIENE DAS MÃOS

Não (0)

Sim (5)

5.5a No que diz respeito ao envolvimento do paciente na promoção da higiene das mãos, os pacientes são informados acerca da importância da higiene das mãos? (e.g. com um folheto): *

Não (0)

Sim (5)

5.5b No que diz respeito ao envolvimento do paciente na promoção da higiene das mãos, há um programa formalizado de engajamento do paciente sendo empregado? : *

Não (0)

Sim (5)

5.6a Há iniciativas para respaldar melhorias contínuas locais sendo empregadas na sua instituição, por exemplo: ferramentas de E-learning (APRENDIZADO PELA INTERNET) em higiene das mãos : *

Não (0)

Sim (5)

5.6b Há iniciativas para respaldar melhorias contínuas locais sendo empregadas na sua instituição, por exemplo: meta institucional de higiene das mãos estabelecida anualmente? : *

Não (0)

Sim (5)

5.6c Há iniciativas para respaldar melhorias contínuas locais sendo empregadas na sua instituição, por exemplo: sistema para compartilhamento intra-institucional de inovações confiáveis e testadas? : *

Não (0)

Sim (5)

5.6d Há iniciativas para respaldar melhorias contínuas locais sendo empregadas na sua instituição, por exemplo: comunicados que mencionem regularmente a higiene das mãos (e.g. boletins institucionais, reuniões clínicas): *

Não (0)

Sim (5)

5.6e Há iniciativas para respaldar melhorias contínuas locais sendo empregadas na sua instituição, por exemplo: Sistema para responsabilização pessoal (13): *

Ver item 13, no comando da questão CLIMA INSTITUCIONAL DE SEGURANÇA PARA HIGIENE DAS MÃOS

Não (0)

Sim (5)

5.6f Há iniciativas para respaldar melhorias contínuas locais sendo empregadas na sua instituição, por exemplo: Um sistema camarada (14) para novos funcionários : *

Ver item 14, no comando da questão CLIMA INSTITUCIONAL DE SEGURANÇA PARA HIGIENE DAS MÃOS

Não (0)

Sim (5)

6. CRITÉRIOS DE LIDERANÇA

6.1a. Mudança de sistema: Foi realizada análise de custo-benefício de alterações de infra-estrutura necessárias para o desempenho ótimo de higiene das mãos no ponto de assistência?

Sim

Não

6.1b Mudança de sistema: A higiene das mãos é realizada em 80% das oportunidades com produto alcoólico na sua instituição?

Sim

Não

6.2a Treinamento e Educação: O grupo de higiene das mãos treinou representantes de outras instituições na área de higiene das mãos?

Sim

Não

6.2b Treinamento e Educação: Os princípios de higiene das mãos foram incorporados aos currículos educacionais locais de médicos e enfermeiros?

Sim

Não

6.3a Avaliação e Devolutivas: As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) específicas são monitoradas? (e.g. Staphylococcus aureus, bacteremia por Gram negativos, infecções relacionadas a dispositivos):

Sim

Não

6.3b Avaliação e Devolutivas: Há um sistema implantado para monitoramento de IRAS em áreas de alto risco? (i.e. unidades de terapia intensiva e neonatal):

Sim

Não

6.3c Avaliação e Devolutivas: Há avaliação de prevalência global de IRAS ampla na instituição realizada, pelo menos, uma vez ao ano?

Sim

Não

6.3d Avaliação e Devolutivas: As taxas de IRAS são apresentadas à liderança da instituição e aos profissionais de saúde juntamente com os dados de adesão à higiene de mãos?

Sim

Não

6.3e Avaliação e Devolutivas: Há avaliação estruturada empregada para entender os obstáculos à adesão ótima de higiene das mãos e das causas de IRAS no nível local, e com resultados relatados à liderança da instituição?

Sim

Não

6.4a Lembretes no Local de Trabalho: Há um sistema desenvolvido para criação de novos cartazes pelos profissionais de saúde locais?

Sim

Não

6.4b Lembretes no Local de Trabalho: Os cartazes criados na sua instituição são utilizados por outras instituições?

Sim

Não

6.4c Lembretes no Local de Trabalho: Tipos inovadores de lembretes de higiene das mãos foram desenvolvidos e testados na sua instituição?

Sim

Não

6.5a Clima de Segurança Institucional: Há uma agenda local de pesquisa em higiene das mãos desenvolvida e dirigida a

aspectos identificados pela OMS como necessitando investigação:

Sim

Não

6.5b Clima de Segurança Institucional: A sua instituição tem participado ativamente em publicações ou apresentações em conferências (pôster ou oral) na área de higiene das mãos?

Sim

Não

6.5c Clima de Segurança Institucional: Os pacientes são convidados a lembrar os profissionais de saúde a higienizar suas mãos?

Sim

Não

6.5d Clima de Segurança Institucional: Os pacientes e visitantes são educados a higienizar suas mãos corretamente?

Sim

Não

6.5e Clima de Segurança Institucional: A sua instituição contribui ou dá respaldo à campanha nacional de higiene das mãos (se existente)?

Sim

Não

6.5f Clima de Segurança Institucional: A avaliação do impacto da campanha de higiene das mãos é incorporada no planejamento do programa de controle de infecção?

Sim

Não

6.5g Clima de Segurança Institucional: A sua instituição estabelece uma meta anual para melhoria da adesão à higiene das mãos em toda a instituição?

Sim

Não

6.5h Clima de Segurança Institucional: Se a sua instituição tem uma meta, ela foi alcançada no último ano?

Sim

Não

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DOS DADOS

Nome:

E-mail: *



Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.
[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

