

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Daniela Giacobe

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UNIDADES
DE TERAPIA INTENSIVA**

Porto Alegre
2024

Daniela Giacobe

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UNIDADES
DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Bacharelado em
Enfermagem da Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, como
requisito parcial para a obtenção do título
de Enfermeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Karin Viegas

Co-orientadora: MS. Juliana Gibbon
Neves

Porto Alegre

2024

Daniela Giacobe

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UNIDADES
DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado como requisito parcial
para a obtenção do título de Enfermeiro no Curso de Bacharelado em Enfermagem
da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Porto Alegre, 31 de outubro de 2024.

Prof^a. Dr^a. Karin Viegas
(Orientadora)

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Enf^a. MS. Juliana Gibbon Neves
(Presidente/Co-orientadora)
Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre

Enf^a. Marcelle Rodrigues Schetttert
Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre

Prof^a. Dr^a. Ana Amélia Antunes Lima
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Catálogo na Publicação

Giacobe, Daniela

INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA / Daniela Giacobe. -- 2024.
85 p. : il., graf., tab. ; 30 cm.

Relatório (trabalho de conclusão de curso) --
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto
Alegre, Curso de Enfermagem, 2024.

Orientador(a): Karin Viegas ; coorientador(a): Juliana
Gibbon Neves.

1. Infecção Hospitalar. 2. Higiene das mãos. 3. Uso do
álcool gel. 4. A educação na prevenção das infecções
hospitalares. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

***A Deus,** por sempre me guiar nas melhores escolhas, por me mostrar o melhor caminho e nunca me deixar desanimar diante das adversidades.*

***Meu pai, Elemar** (in memorian), mesmo ausente fisicamente se faz presente em cada escolha da minha vida, deixou em mim um legado de honestidade, humildade e força que carrego comigo enquanto eu respirar.*

***Minha mãe, Soelci,** minha amiga e companheira, obrigada pelo amor incondicional, pela paciência e por nunca ter medido esforços para que eu concluísse a graduação.*

***Minha irmã, Gabriela,** que incontáveis vezes foi a minha mãe, aquela que nunca soltou a minha mão, que nunca me deixou desistir, sempre esteve presente. Obrigada por tudo, obrigada por fazer parte da minha vida, sem você essa jornada não seria possível. Gratidão por sempre torcer pelo meu sucesso.*

***A minha professora orientadora Dr^a. Karin Viegas,** por ter aceitado esse desafio junto comigo. Obrigada pelos conselhos e pelo conhecimento compartilhado.*

***A enfermeira Juliana Gibbon Neves,** obrigada por contribuir na construção e no enriquecimento deste estudo. Obrigada por compartilhar tanto conhecimento comigo e por sempre estar disposta a orientar e a esclarecer dúvidas.*

***A enfermeira Marcelle Rodrigues Schettert,** obrigada por ter aberto as portas e ter dado a oportunidade de conhecer o incansável trabalho do Controle de Infecção. Gratidão por tanto conhecimento e experiências vivenciadas.*

RESUMO

Introdução: a higienização das mãos é muito importante no combate e controle das infecções relacionadas à assistência saúde. A sua adesão está relacionada a projetos de educação e conscientização dos profissionais para que se modifique a cultura de não higienização. **Objetivo:** realizar e avaliar uma intervenção educativa sobre adesão à higienização das mãos dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) de um hospital de trauma de Porto Alegre. **Método:** estudo de intervenção com profissionais de saúde das UTI's, incluindo a equipe de residentes (medicina, enfermagem e fisioterapia) e os estagiários. Os dados foram fornecidos pelo SCIH da instituição pesquisada. Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial, com a média das respostas e aplicado o teste de Wilcoxon para comparar as médias das notas dos participantes nos momentos de avaliação do pré e pós-teste. **Resultados:** participaram 77 profissionais no pré-teste e 42 no pós-teste. A nota média do pré-teste foi de 9,42. A questão com maior número de erros foi referente a HM com água e sabão com 54,5%. A meta de 75% não foi atingida por nenhuma UTI. Foram analisadas 1480 oportunidades de higiene das mãos. A maioria dos profissionais não higienizou as mãos no momento indicado. **Conclusão:** o não aumento da adesão de HM após a intervenção educativa traz à tona a necessidade de implementar novas ações que promovam a inclusão do profissional de saúde como agente de mudanças. É primordial reforçar a prática de higiene das mãos nos serviços de saúde, com o intuito de mudar a cultura prevalente entre os profissionais de saúde, além de investir no desenvolvimento de novas metodologias educacionais que possam resultar no aumento da adesão dos profissionais de saúde às práticas de higienização das mãos.

Descritores: Equipe de saúde; Controle de infecção; Assistência Hospitalar; Infecção Hospitalar; Higiene das mãos.

ABSTRACT

Introduction: hand hygiene is very important in combating and controlling infections related to healthcare. Its adherence is related to education and awareness projects for professionals so that the culture of non-cleaning can be changed. **Objective:** to carry out and evaluate an educational intervention on adherence to hand hygiene among health professionals who work in the Intensive Care Units (ICUs) of a trauma hospital in Porto Alegre. **Method:** intervention study with ICU health professionals, including the resident team (medicine, nursing and physiotherapy) and interns. The data were provided by the SCIH of the researched institution. A descriptive and inferential statistical analysis was carried out, with the average of the responses and the Wilcoxon test was applied to compare the average scores of the participants in the pre- and post-test evaluation moments. **Results:** 77 professionals participated in the pre-test and 42 in the post-test. The average pre-test score was 9.42. The question with the highest number of errors was related to HH with soap and water at 54.5%. The target of 75% was not reached by any ICU. 1480 hand hygiene opportunities were analyzed. Most professionals did not sanitize their hands at the **indicated** time. **Conclusion:** the failure to increase HH adherence after the educational intervention highlights the need to implement new actions that promote the inclusion of health professionals as agents of change. It is essential to reinforce the practice of hand hygiene in health services, with the aim of changing the prevailing culture among health professionals, in addition to investing in the development of new educational methodologies that can result in increased adherence of health professionals to practices of hand hygiene.

Descriptors: Health team; Infection control; Hospital Assistance; Hospital Infection; Hand hygiene.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Resumo do esboço do manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações da OMS sobre os componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção	9
Figura 2 - Meus cinco momentos para a Higiene das Mãos	17
Figura 3 – Resumo das Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde	30
Figura 4 - Cinco elementos principais para se concentrar ao melhorar a prevenção e controle de infecção	31
Figura 5 – Abordagem passo a passo do guia de implementação da estratégia Multimodal da OMS para Melhoria da HM	34
Figura 6 - Placas utilizadas durante a Intervenção Educativa para sinalizar se a higiene de mãos estava correta ou incorreta	36
Figura 7- Fluxograma do número de profissionais que participaram do estudo na etapa de pré e pós-intervenção	40
Figura 8 – Infográfico de indicadores das Unidades de Terapia Intensiva do hospital em estudo, conforme dados fornecidos pelo Serviço de Epidemiologia e Gestão de Risco de 2023	42
Figura 9 - Folheto informativo sobre o uso de luvas	44
Figura 10 – Folheto informativo sobre HM antes do momento 2 (Antes da realização de procedimento asséptico/limpo)	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização do perfil da equipe de profissionais de saúde presentes na intervenção nas Unidades de Terapia Intensiva investigada 39

Tabela 2 - Taxa média de adesão de higienização das mãos pré-intervenção, por categoria profissional, por Unidade de Terapia Intensiva 46

Tabela 3 - Taxa média de adesão de higienização das mãos pós-intervenção, por categoria profissional, por Unidade de Terapia Intensiva 50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - “Meus cinco momentos para higiene das mãos”: explicações para recomendações baseadas em evidências.....	18
Quadro 2 - Distribuição dos profissionais no turno diurno	33
Quadro 3 – Identificação das necessidades de ações implantadas no local onde será realizada a intervenção	35

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Consumo, em litros, de preparação alcoólica para higiene das mãos, por Unidade de Terapia Intensiva – pré-intervenção	45
Gráfico 2 – Taxa de adesão geral de higienização das mãos por Unidade de Terapia Intensiva – pré-intervenção	45
Gráfico 3 – Taxa média de Infecção das Unidades de Terapia Intensiva investigadas – pré-intervenção	47
Gráfico 4 – Incidência de GMR por Unidade de Terapia Intensiva – pré-intervenção	47
Gráfico 5 - Distribuição dos momentos observados durante e intervenção educativa de acordo com os cinco momentos	48
Gráfico 6 - Consumo, em litros, de preparação alcoólica para higiene das mãos, por Unidade de Terapia Intensiva – pós-intervenção	49
Gráfico 7 – Taxa de adesão geral de higienização das mãos por Unidade de Terapia Intensiva – pós-intervenção	49
Gráfico 8 – Taxa média de Infecção das Unidades de Terapia Intensiva investigadas – pós-intervenção	51
Gráfico 9 – Incidência de GMR por Unidade de Terapia Intensiva pós-coleta – pós-intervenção	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
<i>C. difficile</i>	<i>Clostridioides difficile</i>
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COVID-19	<i>Coronavirus disease</i>
EC	Educação Continuada
EEE	Espaço Econômico Europeu
EP	Educação Permanente
EPI	Equipamento de Proteção Individual
GMR	Germes multirresistentes
GGTES	Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
GVIMS	Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
HM	Higienização das mãos
IPCS	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ITU	Infecção do Trato Urinário
JCI	<i>Joint Commission International</i>
KPC	<i>Klebsiella pneumoniae carbapenemase</i>
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
MRSA	<i>Pseudomonas e Staphylococcus aureus</i> resistente à meticilina
MS	Ministério da Saúde
MTP	Ministério do Trabalho e Previdência
NR	Norma Reguladora
OCDE	Organização e Cooperação para o Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PAV	Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica
PCI	Prevenção e controle de infecção
PMPA	Prefeitura Municipal de Porto Alegre

RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SARS-COV-2	<i>Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2</i>
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SEGER	Serviço de Epidemiologia e Gestão de Risco
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO-----	5
1.1 JUSTIFICATIVA -----	10
2 OBJETIVOS -----	12
2.1 OBJETIVO GERAL -----	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS -----	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO -----	13
3.1 INFECÇÃO HOSPITALAR-----	13
3.2 HIGIENE DAS MÃOS -----	16
3.3 USO DO ÁLCOOL GEL -----	23
3.4 A EDUCAÇÃO NA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES -----	27
4 MÉTODO-----	Erro! Indicador não definido.
4.1 DELINEAMENTO DE PESQUISA -----	Erro! Indicador não definido.
4.2 LOCAL -----	Erro! Indicador não definido.
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA-----	Erro! Indicador não definido.
4.4 COLETA DE DADOS -----	Erro! Indicador não definido.
4.5 ANÁLISE DE DADOS-----	Erro! Indicador não definido.
4.6 ASPECTOS ÉTICOS-----	Erro! Indicador não definido.
5 RESULTADOS-----	Erro! Indicador não definido.
6 DISCUSSÃO -----	Erro! Indicador não definido.
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS-----	33
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - UFCSPA-----	40
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - SMSA-----	44
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO EDUCATIVA -----	47

1 INTRODUÇÃO

As mãos são o principal instrumento de trabalho dentro dos serviços de saúde, pois é por meio delas que os profissionais executam as atividades. Dessa forma, a segurança do paciente e o controle das infecções estão agregados a higienização cuidadosa e frequente das mãos.¹ Além disso, a higienização das mãos (HM) é considerada uma medida simples, efetiva e de menor custo para a prevenção e controle das Infecções Relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e da resistência microbiana dentro dos serviços de saúde.²

A HM é uma medida importante no combate e controle de infecções hospitalares relacionadas à assistência em saúde, representando um grande desafio e, simultaneamente, um grave problema de saúde, uma vez que podem prejudicar tanto os pacientes quanto os profissionais da área, devido a transmissão cruzada de microrganismos multirresistentes. A sua adesão está diretamente relacionada a projetos de educação continuada/permanente, bem como conscientização dos profissionais para que se modifique a cultura de não higienização ainda prevalente.¹

Segundo um estudo de Romero *et al.*, após uma intervenção educativa realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), foi possível verificar que as taxas de adesão de HM aumentaram significativamente, passando de 31,5% no período basal para 65,8% no período de intervenção e para 83,8% no período pós-intervenção. No referido estudo, o programa educacional favoreceu o aumento da adesão da HM, mas não alterou outros indicadores como o de pneumonia associada a ventilação mecânica, tempo de ventilação mecânica e mortalidade. Além disso, é importante levar em consideração as particularidades do local de estudo, bem como o acesso aos recursos disponíveis, como pias para lavagem de mãos e preparação alcoólica. Nesse caso, o estudo comprova que uma estratégia de baixo custo e baseada em educação é capaz de modificar o comportamento dos profissionais de saúde quanto à HM.³

Outro estudo de intervenção educativa realizado em um Serviço de Emergência de Hospital Universitário, no estado de São Paulo ressaltava a importância de intervenções educacionais em HM nos serviços de saúde com o intuito de garantir a qualidade do cuidado na assistência prestada, além de promover a segurança aos pacientes e, conseqüentemente, reduzir custos hospitalares. A pesquisa ocorreu em dois momentos pré e pós-intervenção educacional, com a observação de 5061

oportunidades para realização de HM. O resultado foi constatado que na fase pós-intervenção, os profissionais apresentaram adesão à HM significativamente maior quando comparado com o período pré-intervenção.⁴

Conforme a Portaria número 2616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde (MS), Infecção Hospitalar é "aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares".^{5:2} Elas refletem complicações relacionadas à assistência à saúde e são uma das principais causas de morbidade e mortalidade hospitalar, aumentando o tempo de internação dos pacientes, com isso, elevando os custos hospitalares e reduzindo a rotatividade dos leitos.⁶

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO), a HM salva milhões de vidas todos os anos quando realizada nos momentos certos nos cuidados de saúde. Enquanto nos 34 países da Organização e Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e do Espaço Econômico Europeu (EEE), o investimento de 1 dólar na melhoria da HM em ambientes de cuidados de saúde gera cerca de 24,6 dólares em retornos econômicos, que englobam despesas em saúde, ganhos de produtividade e economia em geral.⁷

Alguns estudos têm demonstrado que a implementação de programas bem estruturados de prevenção de controle de infecções é uma forma custo-efetiva para reduzir as IRAS e a resistência microbiana.⁸ Segundo a WHO, as IRAS estão entre os eventos adversos mais frequentes que ocorrem no contexto da prestação de serviços em ambientes de saúde – 136 milhões de casos de infecções resistentes a antibióticos associadas aos cuidados de saúde acontecem em todo o mundo todos os anos.⁷

A base para a prevenção e o controle de infecções é construída sobre uma série de precauções simples, bem estabelecidas e comprovadamente eficazes e amplamente valorizadas. As "Precauções Padrão" abrangem os princípios básicos de prevenção e controle de infecções, cujas medidas devem ser aplicadas a todos os pacientes (independentemente do seu diagnóstico infeccioso ou fator de risco), em todos os serviços de saúde, reduzindo o risco dos pacientes e profissionais de saúde adquirir infecção. A higiene das mãos é o item principal das Precauções Padrão e é a medida mais eficaz de prevenir e controlar as infecções. Além disso, a sua importância é enfatizada no "pacote"/*bundles* de prevenção ou nas abordagens multimodais de melhoria da qualidade mais recentes para a prevenção das infecções, tais como:

infecções da corrente sanguínea, do trato urinário, de sítio cirúrgico e pneumonia associada à ventilação mecânica.⁸

Nossa pele é colonizada por diversos fungos e bactérias e nela encontramos as chamadas microbiotas transitória e residente, sendo que a primeira coloniza a camada superficial da pele e tem curto período de vida, podendo ser removida pela HM com água e sabão ou fricção mecânica com álcool em gel 70%. Essa é facilmente adquirida pelos profissionais durante o contato direto com o paciente ou com o ambiente e superfícies próximas. Já, a microbiota residente está relacionada às camadas mais profundas da pele e é menos provável que a sua contaminação se dê por contato.¹

Logo, para prevenir a transmissão de microrganismos pelas mãos precisa três elementos essenciais: agente tópico com eficácia antimicrobiana – inclui-se aqui água e sabão ou álcool -, procedimento adequado para utilizá-lo (técnica e tempo) e adesão regular no seu uso (momentos indicados). Assim, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁹ preconiza os cinco momentos da higiene de mãos, a saber: 1- Imediatamente antes do contato com o paciente; 2- Imediatamente antes de procedimento asséptico; 3- Após exposição a fluidos; 4- Após o contato com o paciente; 5- Após o contato com áreas próximas do paciente. Além disso, outro manual¹ explicativo sobre a forma correta de higienizar as mãos demonstra o passo a passo do processo e as indicações. Um estudo demonstrou a importância da HM na redução das IRAS e relata a baixa adesão dos profissionais, estimando-a ocorrer em torno de 15-50% das situações preconizadas, sendo negligenciada, mesmo em condições favoráveis para sua execução.²

Nesse contexto, o setor responsável por cuidar desse processo dentro do ambiente hospitalar é chamado de Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) que, implementado de acordo com as normas da vigilância sanitária, desenvolve métodos e estratégias para promover a adesão às práticas de HM, objetivando prevenir ou reduzir a incidência ou a gravidade das infecções hospitalares.¹⁰

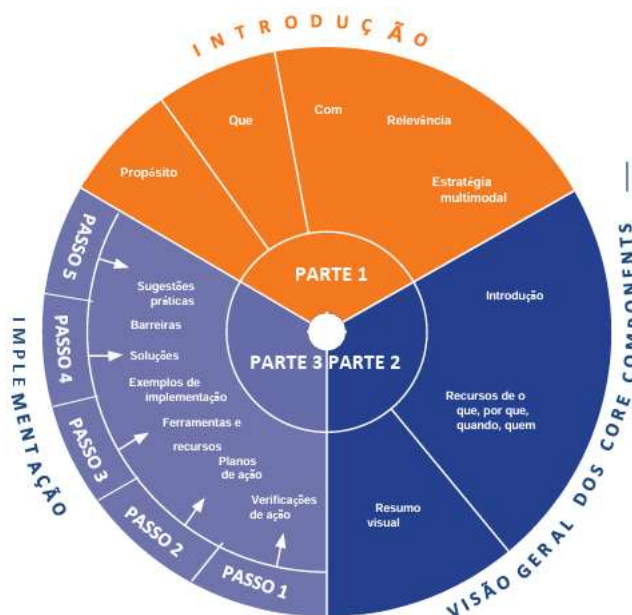
A prevenção e o controle IRAS ainda é um grande desafio na área da saúde atualmente, visto que os métodos barreiras de contaminação começaram a ser pensados em meados de 1846 com a simples medida de HM.¹

Um inquérito nacional, realizado pelo MS, revelou que o Brasil apresenta quase o dobro de casos de infecção hospitalar em comparação aos outros países estudados, demonstrando que existe negligência quanto a essa problemática.⁵ Os últimos

escritos esboçam que ainda encontramos diversos entraves como falta de informações e atualização básica sobre maneiras e técnicas de prevenção de infecção cruzada, inexistência de vigilância epidemiológica, falha no sistema de notificação, entre outros, dificultados pelas mais diversas causas como a falta de tempo advinda do acúmulo de funções da enfermagem, falta de apoio administrativo ou falta de treinamento específico, por exemplo.¹¹

Anualmente, a ANVISA, a OMS, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), entre outras, buscam se atualizar sobre os avanços e os melhoramentos a respeito do tema de higiene das mãos. Dessa forma, no ano de 2023 foi disponibilizado a tradução do manual prático: Aprimorar a prevenção e o controle de infecção nos serviços de saúde: Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações da OMS sobre os componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção. Tal manual tem por objetivo auxiliar os serviços de saúde a conseguirem a implementação efetiva de seus programas de prevenção e controle de infecção (PCI) de acordo com as orientações sobre os componentes essenciais 1 (1.Programas de PCI, 2.Orientações baseadas em evidências, 3.Educação e Treinamento, 4.Vigilância de infecções relacionadas à assistência à saúde – IRAS, 5.Estratégias multimodais, 6.Monitoramento e auditoria das práticas de PCI e feedback, 7.Carga de trabalho, recursos humanos e ocupação de leitos, 8.Infraestrutura, materiais e equipamentos para PCI) dos programas de PCI da OMS para melhorar a qualidade e segurança da prestação de serviços de saúde. A visão geral do manual pode ser encontrada na ilustração abaixo (Figura 1).¹²

Figura 1 - Resumo do esboço do manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações da OMS sobre os componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção.



Fonte: Organização Mundial da Saúde¹²; 2018

Por fim, a OMS lançou para o ano de 2024 a campanha referente a HM que tem como tema promover o conhecimento e o desenvolvimento de capacidades dos profissionais de saúde e de cuidados através de formação e educação inovadoras e impactantes, sobre prevenção e controle de infecções, incluindo higiene das mãos. A campanha de 2024 tem como slogan: **“Por que é que partilhar conhecimento sobre a higiene das mãos ainda é tão importante? Porque ajuda a impedir a propagação de germes nocivos nos cuidados de saúde.”**⁷

Dentre os objetivos traçados para esse ano pode-se destacar dois deles que se comunicam com a referida intervenção educativa: 1) reforçar as abordagens de aprendizagem para permitir a implementação de formação inovadora e eficaz para capacitar os profissionais de saúde e de cuidados a melhorar a higiene das mãos e a PCI no local de prestação de cuidados com conhecimentos, competências e comportamentos melhorados e 2) aumentar a conscientização sobre a importância do conhecimento e do aprendizado sobre a higiene das mãos nos momentos certos para prevenir uma série de doenças infecciosas.⁷

Diante do exposto, fica evidente que partilhar conhecimentos sobre HM e PCI ainda é muito importante e relevante porque é, em última análise, uma forma muito eficaz de impedir a propagação de germes nocivos nos cuidados de saúde.⁷

1.1 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema se dá devido a sua importância nos ambientes de assistência à saúde. Uma ação tão simples, a de higienizar as mãos, é esquecida pelos profissionais da saúde, podendo causar grandes transtornos para os pacientes e para a instituição hospitalar, além de onerar financeiramente o Sistema Único de Saúde (SUS).

A não HM ou, ainda, a higienização de forma incorreta, pode resultar em transmissão cruzada entre pacientes, contrariando a segurança do paciente e expondo-o a infecções. Nas instituições brasileiras, estima-se que 3% a 15% dos pacientes internados adquiram alguma infecção durante a assistência à saúde e que destes, 5% a 12% vão a óbito em consequência da mesma.¹³

Ainda, no ambiente hospitalar, a maioria das bactérias que causam IRAS são resistentes a pelo menos um dos antimicrobianos utilizados para o tratamento de pacientes. A exposição excessiva, desnecessária ou equivocada ao uso de antimicrobianos favorece o desenvolvimento de mecanismos de resistência das bactérias, seja pela alteração do seu material genético, seja por indução de mutação cromossômica ou aquisição de material genético de resistência, que podem ser transferidos entre gêneros ou espécies diferentes de bactérias. Todavia, além dos mecanismos genéticos de resistência bacteriana, deve-se considerar que as bactérias resistentes também são disseminadas pelas mãos de profissionais de saúde, por meio do contato direto com pacientes colonizados ou infectados; e ambiente ou superfícies próximas ao paciente. Assim, é necessário que medidas relativamente simples sejam implementadas a fim de contribuir para prevenir a disseminação e a emergência de microrganismos resistentes, três diretrizes são essenciais e fortemente recomendadas pelos protocolos nacionais e internacionais: a higienização das mãos, o uso racional de antimicrobianos e a adesão às medidas de precaução padrão e de contato pelos profissionais de saúde.¹⁴

Dessa forma, a intervenção educativa é uma maneira de auxiliar o profissional da saúde durante a prática da sua atividade laboral, melhorando o seu entendimento

e o seu olhar sobre a HM para tornar mais fácil a identificação dos cinco momentos na prática diária.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar e avaliar uma intervenção educativa sobre adesão à higienização das mãos dos profissionais de saúde que atuam em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital de trauma de Porto Alegre.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil da equipe de profissionais da saúde que atuam nos ambientes da UTI.
- Contribuir para o aumento da taxa de adesão de higiene de mãos nas unidades de estudo.
- Diminuir a incidência de infecções nos pacientes internados nas unidades.
- Reduzir a incidência de germes multirresistentes em pacientes internados nas unidades de estudo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão abordados o referencial teórico que subsidia esta pesquisa.

3.1 INFECÇÃO HOSPITALAR

No século XIX, era comum as mulheres internarem nos hospitais para o nascimento dos filhos e morrerem após o parto devido a infecções generalizadas. Isso acontecia porque, naquela época, não existiam conhecimentos sobre a transmissão cruzada de patógenos, nem sobre esterilização de materiais. Além disso, os pacientes ficavam aglomerados em camas coletivas sem distanciamento, sendo atendidos por médicos que não higienizam as mãos e compartilhavam seus instrumentos de trabalho sem a devida limpeza.¹

Esse cenário só recebeu a devida atenção em meados de 1818-1865, quando Ignaz Semmelweis introduziu a lavagem de mãos com solução clorada após as necropsias e antes de atendimento a partos. Ele observou uma drástica diminuição das taxas de infecção puerperais.¹

Após essas observações e a mudança no sistema foi possível ver que a mortalidade no pós-parto diminuiu abruptamente, e a data da medida implementada por Semmelweis, 15 de maio, foi instituída como o Dia Nacional do Controle das Infecções Hospitalares.¹⁵

Mais tarde, com o intuito de consolidar o cenário da segurança na assistência, a OMS e a *Joint Commission International* (JCI) criaram as metas internacionais de segurança do paciente para promover melhorias específicas em algumas áreas do cuidado e propiciar uma assistência mais segura. Dentre elas, encontramos a necessidade de higienizar as mãos para prevenção das IRAS.¹⁵

As IRAS acometem milhões de pessoas em todo o mundo e são um grande risco para a segurança do paciente devido aos altos índices de mortalidade e à elevação de custos às instituições e aos sistemas de saúde.¹⁵

A transmissão de patógenos, aliado aos cuidados de saúde de um paciente para outro por meio das mãos dos profissionais de saúde demanda cinco etapas sequenciais:¹⁶

- 1) os organismos que estão presentes na pele do paciente contaminaram objetos inanimados imediatamente próximos;
- 2) os organismos são transferidos para as mãos dos profissionais de saúde por meio do contato com o paciente – transmissão cruzada;
- 3) os organismos sobrevivem por algum tempo nas mãos dos profissionais de saúde, aumentando a contaminação bacteriana durante o contato com o paciente ou outro paciente;
- 4) a lavagem ou a antissepsia das mãos pelo profissional de saúde foi inadequada ou não foi realizada, ou o agente utilizado é inadequado;
- 5) a mão ou mãos contaminadas do cuidador devem entrar em contato direto com outro paciente ou com um objeto inanimado que entrará em contato direto com o paciente.

Um estudo verificou a contaminação das mãos dos profissionais de saúde antes e após: o contato direto com o paciente, os cuidados com os cateteres, os cuidados do trato respiratório, envolvendo manipulação de secreções do paciente. O resultado demonstrou que o contato direto e os cuidados com o trato respiratório são os mais predispostos a contaminarem os cuidadores. Nesse estudo, é importante destacar que o tempo de atendimento prestado esteve relacionado com a intensidade da contaminação bacteriana das mãos dos profissionais de saúde.¹⁷

Outro estudo produzido no Brasil analisou as categorias dos profissionais individualmente, quanto a higienização ou não higienização das mãos e teve como resultado que os enfermeiros são os que mais se preocupam com a técnica correta de HM antes (43,5%) e após (56,5%) o contato com o paciente. A categoria médica é a que menos realiza a HM conforme a técnica, após o contato com o paciente (33,3%). Os técnicos de enfermagem realizaram corretamente a HM, 15,6% das vezes antes do contato com o paciente e 39% das vezes após o contato com o paciente.¹⁸

É relevante destacar que a maior parte dos estudos e pesquisas apontam a equipe de enfermagem como a que apresenta o maior número de oportunidades observadas, sendo, portanto, o carro chefe nas observações diretas; entretanto, isso se deve ao fato de que essa equipe permanece em contato direto com os pacientes e seus ambientes a maior parte do tempo durante o turno de trabalho, principalmente em UTI, local em que o paciente agudo ou crítico apresenta diversos procedimentos invasivos, requerendo atendimento ininterrupto, enquanto que os fisioterapeutas, por exemplo, tem um contato momentâneo durante o atendimento, tal situação se estende

igualmente à classe médica. A pesquisa relata que o nível de contaminação das mãos reflete o tipo e a intensidade de contato que o profissional de saúde tem com o paciente.¹⁹

Outro assunto que está diretamente ligado à não HM é o uso de celulares pelos profissionais da saúde, visto que a disseminação desse uso tem se tornado frequente nos ambientes hospitalares, uma vez que eles estão se tornando parte da rotina de trabalho das pessoas por apresentarem maior facilidade de acesso a aplicativos que auxiliam na prática profissional, agilizando o acesso às informações de qualidade e com evidências científicas, além, é claro, da utilização do aparelho celular para uso pessoal.²⁰

Entretanto, eles devem ser usados com atenção sendo realizado sempre a desinfecção do aparelho e a higienização das mãos nos momentos recomendados, pois por ter uma superfície de contato direto entre as mãos dos profissionais e outros objetos, o celular é o responsável por transmitir germes multirresistentes (GMR), causando infecções dentro dos ambientes hospitalares. O risco de transmissibilidade de patógenos entre celulares e pessoas leva em conta fatores como o tipo de germe e a quantidade deles presente nas mãos ou nas superfícies, o tamanho da área de contato do aparelho, bem como quantas vezes ela é tocada, condições do paciente, aspectos fisiológicos, cuidados e tratamentos dispensados ao paciente. Assim, o uso do celular em ambientes hospitalares deve ser mínimo e quando ocorrer é necessário ter atenção redobrada quanto a desinfecção do aparelho, bem como a correta higienização das mãos para que a assistência hospitalar não gere danos ao paciente.²⁰

Após a leitura de diversos materiais, fica entendido que a conflituosa relação dos GMR com as infecções hospitalares não nos deixam boas expectativas para o futuro. Inclusive, não é raro encontrarmos estudos que apontam que em um futuro não muito distante, a resistência bacteriana poderá ser considerada uma epidemia com graves consequências. A partir de 2050, a resistência bacteriana tornar-se-á responsável pela morte de aproximadamente dez milhões de pessoas a cada ano, superando mortes por câncer e outras doenças. Diante desse cenário, percebemos que o futuro da humanidade está nas nossas mãos, como profissionais da saúde, e que com um simples ato, desde que adequado e correto, de higienização das mãos podemos fazer a diferença na vida dos pacientes, garantindo uma assistência limpa, segura e sem danos.^{14,19}

3.2 HIGIENE DAS MÃOS

Durante o processo da HM nos deparamos com algumas barreiras que travam as boas práticas e elas incluem: irritação e ressecamento da pele causadas por agentes antimicrobianos, suprimentos de difícil acesso, interferência nas relações com o paciente, necessidade do paciente constatada como prioridade, uso de luvas, esquecimento, desconhecimentos das diretrizes, falta de reconhecimento das oportunidades de HM durante o atendimento ao paciente, alta carga de trabalho aliada à falta de pessoal, pouca conscientização sobre o risco de transmissão cruzada e carência de informações científicas revelando que a melhoria da HM impacta diretamente nas taxas de IRAS.¹⁶

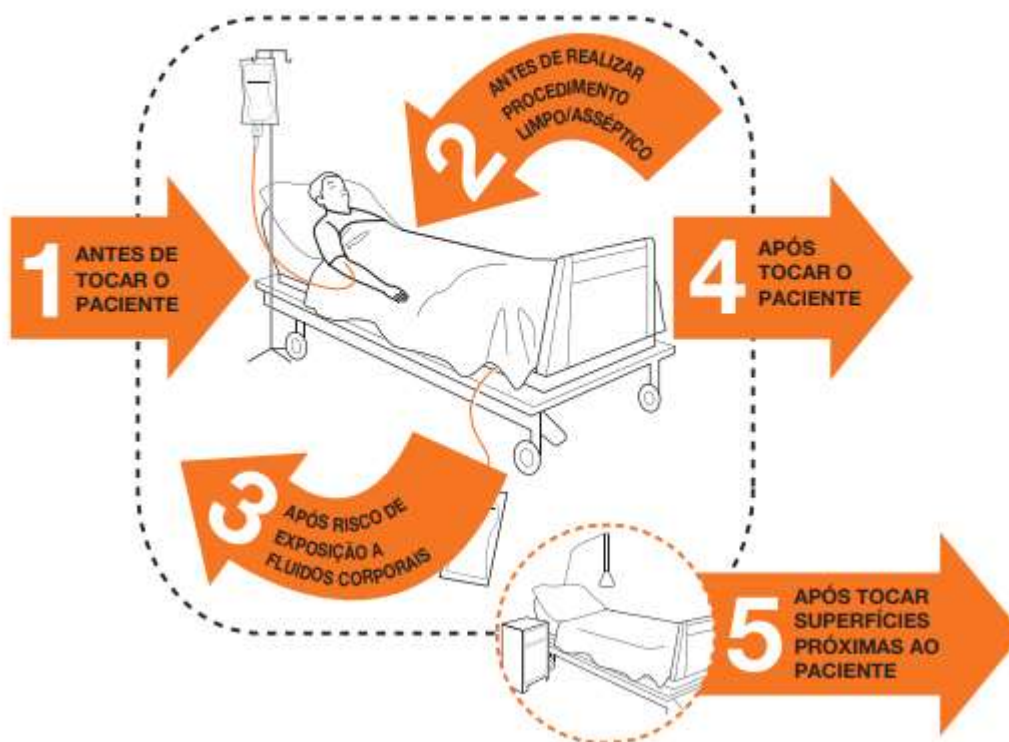
O termo “Meus cinco momentos para a higiene de mãos” - a saber:^{1,21}

- 1) Imediatamente antes de tocar o paciente;
- 2) Imediatamente antes da realização de procedimento limpo/asséptico;
- 3) Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções;
- 4) Após tocar o paciente; e
- 5) Após tocar superfícies próximas ao paciente.

Como se observar na Figura 2, foi criado no contexto da Campanha Nacional Suíça de Higiene de Mãos e foi integrado na Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos da OMS, sendo que esse conceito passou a ser usado por centenas de hospitais em todo o mundo.

Figura 2 - Meus cinco momentos para a Higiene das Mãos

Meus 5 Momentos para a Higiene das mãos



Fonte: World Health Organization et al., 2009.²²

Além disso, utilizar o número cinco como os (5) dedos da mão foi uma estratégia de marketing que tinha por objetivo torná-lo de fácil memorização e fixá-lo na mente para que possa ser propagado, auxiliando a disseminação da mensagem de higiene de mãos. Os cinco momentos objetiva:¹⁶

1) promover a avaliação de resultados positivos, incluindo ações específicas de higiene das mãos a resultados infecciosos específicos em pacientes e profissionais de saúde (crenças de resultados positivos); e

2) aumentar o senso de autoeficácia, dando bons conselhos aos profissionais de saúde sobre como integrar a higiene das mãos na complexa tarefa de cuidar (crenças de controle positivo).

No Quadro 1, a OMS²² aborda os cinco momentos de HM.

Quadro 1 - “Meus cinco momentos para higiene das mãos”: explicações para recomendações baseadas em evidências

Momento	Pontos finais da transmissão manual	Efeito negativo evitado	Exemplos de situações de cuidado quando o momento ocorre	Recomendação da OMS (ranking de evidência científica*)	Comentários: mudanças desde o rascunho avançado dessas diretrizes
1. Antes de tocar em um paciente	Superfície doadora: qualquer superfície na área de saúde. Superfície receptora: qualquer superfície na zona do paciente.	Colonização de pacientes com microrganismos de saúde; excepcionalmente, infecção exógena.	Apertar as mãos, ajudar um paciente a se movimentar, lavar-se, medir pulso, pressão arterial, ausculta torácica, palpação abdominal.	Antes e depois de tocar no paciente (IB*)	Os dois momentos antes e depois de tocar um paciente foram separados devido à sua ocorrência sequencial específica na rotina de cuidados, resultado negativo desigual em caso de falha na adesão e nível de adesão habitual.
2. Antes do procedimento limpo/asséptico	Superfície doadora: qualquer outra superfície. Superfície receptora: local crítico com risco infeccioso para o paciente ou local crítico com risco	Infecção endógena paciente; infecção excepcionalmente exógena.	Cuidados bucais/dentários, aspiração de secreções, cuidados com lesões cutâneas, curativos, injeção subcutânea; inserção de cateter, abrindo um sistema de	Antes de manusear o dispositivo invasivo para assistência ao paciente, independentemente do uso ou não de luvas (IB*). Se passar de um local corporal contaminado	Este conceito foi ampliado para cobrir toda a transferência de microrganismos para locais vulneráveis do corpo, resultando potencialmente em infecção. Como não é possível determinar

Continua

Continuação

	infeccioso combinado.		acesso vascular; preparação de alimentos, medicamentos, curativos.	para um local limpo durante o atendimento ao paciente (IB*).	objetivamente esses locais do corpo, essa indicação não foi mantida como um item separado, mas coberta por momentos dentro da zona do paciente.
3. Após risco de exposição a fluidos corporais	Superfície Doadora: local crítico com risco de exposição a fluidos corporais ou local crítico com risco infeccioso combinado. Superfície Receptora: qualquer outra superfície.	Infeção hospitalar.	Cuidados bucais/dentários, aspiração de secreções; tratamento de lesões cutâneas, curativo de feridas, injeção subcutânea; coleta e manipulação de qualquer amostra de fluido, abertura do sistema de drenagem, inserção e remoção do tubo endotraqueal; limpar urinas, rostos, vômitos; manuseio de	Depois de retirar as luvas (IB*).	Após exposição a fluidos corporais, o risco abrange esta recomendação.
				Após contato com fluidos corporais ou excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou curativos (IA*).	Esse risco foi generalizado para incluir todas as tarefas que podem potencialmente resultar em exposição das mãos a fluidos corporais. Um paradoxo da exposição a fluidos corporais foi resolvido ao incluir a noção de risco de exposição em vez de exposição real.
				Se passar de um local corporal contaminado para um local limpo durante o atendimento ao paciente (IB*).	Ver comentário 2 no Momento 2 (antes do procedimento)

Continua

Continuação

			resíduos (bandagens, guardanapos, absorventes para incontinência); limpeza de materiais ou áreas contaminadas e visivelmente sujas (lavatórios, instrumentos médicos).		limpo/asséptico).
4. Depois de tocar em um paciente	Superfície doadora: qualquer superfície na zona do paciente em contato com o paciente. Superfície receptora: qualquer superfície na área de saúde.	Colonização de superfície; contaminação ambiental.	Apertar as mãos, ajudar o paciente a se movimentar, lavar-se, medir o pulso, medir a pressão arterial, ausculta torácica, palpação abdominal.	Antes e depois de tocar no paciente (IB*).	Ver comentário no Momento 1 (antes de tocar no paciente).

Continua

Conclusão

5. Depois de tocar nos arredores do paciente	Superfície doadora: qualquer superfície na zona do paciente sem tocar o paciente. Superfície receptora: qualquer superfície na área de saúde.	Colonização cruzada; contaminação ambiental.	Trocar a roupa de cama, ajustar a velocidade de perfusão, monitorar o alarme, segurar a grade da cama, limpar a mesa de cabeceira.	Após contato com objetos inanimados (incluindo equipamentos médicos) nas imediações do paciente (IB*).	Mantido para cobrir todas as situações em que o ambiente imediato e potencialmente contaminado do paciente é tocado, mas não o paciente.
---	---	--	--	--	--

*Sistema de classificação de evidências: categoria IA, fortemente recomendada para implementação e fortemente apoiada por estudos experimentais, clínicos ou epidemiológicos bem desenhados; categoria IB, fortemente recomendada para implementação e apoiada por alguns estudos experimentais, clínicos ou epidemiológicos e uma forte fundamentação teórica.

Fonte: Adaptado de *World Health Organization et al.*, 2009.²²

Conforme um estudo desenvolvido em hospitais de grande porte buscou identificar quais eram os momentos mais negligenciados pelos profissionais. Foram encontrados o momento após o contato com superfícies próximas do paciente e após a exposição a fluidos corporais. Ainda, a referida pesquisa avaliou as oportunidades de higienização das mãos, constatando que as de menor adesão foram antes do contato com o paciente e antes de procedimentos assépticos.¹⁴

Tal panorama deixa claro que o desconhecimento dos momentos de higienização das mãos impacta nas oportunidades de adesão na prática clínica, visto que, no presente estudo, os profissionais não reconheceram os momentos relevantes para o risco de transmissão de bactérias resistentes a antibióticos. Dessa forma, esses achados demonstram que o conhecimento sobre os cinco momentos é um grande desafio, mesmo que alguns profissionais já reconheçam a higienização das mãos como essencial para o controle de infecções.¹⁴

No ano de 2020, a HM recebeu um enfoque ainda maior, devido à pandemia do Coronavírus, também chamada de *Coronavirus disease* (COVID-19) e de *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-COV-2). Após a OMS declarar a pandemia, ela também divulgou as medidas de prevenção e de combate sendo que uma delas é a higienização das mãos, a qual é considerada simples e de baixo custo, porém com ótimos resultados frente a prevenção e controle de infecções.²³

Por outro lado, uma das barreiras encontrada na higiene de mãos é o uso de luvas que, na maioria das vezes, ocorre de forma errônea e exagerada. Elas fazem parte dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e, portanto, da precaução padrão, garantindo a redução do contato direto das mãos dos profissionais com tecidos, lesões ou mucosas não saudáveis dos pacientes, por exemplo, durante procedimentos como punção venosa, desprezo de diurese, aspiração de vias aéreas, entre outros.²⁴

No entanto, o uso indiscriminado de luvas, bem como o uso desnecessário de luvas estéreis, além de gerar custos ao serviço de saúde, aumenta o risco de infecção cruzada entre os pacientes, uma vez que esta situação tende a ser combinada com baixa adesão ao HM. Portanto, é necessário ressaltar que o uso de luvas não altera a necessidade de utilização dos cinco momentos de

higienização, ou seja, o uso de luvas não substitui a higienização das mãos em nenhum dos momentos necessários.²⁴

Por fim, a ausência de HM e o uso inadequado de luvas estão relacionadas à disseminação de microrganismos e, conseqüentemente, às IRAS, bem como a resistência microbiana. Desse modo, a OMS destaca que a troca de luvas é necessária sempre que se movimentar com diferentes cargas microbianas, ao atender o mesmo paciente e ao cuidar de pacientes diferentes, a fim de evitar a transmissão de microrganismos entre diferentes locais de um mesmo paciente, entre pacientes diferentes e de paciente para paciente, superfícies e equipamentos. É necessário, ainda, que a HM seja realizada antes e depois de cada troca de luvas.²⁴

3.3 USO DO ÁLCOOL GEL

A HM necessita ser parte das campanhas educativas, a fim de fortalecer os conceitos da periodicidade e da técnica. Para realizá-la pode-se utilizar produto alcoólico ou água e sabonete líquido, se as mãos estiverem com sujidade visível.²⁵

Ainda é indispensável que a técnica empregada e a duração do procedimento estejam corretos. Além disso, antes de iniciar a técnica, é imprescindível retirar adornos, como anéis, pulseiras e relógios, pois estes podem dificultar a remoção dos microrganismos ou acumulá-los nas mãos.²⁵

Estudo realizado para verificar qual a melhor eficácia entre sabonetes simples, sabonetes antimicrobianos e antissépticos para as mãos à base de álcool. Os resultados foram diversificados, uma vez que é preciso considerar que a eficácia de um antimicrobiano e de um antisséptico pode variar entre uma determinada população.²⁵

O resultado apresentado por esses ensaios demonstraram que o álcool diminuiu a contagem de bactérias nas mãos em maior extensão do que se fosse lavar as mãos com água e sabão. Outro estudo cruzou comparações sobre a eficácia microbiológica de esfregar as mãos com solução alcoólica e lavar as mãos com água e sabão. Os resultados apresentados mostraram que 15% das mãos dos profissionais haviam sido contaminadas com patógenos transitórios antes da higiene das mãos, sendo que nenhum deles foi encontrado após a

fricção com álcool, enquanto dois casos foram encontrados após a lavagem das mãos. Portanto, pode-se concluir que a maior eficácia é dada pela solução alcoólica.²⁶

Entretanto, para que o processo de higienização das mãos ocorra de forma correta é necessário que se tenha técnica adequada e quantidade do produto suficiente para cobrir toda a superfície das mãos pelo tempo recomendado. Desse modo, a utilização de preparação alcoólica para as mãos deve ser estimulada em todas as áreas do serviço de saúde, principalmente no ponto de assistência/tratamento.¹⁶

Atualmente, todos os serviços de saúde do país devem se adequar à Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC/ANVISA) nº 42/2010, que determina a disponibilidade obrigatória de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos nos pontos de assistência e tratamento, em local visível e de fácil acesso.²⁷ Essa normativa tem por objetivo facilitar a HM sem que os profissionais de saúde precisem deixar o local para isso. A WHO também recomenda soluções alcoólicas para a higienização das mãos baseada nos seguintes fatores¹⁶: vantagens intrínsecas baseadas em evidências da atividade germicida de amplo espectro e ação rápida com um risco mínimo de gerar resistência a agentes antimicrobianos; adequação para uso em áreas remotas ou com recursos limitados, com falta de acesso a pias ou outras instalações para higiene das mãos (incluindo água limpa, toalhas, etc.); capacidade de promover maior adesão à higienização das mãos, tornando o processo mais rápido e conveniente; benefício econômico pela redução dos custos anuais com a higiene das mãos, representando aproximadamente 1% dos custos extras gerados pelas IRAS; minimização dos riscos de eventos adversos devido ao aumento da segurança associada a melhor aceitabilidade e tolerância do que outros produtos.^{16,27}

Consoante a Nota Técnica nº 01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA (Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde/Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde)⁹, para que as orientações gerais para HM em serviços de saúde é preciso levar em consideração as normativas para que a escolha de produtos para higiene das mãos em serviços de saúde (fricção antisséptica das mãos) seja adequada, são elas:

- a) verificação da eficácia antimicrobiana das preparações alcoólicas – deve estar em acordo com a RDC nº 42/2010²⁷ que discorre sobre a porcentagem da concentração alcoólica; boa tolerância cutânea – a formulação precisa conter emolientes para evitar o ressecamento da pele e a irritação/ardência;
- b) averiguação do odor, da cor e consistência – sugere uma fragrância com odor suave, leve e agradável, quanto à cor deve ser incolor/transparente e quanto à consistência apresentar boa textura e viscosidade; tempo de secagem – 20 a 30 segundos;
- c) presença de desnaturante – dando um sabor amargo à solução a fim de evitar a ingestão;
- d) facilidade no uso de dispensador – a reposição do produto deve ser facilitada, ter fácil acesso, bem como grande durabilidade;
- e) custo acessível e disponibilidade no mercado local;
- f) realização de pré-qualificação ou avaliação prévia de produtos alcoólicos para as mãos – busca por informações, realizações de avaliações técnicas e funcionais, laudos de eficácia antimicrobianas e testes feitos pelos profissionais de saúde para garantir que além de eficaz, o produto seja bem aceito pelos trabalhadores da instituição.

Embora a maior parte dos estudos^{23,25} explicam a grande eficácia do uso das soluções alcoólicas para uma eficaz e correta higienização das mãos, existem situações em que só o uso do álcool não é suficiente para barrar a transmissão de patógenos causadores de infecção. Um exemplo dessa situação são as doenças associadas a *Clostridioides difficile* (*C. difficile*) – bacilo Gram-Positivo anaeróbico que produz toxinas e forma esporos, que por sua vez, sobrevivem à acidez gástrica se estabelecem e germinam no cólon, desencadeando um processo infeccioso.²⁸

Esses esporos são resistentes aos efeitos bactericidas do álcool e dos desinfetantes hospitalares mais utilizados, podendo sobreviver por até 5 meses em superfícies do ambiente, já que o álcool preserva os esporos e, inclusive, é usado em laboratório para selecionar esporos de *C. difficile* nas fezes. As mãos dos profissionais de saúde transitoriamente contaminadas com esporos de *C. difficile* são os principais meios de disseminação do microrganismo no ambiente da assistência. Assim, para evitar a contaminação é obrigatório que a lavagem

das mãos ocorra com água e sabão a fim de eliminar os esporos por completo e evitar a sua disseminação para outros pacientes.²⁸ Outro ponto importante a ser considerado é o fato de que o uso de luvas não exclui a higiene das mãos nos cinco momentos, devendo ser realizado no mínimo antes e depois do uso das mesmas, conforme a Norma Regulamentadora 32 (NR-32)²⁹ que foi atualizada pela Portaria Ministério do Trabalho e Previdência (MTP) n.º 4.219, de 20 de dezembro de 2022.²⁹ Desta maneira, quando a indicação de HM precede um contato que também exige o uso de luvas, deve-se usar solução alcoólica ou realizar a lavagem de mãos antes de calçar as luvas. Da mesma forma, após o contato, as luvas devem ser descartadas em local adequado e posteriormente o profissional deve higienizar as mãos novamente. Ainda, se a indicação de HM se aplica durante o uso da luva, ela deve ser retirada para que a higienização ocorra, ou seja, não é considerada eficaz a higienização das mãos em uso das luvas.^{28,29}

De acordo com a literatura, o uso de luvas sem HM pode ser considerado um obstáculo para a adesão de alguns profissionais, uma vez que a HM é substituída pelo uso de luvas, sendo mais negligenciado antes de procedimentos (40,9%) e após o contato com fluídos corporais (23,1%).² As luvas possuem defeitos (micro furos) que permitem a passagem de microrganismos e contaminam as mãos dos profissionais. Portanto, elas representam uma proteção para o profissional como forma de não ficar exposto a fluidos corporais e sangue, por exemplo, porém não fornecem uma proteção completa para a contaminação das mãos e, quando usadas de forma inadequada, representam desperdício de recursos não contribuindo na redução de transmissão cruzada de patógenos, além de resultar em oportunidades perdidas de higienização das mãos.³⁰ É importante ressaltar que as luvas devem ser utilizadas após a HM, nos casos de risco de contato com sangue e líquidos corporais e risco de contato com mucosas e pele não íntegra de todos os pacientes, com o intuito de reduzir a possibilidade de transmissão de microrganismos de um paciente para outro nas situações de precaução de contato.²

Para tanto é necessária educação em prevenção, formando pessoas críticas e responsáveis.

3.4A EDUCAÇÃO NA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

A educação tem papel fundamental na existência e no funcionamento da sociedade, pois ela alimenta os sujeitos com conhecimentos e experiências culturais, científicas, morais e adaptativas, tornando-os aptos a atuar em sociedade através da junção dos saberes. Por isso, ela é entendida como um fenômeno social e universal, uma vez que prepara indivíduos para participar das transformações da vida social, auxiliando no desenvolvimento das capacidades e na formação de pessoas. Na prática profissional, em especial da enfermagem, a educação existe em diferentes vertentes e situações, sendo elas: educação continuada (EC), educação permanente (EP) e educação em serviço.^{31,32}

A educação em saúde é vista como qualificadora, recicladora, desenvolvedora do pensamento crítico do profissional de saúde, favorecendo a tomada de decisões baseadas em conhecimentos e compartilhamentos de experiências, possibilitando a transformação das práticas e a organização do trabalho, facilitando o atendimento individual ou coletivo, auxiliando na qualidade da assistência em saúde.³³

Neste trabalho o enfoque é na educação continuada e permanente por se enquadrar no objeto de estudo. A educação continuada (EC) abrange as ações educativas que enfatizam o desempenho profissional tradicional, usando como ferramentas a clássica pedagogia da transmissão, os momentos educacionais limitados, centralizados e guiados conforme a demanda dos serviços, com ênfase na oferta de cursos e treinamentos. Ela pode ser caracterizada como um agrupamento de práticas educativas que são voltadas ao desenvolvimento de potencialidades, objetivando uma transformação de atitudes e comportamentos nas áreas cognitiva, afetiva e psicomotora do ser humano, visando a transformação de sua prática. Dessa forma, ela complementa e dá sequência a formação inicial do profissional, permitindo ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar as suas habilidades a fim de cumprir com as suas responsabilidades e desenvolver a competência como um atributo individual. Já a educação permanente (EP) começou a ser analisada a partir de 1984 pela OPAS, como uma nova configuração em relação à educação, resultando em uma matriz que valoriza a construção conjunta na identificação de necessidades das ações

educativas utilizando a reflexão crítica sobre a prática, a descentralização na definição das prioridades e, principalmente, convergindo para que os recursos humanos sejam protagonistas da produção da saúde, utilizando como ferramentas a pedagogia da problematização, a participação ampliada e o desenvolvimento integral do indivíduo. Em síntese, ela se caracteriza como aprendizado contínuo, tornando-se necessária para o desenvolvimento do indivíduo, auxiliando na busca da competência pessoal, profissional e social. É um compromisso pessoal a ser aprendido, conquistado com as mudanças de atitudes provenientes das experiências vivenciadas, por meio da relação com os outros, com o meio, com o trabalho, buscando a transformação pessoal, profissional e social. A EP está relacionada ao desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado, a fim de promover, além da capacitação técnica específica dos sujeitos, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes. É, portanto, uma capacidade a ser desenvolvida, uma competência, é o aprender constante em todas as relações.^{31,34}

Para que a educação seja efetiva é necessário que seja voltada ao desenvolvimento global de seus participantes e da profissão por eles exercida, buscando como meta a melhora da qualidade do serviço prestado. Enquanto o processo de EC está focado em desenvolver no profissional consciência crítica e percepção de aprendizagem, motivando a sempre buscar pelo ensino-aprendizagem na vida profissional, o processo de EP está pautado no princípio de que o homem se educa à vida inteira, atentando para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, a evolução das capacidades, motivações e aspirações e que as suas necessidades nem sempre são de caráter emergente. Segundo a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), a técnica da EC tem de ser dinâmica, ativa e permanente, buscando a melhoria da capacidade das pessoas, ou grupos, frente à evolução científico-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas da instituição. Por fim, a EC deve ser estruturada de forma a proporcionar espaços de discussão, sugerir estratégias e destinar recursos, oportunizando que os profissionais administram a tecnologia e os saberes do agora e do seu ambiente, para proporcionar o pensar e a busca de soluções criativas e eficazes para os problemas.³²

Em suma, a educação permanente é mais ampla, por fundamentar-se na formação do sujeito, enquanto a educação continuada e a em serviço estão

contidas na permanente, ou seja, um modelo de educação complementa o outro, e para uma efetiva EC, é necessário atentar não só para o desenvolvimento global de seus integrantes e da profissão, mas também desenvolver no profissional uma consciência crítica e a percepção de que ele é capaz de aprender sempre, por meio da EP, e motivá-lo a buscar, na sua vida, situações de ensino-aprendizagem.³¹

Um programa educacional busca aumentar a conscientização, construir conhecimento, relembrar questões críticas e buscar formas de enfatizá-las. Um dos pilares para a melhora da HM é a educação, por esse motivo ela é um dos componentes encontrados na Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos da OMS, que compreende um Guia de Implementação e variadas ferramentas criadas para facilitar a execução da correta higiene de mãos. Além disso, o Guia acompanha as Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos em Cuidados na Saúde, com resumo apresentado na Figura 3, que tem como objetivo final transformar o comportamento dos profissionais de saúde para melhorar a adesão à higiene das mãos nos momentos recomendados e, simultaneamente, fortalecer a segurança do paciente.²²

Figura 3 – Resumo das Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde

Ferramentas para a Mudança de Sistema	Ferramentas para Formação/Educação	Ferramentas para Avaliação e Retroalimentação	Ferramentas para Lembretes no Local de Trabalho	Ferramentas para o Clima de Segurança Institucional
Levantamento sobre a Infraestrutura das Unidades	Slides para o Coordenador de Higiene das Mãos	Manual de Referência Técnica para a Higiene das Mãos	Cartaz "Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos"	Carta Modelo para Promover a Higiene das Mãos junto aos Gerentes
Ferramenta de Planejamento e Custeio de Preparações Alcoólicas para a Higiene das Mãos	Slides para Sessões Educativas para Formadores, Observadores e Profissionais de Saúde	Ferramentas de Observação: Formulário de Observação e Formulário de Cálculo de Adesão	Cartaz "Como Friccionar as Mãos"	Carta Modelo para Comunicar Iniciativas de Higiene das Mãos aos Gerentes
Guia para a Produção Local: Formulações para Preparações Alcoólicas para a Higiene das Mãos Recomendadas pela OMS	Filmes para Capacitação na Área de Higiene das Mãos	Levantamento sobre a Infraestrutura das Unidades	Cartaz "Como Lavar as Mãos"	Orientações para o Envolvimento de Pacientes e Organizações de Pacientes nas Iniciativas de Higiene das Mãos
Levantamento sobre o Consumo de Sabonete Líquido e Preparações Alcoólicas para a Higiene das Mãos	Slides Acompanhando os Filmes de Capacitação	Levantamento sobre o Consumo de Sabonete Líquido e Preparações para a Higiene das Mãos	Folheto "Higiene das Mãos: Como e Quando"	Sustentando a Melhoria – Atividades Adicionais a Serem Consideradas pelas Unidades de Saúde
Protocolo de Avaliação da Tolerabilidade e Aceitabilidade de Preparações Alcoólicas para a Higiene das Mãos em Uso ou Previstas para serem Introduzidas: Método 1	Manual de Referência Técnica para a Higiene das Mãos	Levantamento sobre a Percepção dos Profissionais de Saúde	Protetor de Tela "SALVE VIDAS: Higienize suas Mãos"	DVD Promocional "SALVE VIDAS: Higienize suas Mãos"
Protocolo de Avaliação e Comparação da Tolerabilidade e Aceitabilidade de Várias Preparações Alcoólicas para a Higiene das Mãos: Método 2	Formulário de Observação	Levantamento sobre a Percepção dos Administradores		
	Brochura "Higiene das Mãos: Por que, Como e Quando"	Questionário de Conhecimentos sobre a Prática de Higiene das Mãos para Profissionais de Saúde		
	Folheto Informativo sobre o uso de luvas	Protocolo de Avaliação da Tolerabilidade e Aceitabilidade de Preparações Alcoólicas para a Higiene das Mãos em Uso ou Previstas para serem Introduzidas: Método 1		
	Cartaz "Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos"	Protocolo de Avaliação e Comparação da Tolerabilidade e Aceitabilidade de Várias Preparações Alcoólicas para a Higiene das Mãos: Método 2		
	Perguntas Mais Frequentes	Ferramenta de Análise de Inserção de Dados		
	Publicações Científicas Sustentando a Melhoria – Atividades Adicionais a Serem Consideradas pelas Unidades de Saúde	Instruções para Inserção e Análise de Dados		
		Quadro de Relatório de Síntese de Dados		

Fonte: World Health Organization et al., 2009.²²

A fim de alcançar esse objetivo é necessário uma estratégia eficaz de disseminação e implementação, isto é, uma estratégia multimodal que consiste em envolver diversas metodologias, como, por exemplo, treinamento por meio de aula presencial, aula prática e com simulações, discussão da prática à beira do leito, feedback de indicadores com discussão de medidas preventivas entre outras.²²

Em resumo, a estratégia de melhoria multimodal da OMS aborda cinco áreas, conforme Figura 4.¹²

Figura 4 - Cinco elementos principais para se concentrar ao melhorar a prevenção e controle de infecção



Elaborado pela autora, 2024.

Fonte: adaptado do Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações da OMS sobre os componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção (2018).¹²

Além de manter a equipe treinada e atualizada, é importante condicionar uma rotina de visitas multidisciplinares com a participação dos profissionais envolvidos diretamente na assistência aos pacientes internados na UTI, juntamente com os profissionais do SCIH. Estas visitas à beira do leito proporcionam a identificação de não conformidades dos processos assistenciais, auxiliam o gerenciamento de medidas de prevenção e facilitam o relacionamento entre os profissionais.¹⁶

Para um bom planejamento de intervenções educativas na área da saúde, além de saber que as práticas de higienização de mãos entre profissionais é primordial, é preciso compreender que o número de oportunidades varia de acordo com a unidade, por exemplo, uma UTI oferta mais momentos para HM do que uma enfermaria, uma vez que os procedimentos ocorrem mais frequentemente em pacientes críticos. Os treinamentos devem ser planejados em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), a área de treinamento ou educação continuada, e a unidade de internação, ainda, é de significativa importância para a obtenção de índices satisfatórios que se obtenha o apoio gerencial do hospital.¹⁵

Para se obter um controle de infecção eficiente, os profissionais que vão realizar a capacitação tem que buscar desenvolver novas estratégias educacionais de acordo com práticas baseadas em evidências e que se adequem às necessidades de aprendizagem do público e das instituições.¹⁵

Algumas evidências mostram que as campanhas tradicionais de HM estão defasadas. Dessa maneira, é essencial que os profissionais sejam incentivados por meio de estratégias diversificadas: lembretes, cartazes, auditorias, adesivos das técnicas corretas de HM atualizados e fixados nos locais de assistência, também podemos trazer um incentivo lúdico e leve por meio de paródias musicais, ou seja, estratégias que têm baixo custo de implementação, mas que transmitem a importância da HM na redução das IRAS.³⁵

Alguns gestores têm buscado por processos inovadores como, por exemplo, um Sistema Eletrônico de monitoramento de HM que funciona online e via wireless, no qual, um sensor infravermelho capta o momento em que o profissional de saúde utiliza sabão líquido e/ou álcool em gel. Quando o profissional se aproxima do leito do paciente uma luz na cabeceira fica verde, indicando que o profissional realizou a HM antes do contato com o paciente. Se, essa ação não for realizada, uma luz vermelha é acesa a fim de chamar a atenção para a falha cometida. Tal estratégia, proporciona um melhor feedback para a instituição sobre a realização da HM e o paciente, quando em condições, pode ser alertado quanto ao cumprimento da meta. Entretanto, vale ressaltar que essas táticas são um adendo ao processo de educação, e não o substituem, uma vez que são rápidas e não trazem a técnica e as evidências na íntegra.³⁵

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. 105 p. Acesso em 2023 abr 01. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf.
2. Farias MEL, Gonçalves JS, Jesus IS. Adesão à higiene das mãos antes e após intervenções educativas do dia mundial para higienização das mãos em um hospital universitário. REAS [Internet]. 23out.2019 [citado 12jul.2023];11(16):e1354. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1354>
3. Romero DMP, Reboredo MM, Gomes EP, Coelho CM, Paula MASD, Souza CD, et al. Effects of the implementation of a hand hygiene education program among ICU professionals: an interrupted time-series analysis. J bras pneumol. 2019;45(5):e20180152. Acesso em: 10 jul. 2023.
4. Trannin KPP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Adesão à higiene das mãos: intervenção e avaliação. Cogitare Enfermagem [Internet]. 2016;21(2). Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/640/44246-178125-1-pb.pdf>
5. Oliveira R, Maruyama SAT. Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 4º de maio de 2017 [citado 13º de junho de 2023];10(3). Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46642>.
6. Boeira ER, Souza ACS, Pereira MS, Vila VSC, Tipple AFV. Infection control and patient safety measures addressed in nursing pedagogical projects. Rev esc enferm USP [Internet]. 2019;53:e03420. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017042303420>
7. World Hand Hygiene Day 2024 [Internet]. www.who.int. Available from: <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day/world-hand-hygiene-day-2024>
8. World Health Organization. Manual de referência técnica para higiene das mãos. Para ser utilizado por profissionais de saúde, formadores e observadores de práticas de higiene das mãos. Geneva: I.World Health Organization. II.WHO Patient Safety. 2009. Acesso em: 2024 mar. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/ManualdeReferenciaTcnica.pdf>
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota Técnica 01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA. Orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, agosto 2018. Acesso em 2023 abr 02. Available from:

<https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/notatecnica-01-2018-higienizacao-das-maos.pdf/view>.

10. Ministério da Educação. SCIH - Serviço de controle de infecção hospitalar. In: GOV.BR. Brasília, 27 nov. 2020. Acesso em 2023 maio 17. Available from: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-uffj/saude/vigilancia-em-saude-e-seguranca-do-paciente/scihservico-de-controle-de-infeccao-hospitalar>.

11. Nzanga M, Panulo M, Morse T, Chidziwisano K. Adherence to Hand Hygiene among Nurses and Clinicians at Chiradzulu District Hospital, Southern Malawi. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 2;19(17):10981. doi: 10.3390/ijerph191710981.

12. Organização Mundial da Saúde. Aprimorar a prevenção e o controle de infecção nos serviços de saúde: Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações da OMS sobre os componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.10). Acesso em: 2024 mar. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/WHOHISSDS2018traducaoparaportuguesFINAL.pdf>

13. Korb JP, Jezewski G, Aozane F, Feldhaus C, Kolankiewicz ACB, Loro MM. Knowledge of Hand Hygiene in the Perspective of Nursing Professionals from an Emergency Service / Conhecimento Sobre Higienização das Mãos na Perspectiva de Profissionais de Enfermagem em um Pronto Atendimento. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)* [Internet]. 21º de janeiro de 2019 [citado 13º de junho de 2023];11(2):517-23. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6056>

14. Mello MS, Oliveira AC. Overview of the actions to combat bacterial resistance in large hospitals. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2021;29:e3407. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3952.3407>.

15. Bezerra TB, Baggio E, Valim MD, Azevedo IVR, Oliveira JLC, Marcon SR, Bortolini J. Clima de segurança e a prática de higiene das mãos: percepção de trabalhadores e gestores. *Ver enferm UFPE online*. 2021;15:e247896. DOI:<https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247896>

16. BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno 4 - Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, 2017, [s.d.]. Acesso em 2023 abr 19. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf/view>

17. Pittet D, Dharan S, Touveneau S, Sauvan V, Perneger TV. Bacterial contamination of the hands of hospital staff during routine patient care. *Arch Intern Med*. 26 de abril de 1999;159(8):821-6. doi: 10.1001/archinte.159.8.821.

Acesso em 2023 abr 26. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10219927/>.

18. Silva DS, Dourado AAG, Cerqueira CRE, Romero FH, Amaral NA, Pearce PF, et al. Hand hygiene adherence according to World Health Organization Recommendations in a Neonatal Intensive Care Unit. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2017Jul;17(3):551–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000300008>.

19. Soares MA, Rodrigues NM, Menezes MRO, Gerace DN, Duarte CM, Brandão PM, Borges LFA. Microrganismos multirresistentes nas mãos de profissionais de saúde em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Epidemiol Control Infect* [Internet]. 17º de julho de 2019 [citado 13º de junho de 2023];9(3). Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/12674>.

20. Jaime M, Ferreira Francisco A, Debom Motta L, Caregnato RCA. Uso de celulares e infecções relacionadas à assistência à saúde: revisão integrativa. *Rev SOBECC* [Internet]. 31º de outubro de 2022 [citado 13º de junho de 2023];27. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/812>.

21. Ministério da Saúde. Segundos salvam vidas – higienize as mãos! 05/5 – dia mundial da higiene das mãos. In: Biblioteca virtual da saúde. [2009]. Acesso em 2023 maio 10. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/segundos-salvamvidas-higienize-as-maos-05-5-dia-mundial-da-higiene-das-maos/>.

22. World Health Organization (WHO). Guia para implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos. [S. l.] WHO, agosto 2009. Acesso em 2023 maio 19. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/GuiaImplementaoestrategiamultimodaldemelhoriadaHM_LogosAtualizadas.pdf.

23. Santos CTS, Leite RR, Lima MERF, Santos ASL, Santos EC, Viturino MGSC, Ramalho CLS, Santana FA, Martins PDC, Neves GBC. Prática da higienização das mãos da equipe de enfermagem para evitar a contaminação cruzada pelo covid-19. *RECIMA21* [Internet]. 11º de dezembro de 2021 [citado 14º de junho de 2023];2(11):e211856. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/856>.

24. Rio C, Roseira CE, Perinoti LCSC, Figueiredo RM. The use of gloves by the nursing team in a hospital environment. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2):e20200972. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0972>

25. Derhun F, Souza V, Costa M, Hayakawa L, Inoue K, Matsuda L. Uso da preparação alcoólica para higienização das mãos. *Revista de Enfermagem UFPE on line* [Internet]. 2018 Fev 4; [Citado em 2023 Jun 13]; 12(2): 320-328. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23095>.

26. Kac G, Podglajen I, Gueneret M, Vaupré S, Bissery A, Meyer G. Microbiological evaluation of two hand hygiene procedures achieved by healthcare workers during routine patient care: a randomized study. *J Hosp Infect.* 2005 May;60(1):32-9. doi: 10.1016/j.jhin.2004.10.014. Erratum in: *J Hosp Infect.* 2006 Jan;62(1):129.

27. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução Nº42, de 25 de outubro de 2010. RDC nº42/2010. Brasília, DF: ANVISA,2010. Acesso em 2023 maio 11. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html.

28. McDonald LC, Gerding DN, Johnson S, Bakken JS, Carroll KC, Coffin SE, et al. Clinical Practice Guidelines for Clostridium difficile Infection in Adults and Children: 2017 Update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). *Clin Infect Dis.* 2018 Mar 19;66(7):e1-e48. doi: 10.1093/cid/cix1085.

29. Ministério do Trabalho (BR). NR 32:Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério do Trabalho, 2022. Acesso em 2023 maio 13. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/ctpp/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-32-atualizada-2022-2.pdf>.

30. World Health Organization (WHO). Uso de luvas folheto informativo. [S. l.] WHO, Ago, 2009. Acesso em 2023 maio 10. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/UsodeLuvasFolhetoInformativo.pdf>.

31. Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev esc enferm USP [Internet].* 2007Sep;41(3):478–84. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300019>

32. Sardinha PL, Cuzatis GL, Dutra CT, Tavares CMM, Dantas CAC, Antunes CE. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. *Enferm. glob. [Internet].* 2013 Ene [citado 2023 Jun 14] ; 12(29): 39 307-322. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100017&lng=es.

33. Ribeiro BCO, Souza RG, Silva RM. A importância da educação continuada e educação permanente em unidade de terapia intensiva – revisão de literatura. *Rev Inic Cient Ext [Internet].* 16º de agosto de 2019 [citado 13º de junho de 2023];2(3):167-75. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/253>.

34. Jorge PM, Silva CE, Caregnato, RCA. Estrutura de ações educativas para formação e atualização de recursos humanos em hospitais: revisão integrativa. *Investigação, Sociedade e Desenvolvimento*, [S. l.], 2022;11(8):e50911830994. DOI: 10.33448/rsd-v11i8.30994. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/30994>.

35. Siman AG, Dutra CCF, Amaro MOF, Cunha SGS, Santos FBO. Actions to reduce the risk of health care infections. *Saude e pesqui. (Impr.)*; 2020 julsep;13(3):485-93. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1140628>.

36. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. *Epidemiologia básica* - São Paulo, Santos. 2010. E-book. Acesso em 2023 maio 20. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5517673/mod_resource/content/1/Bonita%20-%20epidemiologia%20basica.pdf.

37. Prefeitura de Porto Alegre. Urgência e Emergência - Hospital de Pronto Socorro. Porto Alegre. Atualizado em 02/05/2022. Acesso em 2023 maio 9. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/carta-de-servicos/urgencia-e-emergencia-hospital-de-pronto-socorro>.

38. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF;2018 [citado em 11 jun.2023]. Disponível em: <https://www.ufcspa.edu.br/documentos/comites-etica/reso466.pdf>.

39. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Brasília, DF;2016 [citado em 14 mar.2021]. Disponível em: <https://www.ufcspa.edu.br/documentos/comites-etica/resolucao-conep-510.pdf>.

40. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF;2018 [citado em 14 jun 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm.

41. Salmon S, McLaws ML. Qualitative findings from focus group discussions on hand hygiene compliance among healthcare workers in Vietnam. *Am J Infect Control* 2015; 43:1086–1091. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26164768/>

42. Gould DJ, Moralejo D, Drey N, Chudleigh JH, Taljaard M. Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 9: CD005186. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6483670/>

43. Luangasanatip N, Hongsuwan M, Limmathurotsakul D, Lubell Y, Lee AS, Harbarth S, et al. Comparative efficacy of interventions to promote hand hygiene in hospital: systematic review and network meta-analysis. *BMJ* 2015; 351: h3728. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4517539/>

44. Le CD, Lehman EB, Nguyen TH, Craig TJ. Hand hygiene compliance study at a large central hospital in Vietnam. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16:607
45. Stadler RN, Tschudin-Sutter S. What is new with hand hygiene? *Curr Opin Infect Dis.* 2020 Aug;33(4):327-332. doi: 10.1097/QCO.0000000000000654.
46. Tschudin-Sutter S, Sepulcri D, Dangel M, Schuhmacher H, Widmer AF. Compliance with the World Health Organization hand hygiene technique: a prospective observational study. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2015;36(4):482–3. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/compliance-with-the-world-health-organization-hand-hygiene-technique-a-prospective-observational-study/12BB771020D36350DA8A2719A47FD197>
47. Pires D, Bellissimo-Rodrigues F, Soule H, Gayet-Ageron A, Pittet D. Revisiting the WHO “How to Handrub” hand hygiene technique: fingertips first? *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2017;38(2):230–3
48. Tartari E, Bellissimo-Rodrigues F, Pires D, Fankhauser C, Lotfinejad N, Saito H, Suchomel M, et al. Updates and future directions regarding hand hygiene in the healthcare setting: insights from the 3rd ICPIIC alcohol-based handrub (ABHR) task force. *Antimicrob Resist Infect Control.* 2024 Feb 29;13(1):26. doi: 10.1186/s13756-024-01374-9.
49. Baloh J, Thom KA, Perencevich E, Rock C, Robinson G, Ward M, et al. Hand hygiene before donning nonsterile gloves: healthcare workers’ beliefs and practices. *Am J Infect Control* 2019; 47:492–497
50. Vikke HS, Vittinghus S, Giebner M, Kolmos HJ, Smith K, Castrén M, et al. Compliance with hand hygiene in emergency medical services: an international observational study. *Emerg Med J* 2019; 36:171–175
51. Acquarulo BA, Sullivan L, Gentile AL, Boyce JM, Martinello RA. Mixed-methods analysis of glove use as a barrier to hand hygiene. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2019; 40:103–105. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/mixedmethods-analysis-of-glove-use-as-a-barrier-to-hand-hygiene/3F9D1463841938CC00AC44577391E2E0>
52. Chang NN, Reisinger HS, Schweizer ML, Jones I, Chrischilles E, Chorazy M, et al. Hand hygiene compliance at critical points of care. *Clin Infect Dis* 2020; ciaa130
53. Lotfinejad N, Peters A, Tartari E, Fankhauser-Rodriguez C, Pires D, Pittet D. Hand hygiene in health care: 20 years of ongoing advances and perspectives. *Lancet Infect Dis.* 2021 Aug;21(8):e209-e221. doi: 10.1016/S1473-3099(21)00383-2. Erratum in: *Lancet Infect Dis.* 2021 Oct;21(10):e302. doi: 10.1016/S1473-3099(21)00476-X.

54. Allegranzi B, Gayet-Ageron A, Damani N, Bengaly L, McLaws M, Moro M, et al. Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study. *Lancet Infect Dis* 2013; 13: 843–51. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309913701634>

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE TRAUMA

Pesquisador: Karin Viegas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71388923.2.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.259.844

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMACOES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2178007., DE 13/07/2023).

Resumo:

Introdução: A higienização das mãos é uma medida importante no combate e controle de infecções hospitalares relacionadas à assistência em saúde. A sua adesão está diretamente relacionada a projetos de educação continuada, bem como conscientização dos profissionais para que se modifique a cultura de não higienização ainda prevalente. **Objetivo:** realizar e avaliar uma intervenção educativa sobre adesão à higienização das mãos dos profissionais de saúde que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de trauma de Porto Alegre. **Método:** intervenção que será desenvolvida em uma UTI de um hospital de trauma de Porto Alegre. Participarão do estudo os profissionais de saúde da UTI, incluindo a equipe de residentes (medicina, enfermagem e fisioterapia) e os estagiários que estiverem presentes no período da intervenção. Os

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245, prédio 03, sala 605

Bairro: Sarmiento **CEP:** 90.050-170

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 6.259.844

dados serão fornecidos pelo SCIH da instituição pesquisada. Será realizado análise estatística descritiva e inferencial, com a média das respostas e, dependendo do número de participantes, aplicar o teste de Wilcoxon (amostras pareadas) para comparar as médias das notas dos participantes nos momentos de avaliação (pré-coleta e pós-coleta). O presente estudo está de acordo com todos os aspectos éticos previstos nas Resoluções 466/2022 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e com todos os aspectos éticos e de proteção de dados previstas na Lei no 13.709, de 14 de Agosto de 2018 - Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Resultados esperados: Aumento da taxa de adesão de higiene de mãos, diminuição da incidência de infecções e da incidência de germes multirresistentes.

Objetivo da Pesquisa:

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMACOES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2178007., DE 13/07/2023).

Objetivo Primário:

O objetivo deste estudo é realizar e avaliar uma intervenção educativa sobre adesão à higienização das mãos dos profissionais de saúde que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de trauma de Porto Alegre.

Objetivo Secundário:

- Contribuir para o aumento da taxa de adesão de higiene de mãos na unidade de estudo;- Diminuir a incidência de infecções nos pacientes internados na unidade;- Reduzir a incidência de germes multirresistentes em pacientes internados na unidade de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMACOES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2178007., DE 13/07/2023).

Riscos:

Os riscos são considerados mínimos, podendo se sentir constrangido durante a observação ou por não saber responder alguma questão, o qual será minimizado por escuta ativa e garantia do anonimato. Qualquer dano comprovadamente desta pesquisa

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605
 Bairro: Sarmento CEP: 90.050-170
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3303-8804 E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 6.259.844

é de responsabilidade dos pesquisadores e você terá garantia de indenização.

Benefícios:

Os benefícios desta pesquisa, estão voltados para o melhoramento da assistência prestada, bem como aprendizado profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2178007., DE 13/07/2023).

Trata-se de um estudo de intervenção (Considerado estudo experimental) que tem o objetivo de mudar comportamentos ou exposição. Especificamente, o presente estudo é caracterizado por uma intervenção educativa que visa transformar o comportamento dos profissionais de saúde sobre higienização das mãos. O público envolve profissionais de saúde que atuam na assistência na unidade em que o estudo será realizado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios apresentados de forma adequada

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A relatoria sugere aprovação do projeto.

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar o(s) relatório(s) - parciais e final - da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/12, item XI.2.d.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2178007.pdf	13/07/2023 09:28:55		Aceito

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605
 Bairro: Sarmento CEP: 90.050-170
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3303-8804 E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 6.259.844

Outros	entrega_relatorio.pdf	13/07/2023 09:27:37	Karin Viegas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	13/07/2023 09:18:16	Karin Viegas	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_DE_UTILIZACAO_DE_DADOS_PMPA.pdf	13/07/2023 09:07:33	Karin Viegas	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	13/07/2023 09:03:20	Karin Viegas	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	13/07/2023 09:00:30	Karin Viegas	Aceito
Outros	FORMULARIO_DE_SUBMISSAO_DE_PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	13/07/2023 08:59:56	Karin Viegas	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_Institucional.pdf	13/07/2023 08:55:46	Karin Viegas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_final.pdf	13/07/2023 08:54:37	Karin Viegas	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	13/07/2023 08:53:54	Karin Viegas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 24 de Agosto de 2023

Assinado por:
Fernanda Bordignon Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605
 Bairro: Sarmento CEP: 90.050-170
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3303-8804 E-mail: cep@ufcspa.edu.br

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - SMSPA

 Prefeitura de Porto Alegre Secretaria Municipal de Saúde	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ SMSPA	
--	---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE TRAUMA

Pesquisador: Karin Viegas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71368923.2.3001.5338

Instituição Proponente: MUNICIPIO DE PORTO ALEGRE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.303.887

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre da aluna Daniela Giacobe sob orientação da Profa. Dra. Karin Viegas. Será executado estudo de intervenção educativa que visa transformar o comportamento dos profissionais de saúde que atuam na assistência na unidade em que o estudo será realizado. O objetivo será realizar e avaliar uma intervenção educativa sobre adesão à higienização das mãos dos profissionais de saúde que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de trauma de Porto Alegre. Participarão do estudo os profissionais de saúde da UTI, incluindo a equipe de residentes (medicina, enfermagem e fisioterapia) e os estagiários que estiverem presentes no período da intervenção.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo deste estudo é realizar e avaliar uma intervenção educativa sobre adesão à higienização das mãos dos profissionais de saúde que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de trauma de Porto Alegre.

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar			
Bairro: Centro Histórico	CEP: 90.010-040		
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE		
Telefone: (51)3289-5517	Fax: (51)3289-2453	E-mail: cep_sms@hotmail.com	



Continuação do Parecer: 6.303.887

- Contribuir para o aumento da taxa de adesão de higiene de mãos na unidade de estudo;- Diminuir a incidência de infecções nos pacientes internados na unidade;- Reduzir a incidência de germes multirresistentes em pacientes internados na unidade de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são considerados mínimos, podendo se sentir constrangido durante a observação ou por não saber responder alguma questão, o qual será minimizado por escuta ativa e garantia do anonimato. Qualquer dano comprovadamente desta pesquisa é de responsabilidade dos pesquisadores e você terá garantia de indenização.

Benefícios:

Os benefícios desta pesquisa, estão voltados para o melhoramento da assistência prestada, bem como aprendizado profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador responsável: Daniela Giacobe

Assistente de pesquisa: Karin Viegas

1.Nível da pesquisa: TCC do Curso de Enfermagem

2.Instituição: UFCS Porto Alegre

3.Curso: Enfermagem

4.Local de realização do estudo: HPS

5.Duração do estudo: 16 meses

6.TCLE: sim

7.Número de sujeitos da pesquisa: 60

8.Data prevista para conclusão do estudo: julho 2024

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto- ok

Termo de anuência institucional- assinado pelo coordenador do COMESP do HPS

Termo de compromisso de utilização de dados- ok

TCLE- não consta dados do CEP da SMS

Orçamento e cronograma- ok

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do protocolo de pesquisa e dos documentos apresentados, restou-nos algumas

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

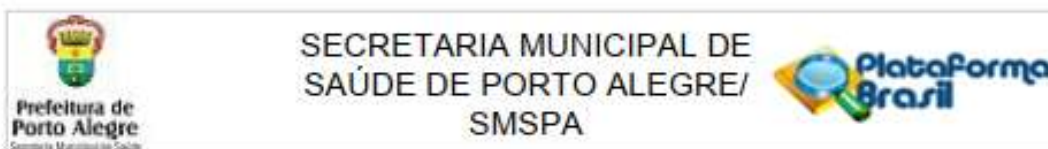
UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 6.303.887

questões que precisam ser elucidados pela equipe de pesquisa.

Pendência 1/1 - Incluir dados CEP no TCLE - No TCLE dos projetos que tramitarem por este CEP SMSPA, deverá constar: dados, bem como e-mail de contato, com uma breve explicação sobre o que é Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados do CEP SMSPA podem ser acessados em http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=913

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que as respostas às pendências aqui apresentadas sejam respondidas em um único documento informando, além dos esclarecimentos, onde foram inseridos no projeto de pesquisa (página e parágrafo). Este documento de retorno de pendência e os demais que venham a ser alterados devem ser anexados na Plataforma Brasil para que seja dada sequência na avaliação ética do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	entrega_relatorio.pdf	13/07/2023 09:27:37	Karin Viegas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	13/07/2023 09:18:18	Karin Viegas	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_DE_UTILIZACAO_DE_DADOS_PMPA.pdf	13/07/2023 09:07:33	Karin Viegas	Aceito
Outros	FORMULARIO_DE_SUBMISSAO_DE_PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	13/07/2023 08:59:56	Karin Viegas	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_Institucional.pdf	13/07/2023 08:55:46	Karin Viegas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_final.pdf	13/07/2023 08:54:37	Karin Viegas	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 6.303.887

PORTO ALEGRE, 15 de Setembro de 2023

Assinado por:
Alexandre Luis da Silva Ritter
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO EDUCATIVA

- 1- Você acredita que é capaz de reconhecer, com facilidade, os cinco momentos de HM nas oportunidades diárias da assistência hospitalar?
 - ☐ A) Sim
 - ☐ B) Não
- 2- Para você, qual o momento é mais difícil de realizar a HM?
 - ☐ A) 1- Antes do contato com o paciente.
 - ☐ B) 2- Antes da realização de procedimento limpo/asséptico.
 - ☐ C) 3- Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções.
 - ☐ D) 4- Após contato com o paciente.
 - ☐ E) 5- Após contato com superfícies próximas ao paciente
- 3- A HM com água e sabão é mais eficiente do que a realizada com preparação alcoólica?
 - ☐ A) Sim
 - ☐ B) Não
- 4- Obrigatoriamente, devo realizar a HM com água e sabão quando houver sujidade aparente nas minhas mãos?
 - ☐ A) Sim
 - ☐ B) Não
- 5- O profissional deve realizar a HM imediatamente antes de realizar a preparação e a administração dos medicamentos, evitando, assim, a infecção de corrente sanguínea?
 - ☐ A) Sim
 - ☐ B) Não
- 6- O profissional deve retirar as luvas e realizar a HM imediatamente após a exposição a fluidos corporais, mesmo que continue atendendo o mesmo paciente, evitando assim a contaminação do seu ambiente e áreas não contaminadas de seu corpo?
 - ☐ A) Sim
 - ☐ B) Não

- 7- É necessário realizar a HM imediatamente antes do contato com o paciente se você não estiver vindo de outro atendimento. Por exemplo, se retirou material em um carrinho e vai atender o paciente.
- ☐ A) Sim
 - ☐ B) Não
- 8- É necessário a HM após desligar um alarme no monitor do leito, mesmo sem ter entrado em contato com o paciente?
- ☐ A) Sim
 - ☐ B) Não
- 9- É necessário realizar a HM após mexer nas folhas de registro que se encontram na mesa de apoio do paciente?
- ☐ A) Sim
 - ☐ B) Não
- 10- Durante o atendimento ao paciente, se o profissional estiver usando luvas, basta retirá-las ou trocá-las, pois as mãos estão limpas devido a proteção dada pelo Equipamento de Proteção Individual (EPI)?
- ☐ A) Sim
 - ☐ B) Não