



**Relatório do Projeto de Implantação Nacional
da Estratégia Multimodal de Melhoria da
Higiene das Mãos em Serviços de Saúde para
a Segurança do paciente – 2024**

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
Terceira Diretoria
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Diretor-Presidente

Leandro Pinheiro Safatle

Diretores

Daniel Meirelles Fernandes Pereira

Daniela Marreco Cerqueira

Leandro Pinheiro Safatle

Marcelo Mário Matos Moreira (Substituto)

Thiago Lopes Cardoso Campos

Quinta Diretoria

Thiago Lopes Cardoso Campos

Gerente-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES

Edmilson Silva Diniz Filho

Gerente de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS/GGTES

Magda Machado de Miranda Costa

Equipe Técnica GVIMS

Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos

André Anderson Carvalho

Daniela Pina Marques Tomazini

Heiko Thereza Santana

Humberto Luiz Couto Amaral de Moura

Lilian de Souza Barros

Luciana Silva da Cruz de Oliveira

Mara Rúbia Santos Gonçalves

Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira

Uiara Cavalcante Silva

Estagiárias

Adrielly da Costa Bonifacio

Anna Beatriz Rocha de Oliveira

Laura Sousa Campos

Coordenação

Heiko Thereza Santana

Lilian de Souza Barros

Magda Machado de Miranda Costa

Elaboração

Julia Yaeko Kawagoe - Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein – São Paulo/SP

Revisão técnica externa

Rogério da Silva Lima - OPAS/OMS



Sumário

I INTRODUÇÃO	5
II METODOLOGIA.....	7
1. Seleção dos hospitais e das unidades de terapia intensiva.....	7
1.1 Critérios de inclusão.....	7
1.2 Critério de exclusão.....	9
2. Etapas do projeto	9
2.1 Etapa pré-desenvolvimento.....	9
2.2. Desenvolvimento do projeto: cinco etapas	10
3 Coordenação do Projeto e atribuições	14
3.1 Atribuições da Anvisa (GVIMS/GGTES/Dire3-ANVISA)	15
3.2 Atribuições dos parceiros no Projeto: OPAS/OMS, ABIH e CVE/SP	15
3.3 Atribuições da Secretaria de Saúde do Estado/DF.....	15
3.4 Atribuições da equipe de Coordenação Estadual/Distrital.....	15
3.5 Atribuições do serviço de saúde participante.....	16
3.6 Atribuições do Coordenador local do Projeto (serviço de saúde).....	18
III RESULTADOS	19
1. Dados gerais dos estados e hospitais participantes por região.....	19
2 Impacto nos indicadores de higiene das mãos	23
2.1 Estrutura para higiene das mãos	23
2.2 Conhecimento e tolerância/aceitação de preparação alcoólica	24
2.3 Adesão à higiene das mãos geral e por regiões.....	24
2.4 Consumo de produtos de higiene das mãos	30
3. Impacto na infecção primária da corrente sanguínea associada ao cateter central	31
IV DISCUSSÃO	32
V CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34

SIGLÁRIO

ABIH	Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecções e Epidemiologia Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CVC	Cateter Venoso Central
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DF	Distrito Federal
GGTES	Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
GVIMS	Gerência de Vigilância em Monitoramento em Serviços de Saúde
HHEA	Prêmio de Excelência em Higiene das Mãos (<i>Hand Hygiene Excellence Award</i>)
HM	Higiene das Mãos
IPCS	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
mL	Mililitro
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Preparação Alcoólica
PCI	Prevenção e Controle de Infecção
RAM	Resistência Antimicrobiana
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
UF	Unidade Federativa
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIA	Unidade de Terapia Intensiva de Adultos
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VISA	Vigilância Sanitária

1 INTRODUÇÃO

A higiene das mãos (HM) é considerada, há muito tempo, um componente essencial das medidas de prevenção e controle das infecções (PCI) em todos os serviços de saúde, sejam hospitalares ou extra-hospitalares. No entanto, a adesão dos profissionais de saúde aos protocolos de higiene das mãos tem sido um desafio constante, assim como a implementação de estratégias para aumentar a adesão à HM e prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e a resistência antimicrobiana (RAM) (CDC, 2002; WHO, 2022; Glowicz JB e cols, 2023).

Visando promover a melhoria da prática da HM, consistente e de longa duração, nos serviços de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a aplicação de uma estratégia multimodal centrada em cinco componentes (WHO, 2009), por apresentar evidências de sua efetividade na melhoria da adesão à HM dos profissionais de saúde (Allegranzi B et al., 2013) e na redução das IRAS, com consequente redução de microrganismos resistentes aos antimicrobianos, de forma sustentada e com retorno financeiro (WHO, 2021; WHO, 2025).

O núcleo da estratégia multimodal foi concebido nos Hospitais Universitários de Genebra, tendo como resultado a redução de IRAS (Pittet D e cols, 2000). Nesta experiência exitosa, a estratégia multimodal que contribuiu para o sucesso do programa incluiu monitoramento repetido e feedback sobre a conformidade com o desempenho de HM, ferramentas de comunicação e educação, lembretes constantes no ambiente de trabalho, participação ativa e feedback nos níveis individual e organizacional, apoio da gerência sênior e envolvimento de líderes institucionais. A preparação alcoólica (PA) para a antissepsia das mãos foi amplamente promovida e facilitada em toda a instituição, o que contribuiu para o aumento da conformidade. Este programa de promoção de HM demonstrou ser custo-efetivo, incluindo os custos diretos associados à intervenção e os indiretos associados ao tempo do trabalhador de saúde (Pittet, 2001).

Este modelo foi adotado pela OMS no Primeiro Desafio Global para desenvolver a Estratégia Multimodal para Melhoria da HM em Serviços de Saúde, com base nas lições aprendidas, e publicado em 2009 como uma abordagem padronizada para implementação e adaptação em nível mundial (WHO, 2009), que também teve como base a ciência da implementação e da mudança de comportamento, a metodologia de disseminação, a difusão da inovação e a avaliação de impacto (Allegranzi, Pittet 2017).

Desta forma, os programas de HM multidimensionais tornaram-se pilares nas normas de acreditação, na regulamentação governamental e nas recomendações das sociedades

profissionais e são agora reconhecidos como o padrão de cuidado, pois as estratégias individuais não resultam em mudança de comportamento sustentável (Pincock, Landers, 2015).

Nesse contexto, cumpre destacar que a avaliação e o monitoramento regulares das práticas de HM devem ser realizados conforme os padrões estabelecidos nos programas de PCI. Sua principal finalidade é contribuir para o alcance de uma mudança de sistema ou de comportamentos que melhorem as práticas e a qualidade dos cuidados de saúde, com o objetivo de minimizar os riscos de IRAS e RAM, como parte de uma abordagem multimodal. Inclui uma avaliação do grau de cumprimento dos regulamentos técnicos, dos objetivos atingidos e das atividades realizadas, conforme os requisitos e os aspectos que podem necessitar de melhoria (WHO, 2018).

Considerando que a HM é essencial para o cuidado seguro, o Programa de melhoria da adesão à HM deve integrar-se ao Programa de Prevenção e Controle de IRAS do serviço de saúde (WHO, 2016). No nível nacional, a promoção da melhoria das práticas de PCI para a vigilância de IRAS e RAM, incluindo o fortalecimento do sistema de monitoramento dos indicadores de HM, faz parte do plano estratégico nacional para vigilância de IRAS e monitoramento de indicadores de PCI, apoiando a continuidade do “Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Serviços de Saúde para a Segurança do paciente – 2024” (BRASIL, no prelo).

A iniciativa do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) visou ampliar a melhoria da HM para outros estados do país que não participaram do Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Serviços de Saúde para a Segurança do paciente nos anos 2022-2023 e também para os estados participantes do referido projeto no ano de 2024 que desejaram continuar o ciclo de melhoria da HM nos hospitais participantes ou incluir outros hospitais no projeto de melhoria da HM de 2024 .

Este projeto, conforme preconizado pela OMS e sob o enfoque das regulamentações sanitárias nacionais pertinentes à temática de HM, foi coordenado nacionalmente pela Gerência de Vigilância em Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS), da Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES), da Quinta Diretoria (DIRE5) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), sendo um trabalho colaborativo desenvolvido em parceria com as Coordenações Estaduais e Distrital de Controle de Infecção, Núcleos Estaduais e Distrital de Segurança do Paciente, Vigilâncias Sanitárias (VISAS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), CVE - Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" (CVE/SP) e a Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de

Infecções e Epidemiologia Hospitalar (ABIH).

O presente Relatório objetiva apresentar os principais resultados obtidos com a implementação das etapas pré e pós intervenção do “Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Serviços de Saúde para a Segurança do paciente – 2024” nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) participantes do projeto, com destaque para os indicadores de HM (Adesão à HM no geral, por categoria profissional, por produtos de HM, e nos cinco momentos; média do consumo de produtos de HM e média do conhecimento sobre IRAS e HM) e taxas de densidade de incidência das infecções primárias da corrente sanguínea associadas aos cateteres centrais.

II METODOLOGIA

1. Seleção dos hospitais e das unidades de terapia intensiva

Os hospitais públicos, privados ou filantrópicos com UTI foram os serviços de saúde-alvo para participar do projeto.

A adesão ao projeto foi voluntária, com implantação dos componentes da estratégia multimodal em uma UTI, de pacientes adultos (UTIAD), pediátricos – (UTIP) ou neonatais (UTIN) do hospital(ais) selecionado(s) pelo Estado/DF.

1.1. Critérios de inclusão

- Ser serviço público, privado ou filantrópico;
- Possuir ≥ 1 leito de UTI com a infraestrutura necessária para realizar higiene das mãos:
 - ✓ Possuir quantidade de lavatórios e pias na unidade e insumos para a higiene das mãos, conforme RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002). No mínimo uma pia/lavatório para cinco leitos;
 - ✓ Disponibilizar preparações alcoólicas para HM no ponto de assistência (BRASIL, 2010). No mínimo, um dispensador para dois leitos ou proporção no salão ou um dispensador por box (leito individual).
- Coletar e reportar regularmente os dados mensais das taxas de *densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) associada a Cateter Central ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)*, por meio dos FORMULÁRIOS DE NOTIFICAÇÃO DE INDICADORES NACIONAIS DAS IRAS e Resistência Microbiana (RM) - UTI (ADULTO, PEDIÁTRICA E NEONATAL – 2023), disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de->

- infeccao-e-resistencia-microbiana/notificacao-de-iras-e-rm OU notificar mensalmente os dados de IRAS e RM para o estado, por meio de sistemática definida pela UF (planilhas Excel ou sistema próprio).
- Escolher apenas uma UTI (UTIAD, UTIP ou UTIN) do hospital para a implementação das etapas do projeto.
 - Coletar e reportar regularmente os dados mensais da UTI selecionada de *Consumo de Sabonete e Preparação Alcoólica para Higiene das Mãos em Serviços de Saúde*, por meio do formulário disponível em: <https://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/925859?lang=pt-BR>
 - Dispor de recursos para impressão dos seguintes materiais educativos para HM (arquivos abertos, em alta resolução, a serem disponibilizados pela Coordenação Estadual/Distrital):
 - Cartazes (ANVISA): Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?; Como Fazer a Fricção Antisséptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?; Os 5 Momentos para a Higiene das Mãos;
 - Panfleto – Higiene das Mãos - Quando e Como fazer
 - Instrumentos de coleta de dados
 - Outros cartazes ou materiais desenvolvidos pela unidade/hospital, de orientação e/ou sensibilização sobre a importância da HM, destinados aos profissionais de saúde, aos pacientes, familiares ou acompanhantes.
 - Ter as seguintes condições essenciais para o desenvolvimento do projeto:
 - Suporte da direção do hospital e do gestor da unidade (local de realização do projeto) com participação ativa no projeto de melhoria da higiene das mãos, sendo uma prioridade de segurança do paciente, para facilitar a aplicação dos instrumentos de avaliação, na análise e retroalimentação, na implementação das intervenções como por exemplo: melhorar a estrutura de HM (trocar produtos, aumentar/disponibilizar preparação alcoólica de fácil acesso, conforme a avaliação), facilitar o desenvolvimento das capacitações/treinamentos práticos de HM das equipes multidisciplinares.
 - Diretor do hospital assinar o *Termo de Adesão do Serviço de Saúde ao Projeto*.
 - O coordenador e o vice coordenador do projeto no hospital (gestores do projeto) dispõem de tempo para elaborar o planejamento e coordenar as atividades programadas (5 etapas).
 - Haver documento institucional – manual ou, no mínimo, procedimento operacional padrão (POP) sobre HM com preparação alcoólica, água e sabonete (indicações: 5 momentos e técnica correta).

- Realizar treinamento sobre HM na admissão dos profissionais e reciclagem periódica sobre a importância da HM, a técnica correta e os 5 momentos da higiene das mãos.

1.2 Critério de exclusão

Hospital que deixar de enviar os dados solicitados do projeto no prazo estipulado, deixar de participar de uma das etapas do projeto e/ou não finalizá-lo.

2. Etapas do projeto

O projeto foi realizado de 01/12/2023 a 31/07/2024, constando de duas partes:

2.1 Etapa pré-desenvolvimento

Refere-se à fase de convite aos hospitais para participar do projeto e seleção das UTIs. Prazo para esta etapa: até 26/01/2024.

Nesta etapa foram realizadas as seguintes atividades: convite aos hospitais, aceite dos hospitais com escolha da UTI para participar do projeto e organização para desenvolver o projeto:

1. Escolha dos hospitais conforme os critérios de inclusão pela Coordenação Estadual e Distrital de Controle de Infecção Hospitalar (CECIH):
2. Os hospitais selecionados foram convidados, pelas CECIH, a participar do “Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Serviços de Saúde para a Segurança do paciente - 2024”:
 - Envio do termo assinado pelo diretor do hospital e pelos coordenadores e vice coordenador do projeto à Coordenação Estadual/Distrital;
 - Preenchimento pelo coordenador e/ou vice coordenador do projeto o cadastro no LimeSurvey com as informações da instituição participante, com as seguintes informações:
 - Identificação do serviço de saúde.
 - Nome do hospital (por extenso) e estado.
 - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
 - Natureza do hospital: privado; filantrópico ou público.
 - Número total de leitos do hospital.
 - Tipo de UTI participante (adulto, pediátrica, neonatal), número de leitos da UTI participante do projeto e número de profissionais lotados na UTI, por categoria profissional.
 - Dados dos profissionais do hospital responsáveis pelo projeto: diretor do hospital, coordenador e vice coordenador.

3. Organização para desenvolver as etapas do projeto:

- Seleção dos observadores de HM conforme os critérios estabelecidos pelo serviço de saúde. Exemplos: profissional de nível técnico ou superior; que tenha características de honestidade, integridade, comprometimento, ética (manter sigilo dos dados e dos profissionais observados), responsabilidade, proatividade e trabalho em equipe; que tenha interesse em temas de HM, segurança de pacientes e dos profissionais de saúde e melhoria da qualidade assistencial; e que tenha disponibilidade de tempo. Poderia ser da assistência ou fazer parte da CCIH.
- Formação de um Grupo Executivo do Projeto, com identificação de líderes-chave, pelo coordenador e/ou pelo vice coordenador do projeto, para o planejamento e o desenvolvimento do plano de ações do Projeto.

2.2. Desenvolvimento do projeto: cinco etapas

O projeto foi desenvolvido em cinco etapas: preparação, avaliação basal (ou pré-intervenção), intervenção de melhoria, avaliação pós-intervenção e avaliação geral, de 27/01/2024 a 31/07/2024.

A seguir, estão descritos o período, as atividades e as ferramentas empregadas em cada etapa:

2.2.1 ETAPA I – PREPARAÇÃO

Prazo estipulado para esta etapa: 30 dias (27/01 a 26/02/2024).

Esta etapa foi destinada à organização dos recursos materiais e humanos, à impressão dos instrumentos a serem utilizados na etapa II, à verificação dos arquivos em Excel para inserir os dados coletados e à definição das atividades e do cronograma no plano de ações. Além disso, realizou as seguintes atividades:

1. Comunicação sobre a implantação do Projeto na UTI às lideranças da instituição, em especial aos líderes/gerentes das unidades envolvidas, por meio do instrumento-modelo “Carta para lideranças”.
2. Organização para a observação direta da HM.

Foi realizada a capacitação sobre a observação direta da HM em duas modalidades: online para todos os participantes e presencial nos estados do Ceará, Goiás, Maranhão, Pará, Pernambuco, Rondônia e Tocantins. A organização foi realizada pelas Equipes Coordenadoras do Projeto no estado/DF, em conjunto com os coordenadores locais dos serviços de saúde, e a capacitação foi conduzida por um especialista em PCI (colaborador externo indicado pela Coordenação Nacional). A capacitação online de HM dos serviços de saúde participantes ocorreu em sessão de duração mínima de três horas, com conteúdo teórico e exercícios práticos

(vídeos da OMS). A capacitação presencial ocorreu em dois dias, com conteúdo teórico-prático e observação direta in loco em uma UTI (exceto Goiás e Tocantins onde foi realizada simulação realística)

3. Organização junto à coordenação da UTI quando e como aplicar os questionários de conhecimento e tolerância/aceitação da preparação alcoólica em uso na unidade.
4. Organização das planilhas no Excel para coletar dados mensais de consumo de sabonete, de consumo de preparação alcoólica e da taxa de densidade de incidência do IPCS-CVC.
5. Realizar a autoavaliação do Programa de Higiene das Mãos (opcional, mas recomendável para hospitais que nunca a realizaram) para diagnóstico do nível do Programa na instituição e identificação de lacunas para melhoria.

2.2.2 ETAPA II. AVALIAÇÃO INICIAL/BASAL (PRÉ-INTERVENÇÃO)

Prazo estipulado para esta etapa: 40 dias (27/02 a 07/04/2024)

Nesta etapa, os serviços de saúde realizaram a avaliação pré-intervenção utilizando os seguintes instrumentos (disponibilizados aos hospitais participantes do projeto):

1. Avaliação de estrutura para HM

O preenchimento foi em planilha de Excel (notebook, tablet ou celular), para avaliar a conformidade de:

- Estrutura para lavar as mãos: número de lavatórios/pias; número de dispensadores abastecidos com sabonete; número de dispensadores funcionantes; número de dispensadores abastecidos com papel-toalha e funcionantes; número de dispensadores de papel-toalha funcionantes; número de lavatórios/pias com cartaz em bom estado sobre técnica de Higiene das Mãos com Sabonete.

- Estrutura para fricção com preparação alcoólica: número de dispensadores de preparação alcoólica; número de dispensadores abastecidos com preparação alcoólica; número de dispensadores de preparação alcoólica funcionantes; número de dispensadores com cartaz/adesivo em bom estado - técnica de fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica.

2. Avaliação de conhecimento e avaliação de tolerância e aceitação de preparação alcoólica para a higiene das mãos

Os profissionais de saúde da UTI responderam aos instrumentos “Avaliação de conhecimento sobre IRAS e HM”, a fim de verificar o nível de conhecimento (número e a %

de respostas corretas) e “Avaliação de tolerância e aceitação de preparação alcoólica para a HM” para verificar o nível de satisfação satisfeitos com o produto em uso (número e % de satisfeitos), podendo ser em formato impresso ou enviados por e-mail (exemplos: Google Forms ou Microsoft Forms).

3. Avaliação da prática da higiene das mãos dos profissionais

A observação direta da HM foi realizada na UTI participante por observador treinado e validado, utilizando um formulário padronizado pela OMS, com cerca de 200 oportunidades, proporção semelhante entre as categorias profissionais, para obter a taxa de adesão à HM no geral, por categoria profissional e nas indicações dos 5 Momentos. Também deveriam identificar se “não realizar HM” se deve ao uso de luvas e qual a porcentagem de preparação alcoólica entre os que realizaram a ação de HM.

No caso de utilizar o aplicativo de observação direta da HM, verificar se o cálculo da adesão é por oportunidades ou apenas nos 5 momentos.

4. Indicadores de consumo de sabonete e preparação alcoólica e de infecção da corrente sanguínea associada ao CVC:

Os dados mensais (anos 2023 e 2024) do consumo de sabonete líquido e de preparação alcoólica e da Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) Associada ao Cateter Central foram preenchidos nas planilhas do Excel para obter os indicadores pré- e pós-implementação das estratégias de melhoria.

5. OPCIONAL - Preencher o instrumento “Autoavaliação do Programa de HM da OMS” no Excel. Esta avaliação é um diagnóstico do Programa de HM, identificando as oportunidades de melhoria no serviço de saúde, com base nos cinco componentes da Estratégia Multimodal da OMS.

6. Consolidação dos dados obtidos nos instrumentos.

Foi utilizado arquivo em Excel – “Consolidado dos instrumentos das ETAPAS II e IV” para inserir os dados da Etapa II dos instrumentos utilizados:

- Aba 1: Consolidado de Estrutura: Avaliações de Estrutura para a Higiene das Mãos: avaliação de pias e de preparação alcoólica.
- Aba 2: Consolidado de conhecimento e de tolerância e aceitação de PA - referente aos questionários de conhecimento (questões certas) e de avaliação da tolerância e aceitação da preparação alcoólica (satisfeitos com o produto).

- Aba 3: Consolidado de adesão à HM: referente aos dados de adesão à HM nos Cinco Momentos, por categoria profissional e, no geral, por oportunidades.
- Aba 4: ANEXO VIII-A: Consumo de sabonete em mL/paciente-dia.
- Aba 5: ANEXO VIII-B: Consumo de preparação alcoólica em mL/paciente-dia.
- Aba 6: ANEXO VIII-C: Taxa de densidade IPCS_CVC: Taxa de densidade de incidência de IPCS associada a 1000 CVC-dias.

Após o preenchimento da “Planilha EXCEL - CONSOLIDADO DOS INSTRUMENTOS das ETAPAS II e IV”, com os dados da ETAPA II, o arquivo identificado com o nome do hospital e Etapa II foi enviado para a coordenação estadual do projeto (CECIH).

2.2.3 ETAPA III – IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE MELHORIA DA PRÁTICA DA HIGIENE DAS MÃOS

Prazo estipulado para esta etapa: 50 dias (08/04 a 27/05/2024)

O serviço de saúde executou as ações de intervenção planejadas, considerando os resultados obtidos nas avaliações da etapa II.

Assim, o serviço de saúde participante deveria organizar a capacitação sobre IRAS e HM (focar nas falhas identificadas nas respostas do questionário) para os profissionais de saúde (distribuindo folders e cartazes sobre HM – como fazer HM) e melhorar a estrutura local para HM (disponibilizar preparação alcoólica à beira do leito – no ponto de assistência, disponibilizar / trocar insumos adequados para higiene das mãos, disponibilizar cartazes dos 5 momentos, das técnicas de HM com sabonete/preparação alcoólica etc.).

Foi recomendado realizar as seguintes atividades localmente:

- a. Sensibilização e alerta para a HM por meio de reflexão e discussão de casos de IRAS, discussão sobre a importância da HM, barreiras e oportunidades de melhoria e prevenção de IRAS, realização correta da técnica de HM nos 5 momentos, incluindo a distribuição de materiais;
- b. Capacitação sobre HM para os profissionais (a ser desenvolvida pelo Coordenador do Projeto no hospital), por meio de simulação e/ou atividades práticas sobre os cinco momentos da HM, técnicas para lavar as mãos e fricção com PA, e uso de luvas.
- c. Melhorar a estrutura local para HM com sabonete e/ou preparação alcoólica.

2.2.4 ETAPA IV – AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS INTERVENÇÕES DE MELHORIA

Prazo estipulado para esta etapa: 49 dias (28/05 a 16/07/2024)

Nesta etapa, foram aplicados novamente os instrumentos utilizados na etapa II, com o objetivo de comparar e analisar os resultados da etapa IV com os da etapa II e avaliar o impacto das intervenções de melhoria nos indicadores.

Foi utilizado o arquivo em Excel - Consolidado dos instrumentos ETAPAS II e IV para inserção e conferência dos dados para comparação dos resultados das Etapas II e IV, e envio do arquivo identificado com o “nome do hospital e Etapa IV” para a CECIH estadual.

2.2.5 ETAPA V – AVALIAÇÃO GERAL DO PROJETO

Prazo estipulado para esta etapa: 14 dias (17/07 a 31/07/2024)

Nesta etapa, o serviço de saúde realizou uma avaliação geral do projeto e desenvolveu um plano de ação contínuo para o(s) próximo(s) ano(s), com as seguintes atividades:

- Escrever um relatório geral com os resultados obtidos, as lições aprendidas e as melhorias a serem implementadas nos próximos anos.
- Realizar uma apresentação formal aos envolvidos para obter sugestões de melhoria a serem incorporadas ao plano de ações.
- Realizar apresentação às lideranças e à direção geral do hospital (Diretor/Administrador/gerentes do serviço de saúde) dos resultados da aplicação local da Estratégia Multimodal de HM, bem como do planejamento de ações, prioridades e metas para os próximos anos.
- Enviar o relatório à CECIH.

3 Coordenação do Projeto e atribuições

A coordenação do Projeto ocorreu nos três níveis:

- Nacional: pela GVIMS/GGTES/Anvisa, em parceria com a OPAS/OMS, CVE/SP e ABIH;
- Estado/DF – A equipe coordenadora do Projeto nos estados/DF, indicada pelo Senhor (a) Secretário (a) de Saúde, foi o Centro Gestor do Projeto no estado/DF, denominado doravante como Coordenação Estadual/Distrital;
- Serviço de saúde: O coordenador e o vice coordenador do projeto foram indicados pela direção do hospital.

3.1 Atribuições da Anvisa (GVIMS/GGTES/Dire3-ANVISA)

- Coordenar o Projeto em nível nacional.
- Disponibilizar informação técnica necessária à adesão do estado/DF ao Projeto.
- Divulgar o Projeto no portal da Anvisa e nas mídias sociais.
- Encaminhar os arquivos em alta resolução, necessários à implementação da estratégia, às equipes coordenadoras do Projeto nos estados/DF participantes (Centros Gestores do Projeto).
- Auxiliar a equipe coordenadora do Projeto nos estados/DF na execução do Projeto, disponibilizando o serviço de especialista em prevenção e controle de infecções para apoiar a execução local.
- Promover capacitações online do Estado/DF e profissionais dos hospitais participantes.
- Captar, analisar e divulgar dados agregados nacionais do Projeto.

3.2 Atribuições dos parceiros no Projeto: OPAS/OMS, ABIH e CVE/SP

- Autorizar o uso de instrumentos revisados para a coleta de dados, a serem utilizados na execução do Projeto.
- Disponibilizar contatos (por região do país) que possam ajudar na capacitação em higiene das mãos nos hospitais participantes.
- Divulgar o Projeto nas mídias sociais utilizadas pelas instâncias.
- Participar (ou indicar representante) de aberturas de eventos de capacitação online promovidos pela Coordenação Nacional sobre o tema da estratégia multimodal de melhoria da higiene das mãos, nos estados e DF, quando solicitado.
- Prestar apoio na organização dos materiais educativos da OMS (já traduzidos, diagramados e publicados pela Anvisa e pela OPAS/OMS) a serem utilizados pelos hospitais participantes na aplicação da estratégia.

3.3 Atribuições da Secretaria de Saúde do Estado/DF

- Apoiar o desenvolvimento do Projeto no nível estadual/DF.
- Divulgar os hospitais participantes do Projeto, bem como os resultados das análises de dados agregados, nas mídias sociais utilizadas pela Secretaria de Saúde do estado/DF.

3.4 Atribuições da equipe de Coordenação Estadual/Distrital

- Coordenar o Projeto em nível Estadual/Distrital.
- Enviar convite aos hospitais que atendam aos critérios para participar do Projeto (item 3.1 do

Projeto), com resposta no prazo definido.

- Selecionar hospitais para a implantação do Projeto, de acordo com os critérios de inclusão para participação.
- Receber e ter sob sua guarda, o *Termo de Compromisso*, devidamente assinado pelo diretor do hospital participante, pelo Coordenador local do Projeto e pelo Vice coordenador.
- Manter contato com Secretaria de Estado da Saúde de seu estado/DF e informar sobre o desenvolvimento do Projeto.
- Manter contato com o colaborador especialista em prevenção e controle de infecção que irá apoiar tecnicamente o Centro Gestor do Projeto na implementação e acompanhamento do Projeto nos estados/DF.
- Participar das reuniões e capacitações locais referentes ao Projeto.
- Coordenar a implementação de todas as etapas do Projeto, acompanhando, auxiliando e dirimindo dúvidas dos serviços de saúde participantes, visando à apropriada execução do Projeto.
- Encaminhar aos serviços de saúde participantes os arquivos em alta resolução (instrumentos de coleta de dados, cartazes e panfleto) necessários à implementação da estratégia, para reprodução/impressão locais.
- Encaminhar as planilhas/ferramentas, previstas no Projeto, para o Coordenador local do Projeto do serviço de saúde, para o preenchimento pelo hospital.
- Auxiliar o serviço de saúde participante na organização de eventos locais de capacitação sobre HM (observadores e profissionais de saúde).
- Avaliar a completude do preenchimento dos dados encaminhados pelos serviços de saúde e solicitar ajustes e complementações, se necessário.
- Elaborar e divulgar Relatório contendo análise dos dados dos serviços participantes no estado/DF sobre o *Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Serviços de Saúde para a Segurança do paciente - 2024*.

3.5 Atribuições do serviço de saúde participante

A adesão dos serviços de saúde ao Projeto foi voluntária, sendo garantida a confidencialidade dos dados encaminhados à equipe coordenadora do projeto, no estado/DF, pelos hospitais participantes. Os hospitais que consentiram em participar do projeto tinham as seguintes responsabilidades:

- Estar ciente da implantação do projeto e apoiar integralmente as ações propostas.
- Preencher o *Termo de adesão do Serviço de Saúde ao Projeto, com a assinatura do Diretor*

da instituição, do Coordenador e do Vice Coordenador do projeto. Além de enviar o Termo preenchido à Coordenação Estadual/Distrital, o hospital também inseriu no LimeSurvey o documento e os dados do cadastro dos serviços de saúde participantes do projeto.

- Definir um coordenador e um vice coordenador do projeto, sendo o(s) contato(s) com a Coordenação Estadual/Distrital. Preencher os dados dos coordenadores no cadastro dos serviços de saúde participantes do projeto, no Formulário LimeSurvey.
- Selecionar, em conjunto com os coordenadores do Projeto, a unidade (UTI) para implantar o Projeto no serviço de saúde – preenchendo os dados da unidade (UTI) participante no LimeSurvey.
- Definir, em conjunto com os coordenadores do Projeto, os observadores da prática da higiene das mãos.
- Estabelecer, em conjunto com os coordenadores locais do projeto, um grupo formal de HM na unidade para atuar na aplicação da estratégia multimodal de melhoria da higiene das mãos.
- Fornecer condições e recursos humanos para a coordenação, a capacitação e a execução do Projeto.
- Prover e disponibilizar todos os insumos (preparação alcoólica e sabonete líquido para higiene das mãos) durante a execução do Projeto.
- Assegurar o apoio dos gestores e da liderança da instituição para a plena execução do Projeto.
- Estimular os profissionais de saúde da unidade participante do Projeto a responder/preencher todos os instrumentos previstos (Etapa II e IV do Projeto):
 - Instrumento para avaliação de estrutura para HM e consolidação de dados na planilha de EXCEL - Consolidado dos instrumentos ETAPA II e ETAPA IV;
 - Avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde sobre HM e da tolerância e aceitação da preparação alcoólica para a higiene das mãos, e consolidação de dados na Planilha de EXCEL - Consolidado dos instrumentos ETAPA II e ETAPA IV;
 - Formulário de observação direta de HM. Consolidação na Planilha de EXCEL - Consolidado dos instrumentos ETAPA II e ETAPA IV;
 - Indicadores de Consumo de produtos de HM e de Infecção Primária da Corrente Sanguínea associada ao CVC e consolidado dos instrumentos ETAPA II e ETAPA IV;
 - Autoavaliação da OMS sobre o Programa de HM (OPCIONAL).
- Reproduzir, localmente, as impressões dos instrumentos de coleta de dados, cartazes e panfletos necessários à implementação da estratégia.

- Desenvolver um plano de comunicação para o projeto e divulgar os resultados à direção e aos profissionais do serviço de saúde.
- Cumprir os prazos definidos no Cronograma para o desenvolvimento do projeto.
- Enviar os dados locais à Coordenação Estadual/Distrital, que, por sua vez, encaminhará os dados dos serviços de saúde participantes do projeto no estado/DF à Anvisa para análise e elaboração do Relatório Nacional.

3.6 Atribuições do Coordenador local do Projeto (serviço de saúde)

- Coordenar o planejamento e a execução do Projeto na instituição, especialmente quanto às metas, objetivos e prazos.
- Submeter o Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, quando necessário.
- Manter contato com a Coordenação Estadual/Distrital e especialista em prevenção e controle de infecção para discussão da implantação local do Projeto;
- Proceder à leitura detalhada de todos os materiais técnicos (guias e ferramentas) disponibilizados pela Coordenação Nacional do Projeto e Coordenação Estadual/Distrital para a execução do Projeto.
- Participar das capacitações promovidas pela Coordenação Nacional do Projeto e Coordenação Estadual/Distrital para planejar e executar o Projeto.
- Selecionar, em conjunto com a Direção do hospital, a UTI que irá implantar o Projeto no serviço de saúde (formar um grupo local de HM e de observadores de HM);
- Enviar carta para lideranças/chefes/gerentes, informando sobre a implantação do Projeto na unidade selecionada;
- Organizar, elaborar e executar a capacitação (incluindo a validação) dos observadores de HM (formulário de observação direta) e consolidar os dados para obter as taxas de adesão geral à HM e por categoria profissional, bem como as de adesão nos 5 momentos.
- Organizar sessões de educação e treinamento para capacitar profissionais de saúde que atuam na unidade selecionada sobre o tema IRAS e HM;
- Providenciar os materiais educativos disponibilizados pela Coordenação Nacional do Projeto e pela Coordenação Estadual/Distrital a serem utilizados nas capacitações para HM.
- Distribuir e arquivar os formulários preenchidos; analisar e divulgar, localmente, a análise dos resultados obtidos na execução do projeto e da aplicação das ferramentas da estratégia multimodal de melhoria da HM.
- Apoiar a Direção no envio dos dados locais à Coordenação Estadual/Distrital, que, por sua

vez, encaminhará os dados dos serviços de saúde participantes do Projeto no estado/DF à Anvisa para análise e elaboração do Relatório Nacional.

- Elaborar e divulgar os relatórios parciais e finais do Projeto.

III RESULTADOS

Os resultados do Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Serviços de Saúde para a Segurança do paciente – 2024 serão apresentados por regiões e estados participantes do projeto.

1. Dados gerais dos estados e hospitais participantes por região

Participaram do projeto as cinco regiões do país, com 197 hospitais de 17 estados aderindo formalmente, dos quais 140 (70,6%) concluíram o projeto. Entre os hospitais que finalizaram o projeto, 74 (52,9%) eram de administração pública, 35 (25,0%) de administração privada e 31 (22,1%) sem fins lucrativos.

Das 140 unidades de terapia intensiva participantes, UTIA teve maior participação (109; 77,9%) com 1497 leitos e 7.498 profissionais, seguida de UTIN (18; 12,9%) com 194 leitos e 1202 profissionais, e UTIP (13; 9,2%) com 181 leitos e 1021 profissionais, totalizando 1.872 leitos e 9721 profissionais de saúde participantes do projeto.

Portanto, foram considerados para a análise e apresentação dos resultados neste relatório os 140 hospitais que concluíram o projeto. Participaram as cinco regiões do país e os 17 estados apresentados na Figura 1; os demais dados estão descritos nas Tabelas 1 e 2.

– **Região Norte.** Dos sete estados da Região Norte, quatro participaram do projeto (57,1%): Acre, Pará, Rondônia e Tocantins. Dos 20 hospitais que aderiram ao projeto, 11 (55,0%) finalizaram (55,0%), sendo sete (63,6%) de administração pública, três (27,3%) de administração privada e um (9,1%) sem-fins lucrativos. Dos estados, o Pará teve o maior número de hospitais participantes (7; 63,3%). O estado do Acre teve 100% dos hospitais que finalizaram o projeto entre os dois que aderiram. Participaram 11 unidades de terapia intensiva, sendo oito de adultos, duas neonatais e uma pediátrica, totalizando 147 leitos e 663 profissionais de saúde, conforme descrito na Tabela 2.

- **Região Nordeste.** Dos nove estados da Região Nordeste, oito participaram do projeto (88,9%): Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe. Dos 87 hospitais que aderiram ao projeto, 71 finalizaram (80,5%), sendo 43 (60,6%) de administração pública, 16 (22,5%) de administração privada e 12 (16,9%) sem fins

lucrativos. Participaram 71 unidades, sendo 56 UTIAD, 8 UTIN e 7 UTIP, totalizando 977 leitos e 5360 profissionais de saúde, conforme descrito na Tabela 2. Dos estados participantes, houve maior participação do Maranhão e do Piauí, com 23 e 18 hospitais, respectivamente. Os estados de Alagoas (3 hospitais) e Piauí (18 hospitais) tiveram 100% dos hospitais que aderiram ao projeto e o concluíram, conforme descrito na Tabela 1.

– **Região Centro-oeste.** Das três Unidades Federativas (UF) da Região Centro-Oeste, duas participaram do projeto (66,7%): Goiás e Mato Grosso do Sul. Dos 40 hospitais que adeririam ao projeto, 27 (67,5%) finalizaram, sendo 11 (40,7%) de administração pública, 11 (40,7%) de administração privada e cinco (18,5%) sem fins lucrativos. Participaram 27 unidades, sendo 21 UTIAD, 4 UTIN e 2 UTIP, totalizando 291 leitos e 1438 profissionais de saúde, conforme descrito na Tabela 2. Dos estados participantes, Goiás teve a maior participação, com 23 hospitais, e Mato Grosso do Sul teve 80% dos hospitais com projetos concluídos (5 aderiram ao projeto e 4 finalizaram), conforme descrito na Tabela 1.

– **Região Sudeste.** Do total de quatro estados da Região Sudeste, dois participaram (50,0%): São Paulo e Rio de Janeiro. Dos 33 hospitais que adeririam ao projeto, 15 (45,5%) finalizaram, sendo 8 (53,3%) de administração pública, 2 (13,3%) de administração privada e cinco (33,3%) sem fins lucrativos. Participaram 15 unidades: 12 UTIAD, duas UTIN e uma UTIP, totalizando 234 leitos e 1238 profissionais de saúde, conforme descrito na Tabela 2. Dos estados participantes, São Paulo teve o maior número de hospitais (13) e o Rio de Janeiro teve 66,7% dos hospitais com projetos concluídos (três aderiram e dois finalizaram), conforme descrito na Tabela 1.

– **Região Sul.** Do total de três estados da Região Sul, Santa Catarina participou (33,3%) com 17 hospitais que aderiram ao projeto e 16 (94,1%) finalizaram, sendo cinco (31,2%) de administração pública, três (18,8%) de administração privada e oito (50,0%) sem fins lucrativos. Participaram 16 unidades: 12 UTIAD, duas UTIN e duas UTIP, totalizando 223 leitos e 1022 profissionais de saúde, conforme descrito na Tabela 2.



Figura 1. Unidades Federativas que aderiram ao PROJETO DE IMPLANTAÇÃO NACIONAL DA ESTRATÉGIA MULTIMODAL DE MELHORIA DA HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE 2024.

Fonte: GVIMS/GGTES/Dire3/Anvisa, 2024.

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/higienizacao-das-maos-1/INFOGRFICOPROJETO202416.02.2024.pdf>

Tabela 1. Hospitais que aderiram ao projeto de HM e finalizaram, por estado e região do país. Brasil, 2024

Região	Estado	HOSPITAIS		
		Adesão	Final	
		Nº	Nº	%
Norte	Acre	2	2	100,0
	Pará	8	7	87,5
	Rondônia	5	1	20,0
	Tocantins	5	1	20,0
Total Norte		20	11	55,0
Nordeste	Alagoas	3	3	100,0
	Bahia	3	2	66,7
	Ceará	14	10	71,4
	Maranhão	31	23	71,0
	Pernambuco	5	4	80,0
	Piauí	18	18	100,0
	Rio Grande Norte	4	3	75,0
	Sergipe	9	8	88,9
Total Nordeste		87	71	80,5
Centro- oeste	Goiás	35	23	65,7
	Mato Grosso Sul	5	4	80,0
Total Centro-oeste		40	27	67,5
Sudeste	Rio Janeiro	3	2	66,7
	São Paulo	30	13	43,3
Total Sudeste		33	15	45,5
Sul	Santa Catarina	17	16	94,1
TOTAL		197	140	70,6

Tabela 2. Hospitais que finalizaram o projeto, por região do país, natureza jurídica, tipos de UTI, número de leitos e número de profissionais da unidade. Brasil, 2024

Região	Natureza jurídica			UTIA	UTIP	UTIN	Leitos	Profissionais
	Tipo de administração	Nº	%	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Norte	Pública	7	63,6	4	1	2	87	437
	Privada	3	27,3	3	0	0	50	169
	Sem fins-lucrativos	1	9,1	1	0	0	10	57
	Total Norte	11	100,0	8	1	2	147	663
Nordeste	Pública	43	60,6	32	5	6	562	3455
	Privada	16	22,5	14	0	2	237	1133
	Sem fins-lucrativos	12	16,9	10	2	0	178	772
	Total Nordeste	71	100,0	56	7	8	977	5360
Centro oeste	Pública	11	40,7	7	2	2	126	643
	Privada	11	40,7	10	0	1	108	459
	Sem fins-lucrativos	5	18,5	4	0	1	57	336
	Total Centro-oeste	27	100,0	21	2	4	291	1438
Sudeste	Pública	8	53,3	7	0	0	87	539
	Privada	2	13,3	2	0	1	60	197
	Sem fins-lucrativos	5	33,3	3	1	1	87	502
	Total Sudeste	15	100,0	12	1	2	234	1238
Sul	Pública	5	31,3	4	1	0	105	502
	Privada	3	18,8	2	0	1	28	143
	Sem fins-lucrativos	8	50,0	6	1	1	90	377
	Total Sul	16	100,0	12	2	2	223	1022
Todas regiões	Pública	74	52,9	54	9	10	967	5576
	Privada	35	25,0	31	0	5	483	2101
	Sem fins-lucrativos	31	22,1	24	4	3	422	2044
	TOTAL	140	100,0	109	13	18	1872	9721

2 Impacto nos indicadores de higiene das mãos

2.1 Estrutura para higiene das mãos

Houve aumento na conformidade da estrutura de pia/lavabo e de preparação alcoólica ao comparar as etapas II e IV, com aumento geral de 13,8% no número de dispensadores de preparação alcoólica, considerando todas as regiões, com maior aumento nas regiões Norte (19,2%) e Centro-Oeste (17,0%), conforme descrito na Tabela 3.

Tabela 3. Conformidade da estrutura para lavar as mãos e fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica nos hospitais participantes do projeto, por região e etapas II e IV. Brasil, 2024

Região	Etapa II		Etapa IV		Etapa II		Etapa IV	
	Nº Pias	Conformidade %	Nº Pias	Conformidade %	Nº Preparação Alcólica	Conformidade %	Nº Preparação Alcólica	Conformidade %
Norte	98	87,0	97	96,9	125	74,1	149	99,1
Nordeste	495	86,2	516	98,4	930	85,4	1071	95,9
Centro-oeste	194	88,8	198	98,0	300	80,4	351	94,6
Sudeste	90	81,7	95	96,8	302	74,0	314	89,6
Sul	83	91,6	87	96,8	178	77,9	204	92,5
TOTAL	960	86,8	993	97,9	1835	77,9	2089	94,6

2.2 Conhecimento e tolerância/aceitação de preparação alcoólica

Houve aumento do nível de conhecimento (média de questões certas em %) em todas as regiões, com taxas de acerto acima de 70%. No geral, a taxa de aceitação da preparação alcoólica em uso (média de satisfeitos %) aumentou de 65,9% para 75,6%; porém, na região Norte, o nível de satisfação com a PA ficou abaixo de 70% na etapa IV, conforme descrito na Tabela 4.

Tabela 4. Avaliação do conhecimento e da tolerância/aceitação de preparação alcoólica por região, dos hospitais participantes do projeto, etapas II e IV. Brasil, 2024

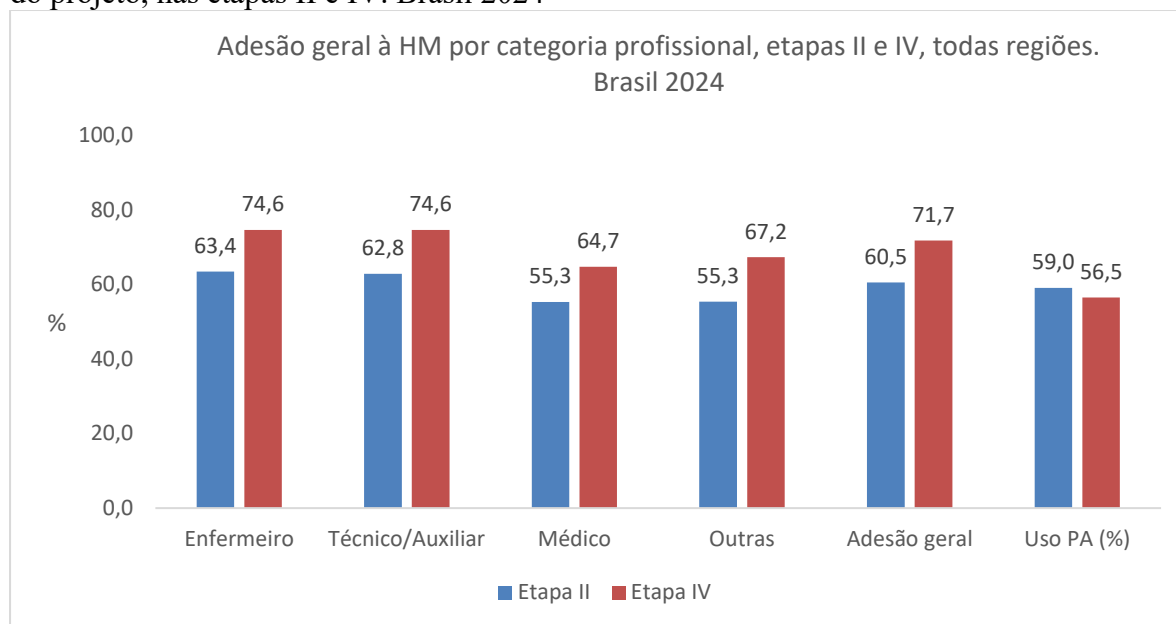
Região	Etapa	Conhecimento		Tolerância/aceitação PA	
		Nº questionários	Questões certas %	Nº questionários	Satisfeitos %
Norte	Etapa II	426	67,4	396	63,1
	Etapa IV	357	71,7	354	66,9
Nordeste	Etapa II	3211	66,4	3084	67,3
	Etapa IV	3049	75,5	2974	76,8
Centro-oeste	Etapa II	928	63,7	925	63,5
	Etapa IV	1231	73,9	930	74,7
Sudeste	Etapa II	704	68,0	689	66,9
	Etapa IV	580	74,6	577	73,8
Sul	Etapa II	532	65,3	532	62,6
	Etapa IV	818	76,2	518	76,8
TOTAL	Etapa II	5801	66,1	5626	65,9
	Etapa IV	6035	74,9	5353	75,5

2.3 Adesão à higiene das mãos geral e por regiões

- Adesão à higiene das mãos, geral por categoria profissional dos hospitais participantes

Houve aumento geral da adesão à HM, de 60,5% para 71,7%, assim como aumento em cada categoria profissional. No entanto, a taxa de adesão à HM na etapa IV foi menor, abaixo de 70%, nas categorias médica (64,7%) e outras (67,2%). A maior taxa de adesão à HM foi observada entre as categorias enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem (74,6%). Ver Figura 2.

Figura 2. Adesão geral à HM, por categoria profissional, entre os 140 hospitais participantes do projeto, nas etapas II e IV. Brasil 2024

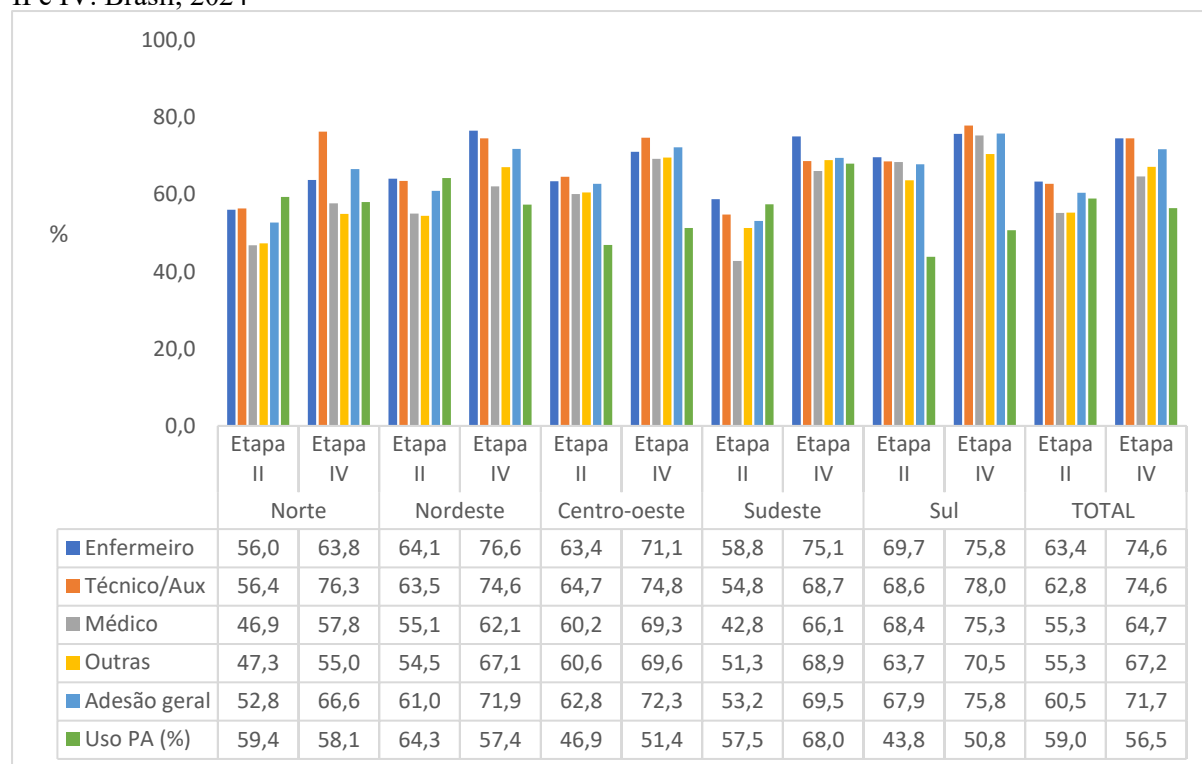


- Adesão à higiene das mãos, por categoria profissional e nas cinco regiões

As regiões Sul, Centro-oeste e Nordeste alcançaram as maiores taxas de adesão à HM na etapa IV: 75,8%, 72,3% e 71,9%, respectivamente, e as regiões Norte e Sudeste, as menores, com taxas inferiores a 70%: 66,6% e 69,5%, respectivamente.

Apesar de todas as categorias profissionais terem registrado aumento na adesão à HM, somente a região Sul (Santa Catarina) alcançou taxas acima de 70% em todas as categorias, sendo que a categoria técnico/auxiliar de enfermagem obteve a maior adesão entre todas as regiões (78%). A categoria outras apresentou a menor taxa de HM (55,0%) na região Norte. Os dados podem ser visualizados na Figura 3.

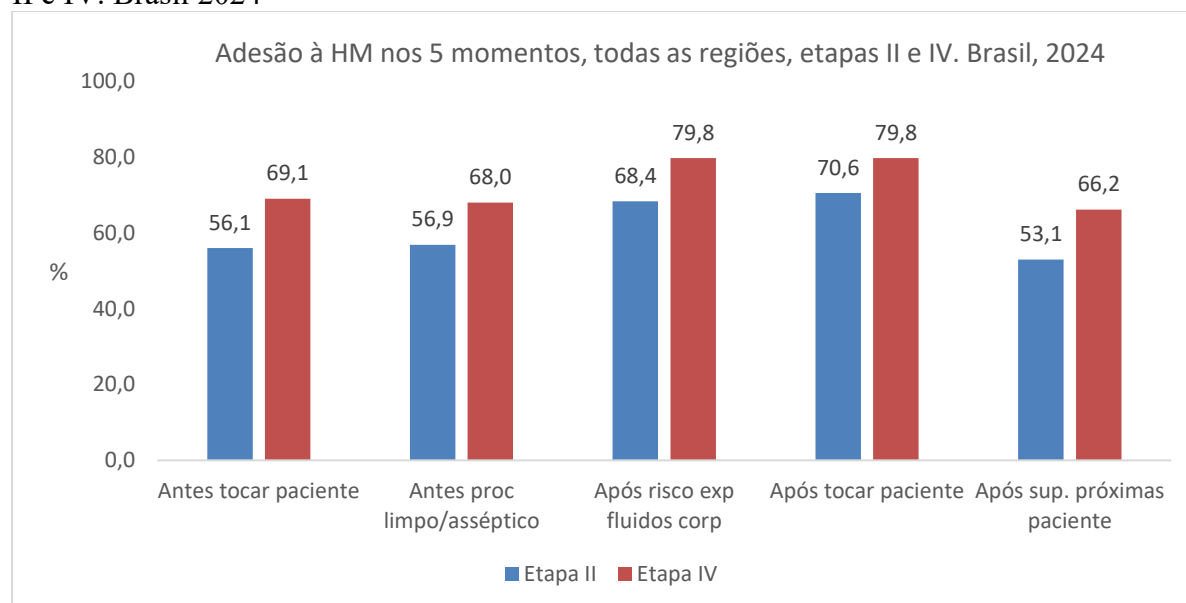
Figura 3. Adesão à HM por categoria profissional, por regiões dos hospitais participantes, nas Etapas II e IV. Brasil, 2024



- Adesão à HM geral, nos 5 momentos, dos hospitais participantes do projeto

No geral, houve aumento da adesão em todos os momentos da etapa II para a etapa IV, com maior aumento nos momentos após o risco de exposição a fluidos corporais e após tocar o paciente (79,8%). Os momentos com as menores taxas de adesão foram: antes de procedimento limpo e asséptico (68,0%) e após tocar superfícies próximas ao paciente (66,2%). Ver Figura 4.

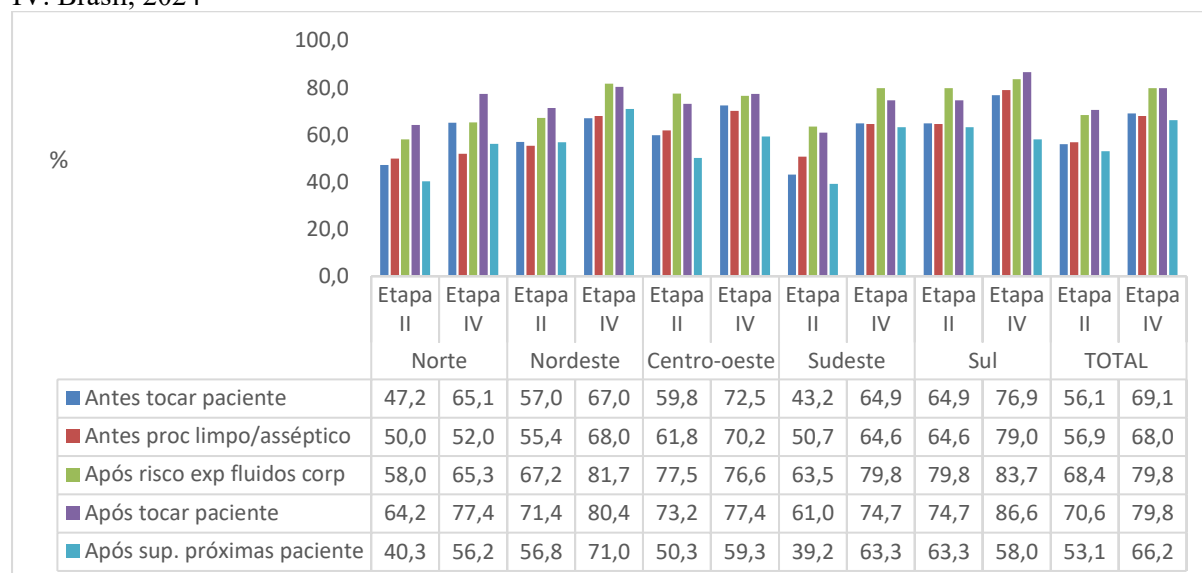
Figura 4. Adesão geral à HM nos 5 momentos dos 140 hospitais participantes do projeto, etapas II e IV. Brasil 2024



- Adesão à HM geral, nos 5 momentos, e por regiões

Apesar do aumento geral nos 5 momentos da etapa II para a etapa IV, houve redução da adesão à HM no momento “Após tocar superfícies próximas ao paciente”, de 63,3% para 58% na região Sul. Nas 5 regiões do país, houve variação nas taxas de adesão à HM, maiores e menores, na etapa IV: maior adesão foi “Após tocar o paciente” na região Norte (77,4%), Centro-oeste (77,4%) e Sul (86,6%); e, “Após risco de exposição a fluidos corporais”, no Sudeste (79,8%) e Nordeste (81,7%). As menores taxas de adesão foram: “Antes de realizar procedimento limpo/asséptico” na região Norte (52,0%), “Antes de tocar o paciente na região Nordeste (67,0%), e “Após tocar superfícies próximas ao paciente” nas regiões Centro-oeste (59,3%), Sudeste (63,3%) e Sul (58,0%). Ver Figura 5.

Figura 5. Adesão à HM nos cinco momentos, por regiões dos hospitais participantes, nas Etapas II e IV. Brasil, 2024



2.3.1 Número observado de oportunidades, ações de HM por categoria profissional e por região do país

Nas Tabelas 5 e 6, estão apresentados os números absolutos de oportunidades e de ações de HM, por categoria profissional e por região do país, nas etapas II e IV.

Na etapa II, foram 47.852 oportunidades e 28.941 ações de HM, das quais 17.082 foram realizadas com PA, conforme apresentado na Tabela 5. Enquanto na etapa IV, foram observadas 44.534 oportunidades e 31.952 ações de HM, das quais 18.047 foram realizadas com PA, conforme apresentado na Tabela 6.

Nas etapas II e IV, o maior número de oportunidades observado foi na categoria de técnicos/auxiliares de enfermagem.

Tabela 5. Número de oportunidades e ações de HM por categoria profissional e uso de PA, por região do país. Etapa II. Brasil 2024

Categoria/ Região	Enfermeiro		Téc/aux enfermagem		Médico		Outras		Total		Uso de PA Nº
	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	
Etapa II											
Norte	653	366	1500	846	580	272	769	364	3502	1848	1098
Nordeste	5773	3703	14643	9303	3825	2106	5066	2762	29307	17874	11490
Centro-Oeste	1288	817	3067	1983	1197	720	1464	887	7016	4407	2069
Sudeste	821	483	2118	1161	631	270	766	393	4336	2307	1327
Sul	644	449	1792	1229	583	399	672	428	3691	2505	1098
Total	9179	5818	23120	14522	6816	3767	8737	4834	47852	28941	17082

Tabela 6. Número de oportunidades e ações de HM por categoria profissional e uso de PA, por região do país. Etapa IV. Brasil 2024

Categoria/ Região	Enfermeiro		Téc/aux enfermagem		Médico		Outras		Total		Uso de PA Nº
	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	
Etapa IV											
Norte	644	411	1408	1075	540	312	615	338	3207	2136	1241
Nordeste	5380	4120	11500	8576	3604	2239	4512	3027	24996	17962	10305
Centro-Oeste	1386	985	3900	2917	1219	845	1753	1220	8258	5967	3066
Sudeste	670	503	1810	1244	531	351	708	488	3719	2586	1759
Sul	632	479	2254	1757	620	467	848	598	4354	3301	1676
Total	8712	6498	20872	15569	6514	4214	8436	5671	44534	31952	18047

2.3.2 Número observado de oportunidades e ações de HM nos cinco momentos de HM, por região do país, nas etapas II e IV

Nas Tabelas 7 e 8 estão apresentados os números absolutos de oportunidades e de ações de HM nos cinco momentos de HM, por região do país, nas etapas II e IV, respectivamente.

Nas etapas II e IV, o maior número de oportunidades observado ocorreu nos momentos “Antes e Após tocar o paciente”, e o menor, “Após o risco de exposição a fluidos corporais”.

Tabela 7. Número de oportunidades e de ações de HM nos 5 Momentos, por região do país. Etapa II. Brasil, 2024

5 Momentos Região	Antes tocar paciente		Antes procedimento limpo/asséptico		Após exposição a fluidos corporais		Após tocar paciente		Após tocar superfícies próximas ao paciente	
	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação
Etapa II										
Norte	975	460	568	284	491	285	913	586	511	206
Nordeste	8400	4792	4529	2511	3724	2501	8898	6353	5954	3384
Centro-Oeste	2443	1462	1072	663	856	663	2346	1718	1613	811
Sudeste	1515	654	574	291	529	336	1378	840	788	309
Sul	1365	872	475	360	361	290	1164	876	862	451
Total	14698	8240	7218	4109	5961	4075	14699	10373	9728	5161

Tabela 8. Número de oportunidades e de ações de HM nos 5 Momentos, por região do país. Etapa IV. Brasil, 2024

5 Momentos Região Etapa IV	Antes tocar paciente		Antes procedimento limpo/asséptico		Após exposição a fluidos corporais		Após tocar paciente		Após tocar superfícies próximas ao paciente	
	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação
Norte	997	649	477	248	377	246	963	745	452	254
Nordeste	7841	5257	3548	2411	3434	2806	7389	5939	5109	3628
Centro-Oeste	3276	2374	1223	859	893	684	2759	2136	1500	890
Sudeste	1342	871	393	254	421	336	1111	830	823	521
Sul	1917	1474	609	481	496	415	1528	1323	858	498
Total	15373	10625	6250	4253	5621	4487	13750	10973	8742	5791

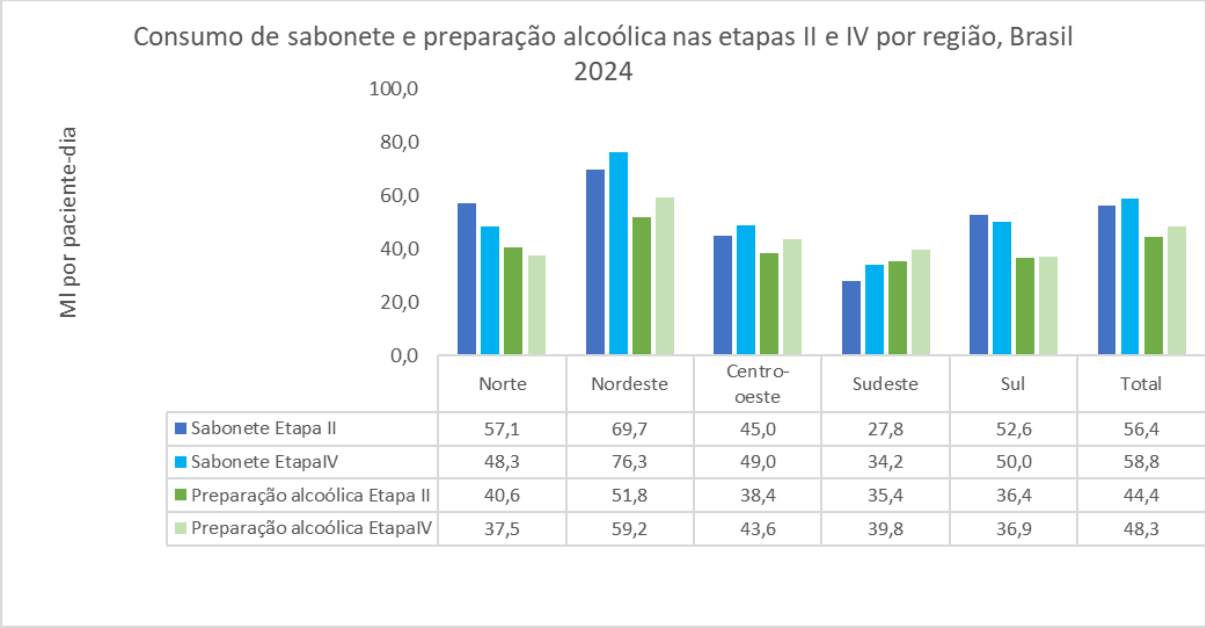
2.4 Consumo de produtos de higiene das mãos

No geral, houve aumento de consumo de sabonete (56,4 para 58,8 mL/paciente-dia) e de preparação alcoólica (44,4 para 48,3 mL/paciente-dia). No entanto, houve redução do consumo de sabonete e da preparação alcoólica na região Norte; na região Sul, houve redução do consumo de sabonete com aumento do consumo de preparação alcoólica. Os dados podem ser visualizados na Tabela 9 e na Figura 6.

Tabela 9. Consumo de produtos para a higiene das mãos: sabonete e preparação alcoólica nas etapas II e IV, por regiões. Brasil, 2024.

Região	Etapa II					Etapa IV				
	Paciente-dia	Sabonete		Preparação alcoólica		Paciente-dia	Sabonete		Preparação alcoólica	
		mL	mL/pac-dia	mL	mL/pac-dia		mL	mL/pac-dia	mL	mL/pac-dia
Norte	42814	2442890	57,1	1739630	40,6	50961	2462300	48,3	1910757	37,5
Nordeste	111403	7760906	69,7	5775446	51,8	112193	8556663	76,3	6646863	59,2
Centro-oeste	30995	1395516	45,0	1191025	38,4	31408	1538806	49,0	1370573	43,6
Sudeste	37581	1044284	27,8	1332065	35,4	39085	1335649	34,2	1554733	39,8
Sul	18521	973300	52,6	674050	36,4	18408	920600	50,0	679188	36,9
TOTAL	241314	13616896	56,4	10712216	44,4	252055	14814018	58,8	12162114	48,3

Figura 6. Consumo de produtos para a higiene das mãos: sabonete e preparação alcoólica nas etapas II e IV, por regiões. Brasil, 2024.



3. Impacto na infecção primária da corrente sanguínea associada ao cateter central

No geral, houve redução de 30,9% da taxa de densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea (IPCS) associada ao cateter central (CVC), de 4,9 para 3,4 IPCS por 1000 CVC-dia. A região Norte apresentou aumento de IPCS-CVC, conforme apresentado na Tabela 10.

Tabela 10. Taxa de densidade de incidência de IPCS-CVC nas etapas II e IV por regiões. Brasil, 2024.

Região	Etapa II			Etapa IV		
	CVC-dia	Nº IPCS-CVC	Taxa densidade IPCS-CVC	CVC-dia	Nº IPCS-CVC	Taxa densidade IPCS-CVC
Norte	18852	26	1,4	21307	32	1,5
Nordeste	68817	407	5,9	73052	284	3,9
Centro-oeste	15273	66	4,3	16007	24	1,5
Sudeste	18251	100	5,5	20325	110	5,4
Sul	8628	33	3,8	9104	20	2,2
TOTAL	129821	632	4,9	139795	470	3,4

IV DISCUSSÃO

Do total de 197 hospitais que aderiram formalmente ao projeto “Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Serviços de Saúde para a Segurança do paciente – 2024”, 140 hospitais (70,6%) implementaram todas as ferramentas nas etapas propostas, visando à melhoria da prática da HM e à redução da IPCS associada ao CVC.

O impacto do projeto nos indicadores de HM, comparando a etapa II com a etapa IV, quanto à estrutura da HM (sabonete e PA) e à conformidade, ao conhecimento, à tolerância/aceitação de PA, mostrou-se positivo no geral (todas as regiões) e nas cinco regiões do país.

Quanto à adesão à HM, comparando a etapa II com a etapa IV, o impacto do projeto foi favorável no geral (todas as regiões) com aumento da adesão acima de 70%, embora a região Norte, apesar do aumento da etapa II para a IV, não obteve adesão acima de 70%. Por categoria profissional, as categorias enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem tiveram adesão à HM acima de 70% e, somente na região Sul, todas as categorias tiveram adesão acima desse percentual. Nos cinco momentos de HM, houve aumento da adesão acima de 70%, especialmente “Após risco de exposição a fluidos corporais” e “Após tocar o paciente”, o que demonstra que o profissional de saúde se preocupa com sua própria proteção. Chama a atenção que a menor adesão à HM ocorreu no momento “Antes de realizar procedimento limpo/asséptico” (região Norte), o que coloca o paciente em risco de aquisição de microrganismos e de IRAS na inserção e na manutenção de dispositivos invasivos. O momento “Após tocar superfícies próximas ao paciente” também apresentou menor adesão na etapa IV (exceto na região Nordeste), o que indica que as superfícies ambientais não são valorizadas como fontes e modos de transmissão microbiana.

Quanto ao consumo de produtos de HM (sabonete e PA), em geral, houve aumento do indicador, em mL/paciente-dia, da etapa II para a IV (48,3). Porém, na região Norte houve redução de ambos: sabonete e PA. Este indicador serve como medida indireta da adesão à HM e deveria ser utilizado pelos serviços de saúde para monitoramento mensal ou periódico (trimestral ou semestral) com retroalimentação aos envolvidos, junto aos indicadores de IRAS, RAM, entre outros, para a triangulação dos dados (The Joint Commission, 2009).

Houve impacto positivo, ou seja, redução do indicador de IPCS-CVC por 1000 CVC-dias, no geral (todas as regiões), sendo que a região Norte apresentou leve aumento da etapa II para a etapa IV, de 1,4 para 1,5 IPCS-CVC por 1000 CVC-dias, o que pode ser consequência dos indicadores de tolerância/aceitação de PA (aceitação de PA abaixo de 70%), redução do

consumo de sabonete e PA e a menor taxa de adesão à HM no momento “Antes de realizar procedimento limpo/asséptico, comparando a etapa II com a etapa IV.

Desta forma, o impacto da implementação da estratégia multimodal para a melhoria da HM, no nível nacional, em todas as regiões, mostrou que, no geral, foi positivo nos indicadores definidos nos objetivos, resultado congruente com estudo realizado com 97 hospitais de 28 países participantes de um concurso internacional de excelência em HM - *Hand Hygiene Excellence Award – HHEA* (Tartari et al., 2024), com avaliação dos componentes da estratégia multimodal da OMS, cuja média de adesão à higiene das mãos relatado foi de 71,6% e consumo médio de PA 31,9 mL/paciente-dia – menor que o dado do projeto nacional – 48,3 ml/paciente-dia. Fato comum entre o artigo e o projeto de HM 2025 é a participação voluntária dos serviços de saúde, que poderia ter favorecido os resultados.

Revisão sistemática sobre o impacto das intervenções na HM em UTI (Lambe et al., 2019), avaliou 38 estudos, sendo que 12 (31,6%) utilizou a observação direta da HM da OMS, e a maioria usou um pacote de intervenções (educação e treinamento, revisão da estrutura e persuasão), cuja média de adesão à HM aumentou de 41,1 % (pré intervenção) para 63,9% (após intervenção), resultados inferiores comparado ao Projeto “Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Serviços de Saúde para a Segurança do paciente – 2024”.

O presente projeto, comparado ao projeto do ano anterior “*Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Serviços de Saúde para a Segurança do paciente – 2022-2023*”, apresentou uma maior taxa de hospitais que finalizaram: 70,6% (140 de 197) *VS* 36,1% (61 de 169).

A avaliação de impacto dos indicadores do presente projeto apresentou melhores resultados comparados com o projeto anterior:

- Adesão geral à HM: projeto HM 2022-2023 (aumento de 56,4% para 60,8%) e projeto HM 2024 (aumento de 60,5% para 71,7%)

- Adesão à HM por categoria, na etapa IV, comparação entre o projeto 2022-2023 *VS* projeto 2024: enfermeiro – 62,6% *VS* 74,6%; técnico/auxiliar – 63,3% *VS* 74,7%; médico – 54,2% *VS* 64,7%; outras – 58,7% *VS* 67,2%.

- Adesão à HM nos 5 momentos, na etapa IV, comparação entre o projeto 2022-2023 e projeto 2024: momento 1 – 60,6% *VS* 69,1%; momento 2 – 55,3% *VS* 68%; momento 3 – 62,2% *VS* 79,8%; momento 4 – 72,3% *VS* 79,8% e momento 5 – 50,3% *VS* 66,2%.

- Taxa geral de densidade de IPCS-CVC: comparação entre projetos 2022-2023 e 2024:

aumento de 3,7 para 4,1 *VS* redução de 4,9 para 3,4 IPCS por 1000 CVC-dias. E, entre as regiões, no projeto anterior houve aumento da taxa de IPCS-CVC nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e, no projeto em questão, o aumento foi registrado apenas na região Norte.

Portanto, diante dos resultados do *Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Serviços de Saúde para a Segurança do paciente – 2022-2023* em comparação com aqueles do *Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Serviços de Saúde para a Segurança do paciente – 2024*, pode-se afirmar que implementar os componentes da estratégia multimodal permitiu avançar nos indicadores de estrutura, processos e resultados propostos nos objetivos destes projetos.

Embora a implementação da estratégia multimodal tenha resultado em mudança de comportamento e, conseqüentemente, na redução das IRAS e da RAM em todo o mundo (WHO, 2022), aprimorar uma prática correta da HM que seja sustentável é um desafio atual. Assim, os resultados do presente projeto também indicaram oportunidades de melhoria em cada região, que refletem os efeitos dos indicadores de cada estado e de seus respectivos hospitais participantes. Cabe aos coordenadores estaduais e locais (coordenador e vice coordenador do projeto no hospital) realizar análise geral e crítica dos indicadores para planejamento de melhoria contínua que proporcionará sustentação dos avanços na prática da HM.

Diante do exposto, a GVIMS/GGTES/DIRE5 Anvisa parabeniza o trabalho desenvolvido pelos estados/DF e hospitais participantes do projeto e agradece a constante parceria das Coordenações Estaduais e Distrital de Controle de Infecção, Núcleos Estaduais e Distrital de Segurança do Paciente, VISAS, OPAS/OMS, CVE/SP, ABIH e especialistas em prevenção e controle de infecção, na execução desta quinta edição do *Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Serviços de Saúde para a Segurança do paciente – 2024*.

V CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que o presente relatório possa motivar gestores (dos serviços de saúde e das Secretarias de Saúde) e profissionais envolvidos na prevenção e controle das infecções, na segurança do paciente e profissionais da assistência, na melhoria e garantia da qualidade assistencial de excelência, para dar continuidade ao projeto ou ampliar a aplicação da estratégia multimodal a outras unidades e serviços, com vistas a apoiar, de forma sistemática, a sustentação de melhorias nas práticas de HM e na prevenção de IRAS e RAM, visando à

segurança do paciente e dos profissionais de saúde.

Outrossim, recomenda-se que a abordagem da HM leve em consideração o fluxo de trabalho das atividades e procedimentos em que a execução correta da HM (produto, técnica e 5 momentos) está inserida. Isto é, a ação de HM não deve ser um ato isolado, devendo integrar todo o contexto do cuidado seguro prestado ao paciente.

REFERÊNCIAS

ALLEGIANZI B, GAYET-AGERON A, DAMANI N, BENGALY L, MCLAWS ML, MORO ML, MEMISH Z, URROZ O, RICHET H, STORR J, DONALDSON L, PITTET D. Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study. *Lancet Infect Dis*. 2013 Oct;13(10):843-51. doi: 10.1016/S1473-3099(13)70163-4.

ALLEGIANZI B, PITTET D. Hand hygiene promotion strategies. In: Pittet D, Boyce JM, Allegranzi B, editors. *Hand hygiene: a handbook for medical professionals*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley Blackwell; 2017. chapter 19, p.123-133.

CDC (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR*, v.51, n. RR-16, p.1-45, 2002.

GLOWICZ JB, LANDON E, SICKBERT-BENNETT EE, AIELLO AE, DEKAY K, HOFFMANN KK, MARAGAKIS L, OLMSTED RN, POLGREEN PM, TREXLER PA, VANAMRINGE MA, WOOD AR, YOKOE D, ELLINGSON KD. SHEA/IDSA/APIC Practice Recommendation: Strategies to prevent healthcare-associated infections through hand hygiene: 2022 Update. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2023 Mar;44(3):355-376. doi: 10.1017/ice.2022.304.

LAMBE KA, LYDON S, MADDEN C, VELLINGA A, HEHIR A, WALSH M, O'CONNOR P. Hand Hygiene Compliance in the ICU: A Systematic Review. *Crit Care Med*. 2019 Sep;47(9):1251-1257. doi: 10.1097/CCM.0000000000003868.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Salve Vidas: Higienize suas Mãos* / Organização Mundial da Saúde. Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos; tradução de OPAS – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível: [GuiaparaImplementaodaEstrategiaMultimodaldaOMSparaaMelhoriadaHigienedasMos.pdf](#).

PITTET D, HUGONNET S, HARBARTH S, MOUROUGA P, SAUVAN V, TOUVENEAU S, PERNEGER TV. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme*. *Lancet*. 2000 Oct 14;356(9238):1307-12. doi:

10.1016/s0140-6736(00)02814-2.

PITTET D. Compliance with hand disinfection and its impact on hospital-acquired infections. J Hosp Infect. 2001 Aug;48 Suppl A:S40-6. doi: 10.1016/s0195-6701(01)90012-x.

TARTARI E, GARLASCO J, MEZERVILLE MH, LING ML, MÁRQUEZ-VILLARREAL H, SETO WH, SIMON A, HENNIG TJ, PITTET D. Ten years of hand hygiene excellence: a summary of outcomes, and a comparison of indicators, from award-winning hospitals worldwide. Antimicrob Resist Infect Control. 2024 Apr 19;13(1):45. doi: 10.1186/s13756-024-01399-0.

THE JOINT COMMISSION (TJC). Measuring Hand Hygiene Adherence: Overcoming the Challenges. The Joint Commission. 2009. Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11996/JointCommission>.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). The WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care. Geneva: WHO Press, 2009. Disponível: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. World Health Organization; Geneva; 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549929>

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Improving infection prevention and control at the health facility: an interim practical manual. Geneva: WHO, 2018. Disponível: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.10>

WHO (World Health Organization). Resource considerations for investing in hand hygiene improvement in health care facilities. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponível: [Resource considerations for investing in hand hygiene improvement in health care facilities](#).

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Global report on infection prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponível: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). The case for investment and action in infection prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2025. Disponível: <https://www.who.int/publications/i/item/B09330>

