



Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Unidade de Terapia Intensiva de Serviços de Saúde para a Segurança do paciente – 2025

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

Brasília, 2 de abril de 2025

Revisado em 16 de setembro de 2025

Diretor-Presidente substituto

Rômison Rodrigues Mota

Diretores

Daniel Meirelles Fernandes Pereira

Danitza Passamai Rojas Buvinich

Rômison Rodrigues Mota

Terceira Diretoria

Danitza Passamai Rojas Buvinich

Gerente Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTS

Márcia Gonçalves de Oliveira

Gerente da Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde – GVIMS

Magda Machado de Miranda Costa

Equipe Técnica

Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos

André Anderson Carvalho

Cleide Felicia de Mesquita Ribeiro

Daniela Pina Marques Tomazini

Heiko Thereza Santana

Humberto Luiz Couto Amaral de Moura

Lilian de Souza Barros

Luciana Silva da Cruz de Oliveira

Mara Rubia Santos Gonçalves

Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira

Uiara Cavalcante Silva

Estagiárias

Anna Beatriz Rocha de Oliveira

Laura Nayan Castro Alves

Laura Sousa Campos

Coordenação

Heiko Thereza Santana

Lilian de Souza Barros

Magda Machado de Miranda Costa

Colaboração externa

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

Revisão técnica externa

Miguel Angel Aragón López - Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS

Rogério da Silva Lima - OPAS/OMS

Sumário

1. Introdução.....	4
2. Referencial teórico	7
3. Objetivos	13
Objetivo geral.....	13
Objetivos específicos	13
4. Metodologia.....	14
4.1 Local de estudo	14
4.2. Etapa pré-desenvolvimento do projeto.....	18
4.3 Desenvolvimento do projeto.....	21
4.3.1 ETAPA I – PREPARAÇÃO	21
4.3.2 ETAPA II – AVALIAÇÃO INICIAL – BASAL (PRÉ-INTERVENÇÃO).....	23
4.3.3 ETAPA III – IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE MELHORIA.....	31
4.3.4 ETAPA IV – AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS INTERVENÇÕES DE MELHORIA	33
4.3.5 ETAPA V – AVALIAÇÃO GERAL DO PROJETO.....	33
5. Coordenação do Projeto e atribuições	34
5.1 Atribuições da Anvisa (GVIMS/GGTES/Dire3-ANVISA)	34
5.2 Atribuições dos parceiros no Projeto: OPAS/OMS, ABIH e CVE/SP	34
5.3 Atribuições da Secretaria de Saúde do estado/DF	35
5.4 Atribuições da equipe de Coordenação Estadual/Distrital.	35
5.5 Atribuições do serviço de saúde participante	36
5.5.1 Atribuições do Coordenador local do Projeto (serviço de saúde).....	38
6. Cronograma.....	39
Referências.....	40

1. Introdução

A prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) em hospitais com unidades de terapia intensiva (UTI) é extremamente importante, mas complexa, uma vez que os pacientes destas unidades são mais vulneráveis às infecções, por serem submetidos ao uso frequente de dispositivos invasivos, à imunossupressão induzida por doenças e terapias, ter várias comorbidades, imobilidade, estado nutricional prejudicado e extremos de idade (Blot, 2022).

A frequência das IRAS é significativamente maior, duas a 20 vezes, nos países de baixa e média renda comparada com a de países de alta renda, principalmente para infecções associadas a dispositivos invasivos (cateteres vasculares, cateteres urinários e ventilação mecânica) e procedimentos cirúrgicos (WHO, 2011). Estas IRAS resultam em morbidade significativa para o paciente, prolongam a permanência hospitalar, aumentando os custos dos cuidados associados às infecções, além de causar impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

IRAS consistem em um dos eventos adversos mais frequentes e representam um importante problema de saúde pública mundial e de segurança do paciente. Nesse contexto, cabe destacar que o enfrentamento deste agravo exige dos envolvidos na tomada de decisões, nos níveis nacional, estadual, municipal e local, a implementação de políticas para acelerar a redução das IRAS e da resistência microbiana aos antimicrobianos (RMA) (WHO, 2018).

A higiene das mãos (HM) é uma das medidas mais efetivas para evitar a transmissão microbiana e a infecção na área da saúde (WHO, 2009; Lotfinejad N et al, 2021). Ao longo de três décadas, os principais marcos/ inovações incluíram a substituição da lavagem tradicional das mãos com água e sabonete por fricção com preparação alcoólica (PA) (CDC, 2002) e passou a fazer da "mudança de sistema" junto com a implementação de uma estratégia multimodal (WHO, 2009) para influenciar o comportamento dos profissionais de saúde (PS) (Alegranzi B. et al, 2025).

Essa inovação foi desenvolvida nos Hospitais Universitários de Genebra (Pittet D, et al, 2000) e originou a estratégia multimodal de melhoria da higiene das mãos (EMMHM) da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), considerado um grande avanço e reconhecido como o padrão ouro para promover mudanças comportamentais na HM no ponto de assistência, sendo adaptada para o uso mais amplo nas medidas de PCI e incorporada como um componente essencial de programas efetivos de PCI da OMS (Allegranzi B et al., 2013; WHO, 2016).

Apesar dos avanços ao longo do tempo, a prática correta da HM nos serviços de saúde

é na atualidade um grande desafio, com implementação do programa de HM no nível intermediário (De Kraker et al, 2022). As evidências disponíveis mostram que a conformidade com as recomendações de HM durante os cuidados assistenciais continua abaixo do ideal em todo o mundo, com uma média de conformidade de 59,6% em UTI (dados até 2018), com grandes diferenças entre países de alta e baixa renda per capita: 64,5% vs. 9,1% respectivamente (Lambe KA et al, 2019).

Entre os fatores determinantes para a baixa adesão à HM mais frequentemente observados, é o uso inadequado de luvas (CDC, 2002; OMS, 2009). Além disso, o tipo de luva pode impactar na adequada HM no ponto de assistência, nas indicações dos 5 Momentos, como por exemplo as luvas com pó, sendo recomendado selecionar luvas de procedimento não cirúrgico e cirúrgico isentas de pó (talco) para uso em serviços de saúde, pois isso evita reações em contato com a PA na HM, facilitando a correta HM nos cinco momentos e na antisepsia cirúrgica das mãos (Brasil, NT 2024).

O uso de luvas pode impactar na conformidade da HM. A taxa de adesão à HM foi menor com o uso de luvas quando comparada a não usar luvas. E, após ajustar para as variáveis: unidade, tipo de profissional de saúde (PS), nível de risco de contato e se a oportunidade de HM ocorreu antes ou depois de um contato com o paciente, o uso de luvas foi fortemente associado a níveis mais baixos de HM: razão de chances ajustada - 0,65 (intervalo de confiança de 95%: 0,54-0,79), $p < 0,0001$ (Fuller et al, 2011).

A mesma luva ao tocar várias superfícies corporais e/ou ambientais funciona como as mãos na transmissão microbiana. Lindberg M et al (2020), avaliou a frequência de toques com as mesmas luvas em uma unidade de internação com 26 leitos (nove quartos de pacientes com duas camas e cinco com uma cama que compartilhavam banheiros/chuveiros e antessalas, além de três quartos de isolamento com banheiro privativo e antessala). O uso continuado de luvas ocorreu em cerca de metade dos episódios observados de atendimento ao paciente. Em média, 3,3 superfícies foram tocadas por luvas contaminadas, sendo que as mais tocadas foram “itens de uso único não utilizados”, “controles de equipamentos/interruptores de luz/reguladores/botões de descarga” e “roupas de cama”. Isso ocorreu principalmente ao ajudar os pacientes com a “higiene pessoal”, ao realizar “testes” ou durante procedimentos que envolviam a manipulação de “equipamentos” médicos ou outros.

Revisão sistemática de 23 artigos selecionados revelou que as luvas foram usadas em excesso (sem indicação) e, muitas vezes de forma incorreta e que a principal falha foi não trocar as luvas entre os procedimentos no mesmo paciente. O uso inadequado das luvas pelos PS pode aumentar o risco de transmissão cruzada, pois ocorre a contaminação das luvas com bactérias durante as atividades de cuidados de rotina. Desta forma, as luvas que poderiam

proteger as mãos dos PS contra a contaminação bacteriana podem oferecer proteção incompleta e o profissional ter a falsa “sensação” de estar seguro e protegido apenas com o uso de luvas (Picheansanthian W. et al, 2015).

Portanto, avaliar o uso de luvas e seu impacto na HM deve fazer parte de qualquer e todo projeto de melhoria da prática de HM. Desta forma, a OMS define como tema central da campanha mundial de HM no dia 05 de Maio de 2025: **Dia Mundial da Higiene das Mãos 2025. “Luvas, às vezes. Higiene das mãos, sempre!”**, considerando que independentemente do uso de luvas, a HM nos momentos certos e da maneira correta ainda é uma das medidas mais importantes para proteger os pacientes e os PS dos serviços de saúde. Até 2026, o monitoramento e o *feedback* da conformidade da HM devem ser estabelecidos como um indicador nacional importante, pelo menos em todos os hospitais de referência (<https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day/2025>).

Tendo em vista os vários desafios e a necessidade em aumentar a adesão às práticas de HM dos PS no nosso país, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) vem estimulando os serviços de saúde para implementar a estratégia multimodal de melhoria da HM, por meio da aplicação dos cinco componentes: 1) mudança de sistema, que inclui a disponibilização da preparação alcoólica no ponto de assistência, além de pia/lavatório e sabonete líquido/espuma e água; 2) capacitação regular de todos os profissionais sobre IRAS e HM (produtos, técnica e indicações da HM, indicações e uso adequado das luvas); 3) avaliação de conhecimento e de tolerância/aceitação de PA e monitoramento das práticas de HM (observação direta da HM e consumo de produtos de HM), com retroalimentação dos resultados às equipes; 4) comunicação efetiva, lembretes e cartazes no local de trabalho; e 5) estabelecimento de um clima de segurança, com apoio expresso da alta direção e líderes dos serviços de saúde, além do envolvimento do paciente e seus familiares (WHO, 2009).

Nesse contexto, cumpre destacar que o monitoramento e avaliação regular das práticas de HM deve ser feita de acordo com os padrões definidos de PCI, cuja 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 riscos de IRAS e da RMA, como parte de uma abordagem multimodal. Inclui uma avaliação do grau em que os regulamentos técnicos são cumpridos, os objetivos atingidos, e as atividades realizadas conforme requisitos e aspectos que podem necessitar de melhoria (WHO, 2018).

Desta forma, a Gerência de Vigilância em Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS), da Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES), da Agência

Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), 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), Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecções e Epidemiologia Hospitalar (ABIH), e colaboradores especialistas em prevenção e controle de infecção avaliaram a necessidade e definiram ampliar em nível nacional a estratégia multimodal de melhoria da HM em serviços de saúde, por meio do “Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Serviços de Saúde para a Segurança do paciente, edição 2022-2023 e edição 2024”, com base nas orientações preconizadas pela OMS e sob o enfoque das regulamentações sanitárias nacionais pertinentes à temática de HM.

Considerando que a HM é parte integrante do cuidado assistencial e que o Programa de melhoria da adesão à HM deve compor o Programa de Prevenção e Controle de IRAS do serviço de saúde, e que no nível nacional, os indicadores de HM fazem parte do plano estratégico nacional para vigilância de IRAS e monitoramento de indicadores de PCI, cujo Objetivo Específico 3 é ampliar o monitoramento da adesão às diretrizes nacionais e aos protocolos de PCI, foi elaborado como continuidade o “Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Serviços de Saúde para a Segurança do paciente – 2025”. Nesta edição, visando avançar e acelerar a promoção da prática correta da HM, o projeto terá dois componentes: 1. aplicar a estratégia multimodal de melhoria da HM na Unidade de Terapia Intensiva e 2. aplicar a estratégia multimodal de melhoria da HM no Centro cirúrgico/Recuperação anestésica.

Portanto, o serviço de saúde que aderir ao presente projeto, irá aplicar a estratégia multimodal de melhoria da HM na Unidade de Terapia Intensiva (adulto, pediátrica ou neonatal), cujo título é: “Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em **Unidade de Terapia Intensiva dos Serviços de Saúde**, para a Segurança do paciente – 2025”

2. Referencial teórico

2.1 Evidências clínicas de transmissão microbiana pelas mãos e higiene das mãos como medida preventiva

Com base em revisão de evidências de transmissão de microrganismos pelas mãos, durante o atendimento ao paciente, foi proposto um modelo para auxiliar nas estratégias de

educação e apoiar as indicações reconhecidas para a prática de HM (5 momentos). São cinco os passos sequenciais para ocorrer a transmissão cruzada de microrganismos (Pittet D et al, 2006):

- 1 Os microrganismos estão presentes na pele do paciente ou foram disseminados em objetos inanimados imediatamente ao redor do paciente.
- 2 Os microrganismos devem ser transferidos para as mãos do PS.
- 3 Os microrganismos devem ser capazes de sobreviver por pelo menos vários minutos nas mãos do PS.
- 4 A lavagem das mãos ou a antissepsia das mãos pelo PS deve ser insuficiente ou omitido inteiramente, ou o agente utilizado para a HM é inadequado.
- 5 A(s) mão(s) contaminada(s) do PS deve entrar em contato direto com outro paciente ou com um objeto inanimado que entrará em contato direto com o paciente.

2.2. Higiene das mãos como base das medidas de prevenção e controle das infecções

A HM é, sem dúvida, a base da prevenção e do controle de infecções efetivos, representando a medida vital para evitar a transmissão de microrganismos e prevenir as IRAS. Trata-se de um procedimento individual “simples”, de baixo custo, mas com grande impacto no coletivo. Assim, uma proporção significativa das IRAS pode ser evitada com a prática correta da HM que implica em utilizar produto indicado (sabonete ou preparação alcoólica) com a respectiva técnica correta, no(s) momento(s) indicado(s), e promover a prática correta por meio da aplicação da estratégia multimodal de melhoria da HM da Organização Mundial da Saúde (CDC, 2002; OMS, 2009; WHO, 2009; WHO, 2009c)

Atualmente, a abordagem da HM deve ser considerada como uma medida transversal, parte integrante de várias disciplinas e das “Principais Práticas de Prevenção e Controle de Infecções”, nas medidas das Precauções Padrão e das Precauções Baseadas no Modo de Transmissão, e assim como nos “pacotes” de medidas para prevenir as infecções sítio-específicas tais como a infecção de corrente sanguínea (ICS) relacionada a cateter vascular central (CVC), infecção do trato urinário (ITU) relacionada ao cateter vesical, infecção do sítio cirúrgico e pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) (Allegranzi B et al, 2009).

Para tanto, é fundamental entender quais e como as estratégias de prevenção e controle de infecção devem ser implementadas. As “Principais Práticas de Prevenção e Controle de Infecções” para obter uma assistência segura em todos os serviços de saúde, foram publicadas em 2017 e atualizadas em 2024, pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América (CDC, Centers for Disease Prevention and Control dos Estados Unidos da América, 2024). São oito as principais práticas: 1. Suporte da liderança; 2.

Educação e treinamento dos profissionais sobre PCI; 3. Educação de pacientes, familiares e cuidadores; 4. Monitoramento de desempenho e *feedback*; 5. Precauções padrão; 6. Precauções baseadas no modo de transmissão (isolamento); 7. Uso de dispositivos invasivos e 8. Saúde ocupacional (CDC, 2024).

No componente 5, as medidas das Precauções Padrão quebram o ciclo de transmissão de microrganismos entre os PS e o paciente, entre os pacientes, entre outras pessoas que frequentam o ambiente de cuidados de saúde e entre pessoas e superfícies ambientais, e devem ser aplicadas em todos os pacientes, durante todo o tempo, independente do diagnóstico ou estado infeccioso, e em todos os serviços de saúde (CDC, 2024).

Sendo assim, as medidas das Precauções Padrão quebram a cadeia de transmissão microbiana da maioria dos microrganismos e incluem: a) Higiene das mãos; b) Limpeza e desinfecção do ambiente; c). Segurança de injeções e medicamentos; d) Avaliação de risco para uso adequado de equipamentos de proteção individual (luvas, aventais, máscaras faciais) com base nas atividades que serão realizadas; e. Minimização das possíveis exposições (por exemplo, higiene respiratória e etiqueta da tosse) e f) Reprocessamento de equipamentos/materiais reutilizáveis entre cada paciente ou quando sujos (CDC, 2024).

2.3 Cinco momentos da higiene das mãos

Recomenda-se friccionar as mãos com Preparação Alcoólica com técnica e tempo adequados, se não houver sujeira visível nas mãos, nas indicações dos Cinco Momentos (Brasil, 2024).

Os Cinco Momentos para a Higiene das Mãos” (Sax H et al, 2007) foi desenvolvido como um novo método para conceituar as indicações de HM, ou seja, as várias indicações foram condensadas em apenas cinco indicações, ou seja, 5 Momentos específicos quando a HM é necessária para efetivamente interromper a transmissão microbiana durante a assistência aos pacientes, sendo que os momentos 1 e 2 têm o objetivo de proteger o paciente; os momentos 3, 4 e 5 têm o objetivo de proteger o profissional e outros ambientes.

Esta abordagem 5 Momentos para a Higiene das Mãos visa uniformizar e facilitar a linguagem/conceitos das indicações para realizar a HM, na educação/treinamento dos profissionais, no monitoramento da prática de HM e no feedback (retroalimentação). Desta forma, as indicações dos 5 Momentos devem fazer parte do fluxo de trabalho, nas atividades assistenciais em que os PS executam o cuidado ao paciente.

É fundamental que todos os profissionais entendam o conceito dos cinco momentos, tendo como referência o paciente e o ambiente em que se encontra (ambiente do paciente) e o ambiente assistencial (demais ambientes) e a transferência de microrganismos pelas mãos

dentro desses ambientes e/ou entre um ambiente e outro. Os cinco momentos são: 1. antes de tocar o paciente (ao se aproximar dele ao entrar no ambiente do paciente); 2. antes de realizar procedimento limpo e asséptico e 3. após risco de exposição a fluidos corporais (ambos – momentos 2 e 3 dentro do ambiente do paciente); 4. após tocar o paciente e 5. após tocar superfícies próximas ao paciente (ambos – momentos 4 e 5, ao deixar o ambiente do paciente). (Ver Figura 1).



Figura 1. CINCO MOMENTOS para a HIGIENE das MÃOS. Fonte: [5momentosA31_LogosAtualizadas.pdf](#)

2.4 Intervenções de melhoria da prática da higiene das mãos na UTI

Revisão de literatura (Alshehari AA. et al, 2018) de 14 estudos selecionados para identificar a(s) intervenção(ões) efetiva(s) para aumentar a adesão à HM entre os PS em UTIs de adultos, sugere que o uso de uma estratégia multifacetada é efetivo para aumentar a adesão à HM entre os PS em UTIs. Uma combinação de suporte de gestão, garantia de acesso a “suprimentos”, educação e treinamento, lembretes no local de trabalho, vigilância e *feedback* de desempenho poderia potencialmente aumentar a adesão em cerca de 30% (de 51,5% para 80,1%). Em um estudo que não incluiu o apoio da gerência, foi obtido um aumento absoluto ainda maior na adesão, mas apenas para uma taxa máxima de adesão de 65%. Apesar do sucesso das intervenções, nenhum conjunto de intervenções conseguiu melhorar a adesão a um nível desejado próximo a 100%, sugerindo a possibilidade de existência de um efeito “platô”.

Em geral, os estudos que incorporaram a educação como uma intervenção demonstraram uma melhora significativa; no entanto, a magnitude da adesão alcançada variou amplamente, de 25% a 86%, que pode ser decorrente de fatores como a prática e as políticas existentes nos locais dos estudos, o conhecimento prévio dos PS e a compreensão da importância da adesão à HM, a disposição dos PS para aprender e aceitar mudanças, os costumes e a cultura locais, além das abordagens educacionais usadas.

A adoção de uma campanha educativa adequada por meio de palestras personalizadas, pôsteres, ensino presencial ou uma combinação desses métodos pode aumentar a eficácia da intervenção. Além disso, o uso otimizado de estratégias de aprendizagem, como o modelo de aprendizagem de adultos, foi essencial para transmitir a mensagem de forma efetiva. A apresentação desses materiais por meio de especialistas da área, como a equipe de controle de infecções ou “campeões”, e a discussão em grupo, incentivando a participação ativa e abordando questões atuais e emergentes, também foram consideradas uma abordagem vantajosa. Apesar disso, os efeitos educacionais foram frequentemente relatados como transitórios e, portanto, devem ser continuados por meio de cursos de atualização regulares, de preferência semestrais, para maximizar os benefícios sustentados.

Os estudos desta revisão mostraram que os métodos de monitoramento de HM empregados criteriosamente podem aumentar a conformidade dos PS com a HM, mas são efetivos somente quando incorporados em um programa multimodal. A observação direta foi o método mais comumente usado, sendo efetivo com fornecimento de feedback imediato. O uso da tecnologia também aumentou a conformidade com a HM e tem a vantagem de fornecer monitoramento contínuo e feedback direto, reduzindo as lacunas nas auditorias de rotina e

acessando locais onde a observação direta é inviável. As limitações desses sistemas podem incluir o mau funcionamento, a incapacidade dos dispositivos de observar todos os “cinco momentos da HM” ou monitorar a técnica adequada, sua incapacidade de distinguir a categoria profissional (enfermeiro ou médico) e a capacidade de distrair a equipe, podendo comprometer a qualidade da HM devido ao ruído.

Por fim, as questões relacionadas ao custo e à necessidade de treinar os profissionais para realizar a observação direta da HM podem ser proibitivas para muitos hospitais. Conforme previsto, a observação dos PS pode naturalmente introduzir o efeito Hawthorne. Esse fenômeno tem sido comumente citado como um fator de confusão potencial e real, e é particularmente relevante quando os participantes têm plena consciência de que estão sendo monitorados. Portanto, embora a observação possa gerar alguns resultados promissores, na prática, quando a observação é interrompida, os efeitos se dissipam um pouco.. A conformidade com a HM também requer a garantia de suprimentos adequados e acesso às instalações e produtos apropriados, mas os suprimentos por si só podem não melhorar a conformidade.

Concluindo, são vários os fatores e/ou barreiras (internos e externos) que influenciam o sucesso de uma iniciativa de melhoria de HM. Estes fatores podem ser agrupados em cinco categorias: uso de estratégias efetivas; características do sistema e da estrutura organizacionais; envolvimento das equipes; envolvimento de pacientes e familiares e ambiente externo (The Joint Commission, 2009).

Isto posto, os projetos de melhoria da qualidade com intervenções multifacetadas podem resultar em reduções substanciais das taxas de infecção, independentemente do cenário econômico, com a aplicação das medidas de PCI, incluindo a melhoria da prática da HM, cuja proporção evitável de IRAS foi 35% a 55% (Schreiber PW et al, 2018), o que indica o valor dos projetos de melhoria, que utilizam como base a análise dos indicadores para a tomada de decisões, e planejamento para melhorar a qualidade dos cuidados críticos.

Para que o projeto de melhoria de qualidade obtenha resultados desejados, é fundamental o apoio da liderança para facilitar um clima de segurança, fornecendo apoio, suporte por meio da disponibilização de pessoal e recursos adequados e promovendo a educação dos PS, pacientes e visitantes.

Com vistas a apoiar a adesão dos PS aos protocolos de HM, a liderança organizacional deve garantir que os suprimentos necessários para a realização da HM estejam facilmente acessíveis em todas as áreas, locais e ambientes em que o atendimento ao paciente é prestado. Embora o papel do líder do serviço de saúde seja garantir que a prevenção de infecções seja um componente crucial da estrutura organizacional, o valor das intervenções continua a ser

da responsabilidade do profissional, assim como pela adesão às diretrizes essenciais de PCI, que é o indicador da qualidade assistencial (ECDC, 2025).

3. Objetivos

Objetivo geral

Avaliar o impacto da implementação do “Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Unidade de Terapia Intensiva dos Serviços de Saúde para a Segurança do paciente – 2025” nos desfechos dos indicadores de HM e das taxas de densidade de incidência das Infecções Primárias da Corrente Sanguínea associadas aos Cateteres Centrais.

Objetivos específicos

- Avaliar o impacto do Projeto, comparando os períodos pré (etapa II) e pós-intervenção (etapa IV) quanto aos indicadores de HM referentes à observação direta da prática da HM na UTI:
 - adesão geral à HM,
 - adesão à HM por categoria profissional,
 - uso de PA (%) entre os profissionais que realizaram a ação de HM,
 - adesão à HM em cada um dos cinco momentos,
 - uso de luvas (%) entre os que não realizaram a ação de HM.
- Avaliar o impacto do Projeto, comparando os períodos pré-intervenção (etapa II) e pós-intervenção (etapa IV) quanto aos indicadores de HM referentes ao consumo de produtos de HM, no mínimo seis meses antes e seis meses após as intervenções de melhoria.
 - média do consumo de sabonete em mL por paciente-dia,
 - média do consumo de preparação alcoólica em mL por paciente-dia,
- Avaliar o impacto do Projeto na média de conhecimento sobre IRAS e HM (total de acertos/total de questões em %), comparando os períodos pré (etapa II) e pós-intervenção (etapa IV),
- Avaliar o impacto do Projeto nas taxas de densidade de incidência das Infecções Primárias da Corrente Sanguínea associadas aos Cateteres Centrais, comparando os períodos pré-intervenção (etapa II) e pós-intervenção (etapa IV), no mínimo seis meses

antes e seis meses após as intervenções de melhoria.

4. Metodologia

4.1 Local de estudo

Os hospitais com Unidade de Terapia Intensiva - UTI (adulto, pediátrica e neonatal), sejam públicos, privados ou filantrópicos, serão alvo para participar do projeto.

A adesão ao projeto é voluntária e os componentes propostos da estratégia multimodal deverão ser implantados em um hospital do estado/DF, sendo que cada hospital deve **escolher apenas uma** (1) UTI (adulto, pediátrica ou neonatal).

4.1.1 Os **critérios de inclusão** para o hospital aderir ao “Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Unidade de Terapia Intensiva dos Serviços de Saúde para a Segurança do paciente – 2025” são os seguintes:

- Serviços públicos, privados ou filantrópicos;
- Possuir ≥ 1 leito de UTI com a infraestrutura necessária:
 - ✓ 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;
 - ✓ Disponibilização de preparações alcoólicas para HM pelos serviços de saúde no ponto de assistência (BRASIL, 2010). No mínimo um dispensador para dois leitos ou proporção se salão ou um dispensador por box (leito individual).
- **Apenas 1 (uma) UTI do hospital** deve ser escolhida para implementação das etapas do projeto.
- A UTI escolhida coletou e reportou regularmente, todos os meses do ano de 2024 e até março de 2025, 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 – 2024), disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/notificacao-de-iras-e-rm> e <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia->

microbiana/copy_of_notificacao-de-iras-e-rm OU notificam mensalmente os dados de IRAS e RM para o estado, por meio de sistemática definida pela UF (planilhas Excel ou sistema próprio).

– A UTI escolhida coletou e reportou regularmente, todos os meses do ano de 2024 e até março de 2025, os dados mensais de Consumo de Sabonete e Preparação Alcoólica para Higiene das Mãos em Serviços de Saúde, por meio do formulário disponível em:

<http://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/314533?lang=pt-BR>

– Dispor de recursos para impressão de materiais educativos para HM (arquivos abertos, em alta resolução, a serem disponibilizados pela **Coordenação Estadual/Distrital**). Os materiais educativos para impressão envolverão:

- ✓ Cartaz - Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?
 - ✓ Cartaz - Como Fazer a Fricção Antisséptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?
 - ✓ Cartaz - Os 5 Momentos para a Higiene das Mãos
 - ✓ Panfleto – Higiene das Mãos - Quando e Como fazer
 - ✓ Instrumentos de coleta de dados (descritos no item 4.3.2)
 - ✓ Outros cartazes ou materiais desenvolvidos pela unidade/hospital de orientação e/ou sensibilização sobre a importância da higiene das mãos, seja para os PS ou para pacientes/familiares/acompanhantes.
- São essenciais as seguintes condições para o desenvolvimento do projeto:
- ✓ Obter suporte formal 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 como uma das prioridades 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. O diretor deverá assinar o *Termo de Adesão do Serviço de Saúde ao Projeto* (ANEXO II) – Ver Figura 3.
 - ✓ Nomear o coordenador e vice-coordenador do projeto no hospital (gestores do projeto) que devem dispor de tempo para desenvolver o planejamento e coordenar as atividades programadas do projeto (5 etapas).
 - ✓ Haver documento institucional descrito – manual ou no mínimo procedimento operacional padrão (POP) sobre HM com preparação alcoólica e água e sabonete (indicações – 5 momentos e técnica correta).

- ✓ Realização rotineira de capacitação dos profissionais sobre HM na admissão dos profissionais e reciclagem periódica posterior sobre modos de transmissão de microrganismos (IRAS), importância da HM, produtos de HM, técnica correta e 5 momentos da higiene das mãos.
- ✓ Condições de realizar capacitação e validação dos observadores da prática da HM na UTI selecionada para o projeto.
- ✓ Identificar os possíveis membros para formar o Grupo Executivo do Projeto, com os principais atores da UTI selecionada para o projeto, visando apoiar o projeto para a tomada de decisões – planejar e executar ações de melhoria com base na análise dos resultados da Etapa II: avaliação de estrutura para a HM; avaliação de conhecimento e de tolerância/aceitação de PA; resultados de adesão à HM por categoria profissional e uso de PA nas ações de HM, e nos 5 momentos; Consumo de Sabonete e PA (6 meses prévios no mínimo) e taxa de densidade de incidência da IPCS-CVC (6 meses prévios no mínimo).

4.1.2 Preencher o checklist de participação do projeto (ANEXO I – ver Figura 2) e enviar junto com o *Termo de Adesão do Serviço de Saúde ao Projeto* (ANEXO II – ver Figura 3).

ANEXO I

Checklist de participação do Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Unidade de Terapia Intensiva dos Serviços de Saúde para a Segurança do paciente – 2025

Favor assinalar com X os itens abaixo se SIM, na UTI selecionada para participar do projeto.

- ☐ Apenas 1 (uma) UTI do hospital foi selecionada para participar do projeto
- ☐ UTI tem mais um leito
- ☐ Na UTI tem no mínimo uma pia/lavatório para cinco leitos;
- ☐ Na UTI tem no mínimo um dispensador de Preparação Alcoólica para dois leitos (berços ou incubadoras) ou proporção se salão ou um dispensador por boxe (leito individual).
- ☐ A UTI selecionada coletou e reportou regularmente, todos os meses do ano de 2024 e até março de 2025, 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)*.
- ☐ A UTI escolhida coletou e reportou regularmente, todos os meses do ano de 2024 e até março de 2025, os dados mensais 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>
- ☐ A instituição (UTI escolhida) dispõe de recursos para impressão dos formulários do projeto e materiais educativos para HM.
- ☐ O diretor do hospital e o gestor da UTI (local de realização do projeto) concordou em participar do projeto e dar todo suporte necessário para a execução do projeto.
- ☐ O diretor do hospital assinou o *Termo de Adesão do Serviço de Saúde ao Projeto* (ANEXO II).

Figura 2. ANEXO I - Checklist para participar do Projeto HM

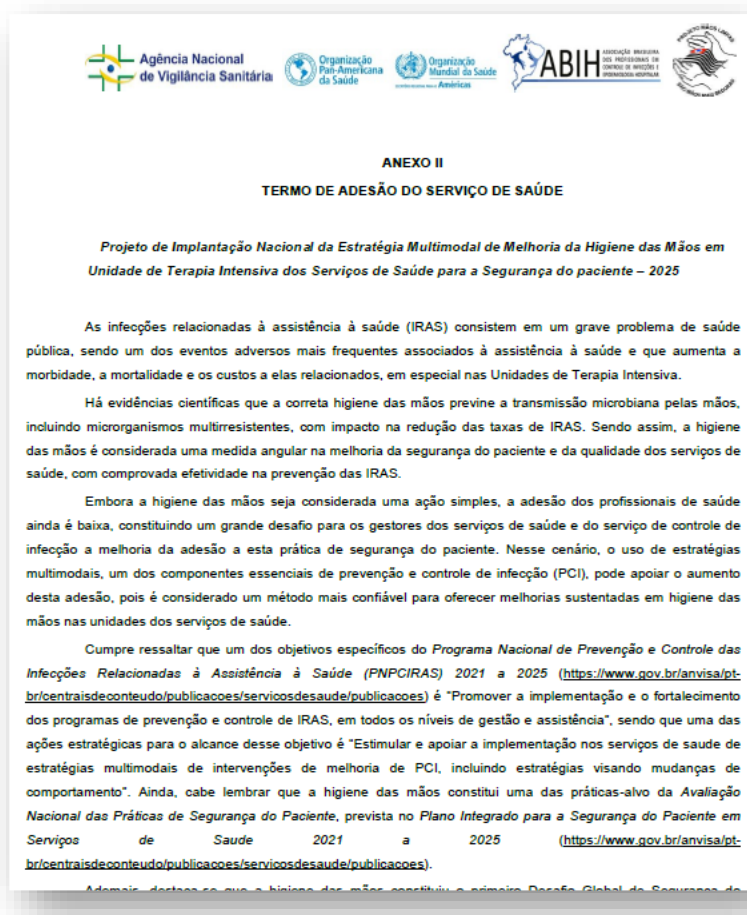


Figura 3. Anexo II: Termo de adesão do serviço de saúde

Nota 1: Os materiais devem ser impressos em:

- Cartazes: formato A3; Papel: Miolo couche fosco 90 gr. Número de páginas em Word - 01 página.
- Panfleto: formato A4; Papel: Miolo couche fosco 90gr. Número de páginas em Word – 02 páginas.
- Instrumentos de coleta de dados (descritos no item 4.3.2).

Nota 2: Caso o estado/DF tenha interesse em reproduzir os materiais, podem proceder à impressão, seguindo estas especificações.

Nota 3: Tanto os hospitais participantes quanto os estados/DF podem inserir os logotipos nos materiais a serem impressos (seguindo as legislações e condutas definidas no país para o período eleitoral).

4.1.3 Os critérios de exclusão de adesão ao “Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Unidade de Terapia Intensiva dos Serviços de Saúde para a Segurança do paciente – 2025” são os seguintes:

- Participar do Projeto “Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica do Serviços de Saúde para a Segurança do paciente – 2025”

- Não finalizar o projeto, ou seja, deixar de coletar os dados em alguma das etapas e não enviar TODOS os dados solicitados no projeto à coordenação estadual e nacional.

4.2. Etapa pré-desenvolvimento do projeto

Prazo para esta etapa: **até 16 de junho de 2025**

Esta etapa consistirá das seguintes atividades:

1. Secretário da Saúde do Estado: Escolha da coordenação do projeto do estado e organização para desenvolver o projeto, com indicações de hospitais para participar do projeto.
 2. Coordenação Estadual e Distrital de Controle de Infecção Hospitalar (**CECIH/CECIRAS**): confirma a escolha dos hospitais e o Projeto – UTI OU Centro Cirúrgico/Recuperação Anestésica, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão – Item 4.1.1.
 3. Os hospitais selecionados serão convidados, pelas CECIH/CECIRAS, e com o apoio dos NSP VISA, a participar do “Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Unidade de Terapia Intensiva – UTI dos Serviços de Saúde para a Segurança do paciente – 2025”:
- O hospital que aceitar participar do projeto enviará termo assinado pelo diretor do hospital e pelo coordenador e vice-coordenador do projeto à Coordenação Estadual/Distrital (ANEXO II – Termo de adesão do Serviço de Saúde e ANEXO I – checklist de critérios de inclusão).
 - Cabe reforçar que apenas **1 (uma) UTI do hospital** deve ser escolhida para implementação das etapas deste projeto.
 - O coordenador e/ou vice-coordenador do projeto irá preencher o cadastro no LimeSurvey com as informações da instituição participante (ANEXO III - Cadastro de serviço de saúde participante do projeto de implantação nacional da estratégia multimodal de melhoria da higiene das mãos na UTI - 2025. Ver Figura 4).
 - No final do preenchimento deverá inserir o ANEXO I – checklist de critérios de inclusão e ANEXO II - Termo de adesão do Serviço de Saúde ao Projeto de implantação nacional da estratégia multimodal de melhoria da higiene das mãos na UTI – 2025, com a assinatura do Diretor da instituição, Coordenador e Vice Coordenador do projeto.

Anexo III - Cadastro do serviço de saúde participante do Projeto de implantação nacional da estratégia multimodal de melhoria da higiene das mãos na UTI – 2025

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

***Nome do Hospital (por extenso):**

***Estado:**

● Escolha uma das seguintes respostas:

***CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES)**

● Apenas números podem ser usados nesse campo.

***NATUREZA DO HOSPITAL:**

Figura 4. Anexo III a ser preenchido no LimeSurvey: Cadastro do serviço de saúde participante do Projeto de implantação nacional da estratégia multimodal de melhoria da higiene das mãos na UTI – 2025

- Os dados a serem preenchidos no ANEXO III (Formulário LimeSurvey) são os seguintes:
- ✓ **IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE**
 - ✓ **NOME DO HOSPITAL** (por extenso)
 - ✓ **ESTADO**
 - ✓ **CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES)**
 - ✓ **NATUREZA DO HOSPITAL:** Privado (); Filantrópico (); Público ().
 - ✓ **NÚMERO TOTAL DE LEITOS DO HOSPITAL**
 - ✓ **TIPO DE UTI PARTICIPANTE (ADULTO, PEDIÁTRICA, NEONATAL)**
 - **NÚMERO DE LEITOS DA UTI PARTICIPANTE DO PROJETO**
 - **NÚMERO DE PROFISSIONAIS LOTADOS NA UTI, POR CATEGORIA PROFISSIONAL**
 - ✓ **DADOS DOS PROFISSIONAIS DO HOSPITAL RESPONSÁVEIS PELO PROJETO:**
 - 1. DIRETOR DO HOSPITAL:**
 - Nome completo:
 - E-mail:
 - Número de telefone ou celular para contato: (##)#####
 - 2. COORDENADOR DO PROJETO:**
 - Nome completo:
 - E-mail:
 - Número de telefone ou celular para contato: (##)#####
 - 3. VICE-COORDENADOR DO PROJETO**
 - Nome completo:
 - E-mail:
 - Número de telefone ou celular para contato: (##)#####
 - ✓ **NÚMERO PREVISTO DE OBSERVADORES de HM** (identificar profissionais que farão a capacitação para realizar a observação direta da prática da higiene das mãos)

- INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL QUE FARÁ A CAPACITAÇÃO DE OBSERVAÇÃO DIRETA DA PRÁTICA DA HIGIENE DAS MÃOS: NOME COMPLETO e E-MAIL.

✓ **TIPO DE LUVA PADRONIZADA NA INSTITUIÇÃO:**

- COM PÓ (entalcadas)
- ISENTA DE PÓ

4.2.1 Organização para desenvolvimento das etapas do projeto:

- Definir os critérios e selecionar os observadores de HM. Por exemplo: ser profissional de nível técnico ou superior; que tenha características de honestidade, integridade, comprometimento, ética (sigilo de dados e dos profissionais observados), responsabilidade, proatividade e trabalho em Equipe, com interesse nos temas de HM, segurança de pacientes e dos PS, melhoria da qualidade assistencial, e tenha disponibilidade de tempo. Poderá ser da assistência ou fazer parte da CCIH. Devem contar com o apoio da direção e da liderança local para viabilizar o treinamento teórico e prático, até a validação e estar aptos a realizar a observação direta.

A seleção de observadores de HM nesta etapa é devido à necessidade de organizar a capacitação (ETAPA I) para realizarem a observação direta da prática de HM na ETAPA II e IV.

- O coordenador e/ou vice-coordenador do projeto irá formar um Grupo Executivo do Projeto, com identificação de líderes-chave, para o planejamento e desenvolvimento do plano de ações do Projeto (ANEXO IV. Ver Figura 5.)

ANEXO IV

Modelo de Plano de Ação para a implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos

Introdução

O Modelo de Plano de Ação é proposto para ajudar os representantes de estabelecimentos de saúde na elaboração de um plano de ação local para a implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos.

É muito abrangente, porém não leva em conta as questões locais. Portanto, os estabelecimentos de saúde deverão adaptá-lo à sua situação local.

O modelo não pretende indicar uma ordem cronológica para a realização das ações propostas, mas formar uma visão geral de todas as ações necessárias para garantir a implementação da estratégia, de acordo com os detalhes providenciados na Parte II do Guia de Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos. Anexa parte do Guia de Implementação estão também incluídas as indicações e instruções sobre o uso das ferramentas disponíveis para implementar cada componente da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos.

O modelo oferece uma gama de ações sobre o progresso da higiene das mãos em nível de estabelecimentos, desde ações básicas a serem realizadas para iniciar um programa de higiene das mãos até atividades avançadas realizadas nos estabelecimentos onde a promoção de higiene das mãos é muito avançada.

O modelo também ajuda a identificar as funções e responsabilidades para estabelecer um cronograma de execução das ações e as implicações organizacionais, bem como acompanhar o avanço na aplicação da estratégia.

Modelo de Plano de Ação

Ação	Pessoa Responsável	Quando	Onde	Orçamento	Avanço
1. Análise e validação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos no site da OMS e no site da Organização da Unidade de Saúde					
2. Identificar um coordenador e um vice-coordenador para o programa de melhoria da higiene das mãos					
3. Identificar e estabelecer uma equipe - em conformidade com o coordenador de higiene das mãos					
4. Análise					
5. Avaliação de risco					
6. Levantamento da infraestrutura das Unidades					
7. Distribuição de materiais (luvas, álcool, água e sabão) para a melhoria da higiene das mãos					
8. Capacitação					
9. Monitoramento					
10. Avaliação					

Figura 5. Anexo IV. Modelo de Plano de Ações para desenvolvimento do projeto na implementação da Estratégia Multimodal para melhoria da higiene das mãos.

- Os membros do Grupo Executivo devem ler o Projeto, as etapas do Projeto e o cronograma, verificar todos os instrumentos a serem utilizados quanto ao conteúdo e necessidades de recursos para a utilização dos mesmos: impressão e/ou meios para aplicação dos questionários), como coletar e consolidar os dados no arquivo Excel – “consolidado das Etapas II e IV” e como realizar a análise desses dados. Isto irá auxiliar no desenvolvimento do Plano de Ações do Projeto com cronograma.

Em data oportuna será agendada reunião online com as CECIH e com os hospitais que aderiram ao projeto para apresentação, pela Coordenação Nacional, do “Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Unidade de Terapia Intensiva dos Serviços de Saúde para a Segurança do paciente – 2025”: objetivos, cronograma/etapas e ferramentas.

4.3 Desenvolvimento do projeto

O projeto será realizado em 5 etapas: preparação, avaliação basal ou pré-intervenção, intervenção de melhoria, avaliação pós-intervenção e avaliação geral.

4.3.1 ETAPA I – PREPARAÇÃO

É a etapa para o serviço de saúde se organizar quanto aos recursos materiais/humanos, aplicação ou impressão de instrumentos a serem utilizados na etapa II, definir atividades e cronograma.

Prazo estipulado para esta etapa: 30 dias (17 de junho a 17 de julho de 2025).

A ETAPA I consta das seguintes atividades:

1. Comunicação do projeto às lideranças da instituição

Enviar carta aos gerentes/líderes informando sobre a implantação do Projeto através do instrumento “Carta para lideranças” (ANEXO V, ver Figura 6). A Carta será enviada, pelos Coordenadores locais dos serviços de saúde a todos os líderes/gerentes das unidades envolvidas (o modelo da carta será disponibilizado posteriormente aos hospitais participantes do Projeto).



Figura 6. ANEXO V – Modelo de Carta para as Lideranças

2. Organização para realizar a observação direta da prática da HM

- Realizar a capacitação (online e/ou presencial) dos observadores de HM dos serviços de saúde, com sessão de três horas de duração no mínimo, com exercícios práticos. O serviço de saúde deverá imprimir os impressos de observação direta (**ANEXO VIII**) para usá-los durante a capacitação.
- A organização do evento será realizada pelas Equipes Coordenadoras do Projeto no estado/DF, em conjunto com os coordenadores locais dos serviços de saúde. A capacitação será realizada por especialista na área de prevenção e controle de infecção (colaborador externo para o tema HM indicado pela Coordenação Nacional).

Nota 4: É fundamental que os documentos institucionais estejam descritos conforme regulamentos técnicos, requisitos, procedimentos (HM com água e sabonete líquido/espuma e fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica), indicações dos 5 momentos, uso adequado de luvas, e que sejam utilizados como base para a observação direta da adesão à HM e também nas capacitações dos profissionais na intervenção de melhoria!

3. Verificar/Imprimir os instrumentos que serão utilizados/aplicados na ETAPA II, tais como: ANEXOS: VI - avaliação de estrutura, VII - avaliação de conhecimento e de tolerância/aceitação de PA, VIII - formulário de observação direta da HM, IX – dados mensais de consumo de produtos de HM e taxas de IPCS-CVC, X - autoavaliação do Programa de Higiene das Mãos.
4. Verificar/alinhar com a coordenação da unidade quando e como aplicar os questionários (ANEXO VII: conhecimento tolerância/aceitação de PA): horário e prazo para os profissionais responderem – se impressos ou eletrônico - via online (Exemplos: SurveyMonkey, GoogleForms, entre outros)
5. Organizar planilha em Excel para coletar dados mensais de consumo de sabonete, consumo de preparação alcoólica e taxa de densidade de incidência de IPCS-CVC- (ANEXO IX).
6. Realizar a autoavaliação do Programa de Higiene das Mãos (opcional, mas recomendável para hospital que nunca fez autoavaliação) para diagnóstico do nível do Programa na instituição e identificação de lacunas para melhoria. ANEXO X.

4.3.2 ETAPA II – AVALIAÇÃO INICIAL – BASAL (PRÉ-INTERVENÇÃO)

Prazo estipulado para esta etapa: 66 dias (18 de julho a 22 de setembro de 2025)

Nesta etapa os serviços de saúde irão realizar a avaliação pré-intervenção utilizando os seguintes instrumentos (disponibilizados aos hospitais participantes do Projeto):

1. AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA PARA HM – ANEXO VI.

Preencher o instrumento em Excel quanto a: estrutura para lavar as mãos (ANEXO VI-A) e para uso de preparação alcoólica (ANEXO VI-B), na ABA “1.Anexo VI_Av_ConsolEstrutura”, do arquivo em EXCEL – “Consolidado dos instrumentos ETAPAS II e IV” (notebook, tablete ou celular), **referente à ETAPA II.**

Este ANEXO VI tem o objetivo de avaliar se há estrutura adequada para a lavagem das mãos e fricção antisséptica das mãos com Preparação Alcoólica (PA). O objetivo na ETAPA II é fazer o diagnóstico quanto à estrutura para a higiene das mãos e promover melhorias. Comparar indicadores da ETAPA IV com ETAPA II, para avaliar o impacto das intervenções na ETAPA IV, junto aos outros indicadores.

ANEXO VI-A: Avaliação das PIAS - ETAPA II
SIM - marcar 1. NÃO - MARCAR 0 (Zero)

Numeração de Pia	Pia em uso	Dispensador abastecido com sabonete (conforme o antisséptico)	Dispensador de sabonete em funcionamento	Dispensador abastecido com papel toalha e em funcionamento	Cartaz com técnica para lavar as mãos e em bom estado
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
Total	0	0	0	0	0
Conformidade (%) = (nº SIM/TOTAL PIAS em USO X100)	0	0	0	0	0

Células com fórmula - não apagar
Caso dispensador não esteja em uso - registrar 0 (zero) e não avaliar outros itens

ANEXO VI-A: Avaliação das PIAS - ETAPA IV (APÓS INTERVENÇÃO)
SIM - marcar 1. NÃO - MARCAR 0 (Zero)

Preencher somente na ETAPA IV

Numeração de Pia	Pia em uso	Dispensador abastecido com sabonete (conforme o antisséptico)	Dispensador de sabonete em funcionamento	Dispensador abastecido com papel toalha e em funcionamento	Cartaz com técnica para lavar as mãos e em bom estado
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
Total	0	0	0	0	0
Conformidade (%) = (nº SIM/TOTAL PIAS em USO X100)	0	0	0	0	0

Células com fórmula - não apagar
Caso dispensador não esteja em uso - registrar 0 (zero) e não avaliar outros itens

ANEXO VI-B: Avaliação de Preparação Alcoólica (PA) - ETAPA II
SIM - marcar 1. NÃO - MARCAR 0 (Zero)

Numeração dispensador de PA	Dispensador de PA em uso	Dispensador abastecido com preparação alcoólica	Dispensador de preparação alcoólica em funcionamento	Cartaz com técnica para fricção das mãos com PA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
TOTAL	0	0	0	0
Conformidade (%) = (nº SIM/TOTAL DISPENSADOR EM USO X100)	0	0	0	0

Células com fórmula - não apagar
Caso dispensador não esteja em uso - registrar 0 (zero) e não avaliar outros itens

ANEXO VI-B: Avaliação de Preparação Alcoólica (PA) - ETAPA IV (APÓS INTERVENÇÃO)
SIM - marcar 1. NÃO - MARCAR 0 (Zero)

Preencher somente na ETAPA IV

Numeração dispensador de PA	Dispensador de PA em uso	Dispensador abastecido com preparação alcoólica	Dispensador de preparação alcoólica em funcionamento	Cartaz com técnica para fricção das mãos com PA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
TOTAL	0	0	0	0
Conformidade (%) = (nº SIM/TOTAL DISPENSADOR EM USO X100)	0	0	0	0

Células com fórmula - não apagar
Caso dispensador não esteja em uso - registrar 0 (zero) e não avaliar outros itens

Orientações preenchimento 0. Identificação Hospital 1.Anexo VI_Av_ConsolEstrutura

Figura 7. ANEXOS VI-A e VI-B – Avaliação de estrutura de Pia e Preparação Alcoólica

Nota 5: No diagnóstico da estrutura de HM, ao identificar a(s) não conformidade(s), deve-se definir no plano de ações de melhoria o 5W2H (o quê, por quê, onde, quando e quem; como e quanto custa), e aplicar as medidas corretivas assim que possível.

2. AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO E AVALIAÇÃO DE TOLERÂNCIA E ACEITAÇÃO DE PREPARAÇÃO ALCOÓLICA PARA A HIGIENE DAS MÃOS

2.1 Os Profissionais de Saúde que atuam na UTI participante do projeto, incluindo médicos, fisioterapeutas, devem responder o instrumento “Avaliação de conhecimento sobre HM” e “Avaliação de tolerância e aceitação de preparação alcoólica para a higiene das mãos” (ANEXO VII – Figura 8). Poderá ser impresso ou ONLINE (exemplo: GoogleForms ou MicrosoftForms).

ANEXO VII – Questionário de Conhecimento sobre Higiene das Mãos e de tolerância e aceitação da preparação alcoólica – ETAPA II

Estamos interessados na sua **opinião** sobre: 1. higiene das mãos e 2. Produto alcoólico em uso para a higiene das mãos.

- Você não levará mais do que 5 minutos para respondê-lo. Suas respostas são anônimas e serão mantidas em sigilo.
- Por favor, leia as perguntas com atenção e depois responda - cada pergunta tem **apenas uma resposta** (marcar com X se a frase é Verdadeira ou Falsa).

IDENTIFICAÇÃO

A. Unidade: ☒ UTI adulto () UTI pediátrico () UTI neonatal

B. Qual sua categoria profissional? ☒ ~~Enfermeiro~~ de enfermagem () ~~Enfermeiro~~ () Fisioterapeuta () Médico () Outra: Qual _____

1. Sobre higiene das mãos, responda com X se a frase é Verdadeira ou Falsa:

Responda para cada frase, se é verdadeira ou falsa	Verdadeira	Falsa
1. Higienizar as mãos com preparação alcoólica é mais rápido do que lavar com água e sabonete.		
2. Higienizar as mãos com preparação alcoólica é mais eficaz contra os microrganismos do que lavar com água e sabonete.		
3. Preparação alcoólica deve cobrir todas as superfícies de ambas as mãos.		
4. As mãos devem estar secas antes de friccionar com a preparação alcoólica.		
5. Pode-se secar as mãos com papel toalha após fricção das mãos com preparação alcoólica.		
6. Tempo mínimo necessário para a preparação alcoólica eliminar os microrganismos nas suas mãos é de 20 segundos		
7. As indicações de higiene das mãos que protegem o profissional da saúde são: antes e depois de tocar o paciente		
8. As indicações de higiene das mãos que protegem o paciente são: antes de tocar o paciente e antes de realizar procedimento limpo/asséptico		
9. Não é necessário higienizar as mãos antes de calçar as luvas e após retirá-las, pois as luvas me protegem contra microrganismos		

2. Sobre o produto alcoólico em uso na sua unidade/instituição, assinale com X a sua opinião quanto às características em SATISFEITO, INDIFERENTE OU INSATISFEITO

CARACTERÍSTICAS	SATISFEITO	INDIFERENTE	INSATISFEITO
1. Odor			
2. Textura			
3. Não causa irritação ou ardência na pele			
4. Não resseca a pele			
5. Mãos pegajosas no 1º uso			

Figura 8. ANEXO VII – Formulário de Avaliação de conhecimento e de tolerância/aceitação de preparação alcoólica

2.2 Os resultados consolidados do questionário de avaliação de conhecimento e de tolerância/aceitação de PA devem ser lançados na ABA “2.Anexo VII_ConsConhec_AceitaPA” do arquivo em EXCEL – “Consolidado dos instrumentos ETAPAS II e IV”. Ver Figura 9.

ANEXO VII- CONSOLIDADO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO E TOLERÂNCIA/ACEITAÇÃO DE PREPARAÇÃO ALCOÓLICA - ETAPA II										
1. Avaliação de Conhecimento - Etapa II						2. Avaliação do produto alcoólico em uso. ETAPA II				
Respostas em número absoluto						Porcentagem das respostas				
Características	SATISFEITO	INDETERMINADO	INSATISFEITO	Nº questões respondidas		SATISFEITO	INDETERMINADO	INSATISFEITO		
1.Odor				0						
2.Textura				0						
3.Não causa irritação ou ardência na pele				0						
4.Não resseca pele				0						
5.Mãos pegajosas no 1º uso				0						
6.Velocidade de secagem				0						
7.Facilidade de uso do dispensador				0						
8.Disponibilidade na sua unidade - fácil acesso				0						
9.Qual sua opinião geral sobre o produto e o dispensador				0						
Avaliação geral do produto alcoólico e do dispensador						0				

1. Avaliação de Conhecimento - Etapa II					
Questões - responder se frase é Verdadeira ou Falsa	Nº Verdadeira	%	Nº Falsa	%	Nº questões respondidas
1. Higienizar as mãos com preparação alcoólica é mais rápido do que higienizar as mãos com água e sabonete.	BDIV0I		BDIV0I		0
2. Higienizar as mãos com preparação alcoólica é mais eficaz contra os microrganismos do que lavar as mãos com água e sabonete.	BDIV0I		BDIV0I		0
3. A preparação alcoólica deve cobrir todas as superfícies de ambas as mãos.	BDIV0I		BDIV0I		0
4. As mãos devem estar secas antes de friccionar com a preparação alcoólica.	BDIV0I		BDIV0I		0
5. Pode-se tocar as mãos com papel/toalha após fricção das mãos com preparação alcoólica.	BDIV0I		BDIV0I		0
6. Tempo mínimo necessário para a preparação alcoólica eliminar os microrganismos nas suas mãos é de 20 segundos.	BDIV0I		BDIV0I		0
7. As indicações de higiene das mãos que protegem o profissional da saúde são: antes e depois de tocar o paciente.	BDIV0I		BDIV0I		0
8. As indicações de higiene das mãos que protegem o paciente são: antes de tocar o paciente e antes de realizar procedimento limpo/asséptico.	BDIV0I		BDIV0I		0
9. Não é necessário higienizar as mãos antes de calçar as luvas e após retirá-las, pois as luvas já protegem contra os microrganismos.	BDIV0I		BDIV0I		0
As células em destaque verde são as respostas corretas e cor branca as respostas erradas. Nº TOTAL DE RESPOSTAS CERTAS = a soma das (B5+B6+D1+B1+D5+B10+D11+B12+D13) corresponde ao número em B14 e a porcentagem em C14 – é número total de questões certas (B14/M14) multiplicado por cem dividido por M14.	0	*****	0	BDIV0I	0

Figura 9 – ANEXO VII – planilha para inserção dos dados consolidados de conhecimento e tolerância/aceitação de PA

2.2.1 No mesmo arquivo (“Consolidado dos instrumentos ETAPAS II e IV”), na ABA “2.1_Ex_org_respostas ANEXO VII” tem um modelo de planilha para inserir as respostas dos profissionais da UTI referente ao questionário de conhecimento e tolerância/aceitação de preparação alcoólica. Ver Figura 10

[illegible]

Figura 10. Planilha – exemplo, para inserir respostas do ANEXO VII.

Nota 6: No diagnóstico do conhecimento sobre HM, ao identificar as questões com menor pontuação, verificar se está relacionada a alguma categoria profissional para desenvolver o plano educacional de capacitação/treinamento dos profissionais. Preferencialmente, a capacitação/treinamento deve ser direcionada para a categoria, o fluxo de trabalho e suas atividades específicas.

Nota 7: No diagnóstico de tolerância e aceitação da preparação alcoólica, verificar se as respostas estão consistentes com a avaliação da observação direta. Ou seja, se uma avaliação insatisfatória do produto está impactando na adesão à HM, para planejamento quanto à prioridade no teste e troca por outro produto.


3. AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DA HIGIENE DAS MÃOS DOS PROFISSIONAIS

3.1 Realizar observação direta da HM utilizando o Formulário de observação direta da HM - ANEXO VIII (Figura 11) – formulário que poderá ser impresso para coletar os dados da observação direta da HM. Utilizar um formulário para cada sessão, observar aproximadamente 200 oportunidades na UTI participante (com proporção semelhante de oportunidades por categoria profissional), para obter a taxa de adesão à HM no geral, por categoria profissional e nas indicações dos 5 Momentos. Também será possível identificar se “não realizar HM” se deve ao uso de luvas e qual a porcentagem de uso de preparação alcoólica entre os que realizaram a ação de HM.

Caso utilize aplicativo de observação direta da HM, verificar se o cálculo da adesão é por oportunidades ou somente nos 5 momentos.

3.1.1 Para o presente projeto, se o observador notar que a HM foi realizada de forma incorreta (não observância à técnica de HM) ou realizada em momento errado pelo profissional de saúde que está sendo observado, deve considerar como “NÃO REALIZADA” a ação de higiene das mãos.

3.1.2 CASO NÃO SEJA REALIZADA A AÇÃO DE HM – MARCAR LUVAS, SE PROFISSIONAL USOU LUVAS: irá revelar o quanto o uso de luvas impactou para NÃO REALIZAR A AÇÃO DE HM.



ANEXO VIII-A - FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DIRETA DA PRÁTICA DA HIGIENE DAS MÃOS

Local: _____ Observador: _____ Data: ____/____/____ Página: ____
 Período: Manhã() Tarde() Noturno A() Noturno B() Hora início: ____h ____min Término: ____h ____min Sessão Nº: ____

Para cada coluna: observar uma Categoria Profissional: Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, Médico, fisioterapeuta, Outra. Médico – pode especificar: Cirurgião, Anestesiologista, Residente, Clínico.

Cat. prof.	Nº Prof.	Cat. prof.	Nº Prof.	Cat. prof.	Nº Prof.	Cat. prof.	Nº Prof.
Op.	Indicação	Ação HM	Op.	Indicação	Ação HM	Op.	Indicação
1	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	1	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	1	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.
2	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	2	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	2	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.
3	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	3	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	3	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.
4	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	4	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	4	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.
5	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	5	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	5	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.
6	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	6	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	6	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.
7	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	7	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	7	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.
8	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	8	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	8	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.
9	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	9	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	9	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.
10	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	10	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sab. <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> LUVAS	10	ant-pact. ant-proc. pós-fl.corr. pós-pact. pós-sup.

Nº op.: ____ Nº PA.: ____ Sab.: ____ Nº op.: ____ Nº PA.: ____ Sab.: ____ Nº op.: ____ Nº PA.: ____ Sab.: ____ Nº op.: ____ Nº PA.: ____ Sab.: ____
 Nº NÃO.: ____ Luv.: ____ Nº NÃO.: ____ Luv.: ____ Nº NÃO.: ____ Luv.: ____ Nº NÃO.: ____ Luv.: ____

Ant-pact.: antes tocar paciente; ant-proc.: antes procedimento instrumental; pós-fl.corr.: após risco exposição a fluidos corporais; pós-pact.: após tocar paciente; pós-sup.: após tocar superfícies próximas ao paciente; Sab.: sabonete

Figura 11. ANEXO VIII: Formulário de Observação Direta da HM

3.2 Inserir os dados coletados das sessões da Observação Direta da prática da higiene das mãos na ABA “3.Anexo VIII_ConsAdesHM5MoCat” no “arquivo Excel - CONSOLIDADO DOS INSTRUMENTOS das ETAPAS II e IV”: na Tabela 1 - dados dos 5 momentos de cada sessão (ANEXO VIII-A) e na Tabela 3 - dados por categoria profissional de cada sessão (ANEXO VIII-B).

3.2.1 Após inserção dos números absolutos, serão obtidos os indicadores de adesão à HM na Tabela 2: Consolidação de dados dos 5 momentos e na Tabela 4: Consolidação de dados por categoria profissional e no total por oportunidades (adesão geral).

3.2.2 Nas Tabelas 2 e 4, será possível identificar a proporção de uso de PA entre os profissionais que realizaram a ação de HM e uso de luvas (entre os que não realizaram a HM) nos 5 Momentos e por categoria profissional.

Ver FIGURA 12. ANEXOS VIII-A e VIII-B: Tabelas 1, 2, 3 e 4.

ANEXO VIII-A - Consolidado da Adesão aos 5 momentos - Na UTI - Etapa II

Tabela 1. Preencher com Dados Observação Direta da HM nos 5 Momentos por sessão - Etapa II

Momento	1. Antes de tocar paciente			2. Antes de procedimento limpo ou asséptico			3. Após o risco de exposição a fluidos			4. Após tocar paciente			5. Após tocar superfícies próximas ao paciente				
	Nº de Sessão	Nº oportunidade	Ação de HM Sabonete/Alcool	Não houve ação HM	Uso Luvas se Não	Nº oportunidade	Ação de HM Sabonete/Alcool	Não houve ação HM	Uso Luvas se Não	Nº oportunidade	Ação de HM Sabonete/Alcool	Não houve ação HM	Uso Luvas se Não	Nº oportunidade	Ação de HM Sabonete/Alcool	Não houve ação HM	Uso Luvas se Não
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	
30																	
31																	
32																	
33																	
34																	
35																	
36																	
37																	
38																	
39																	
40																	
41																	
42																	
43																	
44																	
45																	
46																	
47																	
48																	
49																	
50																	
51																	
52																	
53																	
54																	
55																	
56																	
57																	
58																	
59																	
60																	
61																	
62																	
63																	
64																	
65																	

Tabela 2. Consolidado 5 Momentos Na UTI - Etapa II

Momento	Nº oportunidade	Ação HM Sabonete/Alcool	Nº de Sessão	Preparação alcoólica		Nº de Sessão	Uso Luvas
				Nº Alcool	% Alcool		
1. Antes de tocar paciente	0	0	0	0	0	0	0
2. Antes de procedimento	0	0	0	0	0	0	0
3. Após risco fluidos corporais	0	0	0	0	0	0	0
4. Após tocar paciente	0	0	0	0	0	0	0
5. Após tocar superfícies próximas	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	0	0	0

Tabela 3. Preencher com Dados da Observação Direta da HM por categoria profissional por sessão - Etapa II

Categoria Profissional	Enfermeiro					Aux/Técnico Enfermagem					Médico					Outras categorias				
	Nº oportunidade	Ação HM Sabonete	Alcool	Não houve ação HM	Uso Luvas se Não ação HM	Nº oportunidade	Ação HM Sabonete	Alcool	Não houve ação HM	Uso Luvas se Não ação HM	Nº oportunidade	Ação HM Sabonete	Alcool	Não houve ação HM	Uso Luvas se Não ação HM	Nº oportunidade	Ação HM Sabonete	Alcool	Não houve ação HM	Uso Luvas se Não ação HM
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabela 4. Consolidado HM por Categoria, ADESÃO GERAL, USO DE PREPARAÇÃO ALCOÓLICA e USO DE LUVAS Na UTI - Etapa II

Categoria Profissional	Nº op	Nº Ação HM	Adesão HM %	Uso Preparação Alcoólica		Uso de Luvas	
				Nº Alcool	% Alcool	NÃO HOUVE AÇÃO HM	% uso luvas
Enfermeiro	0	0	0	0	0	0	0
Aux/Tec. Enf.	0	0	0	0	0	0	0
Médico	0	0	0	0	0	0	0
Outras categorias	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	0	0	0

Figura 12. ANEXOS VIII A e B – Tabelas para inserção de dados (Tabelas 1 e 3) e Consolidação de dados dos 5 momentos (Tabela 2) e por categoria profissional e total - adesão geral (Tabela 4).

Nota 8: Analise a adesão à HM nos 5 momentos, por categoria profissional, geral por oportunidades e proporção de uso de preparação alcoólica entre o número de ações de HM (entre profissionais e geral), e uso de LUVAS (entre os que não realizaram a ação de HM) para elaborar o plano educacional de melhoria da adesão à HM. As abordagens devem ser direcionadas para as deficiências encontradas.

Definir com o gestor da área as metas de adesão à HM para a ETAPA IV.

4. INDICADORES DE CONSUMO DE SABONETE E PREPARAÇÃO ALCOÓLICA E DE INFECÇÃO DA CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA AO CVC - ANEXO IX

ANEXO IX-A: consumo de sabonete líquido

ANEXO IX-B: consumo de preparação alcoólica

ANEXO IX-C: Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) Associada ao Cateter Central.

Preencher os **dados mensais** do consumo de sabonete líquido e preparação alcoólica, e de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) Associada ao Cateter Central na ABA “4.ANEXO IX_ConsprodHM_IPCS” do arquivo EXCEL - CONSOLIDADO DOS INSTRUMENTOS das ETAPAS II e IV.

ANEXO IX-A: Avaliação do consumo de Sabonete					ANEXO IX-B: Avaliação do consumo de preparação alcoólica					ANEXO IX-C: Taxa de densidade IPCS-CVC				
Ano	Mês do ano	Quantidade Sabonete utilizada (ml)	Número pacientes-dia	Consumo em mL por pac.dia	Ano	Mês do ano	Quantidade preparação alcoólica utilizada (ml)	Número pacientes-dia	Consumo em mL por pac.dia	Ano	Mês do ano	No. IPCS	CVC-dias	TDI IPCS_CVC
2024	janeiro			#DIV/0!	2024	janeiro			#DIV/0!	2024	janeiro			#DIV/0!
	fevereiro			#DIV/0!		fevereiro			#DIV/0!		fevereiro			#DIV/0!
	março			#DIV/0!		março			#DIV/0!		março			#DIV/0!
	abril			#DIV/0!		abril			#DIV/0!		abril			#DIV/0!
	maio			#DIV/0!		maio			#DIV/0!		maio			#DIV/0!
	junho			#DIV/0!		junho			#DIV/0!		junho			#DIV/0!
	julho			#DIV/0!		julho			#DIV/0!		julho			#DIV/0!
	agosto			#DIV/0!		agosto			#DIV/0!		agosto			#DIV/0!
	setembro			#DIV/0!		setembro			#DIV/0!		setembro			#DIV/0!
	outubro			#DIV/0!		outubro			#DIV/0!		outubro			#DIV/0!
	novembro			#DIV/0!		novembro			#DIV/0!		novembro			#DIV/0!
	dezembro			#DIV/0!		dezembro			#DIV/0!		dezembro			#DIV/0!
Total 2024		0	0	#DIV/0!	TOTAL 2024		0	0	#DIV/0!	Total 2024		0	0	#DIV/0!
2025	janeiro			#DIV/0!	2025	janeiro			#DIV/0!	2025	janeiro			#DIV/0!
	fevereiro			#DIV/0!		fevereiro			#DIV/0!		fevereiro			#DIV/0!
	março			#DIV/0!		março			#DIV/0!		março			#DIV/0!
	abril			#DIV/0!		abril			#DIV/0!		abril			#DIV/0!
	maio			#DIV/0!		maio			#DIV/0!		Maio			#DIV/0!
	junho			#DIV/0!		junho			#DIV/0!		Junho			#DIV/0!
	julho			#DIV/0!		julho			#DIV/0!		Julho			#DIV/0!
	agosto			#DIV/0!		agosto			#DIV/0!		agosto			#DIV/0!
	setembro			#DIV/0!		setembro			#DIV/0!		setembro			#DIV/0!
	outubro			#DIV/0!		outubro			#DIV/0!		outubro			#DIV/0!
	novembro			#DIV/0!		novembro			#DIV/0!		novembro			#DIV/0!
	dezembro			#DIV/0!		dezembro			#DIV/0!		dezembro			#DIV/0!
TOTAL 2025		0	0	#DIV/0!	TOTAL 2025		0	0	#DIV/0!	TOTAL 2025		0	0	#DIV/0!
Células com fórmula - não apagar														

Figura 13. ANEXO IX A, B e C. Planilhas de monitoramento de consumo de sabonete, preparação alcoólica e de IPCS associada ao CVC

Atenção: À medida que realizarem as avaliações com aplicação dos instrumentos (ANEXOS), identifiquem os pontos de melhoria para planejar as ações de melhoria a serem executadas na etapa III **ou antes**.

5. OPCIONAL - Preencher o instrumento “Autoavaliação do Programa de HM da OMS” – arquivo em Excel (ANEXO X – Figura 14). Esta avaliação é um diagnóstico do Programa de HM e indicará as oportunidades de melhoria do programa no serviço de saúde, com base nos cinco componentes da Estratégia Multimodal da OMS. Poderá ser realizada na ETAPA I, para

elaborar o Plano de Ações do Projeto!

FORMULÁRIO DE AUTOAVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE HIGIENE DA MÃOS - OMS			
Hospital:		Data:	
Preenchido por:			
1. Mudança no sistema			
Pergunta	Resposta	Valor Pontos	Sua pontuação
1.1 Disponibilidade de preparação alcoólica para higiene das mãos na sua instituição? Escolha uma resposta	Não está disponível	0	
	Disponível, mas a eficácia e a tolerabilidade ainda não foram provadas	5	
	Disponível em algumas enfermarias/setores ou com fornecimento irregular (eficácia e tolerabilidade comprovadas)	10	
	Amplamente disponível na instituição e com fornecimento regular (eficácia e tolerabilidade comprovadas)	20	
	Amplamente disponível na instituição, com fornecimento regular e no ponto de assistência na maioria das enfermarias/unidades/setores (eficácia e tolerabilidade comprovadas)	30	
	Amplamente disponível na instituição, com fornecimento regular em cada ponto de assistência (eficácia e tolerabilidade comprovadas)	50	

Identificação Itens gerais Avaliação da liderança

Figura 14. ANEXO X. Formulário de autoavaliação do Programa de Higiene das Mãos

6. Utilize o arquivo em Excel – “Consolidado dos instrumentos das ETAPAS II e IV” para inserir os dados da Etapa II dos Anexos VI, VII, VIII e IX. São sete abas, sendo:

- Orientações Gerais de Preenchimento do arquivo
- Aba 0 – Identificação do Hospital – NOME do HOSPITAL (como descrito no cadastro, inserido no LimeSurvey)
- Aba 1: “Anexo VI_Av_ConsolEstrutura”: Avaliações de Estrutura para a Higiene das Mãos: avaliação de pias e de preparação alcoólica.
- Aba 2: “Anexo VII_ConsConhec_AceitaPA” - referentes aos questionários de conhecimento e de avaliação da Tolerância e aceitação da Preparação alcoólica. A Aba 2.1 é a planilha-modelo para inserção das respostas dos questionários e visa facilitar a consolidação dos dados a inserir na Aba 2.
- Aba 3: “Anexo VIII_ConsAdesHM5MoCat” - referentes ao Consolidados da Adesão à HM nos Cinco Momentos, por Categoria e no geral por Oportunidades.
- Aba 4: “ANEXO IX_ConsprodHM_IPCS”. Referentes ao ANEXO IX-A: Consumo sabonete em mL/paciente-dia; ANEXO IX-B: Consumo preparação alcoolica em mL/paciente-dia e ANEXO IX-C: Taxa densidade IPCS_CVC: Taxa de densidade de incidência de IPCS associada a 1000 CVC-dias.
- Aba 5: “AnexoXI_Etapa III- atividades”. Devem ser inseridos os dados da ETAPA III – atividades de intervenções de melhoria realizadas no presente projeto.

OBSERVAÇÃO: Após o preenchimento no “arquivo Excel - CONSOLIDADO DOS INSTRUMENTOS das ETAPAS II e IV”, com os dados da ETAPA II, enviar o arquivo identificado com o nome do hospital/Estado e Etapa II, para a CECIH.

Nota 9: As informações da Etapa II contidas nas abas no “arquivo Excel - CONSOLIDADO DOS INSTRUMENTOS das ETAPAS II e IV”, devem ser utilizadas para a análise dos dados dos ANEXOS VI, VII, VIII e IX, identificando as lacunas para desenvolver as intervenções de melhoria, a capacitação dos profissionais – retroalimentação dos resultados, e na comparação com a Etapa IV para avaliar o impacto do projeto nesses indicadores.

Nota 10: Utilize as **ferramentas da qualidade** para analisar as causas de um determinado problema, identificar as possíveis soluções para elaborar e implementar o plano de ações de melhoria. Exemplos:

- Construir diagrama de Ishikawa (causa e efeito), respondendo às perguntas por quê e quais as causas de determinado problema.

- Cinco porquês é um método de explorar relações de causa e efeito, na análise de causa raiz. Ao identificar a(s) causa(s) do(s) problema(s), desenvolver o plano de ações utilizando 5W2H: definir objetivo a ser alcançado (what) e porque (why: justificativa), e de forma organizada e planejada descrever como realizar as ações (how: como será feito, em detalhes), por quem (who: definir responsabilidades), quando (when: definir prazos), onde (where: local/departamento envolvido na ação) e quanto irá custar (how much). Em algumas ações o how much poderá ser omitido.

Envolva os profissionais do setor na análise dos problemas e possíveis soluções!

Verifique com o gestor da unidade o estabelecimento de objetivos e metas da Etapa IV!

4.3.3 ETAPA III – IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE MELHORIA

Prazo estipulado para esta etapa: 50 dias (23 de setembro a 12 de novembro de 2025)

- Executar as ações de intervenção planejadas, considerando os resultados obtidos nas avaliações da ETAPA II.

Para tanto, o serviço de saúde participante deverá organizar a capacitação sobre IRAS e HM (focar nas falhas/lacunas identificadas nas respostas dos questionários aplicados) 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.).

- As seguintes atividades deverão ser desenvolvidas localmente:
 - a. Realizar atividades de sensibilização e alerta para a HM por meio de reflexão e discussão de casos de IRAS, discussão sobre barreiras e oportunidades de melhoria e prevenção de IRAS, realização correta da técnica de HM nos 5 momentos, incluindo a distribuição de materiais;
 - b. Realizar capacitação sobre HM para os profissionais (a ser desenvolvida pelo Coordenador do Projeto no hospital), por meio de simulação e/ou atividades práticas acerca dos riscos de transmissão microbiana pelas mãos e luvas, técnica correta de HM nas indicações dos 5 Momentos (por exemplo na inserção e manutenção de acessos vasculares), uso adequado de luvas, com retroalimentação dos resultados de avaliação de conhecimento e de observação direta da prática da HM;
 - c. Melhorar a estrutura local para HM (considerar a avaliação da estrutura).
- As seguintes informações deverão ser inseridas na Aba “5.AnexoXI_Etapa III- atividades” referentes à ETAPA III, no “arquivo Excel - CONSOLIDADO DOS INSTRUMENTOS das ETAPAS II e IV”:
 - Número de capacitações realizadas (aulas, treinamentos em sala de aula ou in loco ou e-learning)
 - Número de profissionais capacitados em HM e prevenção de IRAS (prevenção de IPCS-CVC; cuidados com acessos vasculares; técnica asséptica)
 - Número de profissionais capacitados no uso adequado de luvas e Higiene das Mãos
 - Número de pacientes e familiares que receberam orientação sobre a HM deles e dos profissionais que prestam assistência a eles
 - Número de observadores treinados e VALIDADOS que realizaram observação direta de HM
 - Número de novos dispensadores de preparação alcoólica instalados na UTI e de fácil acesso
 - Número de novos cartazes de técnica de Lavagem das Mãos instalados nos lavatórios
 - Número de novos cartazes/adesivos de Fricção com preparação alcoólica colocados nos dispensadores de álcool ou próximo
 - Número de novos cartazes dos 5 momentos colocados na UTI
 - Realizada a revisão de documentos institucionais - quais
 - Outros materiais utilizados para promoção da HM: quais _____
 - Outras intervenções de melhoria: citar (concurso, premiação, etc)

4.3.4 ETAPA IV – AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS INTERVENÇÕES DE MELHORIA

Prazo estipulado para esta etapa: 40 dias (13 de novembro a 23 de dezembro de 2025)

- Nesta etapa serão aplicados novamente os instrumentos utilizados na etapa II, para comparar os resultados da etapa IV com a etapa II e analisar os resultados quanto ao impacto das intervenções de melhoria nos indicadores dos ANEXOS VI, VII, VIII e IX.
- Inserir os dados referentes aos indicadores dos ANEXOS VI, VII, VIII e IX, da ETAPA IV no mesmo arquivo no qual foram preenchidos os dados das ETAPAS II e III - no arquivo em EXCEL – “CONSOLIDADO DOS INSTRUMENTOS das ETAPAS II e IV”.

Assim, todas as informações das ETAPAS do Projeto estarão em apenas UM arquivo único e servirão para comparar e analisar os resultados das Etapas II e IV e planejar as Ações de Melhorias futuras (Etapa V).

OBSERVAÇÃO:

1. Após preencher com os dados das Etapas III e IV no arquivo EXCEL: “CONSOLIDADO DOS INSTRUMENTOS das ETAPAS II e IV”, enviar o arquivo identificado com o **nome do hospital/Estado e Etapa II_Etapa IV**, para a CECIH do seu ESTADO.

4.3.5 ETAPA V – AVALIAÇÃO GERAL DO PROJETO

Prazo estipulado para esta etapa: 12 dias (24 de dezembro a 05 de janeiro de 2026)

- Deverá ser realizada na ETAPA V, uma avaliação geral do projeto e desenvolvimento de um plano de ação contínuo para o(s) próximo(s) ano(s), com as seguintes atividades:
- Realizar uma apresentação formal aos envolvidos para obter as sugestões de melhoria a serem incorporadas no 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.
- Descrever um plano de ações. Estabelecer prioridades e metas para os próximos anos de comum acordo com os gestores (da UTI e do Diretor/Administrador geral do hospital).
- Escrever um relatório geral com os resultados encontrados, com lições aprendidas e um plano de ações de melhorias a serem desenvolvidas nos próximos anos. Disponibilizar o relatório aos envolvidos na instituição.
- Enviar o relatório para a CECIH.

5. Coordenação do Projeto e atribuições

A coordenação do Projeto ocorrerá 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, será o **Centro Gestor do Projeto** no estado/DF, denominada doravante como **Coordenação Estadual/Distrital**;
- **Serviço de saúde:** cada hospital terá um Coordenador e Vice Coordenador indicados pela direção do hospital.

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

- Coordenar o Projeto no 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 serviço de especialista em prevenção e controle de infecção para apoiar a execução local do Projeto.
- Promover capacitações online do estado/DF e profissionais dos hospitais participantes.
- Captar, analisar e divulgar dados nacionais (agregados) do Projeto.

Nota 11: Os dados enviados pelos hospitais serão avaliados quanto à completude e consistência das informações. Somente serão considerados para a análise final os hospitais que enviarem os dados completos de todas as etapas, conforme definidos no projeto.

5.2 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 para higiene das mãos nos hospitais participantes.
- Divulgar o Projeto nas mídias sociais utilizadas pelas instâncias.

- Participar (ou indicar representante) de aberturas de eventos de capacitações 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 OPAS/OMS) a serem utilizados pelos hospitais participantes na aplicação da estratégia.

5.3 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 dos dados (agregados) nas mídias sociais utilizadas pela Secretaria de Saúde (estado/DF).

5.4 Atribuições da equipe de Coordenação Estadual/Distrital.

Equipe de coordenação do projeto designada pelo Secretário (a) de Saúde.

- Coordenar o Projeto no nível Estadual/Distrital.
- Enviar convite aos hospitais que atendam aos critérios para participação no Projeto (item 4.1 do Projeto), com resposta no prazo definido.
- Selecionar hospitais para implantação do Projeto (seguindo os critérios de inclusão para participação no Projeto, descritos no item 4.1.1).
- 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 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 os arquivos em alta resolução (instrumentos de coleta de dados, cartazes e panfleto – descritos no item 4.1.1), necessários à implementação da estratégia, aos serviços de saúde participantes para reprodução/impressão local.

- Encaminhar 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 dos eventos de capacitação local sobre HM (observadores e profissionais de saúde).
- Avaliar a completude do preenchimento dos dados encaminhados pelos serviços de saúde e solicitar ajustes/complementação, 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 –2025*.

5.5 Atribuições do serviço de saúde participante

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

- Estar ciente da implantação do projeto e apoiar completamente as ações propostas.
- Preencher o *Checklist para participar do projeto* (ANEXO I) e o *Termo de adesão do Serviço de Saúde ao Projeto* (ANEXO II) com a assinatura do Diretor da instituição, Coordenador e Vice Coordenador do projeto. Além de enviar o Termo preenchido para a Coordenação Estadual/Distrital, o hospital também deverá inserir o documento no ANEXO III - Cadastro de serviços de saúde participantes do projeto, no LimeSurvey, os dois documentos (ANEXO I – Checklist para participar do projeto e ANEXO II – Termo de adesão do hospital).
- Definir um coordenador (e um vice coordenador) do Projeto que será o contato com a Coordenação Estadual/Distrital. Preencher dados dos coordenadores no ANEXO III - Cadastro de serviços de saúde participantes do projeto (Formulário LimeSurvey).
- Selecionar, em conjunto com os coordenadores do Projeto, a unidade (UTI) para implantar o Projeto no serviço de saúde - preencher dados da unidade (UTI) participante no ANEXO III - Cadastro de serviços de saúde participantes do projeto no LimeSurvey.
- Definir, em conjunto com os coordenadores do Projeto, os observadores para higiene das mãos. Vide item **4.2 Etapa pré-desenvolvimento do projeto** (preencher dados dos Observadores no ANEXO III - Cadastro de serviços de saúde participantes do projeto - LimeSurvey).
- Realizar cadastro do serviço de saúde participante do Projeto no Formulário LimeSurvey - ANEXO III - *Cadastro de serviços de saúde participantes do Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Unidade de*

Terapia Intensiva dos Serviços de Saúde para a Segurança do paciente – 2025: [Anexo III - Cadastro do serviço de saúde participante do Projeto de implantação nacional da estratégia multimodal de melhoria da higiene das mãos na UTI – 2025](#)

- Estabelecer, em conjunto com os coordenadores locais do Projeto, um grupo formal – executivo, de HM dentro da unidade para agir na aplicação da estratégia multimodal de melhoria da higiene das mãos.
- Fornecer condições e recursos humanos para a coordenação, capacitação e 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/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):
 - Avaliação de estrutura para HM (ANEXO VI – preencher a aba “1.Anexo VI_Av_ConsolEstrutura” do arquivo Excel - Consolidado dos instrumentos ETAPA II e ETAPA IV;
 - Avaliação de conhecimento dos profissionais de saúde sobre HM e Avaliação de tolerância e aceitação de preparação alcoólica para a higiene das mãos (ANEXO VII – questionários no formulários em Word para impressão). Consolidação de dados na aba “2.Anexo VII_ConsConhec_AceitaPA” do arquivo Excel - Consolidado dos instrumentos ETAPA II e ETAPA IV ;
 - Formulário de observação direta de HM (ANEXO VIII – formulário em Word para impressão) para posterior consolidação na aba “3.Anexo VIII_ConsAdesHM5MoCat” do arquivo em EXCEL - Consolidado dos instrumentos ETAPA II e ETAPA IV;
 - Indicadores de Consumo de produtos de HM e de Infecção Primária da Corrente Sanguínea associada a CVC (ANEXO IX-A: consumo de sabonete, ANEXO IX-B: consumo de preparação alcoólica e ANEXO IX-C: Infecção Primária da Corrente Sanguínea associada a CVC). Inserir os dados na aba “4.ANEXO IX_ConsprodHM_IPCS” do arquivo em EXCEL- Consolidado dos instrumentos ETAPA II e ETAPA IV.
 - Autoavaliação da OMS sobre o Programa de HM (ANEXO X - OPCIONAL).
- Reproduzir/realizar impressão, localmente, dos instrumentos de coleta de dados, cartazes e panfleto, necessários à implementação da estratégia.
- Participar do desenvolvimento e execução das atividades de melhoria da adesão à HM, que deverão ser preenchidas no ANEXO XI na aba “5.AnexoXI_Etapa III- atividades” do arquivo em EXCEL - Consolidado dos instrumentos ETAPA II e ETAPA IV.

- Desenvolver um plano de comunicação sobre o projeto e divulgar resultados para a direção e profissionais do serviço de saúde.
- Cumprir prazos definidos no **Cronograma (Ver item 6)** para o bom desenvolvimento do projeto.
- Enviar os dados locais à **Coordenação Estadual/Distrital**, que irá, por sua vez, encaminhar os dados dos serviços de saúde participantes do Projeto no estado/DF à Anvisa para análise e elaboração do Relatório Nacional.

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

- Coordenar o planejamento e execução do Projeto na instituição, em especial 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 executivo de HM e de observadores de HM);
- Enviar carta para lideranças/chefes/gerentes, informando sobre a implantação do Projeto na unidade selecionada (ANEXO V);
- Organizar, elaborar e executar a capacitação (incluindo a validação) dos observadores de HM (ANEXO VIII– formulário de observação direta) e consolidar os dados para obter as taxas adesão nos 5 momentos, adesão geral à HM / por categoria profissional (ANEXO VIII-A– ANEXO VIII-B), preenchendo os dados das sessões da Observação Direta da HM na aba “3.Anexo VIII_ConsAdesHM5MoCat” do arquivo em EXCEL - Consolidado dos instrumentos ETAPA II e ETAPA IV.
- 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 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 com a execução do Projeto e aplicação das ferramentas da estratégia multimodal de melhoria da HM.
- Apoiar a Direção no envio dos dados locais à **Coordenação Estadual/Distrital**, que irá, por sua vez, encaminhar os dados dos serviços de saúde participantes do Projeto no estado/DF à Anvisa para análise e elaboração do Relatório Nacional.
- Elaborar e divulgar Relatório parcial e final do Projeto.

6. Cronograma

Etapa – 8 meses	Início (DD/MM/AAAA)	Término (DD/MM/AAAA)
Pré desenvolvimento do projeto		Até 16/06/2025
I - Preparação: 30 dias	17/06/2025	17/07/2025
II - Avaliação inicial: 66 dias	18/07/2025	22/09/2025
III - Implementação da estratégia de melhoria da adesão à HM: 50 dias	23/09/2025	12/11/2025
IV - Avaliação do impacto da intervenção: 40 dias	13/11/2025	23/12/2025
V - Avaliação geral e desenvolvimento de um plano de ação contínuo: 22 dias	24/12/2025	05/01/1026

Referências

Allegranzi B, Pittet D. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *J Hosp Infect.* 2009 Dec;73(4):305-15. doi: 10.1016/j.jhin.2009.04.019.

Allegranzi B, Tartari E, Kilpatrick C, et al. WHO global research agenda for hand hygiene improvement in health care: a Delphi consensus study. *Infection Control & Hospital Epidemiology.* Published online 2025:1-16. doi:10.1017/ice.2025.32

Allegranzi 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.

Alshehari AA, Park S, Rashid H. Strategies to improve hand hygiene compliance among healthcare workers in adult intensive care units: a mini systematic review. *J Hosp Infect.* 2018 Oct;100(2):152-158. doi: 10.1016/j.jhin.2018.03.013.

Blot S, Ruppé E, Harbarth S, Asehnoune K, Poulakou G, Luyt CE, Rello J, Klompas M, Depuydt P, Eckmann C, Martin-Loeches I, Pova P, Bouadma L, Timsit JF, Zahar JR. Healthcare-associated infections in adult intensive care unit patients: Changes in epidemiology, diagnosis, prevention and contributions of new technologies. *Intensive Crit Care Nurs.* 2022 Jun;70:103227. doi: 10.1016/j.iccn.2022.103227

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília; 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 26 jul. 2013a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 26 out. 2010.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 02 de abril de 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 10 jul 2013c.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 05/2024. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE (1ª VERSÃO ATUALIZADA DA NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 01/2018). Disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-dire3-anvisa-no-05-2024/view>

CDC (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION). CDC's Core Infection Prevention and Control Practices for Safe Healthcare Delivery in All Settings. Publicado em 12 de abril de 2024. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/core-practices/index.html>.

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. Recommendations and reports: morbidity and mortality weekly report. 2002. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>

de Kraker MEA, Tartari E, Tomczyk S, Twyman A, Francioli LC, Cassini A, Allegranzi B, Pittet D. Implementation of hand hygiene in health-care facilities: results from the WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework global survey 2019. *Lancet Infect Dis.* 2022 Jun;22(6):835-844. doi: 10.1016/S1473-3099(21)00618-6.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). ECDC Technical Document. Surveillance of Healthcare-Associated Infections and Prevention Indicators in European Intensive Care Units HAI-Net ICU Protocol, 2025. Version 2.2. Disponível: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-healthcare-associated-infections-and-prevention-indicators-european>

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.

Lindberg M, Skytt B. Continued wearing of gloves: a risk behaviour in patient care. *Infect Prev Pract.* 2020 Sep 17;2(4):100091. doi: 10.1016/j.infpip.2020.100091.

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.

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, 2009d. 47p.

Picheansanthian W, Chotibang J. Glove utilization in the prevention of cross transmission: a systematic review. *JBHI Database System Rev Implement Rep.* 2015 May 15;13(4):188-230. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1817.

Pittet D, Allegranzi B, Sax H, Dharan S, Pessoa-Silva CL, Donaldson L, Boyce JM; WHO Global Patient Safety Challenge, World Alliance for Patient Safety. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. *Lancet Infect Dis.* 2006 Oct;6(10):641-52. doi: 10.1016/S1473-3099(06)70600-4.

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

Sartelli M, Marini CP, McNelis J, Coccolini F, Rizzo C, Labricciosa FM, Petrone P. Preventing and Controlling Healthcare-Associated Infections: The First Principle of Every Antimicrobial Stewardship Program in Hospital Settings. *Antibiotics* (Basel). 2024 Sep 20;13(9):896. doi: 10.3390/antibiotics13090896.

Sax H, Allegranzi B, Uçkay I, Larson E, Boyce J, Pittet D. 'My five moments for hand hygiene': a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. *J Hosp Infect*. 2007 Sep;67(1):9-21. doi: 10.1016/j.jhin.2007.06.004.

Schreiber PW, Sax H, Wolfensberger A, Clack L, Kuster SP; Swissnoso. The preventable proportion of healthcare-associated infections 2005-2016: Systematic review and meta-analysis. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2018 Nov;39(11):1277-1295. doi: 10.1017/ice.2018.183..

THE JOINT COMMISSION (TJC). Measuring Hand Hygiene Adherence: Overcoming the Challenges. The Joint Commission. 2009. Disponível em: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/hai/hh_monograph.pdf

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Guide to Implementation. A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. Geneva. 2009. 48 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/a-guide-to-the-implementation-of-the-who-multimodal-hand-hygiene-improvement-strategy>

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Improving infection prevention and control at the health facility: an interim practical manual. Geneva:WHO, 2018. Disponível em: [Improving infection prevention and control at the health facility: an interim practical manual](#)

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, 2009e. 262p. Disponível em: [WHO guidelines on hand hygiene in health care](#)

