

ARTIGO ORIGINAL

Adequação de um instrumento de monitoramento de higienização das mãos de um hospital do Rio de Janeiro

Adequacy of an instrument to monitor the hygiene of the hands of a hospital in Rio de Janeiro

Adecuación de un instrumento de monitoreo de higienización de las manos de un hospital de Río de Janeiro

Leticia Janotti,¹ Walter Vieira Mendes Junior.¹

¹Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Manguinhos, RJ, Brasil.

Recebido em: 05/09/2017 / Aceito em: 30/10/2017 / Disponível online: 01/07/2018
lejanotti@gmail.com

RESUMO

Justificativa e Objetivos: Apesar da presença de indicadores obrigatórios nos protocolos de higiene das mãos, presentes no Programa Nacional de Segurança do Paciente do Brasil, não foram recomendados instrumentos de monitoramento, com indicadores que avaliem os componentes estruturais, de processo e resultado que permitam análise periódica e construção de ações de melhoria no âmbito da prevenção de controle das infecções relacionadas à assistência à saúde. O objetivo foi adequar um instrumento de monitoramento da higienização das mãos dos profissionais de saúde de um hospital do Rio de Janeiro. **Métodos:** um questionário foi aplicado aos auditores que avaliam o desempenho da política de qualidade do hospital para verificar a adequação de um instrumento de verificação da prática de higienização das mãos. Os achados deste questionário e os dados do levantamento na literatura - sobre a segurança do paciente, infecções relacionadas à assistência à saúde e instrumentos de monitoramento - possibilitaram a criação de um novo instrumento, que foi submetido ao julgamento de especialistas, usando a técnica de consenso Delphi. **Resultados:** em duas rodadas foi obtido um consenso dos especialistas. As questões que não atingiram 75% de concordância foram modificadas. **Conclusão:** O novo instrumento validado por especialistas permite a avaliação e monitoramento de implantação do protocolo de higienização das mãos, comparação entre sistemas e avanços nas metodologias e processos de trabalho, permitindo que sejam cada vez mais seguros.

Descritores: Segurança do paciente. Infecção hospitalar. Higiene das mãos. Técnica Delfos.

ABSTRACT

Background and Objectives: Despite the presence of mandatory indicators in the hand hygiene protocols present in Brazil's National Patient Safety Program, monitoring instruments were not recommended, with indicators that evaluate the structural, process and outcome components that allow periodic analysis and construction of improvement actions in the prevention of control of infections related to health care. The objective was to adapt an instrument to monitor health professionals hands hygiene in a high complexity hospital of Rio de Janeiro. **Methods:** a questionnaire was applied to auditors who evaluate the performance of the hospital's quality policy to verify the suitability of an instrument to verify the practice of hand hygiene. The findings of this questionnaire and the survey data in the literature - on patient safety, health care related infections and monitoring instruments - enabled the creation of a new instrument, which was submitted to the judgment of specialists, using the Delphi consensus technique. **Results:** in only two rounds, a consensus of experts was obtained, allowing the construction of a new hand hygiene monitoring instrument. Issues that did not reach 75% agreement were modified. **Conclusion:** The new instrument validated by specialists allows the evaluation and monitoring of the implementation of the protocol of hand hygiene, comparison between systems and advances in methodologies and work processes, allowing them to be increasingly safe.

Keywords: Patient Safety. Cross Infection. Hands Hygiene. Delphi Technique.

R Epidemiol Control Infec, Santa Cruz do Sul, 8(3):195-203, 2018. [ISSN 2238-3360]

Please cite this article in press as: JANOTTI, Leticia; MENDES JUNIOR, Walter Vieira. Adequação de um instrumento de monitoramento de higienização das mãos de um hospital do Rio de Janeiro. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 3, jul. 2018. ISSN 2238-3360. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/10765>>. Acesso em: 30 ago. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v8i3.10765>



RESUMEN

Justificación y objetivos: Apesar de la presencia de indicadores obligatorios em los protocolos de higiene de las manos, presentes en el Programa Nacional de Seguridad del Paciente de Brasil, no fueron recomendados instrumentos de monitoreo, con indicadores que evalúen los componentes estructurales, de proceso y resultado que permitan análisis periódico y construcción de acciones de mejora en el ámbito de la prevención de control de las infecciones relacionadas con la asistencia a la salud. El objetivo fue adecuar un instrumento de monitoreo de la higienización de las manos de los profesionales de salud de un hospital de Río de Janeiro. **Métodos:** un cuestionario fue aplicado a los auditores que evalúan el desempeño de la política de calidad del hospital para verificar la adecuación de un instrumento de verificación de la práctica de higienización de las manos. Los hallazgos de este cuestionario y los datos del levantamiento em la literatura - sobre la seguridad del paciente, infecciones relacionadas con la asistencia a la salud e instrumentos de monitoreo – posibilitar la creación de un nuevo instrumento, que fue sometido al juicio de especialistas, usando la técnica de consenso Delphi. **Resultados:** en apenas dos rondas se obtuvo un consenso de los expertos. Las cuestiones que no alcanzaron el 75% de concordancia se modificaron. **Conclusiones:** evidencias científicas y regulaciones ya han demostrado no ser suficiente para reducir las infecciones hospitalarias si no hay preocupación con la evaluación de la práctica asistencial. El nuevo instrumento validado por especialistas permite la evaluación y monitoreo de implantación del protocolo de higienización de las manos, comparación entre sistemas y avances en las metodologías y procesos de trabajo, permitiendo que sean cada vez más seguros.

Palabras Clave: Seguridad del paciente. Infección Hospitalaria. Higiene de las Manos. Técnica Delfos.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera segurança do paciente como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”. “Mínimo aceitável” é uma noção coletiva baseada no conhecimento científico atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo.¹

A era da segurança do paciente iniciou-se no final da década de 1990, com a publicação do relatório “*To err is human*” do *Institute of Medicine* (IOM).² No Brasil, em 2013, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), através da portaria 529, de 1º de abril de 2013, composto por quatro eixos: (i) o estímulo a uma prática assistencial segura, contendo os protocolos, os planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de saúde, a criação dos núcleos de segurança do paciente e o sistema de notificação de incidentes e eventos adversos no Brasil; (ii) o envolvimento do cidadão na sua segurança; (iii) a inclusão do tema segurança do paciente no ensino (educação permanente, pós-graduação e graduações da saúde) e (iv) o incremento de pesquisa em segurança do paciente.^{3,4} A portaria 529, de 1º de abril de 2013, foi regulamentada pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n.º 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).^{4,5}

Uma das diretrizes mais importantes do PNSP é estimular a implantação e o monitoramento de protocolos considerados prioritários pela OMS.^{4,6} Em todos os protocolos do PNSP existem indicadores propostos para monitorar a sua implantação. Um dos protocolos recomendados é o da higienização das mãos, que foi escolhido em virtude da sua relevância na redução das Infecções Relacionadas com a Assistência à Saúde (IRAS) (Figura 1).

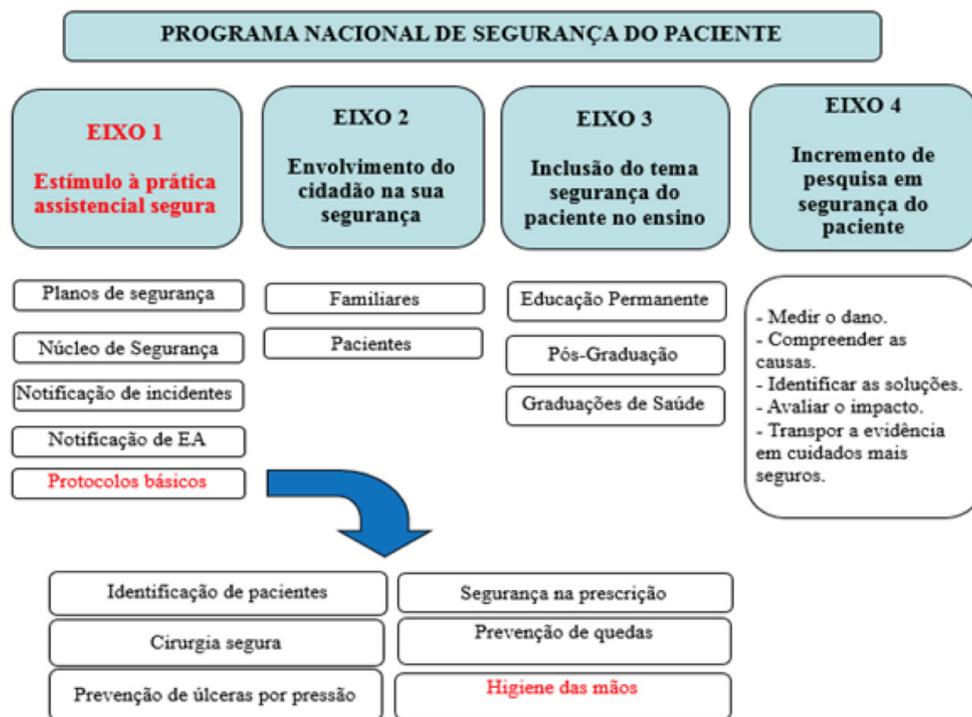
As infecções hospitalares são adquiridas mais frequentemente após a admissão do paciente e podem se manifestar durante a internação ou após a alta.⁷ Vale salientar que o termo “infecções hospitalares” sofreu

modificações nos últimos anos e, atualmente, os técnicos vêm preferindo a denominação “infecções relacionados à assistência à saúde” ou “infecções associadas aos serviços de saúde”, tendo em vista a dimensão das infecções fora do âmbito hospitalar.

As IRAS representam um problema e, por isso, são objeto de diversas pesquisas, estratégias e ações específicas. A falta de antibióticos efetivos está causando o aumento da morbimortalidade por infecções diretamente relacionada com a crescente resistência aos antibióticos e a falta de perspectiva de criação de novos insumos pelas grandes empresas farmacêuticas.⁸ Nesse quadro, cresce a importância da prevenção e controle das infecções hospitalares e existe um consenso de que a higienização de mãos é uma medida de baixo custo e complexidade para enfrentar o problema.^{9,10} A fim de promover a higienização das mãos na assistência à saúde em todo o mundo, a OMS elaborou as *Diretrizes sobre a Higienização das Mãos na Prestação de Cuidados de Saúde* com recomendações aos profissionais e gestores de saúde sobre as melhores evidências científicas para aperfeiçoar as práticas e reduzir as IRAS.¹¹

A implantação de ações de segurança do paciente para evitar IRAS, através da adesão à higienização das mãos e prevenção da transmissão cruzada de germes multirresistentes é essencial. Embora exista a imposição sanitária da implementação de práticas de segurança do paciente, há necessidade de fortalecer e ampliar as ações de monitoramento destas práticas para induzir o cumprimento da legislação vigente.

A adequação do instrumento utilizado para monitorar a higienização das mãos, à realidade de cada instituição é a estratégia para orientar o desenho de medidas que garantam cuidados de saúde mais seguros na área de controle de infecção hospitalar. O objetivo deste estudo é adequar um instrumento de monitoramento da higienização das mãos dos profissionais de saúde de um hospital do Rio de Janeiro, através da validação por especialistas, para que possa complementar práticas de avaliação e permitir melhores resultados na prevenção de IRAS.



Fonte: Documento de referência para o PNSP.⁴

Figura 1 - A inserção do protocolo de higienização das mãos no Programa Nacional de Segurança do Paciente.

MÉTODOS

Este manuscrito foi redigido baseado na dissertação de Mestrado da autora, na Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017. A pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização. Aprovação pelo CEP, conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e o regimento interno do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública, em 29/05/2017, parecer 2.089.056.

Trata-se de estudo transversal, qualitativo, organizado em duas fases. A primeira fase foi composta por três momentos: revisão da literatura, revisão documental e a elaboração e aplicação de um questionário aos auditores que monitoram a higienização das mãos no hospital de estudo.

Numa segunda fase, um painel com especialistas, utilizando a técnica Delphi, avaliou um novo instrumento de monitoramento elaborado com base nos resultados encontrados na primeira fase do estudo.^{12,13}

O estudo foi realizado em hospital público, de natureza estadual, de alta complexidade do estado do Rio de Janeiro, de janeiro a dezembro de 2015. A instituição dispunha de um sistema de monitoramento de atividades de qualidade, no qual auditores utilizavam um instrumento de verificação que monitorava, entre outras atividades, a higienização das mãos.

A revisão não sistemática da literatura foi realizada nos temas: segurança do paciente, IRAS e métodos de avaliação de serviços de saúde. Os dados foram obtidos a partir das referências de textos básicos sobre cada tema e textos recomendados por pesquisadores das áreas.^{4,14-19}

A revisão documental foi realizada através dos registros das duas auditorias realizadas através de um instrumento de verificação, obtidos durante o período do estudo. Verificou-se que, nos documentos pesquisados, a metodologia utilizada pelos auditores para monitorar a higienização das mãos não estava padronizada e que o monitoramento não era uniforme e nem abrangente, ou seja, não contemplava todos os serviços do hospital e nem todos os turnos. Foi realizada por um único auditor, sendo auditado um único serviço.

Considerou-se, neste estudo, uma auditoria abrangente, aquela realizada em todos os serviços de cuidado do hospital, em todos os horários, e uniforme, aquela cuja existência de critérios explícitos norteasse o monitoramento de todos os auditores.

Foi elaborado um questionário eletrônico com noventa perguntas, em função dos dados apurados na revisão documental e da literatura, utilizando o *Google Docs*, com retorno em 15 dias. A ferramenta foi aplicada aos auditores para identificar eventuais incongruências do monitoramento da higienização das mãos no hospital. Todos os participantes receberam uma carta convite contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com a resposta ao questionário via eletrônica entendida como aceite ao Termo Dos 12 auditores convidados a responder ao questionário, seis responderam (50%), sendo mantido o anonimato de todos os participantes.

A segunda fase do estudo foi dedicada à adequação do instrumento de verificação, com base nos resultados da primeira fase da pesquisa, realizado pela autora. Cada item de verificação passou a ser acompanhado da racionalidade utilizada na sua construção e das fontes

bibliográficas principais, comelementos que não existiam no instrumento de verificação original e visaram dar mais uniformidade ao monitoramento.

Utilizando como base o modelo da acreditação, o novo instrumento de monitoramento foi organizado com os seguintes campos: (i) item de verificação, que expressa o que se quer avaliar, como se fosse um padrão no modelo da acreditação; (ii) racionalidade, que contém uma explicação sobre o item a ser avaliado, como se fosse o propósito do padrão no modelo da acreditação; (iii) elementos utilizados para avaliar o item de verificação, que especifica para o auditor o que e como avaliar, como se fossem os elementos de mensuração do padrão no modelo da acreditação; (iv) fontes bibliográficas foram disponibilizada para cada item de verificação, considerando tanto textos teóricos como diretrizes legais.¹⁴

O novo instrumento de monitoramento da prática de higienização das mãos foi encaminhado para avaliação de um painel de especialistas, via eletrônica. Através do formulário eletrônico, foram apresentados, via correio eletrônico, aos especialistas as propostas e objetivos do estudo, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os especialistas foram selecionados a partir dos seguintes critérios: (i) médico com título de especialista em infectologia e mais de dois anos de experiência profissional em controle de infecção; (ii) enfermeiro com título de especialista em controle de infecção e mais de dois anos de experiência profissional na área; (iii) pesquisador com experiência em avaliação de qualidade e em segurança do paciente; (iv) profissionais com experiência em avaliação/auditoria em serviços de saúde.

Onze especialistas participaram da primeira rodada de respostas. Para a realização da validação do instrumento modificado, foi utilizado o método Delphi. A utilização de técnicas de consenso é útil para validação da confiabilidade da informação. Seu uso tem sido crescente no campo da avaliação de programas de saúde, provavelmente por seu representar uma iniciativa de fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação.²⁰

O objetivo é obter um julgamento coletivo, quali-

ficado por meio de uma comunicação colegiada para se chegar o mais próximo possível de um consenso sobre um problema complexo.²¹

A utilização do consenso de especialistas parte do pressuposto que várias pessoas pensando em conjunto vão obter um resultado melhor que uma pessoa pensando sozinha.¹³

Foram formuladas questões referentes à relevância, adequação e clareza das questões, referentes ao novo instrumento de monitoramento, para serem respondidas em uma escala de Likert de 1 a 5, em que significam: 1. concordo plenamente; 2. concordo parcialmente; 3. não concordo nem discordo; 4. discordo parcialmente; 5. discordo totalmente.²² As respostas com percentual menor que 75% foram modificadas, tendo como base os comentários dos especialistas na primeira rodada. O percentual de corte foi definido pelos autores. O percentual de concordância de respostas foi apresentado de forma condensada em três níveis: (i) somatório das respostas 1 (concordo plenamente) e 2 (concordo parcialmente) foi apresentada com o termo "concordo"; (ii) nas respostas relativas ao elemento 3 foi mantido o termo "não concordo nem discordo"; (iii) soma dos elementos 4 (discordo parcialmente) e 5 (discordo totalmente) foi apresentada como termo "discordo".

Os resultados da primeira rodada foram reenviados para os especialistas para que pudessem comparar seu ponto de vista com a média de opinião dos demais especialistas. O anonimato dos pesquisadores foi mantido, para que não houvesse influência nas respostas. Na segunda rodada houve a desistência de um especialista.

RESULTADOS

Foram necessárias apenas duas rodadas para que se obtivesse o consenso dos especialistas sobre as questões do novo instrumento de monitoramento da higienização das mãos. Após o retorno da primeira rodada de respostas, os dados foram analisados e cinco questões com percentual menor que 75% foram modificadas, tendo como base os comentários dos especialistas na primeira rodada (Tabela 1).

Tabela 1. Percentual de concordância das respostas dos especialistas na primeira rodada consolidados em três níveis da escala de Likert sobre o novo instrumento de monitoramento da higienização das mãos.

Questões avaliadas	Concorda n (%)	Não concorda nem discorda n (%)	Discorda n (%)
1. Protocolo de Higiene das Mãos é conhecido e aplicado por todos os profissionais?			
1.1. Os setores a serem avaliados pelos auditores devem ser apenas os setores assistenciais de maior relevância – Centro de Terapia Intensiva (CTI), enfermarias e ambulatórios, na qual a equipe multidisciplinar detém o maior contato com os pacientes.*	5(45)	0(0)	6(55)
1.2. Apenas os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas devem ser avaliados, porque lidam diretamente com os pacientes.*	2(18)	0(0)	9(82)
1.3. Deve-se marcar SIM caso TODOS os profissionais avaliados conheçam o Protocolo de Higiene das Mãos aplicado na instituição.	9(82)	0(0)	2(18)
1.4. A avaliação deve ser realizada EXCLUSIVAMENTE através de verificação direta quanto às técnicas de adesão.*	5(45)	0(0)	6(55)
1.5. As auditorias devem ser realizadas em dias de semana e finais de semana, obrigatoriamente.	9(82)	0(0)	2(18)
1.6. As observações devem ser realizadas nos turnos diurno e noturno, obrigatoriamente.	9(82)	1(9)	1(9)

1.7. A avaliação da aplicação do protocolo deve ser realizada através da verificação de registro junto a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).*	8(73)	0(0)	3(27)
1.9. As evidências dos treinamentos de higienização das mãos devem ser avaliadas nos registros do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).	10(91)	0(0)	1(9)
2. Condições estruturais de higienização das mãos estão adequadas (pias, saboneteira, álcool em gel e papel toalha)?			
2.1. Deve-se marcar SIM quando TODAS as condições estruturais para higiene das mãos do setor avaliado estiverem adequadas.	10(91)	0(0)	1(9)
2.2. A avaliação do provimento adequado para a execução da higienização das mãos (pias, saboneteiras, álcool gel e papel toalha) deve ser realizada através de observação direta.	10(91)	0(0)	1(9)
2.3. A observação direta da verificação do provimento de insumos de álcool em gel deve ser realizada no CTI, enfermarias e ambulatórios.*	6(55)	0(0)	5(45)
2.4. Deve-se avaliar TODAS as pias do CTI, enfermarias e ambulatórios.	9(82)	0(0)	1(18)
2.5. Deve-se marcar SIM quando TODAS as pias estiverem identificadas, através de observação direta.	10(91)	0(0)	1(9)
3.O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) possui sistemática de monitoramento de higienização das mãos?			
3.1. Deve-se avaliar os registros do SCIH podendo complementar com entrevista a seus membros.	10(91)	0(0)	1(9)
3.2. Deve-se avaliar a aplicação desta sistemática através dos registros do inquérito do SCIH.	9(82)	0(0)	2(18)
3.3. As evidências das campanhas de higienização das mãos devem ser avaliadas nos registros das campanhas realizadas pelo SCIH.	10(91)	0(0)	1(9)
4. São analisados os indicadores de infecção hospitalar relacionados à higiene das mãos?			
4.1. Os indicadores obrigatórios de higienização das mãos devem ser avaliados através de registro pelo SCIH.	10(91)	0(0)	1(9)
4.2. A realização e a periodicidade da mensuração dos indicadores devem ser avaliadas nas informações do FORMSUS alimentados pelo SCIH, conforme exigência legal.	10(91)	0(0)	1(9)
4.3. Devem ser checadas as ações de melhoria registradas em ata de reuniões mensais da CCIH. Podendo ou não, de acordo com a situação, entrevistar algum membro da CCIH ou do setor em que houve a ação de melhoria.	10(91)	0(0)	1(9)
5. Os eventos são notificados e os profissionais de saúde do hospital conhecem e participam desta sistemática?			
4.1. A notificação de eventos adversos será verificada no registro de notificação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).	10(91)	0(0)	1(9)
4.2. A análise de eventos adversos referentes à higienização das mãos será verificada no registro de notificação do NQSP.	10(91)	0(0)	1(9)
6. Após avaliar cada item de verificação gostaríamos de sua opinião sobre a uniformidade, abrangência, clareza e conformidade da lista de verificação do protocolo de higienização das mãos:			
6.1. A lista de verificação proposta é uma boa ferramenta de avaliação da implantação do protocolo de higienização das mãos.	10(91)	0(0)	1(9)
6.2. A lista de verificação proposta é abrangente.	9(82)	1(9)	1(9)
6.3. A lista de verificação proposta apresenta linguagem clara.	10(91)	0(0)	1(9)

*itens com percentual de concordância menor que 75%.

Com base nas respostas obtidas na primeira rodada e em informações existentes na literatura, foram realizadas modificações nas questões 1.1, 1.2, 1.4, 1.7 e 2.3, e o instrumento foi reenviado para que os especialistas pudessem comparar seu ponto de vista com a média de opinião dos demais. A análise da segunda rodada de respostas foi realizada através do cálculo do percentual

de concordância em níveis condensados da escala de Likert. Todas as respostas obtiveram percentual maior que 75%, sendo consideradas validadas pelo painel de especialistas (Tabela 2).

Foi construído um novo instrumento de monitoramento para a avaliação da adesão ao protocolo de higiene das mãos, adequado pelos especialistas (Quadro 1).

Tabela 2. Percentual de concordância das respostas dos especialistas na segunda rodada consolidadas em três níveis da escala de Likert sobre o novo instrumento de monitoramento da higienização das mãos.

Questões avaliadas	Concorda n (%)	Não concorda nem discorda n (%)	Discorda n (%)
1.1. Os setores a serem avaliados pelos auditores devem ser todos os setores assistenciais – CTI, Centro Cirúrgico, enfermarias e ambulatórios, na qual a equipe multidisciplinar detém o maior contato com os pacientes.	8(80)	0(0)	2(20)
1.2. Todos os profissionais da equipe multidisciplinar - médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, dentistas, psicólogos e assistente social - devem ser avaliados, porque lidam diretamente com os pacientes.	8(80)	0(0)	2(20)
1.4. A avaliação deve ser realizada através de verificação direta quanto às técnicas de adesão e através de entrevistas.	9(90)	0(0)	1(10)
1.7. A avaliação da aplicação do protocolo deve ser realizada através da verificação de registro junto ao SCIH e outros setores estratégicos, como NQSP e Educação permanente.	9(90)	0(0)	1(10)
2.3. A observação direta da verificação do provimento de insumos de álcool em gel deve ser realizada em todos os setores assistenciais – CTI, Centro Cirúrgico, enfermarias e ambulatórios.	9(90)	0(0)	1(10)

Quadro 1. Novo instrumento de monitoramento do protocolo de higienização das mãos adequado pelos especialistas.

Avaliador: Data:	Setor: Dia da Semana:	Horário do término: Turno: Manhã () Tarde () Noite ()
ITEM DE VERIFICAÇÃO 1: Profissionais higienizam adequadamente as mãos para cuidar dos pacientes		
RACIONALIDADE: Os profissionais dos setores assistenciais que têm contato direto com os pacientes devem conhecer e aplicar o Protocolo de Higiene das Mãos, treinados pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), educação permanente ou liderança locais. Os auditores devem avaliar de maneira uniforme e abrangente em todo hospital. Todos os setores assistenciais devem ser avaliados pelos auditores. Todos os profissionais da equipe multidisciplinar - médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, dentistas, psicólogos e assistente social - devem ser avaliados.		
Elementos utilizados para avaliar o item de verificação	Adequado	Inadequado
1.1. A verificação direta e entrevistas demonstram que as técnicas de higienização estão corretas.		
1.2. Existe registro de aplicação do protocolo através da verificação junto ao SCIH e Educação permanente.		
1.3. As evidências dos treinamentos de higienização das mãos são registradas pelo SCIH.		
OBSERVAÇÕES (coloque sua observação, caso exista):		
ITEM DE VERIFICAÇÃO 2: O Hospital está estruturado adequadamente para garantir uma adequada higienização das mãos dos profissionais		
RACIONALIDADE: As condições estruturais de higienização das mãos (pias, saboneteira, álcool em gel, papel toalha) do hospital devem obedecer a legislação em vigor e as recomendações do SCIH. Avaliação do provimento adequado para a execução da higienização das mãos (pias, saboneteira, álcool em gel, papel toalha) deve ser realizada através de observação direta em todos os locais do setor avaliado.		
Elementos utilizados para avaliar o item de verificação	Adequado	Inadequado
2.1. TODAS as condições estruturais para higiene das mãos do setor avaliado estão adequadas.		
2.2. TODAS as pias estão identificadas, através de observação direta.		
OBSERVAÇÕES (coloque sua observação, caso exista):		
ITEM DE VERIFICAÇÃO 3: A prática de higienização das mãos está de acordo com recomendações e legislação vigente		
RACIONALIDADE: O SCIH é regulado por legislação específica e atua baseado em conhecimentos científicos, diretrizes, leis e regulamentos aplicáveis quanto ao Protocolo de Higienização das Mãos. Informações científicas são a base de estrutura organizacional do SCIH. Publicações, normas e diretrizes da ANVISA e OMS fomentam as práticas aplicadas pelo SCIH quanto à higienização das mãos.		
Elementos utilizados para avaliar o item de verificação	Adequado	Inadequado
3.1. Há registro de treinamento de higiene das mãos pelo SCIH		
3.2. A aplicação desta sistemática pelo SCIH atende à estratégia pelo multimodal OMS/ANVISA?		
3.3. Há evidência das campanhas de higienização das mãos devem ser avaliadas nos registros das campanhas realizadas pelo SCIH.		
OBSERVAÇÕES (coloque sua observação, caso exista):		
ITEM DE VERIFICAÇÃO 4: O Hospital monitora adequadamente a higienização das mãos		
RACIONALIDADE: O hospital realiza monitoramento de higienização das mãos e risco de infecção associadas a cuidados de saúde para reduzir essas infecções e aumentar a adesão. Os indicadores de desempenho devem ser utilizados pelo SCIH para a mensuração da melhoria da adesão as práticas de higiene das mãos. 1. Indicadores obrigatórios: 1.1. Consumo de preparação alcoólica para mãos: monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1000 pacientes-dia. 1.2. Consumo de sabonetes monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1000 pacientes-dia. 2. Indicador recomendável: Percentual (%) de adesão: número de ações higiene das mãos realizados pelos profissionais de saúde/número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos, multiplicado por 100.		
Elementos utilizados para avaliar o item de verificação	Adequado	Inadequado
4.1. Os indicadores obrigatórios de higienização das mãos são registrados pelo SCIH.		
4.2. As mensurações dos indicadores do FORMUS são alimentadas pelo SCIH, conforme exigência legal.		
4.3. As ações de melhoria são registradas em ata de reuniões mensais da CCIH. Pode-se entrevistar CCIH ou setor em que houve a ação de melhoria.		
OBSERVAÇÕES (coloque sua observação, caso exista):		

ITEM DE VERIFICAÇÃO 5: O hospital têm e implementa uma política de controle de incidentes referentes à higienização das mãos.		
RACIONALIDADE: O hospital deve implementar uma política para reduzir os riscos incidentes, incluindo a notificação de eventos adversos. O objetivo principal da notificação de incidentes é evitar a transmissão cruzada e reduzir infecções hospitalares. De acordo com a taxonomia da OMS, podemos considerar incidente a não higienização das mãos.		
Elementos utilizados para avaliar o item de verificação	Adequado	Inadequado
5.1. Há notificação de incidentes relacionados à higienização das mãos. Verificar registro de notificação do NQSP.		
5.2. Há análise de incidentes relacionados à higienização das mãos. Verificar registro de notificação do NQSP.		
OBSERVAÇÕES (coloque sua observação, caso exista):		
Fonte item 1: Ministério da Saúde. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz. 09/07/2013. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopacienteindex.php/publicacoes/category/higienizacao-das-maos/2		
Fonte item 2: 1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente. Higienização das mãos. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 2. Resolução-RDC N.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. 3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2616, de 12 maio de 1998. Trata da organização e competências da CCIH e do PCIH, conceito e critérios diagnósticos das infecções hospitalares, orientações sobre a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares e seus indicadores e recomendações sobre a lavagem das mãos.		
Fonte item 3: 1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos/ Brasília: Anvisa, 2009. 2. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 2616, de 12 maio de 1998. Trata da organização e competências da CCIH e do PCIH, conceito e critérios diagnósticos das infecções hospitalares, orientações sobre a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares e seus indicadores e recomendações sobre a lavagem das mãos.		
Fonte item 4: Ministério da Saúde. Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz. 09/07/2013. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente; FORMSUS. http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=12905		
Fonte item 5: 1. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 2. OMS. Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da OMS, 2009.		

DISCUSSÃO

Mesmo a higienização sendo, comprovadamente, uma medida importante para o controle das IRAS, as mãos dos profissionais de saúde continuam sendo a fonte mais frequente de contaminação e disseminação de agentes patogênicos. As dificuldades para a adoção das recomendações de higienização das mãos, nos níveis individual, de equipe ou institucional se relacionam à complexidade dos processos de mudança comportamental.¹

Para organizar as ações globais no campo da segurança do paciente, a OMS criou a "Aliança Mundial para a Segurança do Paciente" em 2004 e teve como objetivo principal elaborar políticas para mitigar danos sofridos pelos pacientes causados por problemas na prestação do cuidado e, dessa forma, reduzir suas consequências negativas.²³ O primeiro desafio global para a segurança do paciente lançado pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente foi "Uma Assistência Limpa é Uma Assistência Mais Segura", priorizando a prevenção das IRAS. Essa campanha envolveu estratégias de implantação de ações relacionadas à melhoria da higienização das mãos em serviços de saúde.²⁴

O Brasil criou o PNSP em 2013, entretanto a preocupação com o controle de riscos nos serviços de saúde, no Brasil, antecede o PNSP.³ A Portaria MS nº 2616, MS, publicada em 1998, considerou que as infecções hospitalares, como eram denominadas na época, constituíam risco significativo à saúde dos pacientes dos hospitais, e sua prevenção e controle deveriam envolver medidas na assistência hospitalar, na vigilância sanitária, entre outras,

para serem tomadas no âmbito dos estados, dos municípios e em cada hospital.⁷ A portaria definiu diretrizes mínimas para a composição das Comissões de Controle da Infecção Hospitalar (CCIH) e apresentou alguns conceitos de organização, definições e critérios diagnósticos de IRAS, vigilância epidemiológica, indicadores epidemiológicos das infecções hospitalares, higienização das mãos e recomendações gerais.⁷ Mais uma vez a higienização das mãos foi considerada essencial para o controle e prevenção das infecções causadas pelo cuidado.

A mobilização global em torno da segurança do paciente empoderou mais a luta contra as infecções. Apesar da presença de indicadores obrigatórios contidos nos protocolos de higiene das mãos do PNSP²⁴, não foram recomendados instrumentos específicos de monitoramento que avaliassem a sua implantação.⁷ Donabedian alertou sobre a necessidade de mensuração padronizada de indicadores para melhoria da qualidade em serviços de saúde.²⁵ Muitos serviços de saúde criaram instrumentos de monitoramento sem o cuidado de obter avaliações abrangentes e uniformes, como no caso do hospital estudado. O monitoramento, conforme vem sendo feito, fornece informações imprecisas, que não permitem realizar um planejamento adequado e boas tomadas de decisão com a correta alocação dos recursos e, consequentemente, melhorar a qualidade da assistência oferecida aos usuários.²⁶⁻³²⁸

Na prática, observa-se que a criação de programas sem a devida avaliação da sua implementação, somados à falta de padronização de instrumentos levam à inter-

pretação duvidosa dos resultados alcançados.

A primeira fase da pesquisa demonstra claramente esta questão. A análise documental, somada ao questionário eletrônico reflete que a auditoria é subjetiva, com respostas dos auditores conflitantes, não padronizadas.

A adequação da avaliação do instrumento permitirá a imposição de qualidade no instrumento, validado por especialistas. Segundo Deslandes, a avaliação de programas e serviços é utilizada em áreas como Educação, Administração, Economia, Serviço Social e Saúde Pública, sendo que em cada um desses campos temáticos ganha contornos específicos e se apropria de conceitos, indicadores e técnicas de aplicação.²⁹ É importante ressaltar que na saúde, assim como em outros campos de conhecimento, segundo Tanaka e Melo, "ao avaliar, utilizamos teorias, conceitos e instrumentos de diversas outras áreas do conhecimento. Sendo assim, a avaliação deve ser compreendida como uma área de aplicação e não como uma ciência".³⁰

De acordo com Noronha, um processo clássico de avaliação baseia-se nos princípios da confiabilidade e da isenção dos avaliadores.³¹ Por este motivo, compreendemos que a avaliação deve ser feita baseada em elementos de mensuração com padrões bem definidos que neutralizem a subjetividade do avaliador.

Quanto à classificação da auditoria, observamos que a auditoria interna tem caráter permanente, com o objetivo de assessorar a administração no desempenho efetivo de suas funções e responsabilidades e de constituir um controle gerencial. O controle interno se faz através do exame e da verificação quanto à adequação e eficácia a um custo razoável. O auditor, a partir de suas análises, sugere orientações para elaboração ou reformulações nos padrões e rotinas. Em contrapartida, a auditoria externa é realizada por profissionais liberais, completamente independentes da organização a ser auditada, diminuindo, dessa forma, a subordinação dos auditores à política vigente na organização, o que parece proporcionar uma maior isenção.³¹⁻³⁵

Isto justifica a permanência das auditorias interna e externa no local de estudo, desde que sejam realizadas com a mesma metodologia, utilizando-se de série histórica para comparação, além de capacitação periódica dos auditores, afim de permitir vícios de processos durante a auditoria. Contandriopoulos destaca a importância da avaliação como uma atividade que contribui de forma significativa para a tomada de decisões de forma racional e ressalta que o que se espera é que "as informações produzidas contribuam para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as decisões".³⁶

Desta forma, identificou-se que o processo de validação é contínuo, e necessita atualização periódica, de acordo com as novas demandas do tema, tendo em vista, principalmente, que os protocolos básicos de segurança do paciente estão em discussão há poucos anos, mediante a sua recente obrigatoriedade de implantação nas unidades de saúde. O aprendizado sobre validação de constructo é permanente e certamente, novas propostas de modificação no instrumento de avaliação dos

protocolos de segurança de higienização das mãos e dos demais protocolos deverão de ser testados, complementando o trabalho hora realizado.

Este estudo apresenta limitações, dentre elas podemos citar a reduzida amostra dos especialistas do painel, concentrados em um só estado da federação; as restrições da utilização da técnica Delphi, que vão desde a excessiva dependência dos resultados em relação às escolhas dos especialistas, até a dificuldade de se redigir um questionário sem ambiguidades e não enviesado sobre tendências futuras.²¹ Além disso, o painel avaliou apenas o instrumento e não as demais questões referentes a um sistema de monitoramento, como: a criação de um programa de capacitação dos auditores, a definição da periodicidade de realização da auditoria e a criação de uma forma de *feedback* para os profissionais dos serviços auditados. Entretanto, a maior limitação foi a não aplicação do instrumento no campo.

De um modo geral, este estudo contribui em alguma medida para a segurança do paciente, considerando as limitações do estudo. O novo instrumento proposto nos reflete a diversidade de ferramentas de avaliação de segurança do paciente em nível nacional, o que demonstra a fragilidade do sistema. Além disso, estimula o desenvolvimento de outros estudos no sentido da construção e padronização de ferramentas de avaliação que podem ser utilizadas de forma abrangente, em todo território nacional, permitindo a comparação entre hospitais, estados e unidades de federação.

O fato do tema de higiene das mãos já ter sido estudado há anos e ainda causar IRAS demonstra que a cultura de segurança merece atenção. A prioridade dada no PNSP para a implantação do protocolo de higiene das mãos pelos núcleos de segurança do paciente auxiliará nas ações de redução das IRAS já desenvolvidas pelos serviços de controle de infecção. Esta prática, além de baixo custo, tem grande impacto na qualidade à assistência à saúde dos pacientes.

Tendo em vista que as ações voltadas para segurança do paciente no Brasil ainda são incipientes, o fato do tema de higiene das mãos ter sido estudado por diversos especialistas controladores de infecção há mais de vinte anos demonstram que a cultura de segurança merece atenção, sobretudo nos sistemas de saúde pertencentes ao sistema único de saúde. A integração entre profissionais controladores de infecção e profissionais dos núcleos de segurança do paciente certamente promoverá avanços nesta área, com a disseminação da cultura de segurança no âmbito da higienização das mãos e controle das IRAS, através da utilização de instrumentos de avaliação e monitoramentos adequados e úteis que permitam a comparação entre sistemas e, conseqüentemente, avanços nas metodologias e processos de trabalho, permitindo que sejam cada vez mais seguros.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Guia para implementação: Um guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos a observadores:

- estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2008.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy of the Institute of Medicine; 1999.
 3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União 02 abr. 2013; Seção 1(62):43.
 4. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: FIOCRUZ; ANVISA; 2014.
 5. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (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 20 nov. 2013; Seção 1(225):77.
 6. World Health Organization. World alliance for patient safety: forward programme. Geneva: WHO; 2004.
 7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 2616, de 12 de maio de 1998. Expede diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html
 8. Infectious Diseases Society of America (IDSA). Combating antimicrobial resistance: policy recommendations to save lives. Clin Infect Dis 2011;52(Suppl. 5):S397-S428. hdoi: 10.1093/cid/cir153
 9. Pittet D. Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. Emerg Infect Dis 2001;7(2):234-40. doi: 10.3201/eid0702.700234
 10. Moret L, Tequi B, Lombail P. Should self-assessment methods be used to measure compliance with handwashing recommendations? A study carried out in a French university hospital. Am J Infect Control 2004;32(7):384-390. doi: 10.1016/j.ajic.2004.02.004
 11. World Health Organization. Hand hygiene technical reference manual: to be used by health-care workers, trainers and observers of hand hygiene practices. Geneva: World Health Organization. 2009; 31 p.
 12. Dalkey NC, Olaf H. An experimental application of the Delphi Method to the use of experts. Santa Monica: RAND Corporation; 1962. 17 p. Disponível em http://www.rand.org/pubs/research_memoranda/RM727z1.html
 13. Dalkey NC. The Delphi Method: an experimental study of group opinion. Santa Monica: RAND Corporation; 1969. Disponível em http://www.rand.org/pubs/research_memoranda/RM5888.html
 14. Joint Commission International. Padrões de acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 5 ed. Illinois: JCRINC; 2014.
 15. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA 1988;260(12):1743-1748. doi: 10.1001/jama.1988.03410120089033
 16. Hartz ZMA. Princípios e padrões em meta avaliação: diretrizes para os programas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2006;11(3):733-738. doi: 10.1590/S1413-81232006000300020
 17. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciênc Saúde Coletiva 2006;11(3):705-711. doi: 10.1590/S1413-81232006000300017
 18. Ministério da Saúde (BR). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.
 19. Barnette JJ. Effects of stem and Likert response option reversals on survey internal consistency: if you feel the need, there is a better alternative to using those negatively worded stems. Educ Psychol Meas 2000;60(3):361-370. doi: 10.1177/00131640021970592
 20. Pelczar Junior MJ, Chan ECS, Krieg NR. Microbiologia: conceitos e aplicações. São Paulo: Makron Books; 1996.
 21. Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014.
 22. Pereira MS, Morya TM. Infecção hospitalar: estrutura básica de vigilância e controle. Goiânia: AB; 1995.
 23. Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. A Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.
 24. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy of the Institute of Medicine; 1999.
 25. World Health Organization. World alliance for patient safety: forward programme. Geneva: WHO; 2004.
 26. World Health Organization. World alliance for patient safety. First Global Patient Safety Challenge: clean care is safer care. Geneva: WHO; 2006.
 27. Ministério da Saúde (BR). Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz; 2013.
 28. Donabedian, A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? American Journal of Public Health 1981;71(4): 409-412. doi: 10.2105/AJPH.71.4.409
 29. Soárez PC, Padovan JL, Ciconelli RM. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. Revista de Administração em Saúde 2005;7(27):57-64. Disponível em: http://www.ufjf.br/oliveira_junior/files/2011/08/SO%C3%81REZ-P.-C.-PADOVAN-J.-L.-CICONELLI.pdf
 30. Marinho N. Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde dos municípios do estado do Rio de Janeiro. Brasília: Ipea; nov. 2001. Texto para discussão n. 842.
 31. Mello JB, Camargo MO. Práticas e conceitos: normas ISO nas áreas médico hospitalar e laboratorial. São Paulo: Best Seller. 1998.
 32. Wright JTC, Giovino RA. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento participativo. Caderno de Pesquisas em Administração 2000;1(12):64-55.