



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Leticia Janotti

Avaliação da adequação do sistema de monitoramento de higienização das mãos de um hospital de alta complexidade do estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

Leticia Janotti

Avaliação da adequação do sistema de monitoramento de higienização das mãos de um hospital de alta complexidade do estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Walter Vieira Mendes Júnior.

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

J34a Janotti, Leticia
Avaliação da adequação do sistema de monitoramento de
higienização das mãos de um hospital de alta complexidade
do estado do Rio de Janeiro. / Leticia Janotti. – 2017.
138 f. : il. ; tab. ; graf.

Orientador: Walter Vieira Mendes Júnior.
Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro,
2017.

1. Segurança do Paciente. 2. Infecção Hospitalar.
3. Desinfecção das Mãos. 4. Vigilância em Saúde Pública.
5. Monitoramento. 6. Higiene das Mãos. I. Título.

CDD – 22.ed. – 614.48098153

Leticia Janotti

Avaliação da adequação do sistema de monitoramento de higienização das mãos de um hospital de alta complexidade do estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância em Saúde.

Aprovada em: 21 de fevereiro de 2017.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Denise Vantil Marangoni
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Lenice Gnocchi da Costa Reis
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Walter Vieira Mendes Júnior (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2017

Dedico esta pesquisa à minha querida filha Giovanna e meu esposo Christian Naurath, por todo apoio e incentivo. Aos meus irmãos Fabio e João Luís (“*in memoriam*”), e meus pais Carlos e Neiva por compartilhar os princípios de humildade, família e união, seja nos momentos difíceis ou nos momentos de plena alegria. Todos vocês são a razão da minha existência e sem dúvida, a base para meu crescimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela existência e pela oportunidade que a vida me tem oferecido. Dentre estas oportunidades, ter cruzado em meu caminho o meu orientador, meu grande mestre.

Agradeço ao Prof. Dr. Walter Mendes pela inspiração, determinação, força e superação. Por nos levar a refletir os princípios da vida e da humanidade. Por acreditar que podemos contribuir para um sistema de saúde público seguro, com cuidado centrado no paciente, digno e adequado.

Agradeço às minhas colegas de curso, Stênia Marília, Marcia Quaresma e Maria Lúcia Lima, pelo companheirismo durante toda a jornada intensa do mestrado, longe de casa, nas idas e vindas do aeroporto...

Agradeço à colega de mestrado acadêmico da ENSP, Cláudia Dolores, e ao grupo de estudos de qualidade e segurança da ENSP, composto pelos pesquisadores, Walter, Margareth, Mônica e seus respectivos mestrandos e doutorandos. Além de agregar conhecimento, foram tardes plenas e satisfatórias de compartilhamento de novas idéias e reflexão de ideais para a implantação e monitoramento de boas práticas de segurança do paciente.

Às coordenadoras do curso, a todos os professores e colegas do mestrado, pelos momentos produtivos de aprendizado, coleguismo e interatividade.

Às Dras. Denise Marangoni e Lenice Reis, que compuseram a banca examinadora desde a qualificação do projeto e contribuíram com suas apreciações e observações para a conclusão desta pesquisa.

A todos, Muito Obrigada!

Não existe falta de tempo, existe falta de interesse. Porque quando a gente quer mesmo, a madrugada vira dia. Quarta-feira vira sábado e um momento vira oportunidade.

Pedro Bial

RESUMO

Sistemas de monitoramento são essenciais para avaliação das ações previstas no Programa de Segurança do Paciente e, principalmente, para a implantação dos protocolos considerados prioritários pela Organização Mundial de Saúde. Em todos estes protocolos existem indicadores para avaliar a sua implantação. O objetivo do presente estudo foi avaliar a adequação do sistema utilizado para o monitoramento da higienização das mãos dos profissionais de saúde de um hospital de alta complexidade do estado do Rio de Janeiro e propor modificações para que possa ser realizado de forma uniforme e abrangente, no local do estudo e em outros hospitais em todo o país. Inicialmente foi realizada uma validação de constructo da ferramenta utilizada no hospital de estudo pela perspectiva dos avaliadores pertencentes ao núcleo de qualidade e segurança do paciente. Após esta etapa, foi realizado um levantamento na literatura sobre a segurança do paciente, infecções relacionadas à assistência à saúde e instrumentos de monitoramento. Quanto às referências utilizadas, é importante informar que se buscou fundamentar a pesquisa nas recomendações de instituições e autores nacionais e internacionais com reconhecida credibilidade na área da segurança do paciente, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e a Joint Commission Internacional (JCI), entre outras instituições, e do governo brasileiro, através do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Este estudo permitiu a criação de um novo instrumento de monitoramento, que foi submetido ao julgamento de especialistas, usando a técnica de consenso Delphi. A conclusão do estudo remete o pressuposto da necessidade da utilização de instrumentos adequados de monitoramento de implantação do protocolo de higienização das mãos. Uma vez adequado, esse sistema de monitoramento de higienização das mãos terá utilidade prática em virtude, não só da sua relevância, mas também contribuindo para unificar ações pouco integradas entre os serviços de infecção hospitalar e núcleos de segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Infecção hospitalar. Higienização das mãos. Avaliação em saúde. Painel de especialistas.

ABSTRACT

Monitoring systems are essential for Patient Safety Program evaluation actions and for World Health Organization priority protocols implementation. There are some indicators to evaluate implementation of these protocols. The objective of the present study was evaluate the adequacy of the system used to monitor health professional hands hygiene of a high complexity hospital in the state of Rio de Janeiro. The study also propose modifications to perform the system in a uniform and comprehensive manner, not only in the study hospital but also in other hospitals throughout the country. We performed initially a construct validation of the tool used in the study hospital. We used a perspective of evaluators belonging to patient quality and safety services. After this step, we performed a literature review based on patient safety, health care related infections and monitoring instruments. The base of the research was national and international institutions recommendations and authors with recognized credibility in patient safety area - World Health Organization (WHO), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), International Joint Commission (JCI), among other institutions, and the Brazilian government, through the Health Ministry and the National Agency of Sanitary Surveillance (ANVISA). The study allowed the creation of a new monitoring instrument submitted to the judgment of specialists (experts), using the Delphi consensus technique. The conclusion of the study points the need to use adequate instruments to monitor the implantation of the hand hygiene protocol. An appropriate hand hygiene monitoring system will be of practical use because of its relevance and contribution to unificate poorly integrated actions between hospital infection services and patient safety services.

Keywords: Patient safety. Hospital infection. Hand hygiene. Health assessment. Expert panel.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Os cinco momentos para higiene das mãos preconizados pela ANVISA em consonância com a OMS	21
Figura 2 - Linha do tempo com alguns autores que contribuíram com a qualidade do cuidado em saúde	23
Figura 3 - Eixos do Programa Nacional de Segurança do Paciente	25

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentagem de conformidades do Protocolo de Segurança do Paciente do HEAPN em Auditoria NQSP Central realizada em janeiro de 2015	36
Gráfico 2 - Percentagem de conformidade do Protocolo de Segurança do Paciente no HEAPN em auditoria do NQSP Local realizada em fevereiro de 2015	38
Gráfico 3 - Percentagem de conformidade do Protocolo de Segurança do Paciente no HEAPN em auditoria do NQSP Local realizada em setembro de 2015	39
Gráfico 4 - Composição da equipe de auditores do NQSP Central e Local que responderam ao questionário autoaplicável	40
Gráfico 5 - Percentagem dos Auditores do NQSP Central e Local que responderam ao questionário autoaplicável – 1ª fase.....	41
Gráfico 6 - Percentual de concordância nos cinco níveis da escala Likert quanto à utilidade da ferramenta proposta - 2ª rodada.....	47
Gráfico 7 - Percentual de concordância nos cinco níveis da escala Likert quanto à abrangência	48
Gráfico 8 - Percentual de concordância nos cinco níveis da escala Likert quanto à clareza da ferramenta proposta - 2ª rodada.....	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição dos insumos e equipamentos necessários para a realização da higiene das mãos	22
Quadro 2 - Conceito das dimensões da qualidade apresentados pelo Instituto Médico	24
Quadro 3 - Lista atual de verificação da higienização das mãos do Núcleo Local da Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	30
Quadro 4 - Itens do protocolo de higienização das mãos no HEAPN em auditoria realizada pelo NQSP Central em janeiro de 2015 no SCIH.....	35
Quadro 5 - Novo instrumento de avaliação do protocolo de higienização das mãos, validado pelos especialistas.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência e porcentagem das respostas dos especialistas na primeira rodada nos cinco níveis de acordo com a escala.....	44
Tabela 2 - Frequências e porcentagens das respostas dos especialistas na primeira rodada consolidados em três níveis.....	45
Tabela 3 - Frequências e porcentagens das respostas dos especialistas na segunda rodada nos cinco níveis de acordo com a escala por itens avaliados	46
Tabela 4 - Frequências e porcentagens das respostas dos especialistas na segunda rodada consolidadas em três níveis de acordo com os itens da escala por itens avaliados.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Colégio Americano de Cirurgiões
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
DO	Diário Oficial
EA	Eventos Adversos
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HEAPN	Hospital Estadual Adão Pereira Nunes
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
IH	Infecção Hospitalar
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
JCI	<i>Joint Commission Internacional</i>
MS	Ministério da Saúde
NQSP	Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
OSS	Organização Social de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SES/RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	PERGUNTA AVALIATIVA	17
3	OBJETIVOS	18
3.1	Objetivo geral.....	18
3.2	Objetivos específicos	18
4	REFERENCIAL TEÓRICO	19
4.1	As infecções relacionadas assistência à saúde e a higiene das mãos	19
4.2	A segurança do paciente como atributo da qualidade em saúde.....	22
4.3	Avaliação em Saúde.....	25
4.4	Validade de conteúdo.....	26
5	MATERIAIS E MÉTODOS	28
5.1	O local de estudo e seu sistema de qualidade do cuidado.....	28
5.2	Primeira fase da pesquisa	31
5.3	Segunda fase da pesquisa	32
5.4	Aspectos éticos.....	33
6	RESULTADOS	34
6.1	Revisão documental	34
6.1.1	<i>Auditoria do NQSP Central</i>	34
6.1.2	<i>Auditoria do NQSP Local</i>	37
6.2	Questionário autoaplicável.....	40
6.3	Revisão de literatura	41
6.4	Resultados do painel de especialistas.....	43
6.4.1	<i>Painel de especialistas – primeira rodada</i>	43
6.4.2	<i>Painel de especialistas – segunda rodada</i>	46
7	DISCUSSÃO	51
7.1	Limitações do estudo	54
8	CONCLUSÕES	56
	REFERÊNCIAS	57
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO – 1ª FASE PERGUNTAS NQSP CENTRAL E LOCAL	63
	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO – 1ª FASE RESPOSTAS NQSP CENTRAL E LOCAL	81
	APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO – 2ª FASE – 1ª RODADA DE PERGUNTAS ESPECIALISTAS	94
	APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO – 2ª FASE – 1ª RODADA DE RESPOSTAS ESPECIALISTAS	103
	APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO – 2ª FASE – 2ª RODADA DE PERGUNTAS ESPECIALISTAS	115
	APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO – 2ª FASE – 2ª RODADA DE RESPOSTAS ESPECIALISTAS	119

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, governos e organizações não governamentais (ONG) nacionais e internacionais têm elaborado políticas, programas, normas, leis e diretrizes com intuito de melhorar a qualidade do cuidado à saúde do paciente. Muitas diretrizes, principalmente as voltadas a promover a segurança na atenção à saúde, têm sido construídas e difundidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A criação da “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente”, pela OMS, em 2004 (WHO, 2004), 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. No Brasil, a partir das diretrizes da OMS, foram elaborados programas nacionais e locais de segurança do paciente, além de estratégias para sua implantação.

A 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 (OMS, 2009a).

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 Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Esta campanha envolveu estratégias de implantação de ações relacionadas à melhoria da Higienização das Mãos em Serviços de Saúde (WHO, 2006). Em 2008, a OMS lançou o segundo desafio global de segurança do paciente com a campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas (OMS, 2009b), que entre outras medidas estimulou a prevenção e controle de infecções em cirurgias.

O Brasil, seguindo as diretrizes da OMS, editou a Portaria MS nº. 529 (BRASIL, 2013a), posteriormente complementada pelas Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) 36 e 53 (BRASIL, 2013b; 2013c), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

A preocupação com o controle de riscos nos serviços de saúde, no Brasil, antecede o PNSP. Podem-se apontar algumas iniciativas neste sentido, tendo como pioneiros a política de sangue e hemoderivados para os serviços responsáveis por transfusões de sangue, hemocomponentes e pelo controle e prevenção da infecção associada ao cuidado em saúde

(BRASIL, 1976; 1977; 1988a; 1988b; 1997; 1998; 2001).

Um dos eixos mais importantes do PNSP é a implantação de protocolos considerados prioritários pela OMS. Em todos os protocolos existem indicadores para avaliar a sua implantação. Um dos protocolos prioritários é o da higienização das mãos, que foi escolhido em virtude da relevância para reduzir as IRAS.

O Brasil formalizou sua participação internacional na prevenção e controle das IRAS, em 2007, por meio da concordância do Ministro da Saúde com a “Declaração de Compromisso na Luta contra as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde” (MERCOSUR, 2007). Entretanto, iniciativas para prevenção e controle de IRAS existem no Brasil desde o ano de 1976, com a publicação do Decreto do MS nº 77.052 de 19/01/1976 (BRASIL, 1976). Em seu Artigo 2º, item IV, foi determinado que nenhuma instituição hospitalar poderia funcionar no plano administrativo se não dispusesse de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e circunstantes. Em 1988, a Portaria MS nº 232 criou o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar (BRASIL, 1988a). Quase dez anos depois, a Lei nº 9431 de 6 de janeiro de 1997, determinou a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (BRASIL, 1997).

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 e outras, para serem tomadas no âmbito dos estados, dos municípios e em cada hospital. A portaria, definiu diretrizes mínimas para a composição das Comissões de Controle da Infecção Hospitalar (CCIH) e apresentou alguns conceitos de organização, conceitos e critérios diagnósticos de IRAS, vigilância epidemiológica, indicadores epidemiológicos das infecções hospitalares, lavagem das mãos e recomendações gerais (BRASIL, 1998).

As Infecções Hospitalares são adquiridas mais frequentemente após a admissão do paciente, que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998).

Vale salientar que o termo “infecções hospitalares” sofreu modificações nos últimos anos e, atualmente, os técnicos vêm preferindo a denominação “infecções relacionadas à assistência à saúde” (IRAS) ou “infecções associadas aos serviços de saúde”, tendo em vista a dimensão das infecções fora do âmbito hospitalar. Neste estudo utilizaremos o termo IRAS.

As IRAS representam um problema para o qual convergem diversas pesquisas, procedimentos e estratégias, que abrangem a criação de novos insumos, inclusive de

tecnologias de alta complexidade, o treinamento dos profissionais de saúde e o envolvimento dos pacientes.

Existe um consenso de que a higienização de mãos é uma medida simples, de baixo custo e baixa complexidade e, portanto, um dos pilares na prevenção e controle da infecção hospitalar (PITTET, 2001; MORET et al, 2004). O controle das IRAS é considerado como prioridade para as pesquisas com objetivo de criar políticas sobre segurança do paciente. As mudanças comportamentais apresentam destaque neste tema, pois diferentes tipos de mudança comportamental necessitam de diferentes abordagens (OVRETVEIT, 2015). 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 lavagem das mãos, nos níveis individual, de equipe ou institucional se relacionam à complexidade dos processos de mudança comportamental (OMS, 2008).

A identificação, a prevenção e o controle das IRAS são ações que reduzem o risco e evitam que o dano alcance o paciente (BRASIL, 2013d). Estima-se que 3% a 15% dos pacientes hospitalizados no Brasil desenvolvam alguma IRAS (OMS, 2008). O conhecimento adquirido sobre os mecanismos de disseminação de germes hospitalares aponta as mãos dos profissionais de saúde como o mais importante modo de transmissão indireta de microorganismos pelo estabelecimento da colonização da pele do paciente e posterior desencadeamento do processo infeccioso ou pela manipulação de trato estéril durante os procedimentos invasivos (OMS, 2008).

Apesar da presença de indicadores obrigatórios contidos nos protocolos de higiene das mãos do PNSP (BRASIL, 2013e), não foram recomendados instrumentos específicos de monitoramento, que avaliem os componentes estruturais, de processo e do resultado e que permitam análise periódica e elaboração de ações de melhoria no âmbito da prevenção para o controle da IRAS. Recentemente, uma ferramenta de autoavaliação foi elaborada no Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e avaliação das práticas de segurança do paciente para ser realizada pelos serviços de saúde (BRASIL, 2015).

2 PERGUNTA AVALIATIVA

O sistema de monitoramento empregado em um hospital está adequado para avaliar a correta higienização das mãos?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a adequação do instrumento utilizado para o monitoramento da higienização das mãos dos profissionais de saúde de um hospital de alta complexidade do estado do Rio de Janeiro.

3.2 Objetivos específicos

1. Analisar se o instrumento de monitoramento permite que a higienização das mãos seja avaliada de forma abrangente em todos os serviços do hospital.
2. Avaliar se os auditores monitoram uniformemente a higienização das mãos nos serviços do hospital.
3. Propor modificações no sistema de monitoramento.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A literatura científica apresenta de forma significativa a relação entre a realização da higiene das mãos entre os profissionais de saúde e as IRAS. Neste capítulo, além desse tema, serão abordadas também questões relacionadas à segurança do paciente, como um atributo da qualidade do cuidado à saúde; um breve histórico sobre os autores que se destacaram nesta área; como o tema vem sendo abordado, elencando desde os órgãos fundadores até os eixos que norteiam o Programa de Segurança do Paciente em nosso país. Serão apresentados, ainda, conceitos de avaliação em saúde e validade de construção e conteúdo, elementos-chave na busca de resultados precisos e adequação de instrumentos.

4.1 As infecções relacionadas assistência à saúde e a higiene das mãos

As IRAS ocorrem em todo o mundo e afetam tanto países desenvolvidos quanto países com recursos escassos e estão entre as principais causas de morte e aumento de estados de morbidez em doentes hospitalizados. Um estudo de prevalência de infecções hospitalares em 55 hospitais de 14 países representando quatro regiões da OMS (Sudeste da Ásia, Europa, Mediterrâneo Oriental e Pacífico Ocidental) revelou que, em média, 8,7% dos pacientes em hospitais sofrem IRAS (WHO, 2004).

A denominação tradicional – infecção hospitalar – ainda hoje utilizada, já não contempla a ampla gama de serviços assistenciais extra-hospitalares nos quais algum tipo de intervenção invasiva é praticado com risco de infecção. Assim, a terminologia aqui empregada – infecção relacionada à assistência à saúde – busca expressar de modo conceitualmente mais adequado o fenômeno que denomina.

De acordo com a definição de eventos adversos (EA) - incidentes que resultam em dano ao paciente (RUNCIMAN, 2009) - pode-se afirmar que as IRAS são EA. Incidentes são definidos como eventos ou circunstância que poderiam ter resultado, ou resultaram em dano desnecessário ao paciente, advindos de atos não intencionais ou intencionais (RUNCIMAN, 2009). Portanto, medidas de controle e de melhoria da qualidade do cuidado reduzem estas ocorrências. Em virtude da maioria dos EA serem evitáveis, a adoção de medidas preventivas voltadas para a redução de sua probabilidade de ocorrência pode evitar sofrimento desnecessário, economizar recursos e salvar vidas (KHON, 1999).

Em um estudo realizado em três hospitais do Estado do Rio de Janeiro, que abrangeu 1.103 pacientes adultos internados, a incidência de EA foi estimada em 7,6% e a proporção

de EA evitáveis de 66,7% (MENDES et al, 2009). Nesse estudo as IRAS foram os EA mais frequentes, totalizando 24,6% dos EA evitáveis (MENDES et al, 2013). Em um estudo realizado em vários países da América Latina as IRAS também foram os EA mais frequentes, alcançando índice de 37,1% (ARANAZ et al, 2011).

Esses estudos demonstram a importância do monitoramento da assistência prestada pelos serviços de saúde na área de segurança do paciente e em particular as IRAS. A adequação do instrumento de avaliação utilizado para monitorar a higienização das mãos é uma importante estratégia para orientar o desenho de medidas que garantam cuidados de saúde mais seguros.

“Higienização ou lavagem das mãos” é um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e, conseqüentemente, evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS. De acordo com a ANVISA, o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica, definidas no protocolo de higiene das mãos (BRASIL, 2013d).

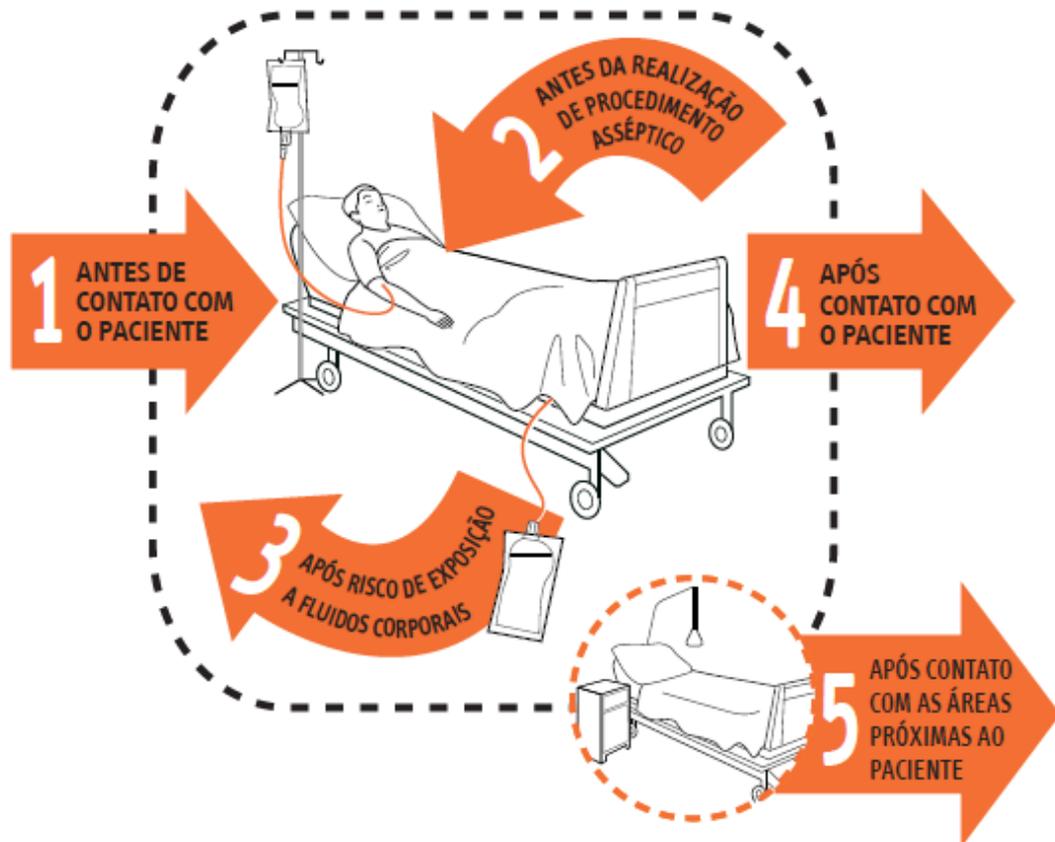
As mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais para prevenção de IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos: “Meus cinco momentos para a higiene das mãos” (figura 1).

A ação correta, no momento certo, é a garantia de cuidado seguro para os pacientes (BRASIL, 2013d):

1. Antes de tocar o paciente
2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico
 - a. Antes de manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas.
 - b. Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.
3. Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções
 - a. Após contato com fluidos corporais ou excretas, membranas mucosas, pele não íntegra ou curativo.
 - b. Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.
 - c. Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas
4. Após tocar o paciente
 - a. Antes e depois do contato com o paciente
 - b. Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas
5. Após tocar superfícies próximas ao paciente

- a. Após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para a saúde) nas proximidades do paciente
- b. Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas

Figura 1 Os cinco momentos para higiene das mãos preconizados pela ANVISA em consonância com a OMS



Fonte: BRASIL, 2013d.

Para que a higienização das mãos ocorra de modo correto é necessário que os sistemas de saúde disponibilizem os insumos e equipamentos necessários para a realização da higiene das mãos, descritos no Quadro 1:

Quadro 1 - Descrição dos insumos e equipamentos necessários para a realização da higiene das mãos

Insumos / Equipamentos	Descrição
Água	A água deve ser livre de contaminantes químicos e biológicos
Sabões	Recomenda-se o uso de sabão líquido, tipo refil, devido ao menor risco de contaminação do produto.
Agentes Antissépticos	São substâncias utilizadas para reduzir o número de agentes da microbiota transitória e residente da pele.
Papel-toalha	O papel-toalha deve ser suave, possuir boa propriedade de secagem, ser esteticamente aceitável e não liberar partículas
Lavatórios / pias	Devem possuir torneiras ou comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água.
Dispensadores	Deve-se optar por dispensadores de fácil limpeza e que evitem o contato direto das mãos.
Porta papel-toalha	Deve ser fabricado, preferencialmente, com material que não favoreça a oxidação, de fácil limpeza.
Lixeira	Deve ter tampa articulada com acionamento por pedal.

Fonte: Adaptado de Nascimento (NASCIMENTO, 2010)

A implantação das iniciativas de higienização de mãos, especialmente a qualificação dos profissionais de saúde para agir preventivamente em relação às IRAS, é extremamente importante. Quanto mais avançado for o estágio de implementação dessas normas e procedimentos maior a possibilidade de detecção e compreensão da dinâmica comportamental que envolve a baixa adesão (NASCIMENTO, 2010).

As práticas de segurança devem ser baseadas nas melhores evidências científicas, tanto no aspecto estrutural, como de processos, efetivas para reduzir a chance de causar dano ao paciente; aplicadas em diferentes níveis de assistência e para diferentes tipos de pacientes; amplas e sustentáveis; e utilizadas por pacientes, profissionais de saúde, estimuladas pelas fontes pagadoras e com a participação dos pesquisadores (BRASIL, 2014).

4.2 A segurança do paciente como atributo da qualidade em saúde

A abordagem racional da medicina surgiu com Hipócrates (460-377 a.C.) e sua obra, que traz o conceito de endemia e epidemia no livro “Ares, Águas e Lugares”, que apresenta a teoria dos miasmas que explicava o surgimento das doenças a partir da emanação do ar de regiões insalubres. Hipócrates afirmava que, em sua prática, o médico deve dirigir os cuidados com a finalidade da recuperação do paciente, abstendo-se de toda a maldade e dano. “*Primum non nocere*” – que significa: primeiro não cause o dano – é reconhecida como uma das

primeiras referências explícitas à segurança do paciente (SOUSA, 2014).

Em 1843, um médico americano chamado Oliver Wendell Holmes afirmou que a febre puerperal era contagiosa e transmitida pelas mãos de médicos e parteiras (PELCZAR et al, 1996). Publicou neste ano a obra *“On the Contagiousness of Puerperal Fever”*, responsabilizando os médicos pela infecção puerperal. Mas foi Ignaz Phillip Semmelweis quem obteve notabilidade por seus achados relativos às infecções. Em 1847, publicou um trabalho que viria a confirmar a relação da transmissão de doença intra-hospitalar. Semmelweis defendia a antissepsia e pregava a lavagem das mãos antes do parto, constatando a gravidade da transmissão cruzada, antes mesmo da descoberta dos microorganismos. Coube a Semmelweis a publicação da primeira observação experimental sobre a febre puerperal (SOUSA, 2014).

Outros nomes surgiram nesta época, como a enfermeira inglesa Florence Nightingale que, além de criar a profissão de enfermagem e o seu ensino, incentivou mudanças na organização dos cuidados, no sentido da melhoria da salubridade dos ambientes, com sua análise das condições dos hospitais ingleses. Ernest Amory Codman defendia a avaliação do resultado das cirurgias realizadas por ele, inclusive as experiências negativas. Apesar de fundar o Colégio Americano de Cirurgiões (ACS), foi censurado e rejeitado. Somente em 1917 foi publicado pelo ACS um grupo de padrões mínimos baseados nas categorias de Codman, que viriam a ser alicerces dos padrões de acreditação hospitalar (SOUSA, 2014).

A Figura 2 resume a linha do tempo contendo renomeados autores na área de qualidade em saúde. A era da segurança do paciente só veio ao final da década de 1990, com a publicação do relatório *“To err is human”* do *Institute of Medicine* (IOM) (KOHN, 1999).

Figura 2 - Linha do tempo com alguns autores que contribuíram com a qualidade do cuidado em saúde



Fonte: SOUSA, 2014; PELCZAR, 1996; PEREIRA, 1995, DONABEDIAN, 1978.

Em 1978, Donabedian definiu qualidade como “a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos ao paciente e ao menor custo”, estabelecendo sete atributos dos cuidados de saúde que compõem a sua qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade” (DONABEDIAN, 1978).

Ao longo dos anos, muitos autores estudaram este tema, introduzindo novos atributos ou redefinindo algumas já utilizadas. Em 2001 o IOM propôs um novo arranjo de atributos que foram adotados pelo PNSP, conforme Quadro 2 (IOM, 2001).

Quadro 2 - Conceito das dimensões da qualidade apresentados pelo Instituto Médico

Dimensões	Conceito
Segurança	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo o desperdício associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Fonte: TRAVASSOS; CALDAS (2013, p. 22-23).

No Brasil, setores de área governamental e de pesquisa se mobilizaram em função do tema segurança do paciente. O Ministério da Saúde e a ANVISA são os destaques governamentais. Na área da pesquisa, publicações da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) têm grande destaque. Além disso, a criação do Proqualis, em 2009, vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), órgão da Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde, permitiu a atualização constante de artigos e publicações voltados à segurança do paciente. Profissionais do Proqualis contribuíram para elaboração da Portaria 529, de 1 de abril de 2013, que lançou o PNSP (Proqualis, ICICT/Fiocruz). O PNSP tem quatro eixos: (BRASIL, 2014):

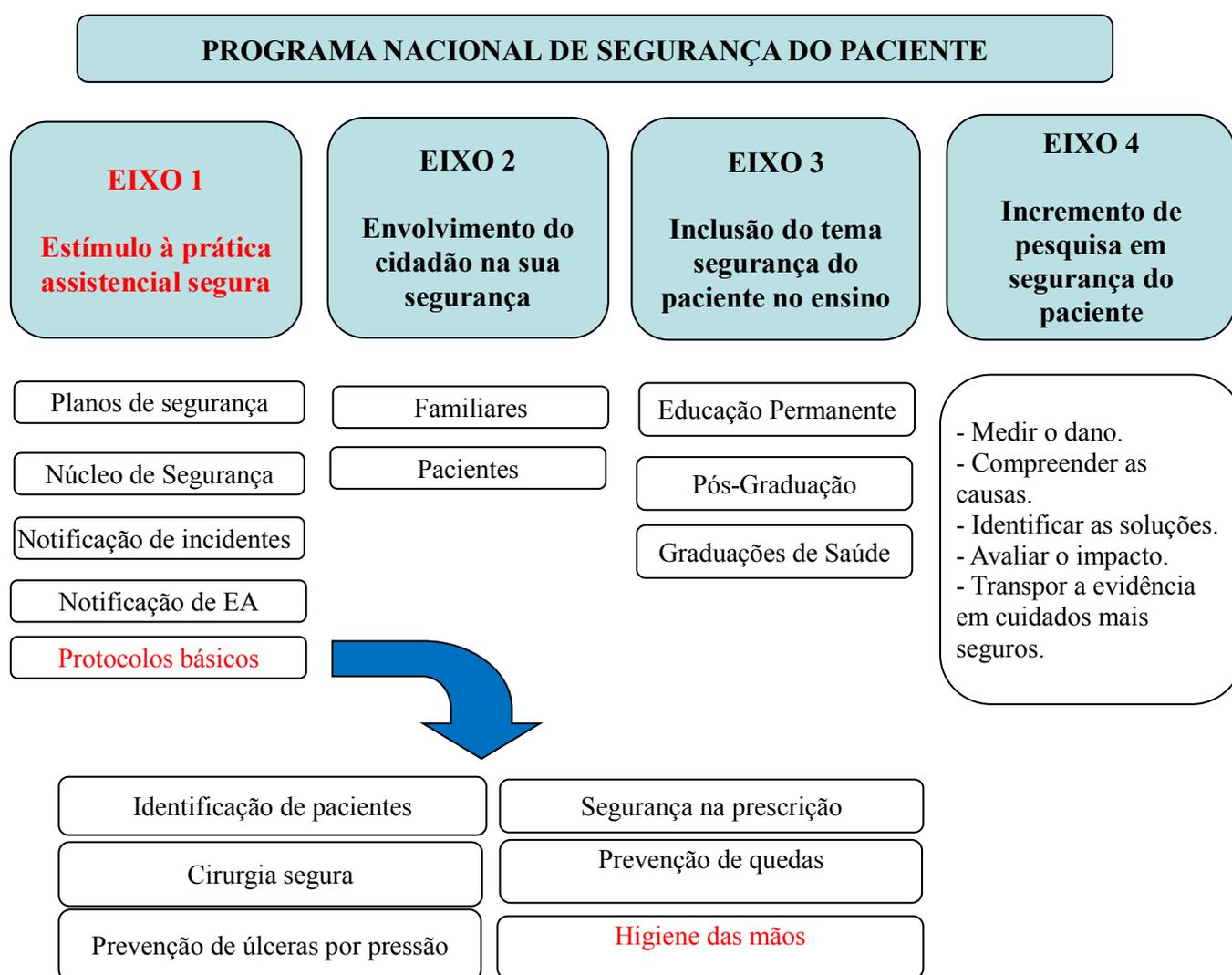
1. O estímulo a uma prática assistencial segura, contendo os protocolos, os planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de saúde, a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente e o sistema de notificação de incidentes e EA no Brasil;
2. Envolvimento do cidadão na sua segurança;

3. Inclusão do tema segurança do paciente no ensino (educação permanente, pós-graduação e graduações da saúde), e

4. O incremento de pesquisa em segurança do paciente.

A seguir, estão resumidos os quatro eixos citados no PNSP, destacando o componente de higienização das mãos (Figura 3).

Figura 3 - Eixos do Programa Nacional de Segurança do Paciente



Fonte: Documento de referência para o PNSP (BRASIL, 2014)

4.3 Avaliação em saúde

Avaliação é compreendida como a emissão de um juízo de valor sobre um objeto por meio de critérios e referenciais previamente definidos (CONTANDRIOPOULOS et al,

1997a).

A avaliação da implantação compreende cinco tipos de procedimentos: a avaliação do esforço, o "monitoramento" dos programas, a avaliação do processo, a avaliação dos componentes e a especificação do tratamento. (PATTON, 1986).

Quando se pretende avaliar a qualidade dos cuidados nos serviços de saúde, são vários os modelos que estão ao dispor. O modelo mais conhecido e amplamente utilizado é o proposto por Donabedian. Em 1988, a tríade de Donabedian, composta por três componentes: estrutura, processo e resultado, definem o principal modelo para avaliação da qualidade do cuidado à saúde. A estrutura corresponde aos atributos dos setores em que os cuidados são prestados, o que inclui os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros; o processo corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados; e o resultado (*outcome*) corresponde ao efeito do cuidado no estado de saúde do paciente e das populações (DONABEDIAN, 1988).

Questões imperativas para o uso de princípios e padrões em avaliação, orientada pela aplicação dos quatro padrões internacionais: utilidade, exequibilidade, propriedade e precisão, são consideradas pontos cruciais para aperfeiçoamento e desenvolvimento do SUS (HARTZ, 2006).

Para que possamos avaliar e monitorar programas faz-se necessária a utilização de um instrumento de medida, que deve ser confiável e validado. Entende-se por confiabilidade a capacidade de um instrumento medir fielmente um fenômeno e por validade a capacidade de medir com precisão o fenômeno a ser estudado (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997b).

Uma medida é confiável e válida quando associada com o menor erro possível ao conceito que está sendo medido. Existem três categorias de erros que podem estar ligados a uma pesquisa: erros relacionados ao pesquisador, os erros relacionados ao instrumento e aqueles relacionados ao respondente. Os erros de medida relacionados ao instrumento podem ser reduzidos, principalmente pela construção de instrumento de medida bem planejado (PEDHAZUR, 1991).

4.4 Validade de conteúdo

A Associação Pan-americana de Psicologia publicou em 1954 uma norma que classifica a validade em quatro aspectos: conteúdo, concorrente, preditiva e de constructo. Em 1966, a validade concorrente e preditiva foram combinadas em uma classe denominada "validade relacionada a critério" (MONTEIRO, 2013).

Estimar a validade de um instrumento é mais complexo que avaliar sua confiabilidade. Contandriopoulos adotou a seguinte nomenclatura para discussão da validade dos instrumentos de medida: validade de conteúdo, prática ou de critério e de construção. (CONTANDRIOPOULOS, 1997b).

A validade de conteúdo está relacionada à capacidade de julgar se a construção teórica representa todos os aspectos do conceito a ser medido. Para esta avaliação, pesquisadores recorrem a pareceres de especialistas sobre a adequação aparente entre o instrumento proposto e a construção a ser medida (CONTANDRIOPOULOS, 1997b). Em contrapartida, a validade prática (de critério), se refere à capacidade do instrumento em medir alguma coisa relacionada com um critério de interesse, contemporâneo ou futuro (CONTANDRIOPOULOS, 1997b).

Denomina-se constructo ao atributo sobre o qual se faz afirmações ao interpretar seus resultados (MONTEIRO, 2013). Este tipo de validade está diretamente ligado ao conceito e sua medida (CONTANDRIOPOULOS, 1997b). Para agregar uma maior validade de conteúdo aos diversos padrões, sugere-se a utilização da lista de verificação e valoração de escores (STUFFLEBEAM, 2005).

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, qualitativo, organizado em duas fases. Na primeira fase, foi realizada uma análise de abrangência e uniformidade das auditorias. Neste trabalho, considera-se abrangência como a avaliação realizada em todos os serviços de cuidado do hospital em todos os horários. Quanto à uniformidade, entende-se a mesma forma e a compreensão do que é avaliado entre todos os auditores.

Para atender aos objetivos específicos 1 e 2, foi realizada revisão da literatura para subsidiar a proposição das modificações no instrumento de monitoramento submetida aos especialistas através do método Delphi.

5.1 O local de estudo e seu sistema de qualidade do cuidado

O estudo foi realizado no Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN), no período de janeiro a dezembro de 2015.

O HEAPN é um estabelecimento de saúde de grande porte, que presta de serviços de saúde exclusivamente para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de média e alta complexidade, pertencente à Secretária Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), e foi administrado por uma Organização Social de Saúde (OSS), de outubro de 2013 a outubro de 2016, período em que se realizou a pesquisa.

O HEAPN foi inaugurado em dezembro de 1998 com o nome de Hospital Geral de Duque de Caxias e passou a ser denominado Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN) em 2001, sob a lei DO nº 3.737. Está localizado no município de Duque de Caxias, na Rodovia Washington Luiz S/Nº BR 040 km 109, no bairro de Jardim Primavera, Rio de Janeiro, com uma área construída de 15.000m². Na época do estudo, o HEAPN possuía 411 leitos. O perfil de pacientes atendidos no hospital é formado de pacientes que procuram serviços de urgência e emergência adulto e pediátrico, principalmente oriundos do trauma e de maternidade de alto risco.

O organograma da OSS contemplava em seu nível central um conselho de gestão, com cinco diretorias, com as suas respectivas gerências: administrativa-financeira, jurídica e filantropia, desenvolvimento, operações e médica. Existiam ainda, as diretorias operacionais regionais que tinham como atribuição a gestão dos projetos da sua região de atuação.

A qualidade do cuidado era um dos itens existentes no planejamento estratégico da empresa que contava com organizações específicas para operar:

- O Núcleo Central da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP Central) oferecia suporte técnico às atividades desenvolvidas, responsável por definir as diretrizes, prazos, metas e pelo sistema de monitoramento;
- O Polo Regional tinha por objetivo, traduzir e adequar as diretrizes do nível central para as regiões do país;
- O Núcleo Local da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) era composto nas unidades hospitalares locais.

O NQSP do HEAPN foi estruturado em outubro de 2013. Em abril de 2014, no Fórum de Segurança do Paciente foi definida a elaboração do o Plano de Segurança do Paciente (PSP). Na ocasião, coube a cada Polo Regional, em conjunto com os hospitais adequar o PSP ao âmbito local.

O PSP foi construído de forma a consolidar quatro eixos principais: (i) as metas de segurança do paciente, (ii) a implantação de protocolos assistenciais, (iii) gerenciamento de riscos, e (iv) a notificação de incidentes e não conformidades de processo.

O NQSP do HEAPN era responsável pela execução das ações do PSP. Tinha com incumbência, dentre outras atribuições, a implantação dos protocolos assistenciais, normatizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2014) a saber: (i) identificar corretamente o paciente; (ii) melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; (iii) melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; (iv) assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; (v) higienizar as mãos com frequência para evitar infecções; (iv) reduzir o risco de lesões ao paciente em decorrência de quedas; (vii) prevenir úlceras por pressão.

Para monitorar essas ações, o NQSP Central criou um sistema de verificação de conformidades, chamado de Requisito de Apoio à Gestão, que incluía uma lista de verificação, uma equipe de avaliação periódica no hospital, constituída por auditores do próprio NQSP Central, chamados de auditores externos, e por auditores do NQSP local, os auditores internos. No quadro 4 se encontram os itens específicos para avaliar a higienização das mãos da lista de verificação utilizado nas auditorias realizadas, tanto pelo NQSP do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, quanto pelo NQSP Central.

Quadro 3 - Lista atual de verificação da higienização das mãos do Núcleo Local da Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes

ITEM	6. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	REQUISITOS			OBSERVAÇÕES	
		SIM	NÃO	NA		
6.1	Protocolo de Higiene das Mãos descrito é conhecido e aplicado por todos os profissionais?					
6.2	As condições estruturais para a higiene das mão estão adequadas (pias, saboneteiras, álcool gel e papel toalha) e em local acessível?					
6.3	As pias estão identificadas para a higienização das mãos?					
6.4	A SCIH possui sistemática de monitoramento da higienização?					
6.5	Há evidências das campanhas de higienização das mãos?					
6.6	Os treinamentos de Higienização das Mãos estão evidenciados, possui meta e monitoramento da população capacitada.					
6.7	São analisados os indicadores de infecção hospitalar relacionadas a higienização das mão?					
6.8	Os indicadores mencionados no Protocolo são levantados periodicamente?					
6.9	Há evidência da análise dos indicadores implantados, com ações de melhoria?					
6.10	Os eventos são notificadas, a equipe conhece e participa desta sistemática?					
6.11	Existe sistemática para análises de eventos com ações de melhoria, envolvimento das áreas e feedbacks?					
SUB-TOTAL DE ITENS		SIM	NÃO	NA	TOTAL DE ITENS	% SIM
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS		0	0	0	0	0%

Fonte: Núcleo Local da Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes

5.2 Primeira fase da pesquisa

A primeira fase foi composta de três etapas: uma revisão da literatura; uma revisão documental e a elaboração e aplicação de um questionário aos auditores que avaliaram a higienização das mãos.

A revisão da literatura foi realizada nos temas segurança do paciente, IRAS e métodos de avaliação de serviços de saúde. As fontes foram as referências bibliográficas de textos básicos sobre cada tema e a orientação de pesquisadores das áreas (BRASIL, 2014; SOUSA, 2014; OMS, 2004; BRASIL, 2013d; CONTANDRIOPOULOS, 1997b; STUFFLEBEAM, 2005).

Foram definidos os operadores booleanos e máscaras de truncagem: “Patient Safety” and “hand hygiene” and evaluation. Na sequência, foram pesquisados artigos da base de dados Public / Publisher MEDILINE (PubMed) e Proqualis. Além disso, foram utilizados livros e monografias com o tema em questão. Toda a literatura utilizada encontra-se nas referências bibliográficas desta dissertação.

A revisão documental foi realizada nos arquivos do HEAPN disponibilizados pela direção do hospital e nos relatórios do NQSP do nível central referentes aos processos de trabalho contidos nos documentos encaminhados ao HEAPN, no ano de 2015. Nesta busca, foi possível identificar como os auditores externos e internos, do NQSP Central e Local, avaliaram a abrangência da higienização das mãos dos profissionais que trabalham no hospital. A abrangência nesse objetivo compreende todos os setores do cuidado e todos os horários de cuidado. Na terceira etapa, os auditores externos e internos foram convidados a responder um questionário autoaplicável, por meio eletrônico, sobre a ferramenta de monitoramento utilizada para avaliar a implantação do protocolo de higienização das mãos, para verificar a uniformidade da avaliação. A uniformidade nesse objetivo quer dizer que a forma e a compreensão do que é avaliado é uniforme entre todos os auditores

Este questionário foi construído pela pesquisadora, tendo como base o instrumento utilizado no hospital, desmembrado em diversas perguntas, para ser respondido pelos auditores do NQSP central e local (Apêndices A e B).

Com base nas três etapas desta fase, a autora realizou modificações no instrumento de verificação no item higienização das mãos (Quadro 3). Esse novo instrumento modificado foi submetido a um grupo de especialistas para validá-lo, iniciando a segunda fase da pesquisa.

5.3 Segunda fase da pesquisa

Para a realização da validação do instrumento modificado, foi utilizado o método Delphi.

O método Delphi foi desenvolvido na década de 1950, por uma instituição de pesquisa sem fins lucrativos, apartidária, constituída ao final da II Guerra Mundial, denominada RAND Corporation (contração dos termos *research and development* – pesquisa e desenvolvimento no idioma inglês). O “Projeto Delphi”, como era denominado internamente, fazia parte de uma série de experimentos que visava prever situações futuras mediante um feedback controlado de respostas de especialistas (DALKEY; HELMER-HIRSCHBERG, 1962).

Este método apresenta algumas terminologias específicas:

- a) rodada, momento em que os questionamentos são apresentados ao grupo;
- b) questionário, perguntas a serem respondidas por cada especialista;
- c) painel de especialistas, conjunto de pessoas que irão compor o grupo; e
- d) moderador, pessoa que irá recolher as respostas e preparar os questionários para serem enviados aos especialistas a cada rodada (ROZADOS, 2015).

O número de rodadas do questionário varia até a obtenção do consenso, no mínimo há duas rodadas; há poucos relatos na literatura de mais de três rodadas. Em cada rodada, com a resposta quantitativa disponibiliza-se um espaço para respostas qualitativas, como comentários sobre as questões ou cenários não contemplados, as quais sistematizadas e reenviadas com o questionário nas rodadas subsequentes (SOUZA et al., 2005).

As respostas são tabuladas e tratadas estatisticamente com determinação de medidas de tendência central e dispersão, mediana e quartis, e os resultados são devolvidos aos participantes na rodada seguinte. (WRIGHT; GIOVANAZZO, 2000).

Existem diversas formas de aplicar o Delphi, a mais comum delas é via Internet (WRIGHT; GIOVANAZZO, 2000).

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, (UCHOA, 2008).

O objetivo é obter um julgamento coletivo, qualificado por meio de uma comunicação colegiada para se chegar o mais próximo possível de um consenso sobre um problema complexo (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

A utilização do consenso de especialistas parte-se do pressuposto que várias pessoas

pensando em conjunto vão obter um resultado melhor que uma pessoa pesando sozinha (DALKEY, 1969).

Os especialistas desse painel 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.

O conceito de especialista utilizado foi "profundo conhecedor do assunto seja por formação acadêmica ou por experiência na área de atuação que está sendo avaliada" (WRIGHT; GIOVANAZO, 2000). Foram convidados onze especialistas para participação nesta fase da pesquisa.

Para cada item avaliado o especialista respondeu perguntas a respeito da relevância, adequação e clareza em uma escala de 1 a 5. Considerou-se baixa relevância e descartados os itens avaliados com percentual de concordância inferior a 75% e como de grande relevância os itens avaliados com percentual de concordância igual ou superior a 75%, calculados a partir das tendências central e o percentual de concordância. Neste estudo, utilizou-se a moda como tendência central, ou seja, item com maior número de respostas.

5.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz, para aprovação.

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 (Apêndices A, B e C).

O TCLE, enviado por via eletrônica, apresentava aos participantes o objetivo da pesquisa, metodologia e detalhes da participação. Na primeira fase, foi mantido o anonimato dos participantes. Na segunda fase, cada especialista manifestou a vontade de ter seu nome divulgado na pesquisa. Não há conflito de interesse por parte da autora ou de seu orientador.

A análise das informações fornecidas respeitou a 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 quanto às normas éticas para o desenvolvimento de pesquisas.

6 RESULTADOS

6.1 Revisão documental

6.1.1 Auditoria do NQSP Central

De acordo com os dados subtraídos da revisão documental, o NQSP Central realizou no HEAPN, auditoria externa, entre os dias 19 e 23 de janeiro de 2015, com uma equipe constituída por sete avaliadores, distribuídos pelos diversos serviços do hospital.

Apesar do número de avaliadores disponíveis, a auditoria dos itens específicos sobre higienização das mãos da lista de verificação foi realizada por um único auditor, no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), através de entrevista e observação de registros realizados por este serviço. Na ocasião, o SCIH e a equipe multidisciplinar dos demais serviços do hospital não realizava notificação de eventos adversos e suas respectivas tratativas junto ao NQSP local. Por este motivo, no momento da avaliação, os itens 6.10 e 6.11 não foram contemplados conforme demonstrado no Quadro 4. Cada auditor externo foi responsável pela auditoria de um grupo de serviços do hospital. Não ficou claro na pesquisa documental a metodologia utilizada por cada auditor. No caso do item de higienização das mãos, conforme demonstrado anteriormente, a avaliação ocorreu por um único auditor, em um único serviço, o SCIH.

Foram estabelecidas pelo NQSP Central a obrigatoriedade de implantação e monitoramento de sete protocolos de segurança do paciente, tendo como base as seis metas preconizadas pelo Ministério da Saúde, considerando uma meta superior a 80%: (1) identificar corretamente o paciente, (2) melhorar a comunicação entre profissionais de saúde. (3) melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância, (4) assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos. (5) higienizar as mãos com frequência para evitar infecções, (6) reduzir o risco de lesões ao paciente em decorrência de quedas, associando uma sétima meta de prevenção de úlceras por pressão.

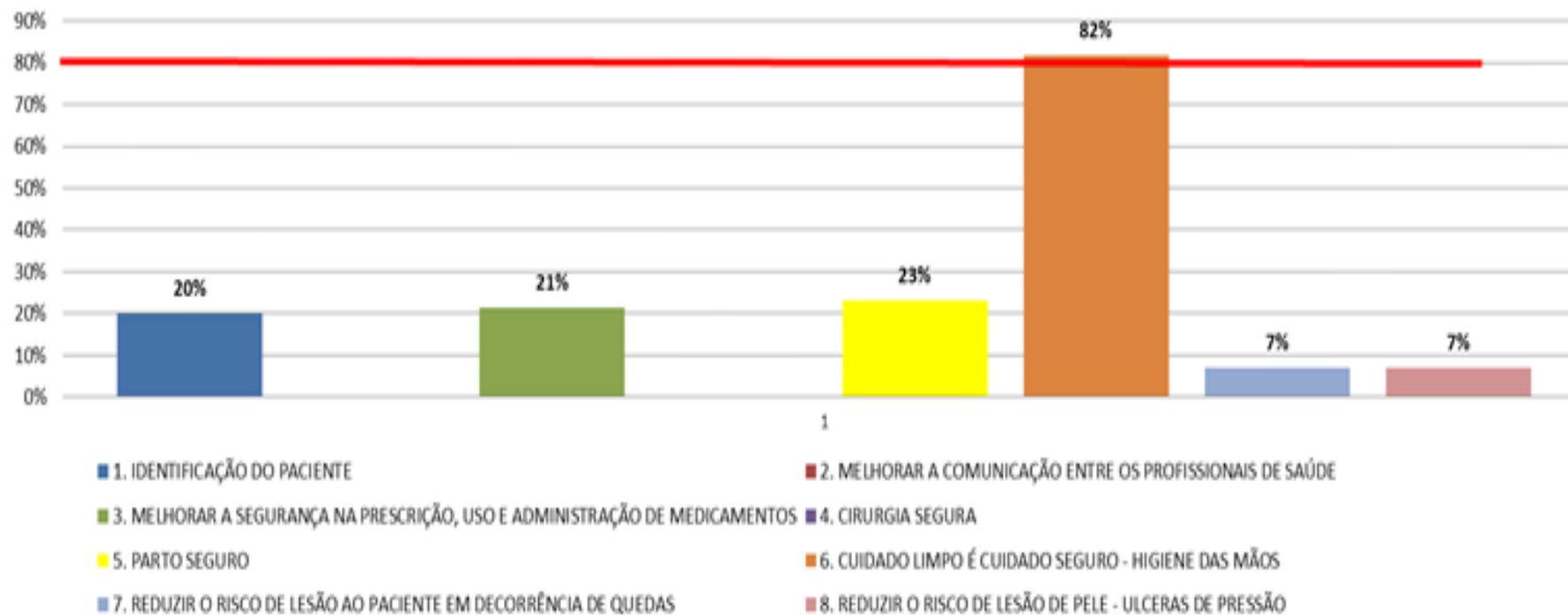
O SCIH já utilizava uma sistemática de capacitação da equipe multidisciplinar, além de estratégias e campanhas de disseminação da realização da lavagem das mãos na instituição, contemplando itens de estrutura, processo e resultado. A percentagem de conformidades do protocolo de higiene das mãos que atingiu a meta estabelecida, com 82% de conformidade encontrado pela auditoria, demonstrou o nível de organização do SCIH, conforme demonstrado no Gráfico 1.

Quadro 4 - Itens do protocolo de higienização das mãos no HEAPN em auditoria realizada pelo NQSP Central em janeiro de 2015 no SCIH

ITEM	6. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	REQUISITOS			OBSERVAÇÕES	
		SIM	NÃO	NA		
6.1	Protocolo de Higiene das Mãos descrito é conhecido e aplicado por todos os profissionais?	X				
6.2	As condições estruturais para a higiene das mão estão adequadas (pias, saboneteiras, álcool gel e papel toalha) e em local acessível?	X				
6.3	As pias estão identificadas para a higienização das mãos?	X				
6.4	A SCIH possui sistemática de monitoramento da higienização?	X				
6.5	Há evidências das campanhas de higienização das mãos?	X				
6.6	Os treinamentos de Higienização das Mãos estão evidenciados, possui meta e monitoramento da população capacitada.	X				
6.7	São analisados os indicadores de infecção hospitalar relacionadas a higienização das mão?	X				
6.8	Os indicadores mencionados no Protocolo são levantados periodicamente?	X				
6.9	Há evidência da análise dos indicadores implantados, com ações de melhoria?	X				
6.10	Os eventos são notificadas, a equipe conhece e participa desta sistemática?		X			
6.11	Existe sistemática para análises de eventos com ações de melhoria, envolvimento das áreas e feedbacks?		X			
SUB-TOTAL DE ITENS		SIM	NÃO	NA	TOTAL DE ITENS	% SIM
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS		9	2	0	11	82%

Fonte: Núcleo Central da Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes

Gráfico 1 - Percentagem de conformidades do Protocolo de Segurança do Paciente do HEAPN em Auditoria NQSP Central realizada em janeiro de 2015



Fonte: Núcleo Local da Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes

6.1.2 Auditoria do NQSP local

O NQSP Local realizou auditoria interna nos meses de fevereiro e setembro de 2015.

A ferramenta utilizada pelo NQSP contemplava os sete protocolos de segurança do paciente preconizados pelo NQSP Central. Os percentuais de conformidades da auditoria dos protocolos de segurança no HEAP estão demonstrados nos Gráficos 2 e 3.

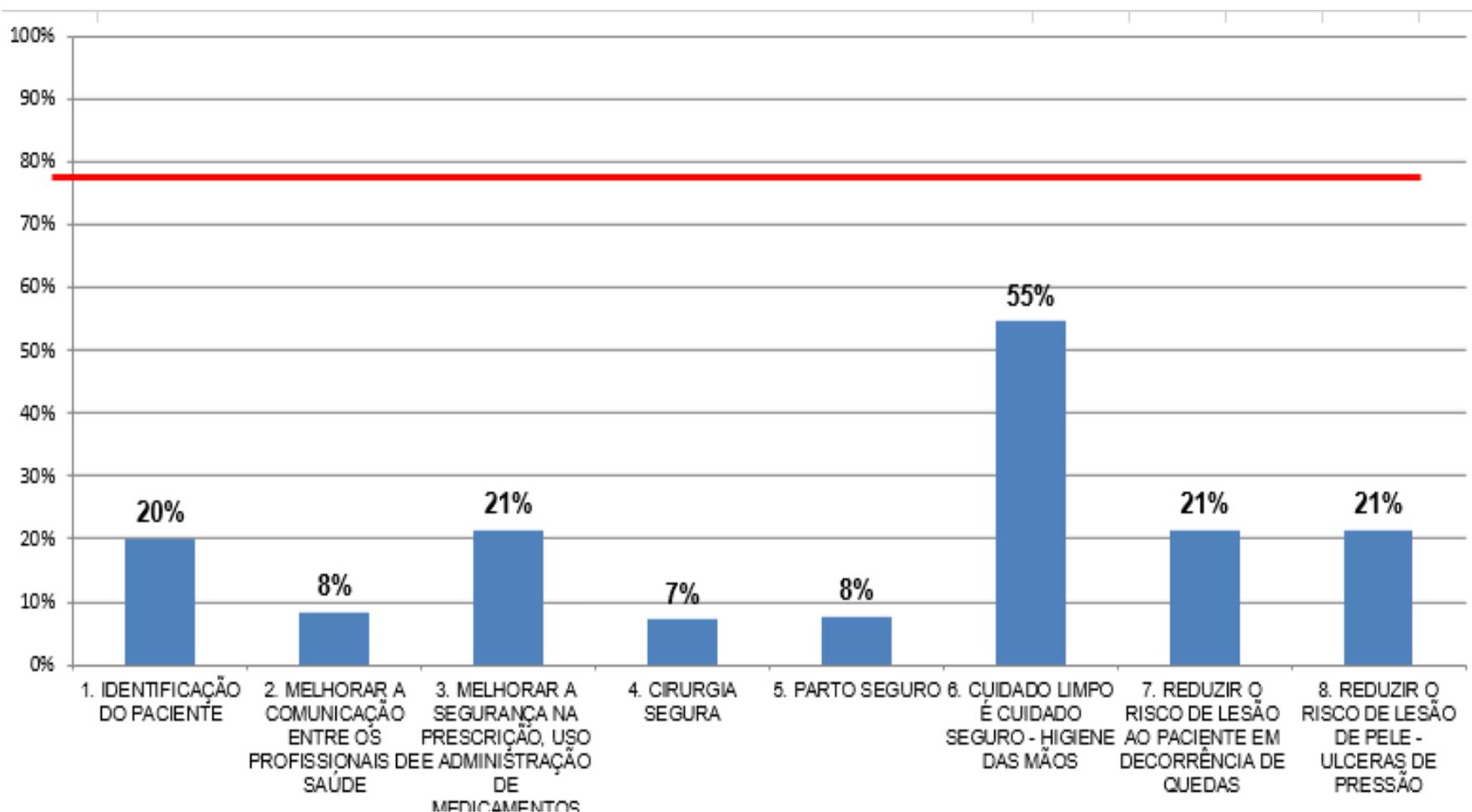
Semelhante à auditoria realizada pelo NQSP Central, a auditoria interna do protocolo de Higienização das Mãos contemplou apenas um único serviço, o SCIH, e foi auditado por um único auditor do NQSP local.

O percentual de conformidades do protocolo de higienização das mãos foi de 54,5% e 64%, respectivamente. Não foi observado cotejamento entre os dados obtidos pelos núcleos central e local.

Além disso, não foi observada realização de capacitação pelo NQSP central dos auditores do NQSP local, quanto à abordagem, significado e realização da auditoria, durante o período de estudo.

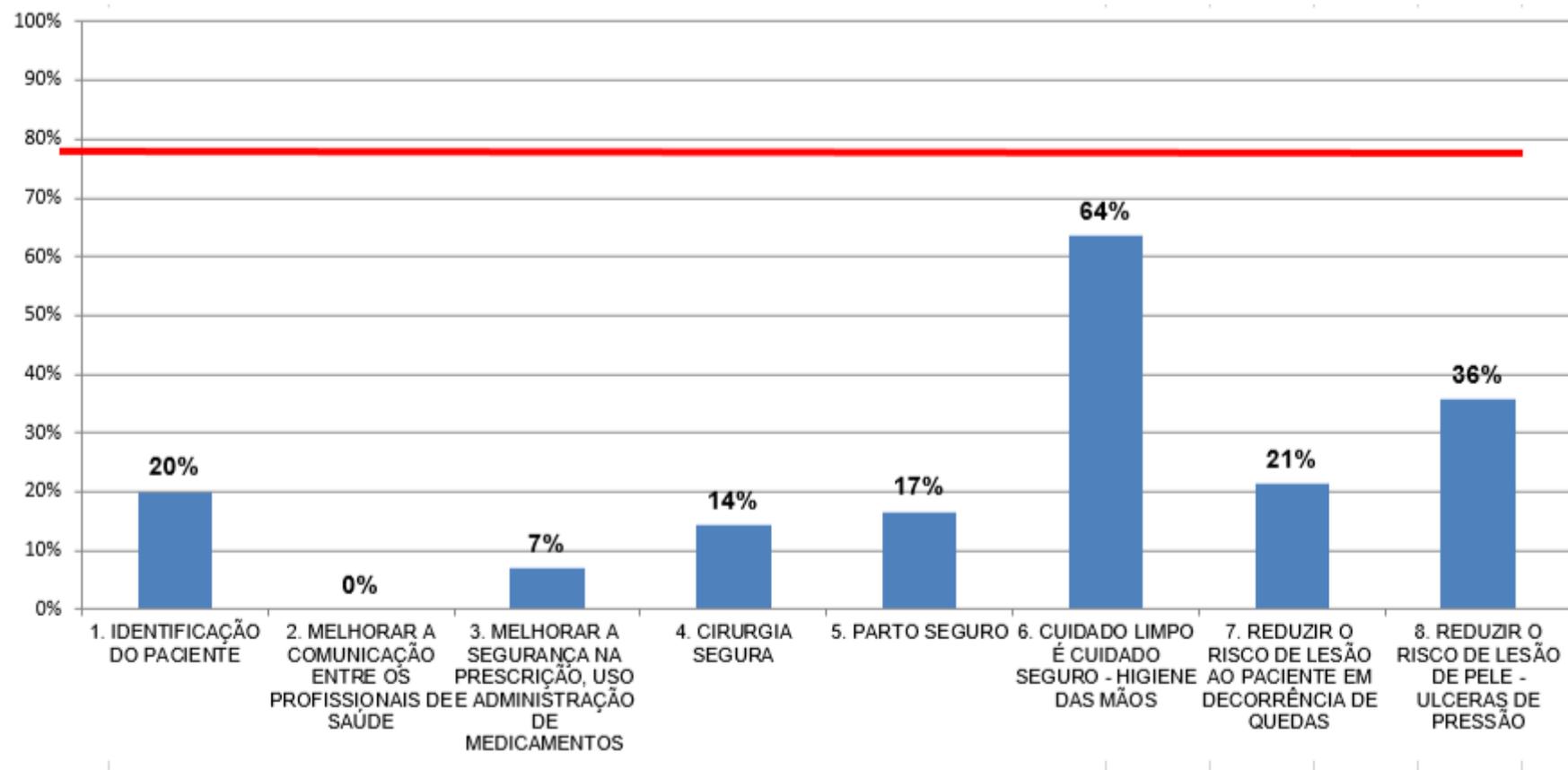
Observa-se que os dados documentais compilados das auditorias do NQSP central e local, realizadas no ano de 2015, referentes à auditoria dos itens da lista de verificação de higienização das mãos, não foram abrangentes, ou seja, não contemplaram todos os serviços do hospital e nem todos os turnos. Foi realizada por um único auditor, sendo auditado um único serviço, o SCIH.

Gráfico 2 - Percentagem de conformidade do Protocolo de Segurança do Paciente no HEAPN em auditoria do NQSP Local realizada em fevereiro de 2015



Fonte: Núcleo Local da Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes

Gráfico 3 - Percentagem de conformidade do Protocolo de Segurança do Paciente no HEAPN em auditoria do NQSP Local realizada em setembro de 2015



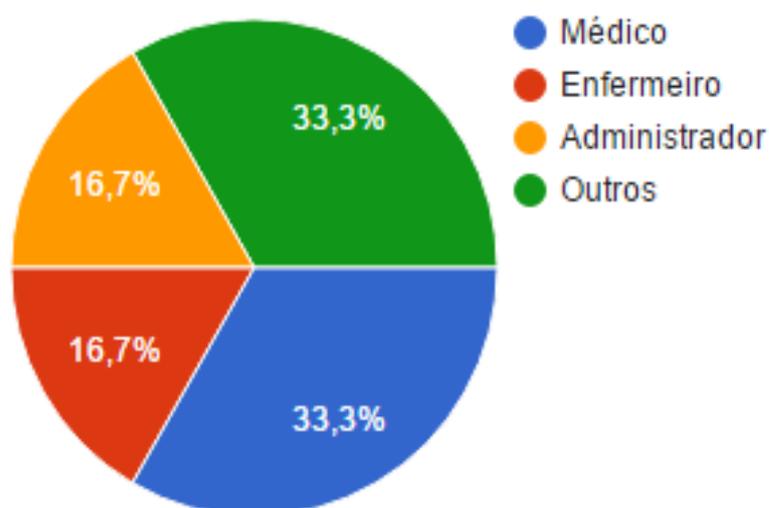
Fonte: Núcleo Local da Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes

6.2 Questionário autoaplicável

O instrumento inicial de 11 itens (Quadro 3) foi desmembrado em 90 perguntas pela autora, com intuito de compreender a forma de aplicação e interpretação quanto à metodologia utilizada pelos auditores. Foi elaborado um questionário eletrônico utilizando a ferramenta *Google Docs*. O anonimato dos participantes foi mantido, conforme TCLE apresentado no Apêndice A.

Foram convidados doze auditores, sendo sete auditores do NQSP central e cinco auditores do NQSP local, e foram obtidas respostas de seis auditores. Observou-se que a equipe de auditores era composta por médico, enfermeiro, administrador e outras categorias não especificadas (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Composição da equipe de auditores do NQSP Central e Local que responderam ao questionário autoaplicável

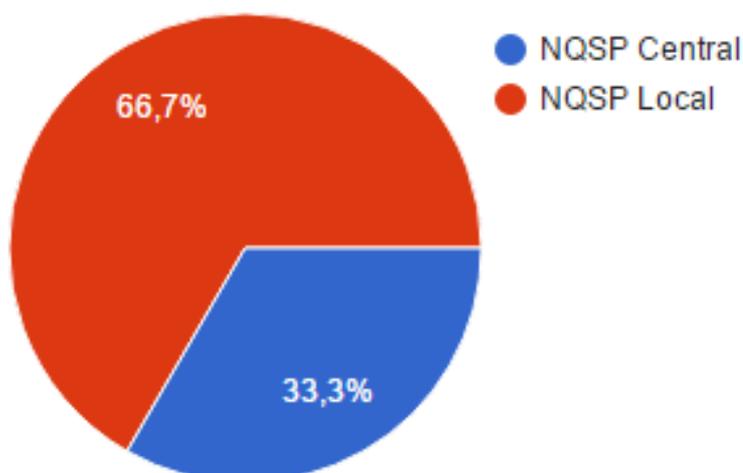


Fonte: Questionário autoaplicável construído pela pesquisadora – 1ª fase da pesquisa

Dentre estes auditores, 4 (66,7%) eram pertencentes ao NQSP Local e 2 (33,3%) ao NQSP Central (Gráfico 5).

Algumas respostas remetiam apenas comentários dos avaliadores. No entanto, havia a opção de inserção de observação em todos os itens questionados, conforme demonstrado no Apêndice A.

Gráfico 5 - Percentagem dos Auditores do NQSP Central e Local que responderam ao questionário autoaplicável – 1ª fase



Fonte: Questionário autoaplicável construído pela pesquisadora – 1ª fase da pesquisa

6.3 Revisão de literatura

A revisão da literatura baseou-se nas recomendações de instituições e autores nacionais e internacionais com reconhecida credibilidade na área da segurança do paciente, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), a Joint Commission Internacional (JCI), o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Foi também considerada a orientação de pesquisadores das áreas específicas

A OMS estabeleceu, em 2005, parceria com a *Joint Commission International* (JCI), designando-a como participantes do Centro Colaborador (*WHO Collaborating Centre*), dedicado à segurança do paciente. Desde 2006, por sua vez, foram estabelecidas as Metas Internacionais para a Segurança do Paciente (*International Patient Safety Goals*) pelo Centro para a Segurança do Paciente da JCI (*JCI Center for Patient Safety*), que passou a ser denominado Centro Colaborador para Soluções de Segurança do Paciente (*WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions*), que atua em parceria com a OMS. Essas metas foram adaptadas a partir das metas nacionais americanas estabelecidas anteriormente pela *The Joint Commission* (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2006). Por essa razão, antes mesmo de divulgados os protocolos de segurança do paciente pela OMS, os hospitais acreditados pela JCI em todo mundo já monitoravam as metas de segurança do paciente. É natural que hospitais acreditados pela JCI influenciassem na criação dos sistemas

de monitoramento. Portanto, é útil conhecermos o modelo de avaliação dos serviços de saúde utilizado pela JCI, baseado em padrões, propósitos e elementos mensuráveis:

- Padrões: os padrões da JCI definem a expectativa, as estruturas ou as funções de desempenho que devem estar estabelecidas para que um hospital seja acreditado pela JCI.
- Propósitos: o propósito dos padrões ajuda a explicar o significado completo do padrão. O propósito descreve a finalidade e a base lógica do padrão, fornecendo uma explicação de como o padrão se encaixa no programa total, define parâmetros para as exigências e, de outra forma, descreve as exigências e as metas.
- Elementos mensuráveis (EMs): os EMs de um padrão indicam o que é revisado e atribuído uma contagem durante o processo de avaliação no local. Os EMs de cada padrão identificam as exigências para a conformidade completa com o padrão. Os EMs se destinam a esclarecer os padrões e ajudar inteiramente a organização a compreender as exigências, ajudar a educar líderes e trabalhadores de saúde sobre os padrões, e a guiar a organização na preparação da acreditação (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2014).

A OMS criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, atualmente caracterizada como Programa de Segurança do Paciente. A partir de então, a Anvisa incorporou as ações previstas na Aliança (WHO, 2006). As políticas brasileiras sobre segurança do paciente tornaram-se mais fortalecidas em 2011, com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa nº. 63, de 2011, sobre Boas Práticas de Funcionamento em serviços de saúde que incluem o Gerenciamento da Qualidade e Ações para a Segurança do Paciente (ANVISA, 2011). Foi em 2013 que as ações tomaram maior impulso mediante a publicação da Portaria nº. 529, de 01 de abril de 2013, quando o MS do Brasil instituiu o PNSP (BRASIL, 2013a).

Já a evolução histórica das doenças infecciosas e seus mecanismos de controle ocorrem desde a idade média. No entanto, com a evolução da tecnologia e o advento de técnicas modernas de assistência e a descoberta dos antimicrobianos, as IRAS ganharam destaque, no que tange a inserção de novas formas vivas de microrganismos e a luta contra a resistência bacteriana. No capítulo sobre o marco teórico já foram descritas as questões referentes a IRAS.

Como a autora desta dissertação é especialista em IRAS, a revisão nessa área foi realizada a título de atualização e não acrescentou novidades ao já descrito no capítulo anterior

A revisão documental, as respostas dos auditores no questionário e a revisão da literatura auxiliaram na elaboração de um novo instrumento para avaliar a higienização das mãos (Quadro 5). Tomando como base o modelo da acreditação o instrumento foi organizado da seguinte forma:

Item de verificação: expressa o que se quer avaliar, como se fosse um padrão (no modelo da acreditação). Houve um esforço para consolidá-lo em 5 itens.

Racionalidade: contém uma explicação sobre o item a ser avaliado, como se fosse o propósito (no modelo da acreditação).

Elementos utilizados para avaliar o item de verificação: especifica para o auditor o que e como avaliar como se fossem os elementos de mensuração (no modelo da acreditação).

Foram acrescentadas as principais fontes bibliográficas para cada item de verificação, considerando tanto textos teóricos como diretrizes legais.

6.4 Resultados do painel de especialistas

Após modificações, o instrumento foi encaminhado para resposta via questionário eletrônico aos especialistas (Apêndice D).

Foi disponibilizado no questionário eletrônico um espaço para comentários a respeito dos elementos utilizados para avaliar o item de verificação e do próprio questionário. Foi solicitado aos especialistas que julgassem esses elementos, com base numa escala de 1 a 5, desde relevância mínima até relevância máxima.

Para cada elemento utilizado para avaliar o item de verificação, todos acompanhados de sua definição e referência, foram feitas perguntas em uma escala de 1 a 5. Os especialistas podiam responder da seguinte forma: 1) Concordo plenamente; 2) Concordo parcialmente; 3) Não concordo nem discordo; 4) Discordo parcialmente; 5) Discordo totalmente.

6.4.1 Painel de especialistas – primeira rodada

Foram necessárias apenas duas rodadas para que se obtivesse o consenso dos especialistas. Onze especialistas participaram da primeira rodada de respostas.

Após o retorno da primeira rodada de respostas dos especialistas via eletrônica (Apêndice D), os dados foram analisados. Para cada elemento mensurável foram calculados a tendência central, representada pela variável moda, elemento mais constante, e o percentual de concordância em cinco níveis da Escala de Likert (Tabela 1).

Tabela 1 - Frequência e porcentagem das respostas dos especialistas na primeira rodada nos cinco níveis de acordo com a escala

Itens avaliados	1- Concordo plenamente n (%)	2- Concordo parcialmente n (%)	3- Não concordo nem discordo n (%)	4- Discordo parcialmente n (%)	5- Discordo totalmente n (%)	Moda
1.1	3 (27)	2 (18)	0 (0)	4 (36)	2 (18)	4
1.2	1(9)	1 (9)	0 (0)	3 (27)	6 (55)	5
1.3	7 (64)	2 (18)	0 (0)	2 (18)	0 (0)	1
1.4	4 (36)	1 (9)	0 (0)	3 (27)	3 (27)	1
1.5	8 (73)	1 (9)	0 (0)	1 (9)	1 (9)	1
1.6	8 (73)	1 (9)	1 (0)	1 (9)	0 (0)	1
1.7	5 (45)	3 (27)	0 (0)	2 (18)	1 (9)	1
1.8	6 (55)	4 (36)	0 (0)	1 (9)	0 (0)	1
2.1	9 (82)	1 (9)	0 (0)	0 (0)	1 (9)	1
2.2	9 (82)	1 (9)	0 (0)	0 (0)	1 (9)	1
2.3	2(18)	4 (36)	0 (0)	2 (18)	3 (27)	2
2.4	9(82)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (18)	1
2.5	8 (73)	2 (18)	0 (0)	0 (0)	1 (9)	1
3.1	9 (82)	1 (9)	0 (0)	1 (9)	0 (0)	1
3.2	8 (73)	1 (9)	0 (0)	0 (0)	2 (18)	1
3.3	7 (64)	3 (27)	0 (0)	1 (9)	0 (0)	1
4.1	8 (73)	2 (18)	0 (0)	1 (9)	0 (0)	1
4.2	7 (64)	3 (27)	0 (0)	1(9)	0 (0)	1
4.3	10 (91)	0 (0)	0 (0)	1(9)	0 (0)	1
5.1	6 (55)	4 (36)	0 (0)	1(9)	0 (0)	1
5.2	4 (36)	6 (55)	0 (0)	1 (9)	0 (0)	2
6.1	7 (64)	3 (27)	0 (0)	1 (9)	0 (0)	1
6.2	4 (36)	5 (45)	0 (0)	1 (9)	0 (0)	2
6.3	8 (73)	2 (18)	0 (0)	1 (9)	0 (0)	1

Fonte: A autora, 2016

Após a primeira resposta foi calculado o percentual de concordância em três níveis, somando os elementos de resposta 1 (concordo plenamente) e 2 (concordo parcialmente), em “concordo”, mantendo o elemento 3, “não concordo nem discordo” e, somando os elementos 4 (discordo parcialmente) e 5 (discordo totalmente), em “discordo” (Tabela 2).

Tabela 2 - Frequências e porcentagens das respostas dos especialistas na primeira rodada consolidados em três níveis

Itens avaliados	Concorda n (%)	Não concorda nem discorda n (%)	Discorda n (%)
1.1*	45%	0%	55%
1.2*	18%	0%	82%
1.3	82%	0%	18%
1.4*	45%	0%	55%
1.5	82%	0%	18%
1.6	82%	9%	9%
1.7*	73%	0%	27%
1.8	91%	0%	9%
2.1	91%	0%	9%
2.2	91%	0%	9%
2.3*	55%	0%	45%
2.4	82%	0%	18%
2.5	91%	0%	9%
3.1	91%	0%	9%
3.2	82%	0%	18%
3.3	91%	0%	9%
4.1	91%	0%	9%
4.2	91%	0%	9%
4.3	91%	0%	9%
5.1	91%	0%	9%
5.2	91%	0%	9%
6.1	91%	0%	9%
6.2	82%	9%	9%
6.3	91%	0%	9%

*itens com percentual de concordância menor que 75%

Fonte: A autora, 2016.

As respostas correspondentes aos itens com percentual maior que 75% não tiveram suas questões alteradas e foram consideradas validadas pelo painel de especialistas. Os itens com percentual menor que 75% (1.1, 1.2, 1.4, 1.7 e 2.3) foram modificados, tendo como base os comentários dos especialistas na primeira rodada.

6.4.2 Painel de especialistas – segunda rodada

Com base nas respostas obtidas na primeira rodada e em informações existentes na literatura, foram realizadas modificações nos itens 1.1, 1.2, 1.4, 1.7 e 2.3 e enviados os resultados da primeira rodada para que os especialistas pudessem comparar seu ponto de vista com a média de opinião dos demais especialistas. O novo formulário eletrônico modificado referente à segunda rodada de perguntas foi enviado, além da síntese da pesquisa, do método, de seus objetivos e o motivo da segunda rodada (Apêndice E). O anonimato dos pesquisadores foi mantido, para que não houvesse influência nas respostas.

O instrumento modificado foi encaminhado para o painel de especialista, composto por onze especialistas. Houve 1 desistência e 1 especialista não autorizou a divulgação de seu nome na pesquisa (Apêndice F).

Foi calculado o percentual de concordância em 5 níveis da Escala de Likert (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequências e porcentagens das respostas dos especialistas na segunda rodada nos cinco níveis de acordo com a escala por itens avaliados

Itens avaliados	1- Concordo plenamente n (%)	2- Concordo parcialmente n (%)	3- Não concordo nem discordo n (%)	4- Discordo parcialmente n (%)	5- Discordo totalmente n (%)
1.1	6 (60)	2 (20)	0 (0)	1 (10)	1 (10)
1.2	8 (80)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (20)
1.4	6 (60)	2 (20)	0 (0)	1 (10)	1(10)
1.7	5 (50)	4 (40)	0 (0)	0 (0)	1 (10)
1.5	7 (70)	2 (20)	0 (0)	0 (0)	1 (10)

Fonte: A autora, 2016

Foi calculado o percentual de concordância em três níveis, somando os elementos de resposta 1 (concordo plenamente) e 2 (concordo parcialmente), em “concordo”, mantendo o elemento 3, “não concordo nem discordo” e, somando os elementos 4 (discordo parcialmente) e 5 (discordo totalmente), em “discordo”, conforme demonstrado na Tabela 4.

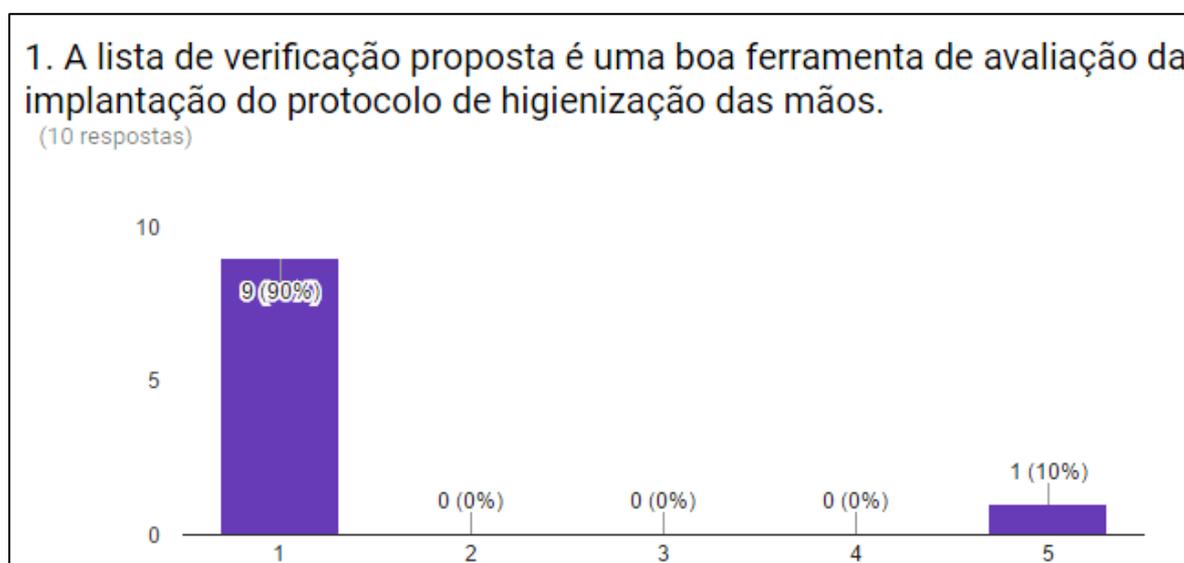
Tabela 4 - Frequências e porcentagens das respostas dos especialistas na segunda rodada consolidadas em três níveis de acordo com os itens da escala por itens avaliados

Itens avaliados	Concorda n (%)	Não concorda nem discorda n (%)	Discorda n (%)
1.1	80%	0%	20%
1.2	80%	0%	20%
1.4	90%	0%	10%
1.7	90%	0%	10%
2.3	90%	0%	10%

Fonte: A autora, 2016

Na segunda rodada, os especialistas foram questionados quanto à utilidade, abrangência e clareza do instrumento proposto. 90% dos especialistas concordaram que a lista de verificação proposta é uma boa ferramenta de avaliação da implantação do protocolo de higienização das mãos (Gráfico 6). Este termo expressou a utilidade da ferramenta.

Gráfico 6 - Percentual de concordância nos cinco níveis da escala Likert quanto à ferramenta proposta - 2ª rodada

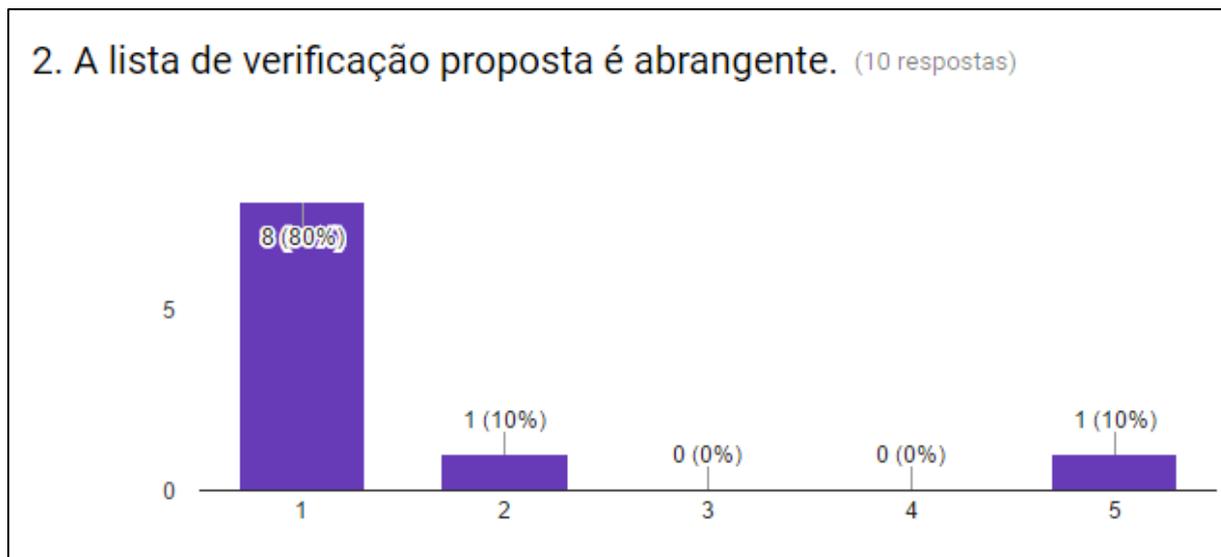


Legenda: 1. Concordo plenamente 2. Concordo parcialmente; 3. Não concorda nem discorda; 4. Discordo parcialmente e 5. Discordo totalmente

Fonte: Questionário autoaplicável com respostas dos especialistas – 2ª rodada de respostas

Considerando o nível de abrangência, 80% dos especialistas concordaram que a lista de verificação proposta é abrangente (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Percentual de concordância nos cinco níveis da escala Likert quanto à abrangência da ferramenta proposta - 2ª rodada

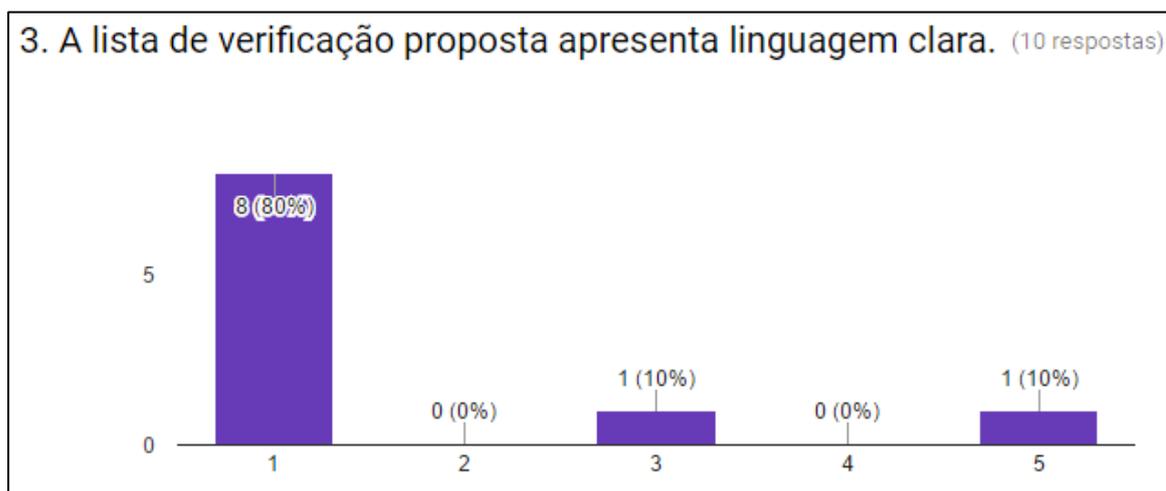


Legenda: 1. Concordo plenamente 2. Concordo parcialmente; 3. Não concorda nem discorda; 4. Discordo parcialmente e 5. Discordo totalmente

Fonte: Questionário autoaplicável com respostas dos especialistas – 2ª rodada de respostas

Considerando a clareza das informações, 80% dos especialistas concordaram que a lista de verificação proposta apresenta linguagem clara (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Percentual de concordância nos cinco níveis da escala Likert quanto à clareza da ferramenta proposta - 2ª rodada



Legenda: 1. Concordo plenamente 2. Concordo parcialmente; 3. Não concorda nem discorda; 4. Discordo parcialmente e 5. Discordo totalmente

Fonte: Questionário autoaplicável com respostas dos especialistas – 2ª rodada de respostas

O consenso dos especialistas foi obtido na segunda rodada de respostas, não sendo necessária uma terceira rodada. Foi construído um novo instrumento para a avaliação da adesão ao protocolo de higiene das mãos, adequado e validado pelos especialistas (Quadro 5).

Quadro 5 - Novo instrumento de avaliação do protocolo de higienização das mãos, validado pelos especialistas

Avaliador:		
Data:	Hora de início	Hora do término:
Setor:	Dia da semana:	Turno: Manhã () Tarde () Noite ()
ITEM DE VERIFICAÇÃO 1: Profissionais higienizam adequadamente as mãos para cuidar dos pacientes		
<p>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 lideranças 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.</p>		
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		
<p>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. A avaliação do provimento adequado para a execução da higienização das mãos (pias, saboneteira, álcool em gel e papel toalha) deve ser realizada através de observação direta, em todos os locais do setor avaliado.</p>		
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 vigentes		
<p>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 da estrutura organizacional do SCIH. Publicações, normas e diretrizes da ANVISA e OMS fomentam as práticas aplicadas pelo SCIH quanto à higienização das mãos.</p>		
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 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 estas infecções e aumentar a adesão. Os indicadores de desempenho devem ser utilizados pelo SCIH para a mensuração da melhoria da adesão às práticas de higiene das mãos. 1. Indicadores obrigatórios: 1.1. Consumo de preparação alcoólica para as mãos: monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia. 1.2. Consumo de sabonete monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia. 2. Indicador recomendável: Percentual (%) de adesão: número de ações de 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 FORMSUS são alimentadas pelo SCIH, conforme exigência legal.		
4.3. 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 tem e implementa uma política de controle de incidentes referentes à higienização das mãos.		
RACIONALIDADE: O hospital deve implementar uma política para reduzir os riscos de 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: 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/segurancadopaciente/index.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 de 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 de 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.		

7 DISCUSSÃO

Em todo o mundo, a questão da segurança do paciente vem sendo tratada como assunto de extrema importância no que tange à melhoria da qualidade assistencial.

Para que possamos avaliar a implantação dos protocolos de segurança do paciente torna-se fundamental a utilização de instrumentos de avaliação e monitoramento adequados. Questão bastante relevante, pelo fato de haver poucas pesquisas acerca da avaliação da implantação dos protocolos de segurança do paciente e não haver instrumentos de monitoramento padronizados referentes a este tema no Brasil. O Documento Referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente, cita no capítulo 7, de avaliação e monitoramento: “Na Portaria MS/GM nº 529/2013 está prevista uma avaliação periódica do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Uma vez definidos o documento de referência e as primeiras ações, será necessária a criação de indicadores para avaliar o desenvolvimento do programa, tais como, número de núcleos formados, número de planos elaborados, profissionais capacitados, educadores capacitados e outros. A definição dos indicadores e do período para o monitoramento será consonante com a capilarização do Programa Nacional, por meio de reuniões regionais, ou de categorias profissionais. (BRASIL, 2014).”

Por outro lado, serviços públicos e privados de saúde têm buscado melhorar a qualidade do cuidado, tendo em vista a cobrança da sociedade aos gestores. Alguns autores vêm reforçando a necessidade da criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade nestes setores (KLUCK et al., 2002). Desta forma, torna-se necessário medir constantemente os resultados para que se obtenham dados precisos e concretos da atual situação e do que deve, prioritariamente, ser melhorado, tornando-se importante demonstrar fatos, conceituar produtividade em saúde e embasaras reivindicações de melhoria contínua da qualidade (NEPOTE, 2003).

Qualquer planejamento em saúde deve se pautar em informações, sejam estas quantitativas ou qualitativas, que possibilitem o conhecimento da realidade para propor metas e objetivos, segundo Valenzuela (VALENZUELA, 2005). Soárez e colaboradores citam que estas informações podem ser fornecidas através de indicadores da qualidade em saúde, pois quando bem administrados esses indicadores constituem ferramenta fundamental, tanto para a gestão quanto para avaliação do sistema. Entretanto, para utilizar um indicador é importante garantir acesso a informações ou dados de boa qualidade, precisos, confiáveis e de forma regular (SOÁREZ et al, 2005; DONABEDIAN, 1988).

O monitoramento através dos resultados obtidos pelos indicadores permite avaliar uma

dada situação, realizar um planejamento adequado, definir melhorias necessárias, bem como obter informações que auxiliem as tomadas de decisão, a melhor alocação dos recursos, a gestão e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da assistência oferecida aos usuários (SOÁREZ et al, 2005; MARINHO; 2001; MELLO; CAMARGO, 1998).

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 interpretação 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.

Na opinião dos auditores internos e externos, quanto à categoria de profissionais avaliados, além de médicos, fisioterapeutas e profissionais de enfermagem, as respostas foram variadas:

“Administrativo que manuseia os prontuários, os serviços de apoio que por ventura entram na unidade. ”

“Fonoaudiologia, técnicos de hemoterapia e diálise, engenharia clínica”

“Voluntários e Familiares”

“Todos que estiverem envolvidos no setor auditado”

“Nutricionistas, copeiras, serviço social, maqueiros”

“Pareceristas, técnicos de manutenção...”

Também se observou que as auditorias referentes ao monitoramento da sistemática de higienização das mãos foram divergentes, quando os auditores foram questionados quanto à forma de avaliação:

“Observo se a equipe precisa de uma orientação diferenciada, quanto à higienização das mãos, se as infecções estão aumentando. Dessa forma podemos traçar diretrizes dos próximos treinamentos (público alvo, setores críticos) dentre outras estratégias. ”

“Na prática da realização de higienização. ”

‘Amostragem’

“Através de auditoria no setor quando pergunta-se e verifica a lista de treinamento sobre o manual da SCIH. ’

“Inquérito com os profissionais do SCIH e com os colaboradores, análise de registros. ”

“Visualização dos profissionais lavando as mãos. ”

Na segunda fase, foi utilizado o consenso de especialistas, através do método Delphi. Segundo Wright e Giovinazzo (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000), há uma abstenção de 20 a

30% dos participantes na segunda rodada. Neste estudo, a abstenção foi de apenas 9%. Foram feitas 24 perguntas na primeira rodada. Destas, dezenove foram consensuadas e cinco foram reelaboradas, tendo como base as respostas dos especialistas. Nesta pesquisa, a utilização do consenso de especialistas permitiu a melhoria das sugestões destes, considerando as respostas da segunda rodada, quando comparadas com a primeira rodada de respostas. Principalmente pelo fato de não existir na literatura, normas e regulamentações referentes às ferramentas de avaliação de implantação dos protocolos de segurança, corroborando com Wright e Giovinazzo (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000), que explica que a técnica Delphi é um método para o planejamento em situações de carência de dados históricos ou nas quais pretende-se estimular a criação de novas ideias.

O campo da avaliação abriga concepções distintas. Na perspectiva de Donabedian (DONABEDIAN, 1984), a avaliação constitui um processo sistemático e objetivo que busca analisar a efetividade ou o impacto de determinada atividade, a partir de objetivos predeterminados, de maneira a reorientá-la para a conquista de benefícios. Já para Vaitsman, Rodrigues e Paes-Souza, a avaliação compreende estudos que buscam analisar os processos e resultados de um programa ou política, a partir de indicadores relacionados à “relevância, eficiência, efetividade, resultados, impactos ou a sustentabilidade”. Tem como objetivo melhorar a qualidade de determinado programa ou política e oferecer subsídios que reorientem os processos de formulação e implementação (VAITSMAN et al, 2006).

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 (DESLANDES, 1997). 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” (TANAKA; MELO, 2001).

De acordo com Noronha, um processo clássico de avaliação baseia-se nos princípios da confiabilidade e da isenção dos avaliadores (NORONHA, 2004). 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 (MAUTZ, 1985; BRASIL, 1995; PERES JÚNIOR, 2004). 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. (MAUTZ, 1985; BRASIL, 1995; PERES JÚNIOR, 2004).

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” (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

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 haverão de ser testados, complementando o trabalho hora realizado.

7.1 Limitações do estudo

Dentre as limitações do estudo, podemos citar a amostra dos especialistas e respondentes e a demora para a realização do método de consenso, neste caso, 45 dias entre o envio do primeiro questionário referente à primeira fase e o recebimento das respostas da segunda fase. As restrições da utilização a técnica Delphi 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 (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

Não houve tempo hábil para a aplicação da ferramenta proposta no campo. O painel avaliou apenas o instrumento e não as demais questões referentes ao sistema de monitoramento. Não foi levado em consideração a *expertise* dos auditores; a criação de um programa de capacitação no objeto da auditoria; a periodicidade de realização da auditoria e a forma de *feedback* com os serviços auditados.

Por fim, a escassez de dados nacionais e internacionais acerca de instrumentos de avaliação em protocolos de segurança foi outro fator limitante deste estudo.

Apesar das limitações, o estudo teve êxito no levantamento das informações sobre as iniciativas para a realização da adequação do instrumento de avaliação da implantação dos protocolos de higienização são mãos sob o ponto de vista da segurança do paciente, alcançando assim seus objetivos, que serão descritos no capítulo a seguir.

8 CONCLUSÕES

Considerando a pergunta avaliativa e o objetivo geral do estudo, conclui-se que o sistema de monitoramento empregado no hospital não está adequado para avaliar a correta higienização das mãos, tendo em vista que o instrumento não apresenta padrões bem definidos e os itens não estão descritos, o que torna o sistema avaliador dependente.

O propósito inicial de identificar conflitos na avaliação do item higienização das mãos da lista de verificação foi alcançado tendo em vista as respostas dos questionários enviados para os auditores internos e externos do hospital. Além disso, a utilização desta metodologia permitiu o detalhamento e desdobramento dos itens conflitantes. Observou-se através das respostas dos auditores e da coleta de dados, que a avaliação não é uniforme e nem abrangente. Além disso, não contempla todos serviços do hospital e não ocorre em dias e horários distintos, respondendo ao primeiro e segundo objetivo específico.

O novo instrumento proposto demonstrado no quadro 5 foi construído levando-se em consideração as duas rodadas de respostas do painel de especialistas, e os dados da literatura nacional e internacional, respondendo ao terceiro objetivo específico.

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.

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

ARANAZ, J. M. et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Ibero american study of adverse events' (IBEAS). **BMJ Qual Saf.**, v. 20, p. 1043-1051, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976. Dispõe sobre a fiscalização sanitária das condições de exercício de profissões e ocupações técnicas e auxiliares, relacionadas diretamente com a saúde. **Diário Oficial da União**, 20 jan. 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d77052.htm>. Acesso em: 30 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 400, de 6 de dezembro de 1977**. Aprova as normas e os padrões sobre construções e instalações de serviços de saúde. Disponível em: <<http://www.sivac.com.br/legislacoes/gm/12606-400.html>>. Acesso em: 30 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 232, de 1988**. Atribui a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde - SNPES, a normatização, o estabelecimento de diretrizes gerais e a coordenação da execução, em âmbito nacional, das ações de controle de infecção hospitalar. Brasília, DF. 1988.

_____. Presidência da República. Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988. Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 27 jan. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7649.htm>. Acesso em: 30 mar. 2016.

_____. Presidência da República. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. **Diário Oficial da União**, 07 jan. 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9431.htm>. Acesso em: 30 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2616, de 12 de maio de 1998**. Expede diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html>. Acesso em: 30 mar. 2016.

_____. Presidência da República. Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001. Regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 22 mar. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110205.htm>. Acesso em: 29 mar. 2016.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente: higienização das mãos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos**. Brasília: Anvisa, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html>.

_____. Ministério da Saúde. 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. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/Portaria5292013_1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. 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**, 26 jul. 2013. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 53, de 14 de novembro de 2013**. Altera a Resolução RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0053_14_11_2013.html> Acesso em: 30 mar. 2016.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Anexo 01**: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; ANVISA; Fiocruz, 2013. 15 p.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Monitoramento e investigação de eventos adversos e avaliação de práticas de segurança do paciente. Brasília: ANVISA, 2015. 86 p.

BRASIL. Conselho Federal de Contabilidade. **Resolução CFC n. 781/95, de 24 de março de 1995**. Dispõe sobre as normas profissionais do auditor interno. Brasília: CFC, 24 mar. 1995.

CONTRANDIOPOULOS, A. P., et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CONTRANDIOPOULOS, A. P., et al. **Saber preparar uma pesquisa**: definição, estrutura, financiamento. São Paulo: Abrasco, 1997. p. 79-86.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-11, 2006.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **Journal of American Medical Association**, New York, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DALKEY, N. C.; HELMER-HIRSCHBERG, O. **An experimental application of the delphi method to the use of experts**. Santa Monica: RAND Corporation, 1962. Disponível em: <http://www.rand.org/pubs/research_memoranda/RM727z1.html>.

DALKEY, N. C. **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>.

DESLANDES SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 103-107, 1997.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856-864, 1978.

DONABEDIAN, A. Enfoques básicos para la evaluación. In: DONABEDIAN, A. **La cualidad de la atención médica: definición e métodos de evaluación**. Cidade do México: La prensa Médica Mexicana, 1984. p. 97-157.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **Journal of American Medical Association**, New York, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, Sept. 1988.

DEUTSCHES INSTITUT. **Guidelines for Conducting a Quality Assessment (QA)**. Deutsches Institut für Interne Revisione. V. (IIA – Alemanha). set. 2007. Disponível em: <http://www.diir.de/zertifizierung/quality-assessment/>

FORMSUS. **Avaliação do consumo de preparação alcoólica / Sabonete líquido para higiene das mãos em serviços de saúde**. 09 jul. 2013. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=12905

HARTZ, Z. M. A. Princípios e padrões em meta avaliação: diretrizes para os programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 733-738, 2006.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington: National Academy Press, 2001.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. International patient safety goals created. **Joint Commission Perspectives**, v. 26, n. 2, p. 8, 2006.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. Portuguese. Incluindo padrões de hospital de centro médico acadêmico. 5 ed. Illinois: JCR, 2014. 5 p.

KLUCK, M., et al. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínica de Porto Alegre: implantação e validação de indicadores. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 16, p. 27-32, jul./set. 2002.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system.** Washington: National Academy of the Institute of Medicine; 1999.

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)

MAUTZ, R. K. **Princípios de auditoria.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1985.

MELLO, J. B.; CAMARGO, M. O. **Práticas e conceitos: normas ISO nas áreas médico hospitalar e laboratorial.** São Paulo: Best Seller, 1998.

MENDES W, at al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J Qual Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-84, 2009.

MENDES at al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 5, p. 421-428, 2013.

MERCOSUR. Mercosur/RMS/Acta n. 02/07. XXIII REUNIÓN DE MINISTROS DE SALUD DEL MERCOSUR, 23., 2007, Punta del Este Montevideo. Disponível em: <http://www.mercosur.int/msweb/SM/Noticias/Actas%20Estructura/DEPENDIENTES%20DEL%20CMC/Reuni%C3%B3n%20Ministros/RMS/PLENARIO/2007_ACTA02/ACTA/RMS_2007_ACTA02_ES.pdf> Acesso em: 29 mar. 2016.

MONTEIRO, G. T. R. **Pesquisa em saúde pública: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados.** Curitiba: Appris, 2013.

MORET, L.; TEQUI, B.; LOMBRAIL, P. Should self-assessment methods be used to measure compliance with handwashing recommendations? A study carried out in a French university hospital. **American Journal of Infection Control**, v. 32, n. 7, p. 384-390, 2004.

NASCIMENTO, V. B. **Segurança do paciente: violação às normas e prescrições em saúde.** Tese (Doutorado)- Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2010.

NEPOTE, M. H. A. Análise do desempenho das atividades no centro cirúrgico através de indicadores. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 21, p. 21-30, out./dez. 2003.

NORONHA, M. P. **O papel do Tribunal de Contas da União na avaliação de programas de governo: diferentes estágios e abordagens.** 2004. 52 f. Monografia. Brasília: Instituto Serzedello Corrêa do Tribunal de Contas da União, 2004.

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: WHO, Patient Safety, ANVISA, MS, 2009a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente.** Manual - cirurgias seguras salvam vidas: orientações para cirurgia segura da OMS. Brasília: OMS, 2009b. 29 p.

OVRETVEIT, J. **Melhoria de qualidade que agrega valor: o cuidado de saúde.** Rio de

Janeiro: Proqualis, ICICT/Fiocruz, 2015. 240 p. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/melhorias%20que%20agregam%20valor.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

PORTUGAL. Ministerio da Saúde. **Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente**. Relatório Técnico Final. Lisboa: Ministério da Saúde, WHO, 2009. 142 p.

PATTON, M.Q. **Utilization-focused evaluation**. 2. ed. Beverly Hills: Sage, 1986.

PEDHAZUR, E. J.; SCHMELKIN L. P. **Measurement, design, and analysis: an integrated approach**. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1991.

PELCZAR JUNIOR, M. J.; CHAN, E. C. S.; KRIEG, N. R. **Microbiologia: conceitos e aplicações**. São Paulo: Makron Books, 1996.

PEREIRA, M. S.; MORYA, T. M. **Infecção Hospitalar: estrutura básica de vigilância e controle**. Goiânia: AB, 1995.

PERES JÚNIOR, J. H. **Auditoria de demonstrações contábeis: normas e procedimentos**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

PINA, V.; TORRES, L. **La contabilidade del sector público**. 2001. Disponível em: <http://ciberconta.unizar.es/LECCION/contpub001/INICIO.HTML>

PITTET D. Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. **Emerging Infectious Disease**, v. 7, n. 2, p. 234-240, 2001.

ROZADOS, H. B. F.O uso da técnica Delphi como alternativa metodológica para a área da Ciência da Informação. **Em Questão**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 64-86, set/dez. 2015. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/index.php/EmQuestao/article/view/58422/36043>

RUNCIMAN W, et al. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. **Int J Qual Health Care**, v. 21, p. 18-26, 2009.

SOÁREZ, P. C. de; PADOVAN, J. L.; CICONELLI, R. M. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 27, p. 57-64, abr./jun. 2005.

SOUSA, P, MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

STUFFLEBEAM, D. et al. **Guiding principles checklist for evaluating evaluations**. Western Michigan University, September 19, 2005. Disponível em: <<https://www.wmich.edu/sites/default/files/attachments/u350/2014/aeaguiding-principles.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2016.

TANAKA, Y. O.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANVISA, 2013. p. 19-27.

UCHO, A. A. C. et al. Utilizando técnicas de consenso: potencialidades e limites na avaliação da informação em saúde. In: HARTZ, Z.; FELIZBERTO, E.; SILVA, L. M. (eds.). **Meta-avaliação da Atenção Básica em Saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 253- 282.

VAITSMAN, J.; RODRIGUES, R. W. S.; SOUSA, R. P. **O sistema de avaliação e monitoramento das políticas e programas sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil**. Brasília: Unesco, 2006.

VALENZUELA, M.T. Indicadores de salud: características, uso y exemplos. **Ciência & Trabajo, Providência**, v. 7, n. 17, p. 118-122, jul./set. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World alliance for patient safety: forward programme**. Geneva: WHO, 2004.

_____. First Global Patient Safety Challenge: clean care is safer care. **World Alliance for Patient Safety**, Geneve, 2006.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento participativo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 1, n. 12, p. 64-55, 2000.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO – 1ª FASE PERGUNTAS – NQSP CENTRAL E LOCAL

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - AUDITORES INTERNOS E EXTERNOS

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: "Avaliação da adequação do sistema de monitoramento de higienização das mãos de um hospital de alta complexidade do estado do Rio de Janeiro", parte da dissertação de mestrado da discente Leticia Janotti, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação do Professor Dr. Walter Vieira Mendes Júnior.

O objetivo central do estudo é avaliar a adequação do componente higienização das mãos do sistema de monitoramento, analisando sua abrangência e compreensão.

Assim, o convite a sua participação se deve ao seu pertencimento ao quadro de avaliadores do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).

Sua participação, na qualidade de avaliador, consistirá em responder perguntas de um questionário autoaplicável por via eletrônica sobre a ferramenta de monitoramento utilizada no local do estudo para avaliar a implantação do protocolo de higienização das mãos. O tempo de duração para o preenchimento do questionário ficará a seu critério, todavia, subordinado a um prazo de 15 dias para dar o retorno via eletrônica ao endereço eletrônico da pesquisadora.

Neste projeto há uma pequena chance de identificação indireta do participante da pesquisa, tendo em vista o reduzido número de respondentes, trabalhadores de uma mesma instituição, e as informações sobre área que atua, formação e tempo de exercício na função de avaliador. Dentre as medidas para minimizar esse risco, a adoção do questionário eletrônico, abrigado e gerido pela pesquisadora, permite a codificação automática das respostas, sem a identificação do participante. Com eles se pretende assegurar, tanto quanto possível, o anonimato das respostas, reduzindo-se ao mínimo o risco de identificação. Outra medida se dá pelo reduzido acesso ao conteúdo das respostas - questionários respondidos eletronicamente - somente pela pesquisadora e seu orientador. Julga-se, assim, que a privacidade e o sigilo das informações serão resguardados e busca-se garantir que sejam utilizados em conformidade com os objetivos deste trabalho. Cabe ressaltar que a pesquisadora não exerce cargo de chefia, nem exerce qualquer tipo de autoridade hierárquica sobre os respondentes.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Em caso de não consentimento de sua participação ou desistência, você não será penalizado, no entanto, você é muito importante para a execução da pesquisa. Esta pesquisa não trará gastos, nem remuneração para você. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Você poderá solicitar aos pesquisadores informações sobre sua participação ou sobre a pesquisa a qualquer momento, para todos os esclarecimentos necessários, que estejam ligados à pesquisa, através dos meios de contato explicitados neste termo.

Esta pesquisa promoverá a adequação de instrumento de monitoramento em segurança do paciente e contribuirá para o desenvolvimento de uma metodologia de avaliação da implantação do componente de higiene das mãos nas instituições de saúde de forma padronizada para utilização em qualquer unidade de saúde. Os resultados serão divulgados na dissertação/tese e em artigos científicos.

Este Termo está sendo apresentado via eletrônica com o questionário autoaplicável para ser respondido. Sua devolução de resposta será entendida como aceite da sua participação. "Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade".

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, CEP 21041-210.

Tel. e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS

Contato com a pesquisadora responsável:

Leticia Janotti – Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro RJ.

E-mail: lejanotti@gmail.com

Telefone: (0XX) 21- 964505116

Rio de janeiro, 13 de julho de 2016.

Leticia Janotti

Pesquisadora Principal

***Obrigatório**

1. Data da resposta: *

Exemplo: 15 de dezembro de 2012

Dados do avaliador

2. Você pertence ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

3. Se a alternativa acima for positiva, em qual nível do NQSP você atua? *

Marcar apenas uma oval.

NQSP Central

NQSP Local

4. Qual sua formação? *

Marcar apenas uma oval.

Médico

Enfermeiro

Administrador

Outro: _____

5. Há quanto tempo você exerce esta função de avaliador? *

Marcar apenas uma oval.

<2 anos

2 a 10 anos

> 10 anos

1. A seguir, serão elencados os itens da Lista de verificação de monitoramento do componente de Higiene das Mãos. Solicito que responda as perguntas relacionadas a cada item.

Lista de verificação de monitoramento do componente de Higiene das Mãos

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS

ITEM	6. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	REQUISITOS			OBSERVAÇÕES	
		SIM	NÃO	NA		
6.1	Protocolo de Higiene das Mãos descrito é conhecido e aplicado por todos os profissionais?					
6.2	As condições estruturais para a higiene das mão estão adequadas (pias, saboneteiras, álcool gel e papel toalha) e em local acessível?					
6.3	As piás estão identificadas para a higienização das mãos?					
6.4	A SCIH possui sistemática de monitoramento da higienização?					
6.5	Há evidências das campanhas de higienização das mãos?					
6.6	Os treinamentos de Higienização das Mãos estão evidenciados, possui meta e monitoramento da população capacitada.					
6.7	São analisados os indicadores de infecção hospitalar relacionadas a higienização das mão?					
6.8	Os indicadores mencionados no Protocolo são levantados periodicamente?					
6.9	Há evidência da análise dos indicadores implantados, com ações de melhoria?					
6.10	Os eventos são notificadas, a equipe conhece e participa desta sistemática?					
6.11	Existe sistemática para análises de eventos com ações de melhoria, envolvimento das áreas e feedbacks?					
SUB-TOTAL DE ITENS		SIM	NÃO	NA	TOTAL DE ITENS	% SIM
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS		0	0	0	0	0%

2. No Item 6.1 da lista de verificação está escrito: Protocolo de Higiene das Mãos é conhecido e aplicado por todos os profissionais?

6. 2.1. Você conhece o Protocolo de Higiene das Mãos aplicado na instituição? *

Marque todas que se aplicam.

- Não conheço
- Conheço parcialmente
- Conheço totalmente

7. 2.2. Quem você avalia? *

Marcar apenas uma oval.

- Todos os profissionais da instituição que lidam diretamente com os pacientes (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas)
- Só avalio profissionais de determinadas categorias profissionais.
- Uma amostra dos profissionais da instituição que lidam diretamente com os pacientes (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas).
- Me baseio em registro.
- Utilizo mais de um método

8. 2.2.1. Em caso de resposta de uma amostra dos profissionais da instituição que lidam diretamente com os pacientes (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas). Como você calcula essa amostra?

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS

9. 2.2.2. Em caso de avaliar profissionais de determinadas categorias profissionais. Cite quais:

10. 2.2.3. Em caso de se basear em registro. Cite quais registros:

11. 2.3. Você marca SIM em que situação? *

Marcar apenas uma oval.

- Coloco sim quando todos avaliados conhecem o Protocolo de Higiene das Mãos aplicado na instituição
- Coloco sim quando a maioria dos avaliados conhece o Protocolo de Higiene das Mãos aplicado na instituição
- Coloco sim de acordo com o registro.

12. 2.3.1. Caso coloque sim de acordo com o registro. Cite quais:

13. 2.4. Por qual motivo você marca NA? *

14. 2.5. Como você audita o item 6.1? 2.5.1. Através da verificação do registro de treinamento

*

Marcar apenas uma oval.

- Sempre
- Às vezes
- Nunca

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS

15. 2.5.2. Através de visualização direta quanto às técnicas de adesão **Marcar apenas uma oval.*

- Sempre
- Às vezes
- Nunca

16. 2.5.2.1. Caso realize visualização direta: 2.5.2.1.1. Que categoria profissional é avaliada? (marque quantas respostas for você considerar) **Marque todas que se aplicam.*

- Médico
- Enfermeiro
- Tec. enfermagem
- Fisioterapeuta
- Outros

17. 2.5.2.1.1.1. Em caso de outras categorias, cite quais:

18. 2.5.2.1.2. Em quais dias de semana são realizadas as observações? (marque quantas respostas for você considerar) **Marque todas que se aplicam.*

- Segunda a Sexta-feira
- Sábados e domingos
- Sábados ou domingos
- Indiferente

19. 2.5.2.1.3. Em quais turnos são realizadas as observações? (marque quantas respostas for você considerar) **Marque todas que se aplicam.*

- Diurno
- Noturno
- Ambos

3. No Item 6.2 da lista de verificação está escrito: As condições estruturais para higiene das mãos estão adequadas (pias, saboneteiras, álcool em gel e papel toalha) e em local acessível?

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS

20. **3.1. Você conhece as condições estruturais exigidas na instituição para higiene das mãos? ****Marcar apenas uma oval.*

- Não conheço
- Conheço parcialmente
- Conheço totalmente

21. **3.2. Você marca SIM em que situação? ****Marcar apenas uma oval.*

- Coloco sim quando todas as condições estruturais para higiene das mãos avaliadas estão adequadas
- Coloco sim quando a maioria as condições estruturais para higiene das mãos avaliadas estão adequadas
- Coloco sim de acordo com o registro.

22. **3.2.1. Caso coloque sim de acordo com o registro. Cite quais registros:**

23. **3.3. Por qual motivo você marca NA? ***

24. **3.4. A avaliação do provimento adequado para a execução da higienização das mãos (pias, saboneteiras, álcool gel e papel toalha) é realizada: ****Marcar apenas uma oval.*

- Através de observação direta.
- Através de registro.
- Ambos

25. **3.4.1. Em caso da alternativa anterior ter sido através de registro. Cite quais:**

09/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS

26. 3.6 Caso a avaliação do provimento adequado de Insumos de álcool em gel seja através de observação direta, esta observação é realizada em todos os pontos de assistência? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não apenas em alguns

27. 3.8. Você verifica os registros ou evidências do consumo/utilização de álcool em gel realizados pelos chefes de setores? *

Marcar apenas uma oval.

- Sempre
- Às vezes
- Nunca

4. No Item 6.3 da lista de verificação está escrito: As pias estão identificadas para higienização das mãos?

28. 4.1. Você sabe como as pias para higienização das mãos devem ser identificadas? *

Marcar apenas uma oval.

- Não conheço
- Conheço parcialmente
- Conheço totalmente

29. 4.2. Como você avalia? *

Marcar apenas uma oval.

- Todas as pias
- Uma amostra das pias.
- Só avalio pias de alguns setores.
- Me baseio em registro.
- Utilizo mais de um método

30. 4.2.1. Caso tenha assinalado uma amostra das pias. Como calcula esta amostra:

31. 4.2.2. Caso tenha assinalado que só avalia pias de alguns setores. Cite quais:

05/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTODIPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS

32. 4.2.3. Caso tenha assinalado que se baseia em registro. Cite quais:

33. 4.3. Você marca SIM em que situação? *

Marcar apenas uma oval.

- Coloco sim quando todas as plas estão identificadas
- Coloco sim quando a maioria das plas está identificada
- Coloco sim de acordo com o registro.

34. 4.3.1. Caso tenha assinalado que coloca sim de acordo com o registro. Cite quais:

35. 4.4. Por qual motivo você marca NA? *

36. 4.5. Existe padronização da identificação das plas na Instituição? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

37. 4.8. Você realiza verificação de identificação das plas através de observação direta? *

Marcar apenas uma oval.

- Sempre
- Às vezes
- Nunca

5. No Item 6.4 da lista de verificação está escrito: O SCIH possui sistemática de monitoramento de higienização das mãos?

05/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS

38. 6.1. Você conhece a sistemática de monitoramento de higienização das mãos? *

Marcar apenas uma oval.

- Não conheço
- Conheço parcialmente
- Conheço totalmente

39. 6.2. Você marca SIM em que situação? *

Marcar apenas uma oval.

- Coloco sim quando todos os profissionais conhecem a sistemática de monitoramento de higienização das mãos
- Coloco sim quando a maioria dos profissionais possui conhecimento a sistemática de monitoramento de higienização das mãos
- Coloco sim de acordo com o registro.

40. 6.2.1. Caso coloque sim de acordo com o registro. Cite quais:

41. 6.3. Por qual motivo você marca NA? *

42. 6.4. Caso exista sistemática de monitoramento, como você observa a aplicação desta sistemática? *

6. No Item 6.5 da lista de verificação está escrito: Há evidências das campanhas de higienização das mãos?

DSO1/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS

43. 8.1. Você conhece as campanhas de higienização das mãos? *

Marcar apenas uma oval.

- Não conheço
- Conheço parcialmente
- Conheço totalmente

44. 8.2. Como você avalia as evidências das campanhas de higienização das mãos? *

Marcar apenas uma oval.

- Utilizo mais de um método
- Me baseio em registro.

45. 8.2.1. Cite os registros ou métodos que se baseia: *

46. 8.3. Você marca SIM em que situação? *

Marcar apenas uma oval.

- Coloco sim quando todas as campanhas são evidenciadas
- Coloco sim quando a maioria das campanhas é evidenciada
- Coloco sim de acordo com o registro.

47. 8.3.1. Caso tenha assinalado que coloca sim de acordo com o registro. Cite quais:

48. 8.4. Por qual motivo você marca NA? *

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS

49. 6.5. Quem você avalia para evidenciar esta campanha de higienização das mãos? *

7. No Item 6.5 da lista de verificação está escrito: Os treinamentos de Higienização das mãos estão evidenciados, possui meta e monitoramento da população capacitada.

50. 7.1. Você conhece as metas e monitoramento dos treinamentos de higienização das mãos? *

Marcar apenas uma oval.

- Não conheço
- Conheço parcialmente
- Conheço totalmente

51. 7.2. Como você avalia as evidências dos treinamentos de higienização das mãos? *

Marcar apenas uma oval.

- Utilizo mais de um método
- Me baseio em registro.

52. 7.2.1. Cite os registros ou métodos que se baseia: *

53. 7.3. Você marca SIM em que situação? *

Marcar apenas uma oval.

- Coloco sim quando há evidência de treinamento, meta e monitoramento da população capacitada
- Coloco sim quando há evidência de treinamento, meta ou monitoramento da população capacitada
- Coloco sim de acordo com o registro.

54. 7.3.1. Caso tenha assinalado que coloca sim de acordo com o registro. Cite quais:

05/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS

55. 7.4. Por qual motivo você marcou NA? *

55. 7.5. Quem você avalia para evidenciar este treinamento? *

8. No Item 6.7 da lista de verificação está escrito: São analisados os indicadores de infecção hospitalar relacionados à higienização das mãos?

57. 8.1. Cite os indicadores de infecção hospitalar relacionados à higienização das mãos: *

58. 8.2. Como você avalia as análises dos indicadores de higienização das mãos? *

Marcar apenas uma oval.

- Utilizo mais de um método
- Me baseio em registros

59. 8.2.1. Cite os registros ou métodos que se baseia: *

05/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS

60. 8.3. Você marca SIM em que situação? *

Marcar apenas uma oval.

- Coloco sim quando todos os indicadores de infecção hospitalar relacionados à higienização das mãos estão sendo utilizados na unidade
- Coloco sim quando a maioria dos indicadores de infecção hospitalar relacionados à higienização das mãos está sendo utilizado na unidade
- Coloco sim de acordo com o registro.

61. 8.3.1. Caso tenha assinalado que coloca sim de acordo com o registro. Cite quais:

62. 8.4. Por qual motivo você marca NA? *

9. No Item 6.8 da lista de verificação está escrito: Os indicadores mencionados no Protocolo são levantados periodicamente?

63. 8.1. Você conhece a periodicidade definida para o levantamento dos indicadores mencionados no Protocolo? *

Marcar apenas uma oval.

- Não conheço
- Conheço parcialmente
- Conheço totalmente.

64. 8.1.1. Caso tenha assinalado a última questão, cite qual periodicidade:

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS

65. 8.2. Como você avalia a periodicidade do levantamento dos indicadores mencionados no Protocolo? *

Marcar apenas uma oval.

- Utilizo mais de um método
- Me baseio em registro.

66. 8.2.1. Cite os registros ou métodos que se baseia: *

67. 8.3. Você marca SIM em que situação?

Marcar apenas uma oval.

- Coloco sim quando há periodicidade no levantamento de todos os indicadores mencionados no Protocolo
- Coloco sim quando há periodicidade no levantamento da maioria dos indicadores mencionados no Protocolo
- Coloco sim de acordo com o registro.

68. 8.3.1. Caso tenha assinalado que coloca sim de acordo com o registro. Cite quais:

69. 8.4. Por qual motivo você marca NA? *

10. No Item 6.9 da lista de verificação está escrito: Há evidência da análise dos indicadores implantados, com ações de melhoria?

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS

70. 10.1. Você conhece a sistemática de análise dos indicadores implantados, e como são elaboradas ações de melhoria? *

Marcar apenas uma oval.

- Não conheço
- Conheço parcialmente
- Conheço totalmente.

71. 10.1.1. Caso tenha assinalado a última questão, cite quais:

72. 10.2. Como você avalia a evidência da análise dos indicadores implantados, com ações de melhoria? *

Marcar apenas uma oval.

- Utilizo mais de um método
- Me baseio em registro.

73. 10.2.1. Cite os registros ou métodos que se baseia: *

74. 10.3. Você marca SIM em que situação? *

Marcar apenas uma oval.

- Coloco sim quando há evidência de análise de todos indicadores implantados, com ações de melhoria
- Coloco sim quando há evidência de análise da maioria dos indicadores implantados, com ações de melhoria
- Coloco sim de acordo com o registro.

75. 10.3.1. Caso tenha assinalado que coloca sim de acordo com o registro. Cite quais:

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTODIAGNÓSTICO, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS

76. 10.4. Por qual motivo você marca NA? *

11. No Item 6.10 da lista de verificação está escrito: Os eventos são notificados, a equipe conhece e participa desta sistemática?

77. 11.1. Você conhece que eventos devem ser notificados? *

Marcar apenas uma oval.

- Não conheço
- Conheço parcialmente
- Conheço totalmente.

78. 11.1.1. Caso tenha assinalado a última questão, cite quais eventos:

79. 11.2. Você marca SIM em que situação? *

Marcar apenas uma oval.

- Coloco sim quando todos os eventos são notificados
- Coloco sim quando a maioria dos eventos é notificada
- Coloco sim de acordo com o registro.

80. 11.2.1. Caso tenha assinalado que coloca sim de acordo com o registro. Cite quais:

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS

81. 11.3. Por qual motivo você marca NA? *

82. 11.4. Você audita o Item 6.10, através da verificação do registro de notificação? *
Marcar apenas uma oval.

- Sempre
- As vezes
- Nunca

12. No Item 6.11 da lista de verificação está escrito: Existe sistemática para análises de eventos com ações de melhoria, envolvimento das áreas e feedbacks?**83. 12.1. Você conhece a sistemática para análises de eventos com ações de melhoria? ***
Marcar apenas uma oval.

- Não conheço
- Conheço parcialmente
- Conheço totalmente

84. 12.1.1. Caso tenha assinalado a última questão, cite quais eventos:

85. 12.2. O que você avalia? *

Marcar apenas uma oval.

- Todas as análises de eventos (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas)
- Uma amostra análises de eventos
- Só avalio determinadas categorias de eventos.
- Me baseio em registro.
- Utilizo mais de um método

05/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS

86. 12.2.1. Caso tenha assinalado que só avalia determinadas categorias de eventos. Cite quais:

87. 12.2.1. Caso tenha assinalado que se baseia em registo. Cite quais:

88. 12.3. Você marca SIM em que situação? *

Marcar apenas uma oval.

- Coloco sim quando verifico que existe sistemática para análises de todos os eventos com ação de melhoria, envolvimento das áreas e feedback
- Coloco sim quando existe sistemática para análise da maioria de eventos com ação de melhoria, envolvimento das áreas e feedback
- Coloco sim de acordo com o registo.

89. 12.3.1. Caso tenha assinalado que coloca sim de acordo com o registo. Cite quais:

90. 12.4. Por qual motivo você marca NA? *

APÊNDICE B - Questionário eletrônico – 1ª fase respostas – NQSP central e local

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS - Formulários Google

lejanotti@gmail.com ▾

[Editar este formulário](#)

6 respostas

[Visualizar todas as respostas](#) [Publicar análise](#)

Resumo

Data da resposta:

Jul de 2016 | 13 19 (3) 27 28

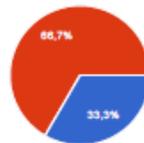
Dados do avaliador

Você pertence ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)



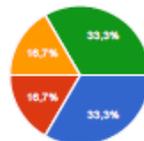
Sim	6	100%
Não	0	0%

Se a alternativa acima for positiva, em qual nível do NQSP você atua?



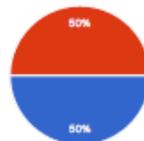
NQSP Central	2	33,3%
NQSP Local	4	66,7%

Qual sua formação?



Médico	2	33,3%
Enfermeiro	1	16,7%
Administrador	1	16,7%
Outros	2	33,3%

Há quanto tempo você exerce esta função de avaliador?



<2 anos	3	50%
2 a 10 anos	3	50%
> 10 anos	0	0%

1. A seguir, serão elencados os itens da Lista de verificação de monitoramento do componente de Higiene das Mãos. Solicito que responda as perguntas relacionadas a cada item.

Lista de verificação de monitoramento do componente de Higiene das Mãos

2. No Item 6.1 da lista de verificação está escrito: Protocolo de Higiene das Mãos é conhecido e aplicado por todos os profissionais?

2.1. Você conhece o Protocolo de Higiene das Mãos aplicado na instituição?

https://docs.google.com/forms/d/1UIlbt_vPkB7EQBC4X6aW0tzaTDj1aD5wiPe5EJllg/viewanalytics

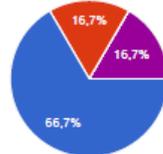
1/13

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS - Formulários Google



2.2. Quem você avalia?



Todos os profissionais da instituição que lidam diretamente com os pacientes (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas)	4	66.7%
Só avalio profissionais de determinadas categorias profissionais.	1	16.7%
Uma amostra dos profissionais da instituição que lidam diretamente com os pacientes (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas).	0	0%
Me baseio em registro.	0	0%
Utilizo mais de um método	1	16.7%

2.2.1. Em caso de resposta de uma amostra dos profissionais da instituição que lidam diretamente com os pacientes (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas). Como você calcula essa amostra?

NA

2.2.2. Em caso de avaliar profissionais de determinadas categorias profissionais. Cite quais:

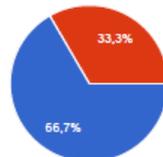
Áreas de Apoio e Administrativas

Médicos, enfermeiros, multiprofissionais, administrativos

2.2.3. Em caso de se basear em registro. Cite quais registros:

NA

2.3. Você marca SIM em que situação?



Coloco sim quando todos avaliados conhecem o Protocolo de Higiene das Mãos aplicado na instituição	4	66.7%
Coloco sim quando a maioria dos avaliados conhece o Protocolo de Higiene das Mãos aplicado na instituição	2	33.3%
Coloco sim de acordo com o registro.	0	0%

2.3.1. Caso coloque sim de acordo com o registro. Cite quais:

NA

2.4. Por qual motivo você marca NA?

Nenhum

Quando de fato o item não se aplica ao setor, converso com as pessoas envolvidas, para entender a posição deles antes. Porém se para mim se aplicar é não conforme.

Não Utilizo.

Questionamentos não aplicados no setor

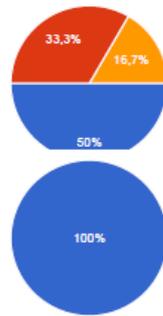
Quando for uma área administrativa.

2.5. Como você audita o item 6.1? 2.5.1. Através da verificação do registro de treinamento

Sempre	3	50%
Às vezes	2	33.3%
Nunca	1	16.7%

08/01/2017

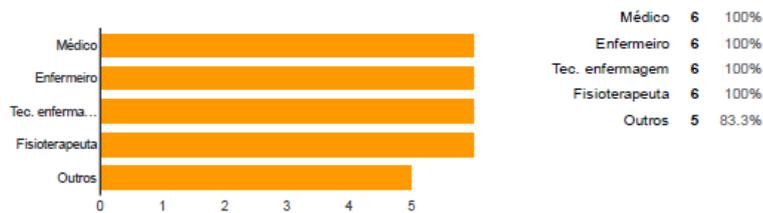
QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS - Formulários Google



Adesões de adesão

Sempre	6	100%
Às vezes	0	0%
Nunca	0	0%

2.5.2.1. Caso realize visualização direta: 2.5.2.1.1. Que categoria profissional é avaliada? (marque quantas respostas for você considerar)



2.5.2.1.1.1. Em caso de outras categorias, cite quais:

Administrativo que manuseia os prontuários, os serviços de apoio que por ventura entram na unidade.
 Fonoaudiologia, técnicos de hemoterapia e diálise, engenharia clínica
 Voluntários e Familiares
 Todos que estiverem envolvidos no setor auditado
 Nutricionistas, coqueiras, serviço social, maqueiros
 Pareceristas, técnicos de manutenção...

2.5.2.1.2. Em quais dias de semana são realizadas as observações? (marque quantas respostas for você considerar)

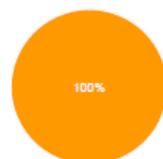


2.5.2.1.3. Em quais turnos são realizadas as observações? (marque quantas respostas for você considerar)



3. No Item 6.2 da lista de verificação está escrito: As condições estruturais para higiene das mãos estão adequadas (pias, saboneteiras, álcool em gel e papel toalha) e em local acessível?

3.1. Você conhece as condições estruturais exigidas na instituição para higiene das mãos?



Não conheço	0	0%
Conheço parcialmente	0	0%
Conheço totalmente	6	100%

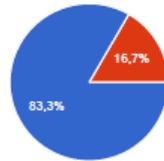
3.2. Você marca SIM em que situação?

https://docs.google.com/forms/d/1U1Lbt_vPkb7EQBC4X6aW0tZaiTDj1aD5wIPe5tEJIlg/viewanalytics

3/13

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS - Formulários Google



Coloco sim quando todas as condições estruturais para higiene das mãos avaliadas estão adequadas	5	83.3%
Coloco sim quando a maioria as condições estruturais para higiene das mãos avaliadas estão adequadas	1	16.7%
Coloco sim de acordo com o registro.	0	0%

3.2.1. Caso coloque sim de acordo com o registro. Cite quais registros:

3.3. Por qual motivo você marca NA?

Nenhum

Para os serviços administrativos somente (DP, RH, por exemplo)

Não Utilizo.

Quando o setor não precisa das estruturas solicitadas no formulário

Na área administrativa.

3.4. A avaliação do provimento adequado para a execução da higienização das mãos (pias, saboneteiras, álcool gel e papel toalha) é realizada:



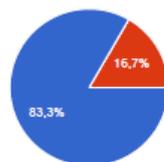
Através de observação direta.	3	50%
Através de registro.	0	0%
Ambos	3	50%

3.4.1. Em caso da alternativa anterior ter sido através de registro. Cite quais:

O setor de SHL possuem um registro de higienização onde os funcionários realizam o preenchimento do abastecimento e troca dos materiais.

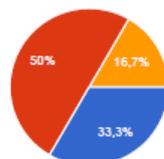
Registros de compra e consumo de insumos

3.5 Caso a avaliação do provimento adequado de insumos de álcool em gel seja através de observação direta, esta observação é realizada em todos os pontos de assistência?



Sim	5	83.3%
Não apenas em alguns	1	16.7%

3.6. Você verifica os registros ou evidência do consumo/utilização de álcool em gel realizados pelos chefes de setores:



Sempre	2	33.3%
Às vezes	3	50%
Nunca	1	16.7%

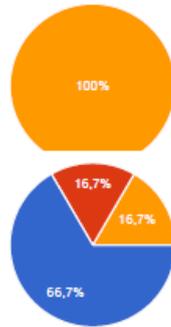
4. No Item 6.3 da lista de verificação está escrito: As pias estão identificadas para higienização das mãos?

4.1. Você sabe como as pias para higienização das mãos devem ser identificadas?

Não conheço	0	0%
Conheço parcialmente	0	0%
Conheço totalmente	6	100%

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS - Formulários Google



Todas as pias	4	66,7%
Uma amostra das pias.	1	16,7%
Só avalio pias de alguns setores.	1	16,7%
Me baseio em registro.	0	0%
Utilizo mais de um método	0	0%

4.2.1. Caso tenha assinalado uma amostra das pias. Como calcula essa amostra:

Escolhendo setores e verificando todas do setor na ocasião.

4.2.2. Caso tenha assinalado que só avalia pias de alguns setores. Cite quais:

Setores assistenciais.

4.2.3. Caso tenha assinalado que se baseia em registro. Cite quais:

4.3. Você marca SIM em que situação?



Coloco sim quando todas as pias estão identificadas	6	100%
Coloco sim quando a maioria das pias está identificada	0	0%
Coloco sim de acordo com o registro.	0	0%

4.3.1. Caso tenha assinalado que coloca sim de acordo com o registro. Cite quais:

4.4. Por qual motivo você marca NA?

Nenhum

Somente nos setores administrativos

Não Utilizo.

Setores que não necessitem da colocação de uma pia

Na área administrativa.

4.5. Existe padronização da identificação das pias na instituição?



Sim	6	100%
Não	0	0%

4.6. Você realiza verificação de identificação das pias através de observação direta?

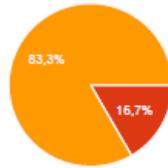


Sempre	6	100%
Às vezes	0	0%
Nunca	0	0%

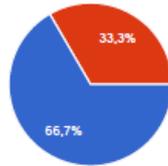
5. No Item 6.4 da lista de verificação está escrito: O SCIH possui sistemática de monitoramento de higienização das mãos?

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS - Formulários Google

5.1. Você conhece a sistemática de monitoramento de higienização das mãos?

Não conheço	0	0%
Conheço parcialmente	1	16.7%
Conheço totalmente	5	83.3%

5.2. Você marca SIM em que situação?

Coloco sim quando todos os profissionais conhecem a sistemática de monitoramento de higienização das mãos	4	66.7%
Coloco sim quando a maioria dos profissionais possui conhecimento a sistemática de monitoramento de higienização das mãos	2	33.3%
Coloco sim de acordo com o registro.	0	0%

5.2.1. Caso coloque sim de acordo com o registro. Cite quais:**5.3. Por qual motivo você marca NA?**

Nenhum

Somente nos setores administrativos

Não Utilizo.

Quando o setor que está sendo auditado não tem contato diretamente com o paciente.

Na área administrativa.

5.4. Caso exista sistemática de monitoramento, como você observa a aplicação desta sistemática?

Observo se a equipe precisa de uma orientação diferenciada, quanto à higienização das mãos, se as infecções estão aumentando. Dessa forma podemos traçar diretrizes dos próximos treinamentos (público alvo, setores críticos) dentre outras estratégias.

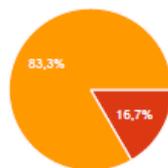
Na prática da realização de higienização.

Amostragem

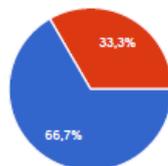
Através de auditoria no setor quando pergunta-se e verifica a lista de treinamento sobre o manual da SCIH.

Inquérito com os profissionais do SCIH e com os colaboradores, análise de registros

Visualização dos profissionais lavando as mãos.

6. No Item 6.5 da lista de verificação está escrito: Há evidências das campanhas de higienização das mãos?**6.1. Você conhece as campanhas de higienização das mãos?**

Não conheço	0	0%
Conheço parcialmente	1	16.7%
Conheço totalmente	5	83.3%

6.2. Como você avalia as evidências das campanhas de higienização das mãos?

Utilizo mais de um método	4	66.7%
Me baseio em registro.	2	33.3%

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS - Formulários Google

6.2.1. Cite os registros ou métodos que se baseia:

Registros de presenças, slides das campanhas, fotos e movimento das pessoas quanto às campanhas.

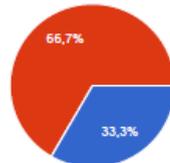
Quantidade de participantes, aumento do consumo de produtos de higienização, diminuição e números relacionados ao índice de infecção,

Amostragem de Campanhas

Lista de treinamentos e lista de presença do evento baseado na higienização das mãos.

Inquérito com colaboradores, fotos, listas de presença

Comunicação visual, registros de treinamento.

6.3. Você marca SIM em que situação?

Coloco sim quando todas as campanhas são evidenciadas	2	33.3%
Coloco sim quando a maioria das campanhas é evidenciada	4	66.7%
Coloco sim de acordo com o registro.	0	0%

6.3.1. Caso tenha assinalado que coloca sim de acordo com o registro. Cite quais:

Lista de frequência de treinamentos.

6.4. Por qual motivo você marca NA?

Não marco NA para esse item, se aplica a toda a unidade conhecer as campanhas de higienização das mãos.

Nenhum

Não Utilizo, se aplica em todos os setores.

Quando não se é direcionado ao setor avaliado

Nenhum

Na área administrativa.

6.5. Quem você avalia para evidenciar esta campanha de higienização das mãos?

Todos

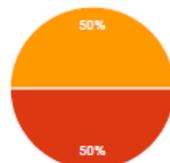
Colaboradores que realizam trabalhos administrativos

O SCIH

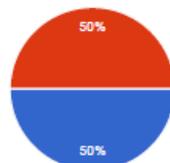
Se a colocação da proposta foi de atingir 90% da instituição deverá ser avaliado a lista de presença do evento para determinar se a campanha foi alcançado pelo seu público alvo.

Uma amostragem dos colaboradores procurando abranger todos os setores e categorias

Os profissionais de saúde e SCIH.

7. No Item 6.5 da lista de verificação está escrito: Os treinamentos de Higienização das mãos estão evidenciados, possui meta e monitoramento da população capacitada.**7.1. Você conhece as metas e monitoramento dos treinamentos de higienização das mãos?**

Não conheço	0	0%
Conheço parcialmente	3	50%
Conheço totalmente	3	50%

7.2. Como você avalia as evidências dos treinamentos de higienização das mãos?

Utilizo mais de um método	3	50%
Me baseio em registro.	3	50%

7.2.1. Cite os registros ou métodos que se baseia:

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS - Formulários Google

Registro de presença, posicionamento das equipes quanto à participação do treinamento e observe quanto à higienização das mãos e as oportunidades de higienização das mesmas.

Taxas de infecção

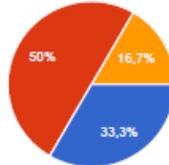
Amostragem e índice de consumo.

Lista de presença nos treinamentos

Listas de presença dos treinamentos e inquérito dos colaboradores

Lista de frequência.

7.3. Você marca SIM em que situação?



Coloco sim quando há evidência de treinamento, meta e monitoramento da população capacitada	2	33,3%
Coloco sim quando há evidência de treinamento, meta ou monitoramento da população capacitada	3	50%
Coloco sim de acordo com o registro.	1	16,7%

7.3.1. Caso tenha assinalado que coloca sim de acordo com o registro. Cite quais:

Lista de presença como evidencia do treinamento, questionamentos verificados nos setores que foi aplicado o método treinado.

Lista de frequência e indicadores de adesão do SCIH.

7.4. Por qual motivo você marca NA?

Nenhum

Não maro NA

Não utilizo, se aplicam em todos os setores.

Quando não houve a necessidade do treinamento no setor do qual esta sendo avaliado.

Na área administrativa.

7.5. Quem você avalia para evidenciar este treinamento?

Todos os participantes (Seja um setor ou grupo de colaboradores).

Assistência

A equipe multiprofissional

NEP as listas de presenças de treinamentos devem ficar arquivadas no setor e o próprio setor que esta aplicando o treinamento SCIH

Uma amostragem dos colaboradores procurando abranger todos os setores e categorias

Todos os profissionais assistenciais.

8. No Item 6.7 da lista de verificação está escrito: São analisados os indicadores de infecção hospitalar relacionados à higienização das mãos?

8.1. Cite os indicadores de infecção hospitalar relacionados à higienização das mãos:

Taxa de Infecção Hospitalar Geral ou setorial, Índice de consumo de preparação alcoólica para as mãos e Índice de consumo de sabonete

Infecção hospitalar em sitio cirurgico,

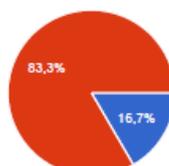
Sítio Cirúrgico, Corrente sanguínea, PAV

Na instituição não foi contemplado um indicador relacionado a higienização das mãos em forma de ser evidenciado nos registros.

Tratando-se de indicadores de resultado de infecção, todos. Taxa de Infecção e Densidades de Infecção conforme tipo.

Indicador de adesão.

8.2. Como você avalia as análises dos indicadores de higienização das mãos?



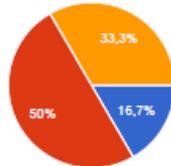
Utilizo mais de um método	1	16,7%
Me baseio em registros	5	83,3%

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS - Formulários Google

8.2.1. Cite os registros ou métodos que se baseia:

Através do SAS, que a CCIH alimenta
 Número de Índice de infecção no mês
 Amostragem
 Verificados junto ao setor da SCIH em reunião
 Relatórios da CCIH, fichas dos indicadores, série histórica e evidências das análises críticas
 indicador de adesão.

8.3. Você marca SIM em que situação?

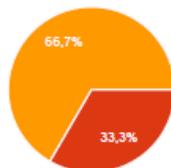
Coloco sim quando todos os indicadores de infecção hospitalar relacionados à higienização das mãos estão sendo utilizados na unidade **1** 16,7%
 Coloco sim quando a maioria dos indicadores de infecção hospitalar relacionados à higienização das mãos está sendo utilizado na unidade **3** 50%
 Coloco sim de acordo com o registro. **2** 33,3%

8.3.1. Caso tenha assinalado que coloca sim de acordo com o registro. Cite quais:

Verificados junto ao setor da SCIH em reunião
 Indicador de adesão.

8.4. Por qual motivo você marca NA?

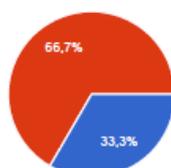
Nenhum
 Não marco NA
 Não Utilizo.
 Quando não se é direcionado ao setor avaliado
 Na área administrativa.

9. No Item 6.8 da lista de verificação está escrito: Os indicadores mencionados no Protocolo são levantados periodicamente?**9.1. Você conhece a periodicidade definida para o levantamento dos indicadores mencionados no Protocolo?**

Não conheço	0	0%
Conheço parcialmente	2	33,3%
Conheço totalmente.	4	66,7%

9.1.1. Caso tenha assinalado a última questão, cite qual periodicidade:

Mensalmente
 Trimestral
 Mensal
 Mensal.

9.2. Como você avalia a periodicidade do levantamento dos indicadores mencionados no Protocolo?

Utilizo mais de um método	2	33,3%
Me baseio em registro.	4	66,7%

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS - Formulários Google

9.2.1. Cite os registros ou métodos que se baseia:

Através do SAS que a CCIH alimenta

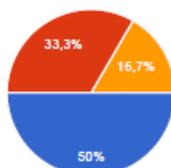
Totais de atendimentos

Amostragem

Verificação junto a SCIH dos métodos utilizados para contemplação deste indicador com os seus números e análises sobre a sua colocação.

Relatórios da CCIH, análise crítica dos indicadores

Indicador de adesão.

9.3. Você marca SIM em que situação?

Coloco sim quando há periodicidade no levantamento de todos os indicadores mencionados no Protocolo	3	50%
Coloco sim quando há periodicidade no levantamento da maioria dos indicadores mencionados no Protocolo	2	33,3%
Coloco sim de acordo com o registro.	1	16,7%

9.3.1. Caso tenha assinalado que coloca sim de acordo com o registro. Cite quais:

Registro interno no setor da SCHI

Indicador de adesão.

9.4. Por qual motivo você marca NA?

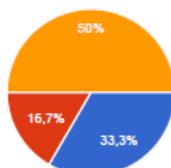
Nenhum

Não marco NA

Não Utilizo.

Quando não se é direcionado ao setor avaliado

Na área administrativa.

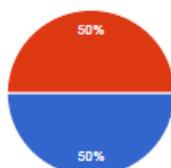
10. No Item 6.9 da lista de verificação está escrito: Há evidência da análise dos indicadores implantados, com ações de melhoria?**10.1. Você conhece a sistemática de análise dos indicadores implantados, e como são elaboradas ações de melhoria?**

Não conheço	2	33,3%
Conheço parcialmente	1	16,7%
Conheço totalmente.	3	50%

10.1.1. Caso tenha assinalado a última questão, cite quais:

Através da reunião da CCIH, observo as melhorias apontadas a partir de resultados, bem como são construídas as estratégias para a melhoria dos processos ou alinhamento dos mesmos.

Discussão dos resultados com a equipe e identificação das dificuldades e fragilidades apresentadas, com busca de suas causas. a partir das causas levantadas, definir ações, prazos e responsabilidades para corrigi-las, evidenciando sua conclusão

10.2. Como você avalia a evidência da análise dos indicadores implantados, com ações de melhoria?

Utilizo mais de um método	3	50%
Me baseio em registro.	3	50%

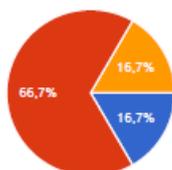
10.2.1. Cite os registros ou métodos que se baseia:

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS - Formulários Google

Reunião com CCIH
 Treinamentos aplicados
 Meta a ser alcançada
 Verificação em reunião junto ao setor da SCIH
 Inquérito com a equipe, relatórios da CCIH e documentação das análises críticas
 No setor, na evolução dos indicadores, na adesão dos profissionais.

10.3. Você marca SIM em que situação?



Coloco sim quando há evidência de análise de todos indicadores implantados, com ações de melhoria **1** 16,7%
 Coloco sim quando há evidência de análise da maioria dos indicadores implantados, com ações de melhoria **4** 66,7%
 Coloco sim de acordo com o registro. **1** 16,7%

10.3.1. Caso tenha assinalado que coloca sim de acordo com o registro. Cite quais:

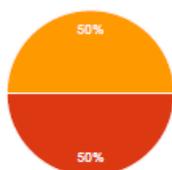
Verificação em reunião com o setor da SCHI

10.4. Por qual motivo você marca NA?

Nenhum
 Não marco NA
 Não utilizo.
 Quando não se é direcionado ao setor avaliado
 Na área administrativa.

11. No Item 6.10 da lista de verificação está escrito: Os eventos são notificados, a equipe conhece e participa desta sistemática?

11.1. Você conhece que eventos devem ser notificados?

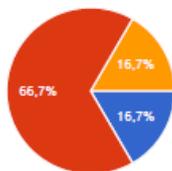


Não conheço **0** 0%
 Conheço parcialmente **3** 50%
 Conheço totalmente. **3** 50%

11.1.1. Caso tenha assinalado a última questão, cite quais eventos:

Circunstâncias de risco, Eventos adversos, Eventos graves, Eventos com danos e Eventos sem danos.
 Eventos referentes a infecção hospitalar
 Casos de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde

11.2. Você marca SIM em que situação?



Coloco sim quando todos os eventos são notificados **1** 16,7%
 Coloco sim quando a maioria dos eventos é notificada **4** 66,7%
 Coloco sim de acordo com o registro. **1** 16,7%

11.2.1. Caso tenha assinalado que coloca sim de acordo com o registro. Cite quais:

Notificação de incidentes

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS - Formulários Google

11.3. Por qual motivo você marca NA?

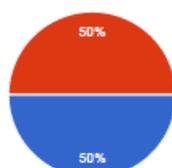
Nenhum

Não marco NA

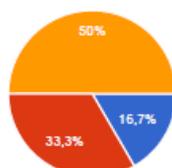
Não Utilizo.

Quando não se é direcionado ao setor avaliado

Na área administrativa.

11.4. Você audita o item 6.10, através da verificação do registro de notificação?

Sempre	3	50%
Às vezes	3	50%
Nunca	0	0%

12. No Item 6.11 da lista de verificação está escrito: Existe sistemática para análises de eventos com ações de melhoria, envolvimento das áreas e feedbacks?**12.1. Você conhece a sistemática para análises de eventos com ações de melhoria?**

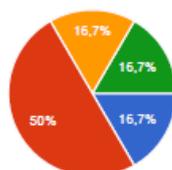
Não conheço	1	16,7%
Conheço parcialmente	2	33,3%
Conheço totalmente	3	50%

12.1.1. Caso tenha assinalado a última questão, cite quais eventos:

Evento com óbito são tratados pela espinha de peixe, com todos os envolvidos, junto com o NQSP e a direção da área.

Os eventos de notificações são analisados e tratados junto a direção da instituição.

Casos de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde

12.2. O que você avalia?

Todas as análises de eventos (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas)	1	16,7%
Uma amostra análises de eventos	3	50%
Só avalio determinadas categorias de eventos.	1	16,7%
Me baseio em registro.	1	16,7%
Utilizo mais de um método	0	0%

12.2.1. Caso tenha assinalado que só avalia determinadas categorias de eventos. Cite quais:

Eventos com dano, óbitos e que denigrem a imagem da instituição.

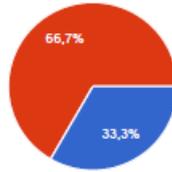
12.2.1. Caso tenha assinalado que se baseia em registro. Cite quais:

Os eventos que são inseridos e informados mediante a notificação que são direcionadas ao setor do NQSP

12.3. Você marca SIM em que situação?

08/01/2017

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS AUDITORES EXTERNOS E INTERNOS - Formulários Google



Realizo de todos os eventos com ação de melhoria, envolvimento das áreas e feedback	2	33.3%
Realizo da maioria de eventos com ação de melhoria, envolvimento das áreas e feedback	4	66.7%
Coloco sim de acordo com o registro.	0	0%

12.3.1. Caso tenha assinalado que coloca sim de acordo com o registro. Cite quais:

12.4. Por qual motivo você marca NA?

Nenhum

Não marco NA

Não Utilizo.

Quando não se é direcionado ao setor avaliado

Na área administrativa.

Número de respostas diárias



APÊNDICE C - Questionário eletrônico – 2ª fase – 1ª rodada de perguntas especialistas

08/01/2017 QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS - INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS - INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

Prezado (a) participante,

Dado seu reconhecido saber técnico e sua vasta experiência, você está sendo convidado para compor um painel de especialistas que irá avaliar a adequação da ferramenta de monitoramento de higienização das mãos em hospitais, desenvolvido como uma pesquisa.

O título da pesquisa é "Avaliação da adequação do sistema de monitoramento de higienização das mãos de um hospital de alta complexidade do estado do Rio de Janeiro", parte da dissertação de mestrado da discente Leticia Janotti, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação do Professor Dr. Walter Vieira Mendes Júnior.

O painel de especialistas será composto por infectologistas, um pesquisador com experiência em avaliação de qualidade em segurança do paciente e profissionais com experiência em avaliação/auditoria em serviços de saúde.

Esta pesquisa é composta de duas etapas: na primeira um foi respondido um questionário pelos avaliadores do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) de uma rede de hospitais, complementados com dados da auditoria realizada no ano de 2015. Nesta etapa observamos falta de uniformidade e abrangência nestas avaliações, devido principalmente a falta de uma orientação precisa para os auditores.

A segunda etapa da pesquisa se inicia com sua participação, respondendo um questionário, utilizando uma escala de Likert. A devolução da resposta será entendida como aceite da sua participação. O objetivo da pesquisa é adequar o instrumento de avaliação do protocolo de higienização das mãos, de forma abrangente e uniforme.

Você terá quinze dias para analisar e responder o questionário enviado por meio eletrônico. Após esta etapa de rodadas será encaminhado um novo formulário eletrônico para respostas e validação do instrumento proposto.

Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Em caso de não consentimento de sua participação ou desistência, você não será penalizado, no entanto, você é muito importante para a execução da pesquisa. Esta pesquisa não trará gastos, nem remuneração para você. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP. A confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas serão garantidas. Para minimizar o risco de identificação, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. Todavia, caso você queira ter seu nome divulgado na publicação dos resultados, deverá expressar sua vontade assinalando e rubricando o campo destinado a isso ao final desse termo.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Os benefícios relacionado a sua colaboração nesta pesquisa são a oportunidade de conhecer mais sobre o assunto por meio da troca de informações com os demais especialistas e o de contribuir com o desenvolvimento de uma metodologia de avaliação da implantação do componente de higiene das mãos nas instituições de saúde de forma padronizada e adequada para utilização em qualquer unidade de saúde. Os resultados serão divulgados na dissertação/tese e em artigos científicos.

O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade".

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Mangueiras, Rio de Janeiro, RJ, CEP 21041-210.

Tel. e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Contato com a pesquisadora responsável:

Leticia Janotti – Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro RJ.

E-mail: lejanotti@gmail.com

Telefone: (XX) 21- 964505116

08/01/2017 QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS - INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

Rio de Janeiro, 12 de setembro de 2016.

Leticia Janotti
Pesquisadora Principal

***Obrigatório**

1. **Data da resposta:** *

Exemplo: 15 de dezembro de 2012

Dados do especialista

2. **Nome** *

Dados do especialista

3. **Você pertence a qual categoria?** *

Marcar apenas uma oval.

- médico com título de especialista em infectologia e mais de dois anos de experiência profissional em controle de infecção
- enfermeiro com título de especialista em controle de infecção e mais de dois anos de experiência profissional na área
- pesquisador com experiência em avaliação de qualidade em Segurança do Paciente
- profissional com experiência em avaliação/auditoria em serviços de saúde

4. **Gostaria de ter meu nome divulgado na publicação dos resultados dessa pesquisa.** *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

A seguir são apresentados o modelo da atual lista de verificação de monitoramento da higiene das mãos (Figura 1)

Figura 1 - Lista de verificação de monitoramento do componente de Higiene das Mãos

08/01/2017 QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS - INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

ITEM	6. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	REQUISITOS			OBSERVAÇÕES	
		SIM	NÃO	NA		
6.1	Protocolo de Higiene das Mãos descrito é conhecido e aplicado por todos os profissionais?					
6.2	As condições estruturais para a higiene das mãos estão adequadas (plac, saboneteiras, álcool gel e pia para toalha) e em local acessível?					
6.3	As placas estão identificadas para a higienização das mãos?					
6.4	A SCIH possui sistemática de monitoramento da higienização?					
6.5	Há evidências das campanhas de higienização das mãos?					
6.6	Os treinamentos de Higienização das Mãos estão envolvidos, possui meta e monitoramento da população da unidade?					
6.7	São analisados e os indicadores de Infecção Hospitalar relacionados a higienização das mãos?					
6.8	Os indicadores mencionados no Protocolo são utilizados periodicamente?					
6.9	Há evidência de análise dos indicadores implantados, com ações de melhoria?					
6.10	Os eventos são notificados, a equipe conhece e participa desta sistemática?					
6.11	Existe sistemática para análises de eventos com ações de melhoria, emolimento das áreas e feedbacks?					
SUB-TOTAL DE ITENS		SIM	NÃO	NA	TOTAL DE ITENS	% SIM
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS		0	0	0	0	0%

Avalie o novo modelo de lista de verificação proposto:

Julgar se o elemento é adequado através da escala:

1. Concordo plenamente
2. Concordo parcialmente
3. Não concordo nem discordo
4. Discordo parcialmente
5. Discordo totalmente

Item 1 da lista de verificação

ITEM DE VERIFICAÇÃO	RACIONALIDADE
1. Protocolo de Higiene das Mãos é conhecido e aplicado por todos os profissionais?	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). Os auditores devem avaliar de maneira uniforme e abrangente em todo hospital.
Fonte: 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/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/higienizacao-das-maos/2	

5. 1.1. Os setores a serem avaliados pelos auditores devem ser apenas os setores assistenciais de maior relevância – CTI, enfermarias e ambulatórios, na qual a equipe multidisciplinar detém o maior contato com os pacientes. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

6. 1.2. Apenas os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas devem ser avaliados, porque que lidam diretamente com os pacientes. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

7. 1.3. Deve-se marcar SIM caso TODOS os profissionais avaliados conhecerem o Protocolo de Higiene das Mãos aplicado na instituição. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

8. 1.4. A avaliação deve ser realizada EXCLUSIVAMENTE através de verificação direta quanto às técnicas de adesão. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

9. 1.5. As auditorias devem ser realizadas em dias de semana e finais de semana, obrigatoriamente. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

10. 1.6. As observações devem ser realizadas nos turnos diurno e noturno, obrigatoriamente. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

11. 1.7. A avaliação da aplicação do protocolo deve ser realizada através da verificação de registro junto ao SCIH. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

12. 1.8. As evidências dos treinamentos de higienização das mãos devem ser avaliadas nos registros do SCIH. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

13. Observações / Comentários *

Item 2 da lista de verificação

ITEM DE VERIFICAÇÃO	RACIONALIDADE
2. Condições estruturais de higienização das mãos estão adequadas (pias, saboneteira, álcool em gel e papel toalha)?	As condições estruturais do hospital devem obedecer a legislação em vigor e as recomendações do SCIH
Fontes: 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 de 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.	

14. 2.1. Deve-se marcar SIM quando TODAS as condições estruturais para higiene das mãos do setor avaliado estão adequadas. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

15. 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. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

16. 2.3. A observação direta da verificação do provimento de insumos de álcool em gel deve ser realizada no CTI, enfermarias e ambulatórios *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

17. 2.4. Deve-se avaliar TODAS as pias do CTI, enfermarias e ambulatórios *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

18. **2.5. Deve-se marcar SIM quando TODAS as pias estiverem identificadas, através de observação direta. ***

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

19. **Observações / Comentários ***

Item 3 da lista de verificação

ITEM DE VERIFICAÇÃO	RACIONALIDADE
3. O SCIH possui sistemática de monitoramento de Higienização das Mãos?	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 da estrutura organizacional do SCIH. Publicações, normas e diretrizes da ANVISA e OMS fomentam as práticas aplicadas pelo SCIH quanto à higienização das mãos.
Fontes: 1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009.	
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2616, de 12 de 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.	

20. **3.1. Deve-se avaliar os registros do SCIH podendo complementar com entrevista seus membros. ***

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

21. **3.2. Deve-se avaliar a aplicação desta sistemática através dos registros do inquérito do SCIH. ***

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

22. **3.3. As evidências das campanhas de higienização das mãos devem ser avaliadas nos registros das campanhas realizadas pelo SCIH. ***

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

23. Observações / Comentários *

Item 4 da lista de verificação

ITEM DE VERIFICAÇÃO	RACIONALIDADE
4. São analisados os indicadores de infecção hospitalar relacionados à higiene das mãos?	<p>O hospital realiza monitoramento de higienização das mãos e risco de infecção associadas a cuidados de saúde para reduzir estas infecções e aumentar a adesão. Os indicadores de desempenho devem ser utilizados pelo SCIH para a mensuração da melhoria da adesão às práticas de higiene das mãos.</p> <p>1. Indicadores obrigatórios:</p> <p>1.1. Consumo de preparação alcoólica para as mãos: monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.</p> <p>1.2. Consumo de sabonete monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.</p> <p>2. Indicador recomendável:</p> <p>Percentual (%) de adesão: número de ações de higiene das mãos realizados pelos profissionais de saúde/número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos, multiplicado por 100.</p>
<p>Fonte: 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; http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=12905</p>	

24. 4.1 Os indicadores obrigatórios de higienização das mãos devem ser avaliados através de registro pelo SCIH. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

25. 4.2. A realização e a periodicidade da mensuração dos indicadores devem avaliadas nas informações do FORMSUS alimentados pelo SCIH, conforme exigência legal. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

26. 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. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

27. Observações / Comentários *

Item 5 da lista de verificação

ITEM DE VERIFICAÇÃO	RACIONALIDADE
5. Os eventos são notificados e os profissionais de saúde do hospital conhecem e participam desta sistemática?	O hospital deve implementar uma política para reduzir os riscos de incidentes, incluindo a notificação de eventos. O objetivo principal da notificação de incidentes é evitar a transmissão cruzada e reduzir infecções hospitalares.
Fonte: 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.	

28. 5.1. A notificação de eventos adversos será verificada no registro de notificação do NQSP. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

29. 5.2. A análise de eventos adversos referentes à higienização das mãos será verificada no registro de notificação do NQSP. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

30. Observações / Comentários *

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:

08/01/2017 QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS - INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

31. **6.1. A lista de verificação proposta é uma boa ferramenta de avaliação da implantação do protocolo de higienização das mãos. ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

32. **6.2. A lista de verificação proposta é abrangente. ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

33. **6.3. A lista de verificação proposta apresenta linguagem clara. ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

34. **Observações / Comentários ***

Powered by
 Google Forms

APÊNDICE D - Questionário eletrônico – 2ª fase – 1ª rodada de respostas especialistas

08/01/2017 QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS - INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO - For...

lejanotti@gmail.com ▾

[Editar este formulário](#)

11 respostas

[Visualizar todas as respostas](#)

[Publicar análise](#)

Resumo

Data da resposta:

set de 2016	19	26					
out de 2016	13 (2)	16	20	25	26 (2)	28 (2)	

Dados do especialista

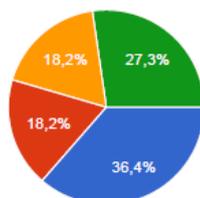
Nome

Victor Grabois
Adelia Quadros Farias Gomes
DEBORA OTERO BRITTO PASSOS PINHEIRO
Renata de Lima Orofino
Denise Vantil Marangoni
Femando Mallet Soares Paragó
Frederico Caixeiro
Erivelto de M. Bastos
Daniella Araujo de Oliveira

Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues

Dados do especialista

Você pertence a qual categoria?



médico com título de especialista em infectologia e mais de dois anos de experiência profissional em controle de infecção	4	36.4%
enfermeiro com título de especialista em controle de infecção e mais de dois anos de experiência profissional na área	2	18.2%
pesquisador com experiência em avaliação de qualidade em Segurança do Paciente	2	18.2%
profissional com experiência em avaliação/auditoria em serviços de saúde	3	27.3%

Gostaria de ter meu nome divulgado na publicação dos resultados dessa pesquisa.

Sim	11	100%
Não	0	0%

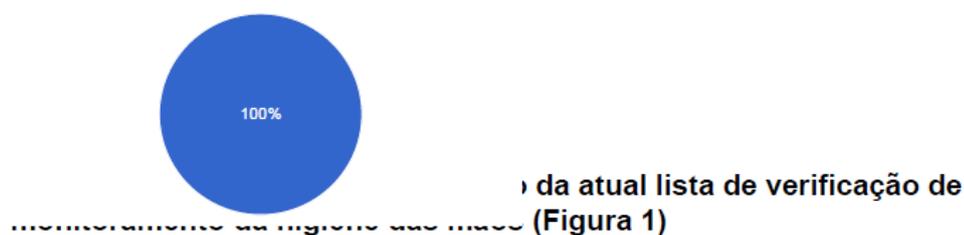


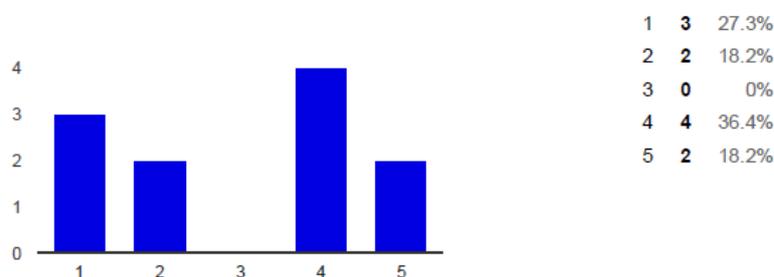
Figura 1 - Lista de verificação de monitoramento do componente de Higiene das Mãos

Avalie o novo modelo de lista de verificação proposto:

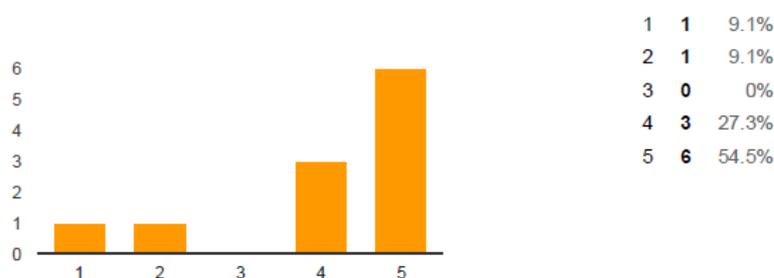
Item 1 da lista de verificação

[Imagem]

1.1. Os setores a serem avaliados pelos auditores devem ser apenas os setores assistenciais de maior relevância – CTI, enfermarias e ambulatorios, na qual a equipe multidisciplinar detém o maior contato com os pacientes.



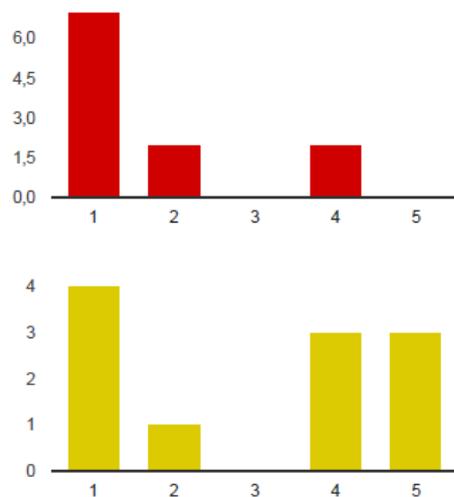
1.2. Apenas os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas devem ser avaliados, porque que lidam diretamente com os pacientes.



1.3. Deve-se marcar SIM caso TODOS os profissionais avaliados conheçam o Protocolo de Higiene das Mãos aplicado na instituição.

1	7	63.6%
2	2	18.2%
3	0	0%
4	2	18.2%

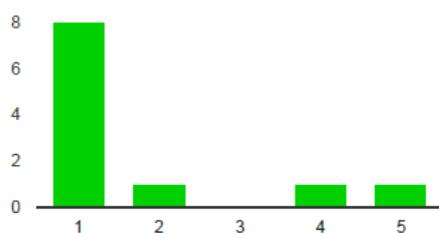
5 0 0%



através de verificação direta quanto às técnicas

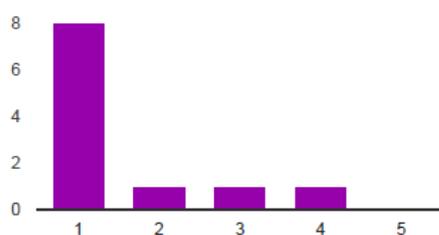
1	4	36.4%
2	1	9.1%
3	0	0%
4	3	27.3%
5	3	27.3%

1.5. As auditorias devem ser realizadas em dias de semana e finais de semana, obrigatoriamente.



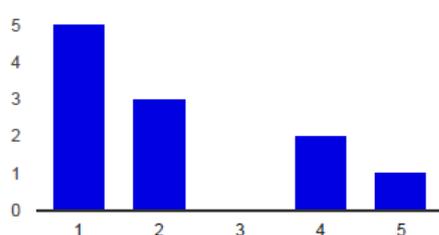
1	8	72.7%
2	1	9.1%
3	0	0%
4	1	9.1%
5	1	9.1%

1.6. As observações devem ser realizadas nos turnos diurno e noturno, obrigatoriamente.



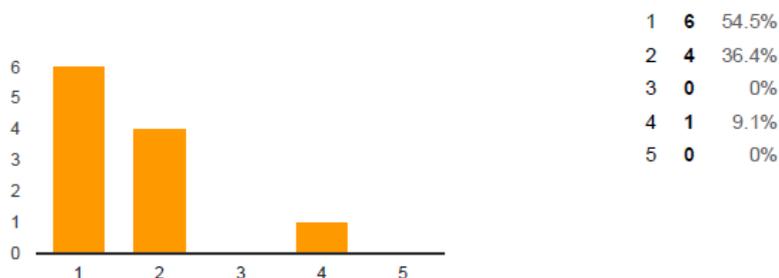
1	8	72.7%
2	1	9.1%
3	1	9.1%
4	1	9.1%
5	0	0%

1.7. A avaliação da aplicação do protocolo deve ser realizada através da verificação de registro junto ao SCIH.



1	5	45.5%
2	3	27.3%
3	0	0%
4	2	18.2%
5	1	9.1%

1.8. As evidências dos treinamentos de higienização das mãos devem ser avaliadas nos registros do SCIH.



Observações / Comentários

Incluiria o Centro Cirúrgico nos setores auditado

1.3 SIM acima de 90% ou mais de conformidade 1.5 e 1.6 Não "obrigatoriamente", pois pode ser "representativo".

1.7 A aplicação do protocolo não precisa ser avaliada somente pelo SCIH. Este deve validar as avaliações realizadas pelos outros profissionais.

Os treinamentos podem ser feitos em conjunto com equipe de educação continuada, e os registros desses treinamentos podem ser obtidos portanto com este grupo e/ou com grupo de centro de estudos, se este for bem estabelecido e responsável por controlar os treinamentos dentro do hospital. Não são apenas técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e fisioterapeutas que entram em contato com pacientes: psicólogos, serviço social, nutricionistas e membros da equipe de nutrição, etc, também entram em contato com o paciente e o ambiente ao seu redor.

Todos os profissionais do ambiente hospitalar devem ser avaliados, inclusive os que não lidam diretamente com o paciente

Acho que outros profissionais que participam diretamente da assistência, como da nutrição e da limpeza também devem ser treinados e avaliados. Entendi que avaliação direta da adesão possa incluir também monitoramento por câmeras, por exemplo.

1. Acredito que embora o foco principal sejam as áreas assistenciais, a análise do perfil e do fluxo de trabalho na instituição pode indicar uma avaliação mais abrangente, no que tange a escolha dos setores. 2. Além da avaliação direta da adesão, é necessário buscar entender o grau de entendimento da prática por partes das diversas categorias, pois a cultura sustentável requer mais do que ações automatizadas. Da mesma forma, a busca por evidências dos treinamentos não podem se restringir a registros.

Todos os setores assistenciais devem ser envolvidos. Pacientes e familiares devem conhecer o protocolo e ser avaliados nesse sentido. Outros métodos indiretos de avaliação da higiene das mãos podem eventualmente complementar a avaliação, embora não forma sistemática. Os registros da SCIH podem ser uma boa evidência de treinamentos, mas a entrevistas de profissionais para saber se passaram pelo treinamento complementar a informação e poderia informar melhor sobre a efetividade do mesmo.

Toda equipe multidisciplinar deve ter conhecimento do Protocolo de Higiene das Mãos aplicado na instituição.

Os profissionais dos setores assistencial e administrativo em geral deve conhecer o protocolo de Higiene das mãos.

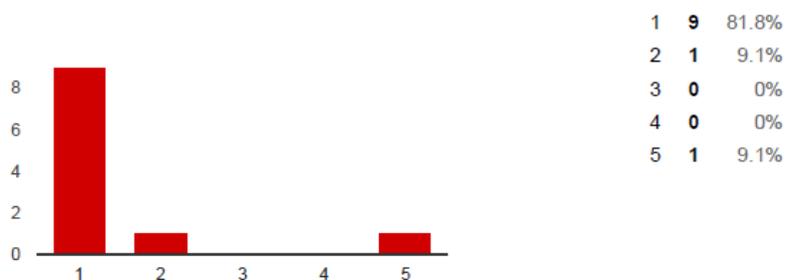
Concordo plenamente com a necessidade da CCIH monitorar e treinar as equipes quanto à necessidade de higienização das mãos.

Trata-se de um tema de grande relevância e que perpetua em sua atualidade, apesar do mesmo já vir sendo discutido há alguma décadas. Com relação a questão 1.1, acredito que não apenas ambulatórios, Centros de Terapia Intensiva e enfermarias deveriam ser avaliados por auditores quanto a lavagem das mãos. O hospital é um ambiente complexo e pela sua complexidade, oferta serviços que vão além dos setores de internação e do atendimento direto a pacientes. Temos os serviços de apoio diagnóstico, os Centros Cirúrgicos e outros setores que participam do restabelecimento ou manutenção da saúde do indivíduo. Já com relação a equipe de saúde, não se deve limitar os profissionais que serão avaliados. Hoje, as equipes de saúde são constituídas por diversos profissionais que prestam assistência direta e indireta ao paciente. Todos os profissionais, de todas as categorias, deveriam ser avaliados com relação a higienização correta das mãos.

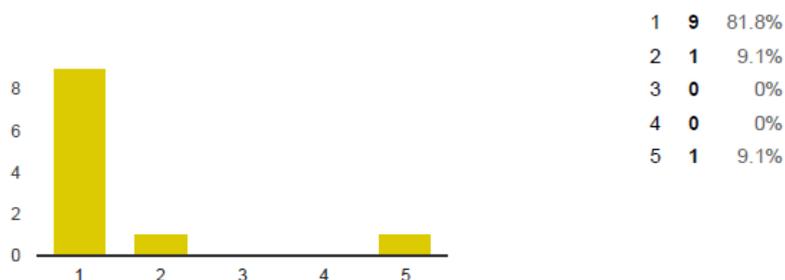
Item 2 da lista de verificação

[Imagem]

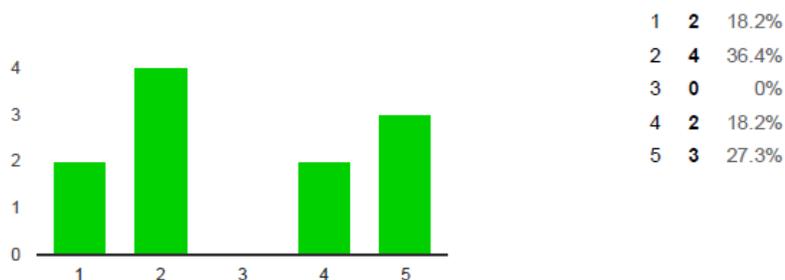
2.1. Deve-se marcar SIM quando TODAS as condições estruturais para higiene das mãos do setor avaliado estão adequadas.



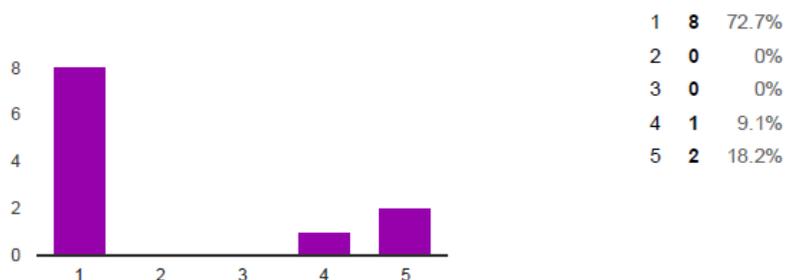
2.2. A avaliação do provimento adequado para a execução da higienização das mãos (pias, saboneteiras, álcool gel e papel toalha) deve ser realizada através de observação direta.



2.3. A observação direta da verificação do provimento de insumos de álcool em gel deve ser realizada no CTI, enfermarias e ambulatórios

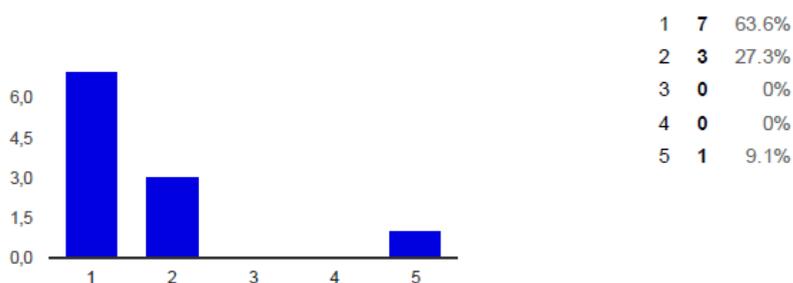


2.4. Deve-se avaliar TODAS as pias do CTI, enfermarias e ambulatórios



2.5. Deve-se marcar SIM quando TODAS as pias estiverem identificadas, através de observação direta.

08/01/2017 QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS - INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO - For...



Observações / Comentários

Da mesma forma que no item 1, incluiria o Centro Cirúrgico

2.1 e 2.5 SIM para 90% ou mais de conformidade

Nada a acrescentar

Devem ser observado os provimentos de todo hospital, inclusive nas áreas administrativas

A verificação do provimento para análise deve ser nos setores especificados acima, mas a verificação diária deve ser no hospital inteiro pelo Serviço de Hotelaria.

Sem comentários

Os dispensadores de álcool gel não devem ser restritos a CTI, enfermarias e ambulatórios.

A observação direta deve ser realizada em todas as pias da unidade, afim de identificar possíveis inconformidades e pontos estratégicos para o dispense de álcool gel.

Para realização de auditorias e acreditação o hospital deve fornecer as condições para higienização das mãos.

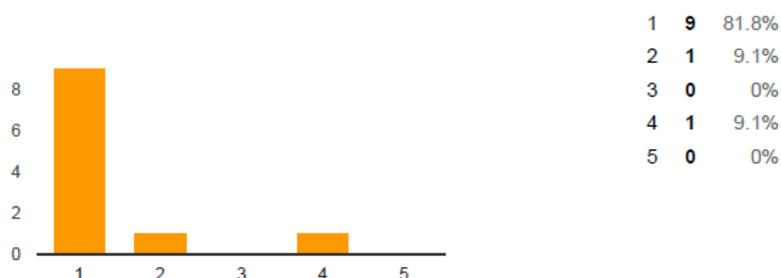
É possível extrair uma amostra significativa para a avaliação. Os insumos e consumos devem também ser avaliados no serviço de higienização e limpeza e/ou hotelaria

Não acho que apenas os setores de CTI, enfermarias e ambulatórios deveriam ser avaliados quanto ao provimento de insumos para higienização das mãos. Outros setores, em minha concepção, também merecem esta atenção, visto que participam em momentos isolados da assistência à saúde do paciente.

Item 3 da lista de verificação

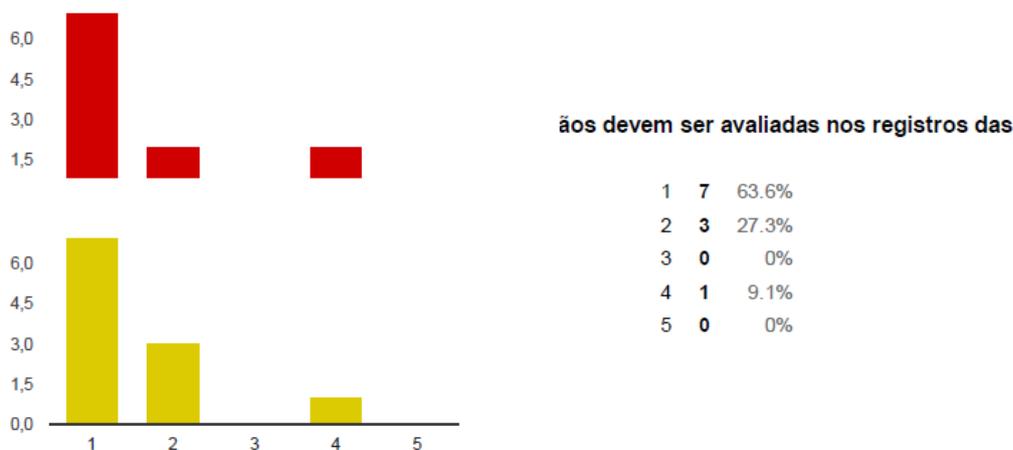
[Imagem]

3.1. Deve-se avaliar os registros do SCIH podendo complementar com entrevista seus membros.



3.2. Deve-se avaliar a aplicação desta sistemática através dos registros do inquérito do SCIH.

1	7	63.6%
2	2	18.2%
3	0	0%
4	2	18.2%
5	0	0%



Observações / Comentários

Achei todas as proposições adequadas

3.2 Não somente - pode ser confirmada através de entrevista com os profissionais da assistência avaliados pelo SCIH, para verificar a percepção da atuação do SCIH. 3.3 Além do SCIH, o NQSP e outras áreas da unidade podem realizar ou participar das Campanhas de Higienização das Mãos.

Novamente, se houver colaboração de serviços como educação continuada e centro de estudos, eles podem ter registros de treinamentos e campanhas.

A CCIH deve não só registrar, mas também divulgar o resultado da análise para equipe multidisciplinar do hospital. Acredito que a divulgação dos resultados melhora a adesão.

Não tenho observações neste item.

Além da avaliação no âmbito dos Serviços de Controle de Infecção, as evidências devem ser confirmadas com as equipes que tem contato com paciente.

A avaliação das campanhas pode incluir depoimentos de participantes entrevistados pelos avaliadores.

Os registros (auditorias) realizado pelo SCIH é uma ferramenta que pode servir para mapear o hospital e identificar setores que estão com baixa adesão a higienização das mãos.

A CCIH possui sistemática para realizar o monitoramento da higiene das mãos.

A boa adesão aos preceitos da higienização das mãos só é alcançada a partir do treinamento sistemático.

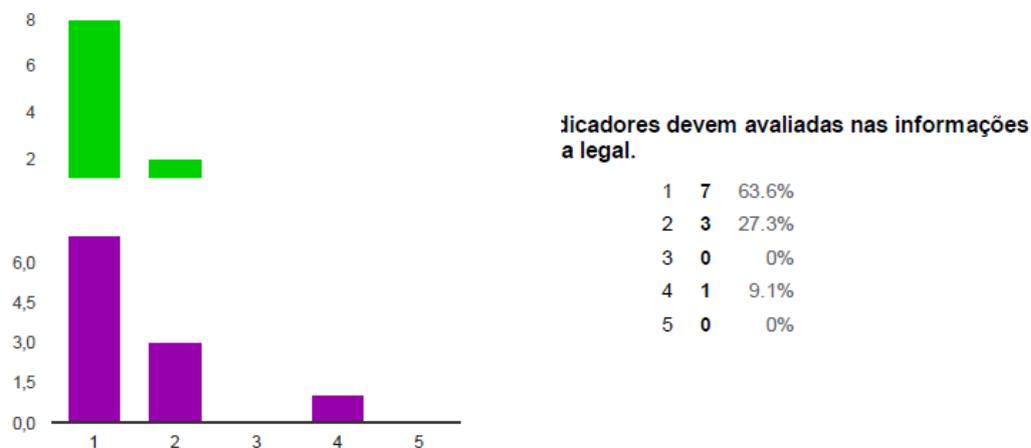
Em minha concepção, os registros dos inquéritos do SCIH são fundamentais para o controle da execução da sistemática de monitoramento de higienização das mãos, porém não apropriados quando se pensa em avaliação desta sistemática. A avaliação vai muito além de registros e acredito até que possa ser mensurado por técnicas e métodos apropriados.

Item 4 da lista de verificação

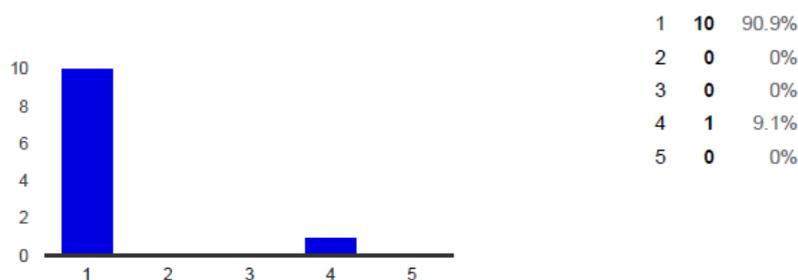
[Imagem]

4.1 Os indicadores obrigatórios de higienização das mãos devem ser avaliados através de registro pelo SCIH.

1	8	72.7%
2	2	18.2%
3	0	0%
4	1	9.1%
5	0	0%



4.3 Devem ser cheçadas 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.



Observações / Comentários

Considerarei todas as proposições adequadas

4.1 No SCIH e no NQSP 4.2 Devem ser avaliados pelos dados do SCIH e do NQSP

Muitos desses indicadores dependem de informação da equipe de limpeza - são eles que fornecem a quantidade de insumos consumida por mês no hospital, então também é responsabilidade deles tal informação para que seja possível a confecção de tal indicador. Não dá pra colocar tudo na conta da CCIH.

Não acho que o consumo mensal de sabão e álcool gel seja um indicador fidedigno, pode haver muito viés nesse indicador. Além disso depende do repasse de informação do almoxarifado ou limpeza (setores que fazem a reposição do insumo).

Sem observações ou comentários.

Sem comentários

Sem comentários.

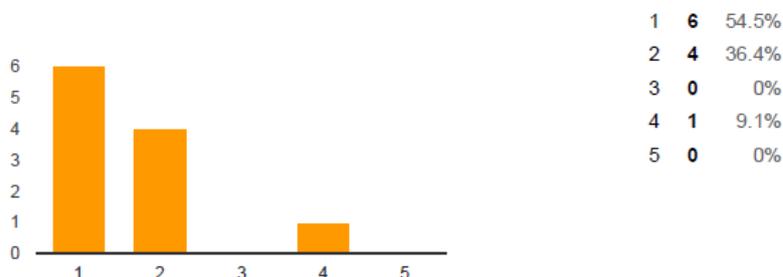
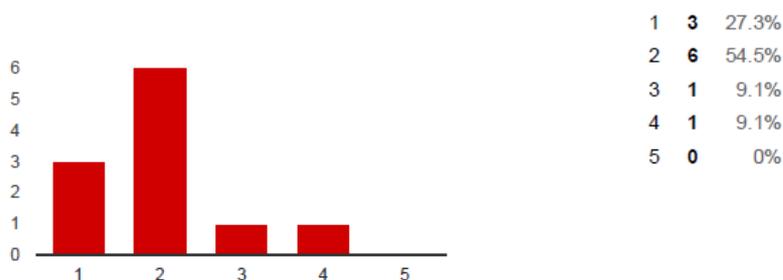
Todas as ações do SCIH relacionado a higienização das mãos e o preenchimento do FORMSUS devem ser arquivados

O hospital deve analisar a adesão de higienização das mãos com as taxas de infecção hospitalar.

Há outros indicadores, no entanto, estes são os essenciais.

Os sistemas de informações, quando alimentados regularmente e adequadamente, são recursos fundamentais que subsidiam a mensuração de indicadores de saúde.

Item 5 da lista de verificação

[Imagem]**5.1. A notificação de eventos adversos será verificada no registro de notificação do NQSP.****5.2. A análise de eventos adversos referentes à higienização das mãos será verificada no registro de notificação do NQSP.****Observações / Comentários**

O que está se considerando como eventos adversos referentes à higienização das mãos? as infecções associadas ao cuidado?

A notificação de eventos adversos pode ser apurada pelo SCIH, Gerência de Risco, NQSP

Acho importantíssimo a questão de qualidade e segurança do paciente, mas creio que onde terminam as ações do NQSP e onde começa a ação da CCIH - e vice versa - ainda deve ser determinada para que não haja retrabalho e para que pessoas capacitadas que trabalham com isso há anos (controladores de infecção) tenham sua voz e expertise valorizados quando falamos de higienização de mãos e não sejam atropelados por pessoas que já tem tantas outras metas a cumprir.

A notificação dos eventos adversos e devolutiva para o profissional após análise dá credibilidade ao sistema e contribui para melhora de processos e adesão dos profissionais.

Deve constar a palavra adversos após eventos no item de verificação.

Acredito que a prática de gestão de risco deve permear toda a instituição, embora os registros possam ser guardados nos NQSP, é necessário buscar a evidencia de que as equipes reconhecem sua importância, significado e sistemática.

A análise deve ser complementada por depoimentos dos envolvidos, independente dos registros do NQSP.

NQSP deve encaminhar para SCIH todo evento adverso relacionado a higienização das mãos

O Hospital deve realizar as notificações de eventos adversos relacionados a prevenção de IRAS.

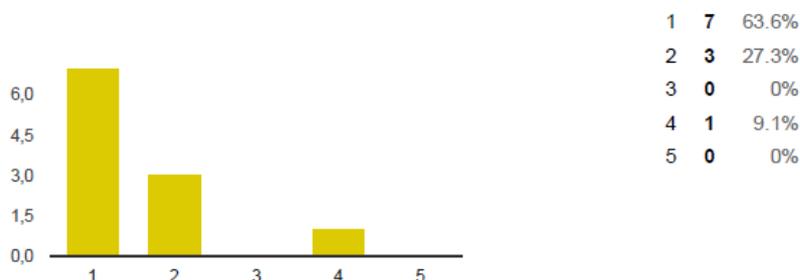
Há necessidade do maior uso da ferramenta de notificação do NQSP, no entanto, muitas vezes é difícil avaliar os eventos adversos referentes à higienização das mãos uma vez que a infecção/colonização é multifatorial.

O registro de notificações do NQSP é fundamental para proceder a análise de eventos adversos, mas não a única ferramenta. Para que a análise seja realizada é necessário a seleção de pessoas que comporão uma equipe de investigação, organização e coleta de dados, condução de entrevistas e outros.

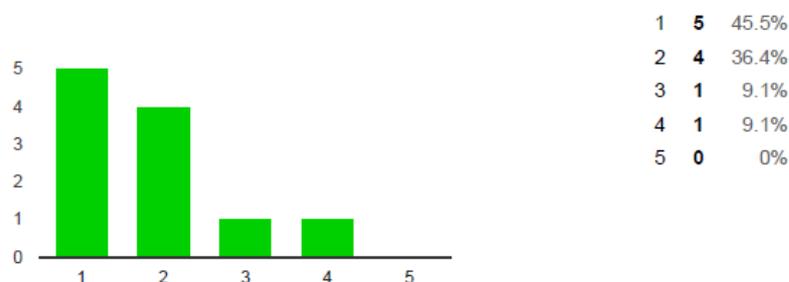
6. Após avaliar cada item de verificação gostaríamos de sua opinião sobre a uniformidade, abrangência, clareza e conformidade da lista de verificação

do protocolo de higienização das mãos:

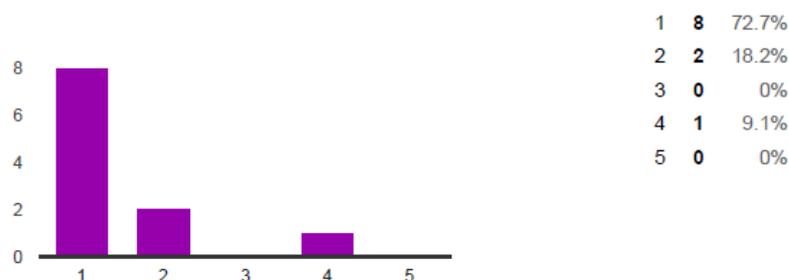
6.1. A lista de verificação proposta é uma boa ferramenta de avaliação da implantação do protocolo de higienização das mãos.



6.2. A lista de verificação proposta é abrangente.



6.3. A lista de verificação proposta apresenta linguagem clara.



Observações / Comentários

Senti falta de alguns elementos, que caracterizassem como foi implementado o protocolo e a sustentabilidade do processo (lembretes, feedback, ferramentas de melhoria, etc.)

Lista de verificação proposta atende às necessidades de avaliação do tema, considerando as observações registradas nos itens anteriores.

Nada a acrescentar

Acho que todos os setores do ambiente hospitalar devem ser avaliados e não apenas os que possuem maior contato com a assistência.

Apenas no item 5 de verificação, acho que deveria ser incluída a palavra adversos, e não apenas eventos, para ficar claro.

Entendo que a lista é adequada e abrangente, apresentando alinhamento com as diretrizes da OMS e da ANVISA, entretanto, acredito que o desdobramento da discussão dos pontos avaliados neste formulário com os profissionais que realizarão a auditoria é parte fundamental para garantia da uniformidade e acurácia da ferramenta.

O protocolo deveria ser conhecido em alguma medida por todos os profissionais, pacientes, familiares e visitantes. Pacientes e familiares poderiam contribuir para a verificação da aplicação do protocolo. Alguns itens poderiam ser redigidos de maneira mais clara como, por exemplo, os itens 6.6 e 6.7.

08/01/2017 QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS - INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO - For...

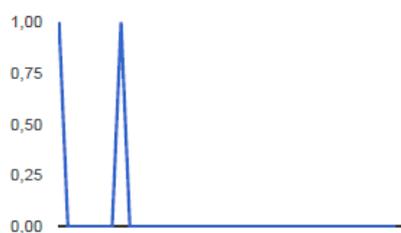
A lista é clara e fácil de realizar, poderia ter uma abrangência maior.

O protocolo foi claro

Não percebi nenhuma dificuldade de compreensão da ferramenta.

A lista de verificação de monitoramento do componente de higienização das mãos mostra-se abrangente por contemplar dentre os itens de verificação aspectos fundamentais para correta higienização das mãos no que se refere a infraestrutura; organização dos serviço (identificação das pias, por exemplo), ações de monitoramento, controle e avaliação com proposta de melhorias; ações de educação permanente; disponibilização de evidências para respaldo de ações de melhoria; e o incentivo a participação da equipe nas análises dos eventos adversos.

Número de respostas diárias



APÊNDICE E - Questionário eletrônico – 2ª fase – 2ª rodada de perguntas especialistas

08/01/2017

2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS

2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS

ORIENTAÇÃO AOS ESPECIALISTAS

Prezado especialista, muito obrigada pela resposta ao questionário sobre instrumento de avaliação do componente de higiene das mãos do programa de segurança do paciente. Sua contribuição está sendo fundamental para a construção desse trabalho.

Esta é a segunda rodada da pesquisa. As respostas emitidas na primeira rodada estão apresentadas em gráficos e as observações feitas pelos especialistas estão descritas.

A análise interpretativa das respostas se deu da seguinte forma:

- a) Foi calculada a tendência central (moda - elemento mais constante), e o percentual de concordância da escala de Likert, considerando a soma das respostas 1 (concordo plenamente) e 2 (concordo parcialmente) em concordância, e a soma das respostas 3 (discordo parcialmente) e 4 (discordo totalmente) em discordância.
- c) Os itens com percentual de concordância maior que 75% foram considerados como válidos e não foram modificados;
- d) Os itens com percentual de concordância menor que 75% foram reformulados, com base nas sugestões dos especialistas, citados ao final do grupo do item de verificação correspondente.
- e) Você observará o item 1 de verificação da primeira rodada e, na sequência o item 1 modificado desta segunda rodada. Em seguida os respectivos subitens com as respostas dos especialistas, e os subitens modificados, para novo julgamento e observações. Ao final dos subitens, estão as respostas dos especialistas, base das modificações. O mesmo procedimento ocorrerá para o item 2 de verificação.
- f) A seção 2 contempla os itens já validados com as respectivas respostas. Sua observação é facultativa, após as respostas ao questionário eletrônico.

Para julgar os itens reformulados e o novo instrumento você deverá escolher um número entre 1 e 5 de acordo com a seguinte escala:

1. Concordo plenamente;
2. Concordo parcialmente;
3. Não concordo nem discordo;
4. Discordo parcialmente;
5. Discordo totalmente

Haverá um espaço para que você possa colocar as observações que considere pertinente. Caso responda 4 ou 5 pede-se que coloque o motivo da discordância e proposta de modificação. O prazo para resposta desta segunda rodada será de 15 dias.

Desde já agradeço a colaboração!

***Obrigatório**

1. **Data da resposta: ***

Exemplo: 15 de dezembro de 2012

Dados do especialista

2. **Nome ***

Dados do especialista

08/01/2017

2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS

3. **Você pertence a qual categoria? ****Marcar apenas uma oval.*

- médico com título de especialista em infectologia e mais de dois anos de experiência profissional em controle de infecção
- enfermeiro com título de especialista em controle de infecção e mais de dois anos de experiência profissional na área
- pesquisador com experiência em avaliação de qualidade em Segurança do Paciente
- profissional com experiência em avaliação/auditoria em serviços de saúde

4. **Gostaria de ter meu nome divulgado na publicação dos resultados dessa pesquisa. ****Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

A seguir são apresentados os itens reformulados baseados nas respostas dos especialistas

Avalie os itens reformulados, com base nas respostas dos especialistas:

Julgar se o elemento é adequado através da escala:

1. Concordo plenamente
2. Concordo parcialmente
3. Não concordo nem discordo
4. Discordo parcialmente
5. Discordo totalmente

Item 1 da lista de verificação

Item 1 - 1a rodada

ITEM DE VERIFICAÇÃO	RACIONALIDADE
1. Protocolo de Higiene das Mãos é conhecido e aplicado por todos os profissionais?	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). Os auditores devem avaliar de maneira uniforme e abrangente em todo hospital.
Fonte: 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/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/higienizacao-das-maos/2	

Item 1 - 2a rodada

ITEM DE VERIFICAÇÃO	RACIONALIDADE
1. Protocolo de Higiene das Mãos é conhecido e aplicado por todos os profissionais?	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), no setor de educação permanente e por lideranças locais . Os auditores devem avaliar de maneira uniforme e abrangente em todo hospital.
Fonte: 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/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/higienizacao-das-maos/2	

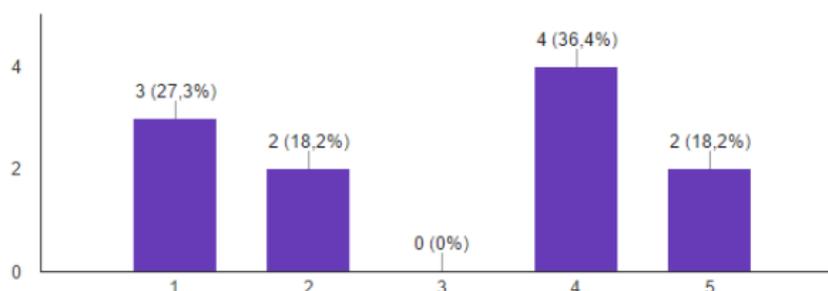
Respostas dos especialistas - item 1.1 - 1a rodada

08/01/2017

2ª RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS

1.1. Os setores a serem avaliados pelos auditores devem ser apenas os setores assistenciais de maior relevância – CTI, enfermarias e ambulatórios, na qual a equipe multidisciplinar detém o maior contato com os pacientes.

(11 respostas)



Julgue o item 1.1 reformulado

5. 1.1. Os setores a serem avaliados pelos auditores devem ser todos os setores assistenciais – CTI, Centro Cirúrgico, enfermarias e ambulatórios, incluindo os setores administrativos. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

6. Observações /Comentários /Justificativa *

Respostas dos especialistas - item 1.2 - 1ª rodada

1.2. Apenas os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas devem ser avaliados, porque que lidam diretamente com os pacientes.

(11 respostas)



08/01/2017

2ª RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS

Julgue o item 1.2 reformulado

7. 1.2. Todos os profissionais da equipe multidisciplinar - médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, dentistas, psicólogos, assistente social, higiene e limpeza, hotelaria - devem ser avaliados. *

Marcar apenas uma oval.

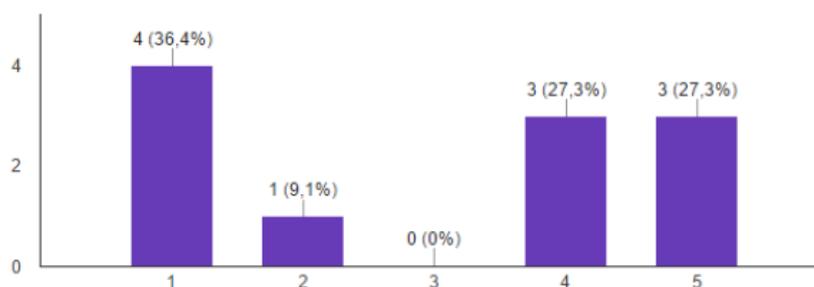
1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

8. Observações /Comentários /Justificativa *

Respostas dos especialistas - item 1.4 - 1ª rodada

- 1.4. A avaliação deve ser realizada EXCLUSIVAMENTE através de verificação direta quanto às técnicas de adesão.

(11 respostas)



Julgue o item 1.4 reformulado

9. 1.4. A avaliação do conhecimento do protocolo deve ser realizada através de verificação direta quanto à aplicação das técnicas de higienização e através de entrevistas. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

08/01/2017

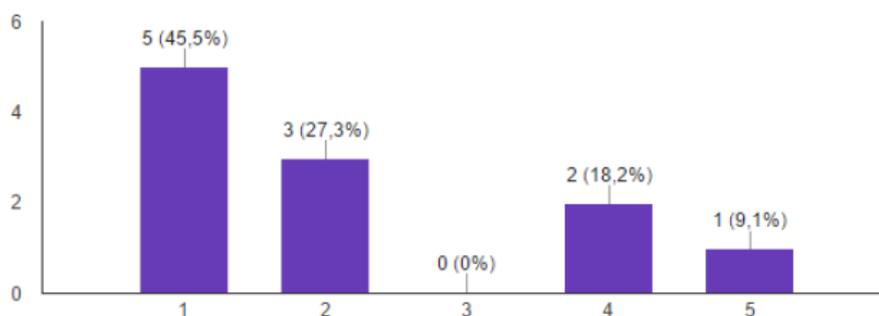
2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS

10. Observações /Comentários /Justificativa *

Respostas dos especialistas - item 1.7 - 1a rodada

1.7. A avaliação da aplicação do protocolo deve ser realizada através da verificação de registro junto ao SCIH.

(11 respostas)

**Julgue o item 1.7 reformulado**

11. 1.7. A avaliação da aplicação do protocolo deve ser realizada através da verificação de registro junto ao SCIH, do setor de educação permanente e através de entrevistas dos profissionais. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

12. Observações /Comentários /Justificativa *

Respostas dos especialistas referentes ao item 1 - 1a rodada

“Incluiria o Centro Cirúrgico nos setores auditado”

“Os treinamentos podem ser feitos em conjunto com equipe de educação continuada, e os registros desses treinamentos podem ser obtidos portanto com este grupo e/ou com grupo de centro de estudos, se este for bem estabelecido e responsável por controlar os treinamentos dentro do hospital. Não são apenas técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e fisioterapeutas que

08/01/2017

2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS

entram em contato com pacientes: psicólogos, serviço social, nutricionistas e membros da equipe de nutrição, etc, também entram em contato com o paciente e o ambiente ao seu redor.”

“Todos os profissionais do ambiente hospitalar devem ser avaliados, inclusive os que não lidam diretamente com o paciente”

“Todos os setores assistenciais devem ser envolvidos.”

“Outros métodos indiretos de avaliação da higiene das mãos podem eventualmente complementar a avaliação, embora não forma sistemática. Os registros da SCIH podem ser uma boa evidência de treinamentos, mas a entrevistas de profissionais para saber se passaram pelo treinamento complementar a informação e poderia informar melhor sobre a efetividade do mesmo.”

“Toda equipe multidisciplinar deve ter conhecimento do Protocolo de Higiene das Mãos aplicado na instituição.”

“Com relação a questão 1.1, acredito que não apenas ambulatórios, Centros de Terapia Intensiva e enfermarias deveriam ser avaliados por auditores quanto a lavagem das mãos. O hospital é um ambiente complexo e pela sua complexidade, oferta serviços que vão além dos setores de internação e do atendimento direto a pacientes. Temos os serviços de apoio diagnóstico, os Centros Cirúrgicos e outros setores que participam do restabelecimento ou manutenção da saúde do indivíduo. Já com relação a equipe de saúde, não se deve limitar os profissionais que serão avaliados. Hoje, as equipes de saúde são constituídas por diversos profissionais que prestam assistência direta e indireta ao paciente. Todos os profissionais, de todas as categorias, deveriam ser avaliados com relação a higienização correta das mãos.”

Item 2 da lista de verificação

Item 2 - 1a rodada

ITEM DE VERIFICAÇÃO	RACIONALIDADE
2. Condições estruturais de higienização das mãos estão adequadas (pias, saboneteira, álcool em gel e papel toalha)?	As condições estruturais do hospital devem obedecer a legislação em vigor e as recomendações do SCIH
Fontes: 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 de 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.	

Item 2 - 2a rodada

ITEM DE VERIFICAÇÃO	RACIONALIDADE
2. Condições estruturais de higienização das mãos estão adequadas (pias, saboneteira, álcool em gel e papel toalha)?	As condições estruturais do hospital devem obedecer a legislação em vigor e as recomendações do SCIH e outros setores estratégicos do hospital como por exemplo o NQSP e Hotelaria.
Fontes: 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 de 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.	

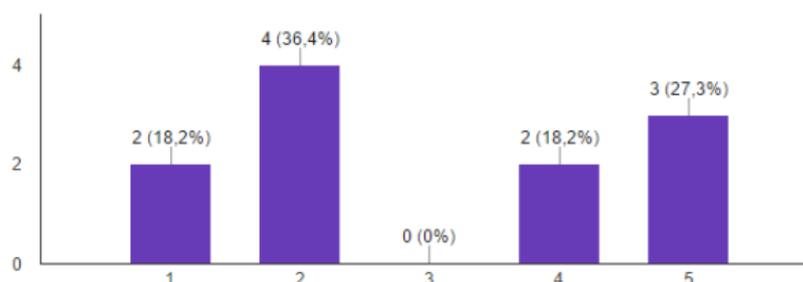
Respostas dos especialistas - item 2.3 - 1a rodada

08/01/2017

2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS

2.3. A observação direta da verificação do provimento de insumos de álcool em gel deve ser realizada no CTI, enfermarias e ambulatórios

(11 respostas)



Julgue o item 2.3 reformulado

13. **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, incluindo os setores administrativos. ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

14. **Observações /Comentários /Justificativa ***

Respostas dos especialistas referentes ao item 2 - 1a rodada

“Da mesma forma que no item 1, incluiria o Centro Cirúrgico”

“Devem ser observados os provimentos de todo hospital, inclusive nas áreas administrativas”

“A verificação do provimento para análise deve ser nos setores especificados acima, mas a verificação diária deve ser no hospital inteiro pelo Serviço de Hotelaria.”

“Os dispensadores de álcool gel não devem ser restritos a CTI, enfermarias e ambulatórios”

“A observação direta deve ser realizada em todas as pias da unidade, afim de identificar possíveis inconformidades e pontos estratégicos para o dispense de álcool gel.”

“É possível extrair uma amostra significativa para a avaliação. Os insumos e consumos devem também ser avaliados no serviço de higienização e limpeza e/ou hotelaria”

“Não acho que apenas os setores de CTI, enfermarias e ambulatórios deveriam ser avaliados quanto ao provimento de insumos para higienização das mãos. Outros setores, em minha concepção, também merecem esta atenção, visto que participam em momentos isolados da assistência à saúde do paciente”

Após avaliar os itens reformulados, gostaríamos de sua opinião sobre a uniformidade, abrangência, clareza e

08/01/2017

2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS

conformidade da lista de verificação do protocolo de higienização das mãos:

15. 1. A lista de verificação proposta é uma boa ferramenta de avaliação da implantação do protocolo de higienização das mãos. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

16. 2. A lista de verificação proposta é abrangente. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

17. 3. A lista de verificação proposta apresenta linguagem clara. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

18. Observações / Comentários *

Ir para a pergunta 19.

Itens validados

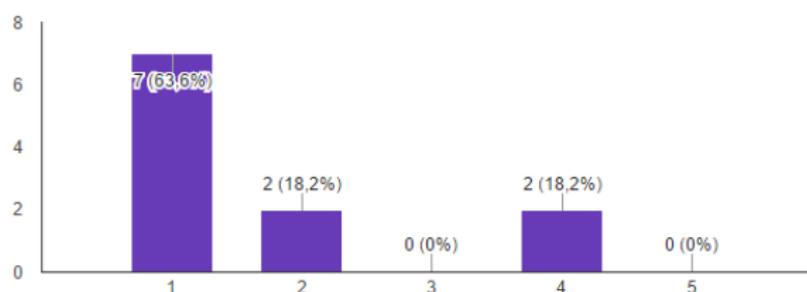
A seguir são apresentados os itens que foram validados, em consenso com o painel de especialistas.

08/01/2017

2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS

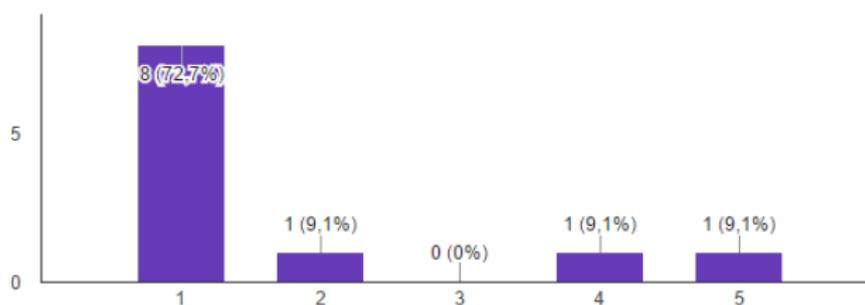
1.3. Deve-se marcar SIM caso TODOS os profissionais avaliados conhecerem o Protocolo de Higiene das Mãos aplicado na instituição.

(11 respostas)



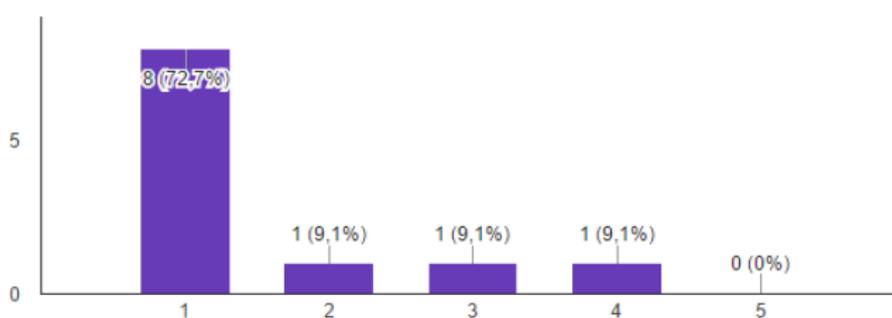
1.5. As auditorias devem ser realizadas em dias de semana e finais de semana, obrigatoriamente.

(11 respostas)



1.6. As observações devem ser realizadas nos turnos diurno e noturno, obrigatoriamente.

(11 respostas)

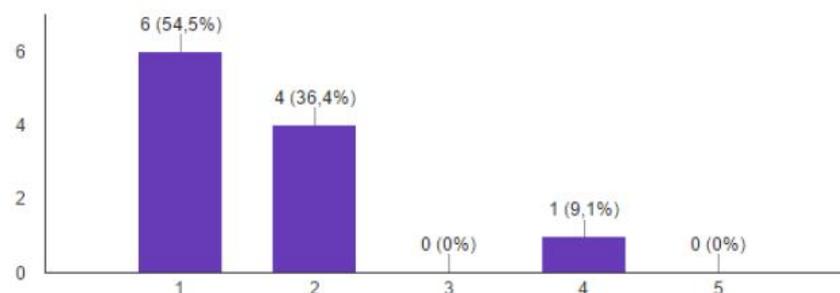


08/01/2017

2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS

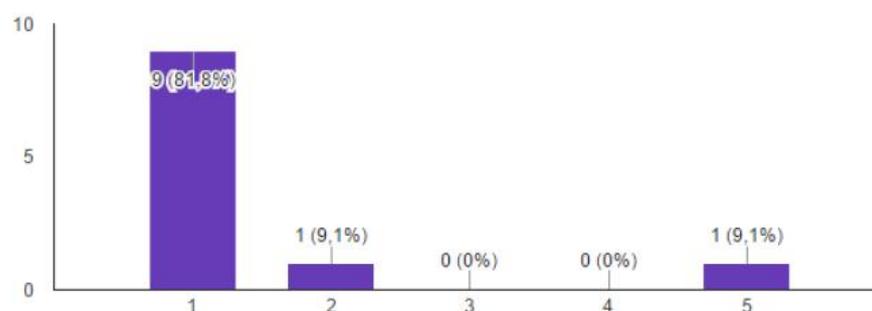
1.8. As evidências dos treinamentos de higienização das mãos devem ser avaliadas nos registros do SCIH.

(11 respostas)



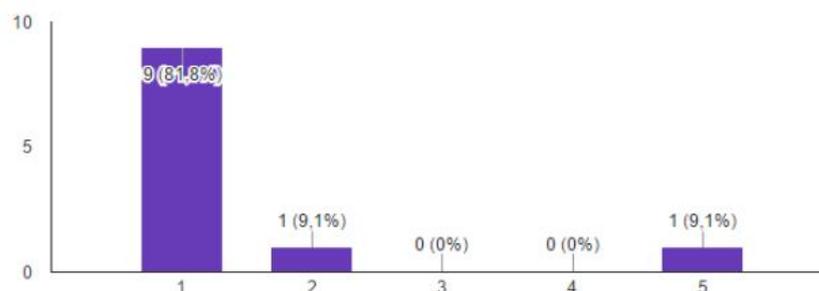
2.1. Deve-se marcar SIM quando TODAS as condições estruturais para higiene das mãos do setor avaliado estão adequadas.

(11 respostas)



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.

(11 respostas)

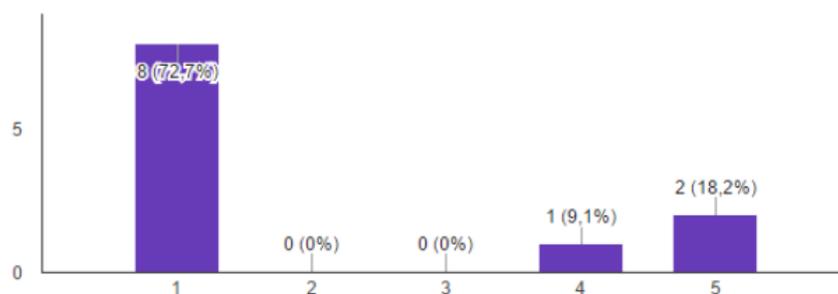


08/01/2017

2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS

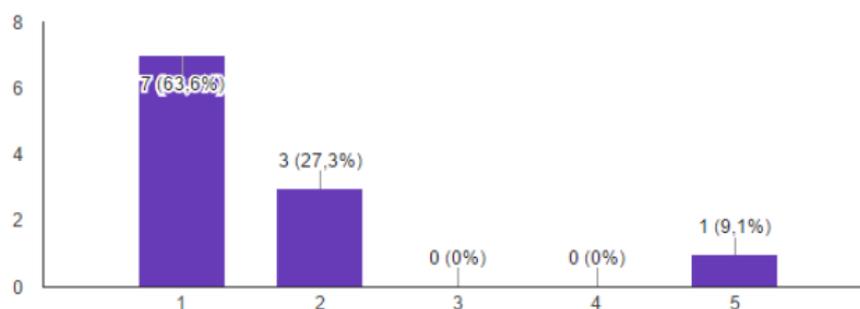
2.4. Deve-se avaliar TODAS as pias do CTI, enfermarias e ambulatórios

(11 respostas)



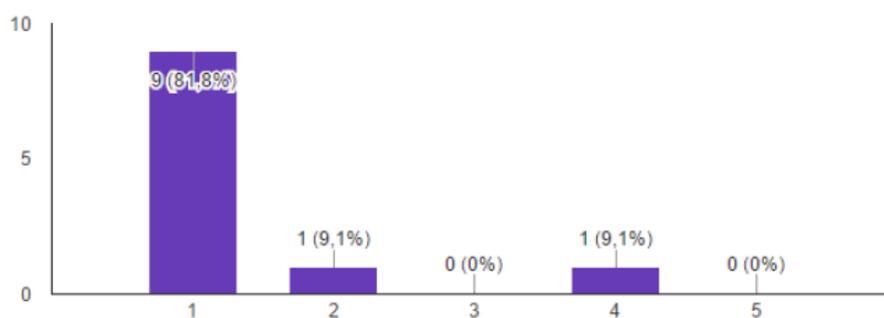
2.5. Deve-se marcar SIM quando TODAS as pias estiverem identificadas, através de observação direta.

(11 respostas)



3.1. Deve-se avaliar os registros do SCIH podendo complementar com entrevista seus membros.

(11 respostas)

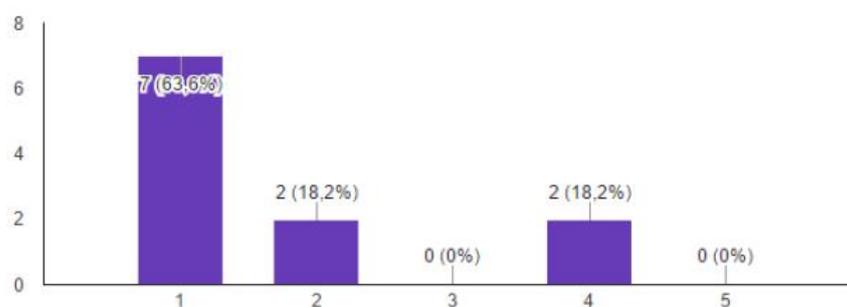


08/01/2017

2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS

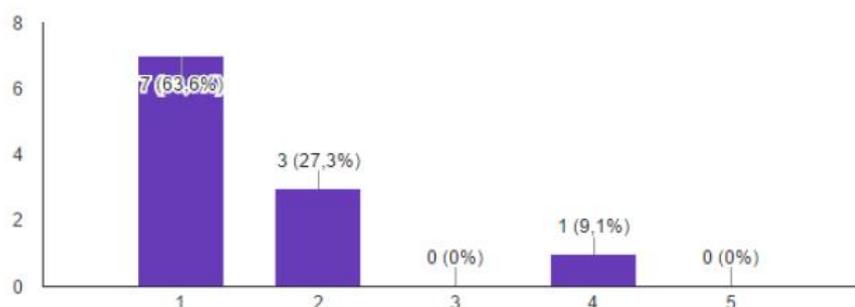
3.2. Deve-se avaliar a aplicação desta sistemática através dos registros do inquérito do SCIH.

(11 respostas)



3.3. As evidências das campanhas de higienização das mãos devem ser avaliadas nos registros das campanhas realizadas pelo SCIH.

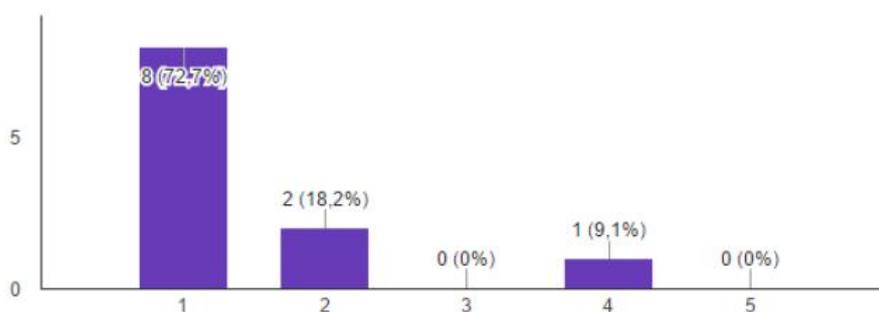
(11 respostas)



=

4.1 Os indicadores obrigatórios de higienização das mãos devem ser avaliados através de registro pelo SCIH.

(11 respostas)

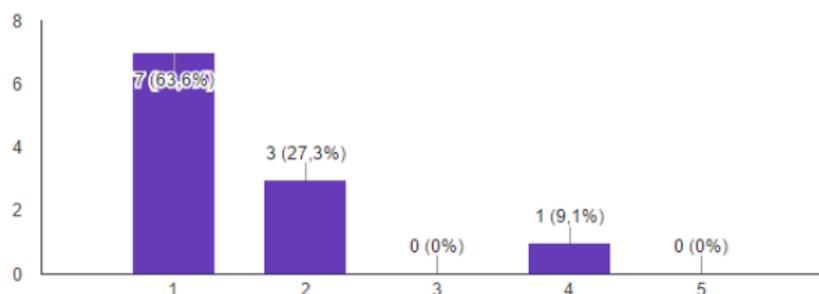


08/01/2017

2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS

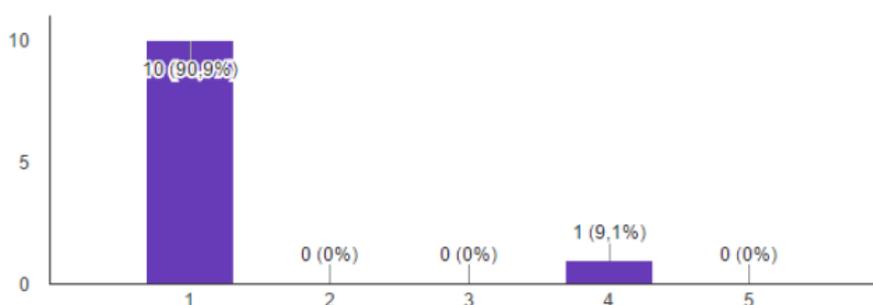
4.2. A realização e a periodicidade da mensuração dos indicadores devem avaliadas nas informações do FORMSUS alimentados pelo SCIH, conforme exigência legal.

(11 respostas)



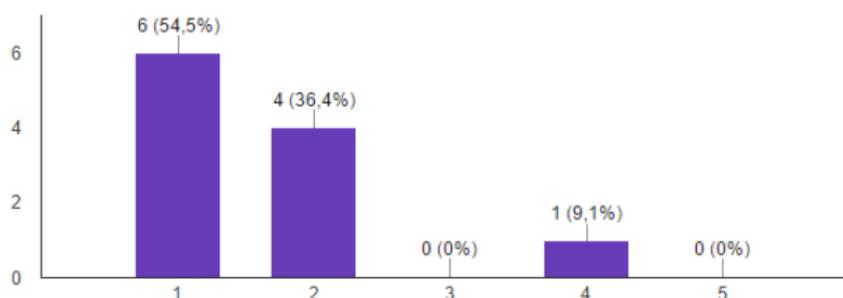
4.3 Devem ser checadas as ações de melhoria registradas em ata de reuniões mensais da CCIH. Podendo ou não, de acordo com a situação, entrevistar algum membro da CCIH ou do setor em que houve a ação de melhoria.

(11 respostas)



5.1. A notificação de eventos adversos será verificada no registro de notificação do NQSP.

(11 respostas)

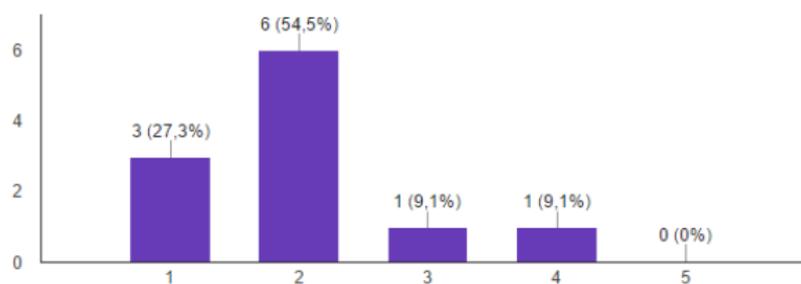


08/01/2017

2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS

5.2. A análise de eventos adversos referentes à higienização das mãos será verificada no registro de notificação do NQSP.

(11 respostas)



19. Deixe aqui seu comentário em relação aos itens validados:

Powered by
 Google Forms

APÊNDICE F - Questionário eletrônico – 2ª fase – 2ª rodada de respostas especialistas

08/01/2017

2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS - Formulários Google

lejanotti@gmail.com ▾

[Editar este formulário](#)

10 respostas

[Publicar análise](#)

Resumo

Data da resposta:

fev de 2016	11
nov de 2016	1 2 (2) 3 4 9 16 18 21

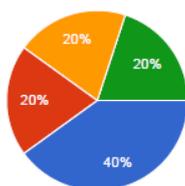
Dados do especialista

Nome

Fernando Paragó
 DEBORA OTERO BRITTO PASSOS PINHEIRO
 ADELIA QUADROS FARIAS GOMES
 Denise Vantil Marangoni
 Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues
 Daniella Araujo de Oliveira
 Erivelto de Menezes Bastos
 Victor Grabois
 Renata de Lima Orofino

Dados do especialista

Você pertence a qual categoria?



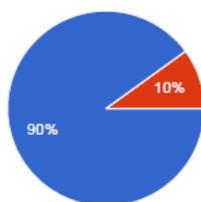
médico com título de especialista em infectologia e mais de dois anos de experiência profissional em controle de infecção	4	40%
enfermeiro com título de especialista em controle de infecção e mais de dois anos de experiência profissional na área	2	20%
pesquisador com experiência em avaliação de qualidade em Segurança do Paciente	2	20%
profissional com experiência em avaliação/auditoria em serviços de saúde	2	20%

Gostaria de ter meu nome divulgado na publicação dos resultados dessa pesquisa.

Sim	9	90%
Não	1	10%

08/01/2017

2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS - Formulários Google



reformulados baseados nas respostas

Avalie os itens reformulados, com base nas respostas dos especialistas:

Item 1 da lista de verificação

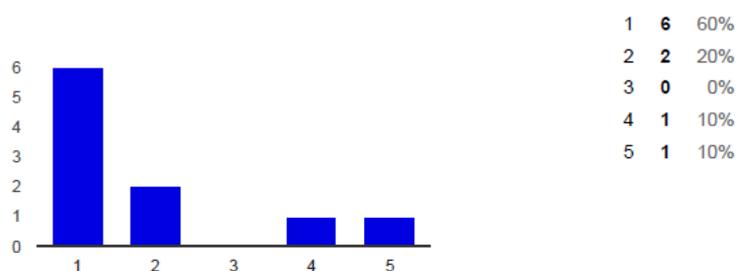
Item 1 - 1a rodada

Item 1 - 2a rodada

Respostas dos especialistas - item 1.1 - 1a rodada

Julgue o item 1.1 reformulado

1.1. Os setores a serem avaliados pelos auditores devem ser todos os setores assistenciais – CTI, Centro Cirúrgico, enfermarias e ambulatórios, incluindo os setores administrativos.



Observações /Comentários /Justificativa

A alteração tomou a verificação do item mais abrangente

Não concordo com setor administrativo. Apenas com setores onde há cuidado aos pacientes.

Não compreendi a nova redação. O treinamento será no setor de educação permanente ou sob a responsabilidade do mesmo?

TODOS OS PROFISSIONAIS DE TODAS AS ÁREAS DO HOSPITAL DEVEM SER AVALIADOS

Concordo que todos os setores sejam avaliados.

É pertinente que todos os setores do hospital seja, treinados e tenham conhecimento da importância de higienização das mãos e do protocolo instituído. Mas para fins de avaliação da aplicabilidade da técnica correta, cabe aos setores que prestam assistência direta ao paciente - CTIs, Centro Cirúrgico, enfermarias, Unidade de apoio diagnóstico, ambulatórios e outros locais, conforme rotina hospitalar.

A avaliação deve ser realizada com todos os setores.

08/01/2017

2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS - Formulários Google

Todas as áreas devem ser avaliadas. Todos devem ser capacitados com as técnicas de higienização das mãos.

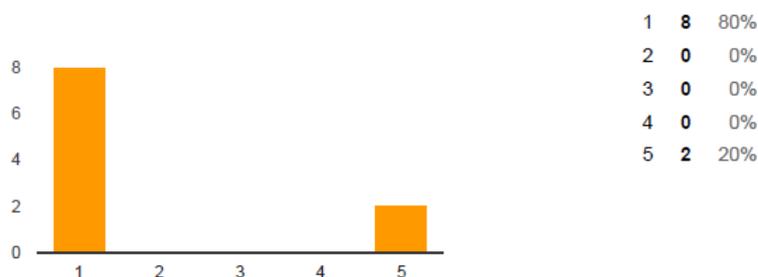
A implementação de um protocolo como o de HM depende de um conhecimento que deve estar presente em toda organização

Concordo

Respostas dos especialistas - item 1.2 - 1a rodada

Julgue o item 1.2 reformulado

1.2. Todos os profissionais da equipe multidisciplinar - médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, dentistas, psicólogos, assistente social, higiene e limpeza, hotelaria - devem ser avaliados.



Observações /Comentários /Justificativa

Mais uma vez amplia a avaliação da disseminação do processo de higienização das mãos

Nada a comentar

Concordo com a alteração.

TODOS ESTÃO INCLUÍDOS

Concordo que todos os profissionais sejam avaliados.

É de suma importância que todos os profissionais que prestam assistência direta ao paciente, saibam a importância da higienização das mãos e a aplicabilidade da técnica correta, independentemente de posição ou categoria profissional.

nada a acrescentar

Todos os colaboradores que atuam na unidade de saúde devem ser capacitados.

Mesma justificativa anterior

concordo

Respostas dos especialistas - item 1.4 - 1a rodada

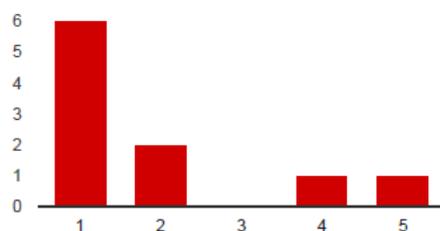
Julgue o item 1.4 reformulado

1.4. A avaliação do conhecimento do protocolo deve ser realizada através de verificação direta quanto à aplicação das técnicas de higienização e através de entrevistas.

Pontuação	Quantidade	Porcentagem
1	6	60%
2	2	20%
3	0	0%
4	1	10%
5	1	10%

08/01/2017

2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS - Formulários Google



categorias profissionais no processo

avaliação requer, embora sem dúvida seja a melhor ferramenta de avaliação é a mais trabalhosa e difícil de ser implementada.

O termo exclusivo era limitante demais para as outras modalidades de observação da adesão

PODEM SER UTILIZADOS OUTROS MÉTODOS DE AVALIAÇÃO COMO QUIZ, ATIVIDADES DE ENSINO A DISTÂNCIA, ETC.

Concordo que a avaliação do conhecimento possa ser inclusive por entrevista.

A avaliação da aplicação da técnica correta de higienização das mãos pelos profissionais de saúde deve ser feita por meio da observação direta, mas a avaliação quanto ao conhecimento do protocolo (definições, diretrizes, rotinas de higienização e outros) pode ser feito por meio de outras técnicas avaliativas.

nada a acrescentar

A verificação in loco com um check list é uma estratégia de fácil aplicação e seguro.

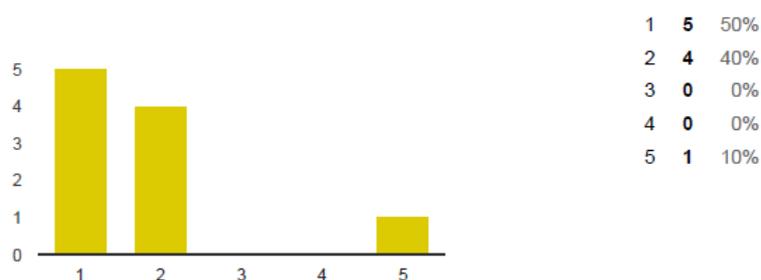
A combinação de métodos ajuda a verificar diretamente mas também a entender sucessos e insucessos e obstáculos a transpor

concordo

Respostas dos especialistas - item 1.7 - 1a rodada

Julgue o item 1.7 reformulado

1.7. A avaliação da aplicação do protocolo deve ser realizada através da verificação de registro junto ao SCIH, do setor de educação permanente e através de entrevistas dos profissionais.



Observações /Comentários /Justificativa

A simples conferência de documentos é mais limitada para avaliação da efetividade dos treinamentos administrados

Nada a declarar

Critério mais amplo, melhorou.

OS RESULTADOS DA AUDITORIA PODE ESTAR COM O NQSP OU A GERÊNCIA DE RISCO OU DA QUALIDADE.

Quanto à avaliação da aplicação, concordo com a verificação de registro do SCIH e do setor de educação permanente, mas não através de entrevistas dos profissionais. Defendo que a avaliação da aplicação deva ser direta.

08/01/2017

2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS - Formulários Google

Os registros e as entrevistas são importantes ferramentas para complementar a aplicabilidade do protocolo. A verificação direta também pode ser utilizada, quando da aplicação da técnica correta.

nada a acrescentar

Buscar os registros e entrevistar os profissionais se eles tem conhecimento do protocolo é a melhor estratégia.

Vide justificativa anterior

concordo

Respostas dos especialistas referentes ao item 1 - 1a rodada

Item 2 da lista de verificação

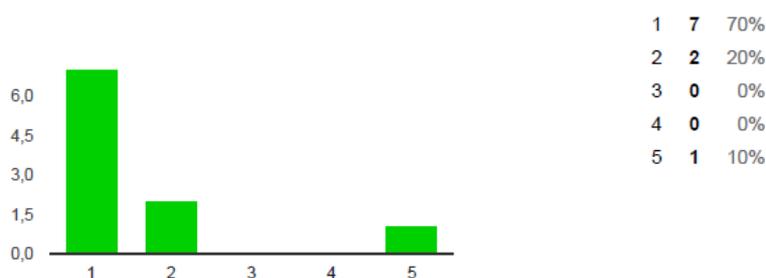
Item 2 - 1a rodada

Item 2 - 2a rodada

Respostas dos especialistas - item 2.3 - 1a rodada

Julgue o item 2.3 reformulado

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, incluindo os setores administrativos.



Observações /Comentários /Justificativa

Aumentou a abrangência

Não concordo com setor administrativo. Apenas com setores onde há cuidado aos pacientes.

O hospital deve ser auditado como um todo.

TODOS OS LOCAIS

Concordo com a verificação em todos os setores.

Todos os setores do hospital devem ser observados quanto à oferta de insumos para higienização das mãos.

nada a acrescentar

Não tem necessidade de setores administrativos.

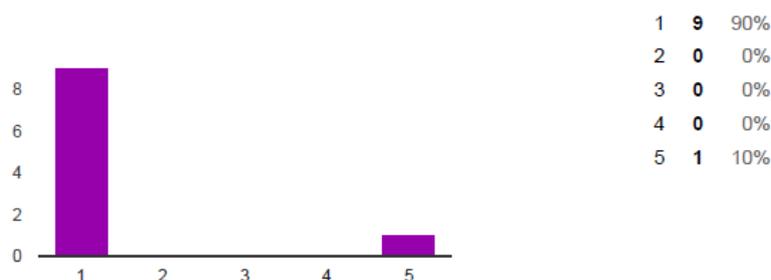
O conjunto dos profissionais deve ser observado

concordo

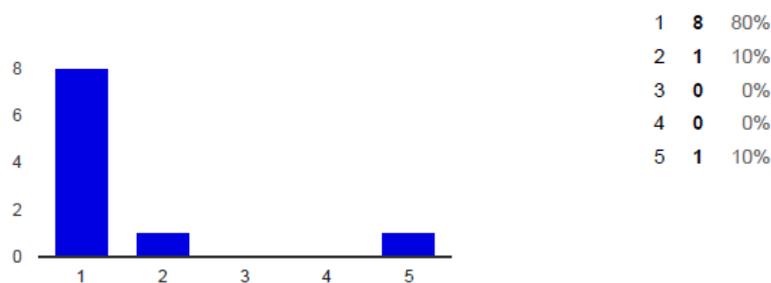
Respostas dos especialistas referentes ao item 2 - 1a rodada

Após avaliar os itens reformulados, gostaríamos de sua opinião sobre a uniformidade, abrangência, clareza e conformidade da lista de verificação do protocolo de higienização das mãos:

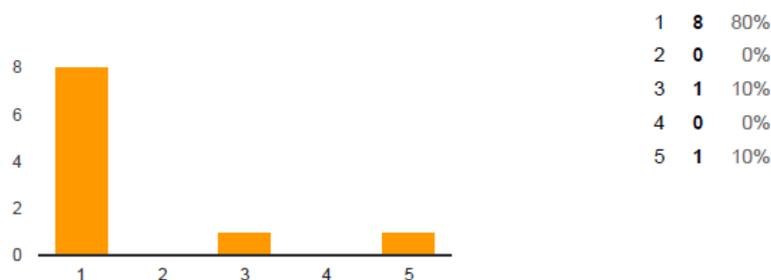
1. A lista de verificação proposta é uma boa ferramenta de avaliação da implantação do protocolo de higienização das mãos.



2. A lista de verificação proposta é abrangente.



3. A lista de verificação proposta apresenta linguagem clara.



Observações / Comentários

Acredito que todas as inserções feitas na ferramenta inicial foram positivas e a tomaram mais completa

Nada a declarar

Exceto o item 1.1 já sinalizado

ATÉ O MOMENTO PARECE ADEQUADA

Concordo que a lista de verificação seja uma boa ferramenta de avaliação da implantação do protocolo de higienização das mãos, seja abrangente e tenha linguagem clara.

A lista de verificação proposta me parece bastante pertinente, mas, em minha concepção, limitante quando se refere a determinados setores do hospital e categorias profissionais. A higienização correta das mãos é dever de

08/01/2017 2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS - Formulários Google

todos no ambiente hospitalar e a luta pela redução dos níveis de Infecções Relacionadas a Saúde é conjunta.
nada a acrescentar

Nesse modelo, permite que o examinador avalie habilidade, conhecimento e atitudes necessárias de cada colaborador.

A abrangência alcançada da bastante potência à lista de verificação
concordo

Itens validados

A seguir são apresentados os itens que foram validados, em consenso com o painel de especialistas.

[Imagem]

=

08/01/2017

2a RODADA DE RESPOSTAS - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL, DESTINADO AOS ESPECIALISTAS - Formulários Google

[Imagem]**[Imagem]****[Imagem]****[Imagem]****Deixe aqui seu comentário em relação aos itens validados:**

Inteiramente de acordo

Higiene de mãos e seu monitoramento é um indicador tradicionalmente da CCIH, e deve ser gerido por este setor, que tem o maior conhecimento e experiencia nessa area, e não pelo NQSP.

Concordo com todos os itens validados

Me parece que a abrangência de setores e de itens a serem verificados assim como as fontes de verificação ficaram bastante adequadas

Número de respostas diárias