



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
“PROF. ALEXANDRE VRANJAC”
DIVISÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR



**Projeto “Mãos limpas são mãos mais seguras”
Período Setembro de 2016 a Dezembro de 2017**

Instrução para preenchimento dos ANEXOS 4, 5 e 6

Todos os anexos possuem uma **primeira planilha de Identificação**, que deve ser preenchida com os dados do Hospital e do Coordenador do projeto.

EXEMPLO

Nome do Hospital:	Hospital São José
Município:	São Jorge
Nº leitos total:	54

NATUREZA DO HOSPITAL: (X)

PÚBLICO	<input type="checkbox"/>
PRIVADO	<input checked="" type="checkbox"/>
FILANTRÓPICO	<input type="checkbox"/>

SE PÚBLICO, QUAL ESFERA DE GOVERNO? (X)

FEDERAL	<input type="checkbox"/>
ESTADUAL	<input type="checkbox"/>
MUNICIPAL	<input type="checkbox"/>

Dados coordenador projeto:

Nome	Fulana de Tal
E-mail	email@email.com.br
Telefone	(22) 2222-2222
Setor de trabalho	CCIH ou Enfermagem ou outro setor
Categoria profissional	Enfermeiro / médico / outro

▶ ▶ **Identificação**

CONSUMO

ANEXO 4 – Avaliação do consumo de produto alcoólico para as mãos - EXEMPLO

	Mês do ano	Quantidade de produto alcoólico utilizada (ml)	Número de pacientes/dia	Consumo em ml por pac. dia
1	janeiro/2017	1000	240	4,2
2	fevereiro/2017	500	240	2,1
3	março/2017			#DIV/0!
4	abril/2017			#DIV/0!
5	maio/2017			#DIV/0!
6	junho/2017			#DIV/0!
7	julho/2017			#DIV/0!
8	agosto/2017			#DIV/0!
9	setembro/2017			#DIV/0!
10	outubro/2017			#DIV/0!
11	novembro/2017			#DIV/0!
12	dezembro/2017			#DIV/0!
TOTAL		1500	480	3,1

Número de pacientes/dia: é a soma total dos dias de internação de todos os pacientes no período de um mês na unidade. Esta informação deve estar disponível na administração do hospital. Caso contrário, alguém na unidade deverá registrar **diariamente o número de pacientes internados**. Ao final do mês somar o total de cada dia para obter o total de **pacientes/dia no mês de referência**.



⇒ Cada serviço define a melhor forma de coletar a informação sobre a quantidade de produto alcoólico utilizado, **em ml**, na unidade escolhida a cada mês.

Ex:

- registro em planilha feita por quem faz a reposição no setor;
- contagem de bags vazios ao final do mês, etc.....

OBS: não se recomenda o monitoramento através da dispensação de produtos uma vez que esta informação pode não representar o consumo real da unidade.

⇒ **Recomendamos a coleta de dados para o Projeto a partir de Janeiro de 2017**, na unidade escolhida para implantação do projeto.

⇒ Espera-se que no decorrer da implantação do projeto ocorra um aumento no consumo de produto alcoólico na unidade. O consumo **mínimo esperado é de 20 ml por paciente/dia**, de acordo com o preconizado pela OMS.

⇒ Enviar para o e-mail do projeto (projetohtm.sp@gmail.com) **mensalmente**, com prazo **até a primeira quinzena do mês subsequente**.

ANEXO 5 – Questionário de Percepção e Conhecimento

⇒ Aplicar o questionário **Anexo 5_ Questionário.doc** para todos os profissionais de saúde que **atuam no setor em que o projeto está sendo desenvolvido**. Este questionário deve ser aplicado na **Etapa 2 (antes da capacitação)** e na **Etapa 4 (após a capacitação)**.

⇒ Contabilizar os totais de cada resposta e **Transcrever os totais de todas as respostas obtidas para o arquivo Excel: Anexo 5 Consolidado_ questionário.xls**

EXEMPLO:

ANEXO 5.2 - CONSOLIDADO DOS QUESTIONÁRIOS DE PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO (ETAPA 2)

ATENÇÃO: Preencher os campos com a **SOMA** das respostas para cada ítem avaliado

nº questionários respondidos	30	→	No exemplo foram respondidos 30
------------------------------	-----------	---	---------------------------------

AValiação de percepção

QUESTÃO 6	1 = discordo totalmente	%	2 = discordo	%	3 = não concordo/nem discordo	%	4= concordo	%	5 = concordo totalmente	%
1	5	17	5	17		0	10	33	10	33
2		0		0	10	33	20	67		0
3		0		0		0		0		0
4		0		0		0		0		0
5		0		0		0		0		0

Exemplo: Questão 8

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO

QUESTÃO 8	VERDADEIRO	%	FALSO	%	Não tenho certeza	%
1	20	67	10	33		0
2	10	33	10	33	10	33
3		0		0		0
4		0		0		0
5		0		0		0
6		0		0		0

RESPOSTA CORRETA

Para esta questão que avalia **conhecimento**, as **respostas corretas** são aquelas que estão nas células “**cor de rosa**”. No nosso exemplo, **67% (20 pessoas)** acertaram a **pergunta 1**.

Os resultados destes questionários aplicados na **etapa 2 e etapa 4** do projeto devem ser comparados, para verificar se houve mudança na percepção e nível de conhecimento dos profissionais sobre o assunto.

ANEXO 6.0.2 – Avaliação Inicial de Estrutura para Higienização das Mãos

⇒ Este anexo deve ser preenchido ao **iniciar o Projeto** na etapa 2- na avaliação inicial e na etapa - na avaliação final.

Exemplo:

Data	10/01/2017	
1.Unidade:	UTI ADULTO	
2. nº leitos:	20	
3. nº pias:	6	
4. nº de profissionais presentes na unidade no momento da avaliação		
médicos:	2	enfermeiros: 3
fisioterapeuta:	1	aux/téc enf: 8
outros:	1	

Preencher com o número “1” se a resposta for “sim” e com o número “Zero” se a resposta for “não”.

Itens a serem avaliados	Avaliação	Conformidade
Existe pelo menos uma pia exclusiva para higiene das mãos para cada 10 leitos de internação?	1	100%
Existe produto alcoólico para higienização das mãos disponível na unidade?	1	100%
Se o produto alcoólico existe está colocado ao alcance das mãos no ponto de assistência/tratamento (p.ex., próximo ao leito do paciente)?	0	0%
Houve treinamento específico para higienização de mãos realizado há menos de 1 ano?	1	100%
Cartazes/lembretes de promoção da higienização das mãos estão expostos nesta unidade?	0	0%
As diretrizes escritas com as recomendações sobre higienização das mãos estão acessíveis nesta unidade?	0	0%
As luvas de procedimento (descartáveis) estão disponíveis nesta unidade	1	100%
TOTAL	4	57%

ANEXO 6.1.2 – Avaliação Inicial de Estrutura - Pias para Higiene das Mãos

Observar cada uma das pias da unidade e assinalar com um “X” de acordo com o encontrado.

Pia	Presença de sabonete líquido ou antisséptico		Dispensador de sabonete em funcionamento		Presença de papel toalha		Dispensador de papel em funcionamento	
	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não
1	X		X		X		X	
2	X		X		X		X	
3	X		X			X	X	
4		X		X		X	X	
5	X			X	X		X	
6	X		X		X		X	
-								
-								
-								
25								
Total	5	1	4	2	4	2	6	0
Conformidade por item avaliado	83%		67%		67%		100%	

No exemplo, foram avaliadas as **6 pias da unidade** escolhida para implantação do projeto, quanto aos **4 parâmetros**:

- Presença de sabonete líquido;
- Dispensador de sabonete em funcionamento;
- Presença de papel toalha;
- Dispensador de papel em funcionamento.

Fazer esta avaliação assim que inicia Projeto (Janeiro de 2017) – **na etapa 2 - avaliação inicial** e **na etapa 4 – avaliação final**.

Espera-se que na etapa 4 todos os parâmetros apresentem 100% de conformidade.

ANEXO 6.2.2 – Avaliação Inicial de Estrutura- Dispensador de Produto Alcoólico

Observar cada um dos dispensadores de produto alcoólico da unidade e assinalar com um "X" de acordo com o encontrado

Dispensador	Dispensador de produto alcoólico está abastecido		Dispensador de produto alcoólico em funcionamento	
	sim	não	sim	não
1	X			X
2	X		X	
3		X	X	
4		X	X	
5		X	X	
6		X	X	
7	X			X
8	X			X
9		X	X	
-				
-				
-				
40				
Total	4	5	6	3
Conformidade por item avaliado	44%		67%	

No exemplo, foram avaliados **9 dispensadores de produto alcoólico da unidade** escolhida para implantação do projeto, quanto a **2 parâmetros**:

- Dispensador de produto alcoólico abastecido;
- Dispensador de produto alcoólico em funcionamento.

Fazer esta avaliação assim que inicia Projeto (janeiro de 2017) – **na etapa 2 e avaliação inicial e na etapa 4 – avaliação final.**

Espera-se que na etapa 4 os parâmetros apresentem 100% de conformidade.



Os anexos devem ser **preenchidos e enviados** de acordo com o cronograma abaixo.

2016	2017		
Setembro a Dezembro	Janeiro a Abril	Maio a Agosto	Setembro a Dezembro
ETAPA 1 Preparação da unidade (4 meses)	ETAPA 2 Avaliação inicial (4 meses)	ETAPA 3 Capacitação (4 meses)	ETAPA 4 Avaliação final (4 meses)
Escolher uma unidade: <ul style="list-style-type: none"> Definir o Coordenador e Grupo de apoio do projeto Disponibilizar produto alcoólico no ponto de assistência Possuir uma pia para cada 10 leitos com sabonete líquido e papel toalha Acordar com a alta direção 	Aplicar questionário de percepção/conhecimento ANEXO 5 <i>Enviar para a Coordenação Estadual do Projeto assim que preenchido*</i> PRAZO MÁX. DE ENVIO: 05/05/2017	Realizar sessões de Capacitação Teórica e Prática	Aplicar questionário de percepção/conhecimento ANEXO 5 <i>Enviar para a Coordenação Estadual do Projeto*</i> PRAZO MÁX. DE ENVIO: começo de Fev/2018
Preencher formulário de Adesão ANEXO 1 <i>Enviar para a Coordenação Estadual do Projeto*</i> PRAZO MÁX. DE ENVIO: 31/12/2016	Aplicar instrumento de auto-avaliação OMS ANEXO 3 Encaminhar carta para lideranças na instituição ANEXO 2 Realizar pesquisa de tolerância e aceitação ANEXO 7		Aplicar instrumento de auto-avaliação OMS ANEXO 3
Encaminhar carta para lideranças na instituição ANEXO 2 Realizar pesquisa de tolerância e aceitação ANEXO 7	Aplicar instrumento de avaliação da estrutura da unidade ANEXO 6 <i>Enviar para a Coordenação Estadual do Projeto</i> PRAZO MÁX. DE ENVIO: 05/05/2017		Aplicar instrumento de avaliação da estrutura da unidade ANEXO 6 <i>Enviar para a Coordenação Estadual do Projeto*</i> PRAZO MÁX. DE ENVIO: começo de Fev/2018
	Realizar pesquisa de consumo de produto alcoólico ANEXO 4 <i>Enviar para a Coordenação Estadual do Projeto ao final de cada mês*</i> PRAZO MÁX. DE ENVIO: 1ª quinzena do mês subsequente.	Realizar pesquisa de consumo de produto alcoólico ANEXO 4 <i>Enviar para a Coordenação Estadual do Projeto ao final de cada mês*</i> PRAZO MÁX. DE ENVIO: 1ª quinzena do mês subsequente.	Realizar pesquisa de consumo de produto alcoólico ANEXO 4 <i>Enviar para a Coordenação Estadual do Projeto ao final de cada mês*</i> PRAZO DE ENVIO da última coleta: começo de Fev/2018
	Planejar a capacitação da equipe		Encaminhar relatório de avaliação do projeto para a comunidade hospitalar. Desenvolver um plano de continuidade

* projetohtm.sp@gmail.com

Divisão de Infecção Hospitalar
 CVE/CCD/SES-SP
 Tel.: (11) 3066-8261/8759