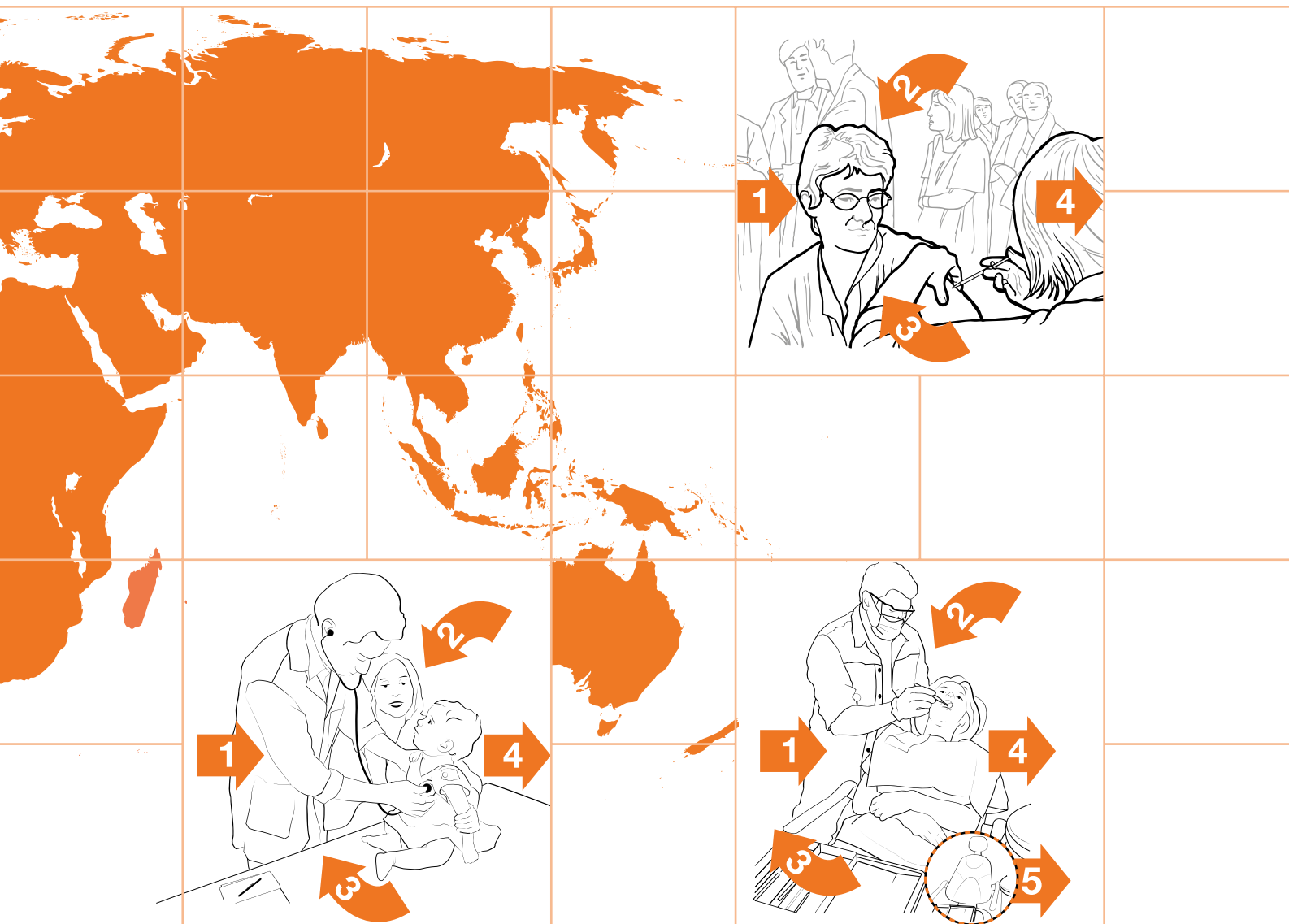


SALVE VIDAS

Higienize **suas** Mãos

Higiene das Mãos na Assistência à Saúde Extra-hospitalar e Domiciliar e nas Instituições de Longa Permanência

Um Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos e da Abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos”



SALVE VIDAS

Higienize **suas** Mãos

Higiene das Mãos na Assistência à Saúde Extra-hospitalar e Domiciliar e nas Instituições de Longa Permanência

**Um Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS
para a Melhoria da Higiene das Mãos e da Abordagem “Meus 5
Momentos para a Higiene das Mãos”**



**World Health
Organization**

**Organização Pan-Americana da Saúde,
Agência Nacional de Vigilância Sanitária 2014**

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte

Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS – OMS

Setor de Embaixadas Norte, Lote 19,
CEP: 70800-400, Brasília/DF Brasil
www.opas.org.br

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa

SIA Trecho 5, Área Especial 57
CEP: 71205-050, Brasília/DF – Brasil
www.anvisa.gov.br

Produção Editorial: Organização Mundial da Saúde – OMS

Capa e Projeto Gráfico: Organização Mundial da Saúde – OMS

Editoração Eletrônica: www.criatusdesign.com.br

**A edição extraordinária deste documento da OMS foi elaborada
pela Organização Pan-Americana da Saúde e Agência Nacional
de Vigilância Sanitária.**

Organização Pan-Americana da Saúde

Cooperação técnica: Termo de Cooperação nº 64
Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde

Representação Brasil

Joaquín Molina

Representante

Enrique Vazquez

Coordenador da Unidade Técnica de Doenças
Transmissíveis e Análise de Situação de Saúde

Christophe Rerat

Coordenador da Unidade Técnica de Medicamentos,
Tecnologia e Pesquisa.

Rogério da Silva Lima

Consultor Nacional da Unidade Técnica de Doenças
Transmissíveis e Análise de Situação de Saúde

Danila Augusta Accioly Varela Barca

Consultora Nacional da Unidade
Técnica de Medicamentos, Tecnologia e Pesquisa.

**Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)
Diretoria**

Dirceu Brás Aparecido Barbano

Diretor-Presidente

Ivo Bucaresky

Jaime Cesar de Moura Oliveira

José Carlos Magalhães da Silva Moutinho

Renato Alencar Porto

Superintendência de Serviço de Saúde e Gestão do Sistema
Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS:

Doriane Patricia Ferraz de Souza

Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES:

Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira

Gerência de Vigilância e Monitoramento em
Serviços de Saúde – GVIMS:

Magda Machado de Miranda Costa

Coordenação Técnica:

Heiko Thereza Santana

Fabiana Cristina de Sousa

Revisão técnica – Anvisa:

Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos

André Anderson Carvalho

Fabiana Cristina de Sousa

Heiko Thereza Santana

Helen Norat Siqueira

Magda Machado de Miranda Costa

Suzie Marie Gomes

Revisão técnica externa:

Julia Yaeko Kawagoe – Hospital Albert Einstein - SP

Rogério da Silva Lima – Organização Pan-Americana da Saúde –
OPAS/OMS

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da
Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil

Organização Mundial da Saúde.

SALVE VIDAS:Higienize suas Mãos/ Organização Mundial da Saúde
Higiene das Mãos na Assistência à Saúde Extra-hospitalar e
Domiciliar e nas Instituições de Longa Permanência - Um Guia para
a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria
da Higiene das Mãos e da Abordagem “Meus 5 Momentos para
a Higiene das Mãos”; tradução de OPAS – Brasília: Organização
Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária,
2014. 73 p.

ISBN

1. Higiene das mãos. 2. Cuidado ao Paciente – padrão.
3. Higienização. 4. Infecção Cruzada – Prevenção e Controle. 5.
Assistência Domiciliar – padrão. 6. Extra-hospitalar. 7. Instituições
de Longa Permanência. 8. Orientações. I. Organização Mundial
da Saúde. II. Organização Pan-Americana da Saúde. III. Agência
Nacional de Vigilância Sanitária. IV. Título.

Sumário

Agradecimentos	5
Siglas	6
Introdução e observações essenciais para o leitor	7
1. Objetivos	8
2. Definições e alcance	8
3. Público-alvo	9
4. Por que a higiene das mãos é importante na assistência extra- hospitalar?	10
5. Aplicação da abordagem “Meus cinco momentos para a Higiene das Mãos” na assistência extra-hospitalar ...	13
5.1 Os conceitos de ambiente do paciente e ambiente assistencial nas unidades extra-hospitalares	13
5.2 A abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos” na assistência extra-hospitalar	14
6. Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos e seu kit de ferramentas na assistência extra-hospitalar	18
6.1 Mudança de sistema	18
6.2 Formação e educação	19
6.3 Avaliação e retroalimentação	19
6.4 Lembretes no local de trabalho	20
6.5 Clima de segurança institucional	26

7. Exemplos práticos de requisitos de higiene das mãos em uma ampla variedade no atendimento extra-hospitalar	27
7.1 Introdução e observações essenciais para o leitor	27
7.2 Exemplos práticos	28
1. Campanha pública de vacinação	28
2. Coleta de sangue em laboratório	30
3. Consulta com um clínico geral no consultório	32
4. Consulta pediátrica no posto de saúde	34
5. Consulta em uma unidade de emergência.....	36
6a. Atendimento domiciliar – ajudar um paciente com deficiência a tomar um banho.....	38
6b. Atendimento domiciliar – curativos.....	40
7. Radiografia de tórax em um centro de diagnóstico	42
8a. Hemodiálise em um ambulatório clínico especializado – início da diálise	44
8b. Hemodiálise em um ambulatório clínico especializado – durante a sessão de diálise	46
8c. Hemodiálise em um ambulatório clínico especializado – desligamento no final da diálise.....	47
8d. Hemodiálise em um ambulatório clínico especializado – após a saída do paciente.....	49
9. Parto e assistência ao parto	50
9a. Parto e assistência ao parto – durante o trabalho de parto.....	50
9b. Parto e assistência ao parto – na hora do parto	51
9c. Parto e assistência ao parto – após a saída da mãe e do bebê da área de parto.....	53
10. Atendimento odontológico em uma clínica.....	54
11. Verificação de parâmetros vitais e clínicos em residente acamado em uma unidade residencial de idosos ..	56
12. Troca de fralda de um residente acamado numa Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI	58
13. Cuidados de fisioterapia e exercícios de mobilidade para idosos em unidade residencial	60
Bibliografia	62
Apêndice I	65
Apêndice II	66

AGRADECIMENTOS

A presente publicação é resultado de contribuições de vários indivíduos. Esta foi redigida por Benedetta Allegranzi e Sepideh Bagheri Nejad, do Departamento de Segurança do Paciente da OMS (Genebra – Suíça), e por Marie-Noelle Chraiti, do Centro Colaborador da OMS sobre Segurança do Paciente, da Universidade dos Hospitais de Genebra (Genebra – Suíça). A publicação foi elaborada graças a contribuições e apoios técnicos essenciais do Ministério da Saúde, Serviços Sociais e Igualdade da Espanha. Uma contribuição fundamental foi fornecida pelo Centro Colaborador da OMS sobre Segurança do Paciente, da Universidade dos Hospitais de Genebra e Faculdade de Medicina (Genebra – Suíça).

Redatores

Benedetta Allegranzi

WHO Patient Safety Programme, Geneva, Switzerland

Sepideh Bagheri Nejad

WHO Patient Safety Programme, Geneva, Switzerland

Marie-Noelle Chraiti

WHO Collaborating Centre on Patient Safety, University of Geneva Hospitals and Faculty of Medicine, Geneva, Switzerland

Contribuidores

Yolanda Agra-Varela

Directorate General of Public Health, Quality and Innovation, Ministry of Health, Social Services and Equality, Madrid, Spain

María del Mar Fernández-Maíllo

Directorate General of Public Health, Quality and Innovation, Ministry of Health, Social Services and Equality, Madrid, Spain

Soledad Alonso-Humada

Almería Primary Healthcare District, Andalucía Region Health Service, Almeria, Spain

M. Carmen Gómez-González

Spanish Society of Primary Health Care Practitioners (SEMERGEN), Badajoz, Spain

Beatrice Jans

Scientific Institute of Public Health, Brussels, Belgium

Ana Martínez-Rubio

Spanish Association of Primary Healthcare Pediatrics, Sevilla, Spain

Jesús Molina-Cabrillana

Spanish Society of Preventive Medicine, Public Health and Hygiene, Las Palmas de Gran Canaria, Spain

Maria Luisa Moro

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Regione Emilia-Romagna, Bologna, Italy

Fernando Perez-Escanilla

Spanish Society of General Practitioners and Family Doctors, Spain

Teresa Pi-Sunyer-Cañellas

External Consultant, Barcelona, Spain

Didier Pittet

WHO Collaborating Centre on Patient Safety University of Geneva Hospitals and Faculty of Medicine,

Geneva, Switzerland

Christiane Reichardt

Institute of Hygiene and Environmental Medicine, University Medicine Berlin, Charite, Germany

Lisa Ritchie

Health Protection Scotland, Glasgow, United Kingdom

Philip L Russo

Austin Health, Heidelberg, Victoria, Australia

Hugo Sax

Division of Infectious Diseases and Hospital Epidemiology, University Hospital of Zurich, Switzerland

Luisa Torijano-Casaluenga

Spanish Society of Community and Family Medicine, Talavera de la Reina, Toledo, Spain

Revisores

Pilar Astier-Peña

Spanish Society of Community and Family Medicine, Zaragoza, Spain

Barry Cookson

Health Protection Agency, London, United Kingdom

Nizam Damani

Craigavon Area Hospital, Portadown, Craigavon, United Kingdom

Francisco Javier Hernández-Herrero

La Gomera Primary Healthcare, Canary Islands Health Service, San Sebastian de La Gomera, Canary Islands, Spain

Claire Kilpatrick

Health Protection Scotland, Glasgow, United Kingdom

Edward Kelley

WHO Patient Safety Programme, Geneva, Switzerland

Elaine Larson

Columbia University School of Nursing, New York, USA

Maribel Macián-Morro

Nursing Federation of Community and Primary Health Care, Caravaca de la Cruz, Murcia, Spain

Shaheen Mehtar

Tygerberg Hospital and Stellenbosch University, Tygerberg, Cape Town, South Africa

Andreas Voss

Canisius-Wilhelmina Hospitals and Radboud University Nijmegen Medical Centre, Nijmegen, The Netherlands

Editor

Rosemary Sudan, Freelance editor

Design e figuras

Common Sense, Athens, Greece

O Ministério da Saúde, Serviços Sociais e Igualdade da Espanha gentilmente financiou e sediou em Madri, em 17 de novembro de 2011, uma reunião para consulta a especialistas com o propósito de discutir o conteúdo da presente publicação.

SIGLAS

CLD	Cuidados de Longa Duração
ESBL	Betalactamase de Espectro Estendido
EUA	Estados Unidos da América
VHB	Vírus da Hepatite B
VHC	Vírus da Hepatite C
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ITU	Infecção do Trato Urinário
MRSA	<i>Staphylococcus aureus</i> Resistente à Meticilina
OMS	Organização Mundial da Saúde
VRE	Enterococo Resistente à Vancomicina

INTRODUÇÃO E OBSERVAÇÕES ESSENCIAIS PARA O LEITOR

As recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre as melhores práticas e estratégias de melhoria da higiene das mãos são regras de ouro para a saúde mundial. Nos últimos seis anos, elas têm sido implementadas em milhares de serviços de saúde, assim como em nível nacional em muitos países. Embora essas recomendações e estratégias tenham sido elaboradas principalmente para o ambiente hospitalar, surgiu um grande interesse na sua possível implementação na atenção básica e em outras unidades extra-hospitalares nos últimos anos. Ao mesmo tempo, várias perguntas surgiram sobre os riscos de transmissão de micro-organismos e de infecção e da implementação de conceitos de higiene das mãos nesses locais. As evidências científicas disponíveis são limitadas e o conhecimento sobre a proposição de soluções de controle de infecção nesses ambientes se encontra em estágio inicial. Estimulada pela demanda dessa área, a equipe da iniciativa da OMS “Uma Assistência Limpa é uma Assistência Mais Segura” assumiu o desafio de elaborar o presente documento de orientação.

As questões-chave identificadas foram: 1) risco de transmissão de micro-organismos e de infecção, especialmente pelas mãos, em ambientes de atendimento extra-hospitalares; 2) práticas de higiene das mãos nesses locais; 3) adaptação do ambiente do paciente e da abordagem “Meus 5 momentos para a higiene das mãos”; e 4) implementação de estratégias de melhoria em nível institucional. Vários métodos foram utilizados para resolver controvérsias, preencher lacunas e desenvolver os conceitos propostos neste documento. O processo incluiu principalmente revisões da literatura científica, pesquisas envolvendo especialistas internacionais, consulta de especialistas nacionais e revisão exaustiva da versão final pelos pares. Embora nem todas as questões controversas sejam passíveis de total solução, a abordagem aqui proposta para a atenção básica e outros serviços de saúde extra-hospitalares é consistente com a estratégia da OMS, sendo baseada no consenso de especialistas e retroalimentação de representantes de alguns países.

O documento está dividido em duas seções principais:

1) Uma parte conceitual voltada ao fornecimento de evidências históricas e os princípios teóricos relacionados à abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos” e a Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos, com adaptação para a realidade dos serviços extra-hospitalares;

2) Uma parte prática com exemplos de aplicação dos princípios de higiene das mãos em situações que ocorrem com frequência em ambientes extra-hospitalares. Esses

exemplos práticos são fornecidos para ajudar o leitor a compreender a necessidade de higiene das mãos na prática diária e progressivamente adotar essa abordagem durante o cuidado assistencial em situações clínicas da vida real. Os dirigentes da área de prevenção e controle de infecções em nível nacional e os profissionais nos serviços de saúde devem facilitar a compreensão e a adoção destes conceitos pelos profissionais de saúde de linha de frente. Isso inclui estimar riscos, estabelecer prioridades e considerar os recursos disponíveis e os procedimentos mais frequentemente realizados no local. Outras ferramentas práticas para avaliação, educação e aprendizado voltadas para provedores de saúde em situações de atendimento extra-hospitalares estão atualmente em desenvolvimento pela OMS e devem ser utilizadas em associação com o presente documento de orientação.

1. OBJETIVOS

Os princípios básicos de prevenção e controle de infecções e de higiene das mãos são os mesmos nos serviços de saúde em todo o mundo. No entanto, o atendimento extra-hospitalar apresenta alguns desafios específicos relacionados à implementação da abordagem da OMS “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos”¹⁻³ e da “Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos”.^{1, 4}

Baseado nas evidências científicas disponíveis e no consenso de especialistas e com particular referência às Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde¹, o presente documento apresenta os seguintes objetivos:

- Discutir as evidências disponíveis relacionadas ao risco de transmissão de micro-organismos associados à assistência à saúde, pelas mãos, durante os procedimentos normalmente realizados em serviços extra-hospitalares;
- Abordar os aspectos específicos desses serviços e fornecer explicações práticas para a compreensão dos conceitos para a implementação da abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos”¹⁻² e da “Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos”^{1, 4} nos serviços extra-hospitalares;
- Fornecer exemplos práticos de cuidados típicos nesses locais para facilitar a implementação das recomendações de higiene das mãos e alcançar o nível de adesão ideal.

2. DEFINIÇÕES E ALCANCE

O presente documento visa abordar os aspectos práticos relacionados ao desempenho rotineiro de higiene das mãos durante o atendimento extra-hospitalar. Este documento não aborda a preparação cirúrgica das mãos (*favor consultar as Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde*¹).

Para efeitos do presente documento de orientação, o **atendimento extra-hospitalar** é definido como qualquer serviço de atendimento a pacientes que **não se encontram internados em um hospital**.

Os serviços de atendimento extra-hospitalar podem ser instituições públicas, privadas ou não governamentais. Uma definição semelhante foi utilizada, recentemente, no Guia para Prevenção de Infecções em Serviços Extra-hospitalares dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (*Centers for Disease Control and Prevention*) dos Estados Unidos.⁵

O atendimento extra-hospitalar inclui serviços de **atenção primária**^{1*}. De acordo com a Declaração de Alma-Ata⁶, estes são geralmente o primeiro nível de contato dos indivíduos

¹ A atenção básica ou atenção primária à saúde é definida como o “Nível inicial e básico de atenção à saúde que assegura a assistência global e a continuidade dos cuidados ao longo da vida do paciente, gerenciando, coordenando e controlando a demanda da atenção. Inclui atividades voltadas à promoção e educação em saúde, prevenção de doenças, prestação de cuidados de saúde, preservação e recuperação da saúde, bem como a reabilitação física”.

com o sistema de saúde nacional para problemas gerais de saúde ou medicina preventiva. Uma variedade mais ampla de serviços, diferentes ou mais especializados, está também incluída no conceito de atendimento extra-hospitalar.

Exemplos de serviço extra-hospitalar são departamentos hospitalares que se destinam a atendimento não hospitalar como policlínicas, clínicas especializadas (inclusive atendimento cirúrgico ambulatorial), policlínicas para casos de acidentes e de emergência, consultórios clínicos gerais, postos comunitários de saúde, centros de fisioterapia e reabilitação, laboratórios de diagnóstico e atendimento odontológico. O alcance do presente documento também inclui **cuidados domiciliares** e cuidados prestados em **instituições de longa permanência para idosos** (ILPI). O Apêndice I fornece uma definição ampla de cuidados de longa duração, de acordo com a OMS. Em geral, as ILPIs são ambientes de convivência comum onde os cuidados e a hospedagem são fornecidos por um serviço público, uma organização sem fins lucrativos ou uma empresa privada, como por exemplo casas de repouso / residenciais onde idosos ou pessoas com deficiência podem ficar temporariamente (em longo ou curto prazo) ou permanentemente. Estas instituições podem variar de acordo com o nível de cuidados de enfermagem especializados prestados e o tipo de residentes atendidos.

No serviço extra-hospitalar, a assistência dispensada pode ter como foco a prevenção e a promoção da saúde, fins paliativos, cura ou reabilitação, assistência especializada (por exemplo, unidades de diálise, centros oncológicos) ou de diagnóstico.

A atenção primária é o foco principal deste documento. Este tipo de atendimento pode variar amplamente entre os países e os serviços nos quais a assistência é realizada. Por exemplo, o serviço pode ser uma unidade de consultórios de médico generalista ou de consultas especializadas, postos de saúde rurais ou clínicas de extensão ou centros de atenção primária. Pode ser um local onde os indivíduos realizam consultas para uma grande variedade de problemas de saúde ou apenas algumas “doenças prioritárias”. Poderia ser um posto central a partir do qual os pacientes são direcionados por um sistema de saúde, um posto de saúde independente ou apenas um profissional de saúde comunitário. Estes ambientes podem ter, especialmente nos países desenvolvidos, equipes multidisciplinares, como médicos, enfermeiros, terapeutas, técnicos de laboratório, psicólogos e pessoal administrativo, mas o total de funcionários pode ser muito menor em comparação com serviços hospitalares. Por outro lado, em países de baixa ou média renda, esses ambientes podem estar localizados em áreas rurais remotas e muitas vezes apresentam falta de funcionários. Em alguns locais, o cuidado é prestado por um único profissional de saúde qualificado ou capacitado com o apoio de profissionais leigos que não pertencem à área da saúde (por exemplo, voluntários da comunidade) e, muitas vezes, os parentes do paciente.

3. PÚBLICO-ALVO

Este documento diz respeito a todos os indivíduos (normalmente os profissionais de saúde, mas também leigos em alguns locais) que prestam cuidados de saúde em regime ambulatorial, ILPIs ou em domicílio. Os alvos principais são os profissionais de linha de frente que prestam cuidados e precisam de apoio e orientação para aprimorar e aplicar as melhores práticas de higiene das mãos. Quando disponíveis, os profissionais com experiência em prevenção e controle de infecções / higiene são o grupo mais adequado para adaptar e adotar os conceitos apresentados neste documento de orientação, para dar suporte e capacitar os seus colegas que trabalham no ponto de assistência e também identificar as necessidades locais para a melhoria da higiene das mãos nestes serviços. Entretanto, há falta de profissionais de prevenção e controle de infecções na maior parte dos locais de atendimento ambulatorial em todo o mundo. Por esta razão, os conceitos incluídos no presente documento são expressos da maneira mais simples possível para permitir sua compreensão por qualquer profissional de saúde. Além disso, as ferramentas de implementação e educacionais simples acompanharão este documento de orientação. Os conceitos incluídos na seção 5 e os exemplos práticos previstos na seção 7 podem também ser úteis para os profissionais responsáveis pela verificação da adesão à higiene das mãos por meio de observação direta. Além disso, é fundamental compreender que os decisores (gestores) são também um público-alvo chave por causa de seu papel de definir prioridades, alocar recursos e delegar poderes a outros. A implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos^{1,4} no ambulatório exige decisões e ações em diversas áreas. É importante que os administradores, dirigentes e líderes estejam ativamente envolvidos no processo desde o início. Seu papel pode variar, desde tomar decisões-chave no processo de planejamento até ser um exemplo para a higiene das mãos.

4. POR QUE A HIGIENE DAS MÃOS É IMPORTANTE NO SERVIÇO EXTRA-HOSPITALAR?

4.1 Risco de transmissão de micro-organismos e de infecção nos serviços extra-hospitalares

O risco em adquirir infecção nos serviços extra-hospitalares é normalmente baixo. No entanto, poucos pesquisadores avaliaram sistematicamente a ocorrência e a dinâmica de transmissão de micro-organismos e infecção em populações de assistência extra-hospitalar e os dados atuais são escassos e, principalmente, desatualizados. As duas principais razões para a falta de dados são a dificuldade em diagnosticar infecções associadas à assistência à saúde, pela curta permanência do paciente no serviço extra-hospitalar, e diferenciar estas infecções daquelas adquiridas na comunidade.

De acordo com a opinião de especialistas, publicada na literatura científica na década de 1990, os dados disponíveis indicavam que o risco de infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS) foi substancialmente menor do que em hospitais⁷. Uma revisão da literatura de 1960 a 1990 identificou 53 relatórios documentando a transmissão de IRAS em consultórios médicos gerais, clínicas e serviços de emergência (23), salas e clínicas oftalmológicas (11), consultórios odontológicos (13) e locais de cuidados alternativos (6).⁸ As vias de transmissão identificadas foram fonte comum (29), de pessoa para pessoa (14) e transmissão aérea ou por gotículas (10). Os agentes mais comuns foram o *Mycobacterium* spp., o vírus da hepatite B (VHB), do sarampo, da rubéola e do adenovírus.⁸⁻⁹ Os surtos de IRAS relatados no atendimento extra-hospitalar estavam relacionados principalmente aos procedimentos invasivos. Um recente estudo observacional transversal realizado na Espanha para identificação de eventos adversos em 48 centros de atenção primária identificou um total de 1.074 eventos em 971 consultas (6,7% dos pacientes apresentaram mais de um evento).¹⁰ Destes, 55,5% foram relacionados a medicamentos; as IRAS representaram 7,4% dos eventos detectados, principalmente infecção do sítio cirúrgico (ISC) e/ou de ferida traumática (5,1%). A prevalência pontual estimada de eventos adversos detectados foi de 1,1%. Curiosamente, 64,3% dos eventos adversos não relacionados a IRAS e 78,9% de IRAS foram considerados como claramente evitáveis.

Devido à maior expectativa de vida, às dinâmicas sociais e ao desenvolvimento dos cuidados de reabilitação, um número crescente de indivíduos, especialmente os idosos, recebem cuidados em ILPIs e em unidades residenciais, principalmente em países de alta renda. As evidências acumuladas sugerem que os idosos têm maior risco em adquirir infecção em comparação com adultos mais jovens, sendo o risco de três

e 20 vezes maior de pneumonia e infecção do trato urinário (ITU), respectivamente. Os estudos disponíveis indicam que a prevalência de IRAS em ILPIs varia entre seis e 10 por 100 residentes.¹¹⁻¹² Em média, qualquer residente de ILPI desenvolve 1 a 3 infecções por ano, principalmente ITU e pneumonia. Constatou-se também que o início da infecção é a causa mais comum de internação hospitalar (26-50% das transferências de ILPIs para hospitais) e de morte entre os residentes de ILPIs, principalmente por pneumonia.¹¹⁻¹³ Em muitos casos, as IRAS decorrem de patógenos resistentes aos antimicrobianos; em especial, vários casos agregados e grandes surtos causados por enterobactérias multirresistentes e *Clostridium difficile* foram relatados em casas de repouso e ILPIs nos últimos anos.¹⁴⁻¹⁶ Além disso, em alguns estudos, constatou-se uma elevada proporção de residentes colonizados pelo *staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) nestes ambientes.¹⁷⁻¹⁸

Muitos fatores que aumentam o risco de IRAS em ILPIs foram identificados: ausência de profissionais e políticas de prevenção e controle de infecções; falta de pessoal de enfermagem e funcionários subqualificados; alta rotatividade de pessoal; antibioticoterapia inadequada; visitas e consultas médicas raras; e alta frequência de contatos sociais que facilitam a transmissão cruzada. Outros fatores de risco identificados para a colonização microbiana e a infecção são típicas da população idosa, como desnutrição, estado de imunossupressão, cateterismo urinário de longa duração, sondas para alimentação, úlceras de pressão e imobilidade crônica.^{13, 1}

As evidências disponíveis do impacto das IRAS nestes serviços permanecem limitadas e mais pesquisas tornam-se urgentemente necessárias para identificar a extensão do problema e suas implicações na segurança do paciente. Outro ponto importante é que poucos esforços foram dedicados à adaptação e implementação de políticas e recomendações para a prevenção e o controle de infecções nesses serviços, levando em consideração os fatores específicos de risco em idosos, as infraestruturas, os recursos disponíveis nas ILPIs, o tipo de atendimento prestado e os riscos de transmissão decorrentes da vida em comunidade e dos contatos sociais.

4.2 O papel das mãos na transmissão microbiana em serviços de atendimento extra-hospitalar

Embora as mãos dos profissionais de saúde tenham comprovadamente um papel crucial na transmissão de micro-organismos em ambientes hospitalares,²⁰ continua sendo difícil definir o papel da transmissão pelas mãos nos serviços extra-hospitalares ou na atenção primária. Vários estudos realizados nesses serviços mostram que as mãos dos profissionais de saúde estão contaminadas por micro-organismos potencialmente patogênicos. A partir de amostras microbiológicas coletadas das mãos de médicos em serviço pediátrico de atenção primária e clínicas de dermatologia,

Cohen e colegas isolaram *Staphylococcus* spp. (85,4% e 84,6% dos casos, respectivamente), *Staphylococcus aureus* (56,4% e 69,2% dos casos, respectivamente) e MRSA (9,1% e 7,7% dos casos, respectivamente)²¹⁻²². Girier e Le Goaziou detectaram a presença de bactérias nas mãos, estetoscópios e manguitos de pressão dos médicos generalistas em 9% das amostras coletadas.²³ As amostras das mãos de oftalmologistas foram positivas para pelo menos um micro-organismo residente e um transitório em 97,2% e 22,2% dos casos, respectivamente.²⁴

Em serviços de diálise, o ácido ribonucleico de vírus da hepatite C (VHC) foi encontrado em 23,7% das amostras das mãos dos profissionais de saúde cuidadores de pacientes VHC-positivos. Foi também detectado em 8% das amostras de profissionais de saúde que prestaram cuidados a pacientes VHC-negativos ($p < 0,003$) e em 3,3% das amostras de profissionais de saúde que entravam na unidade de diálise antes de terem qualquer contato com os pacientes.²⁵ As mãos dos pacientes podem também estar contaminadas ou colonizadas. Um estudo realizado entre pacientes colonizados por enterococos resistentes à vancomicina (VRE) submetidos à hemodiálise ambulatorial demonstrou que suas mãos estavam colonizadas por VRE (36%) e que cadeiras de hemodiálise, macas de consulta e aventais dos profissionais de saúde da enfermagem estavam contaminados pela mesma bactéria (58%, 48% e 20%, respectivamente).²⁶ Resultados semelhantes, embora com diferentes micro-organismos, foram encontrados em serviços extra-hospitalares que prestam atendimento a pacientes acometidos por fibrose cística.²⁷

Apesar destas evidências de contaminação e de colonização das mãos por micro-organismos potencialmente danosos, poucos relatos de surtos ocorridos em serviços extra-hospitalares identificaram as mãos como via de transmissão dos micro-organismos. Isto pode ser devido, em parte, à crença de que a transmissão ocorre apenas durante a prestação do cuidado em serviços de saúde e não na comunidade, assim como a dificuldade de realização do seguimento de pacientes ambulatoriais. As mãos foram consideradas um dos possíveis determinantes de candidemia em um surto entre pacientes pediátricos submetidos à nutrição parenteral²⁸ e um caso de tuberculose por otite média.²⁹ A transmissão pelas mãos foi considerada o primeiro possível determinante de infecções cutâneas por MRSA adquirido na comunidade entre os profissionais de saúde em uma clínica ambulatorial.³⁰ Finalmente, as unhas postiças de enfermeiras foram identificadas como a causa da transmissão em um surto de infecção da corrente sanguínea por *Serratia marcescens* em cinco pacientes que realizaram diálise utilizando-se cateteres tunelizados.³¹

Na ILPI, o risco de transmissão de micro-organismos relacionado à assistência à saúde pelas mãos é importante porque ocorrem muitos contatos com residentes. No entanto,

as evidências científicas permanecem escassas. O único estudo que pesquisou o papel das mãos na transmissão de MRSA em ILPIs não conseguiu provar a relação entre a colonização de pacientes e a colonização das mãos dos profissionais de saúde.³² Um estudo realizado em 1992 em uma casa de repouso demonstrou que a higiene das mãos e o uso adequado de luvas evitaram a colonização das mãos dos profissionais de saúde por MRSA e *Clostridium difficile*.³³ Contudo, este achado não parece estar relacionado com qualquer desfecho de infecção ou colonização de pacientes. Como evidências indiretas de transmissão pelas mãos, Loeb e colegas sugerem que estruturas adequadas para a prevenção e o controle de infecções e a presença de profissionais qualificados são as primeiras condições para a adesão à higiene das mãos e proteção contra micro-organismos multirresistentes. Em uma unidade residencial de idosos, um aumento no número de pias por 100 residentes foi associado a um risco reduzido de enterobactérias resistentes a trimetoprima+sulfametoxazol.³⁴

4.3 Práticas de higiene das mãos em serviços extra-hospitalares

A cultura de prevenção e controle de infecções, incluindo a da higiene das mãos, não parece estar bem estabelecida entre as principais prioridades em serviços extra-hospitalares ao redor do mundo. Não existem orientações específicas internacionais sobre o tema; no entanto, o CDC, dos Estados Unidos, publicou recentemente um documento voltado para esse tema acompanhado pela implementação de uma lista de verificação.^{5,35} Apesar de não incluir uma seção de revisão das possíveis vias de transmissão ou evidências destacando o impacto das IRAS em serviço extra-hospitalar, a higiene das mãos é reconhecida como fundamental para reduzir o risco de infecções nestes serviços.

Vários estudos mostram que a adesão à higiene das mãos, em especial, entre profissionais em geral e médicos que trabalham em pediatria, dermatologia e diálise, está bem abaixo de 50%.^{21-22,36-38} Por exemplo, em estudo multicêntrico realizado em unidades de diálise na Espanha, a adesão à higiene das mãos era apenas de 13,8% antes do contato com o paciente e 35,6%, após o contato com o paciente, sendo que as luvas foram utilizadas em 92,9% destas ocasiões.³⁶ No entanto, a observação de práticas de higiene das mãos foi realizada utilizando diferentes métodos na maioria dos estudos e os dados são fracamente comparáveis. As diferenças mais relevantes residem nas definições de oportunidades de higiene das mãos, no tipo de indicações detectadas e nas diferentes formas de calcular o seu número (mais de uma indicação por oportunidade pode ocorrer). Semelhante ao ambiente hospitalar, os profissionais que trabalham em serviço extra-hospitalar percebem o seu próprio desempenho na higiene das mãos muito mais próximo do ideal do que realmente realizam e justificam a baixa adesão com a falta de tempo ou com o fato de que a doença do paciente não é transmissível.³⁹⁻⁴⁰

Um estudo recente destaca conclusões interessantes sobre as práticas de controle de infecções em 68 centros cirúrgicos ambulatoriais nos EUA.⁴¹ As observações focaram em cinco áreas de controle de infecções: higiene das mãos; injeção segura e manuseio de medicação; processamento de equipamentos; limpeza ambiental; e manuseio de equipamento de monitoramento de glicemia. Ao todo, 67,6% dos centros tiveram pelo menos uma falha no controle das infecções e 17,6% tiveram falhas em três ou mais (das cinco) categorias de controle de infecções. As falhas comuns foram o manuseio de equipamento de monitoramento da glicemia (46,3%), o uso de frascos de medicação de dose única para mais de um paciente (28,1%) e a não adesão às práticas recomendadas para o processamento de equipamentos (28,4%). A proporção de falhas no desempenho da higiene das mãos antes e após o procedimento cirúrgico foi de 17,7%, o que é relativamente alto, uma vez que a higiene das mãos é a base para a prevenção das ISC.

Alguns estudos investigaram as práticas de higiene das mãos dos profissionais de saúde nas ILPIs. Embora em alguns casos sejam relatadas taxas de adesão relativamente mais altas do que nos hospitais, não é possível realizar uma comparação significativa devido aos diferentes métodos utilizados nos vários estudos. Em estudo observacional realizado em dois hospitais de reabilitação, a adesão à higiene das mãos, segundo a abordagem da OMS “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos”, foi de 70,8%.⁴² Girou relatou nível de adesão de 60,8% em cinco unidades de uma clínica de reabilitação e uma forte associação foi observada entre a adesão à higiene das mãos e a prevalência de MRSA.⁴³ Em estudo multicêntrico incluindo uma ILPI, a maior taxa de adesão à higiene das mãos foi observada na ILPI (38%) em comparação a outros tipos de serviços.⁴⁴ Na Itália e no Canadá, foram observados níveis de adesão bem baixos de higiene das mãos em ILPIs, ou seja, 17,5% e 14,7%, respectivamente.^{45, 46} Em ILPI universitária, os profissionais de saúde lavavam as mãos antes de uma interação com o paciente (incluindo alimentação oral, realização de banho, transferência, cuidados do trato urinário, dispensação de medicação oral, tratamento de feridas, troca de roupa de cama suja ou cuidado com dieta) em 27% dos casos, 0% durante uma interação e 63% após uma interação.⁴⁷

Apesar da falta de evidências de uma relação direta entre contaminação das mãos de profissionais de saúde e IRAS nas ILPIs, as intervenções multimodais que levam à melhoria da adesão à higiene das mãos, da infraestrutura e do conhecimento dos profissionais de saúde têm demonstrado seu impacto significativo nas IRAS. Dois importantes estudos relataram um aumento da adesão (de 25,8% para 33,3% e de 9,3% para 30,4%, respectivamente) e uma diminuição significativa das IRAS.⁴⁸⁻⁴⁹ Outro estudo caso-controle comparou unidades em que um produto de higiene para as mãos foi introduzido com as unidades em que este não estava disponível, mostrando uma redução de 30,4% nas

taxas de infecção em unidades que faziam uso do novo produto durante um período de 34 meses.⁵⁰

Portanto, embora os relatórios e os dados científicos sejam limitados e muitas questões de pesquisa permaneçam sem resposta, é claro que as contaminações das mãos e do ambiente desempenham um papel importante na transmissão microbiana e determinam o risco de infecção no atendimento extra-hospitalar. Além disso, houve recentemente uma mudança significativa na prestação da assistência à saúde e um número crescente de procedimentos é realizado em serviços ambulatoriais e domiciliares, especialmente em pacientes de alto risco (por exemplo, pacientes submetidos à diálise e pacientes oncológicos). É importante também considerar as crescentes evidências da circulação de micro-organismos tipicamente hospitalares (multirresistentes) na comunidade. Por exemplo, houve um número crescente de infecções por MRSA originadas na comunidade durante a última década, bem como uma circulação aumentada na comunidade de MRSA hospitalares.⁵¹ As betalactamases de espectro estendido (ESBL) originadas na comunidade – produzindo infecções por *Escherichia coli*, em particular infecção do trato urinário (ITU) grave, também surgiram recentemente e se propagaram em todo o mundo.⁵² As mãos dos profissionais de saúde desempenham um papel importante na transmissão dessas bactérias.

Existem poucos dados que permitam uma avaliação precisa do risco global e específico da transmissão de micro-organismos e IRAS em serviços extra-hospitalares, especialmente na atenção primária. Por esta razão, é difícil estabelecer, em alguns contextos, a força das recomendações relativas às práticas de prevenção e controle de infecções, inclusive de higiene das mãos. As recomendações devem considerar os princípios básicos de prevenção e controle de infecções aplicadas nos hospitais com base no consenso entre os especialistas. Os principais aspectos norteadores da avaliação da necessidade de higiene das mãos e de outras práticas de prevenção e controle de infecções são o risco de transmissão de acordo com o procedimento e a transmissibilidade do agente infeccioso, o risco de infecção para o paciente e o profissional de saúde, o estado conhecido ou suspeito de colonização do paciente e a susceptibilidade baseada nas condições subjacentes, assim como as circunstâncias habituais, a frequência e a duração do procedimento.

5. APLICAÇÃO DA ABORDAGEM “MEUS 5 MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS” NO SERVIÇO EXTRA-HOSPITALAR

5.1 Os conceitos de ambiente do paciente e ambiente assistencial nos serviços extra-hospitalares

Cinco momentos essenciais (indicações) em que há necessidade de higiene das mãos durante os cuidados assistenciais foram identificados pela OMS (Figura 1).

FIGURA 1

Ilustração do conceito “Meus 5 Momentos para a HIGIENE das Mãos”

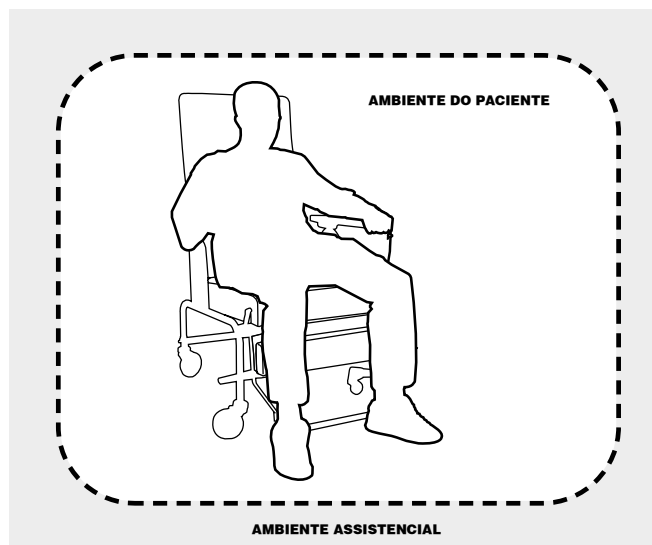


A implementação da abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos”¹⁻³ exige uma compreensão dos conceitos-chave **ambiente do paciente**, **ambiente assistencial** e **locais críticos**, uma vez que cada uma das cinco indicações de higiene das mãos (“Momentos”) é definida pelos contatos consecutivos com as superfícies contidas em entre estas áreas “geográficas”.³ Estes conceitos foram implementados em todo o mundo em unidade do hospital onde o paciente é internado ou em outro serviço de saúde.

O **ambiente do paciente** inclui o paciente e algumas superfícies e produtos ou equipamentos para a saúde localizados em áreas próximas que estão temporariamente e exclusivamente destinados ao paciente (por exemplo, todas as superfícies inanimadas que são tocadas pelo paciente ou em contato físico direto com ele, assim como aquelas tocadas pelos profissionais de saúde durante o cuidado assistencial), incluindo os pertences pessoais do paciente.¹⁻³ O racional microbiológico por trás deste conceito é o fato de que as áreas próximas ao paciente e qualquer dispositivo utilizado neste ficam contaminados pela sua microbiota, pelo contato direto ou pela disseminação microbiana (Figura 2).

FIGURA 2

Ilustração dos conceitos de “ambiente do paciente” e “ambiente assistencial”



Dentro do ambiente do paciente, locais específicos chamados de **locais críticos** estão associados ao risco de infecção. Estes correspondem tanto a locais do corpo como a dispositivos para a saúde que devem ser protegidos contra os patógenos (locais críticos com risco de infecção para o paciente), ou locais do corpo ou dispositivos que possivelmente levem à exposição das mãos a fluidos corporais e patógenos transmitidos pelo sangue (locais críticos com risco de exposição a fluidos corporais). Ambos os riscos podem ocorrer simultaneamente. Estes locais são pontos vulneráveis para o paciente com defesa reduzida contra a invasão microbiana e, ao mesmo tempo, muitas vezes representam um risco para a exposição dos profissionais de saúde a fluidos corporais. A pele do paciente e as áreas próximas são colonizadas ou contaminadas pela microbiota do próprio paciente, o que caracteriza a especificidade da área do paciente, tornando-a uma área distinta do ambiente assistencial.

O **ambiente assistencial** corresponde a todas as superfícies físicas fora do ambiente do paciente, incluindo outros pacientes e seus respectivos ambientes (ambiente de paciente) e as demais áreas gerais da unidade. Na maioria das unidades, o ambiente assistencial é caracterizado pela presença de vários e inúmeros micro-organismos, inclusive micro-organismos multirresistentes, mesmo após execução de limpeza adequada. No que concerne ao desempenho da higiene das mãos, a distinção geográfica entre o ambiente do paciente e o ambiente assistencial ajuda a prevenir a transmissão microbiana entre pacientes e a contaminação do ambiente assistencial. Outro conceito fundamental para entender os requisitos de higiene das mãos é o termo “ponto de assistência”. A higiene das mãos deve ser realizada no ponto de assistência, que é exatamente onde o cuidado assistencial ocorre e é definido como “o lugar onde se

reúnem três elementos: o paciente, o profissional de saúde e os cuidados ou tratamento que incluem o contato com o paciente³⁹.



Mais detalhes sobre estes conceitos estão disponíveis nas Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde¹ e o Manual de Referência Técnica para a Higiene das Mãos da OMS³.

Em serviços extra-hospitalares, principalmente em situações de atenção primária, o entendimento desses conceitos exige consideração especial. Por exemplo, no que tange ao conceito de **ambiente do paciente** acima explicado, em muitos casos não há espaço e itens ou superfícies temporariamente (durante um período de tempo concebível) dedicados exclusivamente a um paciente. Nestas situações, o acesso do paciente aos cuidados de saúde é geralmente limitado a um curto período de tempo e o espaço destinado ao atendimento acomoda sucessivamente muitos outros pacientes. Além disso, o tempo necessário para a contaminação real das áreas próximas pela microbiota do paciente permanece praticamente desconhecido. Nestas condições, o conceito de ambiente do paciente coincide apenas com ele próprio. No entanto, de acordo com a definição acima e incluindo as áreas próximas do paciente, o conceito de ambiente do paciente como área geográfica aplica-se em alguns serviços extra-hospitalares em que o paciente fica durante certo tempo num espaço com equipamentos para a saúde (por exemplo, serviços de diálise, salas para administração de quimioterapia, salas de pré-parto e parto).

O conceito de **ambiente do paciente** aplica-se também à **assistência domiciliar**. Neste serviço, o ambiente do paciente corresponde ao paciente (sua pele intacta e vestuário) e o ambiente da residência, que está contaminado principalmente pela microbiota do paciente. Quaisquer itens de assistência e recipientes de transporte (*containers*) trazidos pelos profissionais de saúde representam o ambiente assistencial. O ponto de assistência é onde ocorre o procedimento.

A aplicação do conceito de **ambiente do paciente** e a identificação de necessidades de higiene das mãos nas **ILPIs** são particularmente desafiadoras. Nas casas de repouso especializadas, onde os residentes são portadores de deficiências mentais ou físicas e, principalmente, são assistidos em um espaço com equipamentos para a saúde, esses conceitos e recomendações devem ser aplicados da mesma forma que nos hospitais. No caso de unidades residenciais em que os moradores são semiautônomos e vivem em uma comunidade, estes podem ter seu próprio quarto ou acomodação compartilhados, mas também circulam dentro da unidade. Nestes locais, as recomendações de higiene das mãos fornecidas no presente documento estão relacionadas apenas a situações em que os cuidados de

saúde são prestados a moradores (por exemplo, sessões de reabilitação, verificação dos sinais vitais), ou seja, o ponto de assistência (onde ocorre o procedimento de atendimento). Vale ressaltar que as recomendações de higiene das mãos inseridas neste documento não incluem os contatos sociais com ou entre os residentes de ILPIs não relacionados à prestação de cuidados de saúde.

Em serviços extra-hospitalares, é extremamente importante que o profissional de saúde entenda que o ambiente assistencial é contaminado por micro-organismos trazidos pelos pacientes, profissionais de saúde e outros. Evidências mostram também que os micro-organismos que circulam na comunidade podem conter padrões de resistência prejudiciais, especialmente MRSA adquiridos na comunidade e enterobactérias produtoras de ESBL.⁵¹⁻⁵²



A contaminação do ambiente de assistência à saúde representa um risco de transmissão, particularmente pelas mãos dos profissionais de saúde, que deve ser considerada em cada situação, devendo também ser exigida a higiene das mãos. Por esta razão, atenção máxima deve ser dada à limpeza do ambiente e à limpeza, desinfecção e esterilização de itens críticos, semicríticos e não críticos em serviços extra-hospitalares, de acordo com as recomendações nacionais e internacionais.^{5, 35, 53-54}

Para ajudar a focar na higiene das mãos quando criticamente necessário, o profissional de saúde deve identificar **o ponto de assistência**, no ambiente do paciente, como o foco para a higiene das mãos e onde esta deve ser realizada, especialmente nos cinco momentos específicos. A abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos” é detalhada na próxima seção com algumas adaptações de expressões para assegurar uma melhor compreensão nos serviços extra-hospitalares. Embora o conceito básico não mude, a grande variedade de áreas próximas ao paciente deve ser considerada, de acordo com as explicações acima.

5.2 A abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos” no serviço extra-hospitalar

De acordo com a abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos” da OMS¹⁻³, as indicações de higiene das mãos recomendadas pelas Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde¹ correspondem a cinco momentos essenciais em que esta prática é necessária durante o cuidado assistencial. O contato direto e indireto (objeto intermediário ou fluido corporal) com o paciente justifica a necessidade de uma ou mais indicações de higiene das mãos antes e após o contato, de modo a prevenir a transmissão de micro-organismos ao paciente, ao profissional de saúde ou ao ambiente assistencial.

Os tipos de contato mais frequentes são:

- Contato com a pele intacta do paciente;
- Contato com membranas mucosas, pele não íntegra ou dispositivo invasivo que corresponde a um local crítico, significando risco para o paciente (por exemplo, acesso vascular). Este tipo de local crítico não deve ser contaminado com quaisquer tipos de micro-organismos exógenos ou endógenos durante a realização do procedimento;
- Contato potencial ou real com fluidos corporais que corresponde a um local crítico que significa risco para o profissional de saúde (por exemplo, sítio vascular para coleta de sangue), incluindo o contato com membranas mucosas e pele não intacta (locais críticos com risco de exposição a fluidos corporais). Estes podem conter micro-organismos e sua disseminação para outras áreas deve ser evitada. O risco de transmissão de micro-organismos deve ser considerado cada vez que um local crítico é envolvido numa atividade assistencial;
- Contato com áreas próximas ao paciente, quando superfícies e objetos estão temporariamente e exclusivamente dedicados a um paciente em serviços extra-hospitalares. As superfícies e os objetos nessas áreas devem ser limpos e desinfetados entre os pacientes, em especial em ambientes e situações de alto risco (por exemplo, diálise, cuidados oncológicos, entre outros).^{5, 35, 53-54}

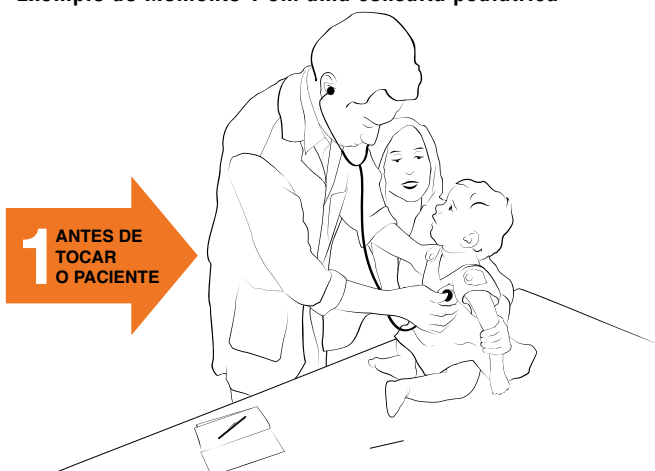
Indicação (Momento 1) Antes de tocar o paciente

Quando: Antes de tocar o paciente. Essa indicação é determinada pela ocorrência do último contato com o ambiente assistencial e o próximo contato com o paciente.

Por que: para evitar a transmissão de micro-organismos do ambiente assistencial para o paciente. Fundamentalmente, para proteger o paciente contra a colonização e, em alguns casos, contra a infecção exógena por patógenos transportados pelas mãos dos profissionais da saúde.

FIGURA 3

Exemplo do Momento 1 em uma consulta pediátrica



Indicação (Momento 2)

Antes de realizar procedimento limpo/asséptico
(em local crítico com risco de infecção para o paciente)

Quando: imediatamente antes de acessar um local crítico com risco de infecção para o paciente. Esta indicação é determinada pelo último contato com qualquer superfície do ambiente assistencial e do ambiente do paciente e qualquer procedimento limpo/asséptico envolvendo qualquer contato direto/indireto com membranas mucosas, pele não íntegra ou dispositivo invasivo.

Por que: para evitar a transmissão de micro-organismos para o paciente e de um sítio anatômico para outro no mesmo paciente (contaminação endógena), assim como do ambiente assistencial para o paciente (contaminação exógena).

FIGURA 4

Exemplo do Momento 2 durante o atendimento odontológico



Observações

Se houver uma indicação para o uso de luvas para realizar um procedimento limpo/asséptico (ver o Folheto Informativo sobre o Uso de Luvas⁵⁵), estas devem ser calçadas logo após a higiene das mãos e imediatamente antes do procedimento. Posteriormente, a higiene das mãos deve ser realizada novamente de acordo com as oportunidades que ocorram durante a sequência das atividades da assistência; as luvas devem ser trocadas se houver nova necessidade de usá-las. Esta indicação (Momento 2) não é definida por uma sequência de ações, mas sim por contato direto ou indireto com membranas mucosas, pele lesionada ou dispositivo invasivo.

Indicação (Momento) 3

Após risco de exposição a fluidos corporais

Quando: imediatamente após o término do procedimento que envolve o risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção das luvas). Esta indicação é determinada pelo contato (mesmo que mínimo e não claramente visível) com sangue ou outro fluido corporal e o próximo contato com qualquer superfície, paciente, superfícies próximas ao paciente ou ambiente assistencial.

Por que: para proteger o profissional de saúde contra a colonização ou infecção por micro-organismos do paciente e para proteger o ambiente assistencial contra a contaminação por micro-organismos e a possível disseminação subsequente.

FIGURA 5

Exemplo do Momento 3 durante a hemodiálise no atendimento ambulatorial



Observações

Se o profissional de saúde estiver usando luvas no momento da exposição a fluidos corporais, estas devem ser removidas imediatamente após o cuidado prestado e realizada a higiene das mãos. Se o procedimento for repetido em diferentes pacientes na sequência e o uso de luvas for indicado (ver o Folheto Informativo sobre o Uso de Luvas⁵⁵), as luvas devem ser trocadas entre os pacientes e realizada a higiene das mãos. Em alguns casos, as luvas devem ser trocadas entre diferentes sítios anatômicos no mesmo paciente (por exemplo, duas feridas diferentes em dois locais diferentes do corpo, ou entre o atendimento bucal e de feridas).

Indicação (Momento) 4

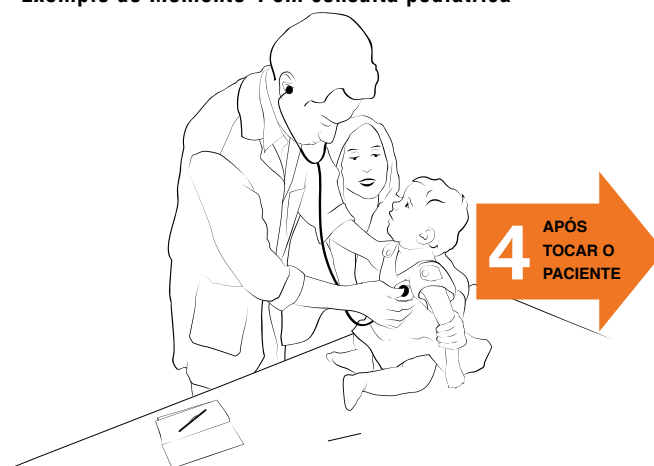
Após tocar o paciente

Quando: após tocar o paciente, normalmente ao final do cuidado ou quando o cuidado é interrompido. Esta indicação é determinada pela ocorrência de um contato com a pele intacta ou vestuário do paciente e o próximo contato com uma superfície no ambiente assistencial.

Por que: para proteger o profissional de saúde contra a colonização e a infecção potencial por micro-organismos do paciente e para proteger o ambiente assistencial contra a contaminação por micro-organismos e disseminação potencial.

FIGURA 6

Exemplo do Momento 4 em consulta pediátrica



Indicação (Momento) 5

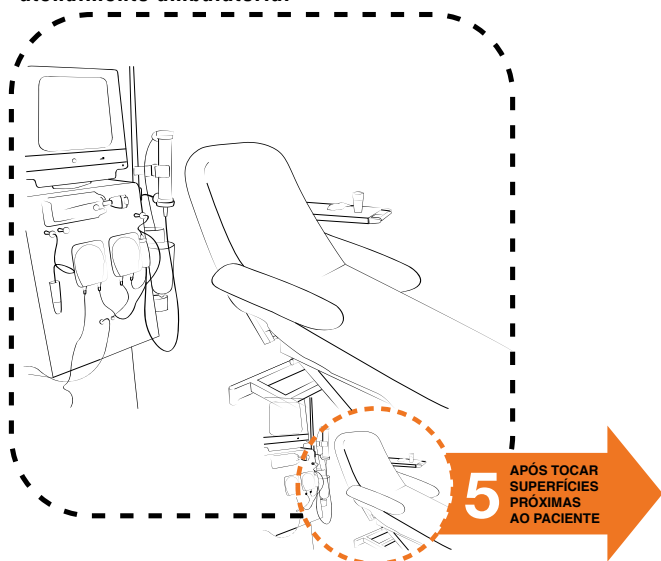
Após tocar superfícies próximas ao paciente

Quando: após tocar quaisquer objetos ou mobiliário (sem contato com o paciente) próximos ao paciente quando uma área (ambiente) específica é temporariamente e exclusivamente destinada a um paciente no serviço extra-hospitalar. Esta indicação é determinada pelo último contato com objetos e superfícies inertes nas imediações do paciente (sem ter tocado o paciente) e o próximo contato com uma superfície do ambiente assistencial

Por que: para proteger o profissional de saúde contra a colonização por micro-organismos do paciente que podem estar presentes em superfícies e objetos próximos ao paciente e para proteger o ambiente assistencial da contaminação microbiana e disseminação potencial.

FIGURA 7

Exemplo do Momento 5 após sessão de hemodiálise no atendimento ambulatorial



5 APÓS TOCAR SUPERFÍCIES PRÓXIMAS AO PACIENTE

Observações

- Esta indicação aplica-se a serviço extra-hospitalar, especialmente quando o paciente é colocado, por um determinado período de tempo, em um espaço com equipamentos para a saúde (por exemplo, clínica de diálise, clínica de atendimento odontológico, salas de quimioterapia, salas de trabalho de parto e de parto). Neste caso, as superfícies e os objetos nas imediações do paciente ficam contaminados e exigem, portanto, limpeza e desinfecção, de acordo com as normas internacionais, após a saída do paciente.
- Na perspectiva de um observador que monitora as práticas de higiene das mãos, as indicações 4 (após tocar o paciente) e 5 (após tocar superfícies próximas ao paciente) não devem nunca ser combinadas, uma vez que a indicação 5 exclui o contato com o paciente e a indicação 4 aplica-se somente após contato com o paciente.

6. IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA MULTIMODAL DA OMS PARA A MELHORIA DA HIGIENE DAS MÃOS E AS FERRAMENTAS

NA ASSISTÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR

A melhoria bem sucedida e sustentada da higiene das mãos é alcançada mediante a implementação de várias ações para enfrentar diferentes barreiras comportamentais.⁵⁶ De acordo com as evidências e recomendações das Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde¹, os seguintes componentes compreendem uma estratégia multimodal eficaz para a higiene das mãos: mudança de sistema; formação e educação; avaliação e retroalimentação; lembretes no local de trabalho; e um clima de segurança institucional. A Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos⁴ foi proposta para traduzir na prática as recomendações da OMS sobre a higiene das mãos. A estratégia e as ferramentas de implementação foram testadas em uma grande variedade de serviços hospitalares com excelentes resultados em termos de viabilidade e de melhoria das práticas de higiene das mãos, da infraestrutura, do conhecimento, das percepções dos profissionais de saúde e de altos dirigentes administrativos sobre a importância de IRAS e da adesão à higiene das mãos.¹ A implementação demonstrou que cada componente individual, bem como sua integração na estratégia global, é essencial para o sucesso. As seções a seguir explicam as principais características de cada componente estratégico e fornecem considerações sobre sua implementação e adaptação em serviços extra-hospitalares.

6.1 Mudança de sistema



A mudança de sistema refere-se a uma abordagem sistemática para assegurar que o serviço de saúde tenha a infraestrutura (equipamentos e instalações) necessária para que os profissionais de saúde realizem a higiene das mãos. É uma prioridade particularmente importante para os serviços de saúde iniciar sua jornada nas atividades de melhoria de higiene das mãos, assumindo e esperando que toda a infraestrutura necessária esteja imediatamente disponível. No entanto, é também fundamental que os serviços de saúde reavaliem regularmente a infraestrutura necessária para assegurar um alto padrão de higiene das mãos.

A introdução de preparações alcoólicas para a higiene das mãos no ponto de assistência é importante para superar algumas barreiras importantes para as melhores práticas de higiene das mãos, tais como a falta de tempo, a falta de instalações e produtos ideais, a baixa tolerabilidade aos produtos de higiene das mãos ou a localização inconveniente de pias e de dispensadores. As preparações alcoólicas para

a higiene das mãos devem ser utilizadas como meio preferido de prática de higiene das mãos nos cuidados assistenciais^{1,57}, incluindo os serviços extra-hospitalares, pelas seguintes razões: seu amplo espectro antimicrobiano em relação a outros agentes; tempo reduzido (20-30 segundos) para a efetividade antimicrobiana; melhor tolerabilidade da pele; e seu potencial para maior acessibilidade no ponto de assistência. As preparações alcoólicas para a higiene das mãos devem estar disponíveis em cada ponto de assistência (ver Seção 5), por meio de dispensadores em paredes ou frascos em carrinhos ou frascos individuais de bolso portados pelos profissionais de saúde. A disponibilidade de preparações alcoólicas para a higiene das mãos em dispensadores de parede em áreas de espera do paciente e/ou na entrada do serviço extra-hospitalar oferece uma solução ideal para prevenir a transferência de micro-organismos associados aos cuidados de saúde diretamente na comunidade, desde que o seu uso seja acompanhado de informações para o paciente.

Ao selecionar um produto alcoólico, seja para a aquisição inicial ou ao reconsiderar a adequação de produto já disponível, é importante utilizar certos critérios precisos para o alcance de uma mudança de sistema exitosa, a saber:⁵⁸⁻⁵⁹

- 1) a eficácia das preparações alcoólicas (ver Parte I.10 das Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde), de acordo com as normas internacionais (ASTM) ou europeias (EN) para a antissepsia de saúde ia das mãos e preparo cirúrgico das mãos;
- 2) boa tolerância cutânea e dérmica;
- 3) custo;
- 4) tempo de secagem (os produtos que precisam de maior tempo de secagem podem afetar a melhor prática de higiene das mãos);
- 5) preferências de profissionais de saúde e pacientes (fragrância, cor, textura e “viscosidade”) e facilidade de uso;
- 6) considerações práticas, como disponibilidade, conveniência e funcionamento do dispensador, assim como a capacidade de prevenir a contaminação.

Ao avaliar esses critérios localmente, os profissionais de saúde devem estar envolvidos no processo de discussão e de decisão, bem como notificar qualquer funcionamento defeituoso ou situação que possa levar à contaminação. As preparações alcoólicas para a higiene das mãos podem ser adquiridas no mercado comercial, aplicando os critérios de sua seleção ou podem ser produzidas localmente, de acordo com as formulações recomendadas pela OMS⁶⁰ em uma unidade centralizada de produção para posterior distribuição para os serviços extra-hospitalares da região.

Se as preparações alcoólicas para a higiene das mãos já estiverem disponíveis, isso não significa necessariamente o alcance total da mudança de sistema. Nestes locais, o foco deve ser avaliar se o tipo de dispensadores utilizados e sua localização asseguram acesso adequado e fácil, bem

como acompanhar a sua utilização e aceitação efetiva pelos profissionais de saúde. Vale notar que o recurso de higienizar as mãos com sabonete líquido e água é ainda necessário em algumas situações específicas (quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais, após usar o banheiro, ou se a exposição a possíveis patógenos formadores de esporos é fortemente suspeita ou comprovada). Portanto, a disponibilidade de um número correto de pias (pelo menos uma por sala de cuidados e de equipamentos ou tratamento de resíduos e nos banheiros)⁶¹ com água corrente segura e continuamente abastecida com sabonete líquido e toalhas descartáveis deve ser assegurada em serviços extra-hospitalares. Todos esses três elementos são necessários para permitir as melhores práticas de higienizar as mãos com sabonete e água.

Quaisquer deficiências devem ser sanadas prontamente e a infraestrutura para higienizar as mãos deve ser melhorada. Em muitas partes do mundo em desenvolvimento, os serviços de saúde podem não possuir água de torneira encanada ou esta pode estar disponível apenas intermitentemente. O armazenamento local de água suficiente é muitas vezes a única opção em locais sem abastecimento confiável. No entanto, essa água é comprovadamente propensa à contaminação microbiana, a menos que não seja armazenada e utilizada de forma adequada e pode necessitar de tratamento no ponto de consumo e desinfecção no local.¹ Entre outras vantagens, esta é uma das razões pelas quais o fornecimento de preparações alcoólicas para a higiene das mãos é de suma importância, uma vez que poderia superar esse obstáculo à melhoria da higiene das mãos.

6.2 Formação e educação



A educação dos profissionais de saúde é um dos pilares para a melhoria das práticas de higiene das mãos.⁶² Recomenda-se que a higiene das mãos e outros conceitos críticos de prevenção e controle de infecções sejam incluídos cedo na grade curricular das faculdades universitárias de medicina e escolas de enfermagem.⁶³ Todos os profissionais de saúde em serviço extra-hospitalar, particularmente aqueles com contato direto com pacientes, precisam de formação contínua sobre a importância da higiene das mãos, a abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos”¹⁻³ e as técnicas corretas para higienizar as mãos com sabonete líquido e água. friccionando as mãos com preparações alcoólicas para as mãos.⁶⁴⁻⁶⁵

A educação é um elemento estratégico vital que integra fortemente todos os elementos com outros componentes estratégicos. Sem formação prática adequada, é improvável que a mudança de sistema leve à mudança de comportamento com a adoção de preparações alcoólicas para a higiene das mãos e melhoria contínua da adesão à higiene das mãos. Quaisquer atividades de avaliação e

retroalimentação sobre as práticas locais de higiene das mãos ou conhecimento dos profissionais de saúde devem utilizar indicadores baseados nos conceitos-alvo da educação para ajudar os profissionais de saúde a entenderem suas deficiências. Além disso, a maioria dos tipos de lembretes (por exemplo, cartazes) deve ser elaborada para chamar a atenção para as principais mensagens educativas. Por fim, a construção de uma sólida e autêntica cultura de segurança institucional está intrinsecamente ligada às intervenções educativas efetivas. Embora as condições essenciais para o treinamento e educação, tais como a disponibilidade de especialista em prevenção e controle de infecções, as instalações adequadas, o orçamento e o tempo específico durante o horário de trabalho requeiram o seu estabelecimento e/ou otimização no serviço extra-hospitalar, as autoridades de saúde e instituições devem se comprometer abertamente com a educação do pessoal e identificar formas viáveis para a sua prestação.

Muitas técnicas diferentes podem ser utilizadas para a formação e as mais adequadas devem ser identificadas com base nas oportunidades locais e na organização local do trabalho. As apresentações formais podem ser ministradas por formadores, incluindo demonstrações e exemplos práticos de como e quando realizar a higiene das mãos, de acordo com a abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos”. Idealmente, o formador deverá possuir um conhecimento básico sobre prevenção e controle de infecções e experiência nas técnicas de ensino e cuidados assistenciais. Subsídios educativos adequados sobre higiene das mãos devem ser fornecidos aos profissionais de saúde em locais onde não há tempo ou recursos para as sessões educacionais. Embora mais sofisticados em sua elaboração, os módulos de ensino a distância são uma boa opção, desde que os profissionais de saúde tenham acesso fácil a computadores. Subsídios e documentos educativos devem incluir os seguintes conceitos: definição, impacto e carga das IRAS; os principais padrões de transmissão de micro-organismos relacionados aos cuidados de saúde, com foco particular na transmissão pelas mãos; e conceitos básicos de higiene das mãos, incluindo por que, quando e como realizar a higiene das mãos, de acordo com as Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde¹ e as respectivas ferramentas. Se alguma observação direta da higiene das mãos for prevista para monitoramento, sessões adicionais devem ser dedicadas exclusivamente aos observadores para que estes aprendam o método de observação proposto e pratiquem o seu uso (ver também a seção 6.3).

Outros métodos de transferência de conhecimento entre os profissionais de saúde são os grupos de discussão, *focus group*, abordagens de resolução de problemas, aprendizagem experiencial e interativa, flip-charts, vídeos e sistemas de companheirismo (por exemplo, os profissionais de saúde são colocados juntos para apoio mútuo, observam um ao outro

e dão retroalimentação ao colega sobre suas práticas).⁶² A capacitação sobre as técnicas adequadas para a higiene das mãos ilustradas com exemplos práticos do conceito “Meus cinco momentos” é particularmente importante. Os filmes de capacitação da OMS na higiene das mãos⁶⁶ e outros semelhantes⁶⁷ constituem subsídios valiosos para a formação prática de técnicas adequadas. As equipes dos serviços de saúde podem mudar com frequência e o pessoal existente é pressionado a se lembrar de uma série de normas que devem cumprir durante suas atividades diárias. Por esta razão, as atividades de formação devem ser repetidas (pelo menos anualmente) para incluir o novo pessoal contratado e atualizar os conhecimentos dos outros profissionais de saúde. Idealmente, os serviços devem considerar a implementação de um sistema de verificação de competências de todos os profissionais de saúde que receberam a capacitação na prática de higiene das mãos.

6.3 Avaliação e retroalimentação



A avaliação e o monitoramento repetido de uma série de indicadores que refletem a infraestrutura de higiene das mãos e da adesão, do conhecimento e da percepção dos profissionais de saúde no que diz respeito à higiene das mãos são componentes vitais da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos.⁴ Continuam sendo um passo essencial na identificação de áreas que precisam de grandes esforços e na alimentação de informações cruciais do plano de ação para a implementação local das intervenções mais apropriadas.

Por exemplo, questionários de percepção podem fornecer elementos para a compreensão dos fatores de risco para o mau desempenho da higiene das mãos e a avaliação subjetiva da adesão dos profissionais de saúde. Além disso, os testes de conhecimento podem apontar lacunas-alvo para educação. Após avaliação inicial da situação local da higiene das mãos, o acompanhamento regular é muito útil para medir e demonstrar as mudanças induzidas pela implementação (por exemplo, tendências de consumo de preparação alcoólica para as mãos). Pode também ajudar a averiguar se as atividades de promoção têm sido efetivas na melhoria do desempenho, da percepção e do conhecimento da higiene das mãos entre os profissionais de saúde e na redução das IRAS.

A retroalimentação dos resultados destas investigações é parte integrante da avaliação e a torna significativa. Por exemplo, em um serviço em que o programa de melhoria da higiene das mãos está sendo implementado pela primeira vez, os dados indicando lacunas em boas práticas e conhecimentos ou a baixa percepção do problema podem ser usados para sensibilizar e convencer os profissionais de saúde da necessidade de melhoria. Os dados de acompanhamento para os profissionais de saúde são cruciais

após a implementação da promoção da higiene das mãos para demonstrar melhoria, sustentar a motivação para realizar boas práticas e continuar com esforços contínuos individuais e institucionais. Estes dados também são muito úteis para identificar áreas em que são necessários mais esforços, bem como para informar os planos de ação. Em serviços onde a promoção de higiene das mãos é permanente após o período inicial de implementação, a Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos exige, pelo menos, ciclos anuais de avaliação para alcançar a sustentabilidade. Os resultados de pesquisas podem ser divulgados tanto em relatórios escritos ou outros meios de comunicação interna, ou ainda apresentados durante as sessões educativas e de retroalimentação de dados, mas cabe a cada serviço decidir a melhor forma de comunicar os resultados.

O método proposto pela OMS⁶⁸ para a observação da higiene das mãos no ambiente hospitalar deve ser também utilizado nos serviços extra-hospitalares¹⁻³. Foram realizadas modificações de algumas variáveis no formulário de observação da OMS para melhor atender a realidade de serviços extra-hospitalares. Em particular, os serviços de alto risco (por exemplo, clínicas de diálise ou cirúrgicas ambulatoriais) devem, idealmente, fiscalizar a adesão à higiene das mãos exigida em todas as cinco indicações (momentos). Em outros ambientes (por exemplo, de atenção básica), se o monitoramento de todas as cinco indicações for inviável, o foco poderia ser mais estreito e valeria a pena se concentrar em uma ou duas indicações, incluindo apenas um ou dois momentos no formulário de observação (ver ferramentas disponíveis em (<http://www.who.int/gprofissional de saude c/en/>)).

Em serviço extra-hospitalar, é provável que existam restrições relacionadas ao monitoramento de indicadores e práticas de higiene das mãos. Primeiro, não existe profissional dedicado, na maioria dos casos, para o gerenciamento de risco, prevenção e controle de infecções e melhoria da qualidade e, ainda, tempo e experiência para realizar as atividades de controle. Em segundo lugar, os canais de retroalimentação podem não ser os mesmos dos hospitais. Em particular, é improvável que os profissionais de saúde estejam habituados a receber retroalimentação; eles podem não ter disponibilidade de tempo e achar difícil integrar a cultura de monitoramento. As observações também podem ser percebidas como importunas quando o paciente encontra apenas um profissional (por exemplo, um médico em seu consultório).

Nessas condições, o monitoramento do consumo de preparação alcoólica para as mãos e sabonete líquido poderia fornecer uma estimativa substitutiva da adesão à higiene das mãos e ajudar a superar as restrições decorrentes da falta de recursos humanos e competências. De acordo com o consenso de especialistas, o denominador para o cálculo do consumo de produtos deve ser o número

de consultas de pacientes por dia. Quando pelo menos dois profissionais trabalham juntos em serviço extra-hospitalar, o acompanhamento e a retroalimentação de práticas de higiene das mãos podem ser realizados por meio de um sistema de companheirismo. Uma grande variedade de sistemas automáticos de monitoramento de uso de frascos dispensadores ou locais com pia está em desenvolvimento com alguns em fase de teste e outros já em uso em ambientes hospitalares.⁶⁹⁻⁷⁷ Adaptações no serviço extra-hospitalar são, sem dúvida, viáveis e promissoras, considerando possíveis restrições à observação direta. No entanto, estas são de alto custo e podem não ser uma opção em serviços com recursos limitados.

6.4 Lembretes no local de trabalho



Os lembretes no local de trabalho são instrumentos fundamentais para alertar e lembrar os profissionais de saúde da importância da higiene das mãos e das indicações e técnicas apropriadas para essa prática. Para os pacientes, os lembretes são meios de informá-los sobre o padrão de atendimento que eles devem esperar dos profissionais de saúde em relação à higiene das mãos e educá-los a realizar esse procedimento ao entrar e sair do serviço extra-hospitalar.

Os cartazes constituem o tipo mais comum de lembrete; novas imagens foram elaboradas para visualizar o conceito dos “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos” em algumas situações comuns de serviço extra-hospitalar (Figuras 8-12). Os cartazes da OMS com essas imagens foram criados para serviços extra-hospitalares; cartazes ilustrando o procedimento correto de realização da fricção das mãos com preparação alcoólica e da higiene das mãos com sabonete líquido e água também estão disponíveis (<http://www.who.int/gprofissional de saude c/en/>).

Uma vez que muitos outros cartazes são geralmente expostos nas paredes dos estabelecimentos de atenção básica, disponibilizar outros tipos de lembretes pode ser particularmente importante para chamar a atenção de profissionais de saúde e pacientes para a higiene das mãos. Um exemplo são folhetos de bolso portados por profissionais de saúde, adesivos afixados no ponto de assistência, etiquetas especiais, incluindo *slogans* de alerta aderidos nos dispensadores de preparações alcoólicas para as mãos e dispositivos, tais como crachás com o logotipo da higiene das mãos.

Os lembretes, em particular cartazes e adesivos, devem ser colocados no ponto de assistência ao lado de dispensadores de preparações alcoólicas para as mãos e lavatórios. Embora deva ser mantido o foco nos principais conceitos técnicos da OMS, a adaptação de lembretes, com textos, imagens e estilo visual mais apropriado para a cultura local, pode ser incentivada.

FIGURA 8

Cartaz da OMS sobre as indicações para a higiene das mãos em uma situação de campanha de vacinação

Seus Momentos para a Higiene das Mãos

Campanha de Vacinação



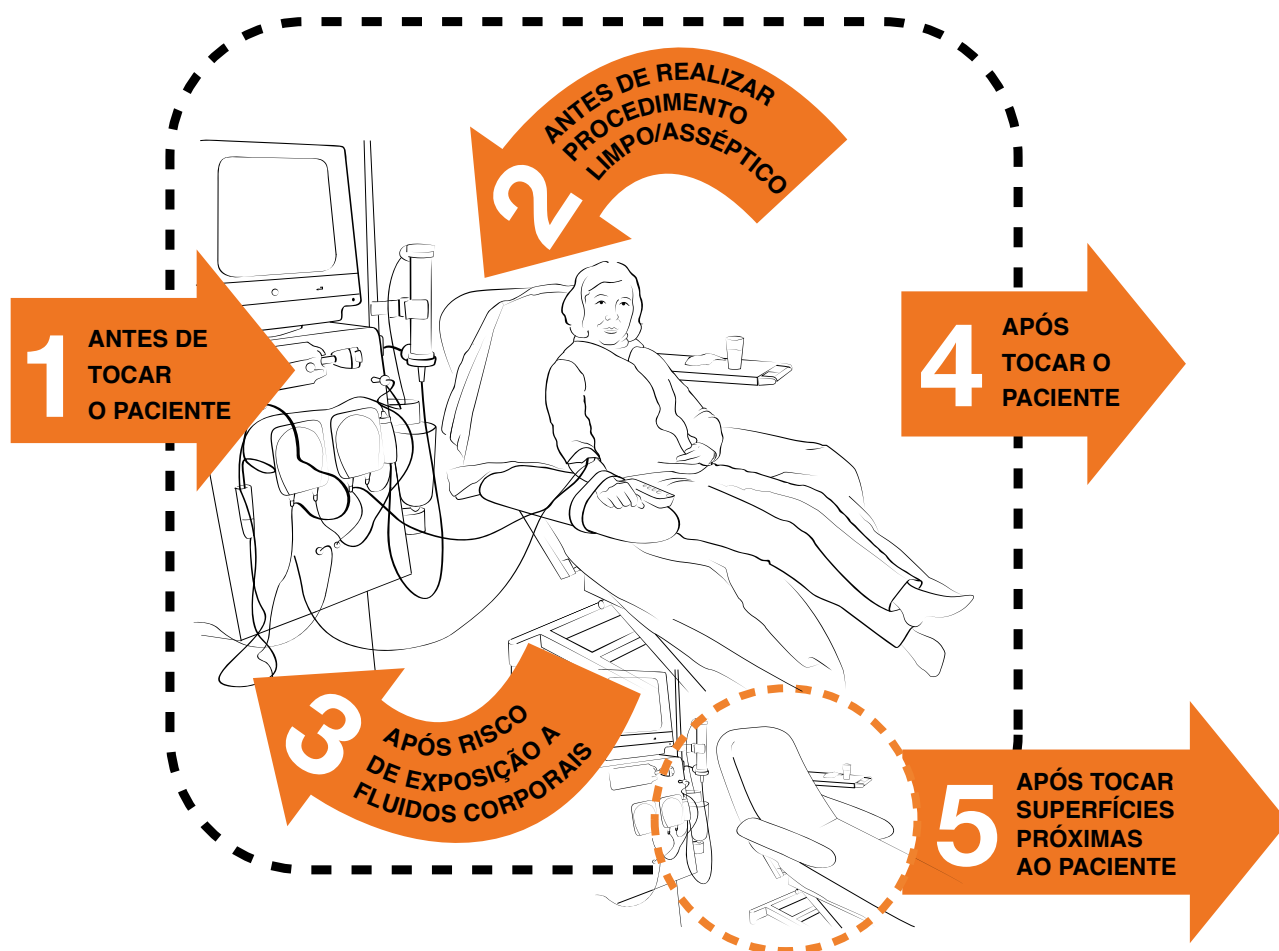
1 ANTES DE TOCAR O PACIENTE	Quando Higienizar as mãos antes de tocar o paciente. Por que Para proteger o paciente contra os micro-organismos carreados em suas mãos
2 ANTES DE REALIZAR PROCEDIMENTO LIMPO/ASSÉPTICO	Quando Higienizar as mãos imediatamente antes da realização de procedimento limpo/asséptico. Por que Para proteger o paciente contra os micro-organismos, inclusive os do próprio paciente.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	Quando Higienizar as mãos imediatamente após um procedimento com risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). Por que Para proteger a si próprio e o ambiente contra os micro-organismos do paciente.
4 APÓS TOCAR O PACIENTE	Quando Higienizar as mãos imediatamente após tocar o paciente, ao finalizar o cuidado ou quando o cuidado for interrompido. Por que Para proteger a si próprio e o ambiente contra os micro-organismos do paciente.

FIGURA 9

Cartaz da OMS sobre as indicações para a higiene das mãos durante uma sessão de hemodiálise no atendimento ambulatorial

Seus 5 Momentos para a Higiene das Mãos

Hemodiálise no atendimento ambulatorial



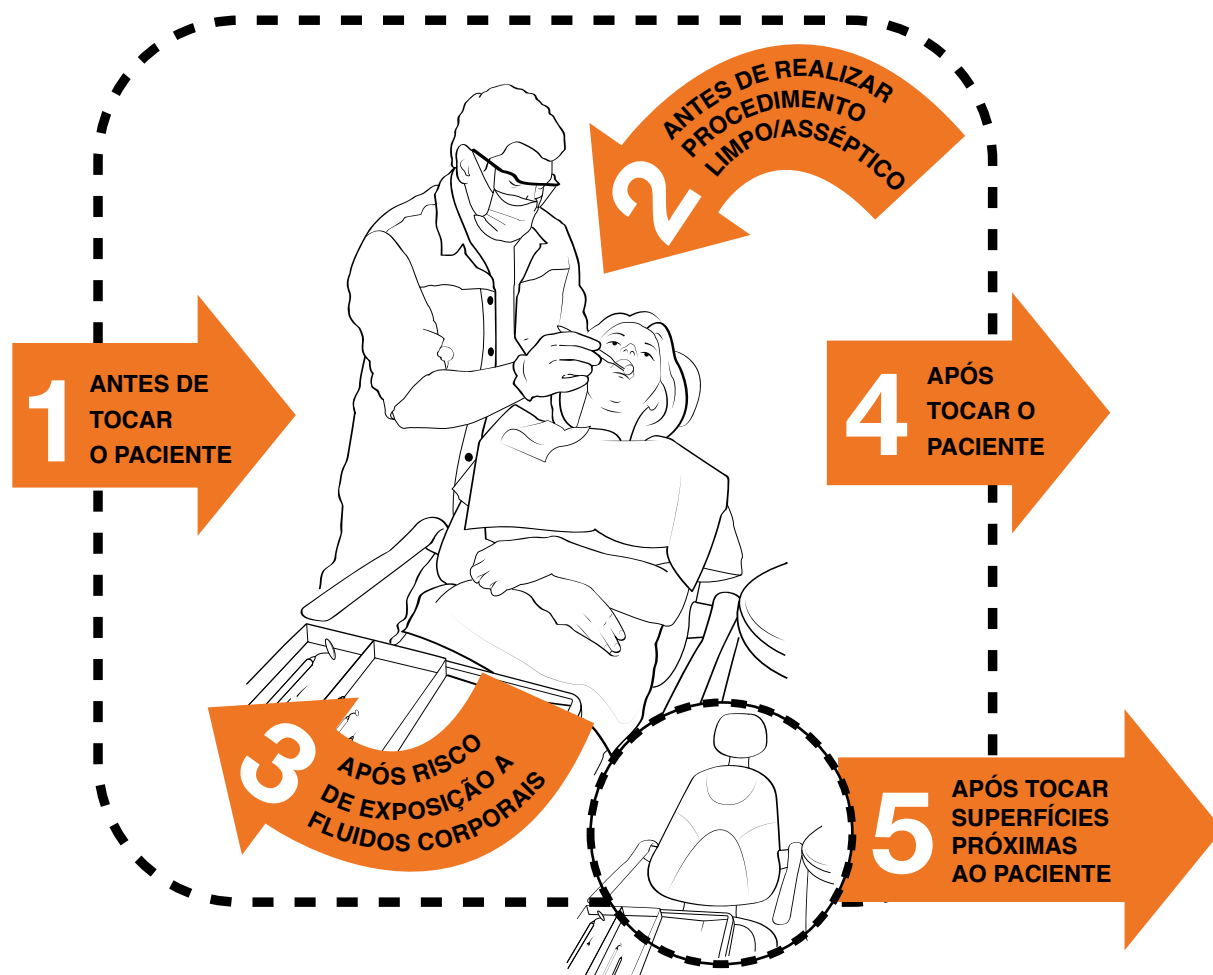
1	ANTES DE TOCAR O PACIENTE	Quando Higienizar as mãos antes de tocar o paciente. Por que Para proteger o paciente contra os micro-organismos carreados em suas mãos.
2	ANTES DE REALIZAR PROCEDIMENTO LIMPO/ ASSÉPTICO	Quando Higienizar as mãos imediatamente antes da realização de procedimento limpo/ asséptico. Por que Para proteger o paciente contra os micro-organismos, inclusive os do próprio paciente.
3	APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	Quando Higienizar as mãos imediatamente após um procedimento com risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). Por que Para proteger a si próprio e o ambiente contra os micro-organismos do paciente
4	APÓS TOCAR O PACIENTE	Quando Higienizar as mãos imediatamente após tocar o paciente, ao finalizar o cuidado ou quando o cuidado for interrompido. Por que Para proteger a si próprio e o ambiente contra os micro-organismos do paciente.
5	APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	Quando Higienizar as mãos após tocar quaisquer objetos ou mobiliário nas áreas próximas ao paciente, quando uma área específica está temporariamente e exclusivamente destinada a um paciente – ainda que não tenha ocorrido contato com ele. Por que Para proteger a si próprio e o ambiente contra micro-organismos do paciente.

FIGURA 10

Cartaz da OMS sobre as indicações para a higiene das mãos durante uma situação de atendimento odontológico

Seus 5 Momentos para a Higiene das Mãos

Atendimento odontológico



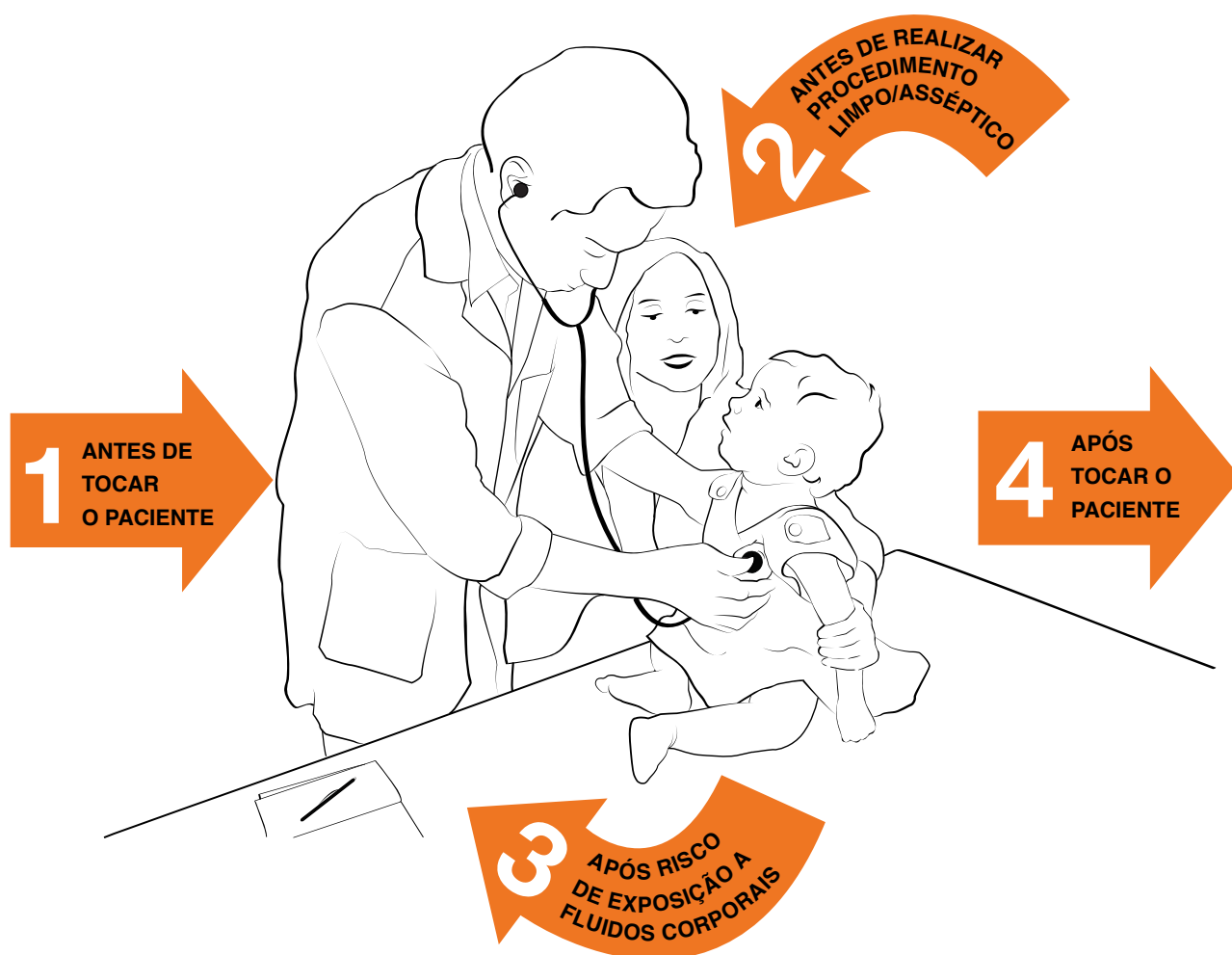
1	ANTES DE TOCAR O PACIENTE	Quando Higienizar as mãos antes de tocar o paciente. Por que Para proteger o paciente contra os micro-organismos carregados em suas mãos.
2	ANTES DE REALIZAR PROCEDIMENTO LIMPO/ ASSÉPTICO	Quando Higienizar as mãos imediatamente antes da realização de procedimento limpo/ asséptico. Por que Para proteger o paciente contra os micro-organismos, inclusive os do próprio paciente.
3	APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	Quando Higienizar as mãos imediatamente após um procedimento com risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). Por que Para proteger a si próprio e o ambiente contra os micro-organismos do paciente
4	APÓS TOCAR O PACIENTE	Quando Higienizar as mãos imediatamente após tocar o paciente, ao finalizar o cuidado ou quando o cuidado for interrompido. Por que Para proteger a si próprio e o ambiente contra os micro-organismos do paciente.
5	APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	Quando Higienizar as mãos após tocar quaisquer objetos ou mobiliário nas áreas próximas ao paciente, quando uma área específica está temporariamente e exclusivamente destinada a um paciente – ainda que não tenha ocorrido contato com ele. Por que Para proteger a si próprio e o ambiente contra micro-organismos do paciente.

FIGURA 11

Cartaz da OMS sobre as indicações para a higiene das mãos durante uma consulta pediátrica

Seus Momentos para a Higiene das Mãos

Consulta pediátrica



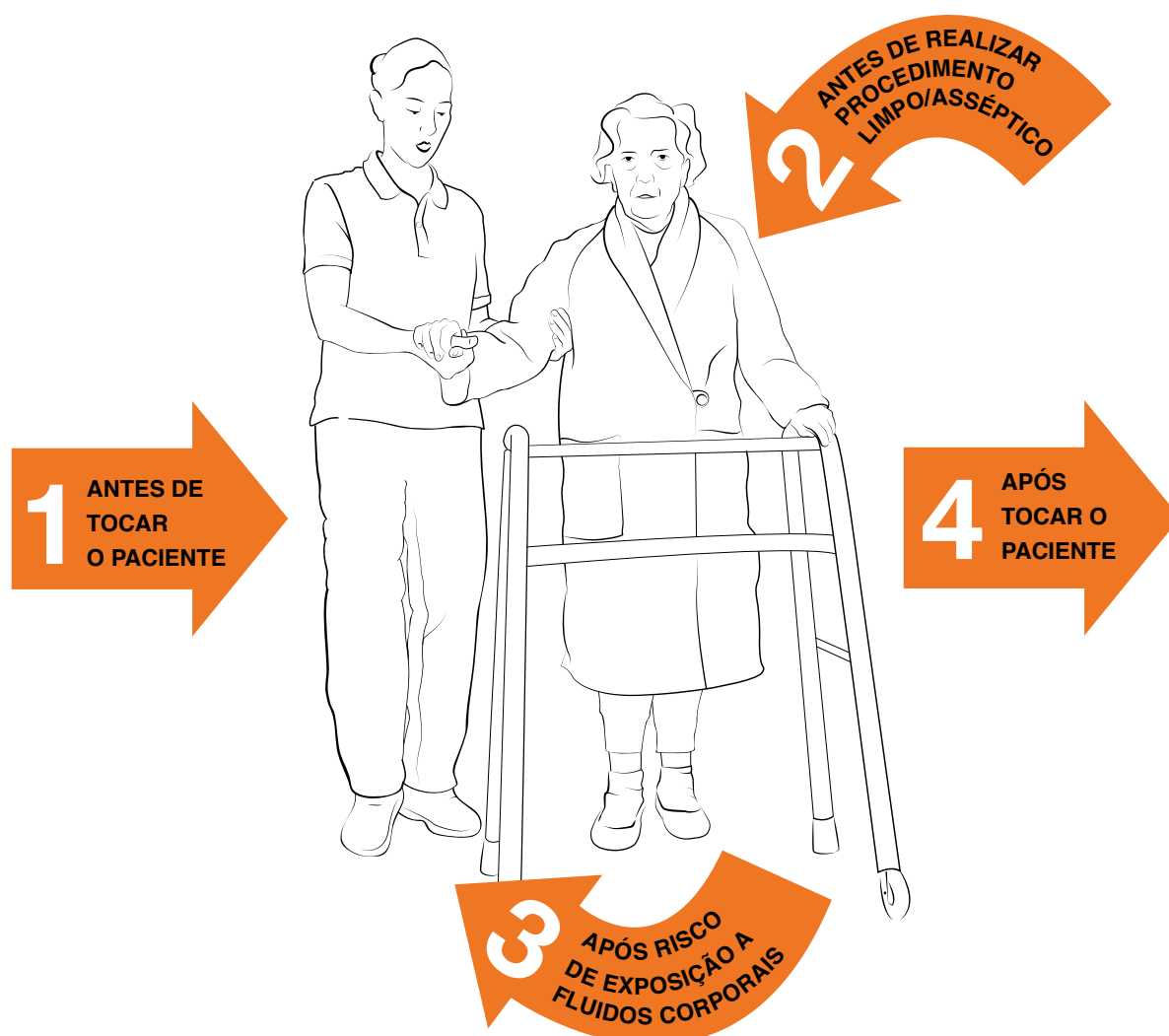
1 ANTES DE TOCAR O PACIENTE	Quando Higienizar as mãos antes de tocar o paciente. Por que Para proteger o paciente contra os micro-organismos carreados em suas mãos.
2 ANTES DE REALIZAR PROCEDIMENTO LIMPO/ ASSÉPTICO	Quando Higienizar as mãos imediatamente antes da realização de procedimento limpo/asséptico. Por que Para proteger o paciente contra os micro-organismos, inclusive os do próprio paciente.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	Quando Higienizar as mãos imediatamente após um procedimento com risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). Por que Para proteger a si próprio e o ambiente contra os micro-organismos do paciente
4 APÓS TOCAR O PACIENTE	Quando Higienizar as mãos imediatamente após tocar o paciente, ao finalizar o cuidado ou quando o cuidado for interrompido. Por que Para proteger a si próprio e o ambiente contra os micro-organismos do paciente.

FIGURA 12

Cartaz da OMS sobre as indicações para a higiene das mãos em situações de cuidados de saúde em uma unidade residencial de idosos

Seus Momentos para a Higiene das Mãos

Cuidados de saúde em uma unidade residencial de idosos



1 ANTES DE TOCAR O PACIENTE	Quando Higienizar as mãos antes de tocar o paciente. Por que Para proteger o paciente contra os micro-organismos carreados em suas mãos
2 ANTES DE REALIZAR PROCEDIMENTO LIMPO/ ASSÉPTICO	Quando Higienizar as mãos imediatamente antes da realização de procedimento limpo/asséptico. Por que Para proteger o paciente contra os micro-organismos, inclusive os do próprio paciente.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	Quando Higienizar as mãos imediatamente após um procedimento com risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). Por que Para proteger a si próprio e o ambiente contra os micro-organismos do paciente.
4 APÓS TOCAR O PACIENTE	Quando Higienizar as mãos imediatamente após tocar o paciente, ao finalizar o cuidado ou quando o cuidado for interrompido. Por que Para proteger a si próprio e o ambiente contra os micro-organismos do paciente.

6.5 Clima de segurança institucional



O clima de segurança institucional refere-se à criação de um ambiente e de percepções que facilitem a sensibilização sobre as questões de segurança do paciente, devendo ter a higiene das mãos uma alta prioridade em todos os níveis.⁴ Em particular, inclui:

- Participação ativa em nível institucional e individual;
- Consciência da capacidade individual e institucional para mudança e aprimoramento (autoeficácia);
- Parceria com pacientes e organizações de pacientes.

Alcançar um clima de segurança institucional exige que os dirigentes e a diretoria dos serviços de saúde façam uma chamada para melhorar a higiene das mãos e a apoiem visivelmente por meio de atividades que dão suporte e garantem a disponibilização de recursos e instalações necessários. Exige também de todos os profissionais de saúde compromisso e responsabilidade.

Em nível institucional, este componente da estratégia de melhoria da higiene das mãos representa a base para a incorporação do programa de melhoria da higiene das mãos em um clima que entenda e priorize questões básicas de segurança do paciente. Em nível individual, este componente é importante no que diz respeito à defesa da higiene das mãos por todos os profissionais de saúde como prioridade e para a sua motivação para a prática de higiene das mãos como um ato ideal, mostrando seu compromisso de não causar nenhum dano aos pacientes. Através da criação de um clima de segurança institucional, tanto a instituição como todos os profissionais de saúde tomam consciência da sua capacidade de contribuir para mudar e catalisar a melhoria de todos os indicadores.

Muito esforço deve ser realizado no início para gerar a motivação para seguir na promoção da higiene das mãos. É importante que as pessoas influentes e com poder de decisão sejam envolvidas no processo de planejamento na fase mais precoce possível e que esse envolvimento continue durante e após a implementação. Estas pessoas podem contribuir significativamente para o desenvolvimento bem sucedido de um clima de segurança e é fundamental garantir o seu compromisso contínuo durante e após a implementação. Além dos profissionais do serviço, as pessoas influentes podem advir de organizações externas ou não governamentais, ou organismos profissionais que podem assessorar nas estratégias efetivas para melhorar a segurança do paciente.

Num progresso contínuo, outras áreas de segurança do paciente devem ser simultânea ou posteriormente exploradas e o clima de segurança deve se enraizar profundamente na tradição e na abordagem institucional. Tal clima deve ser baseado em uma cultura de “não culpabilidade”, estimulando os profissionais de saúde a se tornarem cada vez mais conscientes das questões de segurança do paciente e sempre almejarem alcançar a melhor prática. Além disso, este processo exige um progresso contínuo no desenvolvimento

de sistemas estáveis para a detecção de eventos adversos e avaliação da qualidade, sendo a higiene das mãos um dos principais indicadores.

Os serviços extra-hospitalares localizados em todo o mundo apresentam diferentes tipos de estruturas e organização e, em muitos casos, estes conceitos podem ser de difícil aplicação. Por exemplo, pode não haver diretoria ou profissionais responsáveis pela prevenção e controle de infecções ou existir apenas um ou dois profissionais de saúde trabalhando no serviço (por exemplo, consultório de clínico geral). Nessas condições, as campanhas de higiene das mãos devem ser iniciadas e promovidas por órgãos e entidades que têm um papel de coordenação ou regulação do serviço extra-hospitalar no sistema de saúde.

A participação do paciente como parte do clima de segurança institucional

Quando possível e apropriado, de acordo com a cultura local, os pacientes devem ser incentivados também a contribuir com a criação de um clima de segurança.⁷⁸⁻⁷⁹ O elevado número de pacientes que acessam serviços extra-hospitalares, especialmente serviços de atenção básica, é um forte argumento para a promoção da educação do paciente sobre a importância das práticas adequadas de higiene das mãos pelos profissionais de saúde e seu papel na prevenção das infecções. Isto pode ser conseguido por meio de sensibilização sobre a importância da higiene das mãos ao entrar e sair do serviço, de modo a evitar tipos específicos de infecção (por exemplo, gastroenterite, infecções respiratórias, conjuntivite e outros). Mensagens simples para permitir que os pacientes entendam e aprendam poderiam ser inseridas em folhetos informativos e cartazes afixados na entrada dos serviços e em áreas de espera. Os pacientes e visitantes também podem ser instruídos a estimularem e educarem uns aos outros.

Experiências de educação na higiene das mãos nos grupos de pacientes são promissoras em alguns países (por exemplo, Espanha) em termos de boas práticas e de conscientização. O incentivo positivo dos pacientes para os profissionais de saúde implementarem boas práticas de higiene das mãos poderia melhorar a adesão à abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos”. A realização da correta higiene das mãos na frente do paciente pode promover sua confiança e a parceria entre pacientes e profissionais de saúde para tornar o atendimento mais seguro. No entanto, as limitações de tempo devido a encontros geralmente curtos entre o paciente e o profissional de saúde, as questões culturais locais e as dinâmicas sociais devem ser levadas em conta ao considerar a implementação destes aspectos de capacitação do paciente. Essas estratégias são geralmente mais bem recebidas quando a promoção da higiene das mãos entre os profissionais de saúde está relativamente avançada. A educação dos pacientes deve, antes de tudo, procurar apoiar as melhores práticas de higiene das mãos.

7. EXEMPLOS PRÁTICOS DE REQUISITOS DE HIGIENE DAS MÃOS EM UMA AMPLA VARIEDADE DE SERVIÇOS EXTRA-HOSPITALARES

7.1 Introdução e observações essenciais para o leitor

Exemplos práticos de situações de cuidados são fornecidos para mostrar como o conceito “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos”¹⁻³ é traduzido na prática de situações específicas que ocorrem normalmente em serviço extra-hospitalar. O objetivo é orientar o profissional de saúde na melhor organização da sequência de atendimento e facilitar a prática de higiene das mãos.



Esses exemplos práticos não pretendem indicar o padrão ouro para um determinado procedimento ou apresentar recomendações.

Alguns exemplos refletem situações em que um grande número de pacientes é submetido a um procedimento, um após o outro e, assim, indicações de higiene das mãos ocorrem com uma frequência muito elevada num curto período de tempo. Em outros exemplos, a situação de prestação de cuidados é muito semelhante ao ambiente hospitalar (por exemplo, diálise, parto em áreas remotas de baixa e média renda). Estes exemplos são a base para a aquisição de habilidades para identificar o ambiente do paciente, o ponto de assistência, as indicações de higiene das mãos e as oportunidades encontradas.

O desenvolvimento destes exemplos consistia de várias etapas. Um grupo central de especialistas na área de higiene das mãos conduzindo a preparação das Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde¹ elaborou os cenários com base nas situações mais comuns do serviço extra-hospitalar. Alguns deles foram submetidos a testes por meio de uma pesquisa *on-line* enviada a 14 especialistas internacionais na área de prevenção e controle de infecções em que foi solicitada a identificação do nível de risco de transmissão do micro-organismo pelas mãos, a infecção para o paciente, o profissional de saúde e a ocorrência de oportunidades de higiene das mãos. Os exemplos e os requisitos para a realização da higiene das mãos foram então finalizados pelo grupo central de especialistas e discutidos com um grupo de profissionais de prevenção e controle de infecções e representantes nacionais durante uma consulta da OMS.



Os especialistas identificaram vários aspectos-chave que devem ser considerados na avaliação da necessidade de higiene das mãos durante a assistência extra-hospitalar: 1) o possível risco de transmissão, de acordo com o procedimento e a transmissibilidade do agente infeccioso; 2) o possível risco de infecção para o paciente e o profissional de saúde; 3) o estado de colonização e a propensão conhecida ou suspeita do paciente com base nas condições subjacentes; e 4) a viabilidade da higiene das mãos em situações de cuidados específicos que ocorrem normalmente em serviço extra-hospitalar, considerando a frequência do procedimento.

Uma grande variedade de procedimentos e cuidados é prestada em serviço extra-hospitalar. Alguns não diferem das situações encontradas em hospitais, enquanto outros têm características específicas no que se refere à higiene das mãos. Alguns profissionais de saúde podem trabalhar em dois tipos de serviços: hospitalar e extra-hospitalar. Ao prestar assistência a pacientes internados, os profissionais de saúde devem sempre praticar a higiene das mãos, de acordo com a abordagem “Meus cinco momentos”. Nos exemplos práticos propostos no presente documento, as indicações de higiene das mãos ocorrem de acordo com os mesmos princípios. No entanto, com base nos quatro critérios identificados acima pelos especialistas, foram identificados requisitos mínimos para a higiene das mãos em algumas situações de cuidado muito específicas (por exemplo, dentro de um fluxo de atendimento de alta frequência) com foco nas oportunidades essenciais.

Na seção seguinte, os exemplos são apresentados como concluídos por consenso entre os especialistas e são acompanhados por tabelas de resumo explicando as principais características das situações. Mais detalhes sobre a rigorosa aplicação dos “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos” nos exemplos 1, 2 e 7 são fornecidos no Apêndice II. Vale notar que o principal objetivo deste documento de orientação é focar na compreensão da higiene das mãos no serviço extra-hospitalar. Por esta razão, os cenários são mantidos o mais simples quanto possível e os procedimentos padrão ouro para a limpeza ambiental e desinfecção de dispositivos não estão explicitamente descritos nas situações apresentadas. No entanto, todos os profissionais de saúde devem ter em mente que a eficácia da higiene das mãos está intimamente ligada à contaminação ambiental. Quando os dispositivos e equipamentos para a saúde compartilhados não são processados quando recomendado (após cada uso por paciente) e o ambiente não é limpo adequadamente, não se pode esperar que a higiene das mãos compense a falta de adesão regular a estes procedimentos.

7.2 Exemplos práticos

1. Campanha pública de vacinação

Breve explicação

O ambiente consiste em uma sala de consulta padrão utilizada para vacinar a população, no contexto de uma campanha pública. Todo o material necessário está em uma bandeja próxima ao profissional de saúde. Os indivíduos entram um após o outro em rápida sucessão para receberem a vacina. O uso de luvas descartáveis não é recomendado, uma vez que o risco de exposição a fluidos corporais não é significativo (ver Figura 1.23.1 das Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde).^{3,55} O profissional de saúde recebe indivíduos numa sequência de alta frequência durante a execução de uma série de tarefas em um fluxo sistemático (manusear o material para a vacina, realizar a injeção e registrar). Não há espaço ou equipamento destinado à pessoa que recebe a injeção durante a sequência de cuidados. O ambiente do paciente corresponde apenas ao indivíduo; o ponto de assistência é exatamente onde a vacina é realizada.

Sequência de cuidados de acordo com os requisitos mínimos de higiene das mãos*

A. Uma pessoa entra (enquanto a que a precedeu sai) e se senta numa cadeira.

O profissional de saúde realiza a higiene das mãos

(Momentos 1 & 2 incorporados em uma oportunidade para atender os requisitos mínimos)

- B. A pessoa estende seu braço, o profissional de saúde faz a antissepsia da pele no local da injeção usando uma gaze e a descarta após o uso.
- C. O profissional de saúde pega o material descartável para vacinação, previamente preparado.
- D. O profissional de saúde realiza a injeção.
- E. O profissional de saúde descarta a agulha no recipiente de descarte de perfurocortantes colocado sobre a mesa.
- F. O profissional de saúde aplica uma cobertura adesiva no local da injeção.
- G. O profissional de saúde registra o procedimento no formulário sobre a mesa.
- H. A pessoa se levanta e sai da sala (enquanto a próxima entra).

O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Momento 4)**

* O mesmo cenário com a aplicação rigorosa da abordagem “Meus cinco momentos” é fornecido no Apêndice II.

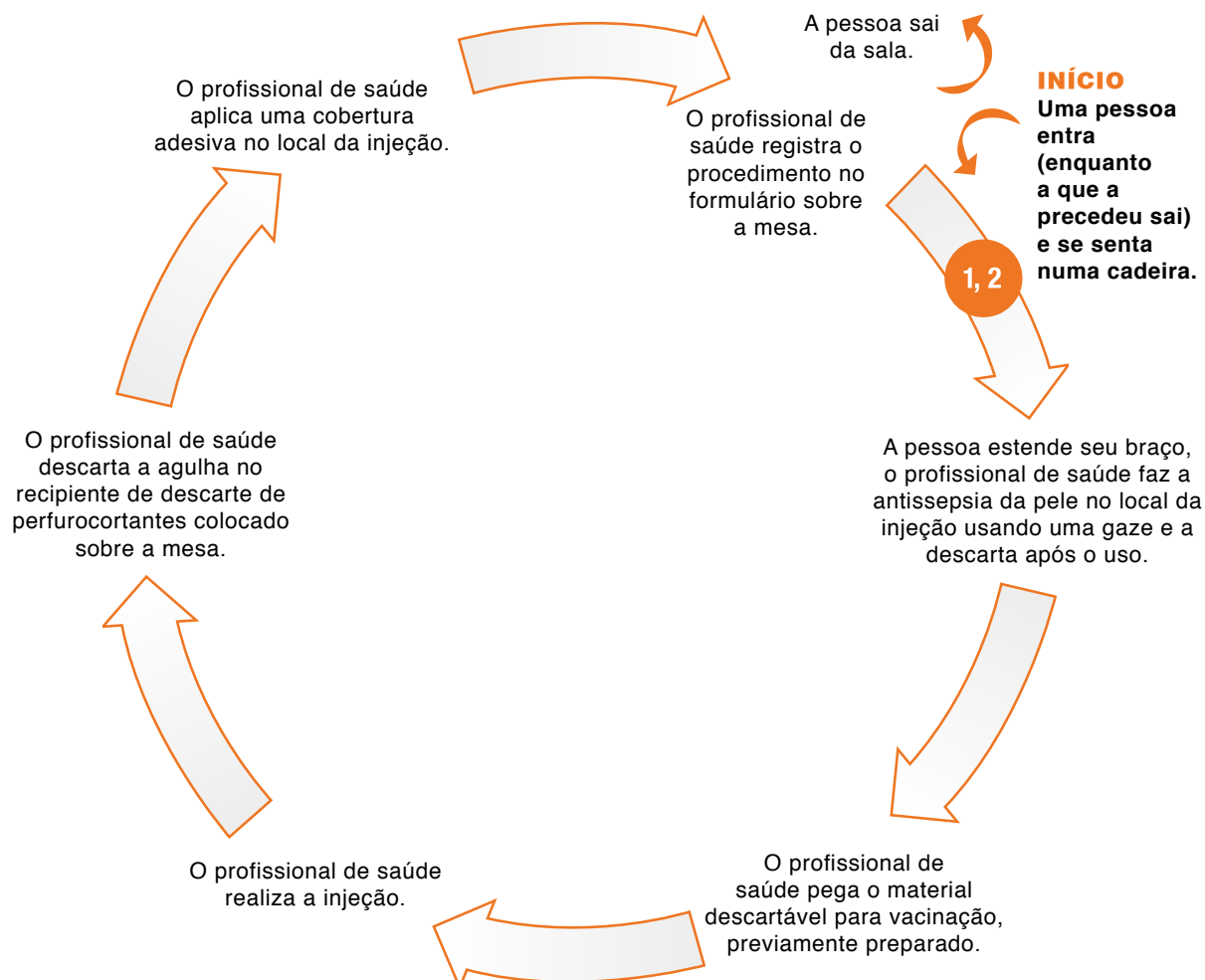
** Se a sequência ocorrer conforme descrito, sem pausas e em condições normais (por exemplo, nenhuma situação de surto conhecida), a realização da higiene das mãos será finalmente efetuada **uma vez entre pacientes** (os Momentos 4 e 1 & 2 incorporados em uma oportunidade para atender os requisitos mínimos).

Características da sequência de cuidados

Frequência provável da sequência por hora	Aproximadamente 30
Duração da sequência	Curta, aproximadamente 2 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência de acordo com os requisitos mínimos	2 (ou 1 quando a sequência for repetida sem interrupção)
Tipo de contato pelas mãos	Pele/pele não intacta
Uso de luvas	Não
Uso de equipamento de proteção pessoal	Não
Uso de materiais descartáveis	Sim
Uso de materiais esterilizados	Sim
Uso de materiais compartilhados	Não
<i>Ambiente do paciente</i>	O paciente
<i>Ponto de assistência</i>	Onde ocorre a injeção

Campanha pública de vacinação

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os requisitos mínimos de higiene das mãos



Comentário

Neste exemplo, contatos sociais, tais como o aperto de mãos entre a pessoa a ser vacinada e o profissional de saúde que registra o procedimento no formulário sobre a mesa, no início e ao finalizar o cuidado, não estão incluídos. A ocorrência deste gesto pode mudar, de acordo com a cultura e os hábitos locais. Se isso ocorrer, esse tipo de contato pode aumentar o risco de transmissão e representa uma oportunidade adicional para a higiene das mãos.

2. Coleta de sangue em laboratório

Breve explicação

O cenário consiste em uma sala de coleta de sangue de um laboratório clínico. Durante o procedimento, o profissional de saúde coloca todos os dispositivos necessários em uma bandeja próxima a ele. O uso de luvas é indicado, de acordo com as recomendações da OMS.^{3,55} Os dispositivos críticos (agulhas) são esterilizados e descartáveis. O profissional de saúde se depara com pacientes em uma sequência de alta frequência durante a execução de uma série de ações em um fluxo sistemático (coleta/verificação dos dados do paciente, preparo de material específico para coleta de sangue, realização de punção de veia, descarte dos materiais e registro). Não há espaço ou equipamento destinado a cada paciente durante a sequência de cuidados. O ambiente do paciente corresponde apenas ao paciente; o ponto de assistência é exatamente local de coleta do sangue.

Sequência de cuidados de acordo com os requisitos mínimos de higiene das mãos*

- A. Um paciente entra e se senta (enquanto o paciente que o precedeu sai). O profissional de saúde pede ao paciente seu nome e endereço.
- B. O profissional de saúde seleciona e rotula os tubos de amostra durante a verificação da identidade do paciente, pedindo-lhe para dobrar a manga da roupa de modo a manter o antebraço livre.
- C. O profissional de saúde prepara o material para a punção (agulha, antisséptico, compressas, garrote e cobertura adesiva).
- D. O profissional de saúde aplica o garrote em torno do braço.

O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Momentos 1 & 2 incorporados em uma oportunidade para atender os requisitos mínimos)

- E. O profissional de saúde calça as luvas de procedimento.
- F. O profissional de saúde localiza uma veia palpando-a com dois dedos.
- G. O profissional de saúde aplica o antisséptico com uma gaze no local da punção e a descarta.
- H. O profissional de saúde efetua a punção da veia e coleta sangue.
- I. O profissional de saúde retira o garrote.
- J. O profissional de saúde retira a agulha e a descarta no recipiente de descarte de perfurocortantes, solicitando ao paciente para exercer pressão no local de punção.
- K. O profissional de saúde coloca os tubos num suporte e descarta o restante do material.
- L. O profissional de saúde cobre o local de punção com uma cobertura adesiva.
- M. O profissional de saúde retira e descarta as luvas.

O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Combinação Momentos 3 & 4)**

- N. O profissional de saúde registra o procedimento em um formulário enquanto o paciente se levanta e o próximo paciente entra.

* O mesmo cenário com a aplicação rigorosa da abordagem “Meus cinco momentos” é fornecido no Apêndice II.

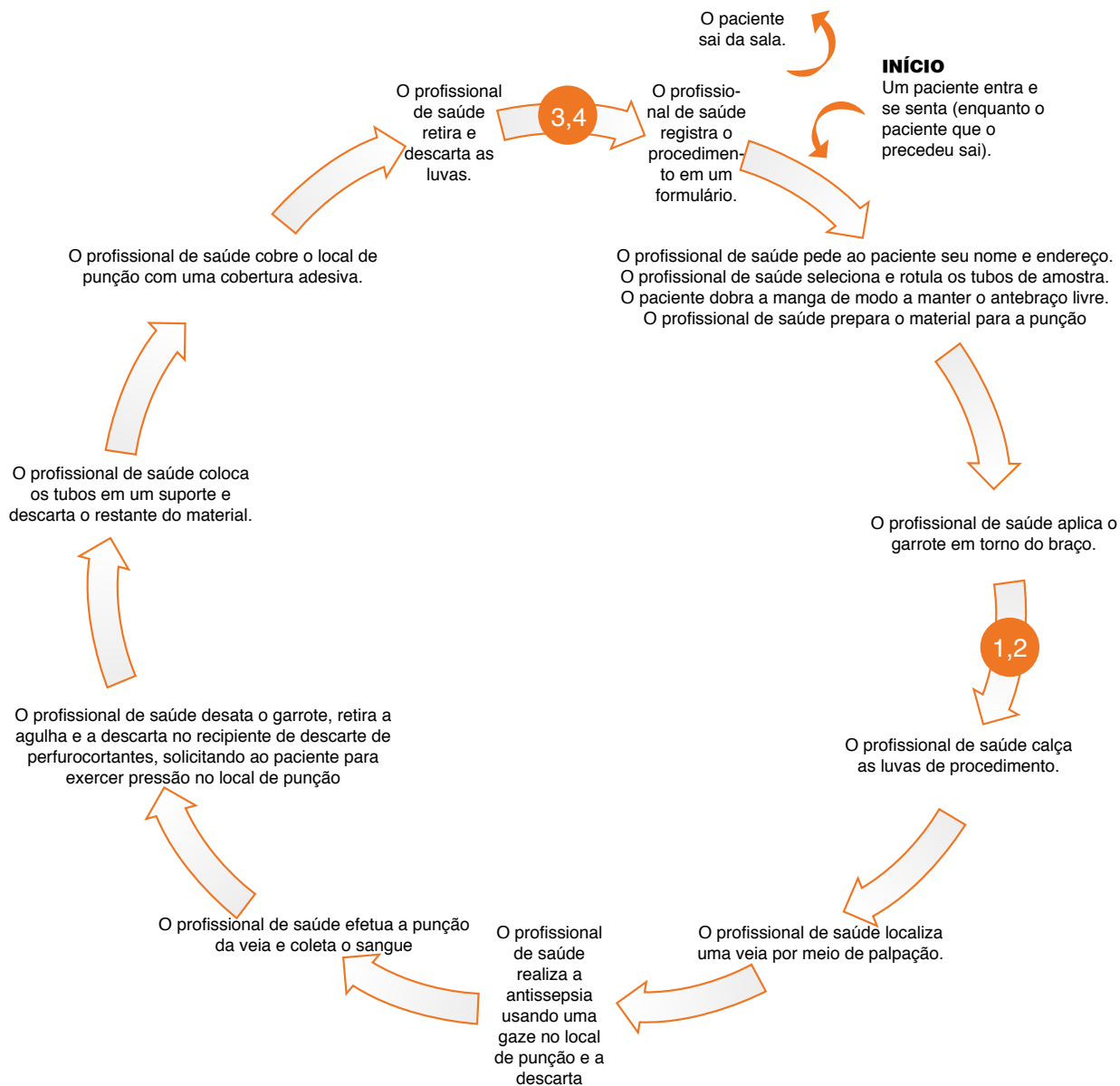
** Se a sequência ocorrer conforme descrito, sem pausas e em condições normais (por exemplo, nenhuma situação de surto conhecida), a realização da higiene das mãos será finalmente efetuada **uma vez entre pacientes** (os Momentos 4 e 1 & 2 incorporados em uma oportunidade para atender os requisitos mínimos).

Características da sequência de cuidados

Frequência provável da sequência por hora	12-20
Duração da sequência	Aproximadamente 3-5 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência de acordo com os requisitos mínimos	2 (ou 1 quando a sequência for repetida sem interrupção)
Tipo de contato pelas mãos	Pele/pele não intacta/sangue
Uso de equipamento de proteção pessoal	Luvas
Uso de materiais descartáveis	Sim
Uso de materiais esterilizados	Sim
Uso de materiais compartilhados	Sim (garrote)
Ambiente do paciente	O paciente
Ponto de assistência	Onde ocorre a coleta de sangue

Coleta de sangue em laboratório

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os requisitos mínimos de higiene das mãos



Comentário

Neste exemplo, contatos sociais, tais como o aperto de mãos entre o paciente e o profissional de saúde no início e no fim do procedimento não estão incluídos. A ocorrência deste gesto pode mudar, de acordo com a cultura e os hábitos. Se isso ocorrer, esse tipo de contato pode aumentar o risco de transmissão e representa uma oportunidade adicional para a higiene das mãos.

3. Consulta com um clínico geral no consultório

Breve explicação

O cenário consiste em um consultório de um clínico geral equipado com mesa e cadeiras destinadas ao médico e ao paciente, uma maca para exame do paciente, um carrinho com vários equipamentos para a saúde (martelo, estetoscópio, aparelho de pressão e outros) e alguns dispositivos, como espátulas descartáveis e materiais esterilizados. O médico realiza o exame em uma sequência sistemática (falando com o paciente, realizando o exame clínico, conversando e prescrevendo). Não há espaço ou equipamento usado pelo paciente durante a sequência de cuidados. O ambiente do paciente corresponde apenas ao paciente; o ponto de assistência é o local do exame clínico.


Nenhum procedimento invasivo é realizado. Vale notar que isso não exclui o possível contato com os locais críticos, como membrana mucosa ou pele não intacta, ou potencial exposição a fluidos corporais. Qualquer alteração no fluxo de trabalho aqui descrito pode alterar as indicações para a higiene das mãos e ajustes devem ser efetuados.

Sequência de cuidados

- A. O médico está em seu consultório e o paciente entra na sala.
- B. O paciente e o médico se sentam e conversam, enquanto o médico analisa o prontuário do paciente.
- C. O médico pede ao paciente para se deitar na maca para exame.
O médico realiza a higiene das mãos (Momento 1)
- D. O médico realiza o exame físico, ouvindo o coração e o peito do paciente, verifica os reflexos dos tendões do paciente com um martelo e mede a pressão arterial.
- E. Ao concluir o exame físico, o médico ajuda o paciente a se levantar.
O médico realiza a higiene das mãos (Momento 4)
- F. O médico volta para a sua mesa, digita a prescrição usando seu computador.
- G. O paciente se senta novamente e os dois conversam sobre sua condição.
- H. O paciente sai e o próximo paciente entra na sala.

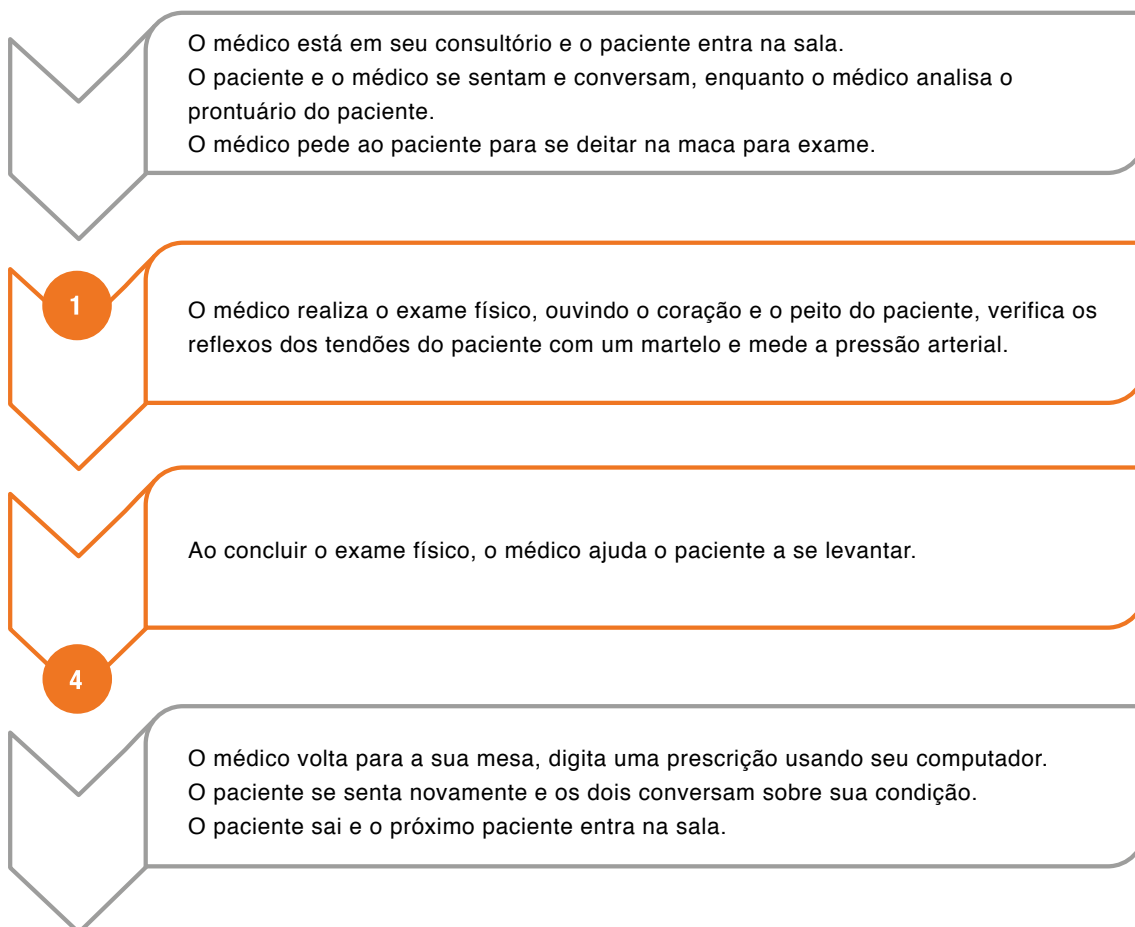
Características da sequência de cuidados

Frequência provável da sequência por hora	4-6
Duração da sequência	Aproximadamente 10-15 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência de acordo com os requisitos mínimos	2
Tipo de contato pelas mãos	Pele
Uso de equipamento de proteção pessoal	Não
Uso de materiais descartáveis	Não
Uso de materiais esterilizados	Não
Uso de materiais compartilhados	Sim
<i>Ambiente do paciente</i>	O paciente
<i>Ponto de assistência</i>	Onde ocorre o exame

 A eficácia da higiene das mãos depende da contaminação ambiental.^{5,54} Quando os dispositivos e equipamentos para a saúde compartilhados não são limpos e desinfetados após cada uso do paciente, não se pode esperar que a higiene das mãos compense a falta de adesão regular a estes procedimentos.

No Consultório de um clínico geral

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos



Comentário

- Neste exemplo, contatos sociais, tais como aperto de mãos entre o paciente e o médico no início e ao finalizar a consulta não estão incluídos. A ocorrência deste gesto pode mudar de acordo com a cultura e os hábitos locais. Se isso ocorrer, esse tipo de contato pode aumentar o risco de transmissão e representa uma oportunidade adicional para a higiene das mãos.
- Se um procedimento invasivo ou contato com membranas mucosas ou pele não intacta (procedimento asséptico) ocorrer durante o exame, são criadas oportunidades adicionais de higiene das mãos (Momentos 2 & 3).

4. Consulta pediátrica no posto de saúde

Breve explicação

O cenário consiste em uma sala de consulta de um posto de saúde pediátrico. Há cadeiras, tanto para o profissional de saúde quanto para a mãe e uma pequena mesa para a realização do exame de bebês. Todo o equipamento e material necessário (balança para bebês, fita métrica, espátula, estetoscópio e outros) está ao alcance do profissional de saúde ou em um carrinho a dois metros. O profissional de saúde executa várias tarefas organizadas em uma sequência sistemática (falando, medindo, pesando, realizando exame clínico, falando e registrando). Os contatos com as membranas mucosas normalmente ocorrem, bem como com os fluidos corporais do bebê. O ambiente do paciente inclui a criança e pode incluir a mãe; o ponto de assistência é o local do exame.

Sequência de cuidados

- A. Um bebê de uma semana de idade e sua mãe entram na sala. A mãe se senta em uma cadeira carregando o bebê. O profissional de saúde pede algumas informações e registra os dados.
- B. A mãe despe o bebê.
O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Momento 1)
- C. O profissional de saúde segura o bebê e o deita na mesa.
- D. O profissional de saúde realiza a verificação da condição de saúde, medindo o tamanho e a circunferência cefálica e, em seguida, pesando o bebê.
- E. A criança urina na balança de bebês; o profissional de

saúde calça as luvas de procedimento e limpa o fluido da superfície com o papel de proteção que cobre a balança. O profissional de saúde retira e descarta as luvas de procedimento.

O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Momento 3)

- F. O profissional de saúde examina o dorso do bebê, apalpa o abdome, observa o umbigo e testa vários reflexos neonatais.
- G. O profissional de saúde ausculta o coração e os pulmões da criança com um estetoscópio.

O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Momento 2)


- H. O profissional de saúde observa os olhos, puxando de leve as pálpebras; a criança chora, mas não apresenta lágrimas.
- I. O profissional de saúde testa a visão com o seu dedo.
- J. A criança ainda chora e o profissional de saúde aproveita a oportunidade para olhar na boca com o auxílio de uma lanterna, segurando a cabeça da criança.
- K. O profissional de saúde examina os ouvidos com um otoscópio e descarta, em seguida, o cone de uso único na lixeira.
- L. O profissional de saúde testa a audição da criança aplaudindo com as mãos em cada lado da cabeça.
- M. O profissional de saúde apalpa o pescoço do bebê.

O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Momento 4)

- N. A mãe veste o bebê.
- O. O profissional de saúde se senta, registra os dados e fala brevemente com a mãe.
- P. A mãe sai com o bebê.

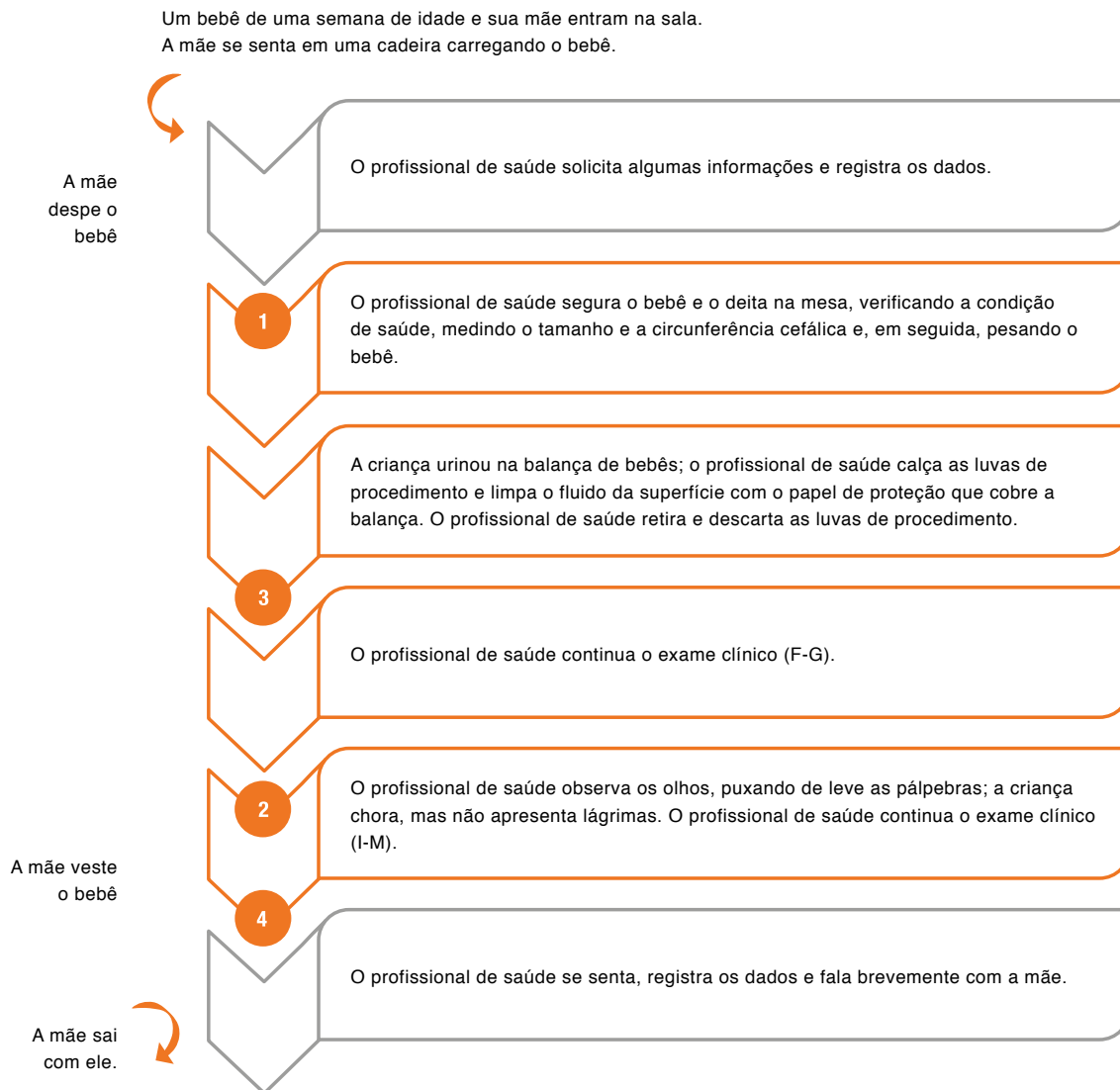
Características da sequência de cuidados

Frequência provável da sequência por hora	4-6
Duração da sequência	Aproximadamente 10-15 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência de acordo com os requisitos mínimos	3
Tipo de contato pelas mãos	Pele/fluidos corporais
Uso de equipamento de proteção pessoal	Não
Uso de materiais descartáveis	Sim
Uso de materiais esterilizados	Não
Uso de materiais compartilhados	Sim
<i>Ambiente do paciente</i>	A criança (& a mãe)
<i>Ponto de assistência</i>	A mesa onde ocorre o exame

 A eficácia da higiene das mãos depende da contaminação ambiental.^{5,54} Quando dispositivos e equipamentos para a saúde compartilhados não são limpos e desinfetados após cada uso do paciente, não se pode esperar que a higiene das mãos compense a falta de adesão regular a estes procedimentos.

Consulta pediátrica no posto de saúde

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos



Comentário

Neste exemplo, contatos sociais, tais como o aperto de mãos entre a mãe e o profissional de saúde no início e ao finalizar a consulta não estão incluídos. A ocorrência deste gesto pode mudar de acordo com a cultura e os hábitos locais. Se isso ocorrer, esse tipo de contato pode aumentar o risco de transmissão e representa uma oportunidade adicional para a higiene das mãos.

5. Consulta em uma unidade de emergência

Breve explicação

O contexto consiste em uma policlínica de emergência incluindo uma área em que os pacientes chegam, preenchem as fichas e aguardam sua vez, um consultório médico e uma sala de tratamento com macas separadas por cortinas de privacidade. Neste ambiente, os pacientes buscam atendimento para problemas diferentes, porém apenas atendimento de emergência sem risco de morte é fornecido. Os profissionais de saúde executam tarefas organizadas de acordo com o nível de emergência e muitas vezes enfrentam situações inesperadas. Vários profissionais estão envolvidos nesse local.

Sequência de cuidados


- A. A. O auxiliar de enfermagem está na recepção, fazendo anotações, quando um paciente idoso ajudado por alguns parentes entra na sala. O auxiliar de enfermagem solicita informações e preenche um formulário para o paciente.
O auxiliar de enfermagem realiza a higiene das mãos (Momento 1)
- B. O profissional de saúde se aproxima do paciente, o ajuda a se sentar numa cadeira de rodas e o leva para o consultório médico.
sair, o auxiliar de enfermagem realiza a higiene das mãos (Momento 4)
- C. O médico dá as boas-vindas ao paciente, lê o formulário e faz algumas perguntas; entende que o paciente sofreu uma queda e suspeita de fratura de perna. Ao se aproximar do paciente para inspecionar a perna e realizar algumas manobras, **o médico realiza a higiene das mãos (Momento 1)**.
- D. Após a inspeção, o médico pede ao auxiliar de enfermagem para levar o paciente para realização de exame de raios-X.
O médico realiza a higiene das mãos (Momento 4)
- E. O médico volta ao formulário do paciente e faz algumas anotações. Enquanto isso, o médico é chamado por uma

enfermeira para ir até a sala de atendimento para prestar cuidado a um paciente com hemorragia nasal grave.

- F. A enfermeira pega um produto à base de celulose para tamponamento nasal no armário, umedece uma compressa e vai até o paciente.
O médico realiza a higiene das mãos (Momento 1)
- G. O médico calça as luvas de procedimento, tampona o nariz e limpa o rosto e as mãos do paciente com a compressa. Ao concluir o procedimento, o médico descarta a compressa e o produto à base de celulose utilizados na lixeira. Também retira e descarta as luvas de procedimento.
O médico realiza a higiene das mãos (Combinação dos Momentos 3 & 4 & 1)
- H. A enfermeira pede ajuda ao médico para mover um paciente pesado deitado em uma cama e depois examina e realiza uma sutura na ferida do braço de outro paciente na sala.
O médico realiza a higiene das mãos (Combinação dos Momentos 4 & 2)
- I. O médico abre os materiais esterilizados preparados pela enfermeira sobre um carrinho próximo ao paciente, verte o antisséptico alcoólico em uma compressa, calça as luvas estéreis e aplica a compressa sobre a ferida.
- J. O médico realiza a anestesiologia local, via subcutânea e limpa a pele ao redor da ferida com uma compressa úmida, secando a pele em seguida.
- K. O médico sutura a ferida, aplica o antisséptico novamente e faz o curativo da ferida.
- L. O médico remove e descarta as luvas estéreis.
O médico realiza a higiene das mãos (Combinação dos Momentos 3 & 4)
- M. O paciente sai.
- N. Um auxiliar de enfermagem calça luvas apropriadas para limpeza e se aproxima da maca; descarta o material no carrinho, limpa o carrinho e a maca e retira as luvas.
O auxiliar de enfermagem sai da área, realizando a higiene das mãos (Momentos 3 & 5)

Características da sequência de cuidados

Frequência provável da sequência por hora	1-2
Duração da sequência	Aproximadamente 30 a 60 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência de acordo com os requisitos mínimos	2 para a enfermeira, 6 para o médico, 3 para o auxiliar de enfermagem
Tipo de contato pelas mãos	Pele/pele não intacta/fluidos corporais / superfícies inanimadas
Uso de equipamento de proteção pessoal	Luvas
Uso de materiais descartáveis	Sim
Uso de materiais esterilizados	Sim
Uso de materiais compartilhados	Não
<i>Ambiente do paciente</i>	Cada paciente e sua Marquesa
<i>Ponto de assistência</i>	O ambiente do paciente

 A eficácia da higiene das mãos depende da contaminação ambiental.^{5,54} Quando dispositivos e equipamentos para a saúde compartilhados não são limpos e desinfetados após cada uso do paciente, não se pode esperar que a higiene das mãos compense a falta de adesão regular a estes procedimentos.

As indicações de higiene das mãos devem ser cuidadosamente consideradas antes e após cada momento em que o profissional de saúde realizar um contato social com o paciente, como, por exemplo, apertar as mãos.

Consulta na unidade de emergência

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos



6a. Atendimento domiciliar – ajudar um paciente com deficiência na higiene corporal

Breve explicação

O auxiliar de enfermagem vai três vezes por semana até a casa de um paciente com deficiência para ajudá-lo a tomar banho. A visita do auxiliar é seguida pela visita de uma enfermeira para trocar o curativo de um ferimento ulcerado na perna (ver Atendimento domiciliar 6b). O paciente e o ambiente da casa consistem na área (zona) ou ambiente do paciente. Os pontos de assistência envolvem os locais onde o profissional de saúde presta assistência ao paciente. Embora o cuidado assistencial seja domiciliar, aplica-se totalmente a abordagem “Meus cinco momentos”.

Sequência de cuidados

A. O profissional de saúde chega e vai até o quarto do paciente, onde este lhe aguarda.

O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Momento 1)

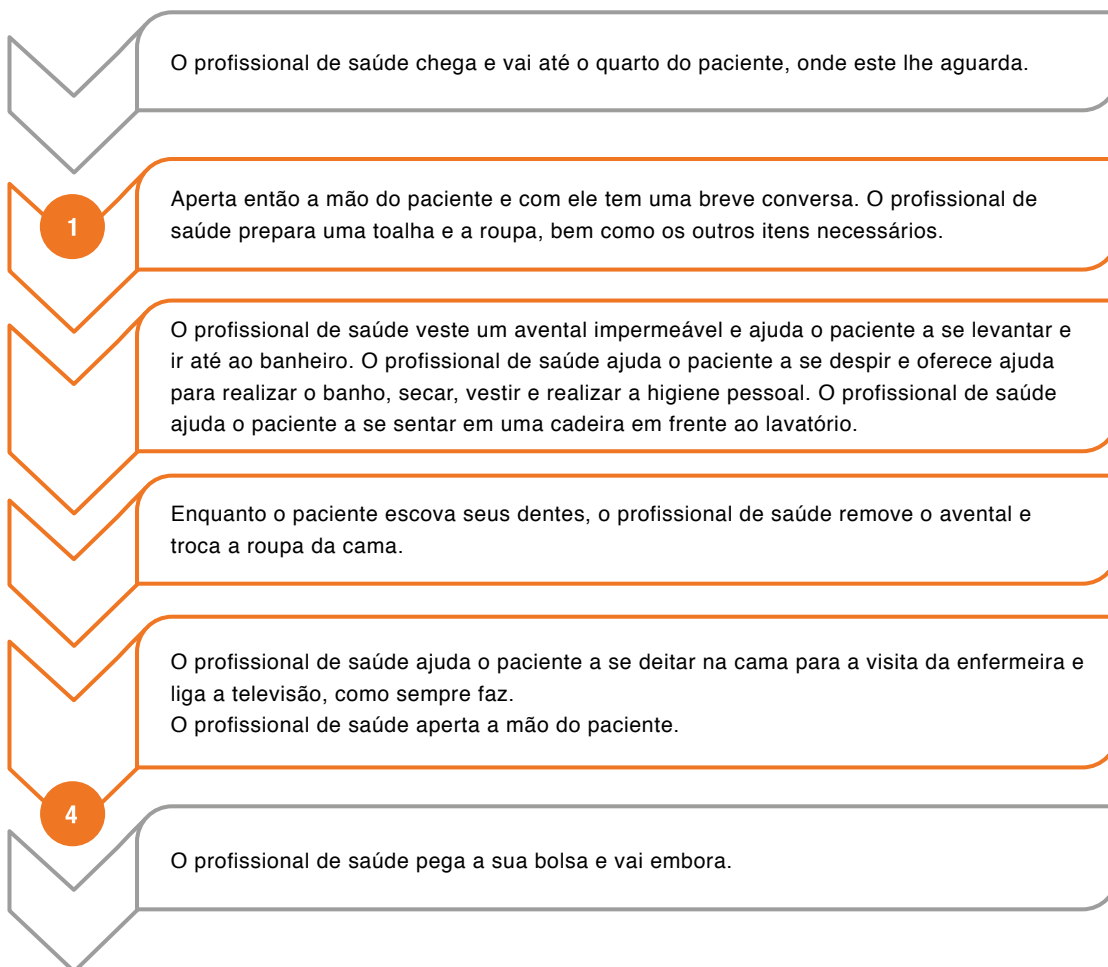
- B. Aperta, então, a mão do paciente e com ele tem uma breve conversa.
- C. O profissional de saúde prepara uma toalha e a roupa, bem como os outros itens necessários.
- D. O profissional de saúde veste um avental impermeável e ajuda o paciente a se levantar e ir até ao banheiro.
- E. O profissional de saúde ajuda o paciente a se despir e oferece ajuda para realizar o banho, secar, vestir e realizar a higiene pessoal.
- F. O profissional de saúde ajuda o paciente a se sentar em uma cadeira em frente ao lavatório. Enquanto o paciente escova seus dentes, o profissional de saúde remove o avental e troca a roupa da cama.
- G. O profissional de saúde ajuda o paciente a se deitar na cama para a visita da enfermeira e liga a televisão, como sempre faz.
- H. O profissional de saúde aperta a mão do paciente.
O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Momento 4)
- I. O profissional de saúde pega a sua bolsa e vai embora.

Características da sequência de cuidados

Frequência provável da sequência por hora	1
Duração da sequência	Aproximadamente 30 a 60 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência	2
Tipo de contato pelas mãos	Pele
Uso de equipamento de proteção individual	Não
Uso de materiais descartáveis	Não
Uso de materiais esterilizados	Não
Uso de materiais compartilhados	Não
<i>Ambiente do paciente</i>	O paciente e o ambiente domiciliar
<i>Ponto de assistência</i>	O local de contato com o paciente

Atendimento domiciliar – ajudar um paciente com deficiência a tomar um banho

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos



6b. Atendimento domiciliar – curativos

Breve explicação

A enfermeira vai três vezes por semana até a casa de um paciente com deficiência para trocar o curativo em um ferimento ulcerado na perna. Este cuidado é prestado após o paciente ter sido assistido durante o banho por um auxiliar de enfermagem. Todos os itens utilizados na prestação de cuidados (gaze, produto antisséptico, fita adesiva, equipamentos de proteção individual, preparação alcoólica para a higiene das mãos, entre outros) são trazidos pela enfermeira em um recipiente de plástico. O paciente e o ambiente domiciliar consistem na área (zona) ou ambiente do paciente. Os pontos de assistência são os locais dos procedimentos. O recipiente de plástico e os itens de cuidados trazidos pelo profissional de saúde representam o ambiente assistencial. Embora o cuidado assistencial seja prestado em domicílio, aplica-se totalmente a abordagem “Meus cinco momentos”.

Sequência de cuidados

- A. A enfermeira chega e vai até o quarto do paciente, onde este lhe aguarda.
- B. A enfermeira entra no quarto e coloca a sua bolsa contendo produtos para a saúde em uma cadeira.
A enfermeira realiza a higiene das mãos (Momento 1)
- C. Ela aperta a mão do paciente, tem uma breve conversa e, por fim, deixa a perna do paciente descoberta.
- D. A enfermeira realiza a desinfecção de uma mesa perto da cama.
A enfermeira realiza a higiene das mãos (Momento 4)
- E. A enfermeira pega um caderno de anotações e um recipiente plástico da bolsa.

A enfermeira realiza a higiene das mãos (Combinação dos Momentos 1 & 2)

- F. A enfermeira prepara o kit estéril de curativo e os outros itens necessários e calça as luvas de procedimento.
- G. A enfermeira remove as ataduras úmidas da perna e examina o curativo e a ferida.
- H. A enfermeira descarta as ataduras sujas na lixeira, remove e descarta as luvas.

A enfermeira realiza a higiene das mãos (Combinação dos Momentos 3 & 2)

- I. Usando instrumentais, a enfermeira aplica o antisséptico várias vezes, remove fibrinas com a tesoura e aplica o antisséptico novamente. Todos os resíduos são eliminados na lixeira e os instrumentais são colocados no recipiente de plástico.
- J. Usando um instrumental, a enfermeira coloca a gaze com pomada sobre a ferida, coloca outras gazes secas em cima, seguidas por uma atadura adesiva.
- K. Uma vez finalizado o curativo, a enfermeira organiza tudo que está sobre a mesa, fecha o recipiente plástico, o coloca em um saco plástico e limpa a mesa com um pano.

A enfermeira realiza a higiene das mãos (Combinação dos Momentos 3 & 4)

- L. A enfermeira faz anotações sobre a condição da ferida, o procedimento realizado e coloca o caderno de anotações dentro da bolsa.

A enfermeira realiza a higiene das mãos (Momento 1)

- M. A enfermeira ajuda o paciente a se sentar na cozinha para tomar o café da manhã, liga a televisão, aperta a mão do paciente e vai embora.

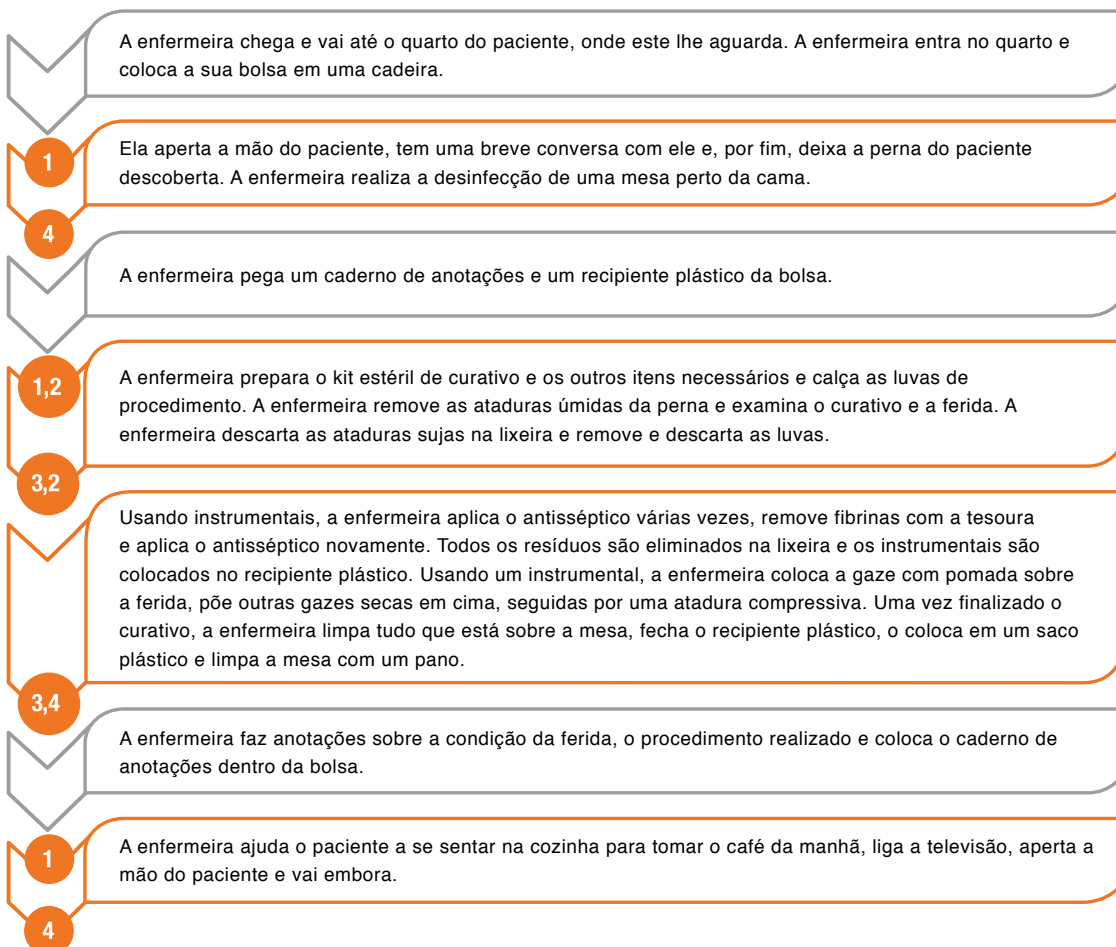
A enfermeira realiza a higiene das mãos (Momento 4).

Características da sequência de cuidados

Frequência provável da sequência por hora	1
Duração da sequência	60 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência	7
Tipo de contato pelas mãos	Pele intacta/pele não intacta/fluidos corporais/itens contaminados
Uso de equipamento de proteção individual	Luvas
Uso de materiais descartáveis	Sim
Uso de materiais esterilizados	Sim
Uso de materiais compartilhados	Não
<i>Ambiente do paciente</i>	O paciente e o ambiente domiciliar
<i>Ponto de assistência</i>	O local em que é realizado o curativo

Atendimento domiciliar – curativos

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos



7. Radiografia de tórax em um centro de diagnóstico

Breve explicação

O contexto é um centro de diagnóstico médico, com uma área destinada a uma máquina de raios-X onde o paciente se encontra, e outra área vista por uma janela com painéis técnicos e botões de comando. O técnico realiza uma série de ações organizadas em uma sequência sistemática. Não há espaço ou equipamento destinado para cada paciente durante a sequência de cuidados. A área (zona) ou ambiente do paciente corresponde apenas ao paciente, e o ponto de assistência é onde o paciente está instalado. A característica desta situação é a sequência de contatos pelas mãos com o paciente e o ambiente assistencial (a máquina e os botões de comando); de um modo geral, os botões de comando não podem ser desinfetados entre os procedimentos.

Sequência de cuidados de acordo com os requisitos mínimos de higiene das mãos*

- A. O paciente entra na sala, coloca sua roupa na cadeira e se aproxima do técnico para receber instruções.


O técnico realiza a higiene das mãos (Momento 1)

- B. O técnico ajuda o paciente a colocar o avental de proteção de chumbo e se instalar corretamente em frente à máquina e, em seguida, ajusta a máquina na proximidade do peito do paciente.
- C. O técnico se coloca atrás da janela; está prestes a apertar o botão para disparar o raio-X quando constata que a posição do paciente não está adequada.
- D. O técnico volta ao paciente e o ajuda a ficar na posição correta.
- E. O técnico volta novamente atrás da janela e dispara o raio-X.
- F. O técnico volta novamente ao paciente, remove a máquina e a proteção de chumbo, ajudando o paciente a se vestir, quando necessário.
- O técnico realiza a higiene das mãos (Momento 4)**
- G. O técnico registra os dados e se direciona à sala técnica para revelar o raio-X.

* O mesmo cenário com a rigorosa implementação da abordagem “Meus cinco momentos” é providenciado no Apêndice II.

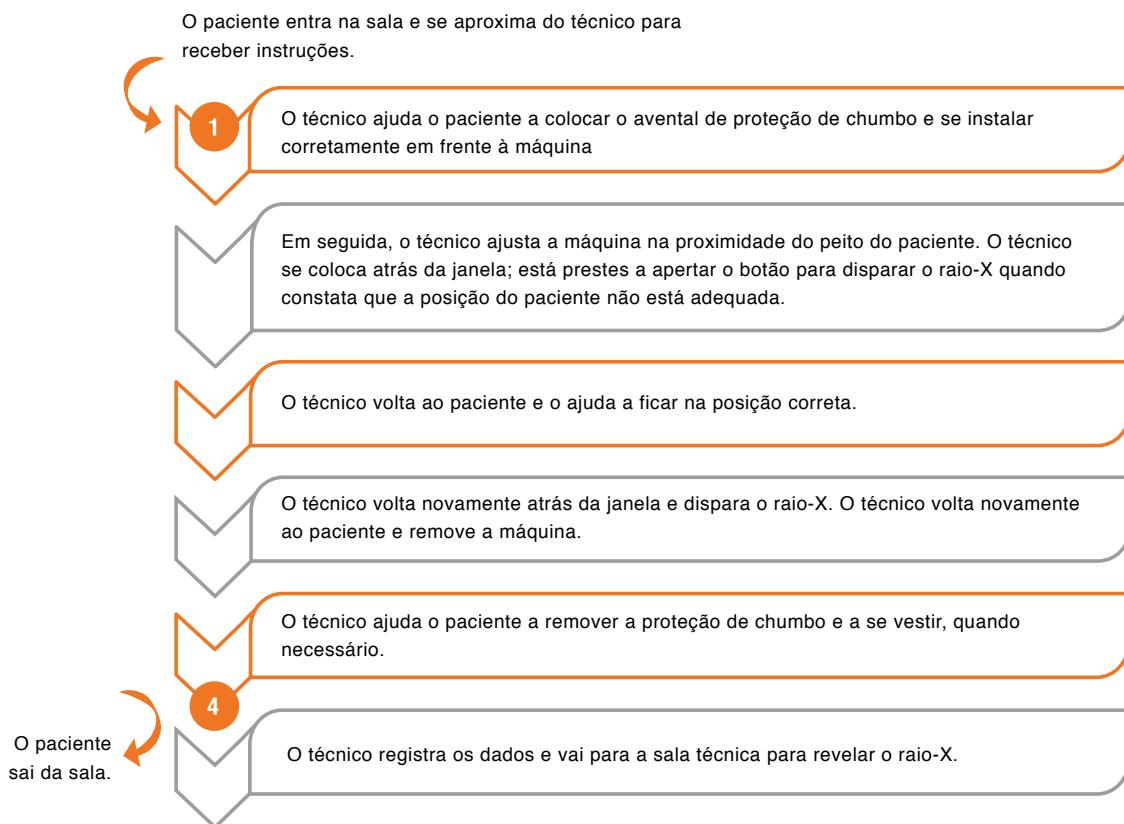
Características da sequência de cuidados

Frequência provável da sequência por hora	4-6
Duração da sequência	Aproximadamente 10-15 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência	2
Tipo de contato pelas mãos	Pele e roupa do paciente
Uso de luvas	Não
Uso de equipamento de proteção individual	Não
Uso de materiais descartáveis	Não
Uso de materiais esterilizados	Não
Uso de materiais compartilhados	Sim
<i>Ambiente do paciente</i>	O paciente
<i>Ponto de assistência</i>	Onde é instalado o paciente

 As superfícies de alta frequência de contato (por exemplo, botões de comando) devem ser identificadas e desinfetadas com especial precisão durante a limpeza do ambiente.

Radiografia de tórax em um centro de diagnóstico

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os **mínimos requisitos** de higiene das mãos



Comentário

Neste exemplo, contatos sociais, tais como o aperto de mãos entre o paciente e o profissional de saúde no início e ao finalizar consulta, não estão incluídos. A ocorrência deste gesto pode mudar de acordo com a cultura e os hábitos locais. Se isso ocorrer, esse tipo de contato pode aumentar o risco de transmissão e representa uma oportunidade adicional para a higiene das mãos.

8a. Hemodiálise em um ambulatório clínico especializado – início da diálise

Breve explicação

O contexto é um centro de diálise em que cinco pacientes dividem uma sala. Cada paciente ocupa uma cama ou uma poltrona. Na área destinada ao paciente, há também uma mesa de cabeceira com suprimentos médicos e um compartimento para objetos pessoais, a máquina de diálise com um saco de lixo apostado, um manguito de pressão e um estetoscópio. Os pacientes chegam um após o outro, aproximadamente a cada 15 minutos. Uma enfermeira está a cargo dos cinco pacientes na sala. O ambiente do paciente corresponde ao paciente e seus arredores, incluindo a cama ou o sofá, a mesa de cabeceira, a máquina de diálise e os outros materiais destinados ao paciente. Todas as superfícies e equipamentos para a saúde devem ser limpos e desinfetados após o uso no final da sessão de diálise do paciente, com atenção especial para a máquina de diálise, incluindo as superfícies externas e o painel.⁸⁰ Neste contexto, considerando o alto risco de infecção para o paciente, bem como o alto risco de transmissão de micro-organismos para outros pacientes e aos profissionais de saúde devido a repetidos procedimentos invasivos e manuseio de sangue, é extremamente importante satisfazer os requisitos ideais para a higiene das mãos, apesar da alta frequência de oportunidades de higiene das mãos. Alguns itens de equipamentos de proteção individual (aventais, máscaras e óculos de proteção) podem ser utilizados durante o atendimento de pacientes diferentes, desde que eles não estejam manchados de fluidos corporais.

Sequência de cuidados

A. O paciente chega, coloca seus pertences sobre a mesa de cabeceira; lava o braço e, ainda, é feita verificação do

peso. O paciente retorna e deita-se na cama ou senta-se na poltrona enquanto a enfermeira chega com a máquina preparada para utilização. Ela usa avental, máscara e óculos de proteção.

A enfermeira realiza a higiene das mãos (Momento 1)

- B. A enfermeira verifica os sinais vitais, pede o resultado do peso, verifica a condição da fístula, ajuda o paciente a se conectar à máquina e coloca uma proteção debaixo do braço do paciente.
- C. A enfermeira registra os dados na ficha do paciente e a coloca em cima da máquina de diálise.
- D. A enfermeira liga a máquina.

A enfermeira realiza a higiene das mãos (Momento 2)

- E. A enfermeira abre o kit para a punção em cima da mesa de cabeceira, verte o antisséptico, prepara a agulha e alguns tubos para a coleta de sangue, se necessário, e, em seguida, preenche as seringas e acrescenta as compressas.

A enfermeira realiza a higiene das mãos (Momento 2)

- F. A enfermeira calça as luvas estéreis e aplica o antisséptico no local de punção (local da fístula arteriovenosa) com o instrumental.
- G. A enfermeira insere a primeira agulha, lava e faz a fixação, conectando o circuito de diálise, e repete o procedimento com a segunda agulha.
- H. A enfermeira ajusta a máquina.
- I. A enfermeira recolhe o kit de punção e remove e descarta as luvas na lixeira.

A enfermeira realiza a higiene das mãos (Momento 3)

- J. A enfermeira verifica novamente os sinais vitais, registra os dados e retira um livro de sua bolsa que está sobre a mesa de cabeceira, oferecendo-o ao paciente.

A enfermeira realiza a higiene das mãos (Momento 4)

Características da sequência de cuidados

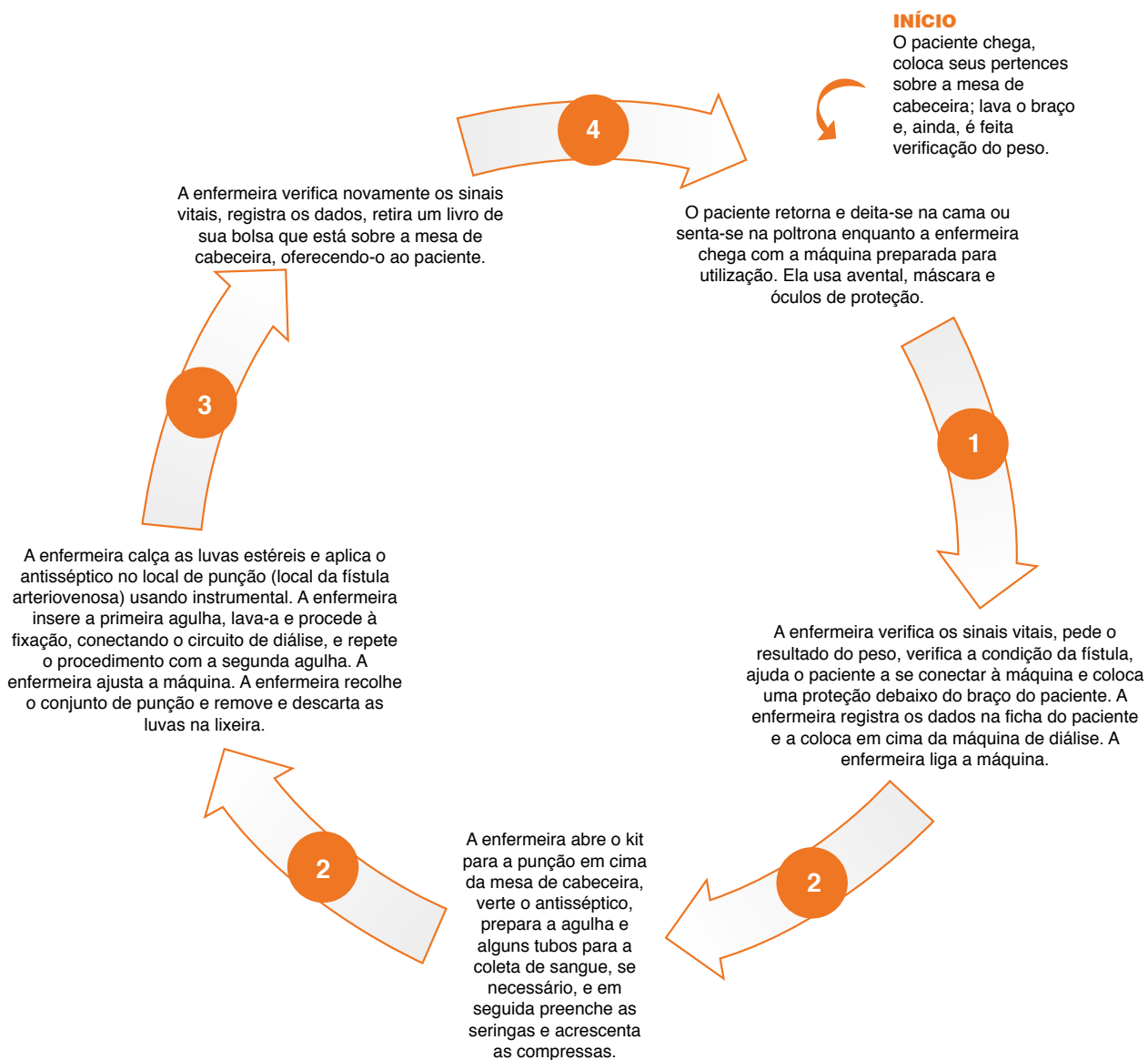
Frequência provável da sequência por hora	4-6
Duração da sequência	Aproximadamente 15 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência	4
Tipo de contato pelas mãos	Pele/pele não-intacta/fluidos corporais
Uso de equipamento de proteção pessoal	Luvas, bata, máscara, óculos de proteção
Uso de materiais descartáveis	Sim
Uso de materiais esterilizados	Sim
Uso de materiais compartilhados	Não
<i>Ambiente do paciente</i>	O paciente, a cadeira, a mesa de cabeceira, a máquina de diálise
<i>Ponto de assistência</i>	Onde o paciente se senta ou deita para a diálise



A eficácia da higiene das mãos depende da contaminação ambiental.^{5,54,80} Quando dispositivos e equipamentos para a saúde compartilhados não são limpos e desinfetados após cada uso, pelo paciente, não se pode esperar que a higiene das mãos compense a falta de adesão regular a estes procedimentos.

Hemodiálise em um ambulatório clínico especializado - início da diálise

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos



Comentário

Neste exemplo, contatos sociais, tais como aperto de mãos entre o paciente e a enfermeira no início e ao finalizar a consulta, não estão incluídos. A ocorrência deste gesto pode mudar, de acordo com a cultura e os hábitos locais. Se isso ocorrer, esse tipo de contato pode aumentar o risco de transmissão e representa uma oportunidade adicional para a higiene das mãos.

8b. Hemodiálise em um ambulatório clínico especializado – durante a sessão de diálise

Breve explicação

Ver explicação para 8a.

Sequência de cuidados

A. Voltando de outro paciente ou do ambiente assistencial, a enfermeira retorna ao paciente em média a cada 30-60 minutos.

A enfermeira realiza a higiene das mãos (Combinação dos Momentos 4 & 1)

- B. A enfermeira verifica os sinais vitais, confere se a máquina está funcionando corretamente e realiza ajustes, quando necessário.
- C. Em uma dessas ocasiões, o paciente solicita à enfermeira a realização de massagem para aliviar as câimbras e, ainda, pede ajuda para a realização da conexão com a máquina.


A enfermeira realiza a higiene das mãos (Combinação dos Momentos 4 & 1)

- D. A enfermeira se direciona a outro paciente pela mesma razão.

A enfermeira realiza a higiene das mãos (Combinação dos Momentos 4 & 1)

Características da sequência de cuidados

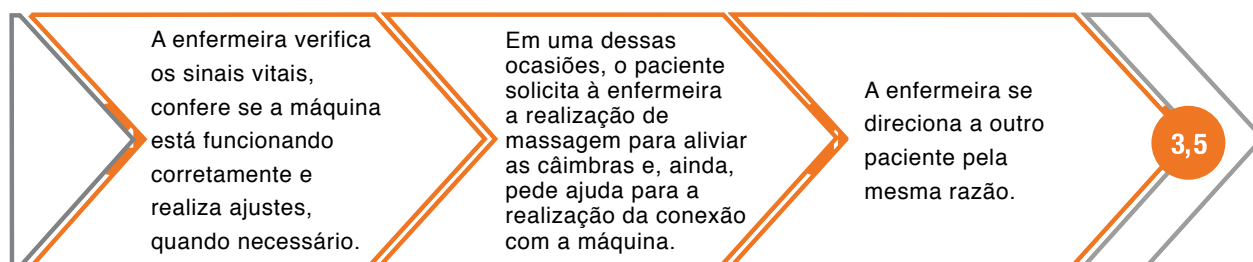
Frequência provável da sequência por hora	5-10
Duração da sequência	5 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência	2
Tipo de contato pelas mãos	Pele
Uso de equipamento de proteção individual	Não
Uso de materiais descartáveis	Não
Uso de materiais esterilizados	Não
Uso de materiais compartilhados	Não
<i>Ambiente do paciente</i>	O paciente, a cadeira, a mesa de cabeceira, a máquina de diálise
<i>Ponto de assistência</i>	Onde o paciente se senta ou se deita para a realização da diálise

 A eficácia da higiene das mãos depende da contaminação ambiental.^{5,54,80} Quando dispositivos e equipamentos para a saúde compartilhados não são limpos e desinfetados após cada uso, pelo paciente, não se pode esperar que a higiene das mãos compense a falta de adesão regular a estes procedimentos.

Hemodiálise em um ambulatório clínico especializado – durante a sessão de diálise

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos

Voltando de outro paciente ou do ambiente assistencial, a enfermeira retorna ao paciente em média a cada 30-60 minutos.



8c. Hemodiálise em um ambulatório clínico especializado – desligamento no final da diálise

Breve explicação

Ver explicação para 8a.

Sequência de cuidados

- A. A enfermeira retorna ao paciente; ela usa avental, máscara e óculos de proteção.
A enfermeira realiza a higiene das mãos (Momento 1)
- B. A enfermeira verifica os sinais vitais do paciente e ajusta a máquina de diálise para devolver o sangue.
- C. Ela registra os dados na ficha do paciente e a coloca em cima da máquina de diálise.
- D. A enfermeira ajuda o paciente a se instalar para o desligamento da sessão.
- E. A enfermeira abre a embalagem contendo as compressas para hemóstase.

A enfermeira realiza a higiene das mãos (Momento 2)

- F. A enfermeira calça as luvas de procedimento.
- G. A enfermeira remove e descarta as agulhas no recipiente de descarte de perfurocortantes, assim como descarta outros materiais na lixeira apropriada, enquanto o paciente aplica pressão para hemóstase.
- H. A enfermeira remove e descarta as luvas na lixeira.
- I. A enfermeira deixa o paciente para atender outro paciente ou para ir ao ambiente de cuidados de saúde.
A enfermeira realiza a higiene das mãos (Momentos 3 & 4 & 1)
- J. Concluída a hemóstase (após aproximadamente 20 min.), a enfermeira retorna ao paciente.
A enfermeira realiza a higiene das mãos (Momento 1)
- K. A enfermeira verifica os sinais vitais, pede ao paciente para se pesar e registra os dados.
A enfermeira realiza a higiene das mãos (Momento 4)
- L. O paciente vai embora.

Características da sequência de cuidados

Frequência provável da sequência por hora	3
Duração da sequência	Aproximadamente 20 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência	5
Tipo de contato pelas mãos	Pele/pele não intacta /fluidos corporais/equipamento médico
Uso de equipamento de proteção individual	Bata, máscara, óculos de proteção e luvas
Uso de materiais descartáveis	Sim
Uso de materiais esterilizados	Sim
Uso de materiais compartilhados	Não
<i>Ambiente do paciente</i>	O paciente, a cadeira, a mesa de cabeceira, a máquina de diálise
<i>Ponto de assistência</i>	Onde o paciente se senta ou deita para a diálise

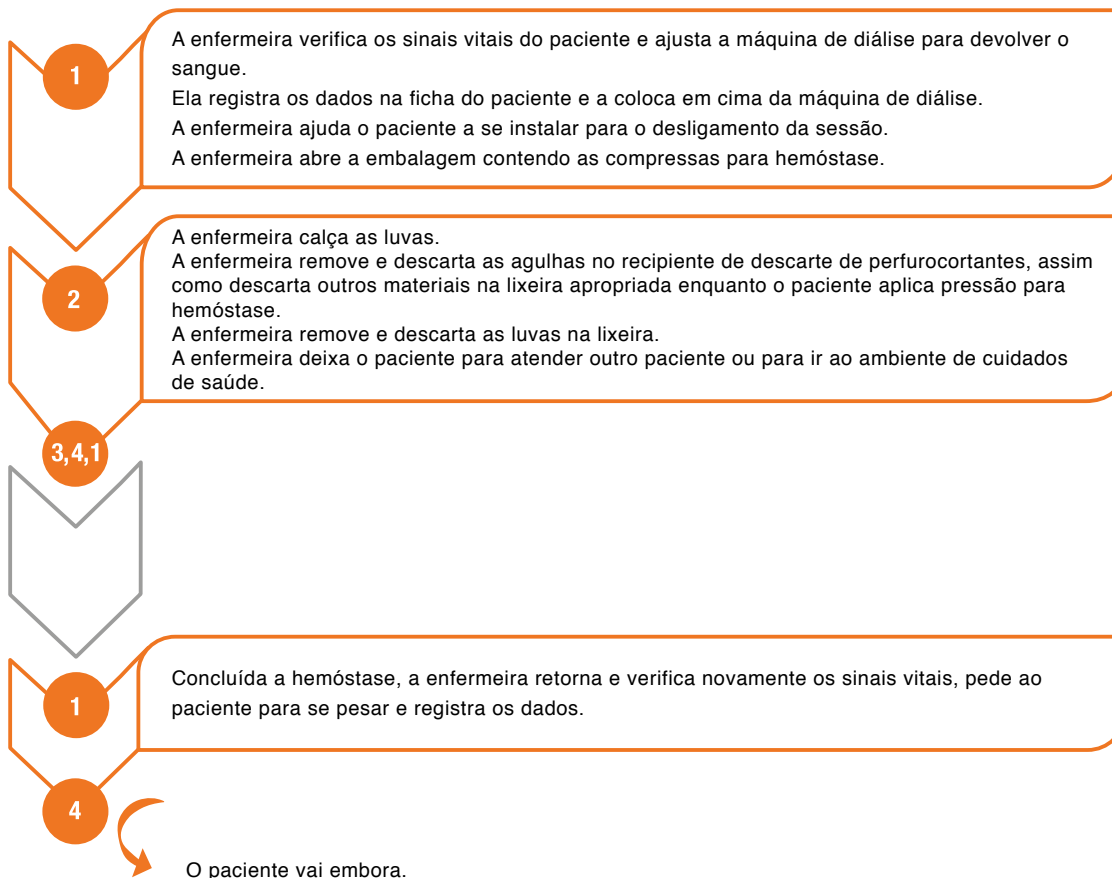


A eficácia da higiene das mãos depende da contaminação ambiental.^{5,54,80} Quando dispositivos e equipamentos para a saúde compartilhados não são limpos e desinfetados após cada uso do paciente, não se pode esperar que a higiene das mãos compense a falta de adesão regular a estes procedimentos.

Hemodiálise em um ambulatório clínico especializado – desligamento no final da diálise

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos

A enfermeira retorna ao paciente; ela usa avental, máscara e óculos de proteção.



8d. Hemodiálise em um ambulatório clínico especializado – após a saída do paciente

Breve explicação

Ver explicação para 8a.

Sequência das atividades

- A. O profissional de saúde realiza a limpeza da estação de diálise usando luvas apropriadas para limpeza, desinfeta as superfícies, inclusive da máquina que está sendo recolhida para processamento de limpeza e desinfecção.
- B. O profissional de saúde procede da mesma maneira em outra área de estação de diálise.
- C. Ao terminar, o profissional de saúde remove e descarta as luvas.

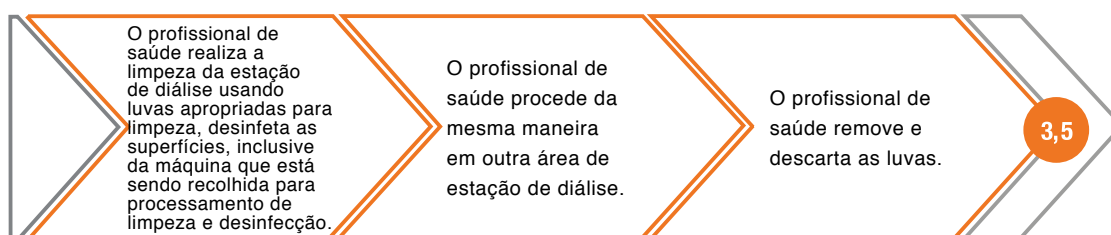
**O profissional de saúde realiza a higiene das mãos
(Combinação de Momentos 3 & 5)**

Características da sequência de cuidados

Frequência provável da sequência por hora	4
Duração da sequência	15 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência	1
Tipo de contato pelas mãos	Materiais do ambiente/materiais manchados de sangue
Uso de equipamento de proteção individual	Luvas domésticas
Uso de materiais descartáveis	Não
Uso de materiais esterilizados	Não
Uso de materiais compartilhados	Não
<i>Ambiente do paciente</i>	A cadeira, a mesa de cabeceira e a máquina de diálise
<i>Ponto de assistência</i>	Não

Hemodiálise em um ambulatório clínico especializado – após a saída do paciente

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos



9. Parto e assistência ao parto

Breve explicação

A assistência é prestada em uma sala de trabalho de parto onde há várias camas isoladas por cortinas de privacidade. Uma parteira pode cuidar de até quatro mulheres ao mesmo tempo. Cada mesa de parto é destinada a uma mulher de cada vez. Há uma pequena mesa de cabeceira para os pertences pessoais, alguns materiais para realização de cuidados e uma lixeira perto da mesa de cabeceira. Na sala, há um armário contendo materiais para a realização de diversos cuidados, tais como roupas de cama, almofadas, equipamentos de proteção individual, dispositivos para a saúde esterilizados, antisséptico e outros. Uma máquina Eco-Doppler, um oxímetro de pulso e um esfigmomanômetro são compartilhados, de acordo com as diversas necessidades. O ambiente do paciente corresponde à mulher, à mesa de parto em que se deita e à mesa de cabeceira. Após o parto, o recém-nascido é parte do ambiente do paciente. O ponto de assistência é o local onde ocorrem os exames e o parto.

Uma vez que a mulher é instalada na mesa de exame / parto, são necessárias rigorosas medidas de higiene das mãos, segundo os princípios da abordagem “Meus cinco momentos”. O conceito do ambiente do paciente sempre se aplica nesta situação, independentemente do local de parto (centro de atendimento terciário ou primário). Isto implica a limpeza e desinfecção do ambiente do paciente após cada parto. Durante e após o parto, o ambiente do paciente inclui tanto a mãe como o recém-nascido. Dado o elevado risco de infecção puerperal e transmissão de micro-organismos para o recém-nascido, outros pacientes e os profissionais de saúde, por causa dos repetidos procedimentos invasivos e a presença de grandes quantidades de fluidos corporais, torna-se extremamente importante cumprir os requisitos de higiene das mãos, apesar da elevada frequência de oportunidades de higiene das mãos.


9a. Parto e assistência ao parto – durante o trabalho de parto

Sequência de cuidados

- A. A parteira se aproxima da mulher, fecha as cortinas, conversa brevemente com ela e pede algumas informações.
A parteira realiza a higiene das mãos (Momento 1)
- B. A parteira apalpa o abdome, mede o pulso e a frequência respiratória.
A parteira realiza a higiene das mãos (Momento 4)
- C. A parteira abre a cortina, deixa a área do paciente e volta com um esfigmomanômetro.
A parteira realiza a higiene das mãos (Momento 1)
- D. A parteira mede a pressão arterial e depois ausculta a frequência cardíaca fetal com o estetoscópio.
- E. A parteira verte um pouco de antisséptico em um recipiente e abre uma embalagem de compressas.
A parteira realiza a higiene das mãos (Momento 2)
- F. A parteira calça as luvas de procedimento (pelo menos uma).
- G. A parteira aplica o antisséptico e realiza o exame vaginal.
- H. A parteira limpa um pouco de fluido amniótico com uma toalha (com a mão enluvada quando apenas uma luva foi calçada).
- I. Ela remove e descarta as luvas na lixeira.
A parteira realiza a higiene das mãos (Combinação de Momentos 3 & 4)
- J. A parteira registra os dados e deixa a sala.

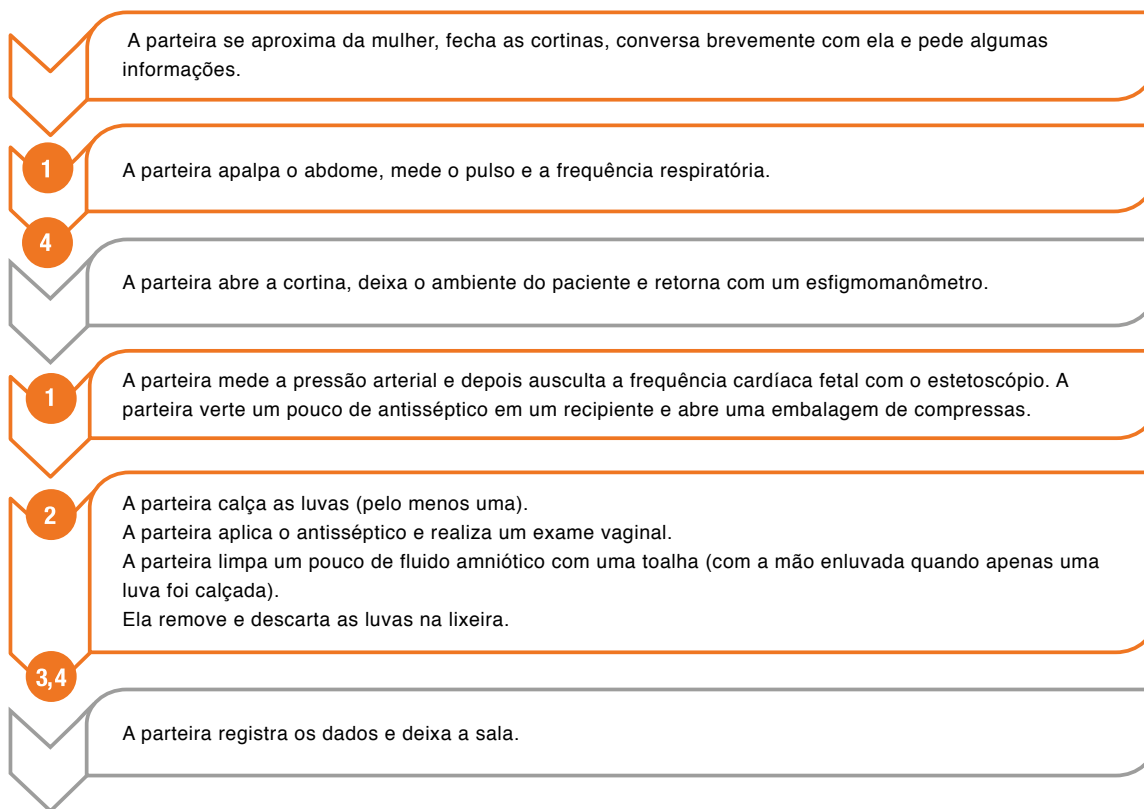
Características da sequência de cuidados

Frequência provável da sequência por hora	4-6
Duração da sequência	10-15 minutos
Tipo de contato pelas mãos	Pele/membrana mucosa/fluidos corporais
Uso de equipamento de proteção individual	Luvas
Uso de materiais descartáveis	Sim
Uso de materiais esterilizados	Sim
Uso de materiais compartilhados	Sim
Área do paciente	A paciente, a mesa, a mesa de cabeceira e seu conteúdo
Ponto de assistência	Onde o paciente se deita

 A eficácia da higiene das mãos depende da contaminação ambiental.^{5,54} Quando dispositivos e equipamentos para a saúde compartilhados não são limpos e desinfetados após cada uso do paciente, não se pode esperar que a higiene das mãos compense a falta de adesão regular a estes procedimentos.

Parto e assistência ao parto – durante o trabalho de parto

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos



9b. Parto e assistência ao parto – na hora do parto

Sequência de cuidados

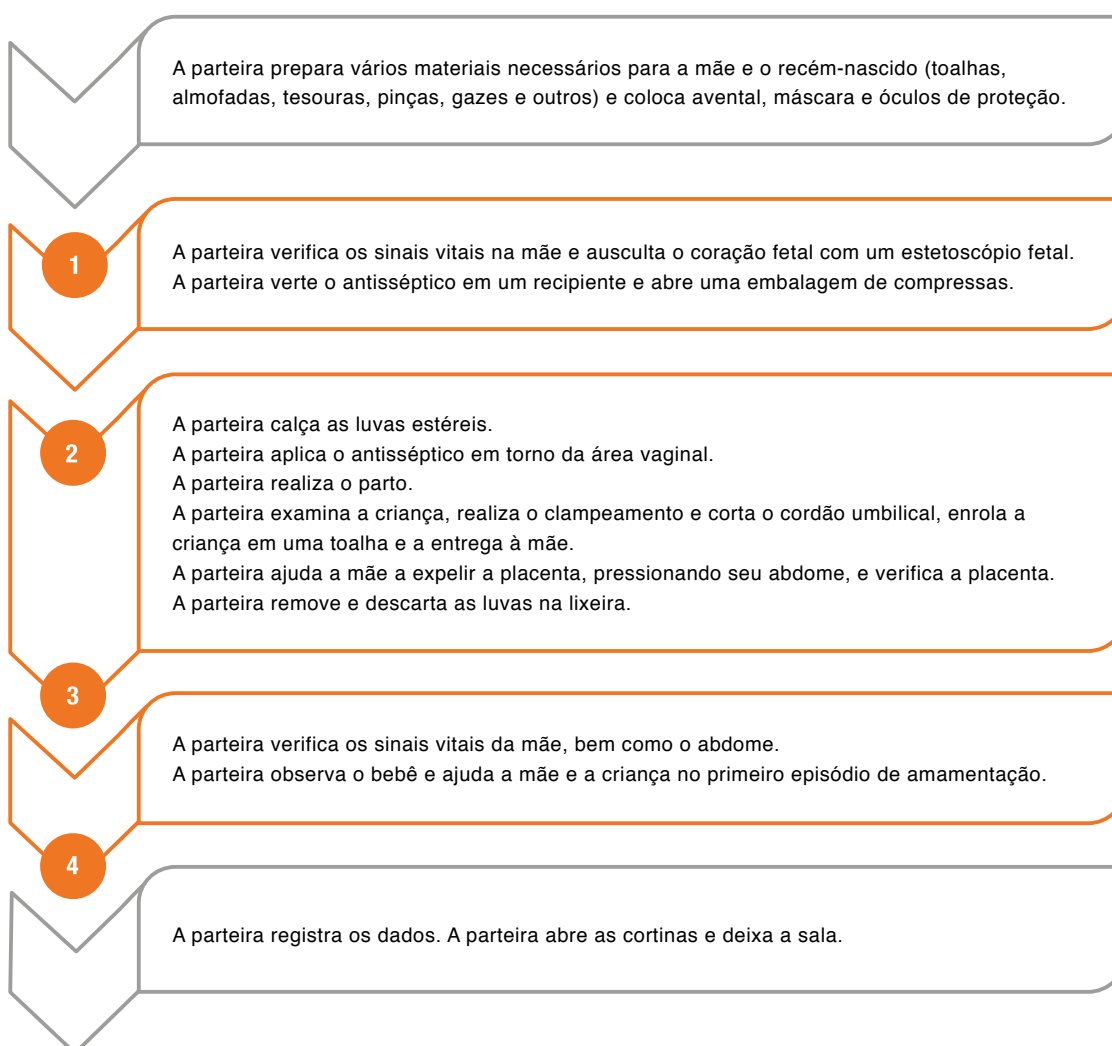
- A. A parteira prepara vários materiais necessários para a mãe e o recém-nascido (toalhas, almofadas, tesouras, pinças, gazes e outros) e coloca o avental, a máscara e os óculos de proteção.
A parteira realiza a higiene das mãos (Momento 1)
- B. A parteira verifica os sinais vitais da mãe e ausculta o coração fetal com um estetoscópio fetal.
- C. A parteira verte o antisséptico em um recipiente e abre uma embalagem de compressas.
A parteira realiza a higiene das mãos (Momento 2)
- D. A parteira calça as luvas estéreis.
- E. A parteira aplica o antisséptico em torno da área vaginal.
- F. A parteira realiza o parto.
- G. A parteira examina o recém-nascido, faz o clampeamento e corta o cordão umbilical, enrola o recém-nascido em uma toalha e o entrega à mãe.
- H. A parteira ajuda a mãe a expelir a placenta, pressionando o abdome, e verifica a placenta.
- I. A parteira remove e descarta as luvas na lixeira.
A parteira realiza a higiene das mãos (Momento 3)
- J. A parteira verifica os sinais vitais da mãe, bem como o abdome.
- K. A parteira observa o bebê e ajuda a mãe e a criança no primeiro episódio de amamentação.
A parteira realiza a higiene das mãos (Momento 4)
- L. A parteira registra os dados.
- M. A parteira abre as cortinas e deixa a sala.

Características da sequência de cuidados

Frequência provável da sequência por hora	1-2
Duração da sequência	30-60 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência	4
Tipo de contato pelas mãos	Pele/membrana mucosa/fluidos corporais
Uso de equipamento de proteção individual	Bata, máscara, óculos de proteção, luvas
Uso de materiais descartáveis	Sim
Uso de materiais esterilizados	Sim
Uso de materiais compartilhados	Sim
Área do paciente	O paciente, a mesa, a mesa de cabeceira e seu conteúdo
Ponto de assistência	Onde o paciente se deita

Parto e assistência ao parto – na hora do parto

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos



9c. Parto e assistência ao parto – após a saída da mãe e da criança da área de parto

Sequência das atividades

- A. O profissional de saúde, usando luvas apropriadas, chega com o material de limpeza.
- B. O profissional de saúde organiza vários artigos e resíduos, colocando-os no lixo ou em uma pia para serem processados.
- C. O profissional de saúde limpa e desinfeta a mesa de parto e quaisquer outras superfícies (por exemplo, mesa de cabeceira), inclusive o chão.
- D. O profissional de saúde descarta o material de limpeza, de acordo com os procedimentos locais, inclusive as luvas.

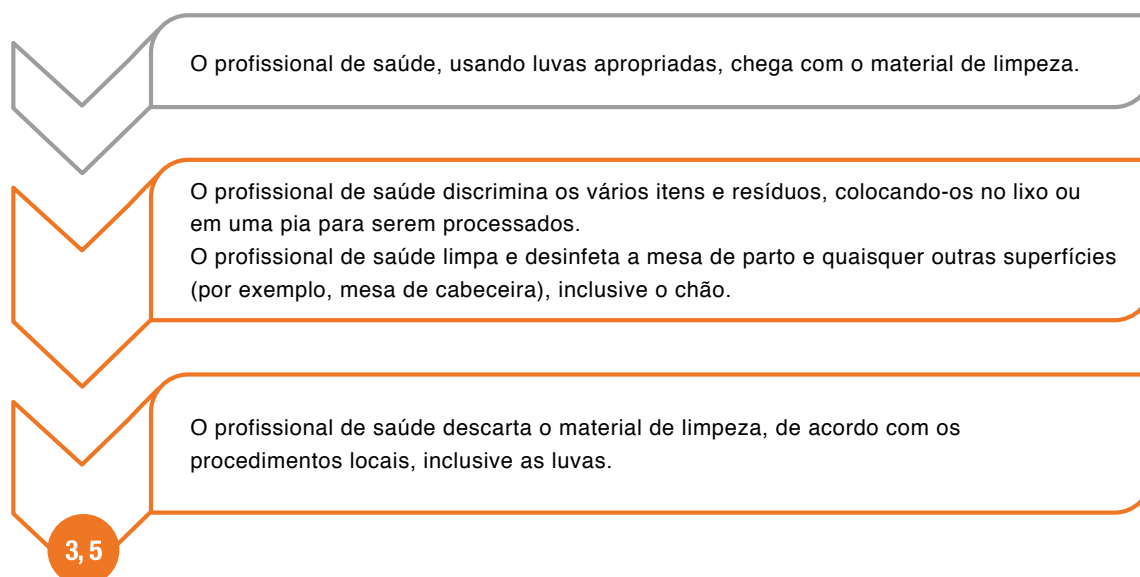
**O profissional de saúde realiza a higiene das mãos
(Combinação dos Momentos 3 & 5)**

Características da sequência de cuidados

Frequência provável da sequência por hora	1
Duração da sequência	Aproximadamente 10 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência	1
Tipo de contato pelas mãos	Fluidos corporais/superfícies inanimadas
Uso de equipamento de proteção individual	Luvas
Uso de materiais descartáveis	Sim
Uso de materiais esterilizados	Não
Uso de materiais compartilhados	Sim
Área do paciente	A mesa de parto, a mesa de cabeceira e seu conteúdo

Parto e assistência ao parto – após a saída da mãe e da criança da área de parto

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos



10. Atendimento odontológico em uma clínica

Breve explicação

O cenário consiste em um consultório de uma clínica odontológica onde existem três cadeiras equipadas e todos os materiais necessários. A característica desta situação envolve contatos muito frequentes das mãos com locais críticos. Todo o equipamento para a saúde deve ser limpo e desinfetado entre os pacientes e os artigos que entram em contato com membranas mucosas e dentes devem ser submetidos à esterilização.⁵⁴ Diversos materiais utilizados para o atendimento odontológico se encontram guardados em grandes armários. Há também uma tela para visualização de raios-X.

Sequência de cuidados


- A. O paciente entra no consultório e se senta na cadeira odontológica.
- B. O odontólogo, que está usando máscara e óculos de proteção, se aproxima da cadeira, cumprimenta o paciente, ajusta sua cadeira e liga o foco de luz.
O odontólogo realiza a higiene das mãos (Combinação dos Momentos 1 & 2)
- C. O odontólogo calça luvas de procedimento e examina os dentes do paciente com um pequeno espelho proveniente de uma bandeja preparada pela assistente contendo outros artigos, materiais e produtos necessários para o

atendimento odontológico.

- D. O odontólogo realiza a anestesiologia local e, posteriormente, remove e descarta as luvas na lixeira.
O odontólogo realiza a higiene das mãos (Combinação dos Momentos 3 & 4)
- E. Enquanto aguarda o efeito da anestesiologia, pega o exame de raios-X do paciente e os coloca na tela para visualizá-los.
- F. Ele volta ao paciente.
O odontólogo realiza a higiene das mãos (Combinação dos Momentos 1 & 2)
- G. O odontólogo calça as luvas e inicia o procedimento odontológico.
- H. Concluída a intervenção, o odontólogo coloca o material usado em uma bandeja e remove e descarta as luvas na lixeira.
O odontólogo realiza a higiene das mãos (Combinação dos Momentos 3 & 4 & 1)
- I. O odontólogo se despede do paciente e passa para o próximo paciente.
- J. Um assistente de odontologia, usando luvas, adentra a sala para descartar o material usado no lixo e desinfetar a cadeira odontológica, o ambiente e o equipamento. O auxiliar de odontologia finalmente remove e descarta as luvas.
O auxiliar de odontólogo realiza a higiene das mãos (Combinação dos Momentos 3 & 5)

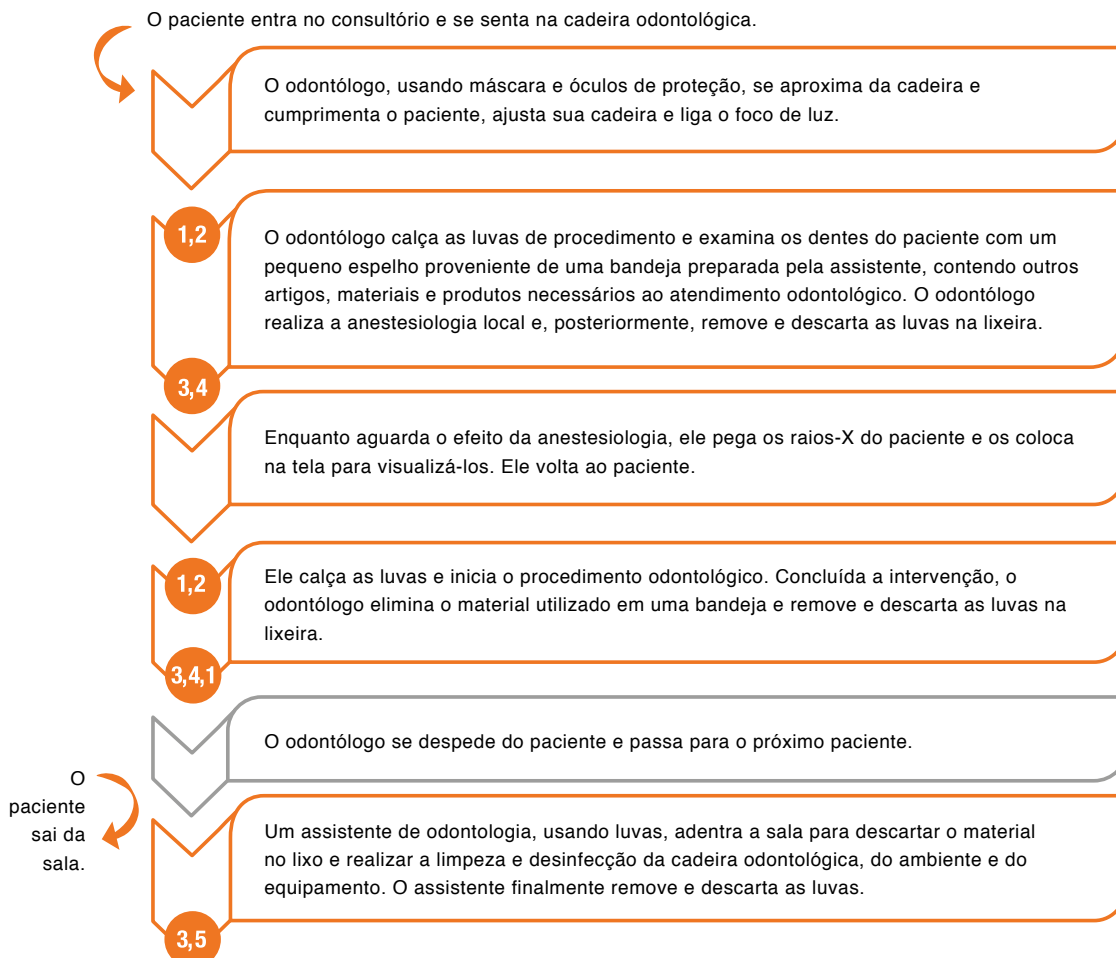
Características da sequência de cuidados

Frequência provável da sequência por hora	1-2
Duração da sequência	30-60 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência	5 (4 para o odontólogo e 1 para o auxiliar de odontólogo)
Tipo de contato pelas mãos	Itens de cuidados/fluidos corporais/pele potencialmente
Uso de equipamento de proteção individual	Luvas, máscara e óculos de proteção
Uso de materiais descartáveis	Sim
Uso de materiais esterilizados	Sim
Uso de materiais compartilhados	Sim
Área do paciente	O paciente, a cadeira odontológica e o apoio técnico
Ponto de assistência	Onde ocorre o atendimento odontológico

 A eficácia da higiene das mãos depende da contaminação ambiental.^{5,54} Quando dispositivos e equipamentos para a saúde compartilhados não são limpos e desinfetados após cada uso, não se pode esperar que a higiene das mãos compense a falta de adesão regular a estes procedimentos.

Atendimento odontológico em uma clínica

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos



Comentário

Neste exemplo, contatos sociais, tais como aperto de mãos entre o odontólogo e o paciente não estão incluídos. A ocorrência deste gesto pode mudar de acordo com a cultura e os hábitos locais. Se isso ocorrer, esse tipo de contato pode aumentar o risco de transmissão e representa uma oportunidade adicional para a higiene das mãos. A higiene das mãos deve ser cuidadosamente considerada antes e após cada contato social do odontólogo com o paciente, como, por exemplo, o aperto de mãos.

11. Verificação de parâmetros vitais e clínicos em residente acamado de uma unidade residencial de idosos

Breve explicação

O cenário consiste em um quarto de residente de uma unidade residencial de idosos. Neste caso, o residente é deficiente físico e acamado. O monitoramento da pressão arterial e outros sinais vitais, tais como a glicemia capilar, é frequentemente realizado em ILPIs. O profissional de saúde entra no quarto do residente com um carrinho contendo o manguito de pressão e estetoscópio da unidade, um recipiente de descarte de perfurocortantes, uma bandeja com o material necessário para a mensuração da glicemia, um caderno e uma caneta. O residente e o quarto representam a área (zona) ou ambiente do paciente. O ponto de assistência é onde o profissional de saúde está em contato com o residente para efeitos da prestação de cuidados médicos e de enfermagem.


Sequência de cuidados

- A. O profissional de saúde entra no quarto e cumprimenta o residente.
O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Momento 1)
- B. Explica ao residente que o motivo da visita é medir a pressão arterial.

- C. O profissional de saúde descobre o braço do residente e mede a pressão arterial.
- D. O profissional de saúde ajuda o residente a se sentar numa posição confortável.
- E. O profissional de saúde aplica o antisséptico no dedo do residente usando uma gaze e a descarta.
O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Momento 2)
- F. O profissional de saúde calça as luvas.
- G. O profissional de saúde coleta a amostra de sangue do dedo utilizando um dispositivo de punção digital.
- H. O profissional de saúde descarta o dispositivo de punção digital no recipiente de descarte de perfurocortantes.
- I. O profissional de saúde aplica o sangue na tira de teste.
- J. O profissional de saúde coloca uma gaze sobre o local de punção e pressiona brevemente até estancar o sangramento.
- K. O profissional de saúde remove e descarta as luvas.
O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Combinação dos Momentos 3 & 4)
- L. O profissional de saúde faz a leitura do resultado e realiza o registro.
- M. O profissional de saúde deixa o quarto do residente.

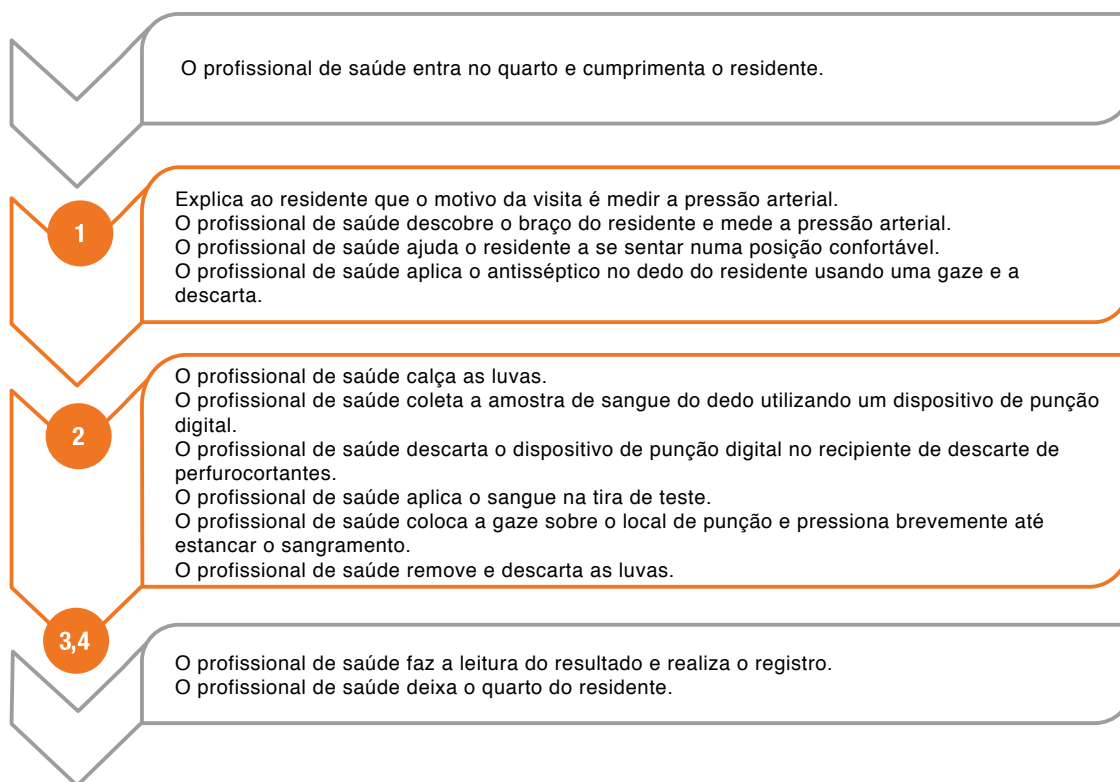
Características da sequência de cuidados

Frequência provável da sequência por hora	4-6
Duração da sequência	Quase 10-15 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência	3
Tipo de contato pelas mãos	Pele/fluidos corporais
Uso de equipamento de proteção individual	Luvas
Uso de materiais descartáveis	Sim
Uso de materiais esterilizados	Sim
Uso de materiais compartilhados	Sim
Área do paciente	O paciente e o ambiente do quarto do residente
Ponto de assistência	Onde ocorre o contato com o residente

 A eficácia da higiene das mãos depende da contaminação ambiental.^{5,54} Quando dispositivos e equipamentos para a saúde compartilhados não são limpos e desinfetados após cada uso do paciente, não se pode esperar que a higiene das mãos compense a falta de adesão regular a estes procedimentos.

Verificação de parâmetros vitais e clínicos em residente acamado de uma unidade residencial de idosos

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos



Comentário

Neste exemplo, contatos sociais, tais como aperto de mãos entre o residente e o profissional de saúde, não estão incluídos. A ocorrência deste gesto pode mudar de acordo com a cultura e os hábitos locais. Se isso ocorrer, esse tipo de contato pode aumentar o risco de transmissão e representa uma oportunidade adicional para a higiene das mãos.

12. Troca de fralda de um residente acamado numa Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI

Breve explicação

O contexto é o quarto de um residente com incontinência fecal em uma ILPI. Os cuidados de residentes incontinentes em ILPI envolvem uma das ações mais realizadas com risco de contaminação pelas mãos. O residente e o quarto representam o ambiente do paciente. O ponto de assistência é onde o profissional de saúde tem contato com o residente e as áreas próximas.

Sequência de cuidados

A. O profissional de saúde entra no quarto e cumprimenta o residente.

O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Momento 1)

B. Explica ao residente que irá trocar a sua fralda.

C. O profissional de saúde pega o material necessário no armário e calça as luvas de procedimento.

D. Dobra a roupa de cama para baixo para descobrir o residente e remove e dobra a fralda usada, colocando-a na lixeira.

E. O profissional de saúde realiza a higiene corporal do residente usando produtos de higiene antes de colocar uma fralda limpa.

F. Joga os materiais descartáveis utilizados na lixeira e, posteriormente, remove e descarta as luvas na lixeira.

O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Momento 3)

G. O profissional de saúde coloca o residente numa posição confortável em sua cama e cobre o paciente com a roupa de cama.

O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Momento 4)

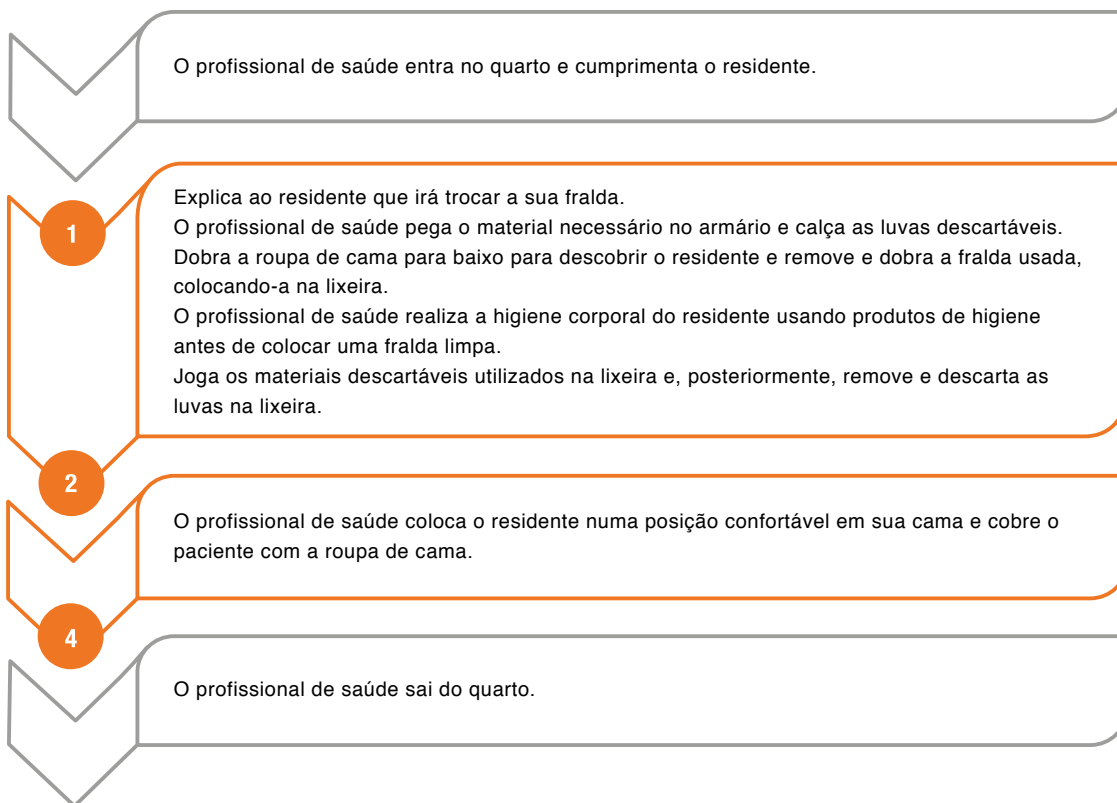
H. O profissional de saúde sai do quarto.

Características da sequência de cuidados

Frequência provável da sequência por hora	6
Duração da sequência	Aproximadamente 10 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência	3
Tipo de contato pelas mãos	Fluidos corporais/pele/contato com itens contaminados
Uso de equipamento de proteção individual	Luvas
Uso de materiais descartáveis	Sim
Uso de materiais esterilizados	Não
Uso de materiais compartilhados	Não
Área do paciente	O residente, o quarto do residente e seu conteúdo
Ponto de assistência	Onde se deita o paciente

Troca de fralda de um residente acamado numa ILPI

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos



Comentário

Neste exemplo, contatos sociais, tais como o aperto de mãos entre o residente e o profissional de saúde, não estão incluídos. A ocorrência deste gesto pode mudar de acordo com a cultura e os hábitos locais. Se isso ocorrer, esse tipo de contato pode aumentar o risco de transmissão e representa uma oportunidade adicional para a higiene das mãos.

13. Cuidados de fisioterapia e exercícios de mobilidade para idosos em uma unidade de residentes

Breve explicação

O cenário consiste em uma unidade onde muitos residentes apresentam diferentes graus de deficiências de mobilidade (alguns são portadores de deficiência) e precisam de ajuda e fisioterapia para manter o nível de exercícios necessário para a locomoção. O residente e o ambiente do quarto ou a cama do residente e áreas próximas (no caso de quartos compartilhados) representam o ambiente do paciente. O ambiente do serviço não incluído no ambiente do paciente representa o ambiente assistencial. O ponto de assistência é onde o profissional de saúde tem contato com o residente.

Sequência de cuidados

- A. O auxiliar de enfermagem entra no quarto do residente, que está sentado numa poltrona, e o cumprimenta verbalmente.
O auxiliar de enfermagem realiza a higiene das mãos (Momento 1)
- B. O auxiliar de enfermagem ajuda o residente a se levantar e se posicionar no andarilho, acompanhando-o até a sala dedicada a exercícios e fisioterapia.

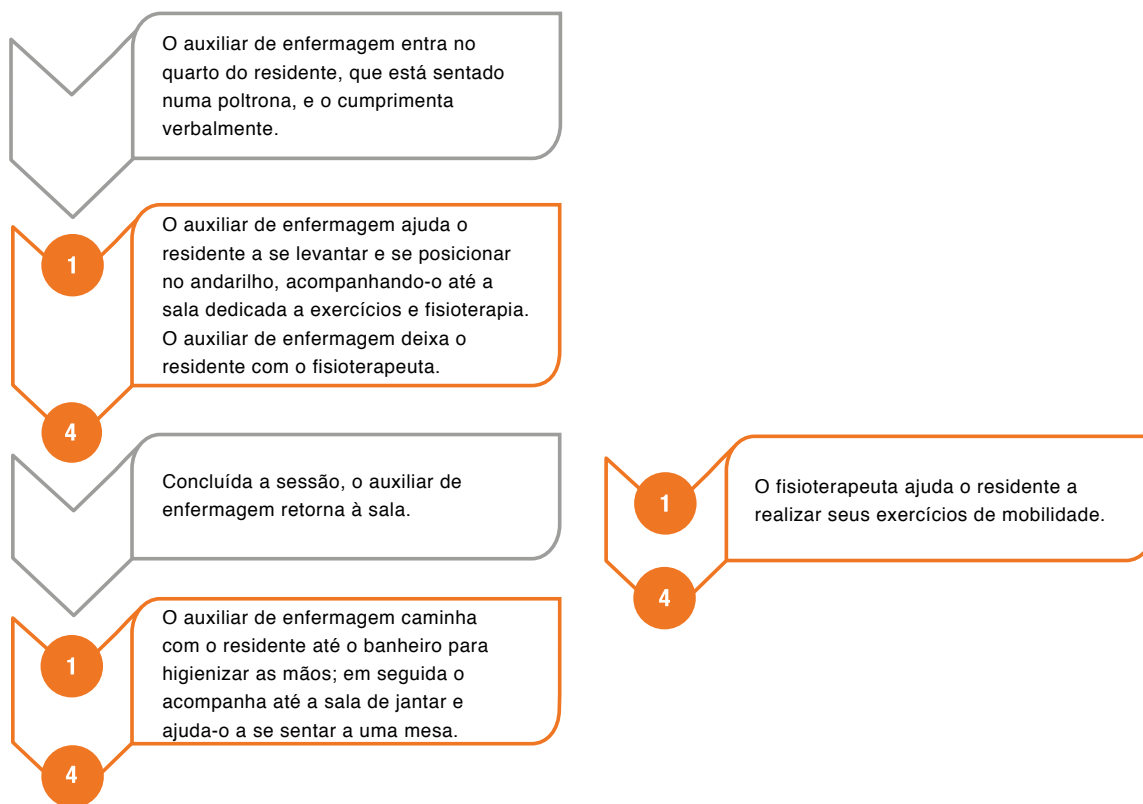
- C. O auxiliar de enfermagem deixa o residente com o fisioterapeuta.
O auxiliar de enfermagem realiza a higiene das mãos (Momento 4) e volta para outras atividades.
O fisioterapeuta realiza a higiene das mãos (Momento 1) antes de iniciar os exercícios.
- D. O fisioterapeuta ajuda o residente a realizar seus exercícios de mobilidade.
- E. Concluída a sessão, o auxiliar de enfermagem retorna à sala.
Ambos o fisioterapeuta (Momento 4) e o auxiliar de enfermagem (Momento 1) realizam a higiene das mãos
- F. O auxiliar de enfermagem caminha com o residente até o banheiro para higienizar as mãos; em seguida o acompanha até a sala de jantar e ajuda-o a se sentar a uma mesa.
O auxiliar de enfermagem realiza a higiene das mãos (Momento 4)
- G. O auxiliar de enfermagem serve uma xícara de chá para o residente e vai embora.

Características da sequência de cuidados

Frequência provável da sequência por hora	2
Duração da sequência	Aproximadamente 30-40 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência	6 (4 para o auxiliar de enfermagem e 2 para o fisioterapeuta)
Tipo de contato pelas mãos	Pele
Uso de equipamento de proteção individual	Não
Uso de materiais descartáveis	Não
Uso de materiais esterilizados	Não
Uso de materiais compartilhados	Não
Área do paciente	O residente e o ambiente do seu quarto
Ponto de assistência	Os contatos com o paciente ocorrem

Cuidados de fisioterapia e exercícios de mobilidade para idosos em uma unidade de residentes

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Geneva: World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf; accessed 19 February 2012).
2. Sax H et al. 'My five moments for hand hygiene': a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. *Journal of Hospital Infection*, 2007, 67:9-21.
3. Hand hygiene technical reference manual. Geneva: World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/gprofessional_de_saude/c5may/tools/training_education/en/index.html; accessed 19 February 2012).
4. Guide to implementation of the Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos. Geneva: World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/gprofessional_de_saude/c5may/tools/training_education/en/index.html; accessed 19 February 2012).
5. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline to infection prevention in outpatient settings: minimum expectations for safe care. Atlanta (GA), USA, 2011 (<http://www.cdc.gov/HAI/settings/outpatient/outpatient-settings.html>; accessed 19 February 2012).
6. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf; accessed 19 February 2012).
7. Nafziger DA et al. Infection control in ambulatory care. *Infectious Disease Clinics of North America*, 1997, 11:279-296.
8. Goodman RA, Solomon SL. Transmission of infectious diseases in outpatient health care settings. *Journal of the American Medical Association*, 1991, 265: 2377-2381.
9. Herwaldt LA, Smith SD, Carter CD. Infection control in the outpatient setting. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 1998, 19: 41-74.
10. Aranaz-Andres JM et al. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *European Journal of Public Health*, 2011 [E-pub November 29, 2011] doi:10.1093/eurpub/ckr168.
11. Strausbaugh LJ. Emerging health care-associated infections in the geriatric population. *Emerging Infectious Diseases*, 2001, 7:268-271.
12. Schulz M, Mielke M, Wischniewski N. Clusters of infectious diseases in German nursing homes: observations from a prospective infection surveillance study, October 2008 to August 2009. *Euro Surveillance*, 2011, 16:pii 19881.
13. Gavazzi G, Krause KH. Ageing and infection. *Lancet Infectious Diseases*, 2002, 2:659-666.
14. Birgand G et al. Investigation of a large outbreak of *Clostridium difficile* PCR-ribotype 027 infections in northern France, 2006-2007 and associated clusters in 2008-2009. *Euro Surveillance*, 2010, 24;15(25).
15. Lautenbach E et al. Epidemiology of antimicrobial resistance among gram-negative organisms recovered from patients in a multistate network of long-term care facilities. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 2009, 30:790-3.
16. Carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* associated with a long-term-care facility – West Virginia, 2009-2011. *MMWR Morbidity Mortality Weekly Report*, 2011, 60:1418-20.
17. Barr B et al. Prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization among older residents of care homes in the United Kingdom. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 2007, 28:853-9.
18. Manzur A et al. Prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and factors associated with colonization among residents in community long-term care facilities in Spain. *Clinical Microbiology and Infection*, 2008;14:867-72.
19. Yoshikawa TT. Antimicrobial resistance and aging: beginning of the end of the antibiotic era? *Journal of the American Geriatric Society*, 2002, 50(Suppl.):S226-229.
20. Pittet D, Allegranzi B, Sax H, Dharan S, Pessoa-Silva CL, Donaldson L, et al. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. *Lancet Infect Diseases*. 2006 Oct;6(10):641-52.
21. Cohen HA et al. Handwashing patterns in two dermatology clinics. *Dermatology*, 2002, 205: 358-361.
22. Cohen HA et al. Handwashing patterns in primary pediatric community clinics. *Infection*, 1998, 26:45-47.
23. Girier P, Le Goaziou MF. [Are multiresistant microorganisms present in GP'S offices?] *Medecine et Maladies Infectieuses*, 2005, 35(Suppl. 2):S69-S71.
24. Lam RF et al. Extent and predictors of microbial hand contamination in a tertiary care ophthalmic outpatient practice. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 2005, 46:3578-3583.
25. Alfurayh O et al. Hand contamination with hepatitis C virus in staff looking after hepatitis C-positive hemodialysis patients. *American Journal of Nephrology*, 2000, 20: 103-106.
26. Grabsch EA et al. Risk of environmental and healthcare worker contamination with vancomycin-resistant enterococci during outpatient procedures and hemodialysis. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2006, 27: 287-293.
27. Zuckerman JB et al. Bacterial contamination of cystic fibrosis clinics. *Journal of Cystic Fibrosis*, 2009, 8:186-192.
28. Cano MV et al. Candidemia in pediatric outpatients receiving home total parenteral nutrition. *Medical Mycology*, 2005, 43:219-225.
29. Karcher H et al. Nosocomial transmission of tuberculous otitis media in an ear, nose and throat outpatient unit: a clinical and hygienical investigation. *Journal of Infection*, 2010, 61:96-99.

30. Johnston CP et al. Epidemiology of community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* skin infections among healthcare workers in an outpatient clinic. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2006, 27:1133-1136.
31. Gordin FM et al. A cluster of hemodialysis-related bacteremia linked to artificial fingernails. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2007, 28:743-744.
32. Cretnik TZ et al. Prevalence and nosocomial spread of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a long-term-care facility in Slovenia. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2005, 26:184-190.
33. Larson E et al. Lack of care giver hand contamination with endemic bacterial pathogens in a nursing home. *American Journal of Infection Control*, 1992, 20:11-15.
34. Loeb MB et al. Risk factors for resistance to antimicrobial agents among nursing home residents. *American Journal of Epidemiology*, 2003, 157:40-47.
35. Centers for Disease Control and Prevention. Infection prevention checklist for outpatient settings: minimum expectations for safe care. Atlanta (GA), USA, 2011 (<http://www.cdc.gov/hai/settings/outpatient/checklist/outpatient-care-checklist.html>; accessed 19 February 2012).
36. Arenas MD et al. A multicentric survey of the practice of hand hygiene in haemodialysis units: factors affecting compliance. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 2005, 20:1164-1171.
37. Whyte BS et al. Hand-washing frequency and factors that influence it in a family practice clinic. *Journal of the American Board of Family Practice*, 1997, 10:229-231.
38. Martin-Madrado C et al. [Evaluation of hand hygiene compliance in a primary health care area of Madrid]. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 2011, 29:32-35.
39. Myers R et al. Hand hygiene among general practice dentists: a survey of knowledge, attitudes and practices. *Journal of the American Dental Association*, 2008, 139:948-957.
40. Michiels B et al. GProfessional de saúde can improve their hand washing habits. *British Medical Journal*, 2000, 320:869-870.
41. Schaefer M et al. Infection control assessment of ambulatory surgical centers. *Journal of the American Medical Association*, 2010, 303:2273-2279. 42. Eveillard M et al. Rates of adherence to hand hygiene and gloving practices in 2 French rehabilitation hospitals by differentiation between single contacts and series of successive contacts with patients or the environment. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2010, 31:878-879.
43. Girou E et al. Association between hand hygiene compliance and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* prevalence in a French rehabilitation hospital. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2006, 27:1128-1130.
44. Vernon MO et al. Adherence with hand hygiene: does number of sinks matter? *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2003, 24:224-225.
45. Pan A et al. Adherence to hand hygiene in an Italian long-term care facility. *American Journal of Infection Control*, 2008, 36:495-497.
46. Smith A, Carusone SC, Loeb M. Hand hygiene practices of health care workers in long-term care facilities. *American Journal of Infection Control*, 2008, 36:492-494.
47. Thomprofissional de saúde on BL et al. Handwashing and glove use in a long-term-care facility. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 1997, 18:97-103.
48. Yeung WK, Tam WS, Wong TW. Clustered randomized controlled trial of a hand hygiene intervention involving pocket-sized containers of alcohol-based hand rub for the control of infections in long-term care facilities. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2011, 32:67-76.
49. Huang TT, Wu SC. Evaluation of a training programme on knowledge and compliance of nurse assistants' hand hygiene in nursing homes. *Journal of Hospital Infection*, 2008, 68:164-170.
50. Fendler EJ et al. The impact of alcohol hand sanitizer use on infection rates in an extended care facility. *American Journal of Infection Control*, 2002, 30:226-233.
51. David MZ, Daum RS. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: epidemiology and clinical consequences of an emerging epidemic. *Clinical Microbiology Reviews*, 2010, 23:616-87.
52. Oteo J, Perez-Vazquez M, Campos J. Extended-spectrum [beta]-lactamase producing *Escherichia coli*: changing epidemiology and clinical impact. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 2010, 23:320-326.
53. Sehulster L, Chinn RY. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). *Morbidity and Mortality Weekly Report – Recommendations and Reports*, 2003, 52(RR-10):1-42.
54. Rutala WA, Weber D, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). CDC guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities, 2008 (http://www.cdc.gov/hicpac/Disinfection_Sterilization/1_sumIntroMethTerms.html; accessed 19 February 2012).
55. Glove use information leaflet (revised August 2009). Geneva: World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/gprofessional de saúde c/5may/tools/training_education/en/index.html; accessed 19 February 2012).
56. Allegranzi B, Pittet D. The role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*, 2009, 73:305-315.
57. Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health-care settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task

- Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/ Association for Professionals in Infection Control/ Infectious Diseases Society of America. *Morbidity and Mortality Weekly Report – Recommendations and Reports*, 2002, 51(RR-16):1-45 (<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>; accessed 19 February 2012).
58. Alcohol-based handrub planning and costing tool (revised March 2010). Geneva: World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/gprofessional de saude c/5may/tools/system_change/en/; accessed 19 February 2012).
59. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (advanced draft). Geneva: World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/patientsafety/information_centre/ghhad_download_link/en/; accessed 19 February 2012).
60. Guide to local production: WHO-recommended handrub formulations (revised April 2010). Geneva: World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/gprofessional de saude c/5may/tools/system_change/en/; accessed 19 February 2012).
61. Médecins Sans Frontières. Public health engineering in precarious situations (draft). Paris, France, 2010 (ftp://support.geneva.msf.org/permanent/LOG/LogToolBox/toolbox_v4/contenu/1tech%20fam/watsan/guideline/public_health_tech_draft2010_UK/printable-version.pdf; accessed 19 February 2012).
62. Mathai E et al. Educating healthcare workers to optimal hand hygiene practices: addressing the need. *Infection*, 2010, 38:349-356.
63. Multi-professional patient safety curriculum guide. Geneva: World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/en/>; accessed 19 February 2012).
64. How to handwash. Geneva: World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/gprofessional de saude c/5may/background/5moments/en/>; accessed 19 February 2012).
65. How to handrub. Geneva: World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/gprofessional de saude c/5may/background/5moments/en/>; accessed 19 February 2012).
66. Hand hygiene training films. Geneva: World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/gprofessional de saude c/media/training_film/en/; accessed 19 February 2012).
67. Longtin Y, Sax H, Allegranzi B, Schneider F, Pittet D. Videos in clinical medicine. Hand hygiene. *New England Journal of Medicine*, 2011, 364:e24.
68. Sax H et al. The World Health Organization hand hygiene observation method. *American Journal of Infection Control*, 2009, 37:827-834.
69. Swoboda SM et al. Electronic monitoring and voice prompts improve hand hygiene and decrease nosocomial infections in an intermediate care unit. *Critical Care Medicine*, 2004, 32:358-363.
70. Swoboda SM et al. Isolation status and voice prompts improve hand hygiene. *American Journal of Infection Control*, 2007, 35:470-476.
71. Venkatesh AK et al. Use of electronic alerts to enhance hand hygiene compliance and decrease transmission of vancomycin-resistant *Enterococcus* in a hematology unit. *American Journal of Infection Control*, 2008, 36:199-205.
72. Kinsella G, Thomas AN, Taylor RJ. Electronic surveillance of wall-mounted soap and alcohol gel dispensers in an intensive care unit. *Journal of Hospital Infection*, 2007, 66:34-39.
73. Boscart VM et al. Acceptability of a wearable hand hygiene device with monitoring capabilities. *Journal of Hospital Infection*, 2008, 70:216-222.
74. Boyce JM, Cooper T, Dolan MJ. Evaluation of an electronic device for real-time measurement of alcoholbased hand rub use. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2009, 30:1090-1095.
75. Marra AR et al. Measuring rates of hand hygiene adherence in the intensive care setting: a comparative study of direct observation, product usage, and electronic counting devices. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2010, 31:796-801.
76. Sahud AG, Bhanot N. Measuring hand hygiene compliance: a new frontier for improving hand hygiene. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2009, 30:1132.
77. Boscart VM, Levchenko AI, Fernie GR. Defining the configuration of a hand hygiene monitoring system. *American Journal of Infection Control*, 2010, 38:518-522.
78. McGuckin M et al. Patient empowerment and multimodal hand hygiene promotion: a win-win strategy. *American Journal of Medical Quality*, 2011, 26:10-17.
79. Longtin Y et al. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 2010, 85:53-62.
80. Recommendations for preventing transmission of infections among chronic hemodialysis patients. *Morbidity and Mortality Weekly Report – Recommendations and Reports*, 2001, 50:1-43 (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5005a1.htm>; accessed 19 February 2012).

APÊNDICE I

Definição de Cuidados de Longa Duração (CLD)

De: “**Lessons for Long-Term Care Policy. WHO 2002**

http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf”

Os Cuidados de Longa Duração (CLD) incluem atividades realizadas por cuidadores informais (família e amigos), cuidadores formais, inclusive profissionais e paraprofissionais (saúde, social e outros) e cuidadores e voluntários tradicionais para pessoas que não são totalmente capazes de autocuidado em longo prazo.

Abrangem uma grande variedade de atividades, tais como cuidados pessoais (banho e higiene pessoal, por exemplo), tarefas domésticas (por exemplo, preparação de dietas e limpeza), gerenciamento (por exemplo, compras, gestão de medicamentos e transporte), dispositivos de assistência (por exemplo, bengalas e andadores), tecnologias mais avançadas (por exemplo, sistemas de alerta de emergência e lembretes informatizados de medicação) e modificações domiciliares (por exemplo, rampas e corrimãos). Este conjunto de atividades assistidas em domicílio, comunidades ou ambientes institucionais se destina a minimizar, restaurar ou compensar a perda da função autônoma física ou mental.

Os CLD não incluem prevenção, gestão de doenças crônicas, reabilitação e cuidados agudos em geral. No entanto, é necessário garantir o acesso da população de cuidados de longa duração a esses serviços; isso também inclui assistência especial para atender às necessidades básicas de moradia e subsistência.

Os CLD incluem esforços para garantir o acesso da população que necessita de cuidados de longa duração à assistência voltada para as condições agudas e crônicas. Também incluem esforços para evitar a deterioração da capacidade funcional das pessoas com deficiência (como, por exemplo, prevenção de escaras e depressão), promovendo estilos de vida adequados para pessoas com deficiência e seus cuidadores e adaptando os cuidados preventivos para manter a capacidade funcional e a interação social.

População-alvo

A população que necessita de CLD inclui todos aqueles que sofrem de qualquer tipo de deficiência física ou mental. O foco, derivado da definição acima de CLD, está no cuidado de pessoas com problemas de saúde em longo prazo que precisam de ajuda para realização das atividades da vida cotidiana. Esta população-alvo abrange pessoas de todas as idades que estão vivenciando algum grau de dependência funcional, assim como seus cuidadores.

Tipos de serviços de longa duração

Os CLD podem ser institucionais ou domiciliares e formais ou informais. Os CLD institucionais ou domiciliares ocorrem

quando três ou mais pessoas não relacionadas estão sendo cuidadas no mesmo lugar.

Os cuidados domiciliares podem ocorrer na residência ou em uma comunidade fora da residência. Cabe discriminar os dois tipos de serviços de CLD domiciliares:

1. Cuidados de saúde, a que chamamos de saúde domiciliar.
2. Cuidado relacionado à funcionalidade diária, como, por exemplo, cuidados pessoais (por exemplo, comer e se banhar) e vida doméstica (por exemplo, cozinhar e limpar).

Os cuidados formais (ou seja, os cuidados custeados) podem ser publicamente financiados e organizados. Nesta abordagem, os serviços podem ser prestados por organizações governamentais, organizações não governamentais locais, nacionais ou internacionais ou por organizações com fins lucrativos. Os cuidados formais são geralmente fornecidos por profissionais credenciados (por exemplo, enfermeiros, médicos e assistentes sociais) e/ou por outros profissionais (por exemplo, trabalhadores de cuidados pessoais). Os cuidadores tradicionais podem ser uma importante fonte adicional de cuidados.

Os cuidados informais incluem cuidados prestados pelos membros do núcleo e extensivos da família, vizinhos, amigos e voluntários independentes, bem como trabalho voluntário organizado por grupos religiosos.

APÊNDICE II

A intenção deste apêndice é mostrar diferenças em alguns cenários no caso de adoção **rigorosa** da abordagem “Meus cinco momentos”. Conforme explicado na Seção 7 (Exemplos práticos de requisitos de higiene das mãos em uma grande variedade de serviços extra-hospitalares), decidiu-se recomendar requisitos mínimos para a realização da higiene das mãos ilustrada nos exemplos 1, 2 e 7, ao invés da aplicação estrita dos “Meus cinco momentos”, de acordo com os quatro critérios principais listados na seção 7. As características modificadas da sequência de cuidados são também fornecidas para ajudar a compreender a ocorrência de oportunidades de higiene das mãos no contexto do risco de cada situação específica de cuidados.

1. Campanha pública de vacinação

Sequência de cuidados de acordo com a abordagem “Meus cinco momentos”

A. Uma pessoa entra (enquanto a que a precedeu sai) e se senta numa cadeira.

O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Momento 1)

B. A pessoa estende o seu braço, o profissional de saúde realiza a antisepsia no local da injeção usando uma gaze e a descarta após o uso.

O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Momento 2)

C. O profissional de saúde pega o material descartável para vacinação, previamente preparado.

D. O profissional de saúde realiza a injeção.

E. O profissional de saúde descarta a agulha no recipiente de descarte de perfurocortantes colocado sobre a mesa.

F. O profissional de saúde aplica uma cobertura adesiva no local da injeção.

O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Momento 4)

G. O profissional de saúde registra o procedimento no formulário sobre a mesa.

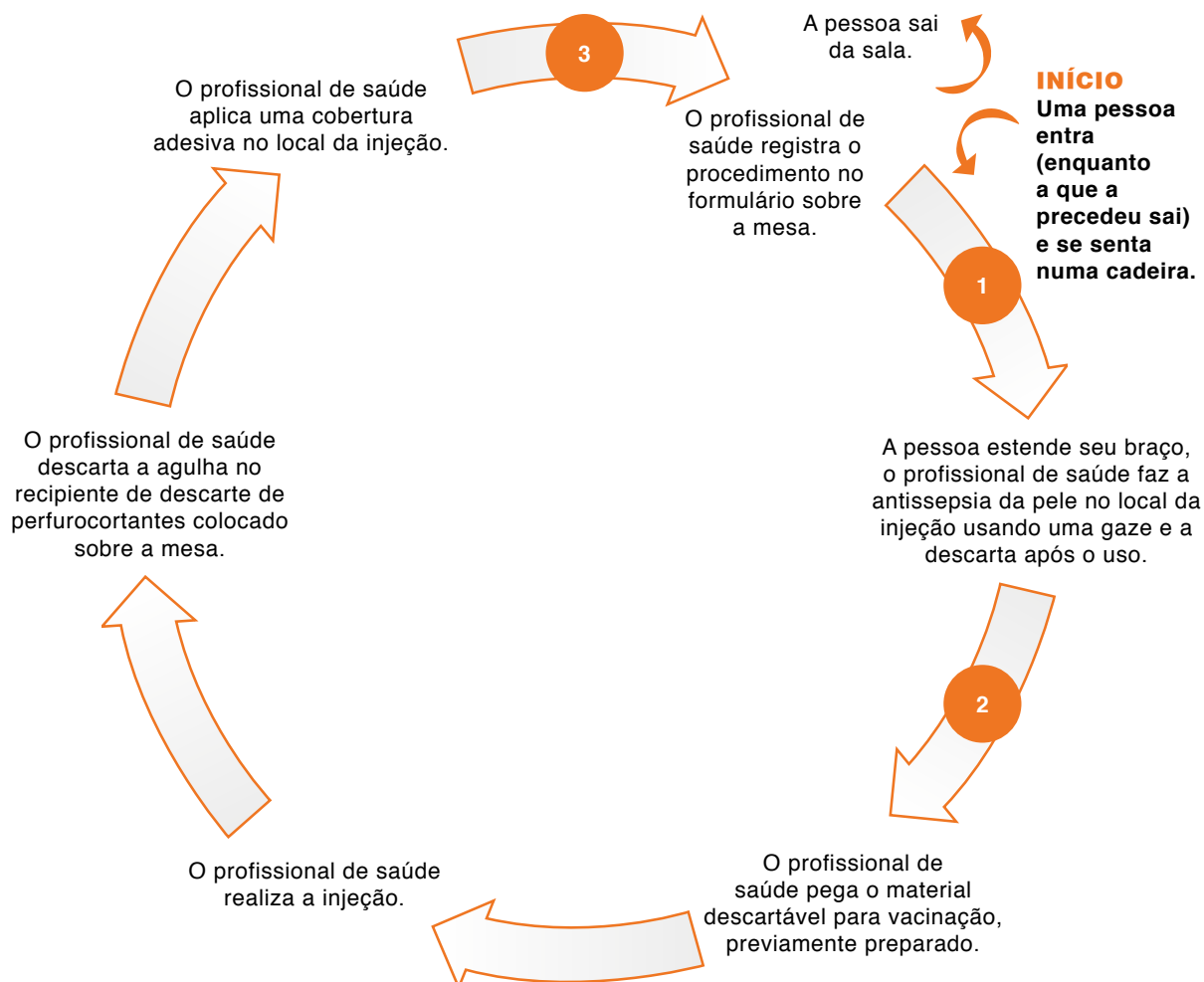
H. A pessoa se levanta e sai da sala (enquanto a próxima entra).

Características da sequência de cuidados

Frequência provável da sequência por hora	Aproximadamente 30
Duração da sequência	2 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência de acordo com os requisitos mínimos	3
Tipo de contato pelas mãos	Pele/pele não intacta
Uso de equipamento de proteção individual	Não
Uso de materiais descartáveis	Sim
Uso de materiais esterilizados	Sim
Uso de materiais compartilhados	Não
Área do paciente	O paciente
Ponto de assistência	Onde ocorre a injeção

Campanha pública de vacinação

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos



2. Coleta de sangue em laboratório

Sequência de cuidados de acordo com a abordagem “Meus cinco momentos”

- A. Um paciente entra e se senta (enquanto o paciente que o precedeu sai). O profissional de saúde solicita ao paciente seu nome e endereço.
- B. O profissional de saúde seleciona e rotula os tubos de amostra durante a verificação da identidade do paciente, pedindo-lhe para dobrar a manga da roupa, de modo a manter o antebraço livre.
- C. O profissional de saúde prepara o material para a punção (agulha, antisséptico, algodão ou gaze, garrote e bandagem adesiva).

O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Momento 1)

- D. O profissional de saúde aplica o garrote em torno do braço.
- E. O profissional de saúde localiza uma veia por meio de palpação com dois dedos.

- F. O profissional de saúde aplica o antisséptico com uma gaze sobre o local de punção e a descarta.

O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Momento 2)

- G. O profissional de saúde calça as luvas de procedimento.
- H. O profissional de saúde efetua a punção da veia e coleta o sangue.
- I. O profissional de saúde retira o garrote.
- J. O profissional de saúde retira a agulha e a descarta no recipiente de descarte de perfurocortantes, solicitando ao paciente para exercer pressão no local de punção.
- K. O profissional de saúde coloca os tubos no suporte e descarta o restante do material.
- L. O profissional de saúde cobre o local de punção com uma cobertura adesiva.
- M. O profissional de saúde retira e descarta as luvas.

O profissional de saúde realiza a higiene das mãos (Momentos 3 & 4)

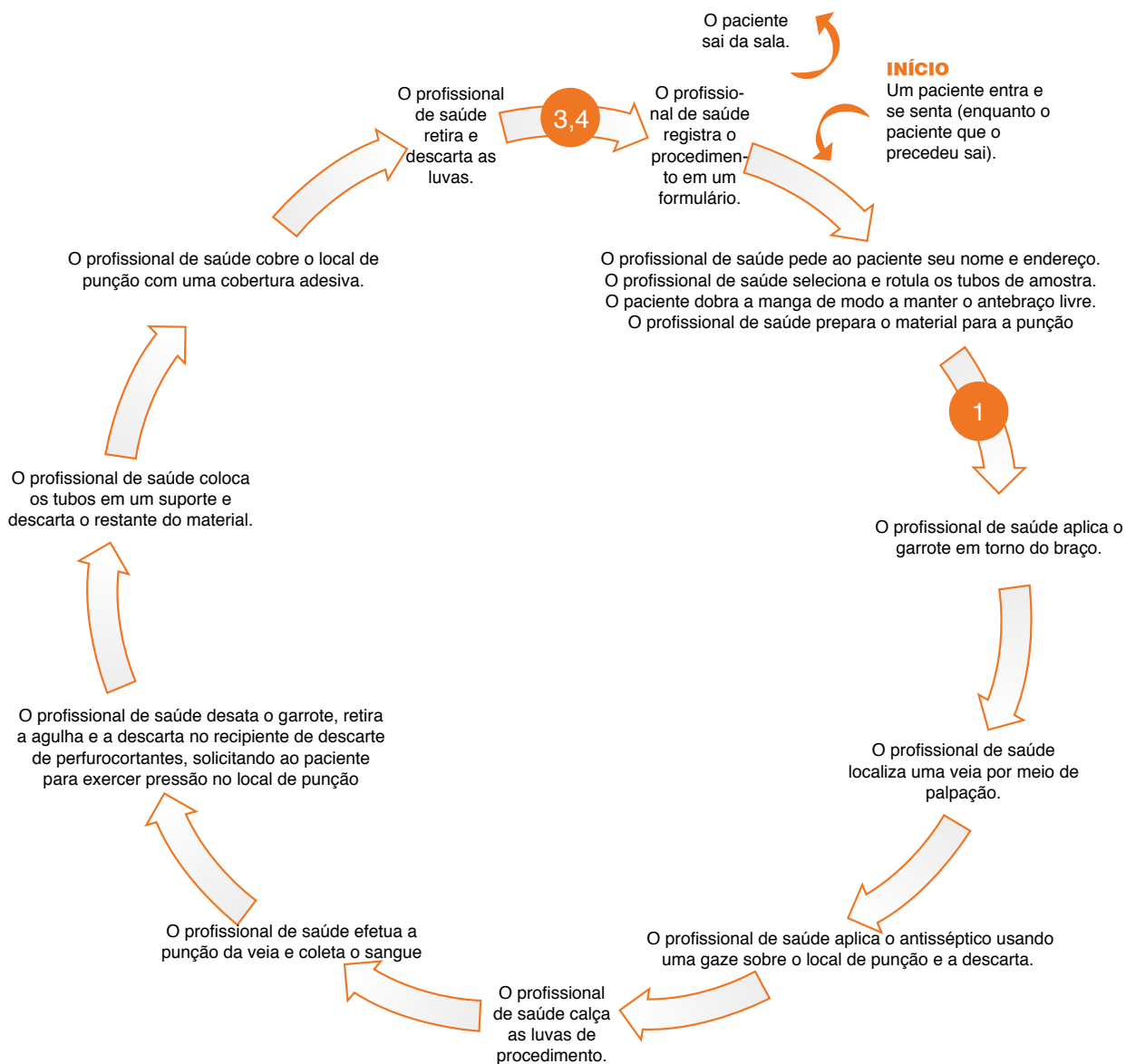
- N. O profissional de saúde anota o procedimento em um formulário enquanto o paciente se levanta e o próximo paciente entra.

Características da sequência de cuidados

Frequência provável da sequência por hora	12-20
Duração da sequência	Aproximadamente 3-5 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência, de acordo com os requisitos mínimos	3
Tipo de contato pelas mãos	Pele/pele não intacta/sangue
Uso de equipamento de proteção individual	Luvas
Uso de materiais descartáveis	Sim
Uso de materiais esterilizados	Sim
Uso de materiais compartilhados	Sim (torniquete)

Coleta de sangue em laboratório

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos



v7. Radiografia de tórax em um centro de diagnóstico

Sequência de cuidados de acordo com a abordagem “Meus cinco momentos”

A. O paciente entra na sala, coloca sua roupa na cadeira e se aproxima do técnico para receber instruções.

O técnico realiza a higiene das mãos (Momento 1)

B. O técnico ajuda o paciente a colocar o avental de proteção de chumbo e se instalar corretamente em frente à máquina e, em seguida, ajusta a máquina na proximidade do peito do paciente.

O técnico realiza a higiene das mãos (Momento 4)

C. O técnico se coloca atrás da janela; está prestes a apertar o botão para disparar o raio-X quando constata que a posição do paciente não está adequada.

O técnico realiza a higiene das mãos (Momento 1)

D. O técnico volta ao paciente e o ajuda a ficar na posição correta.

O técnico realiza a higiene das mãos (Momento 4)

E. O técnico volta novamente, se coloca atrás da janela e dispara o raio-X.

F. O técnico volta novamente ao paciente e remove a máquina.

O técnico realiza a higiene das mãos (Momento 1)


G. O técnico ajuda o paciente a remover a proteção de chumbo, ajudando-o a se vestir, quando necessário.

O técnico realiza a higiene das mãos (Momento 4)

H. O técnico registra os dados e vai para a sala técnica para revelar o raio-X.

Características da sequência de cuidados

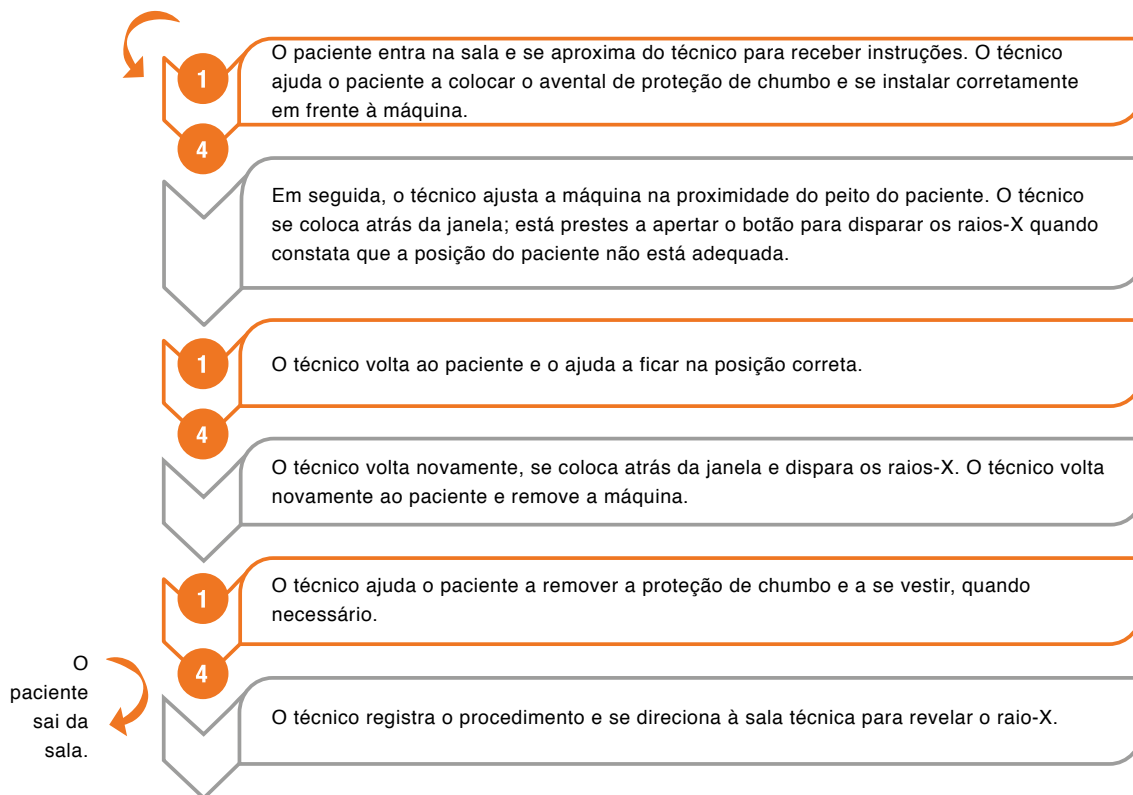
Frequência provável da sequência por hora	4-6
Duração da sequência	Aproximadamente 5-15 minutos
Número de oportunidades de higiene das mãos por sequência	6
Tipo de contato pelas mãos	Pele
Uso de equipamento de proteção individual	Não
Uso de materiais descartáveis	Não
Uso de materiais esterilizados	Não
Uso de materiais compartilhados	Sim
Área do paciente	O paciente
Ponto de assistência	Onde é instalado o paciente

 Hand hygiene efficacy depends on the environmental contamination. When shared medical devices and equipment are not decontaminated after each patient use, hand hygiene cannot be expected to compensate for failure to comply with these procedures on a regular basis. During environmental cleaning, high-touch surfaces (e.g., command buttons) should be identified and decontaminated with particular accuracy.

Hand hygiene should be carefully considered before and after each time the HCW shares a social contact with the patient, such as shaking hands.

Radiografia de tórax em um centro de diagnóstico

Oportunidades de higiene das mãos de acordo com os Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos



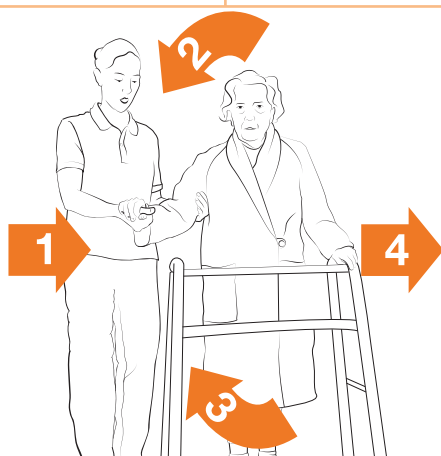
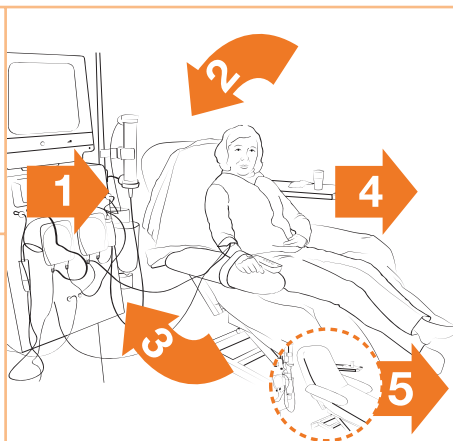
SALVE VIDAS

Higienize **suas** Mãos



Organização Mundial da Saúde
20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
Tel.: +41 22 791 50 60

Email: savelives@who.int
Visite-nos em:
www.who.int/gpsc



ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Ministério da
Saúde

Governo
Federal



9 789241 503372