

1. OBJETIVO

Promover a segurança do paciente, por meio da disseminação da higienização das mãos como prática simples, barata e efetiva de prevenção de aquisição de IRAS no hospital e a disseminação do uso do gel alcoólico como método de higienização das mãos.

2. ABRANGÊNCIA

SCIH, DENF e Diretoria Médica.

3. DEFINIÇÕES

- IRAS – Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.
- UTIs – Unidades de Terapia Intensiva
- UTIs Neo- Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

4. RESPONSABILIDADES

- **Enfermeiro:** Orientar a higienização das mãos aos pacientes internados no HSJ com registro no Plano de Educação na Internação e Orientação Multidisciplinar de Preparo para alta.
- **Enfermeira do SCIH:** Realizar as ações necessárias para cumprir o processo, aplicar periodicamente o check-list de estrutura, realizar contra checagem para validar o monitoramento da higienização das mãos, compilar os dados, divulgar nos Setores o percentual de adesão e auxiliar a desenvolver o plano de ação para melhoria contínua.
- **Médico do SCIH:** Elaborar e fazer cumprir o processo.
- **Enfermeiro do Santa Joana diagnóstico:** Aplicar o check-list de Avaliação de Adequação à Higiene das Mãos periodicamente no Santa Joana Diagnóstico e desenvolver plano de ação para melhoria da adesão.
- **Supervisor de Enfermagem:** Aplicar o check-list de Avaliação de Adequação à Higiene das Mãos periodicamente na assistência e desenvolver plano de ação para melhoria da adesão.

Elaboração:

Dra. Ana Paula Henriques
Gerente de Risco

Aprovação:

Dra. Lígia Arruda
Diretora Médica

- **Diretor Médico/Gerente de Enfermagem:** Apoiar na execução das ações necessárias para aumentar a adesão dos profissionais, colaboradores, familiares e pacientes a higienização das mãos.
- **Diretoria Executiva:** Prover recursos para a implantação das ações.

5. DESCRIÇÃO

5.1 Estratégias

- Garantir a presença e funcionamento de pias, dispensadores de sabão, de toalha de papel e de gel alcoólico por todo o hospital;
- Garantir a presença de dispensadores de gel alcoólico em todos os quartos e apartamentos do hospital em áreas críticas, como UTIs e Emergência e nos apartamentos sem pia exclusiva para higiene das mãos;
- Manter os impressos informando técnica adequada de higienização das mãos com água e sabão e com álcool-gel em cada unidade de higienização das mãos;
- Manter os impressos informando técnica adequada de escovação cirúrgica nos Blocos Cirúrgicos;
- Realizar campanhas e cursos de capacitação para higienização das mãos e escovação cirúrgica;
- Monitorar, avaliar e divulgar o cumprimento das exigências para o corpo funcional, comitês e direção;
- Manter o uso de sabão antisséptico nas unidades de higienização das mãos nas seguintes situações: UTI Neo, isolamentos incluindo imunodeprimidos e em suspeitas de surto ou presença de pacientes em precaução de contato por bactérias multirresistentes indicado pela SCIH;
- Aplicar check-list observacional no preparo de medicação nas unidades através das Supervisoras de Enfermagem mensalmente em todas as áreas do Hospital;
- Compilar e divulgar o indicador de índice de adesão nas unidades de assistência mensalmente em reunião da qualidade.
- Instituído duas campanhas anuais para higienização das mãos visando ampliar o conhecimento dos funcionários assistências, administrativos, familiares e visitantes.

5.2 Política do uso de Adorno

Esta política abrange os colaboradores: médico, enfermagem, fisioterapia, nutrição, laboratório, técnico de radiologia, higienização e limpeza.

- **Adornos** como pulseiras, relógios e anéis, ficam **VETADOS** o uso durante assistência ao paciente;
- **É VETADO o uso de piercing na instituição;**
- Fica permitido:
 - Brincos – Próximo ao lóbulo da orelha (aproximadamente 0,5 cm abaixo do lobo)
 - Colares – Curtos Fica **VETADO** o uso de quaisquer adornos (incluindo brincos e colares curtos) nos seguintes setores: CME, bloco cirúrgico e obstétrico, área de produção da nutrição, incluindo os copeiros e no lactário.
- **Unhas:** devem ser curtas. O uso do esmalte é permitido para as colaboradoras, desde que permaneça íntegro (sem quebras e ranhuras), exceto, para área de produção da nutrição, incluindo os copeiros e no lactário. A cor do esmalte pode ser escura, porem de cor única, homogêneas.
- Fica **VETADO** o uso de unhas postiças e decoradas (pedras, adesivos ou quaisquer tipos de efeitos).

OBS: Solicitamos a todos que desejam utilizar unhas pintadas que ao iniciar o processo de quebra dos esmaltes (descascar) seja de imediato retirado todo o esmalte, garantido a limpeza das unhas.

- **Cabelos:** médios e longos devem permanecer presos.

5.3 Avaliação

Indicador de Monitoramento da Estrutura

- Título: Índice de Adequação das Estações de Higienização das Mãos
- Fórmula do Indicador:

$$\frac{\text{Nº total de unidades para higiene das mãos consideradas atendidas}}{\text{Nº total de unidades de higienização avaliadas}} \times 100$$

- Meta: 100% de conformidades
- Metodologia: Aplicar semestral check-list em todo o Hospital com o intuito de observar: presença de antisséptico ou sabão líquido, dispensadores funcionantes, dispensadores com papel-toalha e ausência de irregularidades.

Indicadores de Monitoramento de Processo

- Título: Índice de conformidade à técnica de Higienização das Mãos
- Fórmulas dos indicadores:

$\frac{\text{Nº total de higienização das mãos adequadas no preparo da medicação}}{\text{Nº total de higienização das mãos observadas no preparo da medicação}}$
--

- Meta: 100% de conformidades.
- Metodologia: Aplicar check-list observacional no preparo de medicação mensalmente, visando à adesão dos profissionais de enfermagem à higiene das mãos utilizando os 7 passos.
- Considerar como higienização adequada: mãos e unhas dentro da política de adornos e realização adequada dos sete passos.

6. REGISTROS

- Check-list de Infraestrutura para Lavagem das Mãos
- Formulário de Avaliação de Adequação à Higiene das Mãos

7. REFERÊNCIAS

- Manual de Padrões de Acreditação da JCI para Hospitais
 - Capítulo PCI – Padrão PCI.9 EM 4-5
- Manual de Higienização em Serviço de Saúde, Anvisa, 2007
- Manual de Indicadores de Avaliação de Práticas de Controle de Infecção Hospitalar, São Paulo, 2006.
- WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, 2011.

8. HISTÓRICO DE REVISÕES

Nº Revisão	Data	Natureza da Revisão	Elaboração
00	09/06/2010	Emissão Inicial	Dra. Ana Paula Henriques Gerente de Risco
01	01/08/2011	Alterações nos itens responsabilidade, descrição e referências.	Dra. Ana Paula Henriques Gerente de Risco
02	22/11/11	Revisão do Documento Normativo	Dra. Ana Paula Henriques Gerente de Risco
03	03/01/14	Revisão Geral do Documento Normativo	Dra. Ana Paula Henriques Gerente de Risco
04	02/07/2014	Revisão Geral do Documento Normativo	Dra. Ana Paula Henriques Gerente de Risco
05	30/07/2014	Retirada dos anexos.	Dra. Ana Paula Henriques Gerente de Risco
06	26/08/2014	Alteração no Item Descrição	Dra. Ana Paula Henriques Gerente de Risco
07	03/08/2015	Revisado e atualizado política do uso de adorno	Dra. Ana Paula Henriques Gerente de Risco