



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

Gabriela Yuki Bressanim Ono

**Estratégia para aumentar a adesão aos cinco momentos
para higienização das mãos**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Campus de Botucatu, UNESP, para
obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ione Corrêa
Coorientadora: Prof^a Dr^a Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira

**Botucatu
2021**

Gabriela Yuki Bressanim Ono

Estratégia para aumentar a adesão aos cinco momentos
para higienização das mãos

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Campus de Botucatu, UNESP, para
obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ione Corrêa

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira

Botucatu
2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Ono, Gabriela Yuki Bressanim.

Estratégia para aumentar a adesão aos cinco momentos para
higienização das mãos / Gabriela Yuki Bressanim Ono. - Botucatu,
2021

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Ione Correa
Coorientador: Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira
Capes: 40406008

1. Equipe de enfermagem. 2. Pessoal de saúde. 3. Segurança
do paciente. 4. Higiene das mãos. 5. Unidades hospitalares.

Palavras-chave: Higiene das mãos; Pessoal de saúde; Segurança
do paciente; Unidades hospitalares.

Gabriela Yuki Bressanim Ono

Estratégia para aumentar a adesão aos cinco momentos para higienização das mãos

Dissertação apresentada à Comissão Examinadora para Defesa de Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ione Corrêa

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira

Comissão Examinadora

Presidente da comissão: Prof^a. Dr^a. Ione Corrêa

Titular: Prof. Dr. Alessandro Lia Mondelli

Titular: Prof^a. Dr^a. Aparecida de Fátima Michelin

Dedicatória

*Dedico esta dissertação à pessoa que mais me
apoiou nesta jornada, meu esposo Gustavo.
Obrigada por fazer parte da minha vida, ser
o meu amor e compartilhar mais esta vitória
comigo.*

Agradecimentos

À Deus primeiramente por sempre me guiar, me dando sabedoria e conduzindo meus passos para concretização de meus sonhos!

A toda minha família e amigos que se manteve firme e seguros sendo os meus maiores incentivadores.

À Prof. Dra Ione Correa, minha orientadora, pelos ensinamentos, compreensão e confiança durante este processo.

À Prof. Dra Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira, minha coorientadora, por acreditar no meu trabalho, pela disponibilidade e confiança nas etapas finais deste trabalho.

À Clara Fumes Arruda, parceira para a elaboração do vídeo que, em todos os momentos, se mostrou disponível, paciente e amiga em muitas situações.

À equipe da seção de pós-graduação pelo auxílio e orientações, em especial ao César Eduardo Guimarães que sempre foi compreensível e solícito.

A toda equipe Núcleo de Ensino à Distância da Faculdade de Medicina de Botucatu – NEAD-TIS da FMB que contribuíram com a construção deste trabalho.

À todas as pessoas, que direta ou indiretamente, contribuíram para execução desta dissertação.

RESUMO

ONO. G.Y.B. **Estratégia para aumentar a adesão aos cinco momentos para higienização das mãos.** 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021.

Introdução: sabe-se que a higienização das mãos (HM) é uma medida eficaz na redução dos eventos adversos e o reconhecimento desta baixa adesão à prática é unânime entre os órgãos regulamentadores de saúde, sendo este um grande desafio nos diferentes campos de prática e pesquisa. **Objetivo:** construir um vídeo educativo, contendo a técnica recomendada pelos órgãos vigentes sobre os cinco momentos para a higienização das mãos como a estratégia para o aumento da adesão a esta ação. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa a partir da questão: Quais são as estratégias propostas para a adesão aos cinco momentos para higienização das mãos? A seleção da amostra ocorreu nas bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *US National Library of Medicine* (PubMed Central), *Scopus*, *Current Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Embase e *Web of Science* (WoS). O desenvolvimento do vídeo educativo utilizou a produção de gravações dos áudios e imagens, edição e elaboração de toda a estrutura do vídeo por meio do uso dos softwares: Camtasia Studio, Powtoon e Corel Draw. **Resultados:** obteve-se quinhentos e noventa e nove artigos científicos em que corresponderam com o objetivo a ser investigado apenas quatorze artigos. Destes, foram discriminados quanto a caracterização e estratégias utilizadas pelos autores, sendo possível notar a semelhança entre as estratégias que obtiveram o aumento da adesão da HM por meio da abordagem multimodal, ou pelo menos um dos componentes dela, visto que o incentivo na educação em saúde tem se mostrado eficaz em aumentar e manter as taxas de adesão. **Considerações finais:** conclui-se que as intervenções educacionais, independente da abordagem, contribuem na adesão e no nível de qualidade da higiene das mãos, com consequente redução dos índices de IRAS. Acredita-se que este produto venha a contribuir para a melhora da adesão dos cinco momentos para higienização das mãos por profissionais de saúde, além de elevar o conhecimento acerca da temática e instigar a mudança comportamental.

Descritores: Segurança do paciente; higiene das mãos; unidades hospitalares; pessoal de saúde.

ABSTRACT

ONO. G.Y.B. **Strategy to increase adherence to the five moments for hand hygiene.** Dissertation (Master in Nursing) - Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021.

Introduction: it is known that hand hygiene (HH) is an effective measure in reducing adverse events and the recognition of this low adherence to the practice is unanimous among health regulatory bodies, which is a major challenge in different fields of practice and research. **Objective:** to build an educational video containing the technique recommended by Organs current agencies about the five moments for hand hygiene as the strategy to increase adherence to this action. **Method:** this is an integrative review based on the question: What are the proposed strategies for adhering to the five moments for hand hygiene? The sample selection took place in the following databases: Virtual Health Library (VHL), US National Library of Medicine (PubMed Central), Scopus, Current Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Embase and Web of Science (WoS). The development of educational video used the production of audio and image recordings, editing and elaboration of the entire structure of the video through the use of software: Camtasia Studio, Powtoon and Corel Draw. **Results:** five hundred and ninety-nine scientific articles were obtained, which corresponded with the objective to be investigated only fourteen articles. Of these, the characterization and strategies used by the authors were discriminated, and it is possible to note the similarity between the strategies that obtained increased adherence to HH through the multimodal approach, or at least one of its components, since the incentive in education in health has proven effective in increasing and maintaining adherence rates. **Final considerations:** it is concluded that educational interventions, regardless of the approach, contribute to adherence and the level of quality of hand hygiene, with a consequent reduction in the rates of infections related to health care. It is believed that this product will contribute to improving the adherence of the five moments for hand hygiene by health professionals, in addition to raising knowledge about the theme and instigating behavioral change.

Key words: Patient Safety; Hand Hygiene; Hospital Units; Health Personnel.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CVC	Cateter Venoso Central
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DECS	Descritores das Ciências de Saúde
EA	Eventos Adversos
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IH	Infecção Hospitalar
IRAS	Infecção Relacionada a Assistência de Saúde
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IPCS	Infecção Primária de Corrente Sanguínea
ISC	Infecção do Sítio Cirúrgico
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
HM	Higienização das mãos
JCAH	<i>Joint Commission on Accreditation of Hospitals</i>
LPP	Lesão por pressão
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
MRSA	<i>Staphylococcus Aureus</i> Resistente à Metilicina
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCIH	Plano de Controle de Infecção Hospitalar
PCIRAS	Plano de Controle de Infecção Relacionada a Assistência de saúde
PNSP	Plano Nacional de Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RM	Resistência Microbiana

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Os cinco momentos para higienização das mãos	08
Figura 2. A infecção relacionada à assistência em saúde como problema na qualidade dos serviços de saúde.....	11
Figura 3. Fluxograma de construção da amostra.....	28
Figura 4. Roteiro do vídeo.....	35
Figura 5. Storyboard.....	36
Figura 6. Dispensa do Comitê de Ética em Pesquisa.....	58
Figura 7. Código QR para acesso do vídeo na íntegra.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS.....	13
Quadro 2. Fatores de risco para IRAS.....	15
Quadro 3. Níveis de evidência científica.....	22
Quadro 4. Construção da pergunta norteadora por meio da Estratégia PICO.....	23
Quadro 5. Caracterização dos artigos incluídos na pesquisa.....	30
Quadro 6. Resumo das estratégias utilizadas.....	33
Quadro 7. Cronograma de atividade.....	57

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 Higienização das mãos	8
1.2 História da infecção.....	10
1.3 Segurança do paciente e infecção relacionada à assistência em saúde	13
1.4 Vídeos educativos de higienização das mãos	18
2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	20
3. OBJETIVO.....	21
4. MÉTODO	22
4.1 Método da revisão integrativa	22
4.2 Construção e proposta de ação do produto	25
5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	27
6. RESULTADOS	28
6.1 Resultados da revisão integrativa	28
6.2 Resultados da construção do produto.....	35
7. DISCUSSÃO	38
7.1 Pré-produção, produção e pós-produção do vídeo	43
8. CONCLUSÃO.....	44
9. REFERÊNCIAS	46
10. APÊNDICE	57

1. INTRODUÇÃO

1.1 Higienização das mãos

A ANVISA entre 2005-2006, lançou o logo: “Uma Assistência Limpa é Uma Assistência Mais Segura”, no qual concentra parte de sua atenção à melhoria dos padrões e práticas de higienização das mãos na assistência à saúde, com a finalidade de ajudar a implantar intervenções bem-sucedidas com o principal foco: redução das IRAS (BRASIL, 2008).

Também em 2005, a OMS iniciou o Desafio Global para a segurança do paciente, denominado “*Clean Care is Safer Care*” (Cuidado Limpo é Cuidado mais Seguro, na tradução literal), com o objetivo de pactuar entre as instituições de saúde para garantir a melhoria da higienização das mãos. Participaram 139 nações, com total de 11.739 instituições de saúde no ano de 2010 (WHO, 2009).

Neste programa se destaca a recomendação de realizar os cinco momentos para a higienização das mãos, sendo estes: antes do contato com paciente, antes da realização do procedimento asséptico, após exposição a fluidos corporais, após contato com paciente e após contato com ambiente próximo ao paciente (Figura 1) (WHO, 2009).

Figura 1. Os cinco momentos para a higienização das mãos.



Fonte: BRASIL, 2013a

O primeiro grande movimento na América do Sul que demonstrou apoio a este Desafio Global aconteceu em 2007, durante uma reunião de ministros de saúde do Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL), assumiram a responsabilidade de desenvolver planos nacionais de segurança do paciente e colocá-los em prática. Este compromisso foi com a assinatura da Declaração de Compromisso na Luta Contra as IRAS (WHO, 2009).

Com o movimento *Clean Care is Safer Care*, instituíram-se o dia cinco de maio como o dia mundial da Higiene das Mãos, associado ao quinto dia, do quinto mês e aos cinco momentos para realizar a prática de lavagem das mãos onde e quando os cuidados são prestados e nos momentos indicados (WHO, 2009).

Vale ressaltar que se considera o momento “antes” todas as ações que precedem o contato com o paciente, ou seja, após tocar em objetos inanimados como caneta, prancheta e superfícies, deve-se realizar higienização das mãos antes de prestar uma nova assistência (BRASIL, 2018).

Os profissionais da saúde realizam a higienização das mãos de forma corriqueira e deixam de praticar a técnica preconizada pelas entidades, visto que estudos demonstram que o momento “após exposição a fluidos corpóreos”, é o mais aderido pelos profissionais de enfermagem (LLAPA-RODRIGUEZ *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2014).

Sabe-se que a pele é naturalmente colonizada por bactérias e fungos em diversas áreas do corpo humano. Os microrganismos mais comuns são os *Staphylococcus coagulase* negativo, *micrococcus* e algumas espécies de corinebactérias na microbiota residente e os microrganismos gram negativos como enterobactérias, *Staphylococcus aureus*, pseudomonas e bactérias aeróbicas formadoras de esporos, fungos e vírus estão presentes na microbiota transitória (GAUER; SILVA, 2017).

Mesmo com esta realidade, existem muitos profissionais que são passivos e instituições de saúde que realizam medidas pouco eficientes em relação a esta problemática, de baixa motivação e que, conseqüentemente, não conscientizam e não sensibilizam os profissionais para minimizar o risco de transmissão de microrganismos (BRASIL, 2013a).

Aumentar a adesão dos profissionais de saúde às medidas preventivas vem como uma estratégia eficaz na redução das IRAS (BATISTA *et al.*, 2012).

A educação contínua em serviço influencia no desempenho dos profissionais e na prática da assistência com qualidade e segurança, pois a prevenção e o controle das IRAS dependem da adesão de medidas que envolvam e motivem os profissionais de saúde em realizar os cinco momentos da higienização das mãos (LLAPA-ROGRIGUEZ *et al.*, 2018; MOTA *et al.*, 2014).

É importante salientar que o fato de os profissionais da saúde não seguirem as recomendações preconizadas gera a contaminação de suas mãos e, conseqüentemente, disseminam microrganismos entre pacientes (BRASIL, 2010).

Neste sentido a construção de um vídeo educativo vem como disparador para a conscientização da higienização das mãos nos cinco momentos preconizados pelos órgãos.

1.2 História da infecção

A luta contra a infecção não é recente, em 1847, o médico húngaro Ignaz Philip Semmelweis utilizou seus conhecimentos e relacionou a incidência de febre puerperal com a precária higienização das mãos (BRASIL, 2013b). A morte de um médico por um corte com bisturi contaminado permitiu que Semmelweis concluísse que as mãos com odor fétido poderiam levar as mesmas contaminações, por partículas cadavéricas, às parturientes (BRASIL, 2013b).

Florence Nightingale, considerada a fundadora da enfermagem moderna, se preocupou com a morte dos seus pacientes no hospital de Scutari, durante a Guerra da Criméia (BARALDI; PADOVEZE, 2015; NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015; MARTINS; BENITO, 2015).

Florence organizou e avaliou individualmente cada soldado e implantou ações como: isolamento dos enfermos, atendimento individual e a redução de leitos no mesmo ambiente, além de registros estatísticos das principais causas de óbito. Estas ações trouxeram impacto positivo sobre os soldados feridos durante a guerra e diminuiu, drasticamente, a taxa de morbimortalidade de 33% para 2% (BARALDI; PADOVEZE, 2015; NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015; MARTINS; BENITO, 2015).

No Brasil, após a morte de Tancredo Neves, em 1985, provocada por uma infecção, surge o interesse pelo controle da infecção hospitalar (IH) na década de 80 pela Portaria nº 196/83 do Ministério da Saúde (MS), que recomendava a criação de

Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) (OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016).

De acordo com a Portaria nº 2616/98, Anexo II: *"Infecção hospitalar é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares"*. Ainda, o texto afirma que *"Infecção comunitária é aquela constatada ou em incubação no ato da admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital"* (BRASIL, 2002).

O termo "infecção hospitalar" foi ampliado em 2005 para "infecção relacionada à assistência em saúde" (IRAS), por agregar as infecções adquiridas e relacionadas à assistência prestada em qualquer ambiente de serviço de saúde (PADOVEZE; FORTALEZA, 2014). A Figura 1 apresenta o gráfico que relaciona a IRAS com sua influência no paciente.

Figura 2. A infecção relacionada à assistência em saúde como problema na qualidade dos serviços de saúde



O *Institute of Medicine* (IOM) (2001) descreve a qualidade na assistência como segura, eficaz, centrada no paciente, eficiente, oportuna e equitativa, tendo como a segurança do paciente sua principal preocupação. Combater e prevenir as IRAS compõem um contexto de qualidade no cuidado assistencial, já que muitos dos danos causados ao paciente são preveníveis (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Ainda no fim do século de XX, tornou-se obrigatória a criação de Programas Específicos de Controle e Prevenção de IRAS (PCIRAS) com a Lei nº 9431/97, em foram definidos quatro objetivos (BRASIL, 2016):

1. Reduzir Infecções Primárias da Corrente Sanguínea (IPCS);
2. Reduzir Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC);
3. Estabelecer mecanismos de controle sobre a Resistência Microbiana (RM) em Serviços de Saúde e;
4. Aumentar o índice de conformidade do PCIRAS, segundo os critérios da OMS.

No ano seguinte, surgiu a Portaria nº 2616/98 que determinou o modo de organização e implementação dos PCIRAS, que estabeleceu ações mínimas a serem desenvolvidas para a redução das IRAS, com o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) por meio da vigilância de indicadores epidemiológicos, higienização das mãos e normas de limpeza, desinfecção e esterilização (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015), ou seja, ações desenvolvidas, deliberadas e sistematizadas para a redução máxima e possível de incidência e da gravidade das infecções hospitalares (BRASIL, 2016).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi criada no ano de 1999 com a lei de nº 9782 e surgiu com o objetivo de promover a proteção à saúde por meio do controle sanitário da produção e comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária (BRASIL, 2016).

A partir disso, surgiu a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) que tem caráter consultivo e normativo e visa supervisionar normas e rotinas, capacitar os trabalhadores da saúde, implantar o uso racional de antibióticos, manter e avaliar o PCIH, para conseguir adequar às necessidades das unidades de saúde, constituída de membros consultores e executores (BRASIL, 2017a).

Sendo assim, as CCIH conseguem informar e alimentar dados epidemiológicos a fim de diminuir os índices de IH e são compostas por, no mínimo, médicos, enfermagem, farmácia, laboratório de microbiologia e administração (ANVISA, 2017).

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), representado pelos membros executores, é o executor do programa de controle de infecção hospitalar, composto por membros do PCIH, que tem importância fundamental na implantação de medidas de prevenção e controle de infecções hospitalares. No Brasil, a realidade é a de que CCIH não atuantes, ou ainda, “profissionais exercendo a função sem conhecimento adequado da atividade”, o que gera o aumento das taxas de IH (BRASIL, 2013d).

1.3 Segurança do paciente e infecção relacionada à assistência em saúde

As IRAS são consideradas ameaças às instituições de saúde por gerar implicações como o aumento dos custos para o sistema, aumento no tempo de internação, aumento da resistência microbiana dos pacientes aos antimicrobianos e da mortalidade. Fatos estes que afetam diretamente a segurança do paciente e, com isso, sua prevenção e controle tornaram-se a principal discussão internacional da segurança do paciente e qualidade da assistência à saúde, com o intuito de construir medidas eficazes na prevenção e controle das infecções (WHO, 2012; OLIVEIRA; PAULA, 2012).

Em 2009, o Ministério da Saúde financiou a criação o Centro Colaborador para Qualidade e Segurança do Paciente – PROQUALIS, voltada para a produção e informações e tecnologias aplicadas à qualidade e segurança do paciente para os profissionais da saúde (BRASIL, 2013a).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu, em 2009, a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety* – ICPS), chamadas de conceitos-chave, resumido no Quadro 1 (BRASIL, 2013a):

Quadro 1. Conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde

CLASSIFICAÇÕES	CARACTERÍSTICAS
Segurança	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade, ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância notificável	Incidente com potencial dano ou lesão
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos.

Evento adverso**Incidente que resulta em dano ao paciente**

Fonte: BRASIL, 2013a

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013, publicada pela ANVISA, instituiu ações para a promoção da segurança do paciente a qualidade dos serviços de saúde, o que torna obrigatória a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em todos os serviços de saúde, implantação do Plano de Segurança do Paciente (PSP) e do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pela Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2017a).

A finalidade da portaria é atender à demanda de prevenção de eventos adversos (EA) em serviços de saúde e contribuir para a qualidade do cuidado em todos os estabelecimentos, na qual todos os trabalhadores da saúde priorizam pela segurança dos colegas, pacientes e familiares, acima de metas financeiras e operacionais, encoraja e recompensa a notificação, resolução dos eventos relacionados à segurança e promove a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2017a).

Esta portaria também estabelece por meio das seis metas internacionais (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013d) a padronização de processos de trabalho e traz subsídios para a qualidade da assistência, tais como:

1. Identificação do paciente;
2. Comunicação efetiva;
3. Segurança de uso e administração de medicamentos;
4. Cirurgia segura;
5. Prática de higiene das mãos em serviços de saúde;
6. Prevenção de queda e prevenção de lesão por pressão.

A segurança do paciente tem o foco em estratégias para evitar a ocorrência de EA possíveis de serem prevenidos e, quando não for possível, minimizar as consequências destes ao paciente. Para isso, é necessária uma mudança cultural dos profissionais da saúde por meio de incentivos de uma prática assistencial segura (BRASIL, 2015a).

O Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) em conjunto com a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP – polo São Paulo, disponibilizaram uma cartilha que visa sensibilizar e mobilizar profissionais de saúde e a população com a promoção da segurança do

paciente por meio dos 10 passos que causam impacto direto na prática assistencial (COREN, 2010). Estes passos foram desenvolvidos a partir de buscas em estudos científicos atualizados que complementam as seis metas internacionais preconizadas pela OMS, sendo estes:

1. Identificação do paciente;
2. Cuidado limpo e cuidado seguro – higienização das mãos;
3. Cateteres e sondas – conexões corretas;
4. Cirurgia segura;
5. Sangue e hemocomponentes – administração segura;
6. Paciente envolvido com sua própria segurança;
7. Comunicação efetiva;
8. Prevenção de queda;
9. Prevenção de lesão por pressão e;
10. Segurança na utilização de tecnologia.

Vale ressaltar que os índices de infecção vêm sendo amplamente utilizado como indicadores da qualidade da assistência, por isso, a importância da alta vigilância da ocorrência de infecção. A OMS enfatiza: “antes de tudo, não cause danos, não prejudique o paciente” (WHO, 2012).

Tanto a OMS quanto o COREN evidenciam a higienização das mãos como um método eficaz contra a disseminação microbiana, considerado primordial para a segurança do paciente (WHO, 2012; COREN, 2010).

A ocorrência de infecção depende de três fatores: condição clínica do paciente, virulência e inóculo dos microrganismos e fatores relacionados à hospitalização como procedimentos invasivos (BRASIL, 2013d) e estes, podem ser divididos em três categorias como descrito no Quadro 2:

Quadro 2. Fatores de risco para infecção relacionada à assistência em saúde

Relacionados ao paciente	Fatores que diminuem a resistência ou aumentam a susceptibilidade a infecções como extremos de idade (recém-nascidos e idosos), diabetes, doenças vasculares, alterações do nível de consciência e imunossupressão
Relacionados à agressão diagnóstica e terapêutica	Fatores relacionados ao emprego de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos como cirurgias de grande porte ou de longa duração. Uso indiscriminado de antibióticos e medicamentos imunossupressores,

	citostáticos e corticosteroides
Relacionados ao ambiente hospitalar	Fatores relacionados aos microrganismos resistentes e o alto risco de transmissão de infecção por meio das mãos, medicamentos, alimentos, materiais e equipamentos que não foram criteriosamente desinfetados e esterilizados

Fonte: BRASIL, 2013b

No que se diz respeito ao EPI, de acordo com o *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*, CDC 2007, Precaução Padrão (PP) representam um conjunto de medidas que devem ser realizadas pelos profissionais da saúde e aplicadas aos pacientes quando houver risco de contato com fluidos corporais (sangue, secreções e outros), além do contato com a pele não íntegra e mucosa. Recomenda-se o uso dos EPIs tais como: luvas, máscaras, óculos de proteção e avental (BRASIL, 2015b).

As luvas devem ser utilizadas pelos profissionais da saúde sempre que há contato com a pele não íntegra e mucosas, sangue, líquidos, excreções e artigos contaminados. Recomenda-se o uso de máscara, óculos, protetor facial caso haja possibilidade de respingos de sangue ou líquidos potencialmente infectantes atingirem a face do profissional de saúde. O uso do avental é indispensável em situações importantes como no contato muito próximo ao paciente com lesões secretivas, auxilia como protetor durante a realização do banho de aspersão ou de leito, limpeza e desinfecção de endoscópios e instrumentais. Vale ressaltar que em todas as ocasiões faz-se necessário o uso de proteção padrão acrescido pelo tipo de isolamento ou via de transmissão (CDC, 2007).

Referente aos isolamentos, a forma de transmissão pela qual o agente infeccioso atinge um hospedeiro pode ocorrer por três maneiras: gotículas, aerossóis e contato (direto e indireto) (CDC, 2007).

- **Gotículas:** contato por gotículas eliminadas pela fala, tosse, espirros e realização de procedimentos invasivos nas vias áreas.
- **Aerossóis:** a transmissão por partículas aerossolizadas são as mesmas que a transmissão por gotículas, o que difere é a maior distância percorrida pela partícula e sua maior permanência no ar. Devido a isso, a máscara cirúrgica comum não é capaz de impedir a transmissão sendo necessário o uso de máscara PFF-2 (N-95) pelo profissional de saúde.

Já a transmissão por meio do contato pode ocorrer de uma pessoa a outra mediante contato com a pele ou mucosa. Este modo de transmissão pode ser classificado em duas categorias:

- **Direto:** quando um microrganismo é transmitido de um paciente a outro, por meio do contato direto da pele.
- **Indireto:** quando a transmissão ocorre pelo contato da pele e mucosas com superfícies ambientais e nos produtos de saúde e equipamentos contaminados por microrganismos

Com o intuito de realizar as precauções padrões na proteção contra a infecção, a OMS (2009) conceitua a segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários, associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável, ou seja, redução ao mínimo dos atos inseguros que geram IRAS.

Existe a relação entre as IRAS, a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde. Em 2001, no Brasil, o Projeto Hospitais Sentinela foi criado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com a finalidade de gerar redes hospitalares de referência que identificam e monitoram os incidentes (BRASIL, 2015b).

Internacionalmente, o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) fundado em 1991 nos Estados Unidos da América (EUA), lançou em 2005, a campanha para salvar 100 mil vidas por meio da promoção de seis práticas voltadas para a segurança do paciente nos hospitais dos EUA: prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica; prevenção da infecção de corrente sanguínea associada a um cateter venoso central (CVC); prevenção de infecção de sítio cirúrgico (ISC); melhoria do cuidado para pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio; prevenção de eventos adversos (EA) relacionados ao uso de medicamentos por meio da reconciliação medicamentosa e empregando equipes de resposta rápida (COSTA, 2016).

Devido ao sucesso, no ano seguinte o IHI lançou a campanha para prevenir eventos adversos mediante as seis práticas de segurança do paciente: prevenção de lesão por pressão (LPP), redução das infecções por *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina (MRSA); prevenção dos danos causados por medicamentos de alta vigilância; redução das complicações cirúrgicas; prestar assistência baseada em evidências para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e engajamento da alta administração dos serviços de saúde (COSTA, 2016).

Com relação à qualidade, o destaque vai para a *Joint Commission*, que foi criada como *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), em 1951, para exercer a função de avaliador nos hospitais e, estabelecer um padrão de alto nível de trabalho, que implica em resultados de acreditação (COSTA, 2016).

A evolução da evidência quanto à eficácia da HM contra as IRAS foi notada, mas a falta de adesão à esta prática pelos profissionais de saúde se manteve. Muitas eram as justificativas, como: falta de insumos, estrutura física inadequada, alta carga de trabalho, falta de tempo hábil e lesões nas mãos ocasionada pelos produtos (BRASIL, 2013c).

A proposta do uso de produto à base de álcool associado com um emoliente veio como um ponto positivo quanto comparado ao menor tempo para a higienização, a facilidade do uso no momento da assistência e a boa tolerabilidade da pele, o que resultou em uma mudança conceitual (BRASIL, 2013c; LLPAPA-RODRIGUEZ, 2018).

Diante de todas as prevenções, nota-se que a higienização das mãos sempre está presente como uma das recomendações para o controle da infecção. Realizar esta simples ação implica na melhoria da segurança do paciente/ profissional e na qualidade da assistência prestada.

1.4 Vídeos educativos de higienização das mãos

A utilização de recursos multimídias, em especial o vídeo, que pode ser classificado como uma tecnologia educacional, possuem a característica de transmitir uma mensagem ou conhecimentos técnicos a uma determinada população (RODRIGUES JUNIOR, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde, é essencial promover a capacitação das pessoas por meio do aprendizado, que deve ocorrer de forma contínua, para que possam desenvolver o senso crítico em relação aos assuntos que envolvem sua saúde e, devido a isso, estarem preparadas em diferentes cenários (BRASIL, 2012).

Além disso, o uso de ferramentas audiovisuais e de simulação ajudam no desenvolvimento de habilidades e diminuem o tempo necessário para essa aprendizagem de forma relevante. O custo necessário para transmitir técnicas e conhecimentos é consideravelmente pequeno, visto que a elaboração de um vídeo,

por exemplo, não exige o investimento de grandes quantias, uma vez que existem diversas ferramentas gratuitas que permitem esse desenvolvimento (RODRIGUES JUNIOR, 2014).

Em um estudo adotou-se como estratégia a tecnologia em vídeo para avaliar a eficácia do instrumento *SureWash*, houve um aumento significativo no número de higienização das mãos, e que esse feito se manteve por até 12 semanas após a intervenção (STEWARDSON, 2014).

Neste contexto, o vídeo voltado para a capacitação de conhecimentos técnicos sobre a área da saúde é apontado como um instrumento eficiente e que favorece o compartilhamento de técnicas embasadas nos conhecimentos científicos, podendo ter o foco de promoção da saúde, métodos de prevenção de doenças, alertas para riscos específicos, entre outros. Uma vez que o público-alvo é capacitado com esses conhecimentos, eles se tornam também promotores destas práticas de saúde, uma vez que compartilham com amigos e familiares (DALMOLIN, 2016).

Além disso, esta ferramenta possibilita interromper a transmissão, rever o conteúdo diversas vezes e retornar em pontos de maior fragilidade, aspecto que contribui com a aprendizagem (SALINA, 2012). Fleming, Reynolds e Wallace (2009) complementam que também é possível além de pausar, avançar o conteúdo para que o público participe ativamente do processo de ensino.

Em relação ao tempo, quando comparado com as modalidades tradicionais, a utilização de vídeos pode reduzir o tempo gasto nos processos de aprendizado por ser um recurso de fácil manuseio. No âmbito hospitalar há uma dificuldade na saída do profissional ou no desenvolvimento de atividades por longos períodos fora do seu setor, fato que favorece a participação dos profissionais da rede hospitalar (PORTO, 2017).

2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Como visto, a grande maioria das IRAS estão relacionadas às práticas inadequadas dos profissionais da saúde por realizarem a higienização das mãos de forma corriqueira e não praticam as recomendações vigentes.

Com isso, a discussão sobre o tema se mantém relevante devido as evidências, visto que apesar dos conhecimentos acerca da importância dos cinco momentos para a higienização das mãos, a garantia desta prática é uma tarefa árdua, pois muitas vezes os profissionais da saúde possuem apenas a intenção de lavar as mãos e, no entanto, dispensam a técnica.

Além disso, tendo em vista a atual pandemia do Covid-19, que é causada pelo vírus SARS-CoV-2, a higienização das mãos surge como uma grande aliada na luta contra o vírus, por ser um método simples e eficaz, capaz de eliminá-lo.

Algumas formas de transmissão estão juntamente ligadas às mãos dos profissionais devido ao contato com pessoas ou superfícies contaminadas e, a adesão aos cinco momentos, em especial, ao momento cinco “após contato com superfícies próximo ao paciente” impede a disseminação do vírus, visto que, há evidências da sobrevivência do COVID-19, de acordo com o tipo da superfície, por até cinco dias (KAMPF *et al.*, 2020; VAN DOREMALEN *et al.*, 2020).

Assim, o propósito foi construir um vídeo educativo para orientação e ensino da higienização das mãos para profissionais da saúde na fase admissional, bem como um disparador em atividades voltadas as principais dificuldades comportamentais encontrar na incorporação dos cinco momentos nas rotinas assistenciais sem gerar danos ao paciente.

3. OBJETIVO

Construir um vídeo educativo, contendo a técnica recomendada pelos órgãos vigentes sobre os cinco momentos para a higienização das mãos como a estratégia para o aumento da adesão a esta ação.

4. MÉTODO

4.1 Método da revisão integrativa

O método utilizado para o desenvolvimento do trabalho foi o de revisão integrativa, uma vez que ele permite a análise de pesquisas relevantes de forma a contribuir com a prática clínica sobre o tema. Este método também possibilita a identificação de tópicos que necessitam de maiores evidências científicas para que se possa elaborar a tomada de decisão para implementação da prática. Ainda, trata-se de um método rico, pois o leitor entra em contato com todo o conhecimento científico disponível sobre o tema, bem como com a análise crítica do autor sobre o assunto de interesse (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Todas as pesquisas foram classificadas de acordo com os níveis de evidência propostos por Melnyk e Fineout-Overholt (2005) (Quadro 3).

Quadro 3. Níveis de evidência científica

Nível 1	Evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados, relevantes ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;
Nível 2	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;
Nível 3	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização;
Nível 4	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados;
Nível 5	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;
Nível 6	Evidências derivadas de estudo único descritivo ou qualitativo;
Nível 7	Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Fonte: Melnyk e Fineout-Overholt (2005)

Para Mendes, Silveira e Galvão (2008), para a construção de uma revisão integrativa faz-se necessário percorrer seis etapas distintas, tais como: **1ª Etapa:** Identificação do tema e elaboração da hipótese ou questão norteadora da pesquisa; **2ª Etapa:** Amostragem na literatura e estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudo; **3ª Etapa:** Categorização dos estudos; **4ª Etapa:** Avaliação dos

estudos incluídos na revisão; **5ª Etapa:** Interpretação dos resultados e; **6ª Etapa:** Síntese do conhecimento ou apresentação da revisão.

Na primeira etapa, define-se o problema vivenciado na prática do pesquisador e após, a construção da hipótese. Esta hipótese deve ser elaborada a partir do raciocínio teórico do pesquisador e é considerada como a etapa mais importante, pois determina os estudos a serem incluídos ou excluídos e os meios adotados para a seleção e identificação das informações de cada um deles (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Frente a isso, acredita-se que a produção dessa nova proposta de metodologia audiovisual, o vídeo educativo, irá contribuir na educação dos profissionais da saúde com consequente aumento na adesão da técnica da higienização das mãos nos cinco momentos, além de prevenir e minimizar os eventos adversos.

Para a elaboração da pergunta norteadora, utilizou-se da estratégia *Population* (população ou problema), *Intervention* (intervenção), *Comparison* (comparação) e *Outcomes* (desfecho) conhecida de forma abreviada como “Estratégia PICO”, que auxilia o pesquisador na construção da pergunta de pesquisa para facilitar na busca científica sobre seu questionamento (POMPEO; ROSSI; GALVÃO; 2009).

Quadro 4. Construção da pergunta norteadora por meio da Estratégia PICO

Acrônimo	Descrição
P	Profissionais da saúde do âmbito hospitalar
I	Construção do vídeo educativo
C	Não corresponde ao objetivo da pesquisa
O	Adesão aos cinco momentos da higienização das mãos

Os descritores são identificados para a execução da busca dos estudos. Neste estudo, a questão delimitadora é: Quais são as estratégias propostas para a adesão aos cinco momentos para higienização das mãos?

Foram selecionados quatro descritores conforme Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), respectivamente: segurança do paciente; higiene das mãos; unidade hospitalar; profissionais da saúde e *patient safety; hand hygiene; hospital unit; health professionals*.

Para a segunda etapa, orienta-se a busca nas bases de dados com critérios de amostragem que representem a amostra e, incluir na pesquisa, todos os estudos encontrados, porém, quando não possível, pode ser realizada inclusão e exclusão de estudos a partir de critérios bem especificados pelo pesquisador, ou seja, aqueles que não correspondessem ao objeto de pesquisa, inclusive duplicata ou mesmo trabalho em diferentes idiomas. Nesta pesquisa a seleção da amostra ocorreu por meio do acesso às bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *US National Library of Medicine* (PubMed Central), *Scopus*, *Current Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Embase e *Web of Science* (WoS). Utilizou-se como estratégia de busca os seguintes operadores booleanos em bases nacionais e internacionais: Segurança do paciente *OR Seguridad del Paciente OR Patient Safety AND* Higiene das Mãos *OR Desinfecção das Mãos OR Desinfecção de Mãos OR Lavagem de Mãos OR Lavagem das Mãos OR Higienização das mãos OR Desinfección de las Manos OR Higiene de las Manos OR Hand Hygiene AND* Unidades Hospitalares *OR Ambiente hospitalar OR Unidades Hospitalarias OR Hospital Units AND* Pessoal de Saúde *OR Prestadores de Cuidados de Saúde OR Profissional da Saúde OR Profissional de Saúde OR Profissionais da Saúde OR Profissionais de Saúde OR Trabalhador de Saúde OR Trabalhador da Saúde OR Trabalhadores de Saúde OR Trabalhadores da Saúde OR Personal de Salud OR Health Personnel*.

Adotou-se como critérios de inclusão artigos completos, com resumos disponíveis e relacionados ao objeto de pesquisa, nos idiomas português, inglês e espanhol, indexados nas bases de dados referidas, com pretensão de atualização dos dados até o ano de setembro 2020. Foram excluídos artigos que não abordaram o contexto hospitalar e aqueles que não estavam disponíveis na íntegra nas bases de dados, no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Os artigos que se repetiram, entre as bases foram considerados apenas uma vez. Depois de configurado o corpus de análise, conforme demonstrado na Figura 3, realizou-se a leitura na íntegra dos artigos e preenchido o instrumento com as seguintes informações: artigo, ano, periódico e método, tipo de estudo, amostra, objetivos, país e local onde ocorreu o estudo e principais resultados.

Para avaliar a qualidade e a transparência das evidências produzidas pelas pesquisas levantadas, propõe-se utilizar instrumentos disponíveis no *website* EQUATOR (EQUATOR, 2019).

Na terceira etapa, ocorre a categorização dos estudos, em que é necessário organizar as informações de forma clara e bem definida, de forma que seja possível apresentar os dados de amostra do estudo considerado, os objetivos propostos, o método utilizado e os principais resultados e conclusões obtidas. Feito isso, a qualidade da revisão integrativa será assegurada, uma vez que irá abordar de forma completa todos os trabalhos considerados para a pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A etapa quatro da revisão integrativa se trata de uma avaliação crítica dos estudos considerados. Neste item, são avaliados de forma profunda as metodologias e resultados utilizados nos diferentes trabalhos, de forma que seja possível obter explicações para possíveis dados conflitantes entre as pesquisas. Isso deve ser feito para que seja possível identificar possíveis falhas nas metodologias utilizadas, bem como pontos que podem ser melhorados para trabalhos posteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Na quinta etapa, ocorre a interpretação dos resultados obtidos por meio da análise dos trabalhos analisados. Em consideração as explicações levantadas no item quatro, o autor irá identificar possíveis pontos de melhoria nas pesquisas existentes na área e que foram selecionadas para análise. Com isso, será possível obter, de forma clara, quais os estudos que podem ser realizados para sanar possíveis lacunas sobre o tema (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Por fim, na etapa seis, o autor deverá organizar os achados de sua pesquisa através de documento específico, por meio do uso de instrumento de tabulação. Desta forma, os resultados encontrados estarão evidenciados de forma clara, de forma que seja possível os utilizar como referências para a prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4.2 Construção e proposta de ação do produto

Para a construção do vídeo, optou-se pela metodologia de Kindem e Musburger (2009), em que se realiza o desenvolvimento em três fases: pré-produção; produção do vídeo; e pós-produção. A etapa de pré-produção incorporou a ideia do produto, produção do roteiro por meio de pesquisas em vídeos oficiais dos órgãos vigentes como (*Centers for Disease Control and Prevention* [CDC], Proqualis

Segurança do Paciente, *Prevention & Infection Control* e *World Health Organization*) disponibilizados no YouTube® para a elaboração do *storyboard*, ou seja, a linguagem visual que orienta para a elaboração do vídeo (etapa em produção). Na etapa da produção foi realizada diversas gravações dos áudios e imagens dos personagens e, posteriormente, na pós-produção, realizou-se a edição para a primeira versão do vídeo educacional.

Quanto a pré-produção, todas as informações do vídeo foram organizadas em formato de roteiro e por meio do *storyboard*, foi desenvolvido a demonstração quadro a quadro de toda a estrutura do vídeo em forma de esboços para facilitar na compreensão do roteiro e direcionar a produção do vídeo.

O presente estudo foi elaborado cuidadosamente a fim de não ficar exaustivo, pois vídeos muito extensos podem tornar-se cansativo e para transmitir adequadamente as mensagens e garantir o entendimento do conteúdo, os vídeos devem ter duração de cerca de 10 minutos para manter a atenção do público durante toda a sua exibição (RAZERA, 2019). Outros autores trazem que, quanto a didática, para que a atenção do espectador se mantenha satisfatória no processo de ensino-aprendizagem, os vídeos devem ter um tempo médio de 3 a 5 minutos, podendo estender-se até 8 minutos, conforme didática (BAHIA; SILVA, 2017).

Este vídeo será aplicado Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos – Oncologia e será disponibilizado nos televisores do Hospital da Unesp - Botucatu. Ele desempenhará o papel de estratégia para adesão a higienização das mãos (Apêndice), com orientações sobre os cinco momentos para a higienização das mãos direcionado aos profissionais da saúde. O vídeo também auxiliará nas atividades da Educação Continuada e Permanente durante os treinamentos ofertados à equipe.

O desenvolvimento e produção foram realizadas pelo próprio pesquisador e edição contou com a parceira da coorientadora e sua equipe do Núcleo de Ensino à Distância da Faculdade de Medicina de Botucatu – NEAD-TIS da FMB.

5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

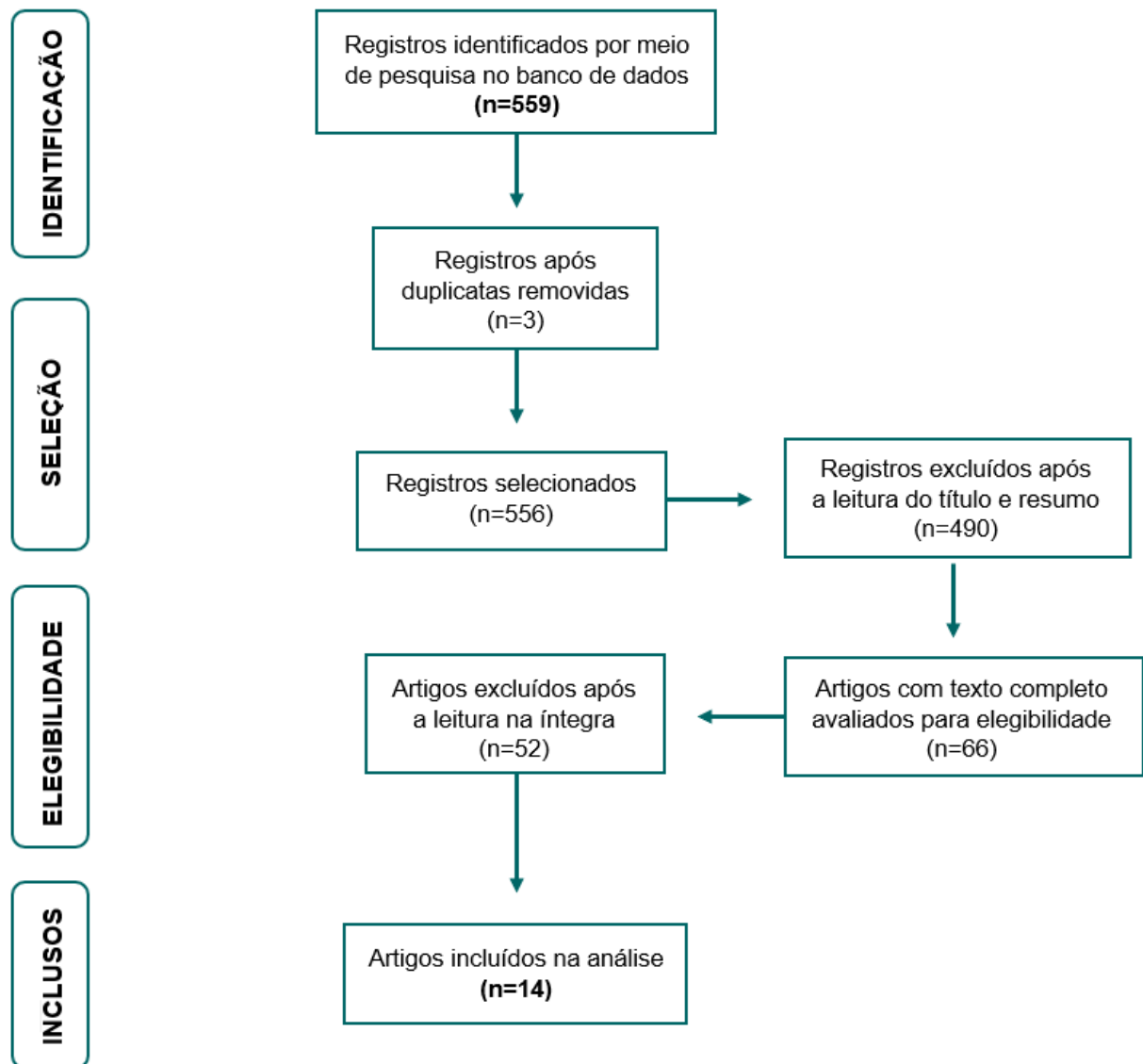
O projeto de pesquisa foi encaminhado para ciência do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, sendo que foi dispensado de avaliações por se tratar de uma pesquisa com base na revisão integrativa (APÊNDICE).

6. RESULTADOS

6.1 Resultados da revisão integrativa

Resultou-se a busca na literatura em um total de quinhentos e noventa e nove (599) artigos para este estudo, corresponderam com o objetivo a ser investigado apenas três (3) encontrados na BVS, um (1) Cinahl, quatro (4) PubMed, quatro (4) *Scopus* e dois (2) *Web of Science* e, na base de dados Embase, nenhuma pesquisa foi selecionada. A figura abaixo apresenta o fluxograma de construção da amostra.

Figura 3. Fluxograma de construção da amostra



Após leitura na íntegra dos quatorze (14) artigos avaliados e selecionados, 03 (21%) corresponderam a estudos em português, 09 (64%) estudos em inglês e 02 (14%) estudos em espanhol. Todas as pesquisas (100%) tiveram o envolvimento do enfermeiro. Ressalta-se que quando identificados como trabalhadores da saúde, o enfermeiro e outros membros da equipe de enfermagem estiveram envolvidos.

As intervenções utilizadas nas pesquisas se deram em cenários de saúde apenas no âmbito hospitalar.

Quadro 5. Caracterização dos artigos incluídos nas pesquisas. Botucatu, 2021.

Referência	Autores/ Ano/ Artigo/ Periódico	Tipo de estudo	Nível de evidência	Objetivos	Principais resultados
01	(Vasconcelos R.O. et al., 2018). <i>Adhesión a la higiene de las manos por el equipo de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. EGlobal.</i>	Estudo observacional	3	Identificar a adesão à Higienização das Mãos dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva para adultos de um hospital universitário público	Eram enfermeiros 12 (17,6%) profissionais e 56 (82,4%) técnicos de enfermagem. A taxa de adesão geral à Higienização das Mãos pela equipe de enfermagem foi de 311 (47,8%). Não houve adesão ao momento “antes da realização de procedimentos assépticos”
02	(Fariñas-Alvarez C. et al., 2016) <i>Estrategia multimodal para la mejora de la adherencia a la higiene de manos en un hospital universitario. Rev Calid Asist</i>	Estudo de intervenção antes e depois.	3	Avaliar o impacto da estratégia multimodal na adesão à higiene de mãos entre a equipe multiprofissional em um hospital universitário	O consumo de ABHR no hospital aumentou durante o período do estudo: de 17,5 para 19,7mL/ paciente-dia. Nas unidades de intervenção, este consumo foi de 24,8mL pré-intervenção, 42,5mL durante a intervenção e 30,4mL dois meses pós-intervenção
03	(Paula A.O. de, 2015) <i>Impacto da estratégia multimodal na adesão a higiene de mãos entre a equipe multiprofissional.</i>	Estudo de intervenção, do tipo antes e depois.	3	Avaliar o impacto da estratégia multimodal na adesão à higiene de mãos entre a equipe multiprofissional em um hospital universitário	A taxa de adesão à HM por observação direta dos profissionais foi de 20,8% no período basal e a autor reportada de 88,3%. A percepção da adesão das demais categorias profissionais variou de 51,3 a 79,1%. Após as intervenções educacionais, feedback e lembretes no ambiente de trabalho, as taxas de adesão à HM entre os profissionais assistenciais de saúde foram de 16,2% no período pós-intervenção 1 e 15,7% no pós-intervenção
04	(Ribeiro, F.D.O. et al., 2017) <i>Estratégia lúdica para a melhoria de práticas de higienização das mãos entre os profissionais de saúde. Rev. enferm. UFPE online</i>	Relato de experiência.	7	Descrever um relato de experiência sobre a condução de uma atividade lúdica utilizada como estratégia para a melhoria da adesão à higienização das mãos entre profissionais de saúde	Participaram, da atividade, todos os profissionais atuantes nas unidades selecionadas para o estudo, que prestavam assistência direta aos pacientes e que pertenciam às categorias médica ou de Enfermagem, devido ao maior
05	(Jansson, M.M. et al., 2015) <i>Simulation education as a single intervention does not</i>	Estudo controlado longitudinal.	3	Avaliar como o conhecimento crítico e a adesão das atuais diretrizes de HM aos enfermeiros	A aderência geral de HM aumentou de um valor basal de 40,8% para 50,8% na medida final pós intervenção aos 24. No entanto, o

	improve hand hygiene practices: A randomized controlled follow-up study. <i>American Journal of Infection Control</i>			diferem entre os grupos de intervenção e controle alocados aleatoriamente antes e após a educação de simulação tanto no cenário de simulação quanto na prática clínica.	modelo linear misto não identificou qualquer grupo significativo ou interações de tempo-entre os grupos de estudo após 2 anos de educação em simulação. Além disso, a educação de simulação não teve impacto no conhecimento da HM dos participantes.
06	(Monistrol O. et al. 2011) Impact of a hand hygiene educational programme on hospital-acquired infections in medical wards. <i>Clin Microbiol Infect</i>	Estudo de intervenção antes e depois	3	Avaliar o impacto de uma intervenção multimodal em enfermarias médicas sobre a complacência com HM, consumo de álcool e incidência de HAI e HAMRSA.	Foram observadas 1531 oportunidades e a complacência de HM melhorou de 54,3% para 75,8% e permaneceu 75,8% no acompanhamento. O consumo de AHR aumentou de 10,5 para 27,2/1000 dias-hospital e 31,5/1000 dias-hospital no acompanhamento.
07	(Mestre, G. et al. 2012) “The 3/3 Strategy”: A Successful Multifaceted Hospital Wide Hand Hygiene Intervention Based on WHO and Continuous Quality Improvement Methodology. <i>Plos One.</i>	Estudo pré e pós intervenção.	3	Avaliar o impacto e a sustentabilidade desta abordagem sobre a conformidade com HM ao longo do tempo.	Os achados mais notáveis foram: a) melhorias significativas na adesão à HM em relação à linha de base (aumento médio de 25%); b) alto nível sustentado (82%) de adesão à HM durante a intervenção; c) aumento significativo no consumo de AHRs ao longo do tempo; c) diminuição significativa na taxa de MRSA adquirida na área da saúde; d) melhorias pequenas, mas significativas na complacência de HM ao comparar a fase 2 com a fase 1.
08	(Saint. S. et al. 2009) Improving healthcare worker hand hygiene adherence before patient contact: a before-and-after five-unit multimodal intervention in Tuscany. <i>Quality Safety.</i>	Estudo intervencionist a antes e depois.	3	Descrever os resultados de nossos estudos multimodais intervenção destinada a melhorar os níveis de higiene das mãos dos trabalhadores.	A adesão à higiene das mãos entre enfermeiros aumentou de 33,7% para 47,9%, a adesão entre os médicos aumentou de 27,5% para 46,6%. A melhoria foi estatisticamente significativa em três de cinco unidades, e as unidades diferiram na magnitude de sua melhora.
09	(Shobowale, E. O. et al., 2017) An Observational and Trend Analysis Study of Hand Hygiene Practices of Healthcare Workers at A Private Nigerian Tertiary Hospital <i>Annals of Medical and Health Sciences Research.</i>	Estudo observacional.	3	Investigar o grau de conformidade com higiene das mãos e uso de luvas por várias categorias de profissionais de saúde em um hospital privado terciário, e os fatores que influenciam a adesão à higiene das mãos. Analise as tendências das práticas de	Melhorias na higienização das mãos ocorreram com um aumento de 33% na adesão após o contato com fluidos corporais, 18% após a retirada das luvas, 39% após tocar o paciente, 27% antes de realizar um procedimento invasivo e 30% antes de tocar o paciente.

				higienização das mãos ao longo de um período de 12 meses.	
10	(Laskar, A. M. et al. 2018) <i>A multimodal intervention to improve hand hygiene compliance in a tertiary care center.</i> <i>American Journal of Infection Control.</i>	Estudo de intervenção.	3	Medir as diferenças na conformidade com HM antes e depois de uma variedade de intervenções multimodais, incluindo aulas e discussões de cenário, lembretes visuais e práticas demonstrações.	Nas fases pré intervenção e pós-intervenção foram de 3% e 70,1%, respectivamente, refletindo uma melhora dramática na complacência de HM. Notavelmente, uma diminuição no HHPAR foi observada de 47,2% na fase pré-intervenção para 21,4% na fase pós,
11	(Phan, H. T. et al., 2018) <i>An educational intervention to improve hand hygiene compliance in Vietnam Hang Thi Phan. BMC Infections Diseases.</i>	Estudo quase experimental.	2	Comparar as taxas de complacência de HM antes e depois de um programa educacional para trabalhadores de saúde em um hospital	Houve 7124 oportunidades em 370 sessões de registro de higiene das mãos, com 1531 oportunidades no início e 1620 nos 6 meses após a intervenção. A adesão à higiene das mãos aumentou significativamente desde o início em todas as unidades. A adesão à higiene das mãos dos profissionais de saúde aumentou significativamente após a intervenção
12	(Gorbanj, A. et al. 2016) <i>Hand hygiene compliance before and after wearing gloves among intensive care unit nurses in Iran.</i> <i>American Journal of Infection Control.</i>	Estudo observacional.	3	Medir a higiene das mãos conformidade co19m base em antes-e-depois de usar luvas entre UTI enfermeiras nos hospitais de <i>Tabriz</i> , Irã.	Os resultados mostram que a adesão à higiene das mãos antes do uso de luvas é ruim entre os enfermeiros que trabalham em unidades de terapia intensiva (14,8%). Entretanto, a adesão à higiene das mãos aumentou significativamente após a retirada das luvas. Houve também um aumento significativo no nível de adesão à higiene das mãos após a retirada das luvas.
13	(Karaoglu, M. K. et al. 2018) <i>Effectiveness of Hygienic Hand Washing Training on Hand Washing Practices and Knowledge: A Nonrandomized A Experimental Design. The Journal of Continuing Education in Nursing.</i>	Estudo não randomizado, quase experimental	2	Avaliar a eficácia da lavagem higiênica das mãos treinamento em práticas de lavagem de mãos e conhecimento.	Os resultados do Formulário de Conhecimento de Higiene das Mãos após o treinamento higiênico de lavagem das mãos foram mais altos do que os escores de pré-treinamento. O número de ações de higiene das mãos dos enfermeiros após o treinamento de higiene das mãos aumentou significativamente em comparação àquele antes do treinamento. na lavagem das mãos.
14	(Mertz, D. et al. 2010) <i>Effect of a Multifaceted</i>	Estudo randomizado	2	Avaliar o impacto de uma intervenção multifacetada para	Descobriu-se que 3.812 (48,2%) de 7.901 oportunidades de higienização das mãos no

	<i>Intervention on Adherence to Hand Hygiene among Healthcare Workers: A Cluster-Randomized Trial. Infection Control and Hospital Epidemiology.</i>			aumentar as taxas de adesão à higiene das mãos entre os profissionais de saúde e avaliar o efeito sobre a incidência de <i>Staphylococcus</i> meticilino resistente aureus (MRSA) colonização.	grupo de intervenção resultaram em adesão, em comparação com 3.205 (42,6%) das 7.526 oportunidades no grupo controle. Não houve redução na incidência de colonização por MRSA adquirida no hospital no grupo de intervenção. A principal motivação dos profissionais de saúde para a higienização das mãos é proteger a si próprios e não aos pacientes
--	--	--	--	--	---

No quadro seis abaixo, estão sintetizadas as estratégias utilizadas pelos autores para a obtenção do aumento da adesão da higienização das mãos pelos profissionais da saúde.

Quadro 6. Resumo das estratégias utilizadas. Botucatu, 2021.

Referência	Estratégia
01	Estratégia multimodal – realizado 100 horas de observação direta e após aplicado de forma adaptada o “Instrumento Adaptado do Manual para Observadores” em enfermeiros e técnicos de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário
02	Estratégia multimodal – tipo “3/3” com avaliação direta dos profissionais com feedback durante 3 dias por semana a cada 3 semanas enfatizados nos 5 componentes da estratégia implementada pela Organização Mundial da Saúde
03	Estratégia multimodal – implementado mudança no sistema, treinamento de HM, avaliação, lembretes no ambiente de trabalho e clima organizacional aplicados em duas unidades de terapia intensiva de um hospital universitário.
04	Estratégia lúdica – atividade com tinta guache, luz ultravioleta, dinâmica com os tipos de higienização das mãos e os cinco momentos para realizar a técnica, expuseram os motivos para realizar a HM e forneceram feedback ao grupo de profissionais que realizavam cuidado direto ao paciente em um hospital universitário
05	Estratégia multimodal – realizado simulação de um cenário real com questionário e feedback verbal realizado por 2 educadores independentes que se especializaram em pedagogia de simulação onde foram analisados os momentos de adesão a HM antes e depois do contato com o paciente
06	Estratégia multimodal - consistiu em uma campanha educacional e motivacional multimodal aplicada aos profissionais da saúde de um hospital universitário
07	Estratégia multimodal – dividido em duas fases: fase 1 foi baseada nas cinco etapas da estratégia de intervenção multimodal preconizado pela OMS e

	na fase 2 foi desenvolvida uma filosofia de melhoria contínua da qualidade com ações no final de cada período de observação com abordagem educacional positiva e interativa.
08	Estratégia multimodal – apresentação das informações a prática, educação aos enfermeiros e médicos sobre infecções e higiene das mãos por meio de seminários e sessões educacionais individualizadas, foi fornecido frascos de uso pessoal de álcool em gel e foi solicitado a implementação de um plano para melhorar a higiene das mãos pelos enfermeiros e médicos líderes
09	Estratégia observacional – monitoramento observacional da conformidade de higiene das mãos durante a campanha de higiene das mãos em todo as situações em que ocorria o cuidado ao paciente em um hospital universitário da Nigéria.
10	Estratégia multimodal – composto por educação e treinamento por meio de aulas, gráficos, lembretes do protocolo de higiene, prática monitoradas com interação individual.
11	Estratégia multimodal – com intervenção educacional intensiva e de curto prazo com monitoramento do cumprimento do protocolo de higiene das mãos durante e após 6 meses utilizando como referência as diretrizes da OMS.
12	Estratégia observacional – foram observadas 1.067 oportunidades de higiene das mãos por enfermeiros da UTI de um hospital escola e coletado os dados por meio do questionário “ <i>Hand Hygiene Observation Tool</i> ”.
13	Estratégia multimodal – avaliado a prática, oportunidades, e conformidade de higiene das mãos por meio da aplicação de questionários e observação direta baseados nas diretrizes de 2002 do CDC para práticas de higiene das mãos.
14	Estratégia multimodal – realizado feedback de desempenho com taxas e gráficos, seminários de ensino, distribuição de pôsteres e panfletos e participação dos gerentes clínicos para o desenvolvimento de metas para a adesão e também de encorajamento à equipe

6.2 Resultados da construção do produto

O desenvolvimento de produtos é um dos objetivos do mestrado profissional e desempenha um papel de ferramenta na prática da enfermagem e neste projeto de pesquisa o produto encontra-se disponível no formato de vídeo por meio de um link eletrônico para livre acesso do público-alvo.

O uso deste produto virtual servirá como estratégia de adesão aos cinco momentos para a higienização das mãos, onde os profissionais de saúde irão compreender de maneira didática a importância da recomendação, refletir sobre os riscos da disseminação dos vírus e bactérias e, conseqüentemente diminuir riscos de infecção.

A versão do roteiro baseou-se na produção de cenas, falas, ambiente e elementos audiovisuais. Conforme demonstrado na Figura 4.

Figura 4. Roteiro do vídeo. Botucatu, 2021

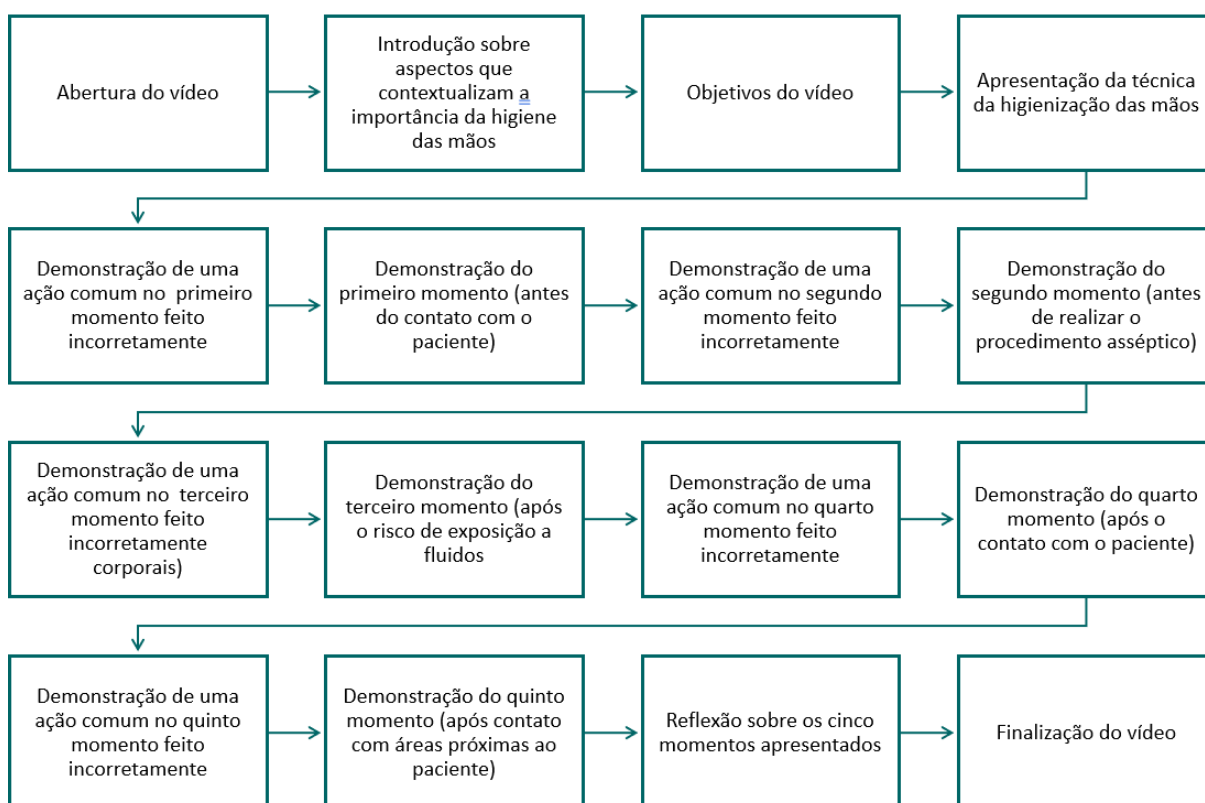
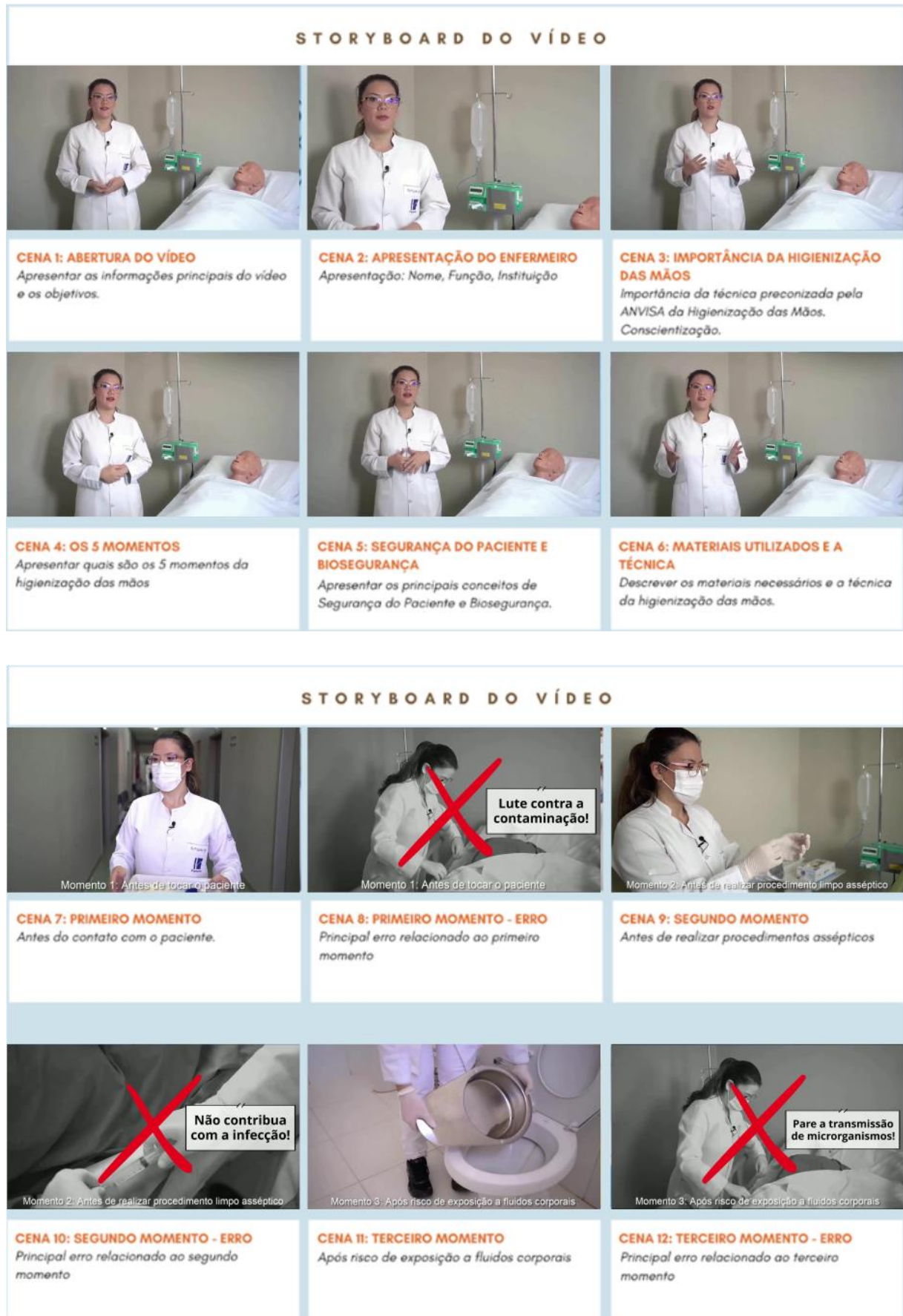


Figura 5. Storyboard. Botucatu, 2021



STORYBOARD DO VÍDEO



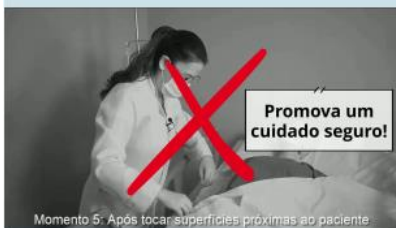
CENA 13: QUARTO MOMENTO
Após contato com o paciente



CENA 14: QUARTO MOMENTO - ERRO
Principal erro relacionado ao quarto momento



CENA 15: QUINTO MOMENTO
Após contato com áreas próximas ao paciente



CENA 16: QUINTO MOMENTO - ERRO
Principal erro relacionado ao quinto momento



CENA 17: RESUMO DOS TÓPICOS
Apresentar um resumo integrativo dos conteúdos abordados.



CENA 18: FINALIZAÇÃO DO VÍDEO
Agradecimentos e encerramento do vídeo.

7. DISCUSSÃO

Essa revisão integrativa da literatura permitiu identificar o que vem sendo mais recentemente desenvolvido e publicado sobre os cinco momentos de higienização das mãos e suas principais intervenções. Mesmo com quinhentos e noventa e nove artigos que abordavam a temática, menos de 5% eram os estudos que avaliaram diretamente o uso das estratégias como forma de aumentar a adesão aos cinco momentos de higienização das mãos.

Observou-se a partir da leitura minuciosa das publicações, a similaridade didática entre as estratégias e associaram a razão do aumento da adesão da HM à treinamentos, aulas explicativas, gráficos, vídeos educativos, prática da técnica e seminários (VASCONCELOS *et al.*, 2018; FARIÑAS-ALVAREZ *et al.*, 2016; PAULA *et al.*, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2017; JANSSON *et al.*, 2015; MONISTROL *et al.*, 2011; MESTRE *et al.*, 2012; SAINT *et al.*, 2009; SHOBOWALE *et al.*, 2017; LASKAR *et al.*, 2018; PHAN, 2018; GORBANI *et al.*, 2016; KARAOGLU *et al.*, 2018; MERTZ *et al.*, 2010).

Os estudos incluídos nessa revisão descrevem a abordagem multimodal, ou pelo menos um dos componentes dela, como uma estratégia eficaz para a melhora nas taxas de higienização das mãos (VASCONCELOS *et al.*, 2018; FARIÑAS-ALVAREZ *et al.*, 2016; PAULA *et al.*, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2017; JANSSON *et al.*, 2015; MONISTROL *et al.*, 2011; MESTRE *et al.*, 2012; SAINT *et al.*, 2009; SHOBOWALE *et al.*, 2017; LASKAR *et al.*, 2018; PHAN, 2018; GORBANI *et al.*, 2016; KARAOGLU *et al.*, 2018; MERTZ *et al.*, 2010).

Esta abordagem multimodal é proposta pela OMS como uma ferramenta a ser utilizadas pelos serviços de saúde. São cinco componentes ligados à prática a fim de sustentar a adesão da higienização das mãos: mudança de sistema; educação e treinamento; avaliação e retroalimentação; lembretes no local de trabalho e clima de segurança institucional. Além da preparação da unidade; diagnóstico inicial; implementação; avaliação de acompanhamento e; planejamento contínuo e ciclo de revisão (OMS, 2009).

Ao realizar tais ações, os trabalhadores da saúde evitam aproximadamente 30% das IRAS (BRASIL, 2018). Higienizar as mãos é considerado uma medida preventiva, individual, simples, rápida e de baixo custo que bloqueia a disseminação de patógenos presentes nas mãos, ou seja, consiste na remoção de sujeira, suor,

oleosidade, células descamativas por meio da fricção manual de toda a sua superfície com uma quantidade necessária de produtos químicos tais como: água e sabonete, solução antisséptica ou com solução alcoólica 70% com emoliente (BRASIL, 2018).

A técnica consiste em realizar movimentos circulares esfregando as palmas das mãos, movimentos de vaivém sobre o dorso entrelaçando os dedos e interdigitais das mãos, fricção do dorso dos dedos, fricção dos polegares e fricção das pontas dos dedos com movimentos circulares sobre a palma. Em seguida, enxaguar as mãos com água e as secar com uma toalha descartável (BRASIL, 2018).

A maioria das IRAS estão relacionadas às práticas inadequada e há evidências epidemiológicas que mostram que a contaminação das mãos pode gerar infecções cruzadas de forma direta ou indireta, especialmente em unidade de terapia intensiva e unidade de hemodiálise, onde se há muitas oportunidades de contato com o paciente (GORBANI *et al.*, 2016).

Literaturas identificam que a prática de higiene das mãos pode diminuir significativamente a incidência de IRAS (MESTRE *et al.*, 2012), visto que, as mãos são consideradas como o principal fator na disseminação de microrganismos e que, na grande maioria das vezes, essa valiosa prática não é realizada (RIBEIRO *et al.*, 2017). Com isso, Ribeiro *et al.* criou uma tecnologia com envolvimento teórico/prático sobre higienização das mãos que demonstrou ser uma ferramenta capaz de despertar o interesse nos profissionais e favoreceu a motivação do profissional o que pode impactar diretamente na maior adesão à HM (VASCONCELOS *et al.*, 2018; FARIÑAS-ALVAREZ *et al.*, 2016; PAULA *et al.*, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2017; JANSSON *et al.*, 2015; MONISTROL *et al.*, 2011; MESTRE *et al.*, 2012; SAINT *et al.*, 2009; SHOBOWALE *et al.*, 2017; LASKAR *et al.*, 2018; PHAN, 2018; GORBANI *et al.*, 2016; KARAOGLU *et al.*, 2018; MERTZ *et al.*, 2010).

A educação com base em treinamentos que sistematizem os cinco momentos para higienização das mãos foi reportada nos estudos selecionados, em que abordava de forma resumida as principais oportunidades de higienização das mãos para os profissionais da saúde durante o cuidado assistencial (VASCONCELOS *et al.*, 2018; FARIÑAS-ALVAREZ *et al.*, 2016; PAULA *et al.*, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2017; JANSSON *et al.*, 2015; MONISTROL *et al.*, 2011; MESTRE *et al.*, 2012;

SAINT *et al.*, 2009; SHOBOWALE *et al.*, 2017; LASKAR *et al.*, 2018; PHAN, 2018; GORBANI *et al.*, 2016; KARAOGLU *et al.*, 2018; MERTZ *et al.*, 2010).

Estudos mostram que houve um aumento geral na adesão a higienização das mãos em todos os momentos após a intervenção multimodal, mas os momentos “antes” foram seguidos com menos frequência do que os “após” (MONISTROL *et al.*, 2011; LASKAR *et al.*, 2018).

Isso mostra que os profissionais se sentem ameaçados frente ao risco de se contaminar após tocar no paciente e fazem a autoproteção, mas se isentam do medo de levar microrganismos presentes em suas mãos ou luvas aos pacientes. Este achado vai totalmente contra os princípios da segurança do paciente, atribuindo à interpretação incorreta por parte dos profissionais de que o uso de luvas protege contra infecções e substitui a prática de higiene das mãos (GORBANI *et al.*, 2016; SHOBOWALE *et al.*, 2017).

Sobre isso, outro estudo explorou as razões que podem levar os profissionais a realizarem mais a autoproteção do que a proteção do paciente e, foi identificado que os principais motivos relatados era a preocupação em proteger a si mesmo dos microrganismos, deixando o paciente em segundo plano (ERASMUS *et al.*, 2009). Além disso, foi evidenciado durante uma intervenção observacional que as mãos se contaminam de forma progressiva durante a rotina de atendimento ao paciente (SHOBOWALE *et al.*, 2017).

Estes fatos corroboram com o estudo de Farias, Gonçalves e Jesus (2019) foram observadas 1371 oportunidades após intervenções (palestras, jogo de perguntas e respostas e atividade alusiva à higienização das mãos) e obteve-se o percentual de 12,4% de adesão; queda de 11,9% quando comparado ao percentual de antes da intervenção educativa. Mesmo apresentando resultados insatisfatórios, pós-intervenção, no percentual de adesão dos cinco momentos, o único momento que obteve melhora nos índices foi o “após o contato com o paciente”, o percentual antes da era de 54,7% e após 60,9%. Isso nos leva a uma reflexão crítica sobre a mudança comportamental dos profissionais.

Em uma Unidade de Terapia Intensiva, após a intervenção multimodal, os resultados foram positivos, com índices de 31,5% para 83,8% nos cinco primeiros meses (ROMERO *et al.*, 2019). A conformidade com a higienização das mãos de fato é aumentada após intervenção multimodal, evidenciando que esta abordagem é viável e eficiente (PHAN *et al.*, 2018), porém Janson (2015), identificou que a

manutenção dos efeitos da intervenção após o término não se manteve em seu estudo e resultou na queda na adesão a higienização das mãos em pelo menos algum aspecto.

O monitoramento contínuo de desempenho do serviço pós inserção das estratégias de higiene das mãos é de extrema importância para se manter a adesão, por isso, no estudo de Mestre (2012), foi-se desenvolvido uma equipe de monitoramento de higiene das mãos contínua e alcançaram alta porcentagem (93,4%) de acertos na avaliação teórica, pós intervenção, proposta pela OMS.

Ressalta-se que o incentivo na educação em saúde tem se mostrado eficaz em aumentar e manter as taxas de adesão à higienização da mãos, dessa forma, métodos inovadores devem ser priorizados, de modo que o profissional da saúde passe a ocupar o papel de incentivador à adesão da higiene das mãos e que seja capaz de reconhecer os possíveis motivos para uma baixa adesão, motivos esses que vão além das razões comportamentais dos profissionais, envolvendo também questões organizacionais, educacionais e de gerenciamento hospitalar (FARIÑAS-ALVAREZ *et al.*, 2016).

Ainda sobre isso, em um estudo desenvolvido do estado do Paraná, Brasil, percebeu que a falta de capacitação é um aspecto negativo, visto que os Programas de Gestão de Qualidade visam a segurança dos pacientes e dos profissionais (VASCONCELOS *et al.*, 2018).

A OMS orienta que para atingir um aumento eficiente e sustentável de higiene das mãos é necessário utilizar ações com diferentes focos, a fim de alcançar mudanças institucionais, bem como culturais (BRASIL, 2017b). Porém, essas mudanças não acontecem de forma rápida e tampouco partem de iniciativa própria dos indivíduos, de forma que precisam ser permanentes e periodicamente avaliadas, a fim de garantir sua continuação (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Brasileira (PNEPS) pontua que os trabalhadores de saúde ocupam posição principal na mudança de cultura em relação à HM, desde que tenham um ambiente capaz de proporcionar treinamentos e educação adequadas, possibilitando transformações das práticas profissionais (BRASIL, 2009).

Segundo Bandura (2008), a aprendizagem pode ser ativa ou por observação, sendo essa última apontada como a principal delas, em que um profissional observa os comportamentos expressados por outros profissionais, além de tomar

conhecimento dos resultados que tais ações produziram. Assim, fica clara a importância do contexto social como agente de mudanças comportamentais, considerando que o estímulo para a mudança de atitudes parte de cada indivíduo, e que pessoas tendem a reproduzir comportamentos de acordo com o comportamento observado nos outros indivíduos do mesmo meio em que estão inseridas.

Autores sugerem transformar enfermeiros em embaixadores de programas de higiene das mãos (SAINT *et al.*, 2009) e envolver profissionais da CCIH na promoção de estratégias de intervenção como um fator essencial no controle de infecção relacionadas as mãos (ONYEDIBE *et al.*, 2020), visto que os enfermeiros foram os mais adeptos as intervenções quando comparados a outras categorias (LASKAR *et al.*, 2018), além de exercerem um papel de gestor e supervisor da assistência prestada, sendo essencial no incentivo à higiene das mãos com consequente melhora na conscientização da cultura de segurança (VASCONCELOS *et al.*, 2018).

Um estudo quase experimental não randomizado realizado em 2018 (KARAOGLU *et al.*, 2018) aplicou um pré-teste-pós-teste posteriormente a intervenção multimodal (observação e treinamento) e obteve mais de 90% de respostas corretas no pós-teste aplicados em enfermeiros, mas os autores deixam claro que é necessário se manter treinamentos periódicos para aumentar o conhecimento e a conscientização, o que pode justificar o fracasso nos resultados de Janson (2015), em que, após o fim dos treinamentos os índices de adesão caíram.

Quando abordado a forma educacional e motivacional, para criar um clima institucional, a conformidade de adesão aos cinco momentos aumentou e se permaneceu mesmo após um ano depois da intervenção, assim como o aumento do uso da solução alcoólica 70% com emoliente e a redução dos índices de MRSA (MONISTROL *et al.*, 2011).

Frente ao conteúdo abordado nesta pesquisa nota-se a necessidade de se empreender esforços para que se difunda, não só nos âmbitos local e nacional, mas mundialmente, os cinco momentos para a higienização das mãos para prevenir e diminuir a infecção hospitalar. Fenômeno que assola diversas instituições de saúde.

7.1 Pré-produção, produção e pós-produção do vídeo

O vídeo, enquanto tecnologia educacional resultante da etapa de desenvolvimento deste trabalho, foi intitulado como “Cinco momentos que salvam vidas” (Figura 6 – colocar uma figura do início do vídeo).

Na etapa de pré-produção, foram analisados vídeos para possibilitar a elaboração do roteiro e *storyboard* com enfoque na técnica da higienização das mãos nos cinco momentos.

Durante a produção do vídeo foi realizado a escolha do cenário, figurino, maquiagem, atores não profissionais e equipamentos técnicos para gravação, tais como câmera e luz.

A escolha do cenário foi feita pelo pesquisador, Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos – Oncologia, onde foi representado o ambiente de assistência ao paciente (sala de medicação), tendo como público-alvo os profissionais de saúde que lá atuam.

A gravação foi realizada em apenas um dia e realizadas em forma de tomadas, ou seja, com intervalos de tempo entre o início e o fim de cada gravação. A junção de todas as tomadas, cenas, constituíram o vídeo (COMPARATO, 2009).

Ressalta-se que a gravação foi feita pelo pesquisador e a edição do vídeo ficou sob responsabilidade do NEAD-TIS da FMB, sendo que toda esta etapa de pós-produção foi elaborada por esta equipe de profissionais. Foi realizado a edição do vídeo por meio de programa e softwares específicos para edição de vídeos e imagens, tais como: Camtasia Studio e Powtoon para a edição e o Core Draw para o desenvolvimento das imagens.

Após o término desta etapa, o vídeo foi revisado pelo pesquisador, orientadora e coorientadora, a fim de identificar possíveis falhas. Com isso o vídeo será apresentado por meio de narrativa e constituído por introdução, objetivo e os cinco momentos preconizados pela legislação vigente com a técnica da higienização das mãos, execução incorreta do primeiro momento (antes do contato com o paciente) destacado por um “X” vermelho sobre a ação errada e em seguida a apresentação do primeiro momento executado corretamente.

Nesta etapa, foram evidenciados por cenas incorretas e corretas, todos os demais momentos para a higienização das mãos: antes da realização de procedimentos assépticos, após risco de exposição a fluidos corporais, após o

contato com o paciente e após o contato com as áreas próximas ao paciente. No que se refere a técnica de higienização das mãos, esta informação possibilita o esclarecimento sobre o método e produtos utilizados.

8. CONCLUSÃO

Com base nos artigos analisado pode se concluir que as intervenções educacionais, independente da abordagem, contribuem na adesão e no nível de qualidade da higiene das mãos, com consequente redução dos índices de IRAS.

As infecções são de grande importância no âmbito hospitalar e na saúde pública, já que ameaçam às instituições por gerarem implicações para o sistema, paciente e seus familiares.

Atualmente as tecnologias desempenham um papel importante no cotidiano da sociedade e possuem o poder de influenciar as pessoas de maneira construtiva, por meio da transmissão de conhecimento.

O uso dessas ferramentas para adesão à higiene das mãos, quando utilizados de maneira apropriada, coerente e estruturada influenciam positivamente no processo de ensino aprendizagem.

O vídeo “Cinco momentos que salvam vidas” constitui-se como uma tecnologia educativa que impacta como uma estratégia de educação em saúde para capacitação profissional, já que o enfermeiro, enquanto educador, deve usufruir da tecnologia e da criatividade a fim de proporcionar ao público-alvo a reflexão da prática e o senso de responsabilidade.

Este recurso desempenha um papel de facilitador do aprendizado para que a técnica da higiene das mãos nos cinco momentos, conforme preconizado pelos órgãos vigentes, possa ser alcançada.

Os cinco momentos podem ser desafiadores, sendo assim as mudanças institucionais e culturais devem ser revistas principalmente diante da necessidade da realização de boas práticas, para que visem à segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde.

Como visto, o momento “antes do contato com o paciente” foi o menos aderido pelos profissionais de saúde quando comparado aos demais, fato que está relacionado com a maior preocupação com a autoproteção do que com a segurança do paciente, principal agente na disseminação de microrganismos.

Por fim, acredita-se que este produto venha a contribuir para a melhora da adesão dos cinco momentos para higienização das mãos por profissionais de saúde, além de elevar o conhecimento acerca da temática e instigar a mudança comportamental.

Pretende-se dar continuidade a pesquisa por meio do desenvolvimento de uma tese de doutorado, em que, almeja-se validar o vídeo educativo junto com público-alvo para efetivação do produto como uma tecnologia favorável na educação em saúde.

9. REFERÊNCIAS

BAHIA, A. B.; SILVA, A. R. L. Modelo de produção de vídeo didático para EaD. *Novas Tecnologias na Educação*. V. 15 Nº 1, julho, 2017.

BANDURA, A., AZZI, R. G., POLYDORO, S. Teoria social cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed. 2008.

BARALDI, M. M.; PADOVEZE, M. C. Higienização das Mãos: a evolução e o atual “Estado da Arte”. *Journal of Infection Control*. v. 4, n. 3 (2015). Disponível em: <http://jic-abih.com.br/index.php/jic/article/view/114/pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BATHKE, J. et al. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(2):78-85.

BATISTA, O. M. A. et al. Representações sociais de enfermeiras sobre a infecção hospitalar: implicações para o cuidar prevencionista. *Revista de Enfermagem da Uerj*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 20, p.500-506, 17 jul. 2012. Bimestral. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5318>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Infecção relacionada à assistência à saúde - legislação e criação de um Programa de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (Infecção Relacionada à assistência à Saúde – IRAS). Brasília: Anvisa; 2017a. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/iras/M%F3dulo%201%20-%20Legisla%20e%20Programa%20de%20Preven%20e%20Controle%20de%20Infec%20Hospitalar.pdf>. Acesso em: 23 abr 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Manual de Segurança do Paciente: Higienização das mãos. Brasília: Anvisa; 2010. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 23 abr 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Orientações gerais para a notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde. Brasília: Anvisa; 2015. (Nota técnica GVMS/GGTES/ANVISA, nº 01/2015).

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa; 2017b. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 2013a.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.

Acesso em: 23 abr 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50 de 21 de fevereiro 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. 2012. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 23 abr 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2018. (NOTA TÉCNICA Nº01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA). Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-01-2018-higienizacao-das-maos.pdf>. Acesso em: 1 mar 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Medidas de prevenção de infecção relacionadas à assistência à saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2013b. (Série Segurança do paciente e qualidade em serviço de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do Paciente: higienização das mãos. Brasília, DF: ANVISA, 2016. Disponível em: www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/paciente_hig_maos.pdf. Acesso em: 1 abr 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, DF: Fiocruz, 2013c. (Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente). Disponível em: www.sbpc.org.br/upload/conteudo/protocolo_higiene_maos_09jul2013.pdf. Acesso em: 1 abr 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 529 de 1 o de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União 2013,2013d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 1 mar 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política nacional de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) CDC COVID-19 Prevention Messages for Front Line Long-Term Care Staff: Clean Hands – Combat COVID-19 27 de abr. de 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=xmYMUly7qiE>. Acesso em: 18 out 2019.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) Clean Hands Count 5 de mai. de 2017. Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=MzkNSzqmUSY>. Acesso em: 18 out 2019.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Hand Hygiene Saves Lives 4 de ago. de 2010. Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=BaHTZdJWYVw&t=46s>. Acesso em: 18 out 2019.

COMPARATO, D. Da criação ao roteiro: teoria e prática. São Paulo: Summus. 2009.
 CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO (COREN-SP). 10 Passos para a segurança do paciente. São Paulo: COREN-SP; 2010.

COSTA, M. M. M. Efeitos de um ciclo de melhoria da qualidade nacional aplicado à estruturação das ações de prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde em hospitais brasileiros. 2016. 125 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços da Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN), 2016.

DALMOLIN, A. *et al.* Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. Rev Gaúcha Enferm, v.37, n. especial, p.e6837, 2016.

EQUATOR NETWORK. Enhancing the Quality and Transparency Of health Research. 2019. Disponível em: <http://www.equator-network.org/about-us/>.

ERASMUS, V. *et al.* A qualitative exploration of reasons for poor hand hygiene among hospital workers: lack of positive role models and of convincing evidence that hand hygiene prevents cross-infection. Infect Control Hosp Epidemiol, 2009; 30: 415.

FARIAS, M. E. L.; GONÇALVES, J. S.; DE JESUS, S. Adesão à higiene das mãos antes e após intervenções educativas do dia mundial para higienização das mãos em um hospital universitário. Rev Eletr Acv Saúde, 11(16), 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1354.2019>. Acesso em: 22 out 2019.

FARIÑAS-ALVAREZ, C. et al. Estrategia multimodal para la mejora de la adherencia a la higiene de manos e nun hospital universitario. *Rev Calid Asist. Santader. Españã*. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.06.011>. Acesso em: 22 ago 2019.

FLEMING, S. E.; REYNOLDS, J.; WALLACE, B. Luzes, câmera, ação! Um guia para criar um DVD / vídeo. *Enfermeira Educadora*, 34 (3), 118-121.2009.
GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health* 1987; 10(1):1-11.

GAUER, D.; SILVA, G. K. Análise qualitativa e quantitativa da microbiota das mãos dos funcionários de um posto de saúde. *RBAC*. 2017;49(2):206-12. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2017/08/RBAC-vol-49-2-2017-ref.-522-finalizado.pdf>. Acesso em: 22 out 2019.

GHORBANI, A. et al. Hand hygiene compliance before and after wearing gloves among intensive care unit nurses in Iran. *Am. J. Infect. Control. Tabriz. Iran*. 2016.

GUEDES, M et al. Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo modelo de crenças em saúde. *Cogitare Enferm*. 2012 Abr/Jun; 17(2):304-9. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/fcogitare/wp-content/uploads/sites/28/2012/04/27886-102210-2-PB.pdf>. Acesso em: 21 out 2019.

INSTITUTE OF MEDICINE. Crossing the quality chasm. A new health system for the 21th century. Washington DC.: National Academy Press; 2001.

JANSSON, M. M. et al. Simulation education as a single intervention does not improve hand hygiene practices: A randomized controlled follow-up study. *Am. J. Infect. Control. Oulu. Finland*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2015.12.030>. Acesso em: 22 ago 2019.

KAMPF, G et al. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J. Hosp. Infect.* 2020 Feb;104:246-51. DOI: 10.1016/j.jhin.2020.01.022.

KARAOGLU, M. K.; SAMIHA, A. Effectiveness of Hygienic Hand Washing Training on Hand Washing Practices and Knowledge: A Non randomized Quasi-Experimental Design. *J Contin Educ Nurs.* Vol 49, No 8, 2018.

KINDEM, G.; MUSBURGER, R. B. Introduction to media production: The path to digital media production. 4th. ed. Boston: Focal Press; 2009.

LASKAR, A. M. A multimodal intervention to improve hand hygiene compliance in a tertiary care. *Am. J. Infect. Control.* Pondicherry. India. 2018.

LLAPA-RODRIGUEZ, E. O. et al. Aderência de profissionais de saúde à higienização das mãos. *Rev. enferm. UFPE online*, Recife, 12 (6):1578-85 jun., 2018.

MARTINS, D. F & BENITO, L. A. O. Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Universitas: Ciências da Saúde.* 14(2): 2016.153-66.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64. 40.

MERTZ, D. et al. Effect of a Multifaceted Intervention on Adherence to Hand Hygiene among Healthcare Workers: A Cluster-Randomized Trial. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* November. vol. 31, no. 11. 2010.

MESTRE, G. et al. "The 3/3 Strategy": A Successful Multifaceted Hospital Wide Hand Hygiene Intervention Based on WHO and Continuous Quality Improvement Methodology. PLoS ONE. 2012, 7(10): e47200. DOI: 10.1371/journal.pone.0047200.

MONISTROL, O. et al. Impact of a hand hygiene educational programme on hospital-acquired infections in medical wards. Clin Microbiol Infec. Barcelona. Spain. 2012.

MORAN, J. M. Integração das Tecnologias na Educação. Desafios da televisão e do vídeo à escola. Secretaria de Educação a Distância, SEED. 2005. Disponível em: <http://www.portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/iniciaissf.pdf>. Acesso em: 22 ago 2019.

MOTA, E. C. et al. Higienização das mãos: uma avaliação da adesão e da prática dos profissionais de saúde no controle de infecções hospitalares. Rev. Epidemiol. Control. Infect. Ano IV, vol. 4. N 1. 2014. Jan-Mai. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/284782039_HIGIENIZACAO_DAS_MAOS_UMA_AVALIACAO_DA_ADESAO_E_DA_PRATICA_DOS_PROFISSIONAIS_DE_SAUDE_NO_CONTROLE_DAS_INFECCOES_HOSPITALARES. Acesso em: 21 out 2019.

NASCIMENTO, J. C.; DRAGANOV, P. B. História da qualidade em segurança do paciente. Hist enferm. Rev eletrônica. 2015;6(2):299-309. Disponível em: http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf. Acesso em: 21 out 2019.

OLIVEIRA H.M., SILVA C.P.R., LACERDA R.A. Políticas de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: análise conceitual. Rev Esc Enferm USP · 2016;50(3):505-511.

OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A. O. Infecções Relacionadas ao Cuidar em Saúde no Contexto da Segurança do Paciente: Passado, Presente E Futuro Rev. Min. Enferm. 2013 jan/mar; 17(1): 216-220.

ONYEDIBE, K. I.; SHEHU, N. Y.; PIRES, D. et al. Avaliação das instalações de higiene das mãos e conformidade da equipe em uma grande unidade de saúde terciária no norte da Nigéria: um estudo transversal. *Antimicrob Resist Infect Control* 9, 30 (2020). DOI: <https://doi.org/10.1186/s13756-020-0693-1> Acesso em: 22 ago 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia de Implementação Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos. Brasília. 2009. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Guia_de_Implementao_estrategia_multimodal_de_melhoria_da_HM_0.pdf Acesso em: 2 set 2019.

PADOVEZE, M. C. I.; FORTALEZA, C. M. C. B. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(6):995-1001. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0995.pdf. Acesso em: 22 ago 2019.

PAIGE, J. T. et al. Using simulation in interprofessional education. *Surg Clin N Am*, v.95, n.4, p.751-66, 2015.

PAULA, A. O. Impacto da estratégia multimodal na adesão a higiene de mãos entre a equipe multiprofissional. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Belo Horizonte. Brasil. 2015.

PHAN, H. T. et al. An educational intervention to improve hand hygiene compliance in Vietnam. *Rev. Infect. Dis.* 2018. 18:116. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3029-5>. Acesso em: 2 set 2019.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul. Enferm.*, 2009;22(4):434-438. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>. Acesso em: 21 out 2019.

PORTO, J. S. Construção e validação de vídeo educativo para adesão às precauções-padrão por trabalhadores de enfermagem expostos a material biológico. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2017. Disponível em: https://www.riscobiologico.org/lista/20180808_01.pdf. Acesso em: 2 set 2019.

PREVENTION & INFECTION CONTROL. Hand Hygiene NEJM english subtitles. 16 de abr. de 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=sa1iFq2YuUE>. Acesso em: 18 out 2019.

PROQUALIS. Segurança do Paciente Higienização das Mãos 27 de mar. de 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=S44nIXtdpVg>. Acesso em: 18 out 2019.

RAZERA, A.P.R. et al. Construção de um vídeo educativo sobre os cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia. Texto Contexto Enferm. 2019; 28:e20180301. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20180301.pdf. Acesso em: 2 set 2019.

RIBEIRO, F. D. O. et al. Estratégia lúdica para a melhoria de práticas de higienização das mãos entre os profissionais de saúde. Rev enferm UFPE online, Recife, 11(10):3971-9, out., 2017.

RODRIGUES JUNIOR, J. C. Construção de vídeo educativo para a promoção da saúde visual de escolares. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 113 f, 2014.

SAINT, S. et al. Improving healthcare worker hand hygiene adherence before patient contact: a before-and-after-five-unit multimodal intervention in Tuscany. Qual Saf Health Care. 2009; 18:429–433. DOI: 10.1136/qshc.2009.032771. Acesso em: 2 set 2019.

SALINA, L. et al. Effectiveness of an educational video as an instrument to refresh and reinforce the learning of a nursing technique: a randomized controlled trial. *Perspect. Med. Educ. Houten*, v. 1, n. 2, p. 67-75, 2012.

SALVADOR, P. T. C. O. et. al. Vídeos como tecnologia educacional na enfermagem: avaliação de estudantes. *Rev. enferm. UFPJ*, v. 25. Rio de Janeiro, 2017.

SANTOS, T. C. R. et al. Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014 mar;35(1):70-77.

SHOBOWALE, E. O. et al. An Observational and Trend Analysis Study of Hand Hygiene Practices of Healthcare Workers at A Private Nigerian Tertiary Hospital. *Ann Med Health Sci Res.* 2017; 7: 84-89.

SIEGEL J.D., et al. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. 2007. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html> Acesso em: 2 set 2019.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Rev Einstein.* 2010;8(1):102-6.

VAN DOREMALEN, N. et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med.* 2020 17. DOI: 10.1056/NEJMc2004973.

VASCONCELOS, R. O. et al. Adhesión a la higiene de las manos por el equipo de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Global.* Paraná. Brasil, nº 50 Abril 2018.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005; 52(5):546-53.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO: SAVE LIVES - Clean Your Hands - No action today; no cure tomorrow 2 de jul. de 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=kOKeFv5VvY4>. Acesso em: 18 out 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [homepage na internet]. WHO guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge. Clean care is safer care. [acessado 2014 jun 06] Genebra: WHO Press; 2009. Disponível em: <http://www.who.int/gpsc/5may/background/5moments/en/>. Acesso em: 12 mar 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Hand hygiene in outpatient and home-based care and long-term care facilities: a guide to the application of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy and the “My Five Moments For Hand Hygiene” approach. Geneva: WHO Press, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Report on the Burden of Endemic Health Care Associated Infection Worldwide. A systematic review of the literature [Internet]. Geneva: WHO; 2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf. Acesso em: 12 mar 2019.

10. APÊNDICE

Quadro 7. Cronograma de atividades

Etapas da Pesquisa	2019	2020	2021
Escolha do tema	x		
Delimitação do objeto de estudo	x		
Levantamento bibliográfico	x		
Delimitação da metodologia	x		
Coletas de dados	x		
Análise e interpretação dos dados	x	x	
Revisão do texto		x	
Construção do vídeo		x	x
Finalização do vídeo			x
Atualização bibliográfica e alterações sugeridas		x	
Formatação do texto			x
Elaboração do artigo			x
Exame de Qualificação			x
Submissão do artigo			x
Finalização da Dissertação			x
Defesa da Dissertação			x

Figura 6. Dispensa do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu

Prezado Pesquisador,

Caso a Dispensa de Análise Ética de projetos de pesquisa que constam no parágrafo único do art 1º da Resolução 510/2016 seja para fins acadêmicos da Pós Graduação da FMB, orientamos entrar em contato com a Seção de Pós Graduação FMB.

Caso o pesquisador necessite ou tenha interesse que o projeto de pesquisa, que consta no parágrafo único do art 1º da Resolução 510/2016, seja analisado e emitido Parecer Ético pelo CEP, o mesmo deverá ser submetido via Plataforma Brasil como projeto novo.

Qualquer dúvida em relação aos aspectos éticos de projetos de pesquisa, estamos à disposição!!

Att.

CEP FMB / UNESP



Figura 7. Código QR para acesso ao vídeo na íntegra

