

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Caroline Zottele

**HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: CONHECIMENTO E ADESÃO DE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UNIDADE DE PRONTO-SOCORRO**

Santa Maria, RS
2016

Caroline Zottele

**HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: CONHECIMENTO E ADESÃO DE PROFISSIONAIS
DA SAÚDE EM UNIDADE DE PRONTO-SOCORRO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do Grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tania Solange Bosi de Souza Magnago
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Angela Isabel dos Santos Dullius

Santa Maria, RS
2016

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Zottele, Caroline

Higienização das mãos: conhecimento e adesão de profissionais da saúde em unidade de pronto-socorro. / Caroline Zottele.-2016.

122 p.; 30cm

Orientadora: Tania Solange Bosi de Souza Magnago
Coorientadora: Angela Isabel dos Santos Dullius
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2016

1. Enfermagem 2. Segurança do paciente 3. Higiene das mãos 4. Adesão a diretrizes. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde 5. Infecção hospitalar. Serviços médicos de emergência I. Magnago, Tania Solange Bosi de Souza II. Dullius, Angela Isabel dos Santos III. Título.

© 2016

Todos os direitos autorais reservados a Caroline Zottele. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: carolzottele@hotmail.com

Caroline Zottele

**HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: CONHECIMENTO E ADESÃO DE PROFISSIONAIS
DA SAÚDE EM UNIDADE DE PRONTO-SOCORRO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do Grau de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 17 de março de 2016:

Tania Solange Bosi de Souza Magnago, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Angela Isabel dos Santos Dullius, Dra. (UFSM)

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz, Dra. (UNIJUÍ)

Rafaela Andolhe, Dra. (UFSM)

Graziele de Lima Dalmolin, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família!

Otávio, agradeço o incentivo, a compreensão e a paciência neste período de construção do conhecimento em enfermagem.

Pedro, tu és a minha fonte de inspiração diária.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao Arcanjo São Miguel. Obrigada por guiar e proteger o meu caminho de aprendizado na pesquisa em enfermagem. Agradeço a força, o foco e a fé!

*Ao **Otávio Giacomini** e Pedro Passarinho. Gratidão pelo apoio, compreensão e amor incondicional. Esta conquista também é de vocês!*

*Aos **avós maternos, avós paternos, dindinhos, amigos do peito** e à **escola Trezinho da Alegria**. Vocês foram essenciais! Muito obrigada pelos cuidados com o Pedro, enquanto eu estava pesquisando.*

*À **Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)**, por contribuir e fazer parte da minha trajetória profissional e pessoal. Ao **Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC)**, pelo fomento e incentivo à pesquisa.*

*À **coordenação, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENf)** da UFSM, por possibilitarem esta realização e por contribuírem com minha qualificação profissional.*

*À minha orientadora, **Prof.^a Dr.^a Tania Solange Bossi de Souza Magnago**. Grande mestre! Obrigada por guiar o meu caminho. Tu és pra mim exemplo de enfermeira, de classe, ética, elegância e inteligência. Foi um prazer pesquisar contigo!*

*À minha coorientadora, **Prof.^a Dr.^a Angela Isabel dos Santos Dullius**. Meu anjo na pesquisa! Obrigada pelas contribuições, pela divisão do saber, por me ensinar bioestatística. Foi um prazer pesquisar contigo!*

*Aos docentes que contribuíram para a minha formação através do PPGENF. Em especial à **Prof.^a Dr.^a Rafaela Andolhe, Prof.^a Dr.^a Nara Marilene Oliveira Girardon Perlini, Prof.^a Dr.^a Elisabeth Albertina Nietsche e Prof.^a Dr.^a Graziele de Lima Dalmolin**. Muito obrigada pelas contribuições, trocas de ideias e reflexões proporcionadas no decorrer do mestrado!*

*Ao **Grupo de Pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde**, pelo apoio em rede, discussões e crescimento nos encontros do grupo de pesquisa.*

Aos colegas de mestrado **Graziela Maria Rosa Cauduro, Cintia da Silva Marconato, Isolina Maria Alberto Fruet, Katiane Sefrin Speroni**, doutorando **Francisco Rodrigues**, e às colegas de profissão **Mari Angela Meneghetti Baratto, Thiana Sebben Pasa, Anamarta Sbeghen Cervo**, pela parceria, pelo ombro amigo e pela divisão e construção do conhecimento de enfermagem.

Às bolsistas de iniciação científica e digitadoras dos dados da pesquisa, **Juliana Dal Ongaro, Tais Carpes Lanes, Melissa Silva da Silva, e Liane Rocha Rodrigues**. Obrigado pela dedicação!

À **Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Polo Rio Grande do Sul – Núcleo Santa Maria (REBRAENSP)** pelas oportunidades, discussões, reconhecimento e parceria.

À **Associação Franciscana de Assistência à Saúde (SEFAS)**, que, através dos **Hospitais Casa de Saúde, São Francisco de Assis e da Unidade de Pronto Atendimento (UPA)**, oportunizou o despertar dos conhecimentos sobre as IRAS e a segurança do paciente.

À **Unidade de Tocoginecologia** do 2º andar do HUSM, que flexibilizou as minhas escalas de trabalho, para que a coleta de dados da pesquisa se tornasse exequível.

Aos **profissionais de saúde do Pronto-Socorro do HUSM**, que participaram deste estudo. Obrigada por permitirem que os acompanhasse durante a prestação do cuidado.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste projeto, embora não tenham sido citados. Obrigada!

“Todos nós um dia seremos pacientes”.

André Staffa Filho

RESUMO

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: CONHECIMENTO E ADESÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UNIDADE DE PRONTO-SOCORRO

AUTORA: Caroline Zottele
ORIENTADORA: Tania Solange Bosi de Souza da Silva Magnago
COORDINADORA: Angela Isabel dos Santos Dullius

A higienização das mãos (HM) é uma precaução primordial eficaz na redução dos eventos adversos, além de um grande desafio nos diferentes campos de prática assistencial e da pesquisa científica. Este estudo objetivou avaliar o conhecimento e a adesão dos profissionais de saúde a respeito da higienização das mãos em unidade de pronto-socorro. Trata-se de um estudo com delineamento longitudinal prospectivo, com abordagem quantitativa. Foi desenvolvido no Pronto-Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), com 69 profissionais de saúde (residentes, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas) que mantiveram contato direto com paciente clinicamente estável. A coleta de dados foi realizada entre março e julho de 2015, utilizando instrumentos validados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em duas etapas. Na primeira, aplicou-se a técnica de observação direta não participante, com preenchimento do *“Formulário de observação”*. Durante o acompanhamento foram observados os “cinco momentos” preconizados para HM, levando-se em conta os conceitos de Oportunidade, Indicação e Ação. Cada profissional foi observado em três momentos diferentes, com intervalo médio de 15 dias (DP= 9) entre as sessões. O intervalo de tempo entre a primeira sessão de acompanhamento e a última teve em média 28 dias de diferença (DP= 9). Na segunda etapa, foi aplicado o questionário *“Teste de conhecimento a respeito da higienização das mãos para profissionais de saúde”*, com questões classificadas em *“certo”* e *“errado”*. A organização dos dados foi realizada no programa *Epi-info®*, versão 6.4, com dupla digitação independente. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise dos dados foi realizada no programa *PASW Statistics®* (*Predictive Analytics Software*, da SPSS Inc., Chicago, USA) 18.0, por meio da estatística descritiva e analítica. Dos 69 participantes, 59 foram acompanhados durante três sessões de observação. Destes, 53 responderam ao questionário de conhecimento. Em 111 dias de acompanhamento, foram realizadas 166 sessões, com duração média de 11 min. (DP= 50s) cada. Nelas, observaram-se 166 oportunidades para HM; porém em 90 delas a HM foi realizada. A taxa de adesão global foi de 54,2%; no primeiro acompanhamento foi de 50,8% e no último, 59,6%. Os enfermeiros e os fisioterapeutas foram os que obtiveram maiores percentuais de adesão (66,6%; $p < 0,05$). Ao ser comparada a adesão entre as categorias profissionais, verificou-se que os enfermeiros tiveram maior aderência à HM do que os técnicos de enfermagem (RC: 2,83; IC: 95% [1,08 – 7,4]). Com as demais categorias não houve diferença estatística. No que se refere ao teste de conhecimento, os maiores percentuais de acertos, acima de 90%, foram referentes a via de transmissão, técnica, produtos e transmissão ao profissional de saúde. Conclusão: A baixa adesão e conhecimento restrito sobre os benefícios da utilização do álcool para a HM remetem à necessidade de investimento adicional em capacitações para os profissionais de saúde sobre as práticas seguras relacionadas à HM, com vistas a elevar a cultura de segurança do paciente no pronto-socorro.

Palavras-chave: Enfermagem. Segurança do paciente. Higiene das mãos. Adesão a diretrizes. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Infecção hospitalar. Serviços médicos de emergência.

ABSTRACT

HAND HYGIENE: KNOWLEDGE AND ADHESION OF HEALTH PROFESSIONALS IN EMERGENCY ROOM UNIT

AUTHOR: Caroline Zottele

ADVISOR: Tania Solange Bosi de Souza da Silva Magnago

CO-ADVISOR: Angela Isabel dos Santos Dullius

Hand hygiene (HH) is not only an effective prime precaution in reducing adverse events but also a major challenge in different fields of care practice and scientific research. The present study aimed at assessing the knowledge and adoption of health professional regarding hand hygiene in emergency room unit. This research comprehends a prospective longitudinal study with quantitative approach. The study was developed at the emergency room of the University Hospital of Santa Maria (HUSM), with 69 health professionals (residentes, nurses, nursing technicians and physiotherapists) who maintained direct contact with a clinically stable patient. The data collection was made between March and July of 2015, using instruments validated by the World Health Organization (WHO), in two stages. On the first stage, the non-participant direct observation technique was applied, with an "Observation form" being filled in by the researcher. During the observation the "five moments" recommended for HH were accompanied, taking into account the concepts of Opportunity, Indication and Action. Each professional was observed in three different moments, with an average interval of 15 days (SD=9) between sessions. The time interval between the first and the last observations consisted of an average 28 days difference (SD=9). On the second stage, the subjects answered the "Test of knowledge regarding hand hygiene for health professionals" questionnaire, composed of "right" and "wrong" questions. The data organization was made using the *Epi-info*® software, version 6.4, with double independent typing. After verifying the errors and inconsistencies, the data analysis was made using the *PASW Statistics*® (Predictive Analytics Software, by SPSS Inc., Chicago, USA) 18.0 software, by means of descriptive analytical statistics. 59 out of the 69 health professional were accompanied during three observation sessions. 53 out of the 59 answered the questionnaire. In 111 days of observation, 166 sessions were made, with an average 11 minutes duration each (SD=50s). On such sessions 166 opportunities for HH were observed, however HH took place in 90. The global rate of adoption was 54,2%; 50,8% during the first observation and 59,6% during the last. Nurses and physiotherapists were the professional with the highest rates of adoption (66,6%; $p < 0,05$). When comparing the rate of adoption between professional categories, nurses were found to have a larger adoption of HH than nursing technicians (OR: 2,83; IC: 95% [1,08 – 7,4]). The other categories presented no statistic difference. Regarding the knowledge questionnaire, the largest percentage of correct answers, over 90%, referred to route of transmission, technique, products and transmission to the health professional. Conclusion: The low adoption and restricted knowledge regarding the benefits of using alcohol for HH lead to the necessity of additional investment in capacitations for the health professional about safe practices relating to HH, aiming to increase the safety culture for the patient in emergency room.

Keywords: Nursing. Patient safety. Hand hygiene. Adoption of directives. Knowledge, attitudes and practice in health. Hospital Infection. Emergency medical services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Conceito ilustrativo de Indicação, Oportunidade e Ação	38
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conceitos-chave utilizados em segurança do paciente.....	34
Quadro 2 – Correspondência entre indicações e recomendações para higiene das mãos.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos participantes conforme categoria profissional. Santa Maria/RS, 2015	55
Tabela 2 – Distribuição dos profissionais de saúde, segundo variáveis demográficas e laborais. Santa Maria/RS, 2015	56
Tabela 3 – Medidas descritivas de acordo com a idade, tempo na instituição, na unidade e de conclusão do curso de graduação. Santa Maria/RS, 2015	57
Tabela 4 – Frequência e porcentagem das respostas corretas relacionadas ao Teste de Conhecimento. Santa Maria/RS, 2015	58
Tabela 5 – Frequências absoluta e relativa das respostas corretas relacionadas ao Teste de Conhecimento, segundo a categoria profissional. Santa Maria/RS, 2015	62
Tabela 6 – Descrição do total das indicações de Higienização das Mãos. Santa Maria/RS, 2015	68
Tabela 7 – Descrição das indicações observadas, segundo a categoria profissional. Santa Maria/RS, 2015	71
Tabela 8 – Razão entre o número de oportunidade observadas e o número de ações realizadas de Higienização das Mãos. Santa Maria/RS, 2015	72
Tabela 9 – Razão entre o número de oportunidade observadas e o número de ações realizadas por categoria profissional. Santa Maria/RS, 2015	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	– Associação Brasileira de Enfermagem
ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPES	– Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCIH	– Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CCIHs	– Comissões de Controle de Infecção Hospitalar
CCS	– Centro de Ciências da Saúde
CDC	– Centers for Disease Control and Prevention
CEP	– Comitê de Ética e Pesquisa
CEPEn	– Centro de Estudos de Pesquisa em Enfermagem
COREME	– Comissão de Residência Médica
CRS	– Coordenadoria Regional de Saúde
DivGP	– Divisão de Gerenciamento de Pessoas
EBSERH	– Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EUA	– Estados Unidos da América
GAP	– Gabinete de Projetos
GEP	– Gerência de Ensino e Pesquisa
HIV	– Human Immunodeficiency Virus
HM	– Higienização das Mãos
HUSM	– Hospital Universitário de Santa Maria
IRAS	– Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
LILACS	– Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	– Ministério da Educação
MERCOSUL	– Mercado Comum do Cone Sul
MS	– Ministério da Saúde
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PASW Statistics®	– Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago, USA
PNSP	– Programa Nacional de Segurança do Paciente
PS	– Pronto-Socorro
PSA	– Pronto-Socorro Adulto
PSPed	– Pronto-Socorro Pediátrico

RDC	– Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP SM	– Rede Brasileira de Enfermagem de Segurança do Paciente Santa Maria
REBRAENSP	– Rede Brasileira de Enfermagem de Segurança do Paciente
RIENSP	– Rede Internacional de Segurança do Paciente
RS	– Rio Grande do Sul
SCIH	– Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	– Universidade Federal de Santa Maria
UTI	– Unidade de Tratamento Intensivo
UTIs	– Unidades de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	25
1.1	JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	27
1.2	OBJETIVOS	29
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	31
2.1	INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS) NO CONTEXTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE	31
2.2	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: CONSIDERAÇÕES PARA BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	34
2.2.1	Ações	35
2.2.2	Indicações e Recomendações	37
2.2.3	Oportunidades	38
2.3	ADESÃO E CONHECIMENTO DA PRÁTICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: UMA ABORDAGEM MULTIMODAL	39
2.3.1	Adesão e conhecimento para a higienização das mãos	40
2.3.2	Estratégia multimodal para melhoria da higienização das mãos	41
3	MÉTODO	47
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	47
3.2	CAMPO DE ESTUDO	47
3.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	48
3.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	49
3.5	COLETA DOS DADOS	49
3.5.1	Capacitação do coletador, ambientação e sensibilização dos profissionais	50
3.5.2	A primeira etapa – observação da adesão à HM	51
3.5.3	A segunda etapa – avaliação do conhecimento sobre HM	52
3.6	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	52
3.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	53
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	55
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO	55
4.2	CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE HM	57
4.3	CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA DE HM	66
4.3.1	O primeiro acompanhamento	66
4.3.2	O segundo acompanhamento	67
4.3.3	O terceiro acompanhamento	68
4.3.4	Caracterização da prática de HM por categoria profissional	69
4.4	ADESÃO A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	72
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
5.1	CONHECIMENTO SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	75
5.2	CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA DE HM	78
5.3	ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS	80
5.4	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	82
6	CONCLUSÕES	85
6.1	QUANTO À CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E LABORAIS DOS PARTICIPANTES QUE RESPONDERAM O TESTE DE CONHECIMENTO (N= 53):	85

6.2	QUANTO À ADESÃO À HM (N= 59):.....	85
6.3	QUANTO AO CONHECIMENTO SOBRE A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS (N= 53):.....	86
7	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES A PARTIR DOS RESULTADOS EVIDENCIADOS.....	87
	REFERÊNCIAIS.....	89
	APÊNDICES.....	99
	APÊNDICE A – TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA PÓS- GRADUAÇÃO APRESENTADAS NA V SEMANA CIENTIFICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA.....	101
	APÊNDICE B – CONVITE E SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	103
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	104
	APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E SEGURANÇA DOS DADOS.....	106
	APÊNDICE E – FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO.....	107
	APÊNDICE F – TESTE DE CONHECIMENTO A RESPEITO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	108
	ANEXOS.....	111
	ANEXO A – COMO HIGIENIZAR AS MÃOS COM ÁGUA E SABONETE?.....	113
	ANEXO B – COMO FAZER A FRICÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS COM PREPARAÇÕES ALCOÓLICAS?.....	114
	ANEXO C – MEUS CINCO MOMENTOS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	115
	ANEXO D – COMPROVANTE DE REGISTRO JUNTO AO GABINETE DE PROJETOS.....	116
	ANEXO E – COMPROVANTE DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS (GEP).....	117
	ANEXO F – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP).....	118
	ANEXO G – PLANTA BAIXA DE PARTE DA ESTRUTURA FÍSICA DO PSA.....	122

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado aborda a temática da segurança do paciente e higienização das mãos, tendo como objeto de estudo o conhecimento e a adesão dos profissionais de saúde na prática de higienizar as mãos. Está vinculada ao Grupo de Pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde.

Atualmente, as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), são um problema mundial, pois aumentam os encargos financeiros das instituições de saúde e influenciam na segurança do paciente devido ao maior tempo de internação, risco de resistência aos antimicrobianos e, muitas vezes, levam até ao óbito do paciente (WHO, 2005).

De acordo com Oliveira e Paula (2013) as IRAS têm merecido destaque por estarem presentes nas organizações de saúde em âmbito global, correspondendo a um dos mais prevalentes eventos adversos que acometem os pacientes durante o cuidado assistencial. Eventos adversos foram definidos pela Classificação Internacional de Segurança do Paciente como o incidente que resulta em dano ao paciente (RUCIMANN et al., 2009, p. 21). Desde então, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece-os como uma falha na segurança do paciente, podendo ocorrer entre 5% e 17%, dentre os quais 60% podem ser preveníveis (WHO, 2009a).

Um estudo de prevalência das IRAS, coordenado pela OMS, em 55 hospitais de 14 países no Sudeste da Ásia, Europa, Mediterrâneo Oriental e Pacífico Ocidental, revelou que em média 8,7% dos pacientes sofrem infecções no decorrer da internação (WHO, 2005). Nos países desenvolvidos, as taxas de IRAS variam entre 5 e 15% em pacientes hospitalizados e podem afetar de 9 a 37% dos internados em Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) (VINCENT, 2003; WHO, 2005).

Couto, Pedrosa e Nogueira (2003) citam que aos pacientes internados em UTIs acrescenta-se o risco de adquirir infecções em cinco vezes, comparados a outros pacientes, devido à sua vulnerabilidade e à exposição aos fatores de risco, que incluem procedimento invasivos, cirurgias complexas, medicamentos imunossupressores, antimicrobianos, além das interações com o ambiente e os profissionais de saúde que realizam o cuidado.

Embora o cuidado ao paciente realizado por profissionais de saúde tenha na higienização das mãos (HM) uma das mais simples e eficientes formas de prevenir as IRAS, o seu aperfeiçoamento e adesão tem sido uma tarefa complexa e difícil (BOYCE; PITTET, 2002). Em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente destacou as IRAS dentre as seis áreas de atuação da assistência consideradas problemáticas para a segurança do paciente (WHO, 2005). Sendo assim, o Primeiro Desafio Global teve como foco central as IRAS. No Brasil, o Desafio fora intitulado “Uma Assistência Limpa é uma Assistência Segura”, sendo implementado no biênio 2005-2006, com o intuito de promover a HM como método sensível e efetivo na prevenção das infecções (BRASIL, 2013a).

Mesmo que passados 10 anos, a proposta voltada para a segurança do paciente, que aponta a HM como uma medida simples e efetiva, ainda apresenta impacto nas práticas clínicas e assistenciais atuais em diferentes serviços (SANTOS et al., 2014). Embora as evidências científicas apontem para a relação do aumento da HM e a redução das taxas de IRAS (PITTET *et al.*, 2000; STEVEN *et al.*, 2013), as taxas de conformidade e adesão permanecem baixas (LEVENTHAL; LAVASANI; REITER et al., 2009). Existem esforços para o aumento desta prática, mas estudos comprovam que a taxa geral de adesão para medidas recomendadas de higienização das mãos é de 40%, podendo variar entre 5% a 81% (BOYCE; PITTET, 2002).

Reportando à adesão à prática de HM, uma revisão sistemática avaliou 34 estudos entre 2001 e 2009 com o objetivo de identificar os diferentes métodos utilizados para avaliar a adesão à HM, destacando-se o cálculo indireto pelo uso de suprimentos, questionários e observação direta. Dentre os métodos citados, estudos quantitativos, que utilizaram a observação direta, encontraram taxas de adesão entre 7,6% e 91,3%, sendo a menor taxa global reportada em estudo australiano e a maior, em estudo norte-americano (OLIVEIRA; PAULA, 2011).

Ao encontro do exposto acima, estudos internacionais observaram a adesão a esta prática nos profissionais da saúde (enfermeiros, médicos e fisioterapeutas) em UTIs (QUSHMAQ et al., 2008; RIVEROS; ZAMBRANO; AMADO, 2012) e com estudantes de medicina em unidades abertas (BLOCK et al., 2013), e relataram taxas de conformidade baixas, 20%, 18,9% e 40% respectivamente. Esses estudos apontaram como lacunas que podem influenciar a não adesão a esta prática a falta de apoio institucional, inclusive da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

(CCIH), a falta de educação permanente, além da falta de conhecimento teórico dos benefícios de higienizar as mãos.

No Brasil, uma revisão de literatura buscou caracterizar os relatos científicos sobre a temática exposta e contextualizou as divergências entre a prática e o ideal preconizado. A revisão apontou que as práticas geralmente são inadequadas em virtude do comportamento humano, ressaltando que, embora haja entendimento do impacto desta prática na redução de infecções, há a necessidade de entender os determinantes da baixa adesão à HM em diferentes cenários de assistência ao paciente (CRUZ et al., 2009).

Alguns estudos evidenciaram a baixa adesão à HM, tendo como fator determinante a estrutura inadequada, tanto no que tange à estrutura física, quanto aos recursos materiais disponíveis nos serviços de saúde (BATHKE et al., 2013; SILVA et al., 2013; SANTOS et al., 2014).

1.1 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Embora a comunidade científica esteja testemunhando avanços na compreensão da fisiopatologia das doenças infecciosas e na propagação da multirresistência microbiana, a HM continua sendo uma precaução primordial e eficaz na redução das IRAS, além de um grande desafio nos diferentes campos de prática assistencial e da pesquisa científica.

Para embasar este estudo, foram realizadas buscas sistematizadas e aleatórias nas bases de dados nacionais e internacionais. A primeira busca aconteceu em junho de 2014 nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed e Scopus (*Elsevier*); com o objetivo de conhecer a produção científica sobre higiene das mãos com enfoque na segurança do paciente. Para esta busca utilizaram-se os descritores “higiene das mãos”, “segurança do paciente” e “prevenção”. Na LILACS foi encontrado um artigo; na PubMed, 60; e na Scopus, 58; totalizando 119 produções. Após aplicados os critérios de exclusão, foram analisados 22 artigos. Os resultados foram incluídos no *corpus* do estudo.

A segunda busca foi realizada no mesmo período, no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), entre 2010 e 2012, e nos catálogos da Associação Brasileira de

Enfermagem (ABEn) / Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEEn); com o objetivo de identificar resumos de teses e dissertações sobre segurança do paciente e higiene das mãos, entre 2004 e 2013. No Banco da CAPES, utilizou-se a estratégia de busca com as palavras-chave combinadas “segurança do paciente” e “higiene das mãos”. Nos Catálogos da ABEn, foram utilizadas as palavras “segurança do paciente” e “higienização das mãos”. No Banco de Teses e Dissertações da CAPES foram encontradas 16 produções e nos Catálogos da ABEn, três, totalizando 19 produções. Após aplicados critérios de exclusão, foram analisados 12 resumos. Os resultados foram apresentados na V Semana Científica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) (APÊNDICE A).

Em janeiro de 2015, as buscas nas bases de dados LILACS, PubMed e Scopus foram atualizadas. Utilizando os mesmos descritores e estratégias de busca, foram encontrados dois artigos na LILACS, 145 na PubMed e 96 na Scopus, totalizando 247 produções. Após aplicar os mesmos critérios de exclusão, foram incluídos quatro artigos no *corpus* do estudo.

Também nesse período, se atualizou a busca no Banco de Teses e Dissertações da CAPES. Utilizando os mesmos descritores e estratégias de busca, foram encontradas 29. Após aplicados critérios de exclusão, foi analisado mais um resumo.

Como resultados, as buscas evidenciaram que os cenários foram, principalmente, as UTIs e as taxas de adesão variaram de 8% a 84,5% (ALLEGIANZI, 2010; SODRÉ DA COSTA, 2013). Quanto ao local de estudo, faz-se necessário investigar a higienização das mãos em outros cenários de assistência à saúde tão complexos e dinâmicos quanto as UTIs, por exemplo, as unidades de pronto-socorro.

Essas unidades também podem ser consideradas áreas críticas para a ocorrência de eventos adversos, pois associam fatores como a alta rotatividade de pacientes, superlotação, estresse e, muitas vezes, déficit de funcionários (GENTILE et al., 2010). Primo et al. (2010), ao investigar a HM em diferentes cenários de assistência, constatou a menor adesão (9,4%) à prática de HM, na unidade de emergência. O Pronto-Socorro (PS) é a porta de entrada do hospital, sendo que este acolhe pacientes diversificados que podem apresentar patologias ainda não identificadas e, por vezes, provenientes de outras instituições, com quadro infeccioso por agentes desconhecidos.

Sendo assim, a higienização de mãos permite aos profissionais das unidades de emergência reforçar barreiras contra as IRAS, tornando-os proativos, com garantia de práticas seguras, maior qualidade na assistência e, conseqüentemente, maior segurança do paciente. Entre os desafios destes cenários de assistência à saúde que buscam a segurança do paciente está a compreensão e adesão a esta prática, por parte dos profissionais de saúde.

Nesse contexto, a dificuldade de adesão a HM por parte dos profissionais de saúde, fora observada nas vivências da pesquisadora, como enfermeira do controle de infecção hospitalar e contextualizada nos encontros da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Núcleo Santa Maria (REBRAENSP – Núcleo SM).

Portanto, investigar e discutir esta proposta na trajetória profissional e acadêmica tornou-se um desafio, pois, além de ser um movimento global novo e instigante, com poucos referenciais com ações efetivas para promoção da HM, está inserido na agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.

Espera-se que este estudo contribua para a construção de uma cultura de segurança do paciente, destaque o papel crítico da higienização das mãos no controle e prevenção de IRAS e traga conhecimento para abordar diferentes ações de melhoria da adesão à higienização das mãos em serviços de saúde. Além de contribuir para novas pesquisas a serem realizadas no Grupo/Linha de Pesquisa “Trabalho, Saúde e Educação em Enfermagem”.

A partir do exposto, tem-se como **questão de pesquisa**: Os profissionais de saúde que atuam em unidade de pronto-socorro adulto conhecem e aderem às práticas de higienização das mãos? A **hipótese de estudo** é de que os trabalhadores possuem conhecimento sobre as boas práticas de higienização das mãos e são aderentes.

1.2 OBJETIVOS

- Verificar o conhecimento e a adesão dos profissionais de saúde a respeito da higienização das mãos em unidade de pronto-socorro adulto.
- Descrever o perfil sociodemográfico e laboral dos participantes.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nos capítulos desta fundamentação teórica, foram abordados assuntos referentes à segurança do paciente, às IRAS e à HM.

2.1 INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS) NO CONTEXTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

As IRAS estão atraindo cada vez mais a atenção de pacientes, seguradoras, governos e órgãos reguladores. Este fato tem ocorrido não apenas pela magnitude do problema (morbidade, mortalidade e custos do tratamento), mas também pelo crescente reconhecimento de que a maioria destes danos é evitável (MATHUR, 2011).

O primeiro programa eficaz de HM, que implementou a obrigatoriedade da lavagem de mãos antes do contato do paciente, para a redução das IRAS, foi realizado pelo obstetra húngaro Ignaz Semmelweis (1818-1865), inicialmente no *Allgemeines Krankenhaus*, em Viena. Semmelweis é conhecido por seus esforços para reduzir a mortalidade materna devido à febre puerperal (STEWARTSON et al., 2011).

Quase de forma paralela, em 1865 na enfermagem, Florence Nightingale revoluciona a enfermagem e a assistência à saúde, quando implementa limpeza no ambiente hospitalar, boas práticas na manipulação da alimentação hospitalar, registros estatísticos das principais causas de óbitos, concluindo que o ambiente hospitalar não deveria causar danos aos pacientes (OLIVEIRA; PAULA, 2013). Foi por intermédio desses precursores e de outros grandes personagens na história que se conheceu a epidemiologia e a etiologia das IRAS e a sua importância no contexto hospitalar.

Cem anos depois, a partir da década de 60, a descoberta dos antimicrobianos e imediatamente a resistência bacteriana, principalmente ao *Staphylococcus aureus*, nos Estados Unidos da América (EUA) e, logo após, em outros países europeus, surge a necessidade de criar comissões que estabelecessem diretrizes, métodos de vigilância, implementação de atividades educativas que minimizassem os riscos de processos judiciais. Estas foram denominadas de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) (FERNANDES, 2000; OLIVEIRA; PAULA, 2013).

A necessidade de inserir a CCIH nos hospitais foi enfatizada pela *American Hospital Association*, após o primeiro processo judicial associado à qualidade do cuidado ter ocorrido, quando um jovem de 18 anos fraturou a perna durante uma partida de futebol, sendo atendido no *Charleston Memorial Hospital*. Após a imobilização da sua perna fraturada com gesso, referiu dores na mesma, que não foram levadas em consideração, tendo alta hospitalar. Como as dores referidas continuaram, o jovem e sua família resolveram procurar outro hospital, onde foi diagnosticada infecção secundária, tendo, posteriormente, a sua perna amputada (FERNANDES, 2000).

No Brasil, as primeiras mobilizações em relação às Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIHs) iniciaram na década de 70, no RS. Foram efetivas de forma discreta no âmbito da infecção cirúrgica, em 1984, após a morte do Presidente eleito Tancredo de Almeida Neves. Atualmente, a Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 2.616/98, é que regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país (BRASIL, 1998).

Assim, por meio das CCIHs, os primeiros delineamentos voltados para a segurança do paciente foram concretizados em ações fundamentais que envolvem a implementação de práticas básicas de prevenção e controle de infecções em ambiente hospitalar, a minimização de erros e, conseqüentemente, dos processos judiciais.

Diretamente, a preocupação com a segurança do paciente iniciou após a publicação do relatório pelo Instituto de Medicina, dos EUA, intitulado "*To err is human: building a safer health care system*", onde evidenciaram-se falhas no cuidado à saúde, despertando a atenção dos serviços de saúde, usuários e mídia (KOHN et al., 2000). Após este relatório, a OMS adotou, na Assembleia Mundial de Saúde de 2002, a resolução WHA 55.18, que solicitou maior atenção mundial às questões relacionadas à segurança do paciente (BRASIL, 2013a).

Dois anos depois, a 57ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou a criação de uma aliança internacional para tornar a segurança do paciente uma iniciativa mundial. A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente foi criada com os propósitos de conscientizar e conquistar compromissos políticos lançando programas e gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos no que diz respeito à segurança do paciente (WHO, 2005).

Os chamados Desafios Globais foram lançados para atingir estas metas e recomendam ações, a fim de garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo (BRASIL, 2013a).

Destaca-se o Primeiro Desafio Global, no Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL), em 2007, na XXII Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL, ocorrida no Uruguai, em que os representantes das delegações da Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai, Bolívia, Chile e Equador assinaram a Declaração de Compromisso na Luta Contra as IRAS (MERCOSUR, 2007).

A enfermagem acompanhou este movimento global, trabalhando em rede, criando a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP), em novembro de 2005 no Chile, durante reuniões do Programa de Enfermagem da Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (CASSIANI, 2008).

Três anos depois, motivada pela Rede Internacional de Segurança do Paciente (RIENSP), em São Paulo, foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), constituída por membros de todo o Brasil, reunidos através de polos estaduais e núcleos regionais. A REBRAENSP tem como principais objetivos disseminar e sedimentar a segurança nas organizações de saúde, escolas, universidades, programas e organizações não governamentais, com o intuito de prevenir danos e fortalecer as ações na assistência ao paciente (CASSIANI, 2008).

Ao encontro desse movimento, a Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, do MS, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo geral de contribuir na qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos do território nacional, sejam eles públicos, privados ou filantrópicos (BRASIL, 2013c).

Acompanhando a Portaria, destacam-se oito conceitos-chave instituídos pela Classificação Internacional de Segurança do Paciente, propostos pela OMS (Quadro 1), que, conforme orientação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), devem ser utilizados no cotidiano em todos os níveis de atenção à saúde (RUNCIMAN et al., 2009; BRASIL, 2014).

Quadro 1 – Conceitos-chave utilizados em segurança do paciente

Palavra-chave	Conceito
Segurança do Paciente	Reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doença, 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 dano.
Evento adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: Brasil (2014, p. 7).

No que diz respeito à cultura de segurança do paciente, o PNSP lançou protocolos essenciais com a finalidade de expandir para toda a sociedade questões pertinentes sobre segurança do paciente, bem como produzir conhecimentos sobre esta temática com o objetivo de sistematizar a assistência à saúde com qualidade e difundir conhecimentos sobre o tema segurança do paciente, incluindo-o na formação dos profissionais da saúde em curso de nível médio e superior (BRASIL, 2013c).

Dentre os protocolos aprovados pelas Portarias nº 1377 de 09 de julho de 2013 e nº 2.095 de 24 de setembro de 2013, destaca-se neste estudo o Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde (BRASIL, 2013d; BRASIL, 2013e).

2.2 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: CONSIDERAÇÕES PARA BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A pele consiste no revestimento do organismo indispensável à vida, pois isola componentes orgânicos do meio exterior, impede a ação de agentes externos de qualquer natureza, evita perda da água, eletrólitos e outras substâncias do meio

interno, oferece proteção imunológica, faz termorregulação, propicia a percepção e tem função secretória (BOYCE; PITTET, 2002; BRASIL, 2009).

Price (1938 apud BRASIL, 2009, p. 21) classificou a microbiota da pele como transitória, sendo aquela que coloniza a camada superficial da pele, sobrevive por um curto período de tempo e é passível de remoção pela higiene simples das mãos com água e sabonete por meio de fricção mecânica; residente sendo aquela que está aderida às camadas mais profundas da pele, sendo mais resistente à remoção apenas com água e sabonete.

São exemplos de microbiota transitória: bactérias, fungos, vírus, que são frequentemente adquiridos por profissionais de saúde durante contato direto com o paciente (colonizado ou infectado), ambiente, superfícies próximas ao paciente, produtos e equipamentos contaminados. São exemplos de microbiota residente: as bactérias estafilococos coagulase-negativos e bacilos difteroides (BRASIL, 2009).

Rotter (1999) descreveu um terceiro tipo de microbiota, a infecciosa, que pode incluir patógenos que causam infecções específicas, como abscessos, paroníquia (causada pela *Candida albicans*) ou eczema infectado das mãos.

Nesse contexto, a pele dos profissionais de saúde pode se transformar um reservatório de microrganismos que podem ser transmitidos através do contato direto ou indireto ao paciente, tendo papel importante nas IRAS principalmente em UTIs, centros cirúrgicos e unidades com pacientes imunodeprimidos (ROTTER, 2004).

A denominação “Lavagem de Mãos”, para “Higienização das Mãos”, foi alterada e publicada no *Guideline* de Higienização das Mãos pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (BOYCE; PITTET, 2002), pois a denominação amplia/abrange os procedimentos. Nesse sentido, a higienização das mãos compreende a higienização simples das mãos, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica (BRASIL, 2013b).

2.2.1 Ações

A higienização simples das mãos (ANEXO A) deve ser realizada com água e sabonete e ter duração mínima de 40 a 60 segundos, com a finalidade a remoção de micro-organismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o

suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de micro-organismos (BRASIL, 2013b).

A técnica é realizada de acordo com os seguintes passos: 0) molhe as mãos com água; 1) aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos; 2) ensaboe as palmas das mãos friccionando-as entre si; 3) esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa; 4) entrelace os dedos e fricção os espaços interdigitais; 5) esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai-e-vem e vice-versa; 6) esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular e vice-versa; 7) fricção as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa; 8) enxague bem as mãos com água; 9) seque as mãos com papel toalha descartável. No caso de torneiras de fechamento manual, para fechar sempre utilize o papel toalha (BRASIL, 2013b, p. 5).

A higienização antisséptica tem a mesma finalidade, é realizada da mesma forma que a higienização simples das mãos, porém o sabonete comum é substituído por um sabonete antisséptico degermante (BRASIL, 2010).

Quanto à fricção antisséptica das mãos (ANEXO B) com preparação alcoólica (*handrub*), esta tem por finalidade reduzir a carga microbiana das mãos, podendo substituir a higienização das mãos com água e sabonete líquido quando as mãos não estiverem visivelmente sujas (OPAS; ANVISA, 2008a).

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 42, de outubro de 2010, a HM deve ser realizada com preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% a 80%) (BRASIL, 2010).

A técnica deve ter duração de no mínimo 20 a 30 segundos, é realizada da seguinte forma: 1) aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos; 2) fricção as palmas das mãos entre si; 3) fricção a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa; 4) fricção a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados; 5) fricção o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento vai-e-vem e vice-versa; 6) fricção o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa; 7) fricção as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa; 8) quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras. Ressaltando que a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não realiza remoção de sujidades visíveis (BOYCE; PITTET, 2002, p. 4; BRASIL, 2013b, p. 7).

2.2.2 Indicações e Recomendações

As mãos devem ser higienizadas de acordo com um fluxo de cuidado. O elemento-chave para este fluxo, considerado um conceito inovador e uma ferramenta importante para boas práticas de HM (PITTET; ALLEGRANZI; BOYCE, 2009), é a figura “Meus cinco momentos para higiene das mãos”, que integra as indicações para higienização das mãos, em cinco momentos essenciais durante o cuidado do paciente (SAX et al., 2007).

A ação certa no momento certo é importante para a segurança do paciente. A figura "Meus cinco momentos para higiene das mãos" (ANEXO C) indica os seguintes momentos do fluxo de atendimento ao paciente (BRASIL, 2013b, p. 2):

Quadro 2 – Correspondência entre indicações e recomendações para HM

(continua)

Os Cinco Momentos	Recomendações <i>Diretrizes da Organização Mundial de Saúde – OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde (WHO, 2009b).</i>
1. Antes de tocar o paciente	D.a) antes e após contato com o paciente (IB ¹)
2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico	D. b) antes de manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas (IB ¹) D.d) ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente (IB ¹)
3. Após o risco de exposição a fluidos corporais	D.c) após contato com fluidos corporais ou excretas, membranas mucosas, pele não íntegra ou curativo (IA ¹) D.d) ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente (IB ¹) D.f) após remover luvas esterilizadas (II ¹) ou não esterilizadas (IB ¹)

¹ Sistema de Classificação das Recomendações das Diretrizes. Categorias: IA (fortemente recomendada para implementação e fortemente apoiada por estudos experimentais, clínicos ou epidemiológicos bem elaborados) IB (fortemente recomendada para implementação e apoiada por alguns estudos experimentais, clínicos ou epidemiológicos e uma forte fundamentação teórica) IC (necessária para a implementação, conforme estabelecido por regulamento ou norma federal e/ou estadual) II (sugerida para implementação e apoiada por estudo clínicos ou epidemiológicos sugestivos ou uma fundamentação teórica ou o consenso de um painel de especialistas) (BRASIL, 2013b).

4. Após tocar o paciente	D.a) antes e após contato com o paciente (IB ¹) D.f) após remover luvas esterilizadas (II ¹) ou não esterilizadas (IB ¹)
5. Após tocar as superfícies próximas ao paciente	D.e) após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para a saúde) nas mediações do paciente (IB ¹) D.f) após remover luvas esterilizadas (II ¹) ou não esterilizadas (IB ¹)

Fonte: Brasil (2013b, p. 15).

2.2.3 Oportunidades

O ato de higienizar as mãos, do ponto de vista do profissional de saúde, deve vir concomitante a uma indicação de HM, utilizando qualquer ação descrita no Quadro 2.

Do ponto de vista do observador, várias indicações podem vir juntas para criar uma oportunidade de higienizar as mãos. Ou seja, cada oportunidade, independentemente do número de indicações, deve estar associada a uma ação de higienização das mãos (OPAS; ANVISA, 2008a). Diante da Figura 1, é fundamental reiterar os conceitos de indicação, ação e oportunidade:

Figura 1 – Conceito ilustrativo de Indicação, Oportunidade e Ação



Fonte: OPAS; ANVISA (2008a, p. 22).

Indicação: corresponde a momentos precisos durante a assistência ao paciente. É a razão pela qual é necessária a higienização das mãos, sendo justificada pelo risco de transmissão de microrganismos de uma superfície para outra. O conceito engloba os “Cinco Momentos” para higiene das mãos (OPAS; ANVISA, 2008a, p. 18).

Ação: pode ser desempenhada friccionando as mãos com uma preparação alcoólica para as mãos ou higienizando as mãos com água e sabonete (OPAS; ANVISA, 2008a, p. 20).

Oportunidade: termo utilizado pelo observador. Cada oportunidade deve corresponder a uma ação (realizada ou não), ou seja, pode haver várias indicações simultâneas para uma oportunidade de higienização das mãos (OPAS; ANVISA, 2008a, p. 20).

Ressalta-se que, além dos conceitos expostos acima, a oportunidade para higienizar as mãos deve ser precedida e acompanhada concomitantemente de estrutura física e recursos materiais. Corroborando, Prado et al. (2012) e Santos et al. (2014) descrevem que somente o conhecimento e a técnica não são suficientes para a redução da disseminação de microrganismos, é necessário que a estrutura física e os recursos materiais estejam disponíveis aos profissionais de saúde.

A RDC nº 50, da ANVISA, publicada em 2002, dispõe sobre normas e projetos físicos de estabelecimentos de assistência à saúde, definindo a obrigatoriedade de provisão de lavatórios de uso exclusivo para a HM pela equipe que assiste o paciente (BRASIL, 2002).

2.3 ADESÃO E CONHECIMENTO DA PRÁTICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: UMA ABORDAGEM MULTIMODAL

A adesão à prática de higienização das mãos é um problema multifatorial que envolve o conhecimento e o comportamento educacional (GOULD et al., 2010; DUNN-NAVARRA et al., 2011). Ainda, pode estar relacionada com a carga de trabalho, o estresse, o ambiente físico, inclusive à má localização das pias, além de maus hábitos (BURKE, 2003; PITTET; DONALDSON, 2005).

Embora existam recomendações para um programa sustentável de adesão à HM na literatura, há poucas estratégias concretas inseridas na prática para o cumprimento das mesmas (SON et al., 2011).

2.3.1 Adesão e conhecimento para a higienização das mãos

Existem poucos estudos publicados que mensuram o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a HM. Recentemente, na Espanha, um estudo objetivou analisar o conhecimento de profissionais de saúde do sistema de saúde de Andaluzia e utilizou o questionário sobre “Teste de Conhecimentos”. O número médio de respostas corretas foi 17,51% (\pm 3,68). As perguntas com taxas de respostas inferiores a 40% foram relacionadas à prevenção através da HM, transmissão de microrganismos depois do contato com o paciente e à utilização de preparações à base de álcool. O estudo conclui que se faz necessário melhorar o conhecimento em aspectos conceituais da transmissão de micro-organismos através das mãos (PÉREZ-PÉREZ et al., 2015).

No que tange à adesão à HM, Steed et al. (2011), foi o primeiro estudo que utilizou os conceitos de Oportunidade, Ação e Indicação para mensurar a adesão à HM, em hospitais de grande porte. Um total de 6.640 oportunidades para HM foi identificado durante 436,7 horas de horas de observação. A maioria das indicações foi observada após o contato com o paciente e após o contato com o ambiente do paciente (62%).

Na Colômbia, um estudo transversal descritivo, realizado com 26 profissionais de saúde, objetivou identificar a adesão à HM, através do formulário para observação da OMS. Os “Meus cinco momentos para HM” foram observados em 180 oportunidades, sendo a adesão global relatada em 18,9%. A maior oportunidade de observação aconteceu com a equipe de enfermagem (69,4%) no turno da manhã (55%). A adesão foi maior entre médicos do que enfermeiros, tendo diferença estatística entre médicos e fisioterapeutas ($p= 0,004$). As situações que apresentaram maior adesão foram as em que havia possibilidade de infecção cruzada (32%; $p< 0,001$). A HM foi mais frequente antes (12,6%) do que depois do contato com o paciente (26,2%) ($p< 0,001$). A atividade em que se observou menor adesão foi a HM após contato com mobiliários (5,8%) (RIVEROS; ZAMBRANO; AMADO, 2012).

Estudo recente realizado em UTI mensurou a adesão aos cinco momentos de higienização das mãos. Foram analisadas 793 observações, e, em 446 (56,2%) observações, não ocorreu a higienização das mãos. A taxa de adesão foi de 43,7%. Sendo a maior adesão à HM reportada aos fisioterapeutas (53,5%) e a menor aos técnicos de enfermagem (29,2%). As indicações com menor adesão à HM foram “antes do contato com o paciente” (18,4%) e “antes de procedimento asséptico” (20,9%) (SOUZA et al., 2015).

2.3.2 Estratégia multimodal para melhoria da higienização das mãos

A OMS, reconhecendo a necessidade de estabelecer estratégias para a promoção e melhoria da HM, desenvolveu, por meio do Primeiro Desafio Global para Segurança do Paciente, uma estratégia multimodal dedicada a aumentar a consciência global de prevenção de IRAS, que pode ser aplicada em diferentes cenários, independente dos recursos disponíveis (OPAS; ANVISA, 2008b; ALLEGRANZI et al., 2010).

A “estratégia multimodal para melhoria da HM” é um conjunto de componentes que visam colocar em prática as recomendações da OMS, no que se refere a boas práticas de HM (OPAS; ANVISA, 2008b).

Dentre os componentes vitais para a implementação da estratégia, a **mudança do sistema** refere-se à garantia de uma infraestrutura adequada para as necessidades de HM dos profissionais de saúde; o **treinamento e educação** engloba um processo de formação adequada dos profissionais de saúde com base nos “meus cinco momentos para higienização das mãos”; a **avaliação e feedback** devem estar integrados aos demais componentes e visam avaliar e monitorar as práticas de HM, a fim de dimensionar as mudanças, identificar as lacunas e aspectos que merecem mais atenção em relação aos insumos e intervenções de educação; os **lembretes no local de trabalho** são importantes e devem promover boas práticas junto à equipe profissional de saúde, além dos pacientes e visitantes; o **clima de segurança institucional** está relacionado às mudanças implementadas na instituição para promover um ambiente seguro e com profissionais sensibilizados e envolvidos nos processos de mudanças (EZAIAS, 2012).

Para que a estratégia multimodal seja colocada em prática, existem ferramentas específicas que devem ser utilizadas para cada componente. Além do

envolvimento de uma equipe multidisciplinar, em diferentes cargos e com autonomia para tomada de decisões (EZAIAS, 2012).

A implementação da estratégia multimodal segue necessariamente cinco etapas, sendo elas: **preparação da unidade**, que inclui planejamento, recursos materiais, e conseqüentemente apoio institucional; **avaliação básica**, levando em consideração a experiência profissional, o conhecimento e a estrutura física do local; **implementação**, desenvolvimento das atividades programadas de acordo com o planejamento inicial; **avaliação de acompanhamento e retorno**, realização de avaliações periódicas para verificar a eficácia da estratégia (BRASIL, 2013b).

Na África, um estudo realizado com 224 profissionais de saúde teve como objetivo aplicar a estratégia multimodal da OMS, avaliando a infraestrutura física, o consumo de materiais utilizados, a adesão, conhecimentos e percepções dos profissionais de saúde na prática da HM antes, durante e após as intervenções. As intervenções consistiram em introduzir uma preparação alcoólica produzida localmente para ser utilizada pelos profissionais de saúde, monitorar a adesão à HM, dar *feedback* sobre o desempenho dos profissionais, realizar educação permanente fixando cartazes nos locais de trabalho e promover um clima de segurança institucional de acordo com as orientações da estratégia multimodal. Antes da intervenção, os resultados mostram graves deficiências na estrutura física para HM. Foi realizado um total de 329 observações, somando mais de 93,6 horas; a duração média da sessão foi de 16 minutos (intervalo de 1-51 min.). Em geral, a adesão no início do estudo foi baixa (8,0%). A adesão aumentou para 21,8% no período de acompanhamento. Sendo 334 (93,3%) ações à HM realizadas com preparação alcoólica e apenas 24 (6,7%) realizadas com água e sabão. Em relação ao conhecimento o resultado foi significativo ($p < 0,05$), e pesquisas de percepção mostraram uma alta valorização de cada componente estratégia pelos profissionais de saúde. Estes resultados concluíram que a estratégia multimodal é possível de ser realizada em países de baixa renda, sendo um grande avanço para a segurança do paciente (ALLEGIANZI et al., 2010).

Estudo semelhante ao descrito anteriormente foi realizado no Vietnã, com profissionais da saúde, objetivando relatar a adesão à HM, após uma campanha nos moldes da estratégia multimodal, com introdução de preparação alcoólica e educação permanente. Nesse estudo, aplicou-se um instrumento descrito na estratégia multimodal para avaliar o conhecimento científico sobre HM. Foram

observadas 2.813 oportunidades de HM em 22 unidades de internação. A adesão média à HM foi de 47% (1310 ações / 2813 oportunidades; IC: 95% [45%-48%]). A taxa média de adesão à HM na UTI foi de 69% (IC: 95% [64%-73%]); agregada ao departamento de doenças infecciosas, de 64% (IC: 95% [57%-71%]); à unidade pediátrica, 64% (IC: 95% [57%-71%]); unidade de clínica médica, 53% (IC: 95% [46%-60%]); unidade cirúrgica, 42% (IC: 95% [40%-44%]); e obstetrícia, 42% (IC: 95% [29%-56%]). Esses resultados auxiliaram o país a construir diretrizes relacionadas ao controle de IRAS e reafirmaram que a estratégia multimodal é possível de ser realizada em países subdesenvolvidos, sendo um grande avanço para a segurança do paciente (SALMON et al., 2014).

Ainda sobre a estratégia multimodal, na Austrália, um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado pela *Australian Commission for Safety*, relatou como desenvolveu um método de observação direta sistematizada, baseado no formulário da OMS para medir a adesão à HM nos serviços de saúde. O mesmo conclui que obteve sucesso ao padronizar a coleta de dados em toda a Austrália, tornando o processo confiável, aumentando a possibilidade de ações para a adesão à HM (RYAN et al., 2012).

Em 2014, na Austrália, foi divulgado um estudo realizado em 96 hospitais, que investigou a adequação da HM, como um indicador de resultados do processo de acreditação hospitalar para contribuir nos resultados da taxa de adesão à HM. As taxas de adesão aumentaram de 67,7% para 80,3% durante o período de estudo (2010-2013), em auditoria 46,7% dos hospitais atingiram a meta estabelecida de 70% de adesão (MUMFORD et al., 2014).

Corroborando o exposto acima, estudos afirmam claramente que a observação direta dos trabalhadores de saúde é o padrão ouro de medida da adesão à HM, ao contrário de métodos indiretos, como a medição do volume de sabão ou gel à base de álcool. As observações devem ser realizadas por observadores treinados, utilizando a coleta de dados por métodos validados (BOYCE; PITTET, 2002; OLIVEIRA; PAULA, 2011). Além disso, a educação continuada, realimentação de dados regularmente, e retorno dos resultados para as lideranças são reconhecidos como componentes críticos para a estratégia multimodal (SON et al., 2011; WHO, 2009b).

A HM é particularmente importante na gestão de pacientes críticos dentro da UTI. As relações entre pacientes e profissionais da saúde são reduzidas, pelo fato

de a maioria dos pacientes estarem sedados, entretanto, a colonização das mãos dos profissionais de saúde que trabalham em UTI e a prevalência de microrganismos multirresistentes são altas (GOLD, 2001).

Nesse contexto, um estudo realizado no Canadá procurou medir a adesão à HM entre os profissionais de seis UTIs gerais entre quatro hospitais. Foram observados 115 profissionais de saúde (64 enfermeiros, 21 fisioterapeutas, 18 residentes e 12 médicos) nos seguintes momentos: uso de luvas, antes e após contato com o paciente. Os profissionais de saúde não sabiam que estavam sendo observados. A taxa de adesão às recomendações atuais foi de 20% (IC: 95% [13,7-28,2]). Em todas as oportunidades observadas os profissionais higienizaram as mãos após o uso das luvas; 57,4% (IC: 95% [48,3-66,0]) dos profissionais aderiram à HM antes e após contato com o paciente, enquanto que 42,6% não aderiram às indicações em sua totalidade. Foi encontrada menor taxa de adesão entre os residentes (RC: 0,32; IC: 95% [0,11-0,96]) e intensivistas (RC: 0,46; IC: 95% [0,13-1,60]) e maior adesão entre os fisioterapeutas (RC: 2,05; IC: 95% [0,67-6,30]), quando comparados aos enfermeiros. O estudo concluiu que é necessário utilizar uma abordagem multimodal para melhorar a adesão à HM em UTIs (QUSHMAQ et al., 2008).

Nos EUA, um estudo prospectivo longitudinal, realizado em UTIs pediátricas e cardíacas, teve a taxa de adesão de 22% em 200 oportunidades observadas pré-intervenção. Pós-intervenção, a taxa subiu para 56% em 234 oportunidades observadas. Esse estudo aponta a importância dos profissionais que são exemplos de boas práticas e estão há mais tempo inseridos no serviço. Apontou como principal limitação o efeito *Hawthorne*² (SCHNEIDER et al., 2009).

No Brasil, um estudo observacional prospectivo avaliou o efeito da implementação de uma estratégia para promoção da HM em UTI. Participaram da pesquisa 33 profissionais de saúde. A mesma foi desenvolvida em três etapas. Na pré-intervenção, foi realizada a observação direta estruturada, com o formulário de observação disponibilizado pela OMS durante um mês, 2 horas por dia nos turnos

² O efeito *Hawthorne* refere-se à mudança de comportamento dos profissionais, quando são observados. Inicialmente documentado durante estudos de produtividade no *Hawthorne Electric Plant* (EUA), na década de 1930. Os pesquisadores notaram que, independentemente da variável que estava sendo estudada, o desempenho no trabalho melhorou quando os trabalhadores estavam sendo observados (ROETHLISBERGER; DICKSON, 1967 apud THE JOINT COMMISSION, 2009).

manhã, tarde e noite para mensurar a taxa de adesão (totalizando 30 horas) (PRADO et al., 2012).

Na intervenção foram utilizados os elementos indicados pela estratégia multimodal da OMS (introdução de preparação alcoólica, *feedback* sobre o desempenho dos profissionais, realização de educação permanente fixando cartazes nos locais de trabalho e promoção do clima de segurança institucional) (PRADO et al., 2012).

Na pós-intervenção novamente foi realizada a observação direta estruturada, com o mesmo formulário, durante o mesmo tempo, para mensurar a taxa de adesão. Observaram-se 893 indicações para HM, 568 ocorreram na fase pré-intervenção e 325 na fase pós-intervenção. Houve variação na adesão à higienização das mãos entre as categorias profissionais, após a intervenção, com aumento significativo na categoria dos técnicos de enfermagem (21,4% para 28,9%; $p= 0,002$). Inversamente, as demais categorias não melhoraram significativamente a adesão com a campanha (PRADO et al., 2012).

No entanto, após a campanha a adesão global aumentou significativamente (21,7% para 28%; $p= 0,039$). Houve aumento significativo na adesão à fricção antisséptica com álcool (3,9% para 11,1%; $p< 0,001$) após a intervenção, com o incentivo ao uso das preparações alcoólicas. Após a intervenção houve aumento significativo na adesão, nos momentos que antecederam o contato com o paciente (6,9% para 17%; $p= 0,016$) e antes dos procedimentos limpos e assépticos (7,2% para 30%; $p= 0,016$). As limitações citadas nesse estudo foram a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os protocolos de HM, falta de exemplo positivo dos seus superiores, irritação e ressecamento da pele pelo uso sucessivo de produtos, pias mal localizadas e uso de luvas. Conclui que houve melhora significativa na taxa de adesão global à HM, após uma intervenção de promoção da HM (PRADO et al., 2012).

Estudo semelhante ao descrito acima avaliou, além da adesão, a técnica realizada e a estrutura física para a prática de HM. Foram observados e responderam o instrumento autoaplicável 39 profissionais de saúde (21 auxiliares de enfermagem, cinco enfermeiros, cinco técnicos em enfermagem, seis médicos e dois fisioterapeutas). A maioria dos participantes referiu ter recebido orientações sobre a HM durante sua formação profissional (94,8%, $N= 37$) e treinamento em serviço sobre o tema nos últimos 12 meses (87,1%, $N= 34$). No total foram observadas 1277

oportunidades para HM, 43,5% pela manhã, 35,5% no período vespertino e 21% no noturno, com adesão de 28,6%, 22,8% e 28,8%, respectivamente; a taxa geral de adesão foi de 26,5% (n= 338), e a de não adesão foi de 73,5% (n=939). O controle de infecção e a proteção pessoal foram os principais fatores relacionados como elementos importantes e de incentivo para a HM. O estudo permitiu identificar falhas na estrutura física, e que os profissionais de saúde superestimam a própria adesão à HM, além de identificarem a HM como fator de proteção pessoal e não de segurança ao paciente (BATHKE et al., 2013).

Diante da contextualização e importância desta temática, que tem a HM como prática primordial e essencial na prevenção e controle das IRAS, este estudo pretende avaliar o conhecimento e a adesão dos profissionais de saúde a respeito da higienização das mãos em unidade de pronto-socorro de um hospital universitário.

3 MÉTODO

Este capítulo aborda a metodologia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa.

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo com delineamento longitudinal que percorreu a trajetória metodológica da pesquisa quantitativa.

Os estudos longitudinais têm como objetivo detectar as mudanças do indivíduo, com o passar do tempo, ou seja, cada indivíduo é observado em mais de uma ocasião (PEREIRA, 2014).

3.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Pronto-Socorro (PS) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). O HUSM foi construído em 1970. Presta atendimento 100% pelo SUS a pacientes de média e alta complexidade junto à 4ª e 10ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), localizadas no centro do Rio Grande do Sul (RS).

A instituição é órgão integrante da UFSM, atua como hospital-escola, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde. Possui residências médicas e multiprofissionais (HUSM, 2014a).

A partir de 2014, com o intuito de padronizar os processos entre as instituições, modernizar a gestão hospitalar e ampliar os serviços prestados, o Ministério da Educação (MEC), junto à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculou o HUSM à sua rede (HUSM, 2014b).

A colaboração do HUSM frente ao Sistema Único de Saúde (SUS) reflete-se nos números de serviços prestados à população em 2015. Os atendimentos foram realizados nos 391 leitos. Foram efetivadas 1125 internações média/mês, com média de permanência de 8,87 dias (HUSM, 2015).

O PS está dividido em adulto e pediátrico. O atendimento aos usuários acontece em 30 leitos, sendo 24 leitos destinados ao Pronto-Socorro Adulto (PSA) e seis ao Pronto-Socorro Pediátrico (PSPed).

Durante o ano de 2015, a unidade de PSA, realizou 3.357 internações, uma média de 43 pacientes/dia, média de permanência de 4,7 dias e com taxa de ocupação de 180,6%. Nesse mesmo ano, a taxa de mortalidade global no PSA foi de 7,05% (HUSM, 2015). Estes dados demonstram a sobrecarga do PSA e nos remetem à superlotação, que é uma realidade nacional no âmbito das unidades de emergência vinculadas ao SUS.

A estrutura física do mesmo está dividida em: salão de observação 1, salão de observação 2, três quartos de isolamentos com antessalas, dois postos de enfermagem, dois consultórios, secretaria, sala de emergência, sala de preparo de medicações, sala de materiais e almoxarifado (ANEXO G).

Quanto a estrutura física e os insumos necessários para a HM, o PSA conta com seis pias, seis dispenser de sabonete líquido, cinco dispenser de papel toalha e onze dispenser com álcool gel para HM. Especificamente, o salão de observação 1 conta com cinco pias, quatro dispenser de sabonete líquido, quatro dispenser de papel toalha e oito dispenser de álcool gel.

Não há dispenser de álcool gel à beira dos leitos, mas eles estão fixados nas mesas de procedimentos que são utilizadas pelos profissionais da saúde.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado com os profissionais de saúde atuantes no PSA/HUSM. A partir da lista fornecida pela Divisão de Gerenciamento de Pessoas (DivGP/HUSM) e da Comissão de Residência Médica do HUSM (COREME), estimou-se uma população de 81 profissionais de saúde³, sendo eles: 21 enfermeiros, 42 técnicos de enfermagem, dois fisioterapeutas e 16 médicos residentes distribuídos nos diferentes turnos de trabalho.

Os critérios de inclusão foram estar em atividade no PSA e, no momento da observação, estar prestando assistência aos pacientes já estabilizados, ou seja, aqueles que estavam clinicamente estáveis e aguardando leito nas unidades de internação.

³ Optou-se por não incluir na população do estudo, os médicos preceptores, devido ao fato da assistência direta ao paciente, na maioria das vezes, ser prestada pelos médicos residentes e supervisionadas pelos médicos preceptores.

Como critérios de exclusão, considerou-se a ausência do profissional por motivos relacionados a férias, licença para tratamento de saúde ou outro tipo de afastamento durante o período de coleta de dados.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos adaptados aos que estão inseridos na estratégia multimodal da OMS para promover boas práticas de higiene das mãos (OPAS; ANVISA, 2008b). O instrumento I (APÊNDICE E) intitulado “*Formulário de observação*”, é considerado como o indicador mais válido do comportamento dos profissionais de saúde sobre higienização das mãos (OPAS; ANVISA, 2008a, p. 44). Ressalta-se que, para utilizá-lo corretamente na observação direta sistematizada e não participante, foram assumidos os conceitos essenciais de Indicação, Ação e Oportunidade, além do cálculo de adesão, que é a razão entre o número de ações e o número de oportunidade (OPAS; ANVISA, 2008a p. 41).

O instrumento II (APÊNDICE F) foi composto pelo “*Teste de conhecimento a respeito da higienização das mãos para profissionais de saúde*”. Este é um questionário autoaplicável, composto de 26 questões de múltipla escolha, com perguntas técnicas, classificadas em “*certo e errado*”, que avaliam o conhecimento técnico e científico sobre os aspectos essenciais da higienização das mãos durante a assistência à saúde. A finalidade deste é identificar, priorizar e implementar ações de melhoria à HM, a partir dos resultados evidenciados.

No instrumento II, também são coletadas informações para caracterização dos participantes. Nessa parte, além dos já existentes (sexo, idade, profissão), também foram acrescentados os seguintes dados: outra formação que não a exigida pelo cargo; exercer algum cargo de chefia; tempo de atuação na instituição; tempo de atuação na área/setor atual; turno de trabalho; ter outro emprego; além de realizar horas extras.

3.5 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de março a julho de 2015, em duas etapas. A primeira, pelo preenchimento do “Formulário de observação”, em três momentos diferenciados para cada profissional e, a segunda pela entrega do

questionário “*Teste de conhecimento a respeito da higienização das mãos para profissionais de saúde*”.

Foi realizada por um único profissional treinado, a enfermeira mestranda proponente deste estudo. No texto, está denominada como “observador”.

3.5.1 Capacitação do coletador, ambientação e sensibilização dos profissionais

Anteriormente ao início das coletas, entre os meses de outubro a dezembro de 2015, foram desenvolvidas atividades com o intuito de capacitar o observador. A capacitação englobou a leitura do Manual de Observadores (OPAS; ANVISA, 2008a) e a visualização do “vídeo Treinamento” (*Training film*), que é uma ferramenta disponível para a estratégia multimodal.

O vídeo auxilia o entendimento das indicações presentes no conceito “Meus cinco momentos para higienização das mãos” (WHO, 2014). Primeiramente, foram exibidos os cenários 1 a 5, destinados ao entendimento dos cinco momentos (indicações) para a higienização das mãos. Depois dos esclarecimentos de dúvidas, foram exibidos os cenários 6 a 9, que mostram exemplos sequenciais de cuidados de saúde durante os quais ocorrem várias indicações para a higienização das mãos.

Após essa capacitação, foi realizada uma oficina sobre o preparo e administração de medicamentos, no laboratório de técnicas de enfermagem no CCS/UFMS, momento em que o observador pode exercitar o acompanhamento de um profissional na execução de todas as ações que envolviam o procedimento, completando o formulário de observação de forma individual e independente. O exercício foi repetido até que não houvesse mais dúvida referente às respostas do observador. Esse controle visou evitar viés de avaliação.

A ambientação do observador e a sensibilização dos profissionais da saúde do PSA para participação no estudo ocorreram durante as passagens de plantão e “*rounds*”, durante todo o mês de fevereiro de 2015. Nesses momentos, aconteceram os primeiros contatos do observador com os profissionais de saúde do PSA, entrega do convite para participação no estudo (APÊNDICE B) e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Na oportunidade, também foram apresentados os objetivos do estudo e realizados os esclarecimentos sobre como a pesquisa iria ser realizada.

Ainda nesse mês, foram realizadas no PSA, sete sessões com observações-piloto com o intuito de minimizar o efeito *Hawthorne*, balizar o observador e proporcionar a familiarização com o ambiente. As observações-pilotos não foram incluídas no estudo.

3.5.2 A primeira etapa – observação da adesão à HM

Para avaliar a adesão à HM, foi utilizado o “Formulário de observação” (APÊNDICE E). O seu preenchimento ocorreu por meio da técnica de observação direta sistematizada e não participante (GIL, 2010). Este método observacional quantitativo pretende documentar comportamentos, ações e eventos específicos, envolvendo o uso de um instrumento formal que dita o que deve ser observado, quanto tempo deve durar a observação e como serão registrados os dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Cada observação englobou os conceitos de Oportunidade, Indicação e Ação, sendo entendida como uma sessão de acompanhamento, com horário de início e fim, com tempo máximo estabelecido de 20 minutos e variando conforme as rotinas observadas (OPAS; ANVISA, 2008a).

Assim sendo, as observações aconteceram entre 12 de março a 1º de julho de 2015, em períodos diferentes do mês, da semana e nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite). Foram realizadas três coletas/acompanhamentos com cada participante da pesquisa e observada somente uma oportunidade para HM em cada sessão.

A observação foi realizada somente no salão de observação 1, local em que os pacientes estão estabilizados e aguardando leito nas unidades de internação. Com isso, foi evitada a realização de observação da adesão à HM durante o atendimento a pacientes em situação de emergência clínica ou cirúrgica (situação que poderia ter viés de informação). Ainda, para evitar viés no fluxo da coleta de dados, considerando a rotatividade dos profissionais nas escalas diárias de trabalho, optou-se por utilizar uma planilha com a escala de trabalho de cada participante da pesquisa.

3.5.3 A segunda etapa – avaliação do conhecimento sobre HM

Ao finalizar a observação da adesão à HM (Formulário de Observação-Instrumento I) por categoria profissional, os profissionais de saúde foram contatados e convidados a responder o Instrumento II, “*Teste de conhecimento a respeito da higienização das mãos para profissionais de saúde*” (APÊNDICE F). Para isso, previamente agendado, conforme disponibilidade do profissional de saúde, o questionário foi entregue (envelope fechado com lápis e borracha) e respondido pelos participantes no próprio setor e horário de trabalho.

Esta etapa ocorreu de 25 de maio a 20 de julho de 2015. O coletador permanecia no local e, se necessário, respondia a alguma dúvida do respondente.

3.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a organização dos dados foram utilizados os programas Microsoft Office Excel® (versão 2010) e Epi-info® (versão 6.4), com dupla digitação independente. Após a verificação de erros e inconsistências na digitação, os programas estatísticos utilizados para análise foram o BioEstat 5.0 ® e PASW Statistics® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago, USA) 18.0 for Windows.

Para calcular a adesão à HM (instrumento I), que é a razão entre o número de ações e o número de oportunidades, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$\text{Adesão (\%)} = \frac{\text{Ações de higienização das mãos}}{\text{Oportunidades de HM}} * 100$$

O Teste de *conhecimento a respeito da higienização das mãos* (instrumento II) não possui gabarito disponibilizado pela ANVISA. Então, para validar as respostas do mesmo, foram convidados dois médicos infectologistas que atuavam no Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência (SCIH) da própria instituição. Esses médicos, de forma independente, responderam as questões, classificadas em “*certo e errado*”.

Após, o pesquisador analisou as respostas assinaladas nos questionários, classificou a tipologia das perguntas em “Conceitos/via de transmissão”, “Conceitos/fonte de transmissão”, “Tempo”, “Técnica/Produtos”, “Técnica/Outros

aspectos relacionados”, “Adequação/momentos para HM”, “Transmissão ao Paciente”, “Transmissão ao Profissional de Saúde” e comparou com as respostas encontradas no artigo de Perez-Perez et al. (2015). Por último, o pesquisador reuniu os dois médicos infectologistas, para entrar em consenso quanto às questões que apresentavam respostas diferentes.

As variáveis qualitativas foram analisadas por meio de frequências absoluta (N) e relativa (%). Já as variáveis quantitativas foram avaliadas por meio da estatística descritiva, sendo utilizados a média e desvio padrão, já que os dados apresentavam distribuição normal. Para comparar as proporções de adesão entre as categorias profissionais, foram realizados testes binomiais, calculadas as Razões de Chances e seus respectivos intervalos de confiança (IC: 95%). O nível de significância em todas as análises considerado foi de 5%.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As questões éticas foram relevantes para o desenvolvimento da pesquisa, visando não correr o risco de invalidar a mesma. Primeiramente, o projeto de pesquisa foi registrado junto ao Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) sob o n. 039028 (ANEXO D).

Após a autorização da chefia na unidade elencada, o projeto foi encaminhado à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HUSM para registro, avaliação e autorização (ANEXO E). Posteriormente, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP - Reitoria/UFSM), obtendo parecer favorável ao estudo sob o CAAE: 40396215.4.0000.5346, em 17 de janeiro de 2015 (ANEXO F).

Foram observadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde) (BRASIL, 2012). Primeiramente, os profissionais da saúde foram convidados a participar do estudo voluntariamente, sendo explicados a natureza da pesquisa e seus objetivos (APÊNDICE B).

Após, para aqueles que livremente aceitaram participar da pesquisa, foi apresentado, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Uma cópia ficou de posse do profissional de saúde, e a outra de posse das pesquisadoras. Destaca-se o compromisso com a privacidade e a

confidencialidade dos dados produzidos, preservando o anonimato dos sujeitos pesquisados (APÊNDICE D). Também foram informados que podiam desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer ônus. Fato não ocorrido no estudo.

Quanto aos riscos, não houve relatos de desconforto dos mesmos, ao serem observados e ao responderem o questionário. As dúvidas foram esclarecidas sempre que os participantes acharam necessário.

Quanto aos benefícios, ressaltou-se que seriam indiretos e forneceria subsídios para a construção de conhecimento em Saúde e Enfermagem, contribuindo numa perspectiva de Promoção da cultura de segurança do paciente e de Educação em Saúde, proporcionando benefícios à instituição e aos pacientes de uma maneira geral.

Os dados coletados estarão sob a guarda da Prof.^a Dr.^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, por um período de cinco anos, na sala 1339, do prédio 26/CCS/UFSM. Após, serão destruídos (incinerados) (APÊNDICE D).

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados inseridos neste capítulo apresentam, sequencialmente, a caracterização da população; os percentuais de respostas ao teste de conhecimento sobre higienização das mãos e a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos na unidade de PSA pesquisada.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

Do total da população estimada (N= 81), 12 (14,8%) participantes foram excluídos do estudo por motivos relacionados a férias, licença para tratamento de saúde ou outro tipo de afastamento.

Assim, da população elegível (N= 69), 59 (85,5%) participaram da etapa de observação e, destes, 53 (76,8%) responderam ao questionário de conhecimento sobre higienização das mãos. As perdas resultaram de recusa à participação (N= 2) e de não seguimento nas três observações (N= 8) ou não resposta ao questionário (N= 6).

Na Tabela 1 está descrita a composição da população.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes, conforme categoria profissional. Santa Maria/RS, 2015

Categoria Profissional	Participantes	Etapa 1 OBSERVAÇÃO	Etapa 2 QUESTIONÁRIO
Técnicos de Enfermagem	28	28	25
Enfermeiros	17	17	17
Médicos Residentes	12	12	09
Fisioterapeutas	2	2	2
<i>Total</i>	59	59	53

(N= 59)

Conforme Tabela 1, na etapa 2, três técnicos de enfermagem e três residentes médicos não responderam ao questionário.

Na Tabela 2, estão descritas as características sociodemográficas e laborais dos participantes.

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais de saúde, segundo as variáveis demográficas e laborais. Santa Maria/RS, 2015

Variáveis	Total	
	N	%
Sexo		
Masculino	19	35,8
Feminino	34	64,2
Outra Formação*		
Sim	20	38,5
Não	32	61,5
Exerce Chefia		
Sim	-	-
Não	53	100
Turno de Trabalho		
Manhã	12	22,6
Tarde	14	26,4
Noite	15	28,4
Misto	12	22,6
Outro Emprego		
Sim	9	17,0
Não	44	83,0
Horas extras		
Sim	7	13,2
Não	46	86,8

(N=53)

Houve uma predominância de profissionais do sexo feminino, que não possuíam outra formação e não exerciam cargo de chefia. Evidenciou-se proporção equilibrada de trabalhadores nos diferentes turnos de trabalho; em maior percentual eles não possuíam outro emprego e não faziam horas extras.

Quanto à formação profissional, 20 (38,5%) dos profissionais de saúde referiram ter outra formação. Destes, 10 (58,8%) afirmaram ter pós-graduação⁴. Na Tabela 3, explicitam-se as medidas descritivas relacionadas a idade, tempo na instituição e na unidade e tempo de conclusão do curso.

⁴ A variável referente ao tipo de pós-graduação (*lato sensu* ou *stricto sensu*) não foi incluída no questionário.

Tabela 3 – Medidas descritivas de acordo com a idade, tempo na instituição, na unidade e de conclusão do curso de graduação. Santa Maria/RS, 2015

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	35,37	6,4	33,5	26	49
Tempo na Instituição (meses)	24,19	41,4	8,0	2	156
Tempo na Unidade (meses)	23,09	44,5	7,0	1	156
Tempo de conclusão do curso (anos)	8,98	5,8	8,5	1	24

(N=53)

Os dados evidenciam predominância de uma população jovem em idade e atuante há pouco tempo no PSA.

4.2 CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE HM

A Tabela 4 apresenta as frequências absoluta e relativa, relacionadas às respostas obtidas no “Teste de Conhecimento sobre higienização das mãos”.

Evidenciou-se proporção de acertos acima de 90% nas perguntas relacionadas a “Conceitos/via de transmissão” **Q16 (96,2%)**, a “Técnica/Produtos” **Q19a (98,1%)**, a “Técnica/Outros aspectos relacionados” **Q20a (98,1%)**, **Q20c (96,2%)**, a “Transmissão ao paciente” **Q23a (100%)**, **Q23b (94,3%)**, **Q23c (96,2%)**, **Q23d (94,3%)**, **Q24c (98,1%)**, **Q24d (92,5%)**, **Q26a (96,2%)**, **Q26g (94,1%)** e a “Transmissão ao profissional de saúde” **Q25a (100%)**, **Q25b (100%)**, **Q25d (96,2%)**.

Proporções de acertos abaixo de 40% foram observadas nas perguntas relacionadas a “Conceitos/fonte de transmissão” **Q17 (40,4%)**, a “Adequação/momentos para HM” **Q21b (34%)**, **Q21j (34%)**, **Q21k (32,1%)**, **Q21n (30,2%)**, a “Transmissão ao paciente” **Q24a (24,5%)**, **Q24b (15,1%)** e a “Transmissão ao profissional de saúde” **Q25c (39,6%)**.

Tabela 4 – Frequência e porcentagem das respostas corretas relacionadas ao Teste de Conhecimento. Santa Maria/RS, 2015

(continua)				
Tipologia das perguntas*	Perguntas (respostas corretas)	Nº da questão (Q)	N	Resposta correta (%)
Conceitos/via de transmissão	<i>Qual é a principal rota de transmissão cruzada de microrganismos potencialmente patogênicos entre pacientes em serviços de saúde? (Mãos do profissional de saúde quando não higienizadas)</i>	Q16	53	51 (96,2%)
Conceitos/fonte de transmissão	<i>Qual é a fonte de microrganismos mais frequente responsável pelas IRAS? (Microrganismos já presentes no paciente ou nas proximidades dele)</i>	Q17	52	21 (40,4%)
Tempo	<i>Qual é o tempo mínimo necessário para a preparação alcoólica destruir a maioria dos microrganismos nas suas mãos? (20 segundos)</i>	Q18	53	25 (47,2%)
Técnica/Produtos	<i>Quais das seguintes afirmações sobre técnicas de higienização das mãos com preparação alcoólica são verdadeiras?</i>			
	a. A preparação alcoólica deve cobrir todas as superfícies de ambas as mãos (Verdadeiro)	Q19a	53	52 (98,1%)
	b. As mãos têm de estar secas antes do uso (Verdadeiro)	Q19b	51	42 (82,4%)
	c. Pode-se secar as mãos com papel toalha após fricção das mãos com preparação alcoólica (Falso)	Q19c	52	44 (84,6%)
Técnica/Outros aspectos relacionados	<i>Quais dos seguintes itens devem ser evitados por estarem associados à possibilidade de colonização das mãos?</i>			
	a. Uso de Joias (Sim)	Q20a	53	52 (98,1%)
	b. Pele danificada (Sim)	Q20b	51	41 (80,4%)
	c. Unhas artificiais/postiças (Sim)	Q20c	53	51 (96,2%)
	d. Uso regular de um creme para as mãos (Não)	Q20d	51	28 (52,8%)
Adequação/momentos para HM	<i>Que tipo de higienização das mãos é necessário nas seguintes situações?</i>			
	a. Antes de escrever no prontuário do paciente (Fricção álcool)	Q21a	53	24 (45,3%)
	b. Antes de contato com o paciente (Fricção álcool)	Q21b	53	18 (34,0%)
	c. Ao chegar na unidade após o almoço (Água e sabonete)	Q21c	53	41 (77,4%)
	d. Antes de aplicar uma injeção (Fricção álcool)	Q21d	53	22 (41,5%)

		(continuação)	
	e. Antes de esvaziar o urinol (Fricção álcool)	Q21e	53 23 (43,4%)
	f. Antes de abrir a porta do quarto do paciente (Fricção álcool)	Q21f	53 36 (67,9%)
	g. Após aplicar uma injeção (Água e sabonete)	Q21g	53 32 (60,4%)
	h. Após esvaziar o urinol (Água e sabonete)	Q21h	53 39 (73,6%)
	i. Após remoção de luvas de procedimento (Água e sabonete)	Q21i	53 45 (84,9%)
	j. Ao deixar o paciente (Fricção álcool)	Q21j	53 18 (34,0%)
	k. Após arrumação da cama do paciente (Fricção álcool)	Q21k	53 17 (32,1%)
	l. Após exposição visível ao sangue (Água e sabonete)	Q21l	53 42 (79,2%)
	m. Após contato com um paciente com diarreia (Água e sabonete)	Q21m	53 40 (75,5%)
	n. Antes da desinfecção do leito após a alta do paciente (Fricção álcool)	Q21n	53 16 (30,2%)
	<i>Quais das afirmações sobre fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica e a higienização das mãos com água e sabonete são verdadeiras?</i>		
Técnica/Produtos	a. Friccionar as mãos com preparação alcoólica é mais rápido do que higienizá-las com água e sabonete (Verdadeiro)	Q22a	53 40 (75,5%)
	b. Friccionar as mãos com preparação alcoólica resseca mais a pele do que higienizá-las com água e sabonete (Verdadeiro)	Q22b	53 35 (66%)
	c. Friccionar as mãos com preparação alcoólica é mais eficaz contra os microrganismos do que higienizá-las com água e sabonete (Falso)	Q22c	52 36 (69,2%)
	<i>Quais das seguintes ações de higienização evitam a transmissão cruzada de microrganismos ao paciente?</i>		
Transmissão ao Paciente	a. Higienização das mãos antes de contato com o paciente (Sim)	Q23a	53 53 (100%)
	b. Higienização das mãos após o contato com o paciente (Sim)	Q23b	53 50 (94,3%)
	c. Higienização das mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (Sim)	Q23c	53 51 (96,2%)
	d. Higienização das mãos após exposição a superfícies e objetos próximos ao paciente (Sim)	Q23d	53 50 (94,3%)
	<i>Quais das seguintes ações de higienização das mãos evitam a infecção do paciente por seus próprios microrganismos?</i>		
Transmissão ao Paciente	a. Higienização antes de contato com o paciente (Não)	Q24a	53 13 (24,5%)

				(conclusão)
	b. Higienização das mãos após contato com o paciente (Não)	Q24b	53	8 (15,1%)
	c. Higienização das mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (Sim)	Q24c	53	52 (98,1%)
	d. Higienização das mãos imediatamente antes de realização de procedimento asséptico (Sim)	Q24d	53	49 (92,5%)
<hr/>				
	<i>Quais das seguintes ações de higienização das mãos evitam infecção do profissional de saúde?</i>			
Transmissão ao Profissional de Saúde	a. Higienização das mãos após o contato com o paciente (Sim)	Q25a	53	53 (100%)
	b. Higienização das mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (Sim)	Q25b	53	53 (100%)
	c. Higienização das mãos imediatamente antes de realização de procedimento asséptico (Não)	Q25c	53	21 (39,6%)
	d. Higienização das mãos após exposição a superfícies e objetos próximos ao paciente (Sim)	Q25d	53	51 (96,2%)
<hr/>				
	<i>Quais das seguintes superfícies podem contaminar suas mãos com microrganismos que você pode transmitir aos pacientes se não higienizá-las antes de tocá-los?</i>			
Transmissão ao Paciente	a. A maçaneta da porta do quarto do paciente (Sim)	Q26a	53	51 (96,2%)
	b. A roupa de cama do próprio paciente (Sim)	Q26b	53	44 (83%)
	c. A pele intacta de outro paciente (Sim)	Q26c	53	41 (77,4%)
	d. A pele intacta do próprio paciente (Sim)	Q26d	53	30 (56,6%)
	e. O prontuário do paciente (Sim)	Q26e	52	37 (71,2%)
	f. As paredes do quarto do paciente (Sim)	Q26f	53	44 (83%)
	g. A mesa de cabeceira de outro paciente (Sim)	Q26g	51	48 (94,1%)

(N= 53)

* Para a classificação da tipologia das perguntas foi utilizada a fonte Perez-Perez et al. (2015).

A Tabela 5 demonstra as frequências absolutas e relativas das respostas corretas obtidas por categoria profissional relacionadas ao Teste de Conhecimento. Observa-se maior percentual de acertos, em todas as categorias profissionais, nas perguntas relacionadas a “Conceitos/via de transmissão” **Q16 (96,2%)**, “Técnica/produtos” **19a (98,1%)**, “Técnica/outros aspectos relacionados” **Q20a (98,1%)**, **Q20c (96,2%)**, “Transmissão ao Paciente” **Q23a (100%)**, **Q23b (94,3%)**, **Q23c (96,2%)**, **Q24d (92,5%)**, **Q25a (100%)**, **Q25b (100%)**, **Q25d (96,2%)**, **Q26a (96,2%)**.

Observa-se menor percentual de acertos, em todas as categorias profissionais, nas perguntas relacionadas a “Adequação/momentos para HM” **Q21b (34%)**, **Q21k (32,1%)**, **Q21n (30,2%)**, “Transmissão ao paciente” **Q24a (24,5%)**.

Finalizando, quando questionados sobre a estrutura física e treinamento para a HM, a maioria dos profissionais afirmou ter recebido *treinamento em higienização das mãos* (**n= 39; 73,6%**), bem como a *existência de alguma preparação alcoólica disponível para higienização das mãos na instituição* (**n= 54; 100%**).

Tabela 5 – Frequências absoluta e relativa das respostas corretas relacionadas ao Teste de Conhecimento, segundo a categoria profissional. Santa Maria, RS, 2015

(continua)

Tipologia das perguntas*	Perguntas (respostas corretas)	nº da questão (Q)	N	Categoria Profissional			
				Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem	Fisioterapeutas	Médicos Residentes
				resposta correta N(%)	resposta correta N(%)	resposta correta N(%)	resposta correta N(%)
Conceitos/via de transmissão	<i>Qual é a principal rota de transmissão cruzada de microrganismos potencialmente patogênicos entre pacientes em serviços de saúde? (Mãos do profissional de saúde quando não higienizadas)</i>	Q16	53	17 (100%)	23 (92%)	2 (100%)	9 (100%)
Conceitos/fonte de transmissão	<i>Qual é a fonte de microrganismos mais frequente responsável pelas IRAS? (Microrganismos já presentes no paciente ou nas proximidades dele)</i>	Q17	52	10 (58,8%)	7 (29,2%)	1 (50%)	3 (33,3%)
Tempo	<i>Qual é o tempo mínimo necessário para a preparação alcoólica destruir a maioria dos microrganismos nas suas mãos? (20 segundos)</i>	Q18	53	8 (47,1%)	14 (56%)	1 (50%)	2 (22,2%)
Técnica/Produtos	<i>Quais das seguintes afirmações sobre técnicas de higienização das mãos com preparação alcoólica são verdadeiras?</i>						
	a. A preparação alcoólica deve cobrir todas as superfícies de ambas as mãos (Verdadeiro)	Q19a	53	17 (100%)	24 (96%)	2 (100%)	24 (96%)
	b. As mãos têm de estar secas antes do uso (verdadeiro)	Q19b	51	11 (68,8%)	20 (83,3%)	2 (100%)	9 (100%)
	c. Pode-se secar as mãos com papel toalha após fricção das mãos com preparação alcoólica (Falso)	Q19c	52	16 (94,1%)	18 (75%)	2 (100%)	8 (88,9%)
Técnica/Outros aspectos relacionados	<i>Quais dos seguintes itens devem ser evitados por estarem associados à possibilidade de colonização das mãos?</i>						
	a. Uso de joias (Sim)	Q20a	53	17 (100%)	24 (96%)	2 (100%)	24 (96%)
	b. Pele danificada (Sim)	Q20b	51	14 (82,4%)	19 (82,6%)	2 (100%)	6 (66,7%)
	c. Unhas artificiais/postiças (Sim)	Q20c	53	17 (100%)	23 (92%)	2 (100%)	9 (100%)
	d. Uso regular de um creme para as mãos (Não)	Q20d	51	8 (50%)	15 (62,5%)	1 (50%)	4 (44,4%)

(continuação)

		<i>Que tipo de higienização das mãos é necessário nas seguintes situações?</i>						
Adequação/momentos para HM	a. Antes de escrever no prontuário do paciente (Fricção álcool)	Q21a	53	10 (58,8%)	9 (36%)	1 (50%)	4 (44,4%)	
	b. Antes de contato com o paciente (Fricção álcool)	Q21b	53	3 (17,6%)	11 (44%)		4 (44,4%)	
	c. Ao chegar na unidade após o almoço (Água e sabonete)	Q21c	53	16 (94,1%)	18 (72%)	1 (50%)	6 (66,7%)	
	d. Antes de aplicar uma injeção (Fricção álcool)	Q21d	53	3 (17,6%)	16 (64%)		3 (33,3%)	
	e. Antes de esvaziar o urinol (Fricção álcool)	Q21e	53	6 (35,3%)	12 (48%)	1 (50%)	4 (44,4%)	
	f. Antes de abrir a porta do quarto do paciente (Fricção álcool)	Q21f	53	12 (70,6%)	14 (56%)	2 (100%)	8 (88,9%)	
	g. Após aplicar uma injeção (Água e sabonete)	Q21g	53	12 (70,6%)	16 (64%)	1 (50%)	3 (33,3%)	
	h. Após esvaziar o urinol (Água e sabonete)	Q21h	53	15 (88,2%)	16 (64%)	2 (100%)	6 (66,7%)	
	i. Após remoção de luvas de procedimento (Água e sabonete)	Q21i	53	14 (82,4%)	22 (88%)	2 (100%)	7 (77,8%)	
	j. Ao deixar o paciente (Fricção álcool)	Q21j	53	4 (23,5%)	9 (36%)		5 (55,6%)	
	k. Após arrumação da cama do paciente (Fricção álcool)	Q21k	53	4 (23,5%)	9 (36%)		4 (44,4%)	
	l. Após exposição visível ao sangue (Água e sabonete)	Q21l	53	15 (88,2%)	17 (68%)	2 (100%)	8 (88,9%)	
	m. Após contato com um paciente com diarreia (Água e sabonete)	Q21m	53	15 (88,2%)	16 (64%)	2 (100%)	7 (77,8%)	
	n. Antes da desinfecção do leito após a alta do paciente (Fricção álcool)	Q21n	53	5 (29,4%)	7 (28%)		4 (44,4%)	
		<i>Quais das afirmações sobre fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica e a higienização das mãos com água e sabonete são verdadeiras?</i>						
Técnica/Produtos	a. Friccionar as mãos com preparação alcoólica é mais rápido do que higienizá-las com água e sabonete (Verdadeiro)	Q22a	53	13 (76,5%)	18 (72%)	2 (100%)	7 (77,8%)	
	b. Friccionar as mãos com preparação alcoólica resseca mais a pele do que higienizá-las com água e sabonete (Verdadeiro)	Q22b	53	11 (64,7%)	15 (60%)	1 (50%)	8 (88,9%)	
	c. Friccionar as mãos com preparação alcoólica é mais eficaz contra os microrganismos do que higienizá-las com água e sabonete (Falso)	Q22c	52	15 (88,2%)	13 (54,2%)	1 (50%)	7 (77,8%)	

		(continuação)					
	<i>Quais das seguintes ações de higienização evitam a transmissão cruzada de microrganismos ao paciente?</i>						
Transmissão ao Paciente	a. Higienização das mãos antes de contato com o paciente (Sim)	Q23a	53	17 (100%)	25 (100%)	2 (100%)	9 (100%)
	b. Higienização das mãos após o contato com o paciente (Sim)	Q23b	53	16 (94,1%)	23 (92%)	2 (100%)	9 (100%)
	c. Higienização das mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (Sim)	Q23c	53	15 (88,2%)	25 (100%)	2 (100%)	9 (100%)
	d. Higienização das mãos após exposição a superfícies e objetos próximos ao paciente (Sim)	Q23d	53	15 (88,2%)	24 (96%)	2 (100%)	9 (100%)
	<i>Quais das seguintes ações de higienização das mãos evitam a infecção do paciente por seus próprios microrganismos?</i>						
Transmissão ao Paciente	a. Higienização antes de contato com o paciente (Não)	Q24a	53	7 (41,2%)	2 (8%)	1 (50%)	3 (33,3%)
	b. Higienização das mãos após contato com o paciente (Não)	Q24b	53	2 (11,8%)	3 (12%)	1 (50%)	2 (22,2%)
	c. Higienização das mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (Sim)	Q24c	53	16 (94,1%)	25 (100%)	2 (100%)	9 (100%)
	d. Higienização das mãos imediatamente antes de realização de procedimento asséptico (Sim)	Q24d	53	16 (94,1%)	23 (92%)	2 (100%)	8 (88,9%)
	<i>Quais das seguintes ações de higienização das mãos evitam infecção do profissional de saúde?</i>						
Transmissão ao Profissional de Saúde	a. Higienização das mãos após o contato com o paciente (Sim)	Q25a	53	17 (100%)	25 (100%)	2 (100%)	9 (100%)
	b. Higienização das mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (Sim)	Q25b	53	17 (100%)	25 (100%)	2 (100%)	9 (100%)
	c. Higienização das mãos imediatamente antes de realização de procedimento asséptico (Não)	Q25c	53	10 (58,8%)	6 (24%)	1 (50%)	4 (44,4%)
	d. Higienização das mãos após exposição a superfícies e objetos próximos ao paciente (Sim)	Q25d	53	16 (94,1%)	24 (96%)	2 (100%)	9 (100%)
Transmissão ao Paciente	<i>Quais das seguintes superfícies podem contaminar suas mãos com microrganismos que você pode transmitir aos pacientes se não higienizá-las antes de tocá-los?</i>						

						(conclusão)
a. A maçaneta da porta do quarto do paciente (Sim)	Q26a	53	17 (100%)	23 (92%)	2 (100%)	9 (100%)
b. A roupa de cama do próprio paciente (Sim)	Q26b	53	14 (82,4%)	21 (84%)	2 (100%)	7 (77,8%)
c. A pele intacta de outro paciente (Sim)	Q26c	53	15 (88,2%)	16 (64%)	2 (100%)	8 (88,9%)
d. A pele intacta do próprio paciente (Sim)	Q26d	53	13 (76,5%)	11 (44%)	1 (50%)	5 (55,6%)
e. O prontuário do paciente (Sim)	Q26e	52	13 (81,3%)	15 (60%)	2 (100%)	7 (77,8%)
f. As paredes do quarto do paciente (Sim)	Q26f	53	14 (82,4%)	20 (80%)	2 (100%)	8 (88,9%)
g. A mesa de cabeceira de outro paciente (Sim)	Q26g	51	17 (100%)	22 (91,7%)	2 (100%)	7 (87,5%)

(N= 53)

* Para a classificação da tipologia das perguntas foi utilizada a fonte PEREZ-PEREZ *et al.* (2015)

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA DE HM

Os 59 profissionais de saúde foram acompanhados durante três sessões de observação. Em cada sessão, foi observada somente uma oportunidade para HM. No total, foram realizadas 166 sessões, conseqüentemente observadas 166 oportunidades (100%) para HM. As observações aconteceram entre os meses de março (12/03/2015) e julho (01/07/2015) de 2015, totalizando 111 dias de acompanhamento.

O intervalo de tempo entre a primeira sessão de acompanhamento e a última teve em média 28 dias de diferença e desvio padrão (DP) de 9 dias. Entre a primeira sessão e a segunda, a média de intervalo foi de 14 dias (DP= 10 dias). Já entre a primeira e a terceira sessão de acompanhamento a média foi de 15 dias de diferença (DP= 9 dias).

As sessões de observação duraram em média 11 minutos (DP= 50s) e aconteceram nos três turnos de trabalho, sendo 77 (46%) realizadas no turno da manhã, 32 (20%) no turno da tarde e 57 (34%) no turno da noite.

4.3.1 O primeiro acompanhamento

Ao realizar o primeiro acompanhamento dos profissionais de saúde, foram observadas 59 (36%) oportunidades para HM, com duração média de 10 minutos e 20 segundos (DP= 4 min 52 s) cada sessão.

A indicação “*Antes de contato com o paciente*” (Momento 1) foi observada em 14 (24%) oportunidades. A HM foi realizada em cinco (35,7%) oportunidades, sendo quatro (28,6%) com água e sabonete e uma (7,1%) com solução alcoólica.

A indicação “*Antes da realização de procedimento asséptico*” (Momento 2) foi observada em três (6%) oportunidades. A HM foi feita somente em uma (33,3%) oportunidade, sendo esta realizada com água e sabonete (33,3%).

A indicação “*Após risco de exposição a fluidos corporais*” (Momento 3) foi observada em 12 (20%) oportunidades. A HM foi realizada em nove (75%) oportunidades, sendo sete (58,3%) realizadas com água e sabonete e duas (16,7%) com solução alcoólica.

A indicação “*Após contato com o paciente*” (Momento 4) foi observada em 14 (24%) oportunidades. A HM foi realizada em nove (64,3%) oportunidades, sendo sete (50%) realizadas com água e sabonete e duas (14,3%) com solução alcoólica.

A indicação “*Após contato com áreas próximas ao paciente*” (Momento 5) foi observada em 16 (26%) oportunidades. A HM foi realizada em seis (37,5%) oportunidades, sendo quatro (25%) realizadas com água e sabonete e duas (12,5%) com solução alcoólica.

4.3.2 O segundo acompanhamento

No segundo acompanhamento, foram observadas 55 (33%) oportunidades para HM com duração média de 11 minutos e 50 segundos (DP= 5min 21s) a sessão.

A indicação “*Antes de contato com o paciente*” (Momento 1) foi observada em 10 (18%) oportunidades. A HM foi realizada em quatro (40%) oportunidades, somente com água e sabonete (40%).

A indicação “*Antes da realização de procedimento asséptico*” (Momento 2) foi observada em cinco (10%) oportunidades. A HM aconteceu em uma (33,3%) oportunidade observada, sendo esta realizada com água e sabonete (33,3%).

A indicação “*Após risco de exposição a fluidos corporais*” (Momento 3) foi observada em 12 (22%) oportunidades. A HM aconteceu em 10 (83,3%) oportunidades, sendo nove (75%) realizadas com água e sabonete e uma (8,3%) com solução alcoólica.

A indicação “*Após contato com o paciente*” (Momento 4) foi observada em 14 (25%) oportunidades. A HM aconteceu em seis (42,9%) oportunidades, sendo quatro (28,6%) realizadas com água e sabonete e duas (14,3%) com solução alcoólica.

A indicação “*Após contato com áreas próximas ao paciente*” (Momento 5) foi observada em 14 (25%) oportunidades. A HM aconteceu em sete (50%) oportunidades, sendo cinco (35,7%) realizadas com água e sabonete e duas (14,3%) com solução alcoólica.

4.3.3 O terceiro acompanhamento

Quanto ao terceiro e último acompanhamento, foram observadas 52 (31%) oportunidades, com duração média de 10 minutos e 40 segundos (DP= 4min 38s) a sessão.

A indicação “*Antes de contato com o paciente*” (Momento 1) foi observada em nove (17%) oportunidades. A HM foi realizada em seis (66,6%) oportunidades, sendo quatro (44,4%) realizadas com água e sabonete e duas (22,2%) com solução alcoólica.

A indicação “*Antes da realização de procedimento asséptico*” (Momento 2) foi observada em cinco (10%) oportunidades. A HM aconteceu em uma (20%) oportunidade observada, sendo esta realizada com solução alcoólica (20%).

A indicação “*Após risco de exposição a fluidos corporais*” (Momento 3) foi observada em 11 (21%) oportunidades. A HM aconteceu em sete (63,3%) oportunidades, sendo estas realizadas com água e sabonete (63,3%).

A indicação “*Após contato com o paciente*” (Momento 4) foi observada em 17 (32%) oportunidades. A HM aconteceu em 10 (58,8%) oportunidades, sendo estas realizadas com água e sabonete (58,8%).

A indicação “*Após contato com áreas próximas ao paciente*” (Momento 5) foi observada em 10 (20%) oportunidades. A HM aconteceu em sete (70%) oportunidades, sendo seis (60%) realizadas com água e sabonete e uma (10%) com solução alcoólica.

A Tabela 6 apresenta a descrição das indicações observadas em cada acompanhamento.

Tabela 6 – Descrição do total das indicações de Higienização das Mãos. Santa Maria/RS, 2015

Acompanhamentos	Oportunidades de Higienização das Mãos											
	Indicações										<i>Total</i>	
	Antes Contato		Antes Proced.		Após Fluido		Após Contato		Após Superf.			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Acompanhamento 1	14	23,7	3	5,1	12	20,3	14	23,7	16	27,1	59	35,5
Acompanhamento 2	10	18,2	5	9,1	12	21,8	14	25,5	14	25,5	55	33,1
Acompanhamento 3	9	17,3	5	9,6	11	21,2	17	32,7	10	19,2	52	31,3
Total	33	19,8	13	7,8	35	21,0	45	27,0	40	24,9	166	100

(N=166)

4.3.4 Caracterização da prática de HM por categoria profissional

A descrição dos acompanhamentos por categoria profissional consta a seguir:

a) Enfermeiros

Os enfermeiros foram observados em 48 (29%) oportunidades para HM. As sessões de observação duraram em média 11 min. e 24 seg. (DP= 5 min. e 1 seg.) e foram realizadas nos três turnos de trabalho.

No primeiro acompanhamento, os enfermeiros foram observados em 17 (35%) oportunidades para HM, este com duração média de 11 min. e 24 seg. (DP= 4 min. e 50 seg.) cada sessão. No segundo acompanhamento, foram observadas 16 (34%) oportunidades para HM com duração média de 12 min. e 19 seg. (DP= 6 min. e 18 seg.) cada sessão. Quanto ao terceiro e último acompanhamento, foram observadas 15 (31%) oportunidades, com duração média de 10 min. e 48 seg. (DP= 4 min. e 34 seg.) a sessão.

b) Técnicos de enfermagem

Os técnicos de enfermagem foram observados durante 83 (50%) oportunidades para HM. As sessões de observação duraram em média 11 min. e 10 seg. (DP= 5 min. e 30 seg.) e foram realizadas nos três turnos de trabalho.

No primeiro acompanhamento, os técnicos de enfermagem foram observados em 28 (34%) oportunidades para HM, com duração média de 10 min. e 32 seg. (DP= 4 min. e 38 seg.) cada sessão. No segundo acompanhamento, foram observadas 28 (34%) oportunidades para HM com duração média de 11 min. e 41 seg. (DP= 5 min. e 22 seg.) a sessão. Quanto ao terceiro e último acompanhamento, foram observadas 27 (32%) oportunidades, com duração média de 10 min. e 53 seg. (DP= 4 min. e 46 seg.) a sessão.

c) Fisioterapeutas

Os fisioterapeutas foram observados durante seis (4%) oportunidades para HM. As sessões de observação duraram em média 11 min. e 10 seg. (DP= 5 min. e 30 seg.) e foram realizadas nos três turnos de trabalho.

No primeiro acompanhamento, os fisioterapeutas foram observados em duas (33,3%) oportunidades para HM, com duração média de 7 min. e 30 seg. (DP= 3 min. e 52 seg.) cada sessão. No segundo acompanhamento, foram observadas duas (33%) oportunidades para HM com duração média de 11 minutos (DP= 5 min. e 39 seg.) a sessão. Quanto ao terceiro acompanhamento, foram observadas duas (33%) oportunidades, com duração média de 15 minutos (DP= 4 min. e 46 seg.) a sessão.

d) Médicos residentes

Os médicos residentes foram observados em 29 (17%) oportunidades para HM. As sessões de observação duraram em média 9 min. e 54 seg. (DP= 5 min. e 5 seg.), e foram realizadas nos três turnos de trabalho.

No primeiro acompanhamento, os médicos residentes foram observados em 12 (41%) oportunidades para HM, com duração média de 9 min. e 15 seg. (DP= 5 min. e 13 seg.) cada sessão. No segundo acompanhamento, foram observados em nove (31%) oportunidades para HM, com duração média de 1 min. e 47 seg. (DP= 5 min. e 8 seg.) cada sessão. Quanto ao terceiro e último acompanhamento, foram observadas oito (28%) oportunidades, com duração média de 8 min. e 45 seg. (DP= 3 min. e 32 seg.) a sessão.

Na Tabela 7, estão apresentadas as frequências absoluta e relativa referentes às indicações de higienização das mãos observadas, de acordo com a categoria profissional.

Tabela 7 – Descrição das indicações observadas, segundo a categoria profissional. Santa Maria/RS, 2015

		Oportunidades											
Categoria Profissional	Acompanhamentos	Indicações										Total	
		Antes Contato		Antes Proced.		Após Fluido		Após Contato		Após Superf.			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Enfermeiros	Acompanhamento 1	4	23,5	1	5,9	7	41,2	2	11,8	3	17,6	17	35,5
	Acompanhamento 2	1	6,3	2	12,5	5	31,3	2	12,5	6	37,5	16	33,3
	Acompanhamento 3	2	13,3	1	6,7	4	26,7	4	26,7	4	26,7	15	31,2
	Total	7		4		16		8		13		48	100
Técnicos de Enfermagem	Acompanhamento 1	6	21,4	0		4	14,3	10	35,7	8	28,6	28	34
	Acompanhamento 2	6	21,4	2	7,1	7	25	8	28,6	5	17,9	28	34
	Acompanhamento 3	3	11,1	3	11,1	7	25,9	9	33,3	5	18,5	27	32
	Total	15		5		18		27		18		83	100
Fisioterapeutas	Acompanhamento 1	0				1	50	0		1	50	2	33,4
	Acompanhamento 2	0				0		1	50	1	50	2	33,3
	Acompanhamento 3	1	50			0		1	50	0		2	33,3
	Total	1				1		2		2		6	100
Médicos Residentes	Acompanhamento 1	4	33,3	2	16,7	0		2	16,7	4	33,3	12	41
	Acompanhamento 2	3	33,3	1	11,1	0		3	33,3	2	22,2	9	31
	Acompanhamento 3	3	37,5	1	12,5	0		3	37,5	1	12,5	8	28
	Total	10		4		0		8		7		29	100

4.4 ADESÃO A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

A adesão geral à higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde do PS acompanhados foi de 54,2%. Sendo maior no último acompanhamento (59,6%) – Tabela 8.

Tabela 8 – Número de oportunidade observadas, número de ações realizadas de Higienização das Mãos e Taxa de Adesão. Santa Maria/RS, 2015

	Nº de Oportunidades Observadas	Nº de Oportunidades com HM	Taxa de Adesão (%)
Acompanhamento 1	59	30	50,8
Acompanhamento 2	55	29	52,7
Acompanhamento 3	52	31	59,6
Total	166	90	54,2

(N= 59)

Ao ser verificada a taxa de adesão à HM por categorias, os enfermeiros e os fisioterapeutas obtiveram a maior taxa (66,66%), seguidos pelos técnicos de enfermagem (50,6%) e pelos os médicos residentes (41,37%) – Tabela 9.

Tabela 9 – Número de oportunidades observadas, número de ações realizadas por categoria profissional e Taxa de Adesão. Santa Maria/RS, 2015

Categoria profissional	Adesão por categoria profissional		
	Nº de Oportunidades Observadas	Nº de Oportunidades com HM	Taxa de Adesão (%)
Enfermeiros	48	32	66,6
Técnicos de Enfermagem	83	42	50,6
Fisioterapeutas	6	4	66,6
Médicos Residentes	29	12	41,3
Total	166	90	54,2

De acordo com cada acompanhamento e categoria profissional, a taxa de adesão referente ao primeiro acompanhamento dos enfermeiros foi de 64,7%, para os técnicos de enfermagem 50%, para os fisioterapeutas 100% e para os médicos residentes 25%. No segundo acompanhamento, a taxa de adesão dos enfermeiros foi de 62,5%, para técnicos de enfermagem 46,4%, para fisioterapeutas 50% e para médicos residentes 55,6%. No último, os enfermeiros aderiram em 73,3%, os

técnicos de enfermagem em 55,5%, os fisioterapeutas e os médicos residentes em 50% cada.

Ao comparar a adesão entre as categorias de profissionais (duas a duas) através do teste binomial, verificou-se que os enfermeiros aderiram mais à HM que os técnicos de enfermagem ($p= 0,037$) e que os médicos residentes ($p= 0,020$).

Ao calcular a medida de efeito, razão de chances (RC), o resultado não foi significativo ao nível de 5% na comparação da categoria dos enfermeiros com a categoria dos médicos residentes (RC: 2,05; IC: 95% [0,98 – 4,31]) e significativo em relação aos técnicos de enfermagem (RC: 2,83; IC: 95% [1,08 – 7,4]).

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão realizada neste capítulo está subdividida em seções de acordo com os dados encontrados, e inclui: o conhecimento, a prática e adesão à HM e as limitações do estudo. Para auxiliar a discussão, utilizaram-se estudos nacionais e internacionais que abordam as temáticas da segurança do paciente, infecção hospitalar, higienização das mãos, adesão às diretrizes, conhecimentos, atitudes e práticas em saúde.

5.1 CONHECIMENTO SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Sabe-se que o conhecimento e o comportamento educacional são fatores que influenciam na adesão à HM (GOULD et al., 2010; DUNN-NAVARRA et al., 2011). O conhecimento refere-se ao saber, aquele que é adquirido no decorrer da vida, em escolas técnicas, cursos, universidades (ZABALA; ARNAU, 2010; SILVA, 2012).

Ao aplicar o “teste de conhecimento”, observaram-se questões com baixa porcentagem de respostas corretas, apesar de estarem inseridas nos conceitos básicos que tangem à transmissão, ao tempo, às indicações e às recomendações para HM. Nesse sentido, os resultados deste estudo apontam lacunas de conhecimento sobre HM.

Quando questionados sobre conceito e via de transmissão (Q17), **40,4%** dos profissionais de saúde responderam que a fonte de microrganismos mais frequente responsável pelas IRAS são os microrganismos já presentes no paciente ou nas proximidades dele. A partir da epidemia de *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), do aparecimento de cepas de bactérias multirresistentes, do ressurgimento da tuberculose na população mundial e do risco aumentado para aquisição de microrganismos de transmissão sanguínea entre os profissionais de saúde, as normas de biossegurança, precauções e isolamento ganharam atenção especial (FERNANDES, 2000).

Ao focar as IRAS, faz-se necessário entender os conceitos de transmissão e disseminação de um microrganismo dentro das instituições de saúde, ou seja, conceitos de fonte, transmissão e hospedeiro. Sendo que no ambiente hospitalar, a transmissão de microrganismos ocorre por contato direto (exposição a secreções, sangue, urina e fezes) ou indireto (equipamentos, superfícies e artigos hospitalares).

Assim, torna-se importante incentivar o comportamento positivo relacionado às diretrizes de isolamento e precauções propostas pelo CDC (OLIVEIRA; CARDOSO; MASCARENHAS, 2010). Estas diretrizes contemplam dois níveis de precauções, as denominadas precauções-padrão e as baseadas na via de transmissão: gotículas, aerossóis e contato (SIEGEL et al., 2007).

As precauções-padrão são um conjunto de medidas utilizadas para diminuir os riscos de transmissão de microrganismos nos hospitais e constituem-se basicamente em: HM, utilização de luvas, óculos e máscara (SIEGEL et al., 2007). Neste contexto, a HM é a medida mais simples utilizada para diminuir o risco de transmissão cruzada de patógenos.

A fricção e o tempo para a HM são importantes para a diminuição ou destruição da carga microbiana. Quanto ao tempo de higienização das mãos com fricção alcoólica (Q18), **47,2%** responderam que o tempo mínimo necessário para a preparação alcoólica destruir a maioria dos microrganismos nas suas mãos é de 20 segundos. Corroborando com o exposto, Boyce; Pittet (2002) e Brasil (2013b) trazem que a técnica de HM deve ter duração mínima de 20 a 30 segundos, e que a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não realiza remoção de sujidades visíveis.

Sobre que tipo de higienização das mãos é necessário realizar em diferentes situações, destacam-se lacunas de conhecimento no que tange às indicações e recomendações para HM. Os resultados demonstram que **34%** dos profissionais de saúde responderam que deve-se utilizar a fricção com álcool antes e após contato com o paciente (Q21b e 21j), **32,1%**, após arrumação da cama do paciente (Q21k) e **30,2%**, antes da desinfecção do leito após a alta do paciente (Q21n).

A ação certa no momento certo é importante para a segurança do paciente. Destaca-se que as indicações correspondem aos momentos precisos durante a assistência ao paciente. É a razão pela qual é necessária a higienização das mãos, sendo justificada pelo risco de transmissão de microrganismos de uma superfície para outra. O conceito engloba os "Cinco Momentos" para higiene das mãos (OPAS; ANVISA, 2008a, p. 18).

Salmon et al. (2015) publicou o conceito "Meus cinco momentos para a higienização das mãos" definindo indicações para HM em condições que configuram recursos limitados e cenários de assistência superlotados, com inadequada ou nenhuma separação espacial entre camas/leitos. Nesse sentido, para compreender

e aplicar o conceito nesses cenários que configuram superlotações, faz-se necessário avaliar o espaço físico e o risco de transmissão de patógenos por meio das mãos. É importante distinguir transmissão cruzada de patógenos que causam infecções nosocomiais de patógenos multirresistentes que causam IRAS.

O artigo ainda reitera a importância de as preparações alcoólicas estarem ao alcance dos profissionais de saúde nesses cenários de assistência, a importância dos procedimentos assépticos bem realizados (curativos, dispositivos invasivos como sonda de demora, cateteres centrais...) de modo a evitar e minimizar o risco de IRAS com a própria flora do paciente, bem como a transmissão de microrganismos por meio de objetos inanimados compartilhados por profissionais de saúde e pacientes (SALMON et al., 2015).

Quanto à transmissão ao paciente, no que tange às ações de higienização das mãos que evitam a infecção do paciente por seus próprios microrganismos, menor percentual dos participantes respondeu que a higienização antes (**24,5%**) e após (**15,1%**) contato com o paciente não evita a infecção do paciente por seus próprios microrganismos (Q24a e 24b).

Oliveira, Cardoso, Mascarenhas (2010) evidenciam que há uma grande produção de estudos sobre precauções-padrão, e uma escassez sobre precauções de contato entre paciente e os profissionais de saúde. Os autores apontam fatores que dificultam a adesão à HM e aos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) utilizados para as precauções de contato. Estes fatores podem estar relacionados ao esquecimento de utilização (HM e luvas de procedimento), desconforto em virtude do calor gerado pelo mesmo (capote) e a falta estrutura física.

Quanto à utilização de luvas de procedimento, percebe-se falta de esclarecimento e conhecimento quanto à indicação e utilização adequada das mesmas, nas diversas atividades realizadas (FEREIRA et al., 2009). Cita-se o exemplo de uma prática inadequada: o uso de luvas de procedimento em rotinas como arrumação da cama do paciente sem a presença de fluidos corporais.

A OMS recomenda que luvas devam ser usadas para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais e para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro. A mesma reitera que os profissionais de saúde devem ter

ciência de que luvas não oferecem proteção completa contra a contaminação, razão que justifica a importância da correta HM antes de calçar as luvas (BRASIL, 2011).

Ainda, destaca que os patógenos podem ter acesso às mãos dos profissionais que utilizam luvas por meio de pequenos defeitos nas mesmas ou por contaminação das mãos durante a sua remoção. Essa possibilidade fortalece a necessidade básica de também realizar a HM para garantir sua descontaminação após a remoção das luvas (BRASIL, 2011). Nesses casos, a higienização das mãos é uma oportunidade preventiva que não deve ser perdida.

Neste estudo, não foram avaliadas a qualidade de desempenho e a estrutura física, com instrumentos específicos para este fim. Sabe-se que, para a redução da disseminação de microrganismos, faz-se necessária a oferta de condições para os profissionais de saúde higienizarem adequadamente as mãos. Nesse sentido, ao serem questionados quanto à estrutura física e treinamento para a HM, maioria afirmou ter recebido treinamento em higienização das mãos **39 (73,6%)**, bem como a existência de alguma preparação alcoólica disponível para higienização das mãos na instituição **54 (100%)**.

No que tange à legislação brasileira, a RDC nº 50, da ANVISA, publicada em 2002, dispõe sobre normas e projetos físicos de estabelecimentos de assistência à saúde, definindo a obrigatoriedade de lavatórios de uso exclusivo para a HM pela equipe que assiste o paciente (BRASIL, 2002).

Corroborando, Santos et al. (2014), ao avaliar o indicador de infraestrutura para higiene das mãos preconizado pela ANVISA, conclui que, apesar de a infraestrutura física estar adequada e próxima do valor ideal (83,3%), são necessárias ações e estratégias para superar barreiras físicas e ampliar a utilização de preparações alcoólicas.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA DE HM

Neste estudo, foram acompanhados **59** profissionais de saúde, durante três sessões de observação. Observaram-se **166** oportunidades para HM, durante 111 dias de acompanhamento.

O tempo médio de duração de cada acompanhamento foi de **11 minutos (DP=50 segundos)**. A maioria dos acompanhamentos aconteceu no turno diurno (**66%**). O turno e o tempo de acompanhamento podem estar relacionados aos

critérios de inclusão dos participantes da pesquisa e à rotatividade dos profissionais de saúde nas escalas diárias de trabalho.

Riveros; Zambrano; Amado (2012) realizaram um estudo semelhante na Colômbia, observando os “Meus cinco momentos para HM” em 180 oportunidades, com 26 profissionais de saúde. Ao encontro do exposto acima, a maioria das oportunidades observadas aconteceu com a equipe de enfermagem (69,4%) no turno diurno (55%).

Contribuindo, estudo com metodologia semelhante, que objetivou aplicar a estratégia multimodal da OMS e incentivar a utilização de preparações alcoólicas, teve sessões de acompanhamento, com tempo médio de duração de 16 minutos (intervalo de 1 - 51 minutos), média maior do que a realizada neste estudo (ALLEGIANZI et al., 2010).

Na caracterização da prática de HM, maior percentual das indicações foi observado no primeiro acompanhamento (**59; 35,5%**). A indicação “após contato com o paciente” foi observada em **45 (27%)** acompanhamentos, seguida da indicação “após contato com áreas próximas ao paciente”, observada em **40 (24,9%)** acompanhamentos.

Esses resultados vão ao encontro dos estudos de Steed et al. (2011), Prado et al. (2012) e Souza et al. (2015), que realizaram a maioria das observações diante das indicações “após contato com o paciente” (35,9% e 31,3%), “após contato com áreas próximas ao paciente” (20% e 27,2%) e “após contato com o paciente e áreas próximas” (62%). Assim, é importante refletir que os profissionais de saúde podem estar preocupados com o risco de aquisição de doenças após realização de procedimentos, uma vez que estão expostos a fluidos corporais e regiões potencialmente contaminadas (GUEDES et al., 2012).

A minoria das indicações observadas (**7,8%**) foi referente ao momento “antes de procedimento asséptico”. Souza et al. (2015) apresentam resultado semelhante (5,4%) e sinalizam o uso de luvas como uma barreira importante que pode interferir na adesão à HM antes deste momento. Isso se deve ao fato de que o profissional pode substituir o uso de luvas pela HM, relacionando o ato de higienizar as mãos somente com a autoproteção e o autocuidado (NEVES et al., 2006; PRADO et al., 2012; SOUZA et al., 2015), deixando de lado a disseminação de microrganismos, a proteção e a segurança do paciente.

Ressalta-se que a higienização das mãos com fricção alcoólica foi observada em **16 (9%)** oportunidades. Diferentemente da higienização das mãos com água e sabonete, que foi observada em **74 (45%)** oportunidades. Estes resultados nos remetem ao desconhecimento e à falta de rotina de friccionar as mãos com preparações alcoólicas. Nessa perspectiva, pode-se afirmar que o hábito e a crença pessoal podem exercer maior influência na adesão do que no conhecimento das medidas de precaução e controle das IRAS (OLIVEIRA; CARDOSO; MASCARENHAS, 2010).

Outro ponto importante a ser abordado diz respeito às recomendações nacionais sobre o uso de preparações alcoólicas para a HM, publicadas pela ANVISA. Conforme Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 42 (BRASIL, 2010), é obrigatório o uso das preparações alcoólicas na HM, nos serviços de saúde, independentemente do nível de complexidade do serviço, desde que haja a comprovação da eficácia antimicrobiana por testes *in vitro* ou *in vivo* (PRADO; MARAN, 2014).

As vantagens das preparações alcoólicas em relação aos demais produtos para HM são descritas e comprovadas na literatura científica. Percebe-se que o desafio envolve a incorporação e a aceitabilidade deste produto (EZAIAS, 2012), nas práticas assistenciais diárias. Muitas são as variáveis e os desafios institucionais que envolvem a utilização das preparações alcoólicas.

As variáveis diretas estão relacionadas à obrigatoriedade do uso das preparações alcoólicas nos serviços de saúde e à existência de algumas lacunas nas normativas oficiais a este respeito. As indiretas referem-se à eficácia do procedimento, à sua duração, ao volume do produto a ser aplicado e às indicações para HM (PRADO; MARAN, 2014).

5.3 ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS

Evidenciou-se baixa taxa de adesão global à HM (**54,2%**). Encontram-se, em diversos estudos, variações entre as taxas de adesão reportadas à HM pelos profissionais de saúde: 8% (ALLEGIANZI, 2010), 18,9% (RIVEROS; ZAMBRANO; AMADO, 2012), 20% (QUSHMAQ et al., 2008), 26,5% (BATHKE et al., 2013), 43,7% (SOUZA et al., 2015), 47% (SALMON, 2014) e 84,5% (SODRÉ DA COSTA, 2013).

Contudo, diferentes fatores podem estar relacionados à baixa adesão (PITTET et al., 2000; HERRERA-USAGRE et al., 2014). Entre eles serviços de saúde com recursos limitados, superlotados, com inadequada ou nenhuma separação espacial entre camas (SALMON et al., 2015), a estrutura física, que inclui as pias mal localizadas (BURKE, 2003; SANTOS et al., 2014; BATHKE et al., 2013), o uso de luvas (FERREIRA et al., 2009), a habilidade (RAJCEVIC et al., 2012), as atitudes e motivação (BURNETT, 2009), a importância atribuída pelo profissional de saúde para o risco de não estar em conformidade com as recomendações para HM, além da formação recebida e do tempo dispensado para esta (NAIR et al., 2014).

Autores ainda apontam fatores referentes à carga de trabalho, ao estresse, à realização de atividades com alto risco de transmissão cruzada de patógenos, falta de conhecimento sobre o protocolo de higienização das mãos, falta de exemplo positivo de seus superiores, maus hábitos, simples esquecimento, irritação e ressecamento da pele causado pelo uso sucessivo de produtos (PITTET et al., 2000; BURKE, 2003; PITTET; DONALDSON, 2005; PRADO et al., 2012; EZAIAS, 2012).

Estudos apontam que a categoria profissional pode ser um fator de risco para a adesão à HM (PITTET et al., 2000; WHO, 2009b). Neste estudo, os enfermeiros e os fisioterapeutas obtiveram o maior percentual de adesão (**66,6%**) e os médicos residentes, o menor (**41,4%**). Ao encontro deste resultado, Souza et al. (2015) reportou maior taxa de adesão entre os fisioterapeutas (53,5%).

Corroborando, adesão semelhante à dos fisioterapeutas (76,2%) foi encontrada em estudo observacional, realizado no Canadá (QUSHMAQ et al., 2008). Discordando destes resultados, estudos realizados no Brasil e na Colômbia reportaram baixa adesão à HM entre os fisioterapeutas (19,4% e 5%, respectivamente) (RIVEROS; ZAMBRANO; AMADO, 2012; BATHKE et al., 2013).

Ainda, estudos semelhantes com delineamento prospectivo e observacional, realizados em UTI, reportaram baixa adesão à HM e valores semelhantes entre enfermeiros (25%; 22,7%) e médicos residentes (20,8%; 25,2%) (PRADO et al., 2012; RIVEROS; ZAMBRANO; AMADO, 2012).

Quanto à categoria profissional dos técnicos de enfermagem, Souza et al. (2015) identificou menor adesão (29,8%) do que aquela aqui evidenciada (**50,6%**). Ressalta-se a importância dos técnicos de enfermagem higienizarem as mãos, visto que são os profissionais que possuem maior contato direto com o paciente, durante 24 horas (SOUZA et al., 2015).

Ao comparar a adesão entre as categorias profissionais verificou-se que os enfermeiros aderiram mais à HM que os técnicos de enfermagem ($p= 0,037$). Resultado diferente foi evidenciado por Riveros, Zambrano, Amado (2012), que encontraram maior adesão entre médicos do que com os enfermeiros, tendo diferença estatística entre médicos e fisioterapeutas ($p= 0,004$).

Quanto à medida de efeito, neste estudo, os enfermeiros higienizaram as mãos 2,83 vezes mais quando comparados aos técnicos de enfermagem (OR: 2,83; IC:95% [1,08 – 7,4]). Qushmaq et al. (2008) encontrou resultado significativo entre os fisioterapeutas (OR: 2,05; IC: 95% [0,67-6,30]), quando comparados aos enfermeiros. O mesmo concluiu que é necessário utilizar ações com abordagem multimodal para melhorar a adesão à HM.

Nesse sentido, ações concretas que permeiam a prática assistencial têm sido desenvolvidas em todo o mundo, podendo estas ser multimodais ou não (NAIKOBA; HAYWARD, 2001). Quanto às ações multimodais, cita-se como exemplo o estudo de Fernàndes-Prada et al. (2014) que desenvolveu ações com o objetivo de descrever a estratégia multimodal para adesão à HM e diminuir as IRAS. Foram utilizadas atividades referentes a: vigilância ativa de IRAS e *feedback* aos profissionais; avaliação da HM por meio da técnica e mensuração do grau de contaminação e *feedback* aos profissionais; organização de um curso específico para a segurança do paciente; e desenvolvimento de material informativo. A porcentagem de redução da IRAS foi de 22,7%.

Percebe-se que esse estudo vai ao encontro do desafio global (PITTET; DONALSON, 2005), pois conseguiu sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância de trabalhar promovendo segurança ao paciente (FERNÀNDEZ-PRADA et al., 2014), por meio do desenvolvimento e da implementação de estratégias para a promoção da HM.

5.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A coleta de dados realizada somente por um coletador pode ser entendida como um limitador, pois reduziu o número de observações. Como bônus, acredita-se que este fato diminuiu o viés do coletador durante as observações.

Outro limitador foi o uso indiscriminado de luvas de procedimentos, dificultando a avaliação das indicações à HM. O espaço físico também dificultou a

coleta durante as observações, pois o PSA estava em reformas em todo o período da coleta de dados.

O efeito *hawthorne*, apesar de não ter sido comprovado estatisticamente, foi observado nos resultados referentes à adesão à HM. Não se descarta a possibilidade de mudança de comportamentos e atitudes relacionada à observação.

No que se refere ao instrumento de coleta “Teste de Conhecimentos” (APÊNDICE F), o sexto participante da pesquisa relatou erro de digitação na questão nº 26. Neste momento, a pesquisadora corrigiu e conferiu todas as cópias do instrumento. Após, procurou os cinco primeiros respondentes, que aceitaram responder a questão novamente. Ainda sobre o Apêndice F, os participantes relataram dificuldade na interpretação de português nas questões nº 21n, 22c, 24a e 24b.

Finalmente, a ausência de estudos nacionais e internacionais nas bases pesquisadas, que tivessem como cenário de assistência o PSA e que utilizassem o questionário “Teste de Conhecimentos”, limitou a discussão e comparação dos resultados encontrados neste estudo. Outro fator foi a utilização de distintos instrumentos de avaliação pelos diferentes estudos.

6 CONCLUSÕES

Diante dos **objetivos propostos** para a realização deste estudo, os resultados permitiram as seguintes conclusões:

6.1 QUANTO À CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E LABORAIS DOS PARTICIPANTES QUE RESPONDERAM O TESTE DE CONHECIMENTO (N= 53):

- 64,2% dos profissionais de saúde eram do sexo feminino;
- 35,3 anos ($\pm 6,4$) era a idade média;
- trabalhavam em média havia 2 anos ($\pm 3,4$) na instituição;
- 49% trabalhavam no turno diurno;
- 86,8% não realizavam horas extras;
- 100% não exerciam cargo de chefia;
- 83% não possuíam outro emprego;
- 38,5% referiram ter outra formação;
- 58,8% afirmaram ter pós-graduação.

6.2 QUANTO À ADESÃO À HM (N= 59):

- a adesão total à HM foi de 54,2%;
- maior adesão à HM foi encontrada entre os enfermeiros e os fisioterapeutas (66,6%);
- ao comparar a adesão entre as categorias de profissionais, os enfermeiros aderiram mais à HM que os técnicos de enfermagem ($p= 0,037$) e que os médicos residentes ($p= 0,02$);
- ao calcular a razão de chances (RC), o resultado foi significativo ao nível de 5% comparando a categoria dos enfermeiros com a categoria dos técnicos de enfermagem, isto é, a chance de os enfermeiros higienizarem as mãos é 2,83 vezes a chance dos técnicos de enfermagem.

6.3 QUANTO AO CONHECIMENTO SOBRE A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS (N=53):

- questões com porcentagem de acertos abaixo de 40% foram referentes a: fonte de transmissão, momentos para HM, transmissão aos pacientes por seus próprios organismos;
- questões com porcentagem de acertos acima de 90% foram referentes a: via de transmissão, técnica, produtos, e transmissão ao profissional de saúde;
- os resultados evidenciam baixa adesão e conhecimento restrito sobre os benefícios da utilização do álcool para a HM.

7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES A PARTIR DOS RESULTADOS EVIDENCIADOS

Esta dissertação teve como objeto de estudo o conhecimento e a adesão dos profissionais de saúde na prática de higienizar as mãos. Para obtenção dos resultados descritos anteriormente, foi realizado um estudo com delineamento longitudinal, que permitiu acompanhar os profissionais de saúde durante a assistência ao paciente.

Acredita-se que este diagnóstico sobre HM realizado no PSA possa servir de subsídio às práticas assistenciais seguras neste e em outros cenários semelhantes ao que foi descrito. Ainda, ações de melhoria poderão ser planejadas junto à equipe multiprofissional, de forma a repercutir positivamente nas taxas de adesão à HM.

Assim, neste último capítulo, foi realizada uma reflexão focada na adesão à HM e prevenção das IRAS, com base nas cinco dimensões/questões fundamentais para mensuração e monitoramento da segurança ao paciente (VINCENT; BURNETT; CARTHEY, 2014; URBANETTO; MAGNAGO, 2014).

– *Dano ocorrido (o cuidado ao paciente no passado foi seguro?).*

Sabe-se que, ao longo dos anos, as instituições de saúde, respaldadas em estudos produzidos pela comunidade científica, legislações nacionais e internacionais, vêm desenvolvendo mecanismos, metodologias, sistemas e processos clínicos para monitorar e mensurar a HM com vistas à redução das IRAS.

Nesse sentido, faz-se necessário analisar o cenário de saúde e a assistência ao paciente no passado com foco na segurança. Com o intuito de perceber fatores que contribuíram para eventos adversos relacionados à não adesão à HM e às IRAS, ou seja, fatores que causaram danos físicos e/ou psicológicos evitáveis ao paciente até este momento.

– *Confiabilidade (os sistemas e processos clínicos são confiáveis?).*

Após análise do cenário de saúde e da assistência ao paciente no passado, será possível avaliar a existência e a confiabilidade dos processos clínicos e sistemas de monitoramento da HM por parte dos profissionais de saúde.

– *Sensibilidade às operações (o cuidado é seguro hoje?).*

A partir deste diagnóstico, faz-se necessário institucionalizar e divulgar as diretrizes, recomendações e indicações para a HM. Contextualizando a importância da adesão a esta prática, associando à segurança do paciente e à autoproteção do profissional de saúde.

Outro ponto importante refere-se à implementação de um sistema de monitoramento à HM em tempo real, tornando segura a assistência ao paciente o tempo todo. Nesse sentido, existem diferentes métodos para monitorar a adesão à HM (questionários autoaplicáveis, observação direta das oportunidades de HM, cálculo de uso de suprimentos).

– *Antecipação e preparação (o cuidado será seguro no futuro?).*

Ao implementar um sistema de monitoramento à HM que fornecerá indicadores e taxas, será possível realizar análise contínua do cenário de assistência e dos profissionais de saúde, a fim de realizar ações proativas na identificação de riscos potenciais que possam comprometer a segurança do paciente (URBANETTO; MAGNAGO, 2014).

Ainda, o uso de instrumentos, indicadores de adesão à HM e taxas de IRAS poderão prever precocemente as ameaças relacionadas à cultura de segurança, à estrutura física, ao dimensionamento e capacitação dos profissionais de saúde. A estratégia multimodal da OMS pode ser uma ferramenta importante a ser utilizada neste processo, pois faz uma ponte entre diferentes métodos de monitoramento, com a intenção de promover a adesão à HM.

– *Integração e aprendizagem (estamos respondendo e melhorando?).*

Por último, após analisar, avaliar, institucionalizar e monitorar a prática relativa à HM e às IRAS, estas informações poderão ser utilizadas pelos cenários de assistência para promover aprendizagem e melhorias na instituição.

Nesse sentido, faz-se necessário aproximar os SCIHs e núcleos de segurança do paciente aos profissionais de saúde que atuam nos cenários de assistência. Para que possam inter-relacionar-se formando parcerias para a aprendizagem e efetivação de práticas seguras na assistência ao paciente e promoção de um ambiente com cultura de segurança.

Por último, reportam-se evidências desfavoráveis à hipótese deste estudo. Pois percebe-se que os profissionais de saúde precisam ser redirecionados para práticas seguras fundamentais para o aumento da adesão à HM e a promoção da SP. Ou seja, carecem de treinamentos *in loco* para que possam rever suas as práticas assistenciais e atualizar conhecimentos sobre transmissão de microrganismos ao paciente, aos profissionais de saúde, precauções e isolamento.

REFERÊNCIAS

- ALLEGIANZI, B. et al. Successful Implementation of the World Health Organization Hand Hygiene Improvement Strategy in a Referral Hospital in Mali, Africa. **Infect Control Hosp Epidemiol**, Suíça, v. 31, n. 2, p. 133-141, feb. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20017633>>. Acesso em: 16 jan. 2016.
- BATHKE, J. et al. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 78-85, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472013000200010> . Acesso em: 16 jan. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200010>.
- BLOCK, L. et al. Variability in hand hygiene practices among internal medicine. **Am J Infect Control**, EUA, v. 41, p. 1107-1108, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24176771>>. Acesso em: 16 jan. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2013.03.303>.
- BOYCE, J. M.; PITTET, D. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the Hand Hygiene Task Force Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. **MMWR Recomm Rep**. Suíça, v. 25, p. 1-44, oct. 2002. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5116a1.htm>>. Acesso em: 16 jan. 2016.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. 1 ed. Brasília: ANVISA, 2013.a, 172 p.
- _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Luvas cirúrgicas e luvas de procedimentos: considerações sobre o seu uso. **Boletim Informativo de Tecnovigilância**, Brasília, 5 p. abr./jun. 2011.
- _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº. 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 out. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html>. Acesso em: 16 jan. 2016.
- _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 mar. 2002. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ca36b200474597459fc8df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.+50,+DE+21+DE+FEVEREIRO+DE+2002.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 16 jan. 2016.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das mãos. **Ministério da Saúde**, Brasil, 105 p. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_hi_gienizacao_maos.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2016.

_____. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2014. 40 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1377 de 09 de Julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente: Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Ulcera por Pressão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. d Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em: 16 Jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2095 de 24 de Setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente: Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. e Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em: 16 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. c Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 16 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde; ANVISA; FIOCRUZ. Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. **Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente**, Brasília, 2013. b.

_____. Portaria 2.616, de 12 de maio de 1998. Dispõe a respeito do controle de infecção hospitalar. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 mai. 1998. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8c6cac8047457a6886d6d63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%B0+2.616,+DE+12+DE+MAIO+DE+1998.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 16 jan. 2016.

_____. Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 16 jan. 2016.

BURKE. J. P. Infection control: A problem for patient safety. **New England Journal of Medicine**, Inglaterra, n.348, p. 351-356, feb. 2003. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMhpr020557>>. Acesso em: 16 jan. 2016. DOI: 10.1056/NEJMhpr020557.

BURNETT, E. Perceptions, attitudes, and behavior towards patient hand hygiene. **Am J Infect Control**, EUA, v. 37, n. 8, p. 638-642, July, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19628304>>. Acesso em: 16 jan. 2016. DOI: 10.1016/j.ajic.2009.04.281.

CASSIANI, S. H. B. **Acordos básicos de cooperação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. Ata inaugural da constituição da Rede no Brasil. São Paulo, 2008.

COUTO, R.; PEDROSA, T.; NOGUEIRA, J. **Infecção Hospitalar: Epidemiologia, controle e tratamento**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, 2003.

CRUZ, E. D. A. et al. Higienização de Mãos: 20 anos de divergências entre a prática e o idealizado. **Ciencia y Enfermeria**, Concepción, v. 15, n. 1, p. 33-38, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532009000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 jan. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100005>.

DUNN-NAVARRA, A. M. Relationship between systems-level factors and hand hygiene adherence. **Journal of Nursing Care Quality**. v. 26, n. 1, p. 30-38, Jan. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2927786/>> Acesso em: 10 jul. 2014. DOI: 10.1097/NCQ.0b013e3181e15c71.

EZAIAS, G. M. **Estratégia Multimodal na Promoção da Higiene das Mãos: Atributos para Aceitação e Tolerância das Preparações**. 2012, 112 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) - Universidade São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2012.

FERNANDES, A. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERNÁNDEZ-PRADA, M. et al. Estrategia multimodal para la prevencion de la infeccion relacionada con la asistencia sanitaria en el Servicio de Angiología y Cirugía Vasculuar. **Elsevier España – Angiología**, v. 66, n. 5, p. 227-233, sept./oct. 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003317014000406?np=y>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

FERREIRA, A. M. et al. Conhecimento da equipe de enfermagem acerca do uso de luvas no contexto hospitalar. **Rev. Eletr. Enf**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 628-634, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a21.htm>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

GENTILE, S. et al. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. **BMC Health Services Research**. p. 36, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2846926/pdf/1472-6963-10-66.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2016. DOI: 10.1186/1472-6963-10-66.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

GOLD, H. Vancomycin resistant enterococci: mechanism and clinical observation. **Clinical Infectious Disease**, Oxford, v. 33, n. 2, p. 210-219, 2001. Disponível em: <<http://cid.oxfordjournals.org/content/33/2/210.full.pdf+html>>. Acesso em: 10 jun. 2014. DOI: 10.1086/321815.

GOULD, D. J. et al. Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. **Journal of Hospital Infection**. v. 8, n. 9, p. 193-202, sept. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20824842>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

GUEDES, M. et al. Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo o modelo de crenças em saúde. **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 17, n. 2, p. 304-309, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/27886/18494>>. Acesso em: 13 fev. 2016.

HERRERA-USAGRE, M. et al. Profesionales de salud ante la mejora de la higiene de las manos: estrategias clásicas versus estrategias avanzadas. **Rev. chil. Infectol**, Santiago, v. 31 n. 5, p. 534-541, oct. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/rci/v31n5/art04.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2016.

HUSM. Hospital Universitário de Santa Maria. **Departamento de Estatística**. Santa Maria, 2014b.

_____. Hospital Universitário de Santa Maria. **Departamento de Estatística**. Santa Maria, 2015.

_____. Hospital Universitário de Santa Maria. **Departamento de Recursos Humanos**. Santa Maria, 2014a.

KOHN, K. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. editors. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academy Press, 2000. Disponível em: <<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>>. Acesso em: 03 out. 2014.

LEVENTHAL, D. D.; LAVASANO, L.; REITER, D. Hand-washing Practices of Facial Plastic Surgeons. **Arch Facial Plast Surg**, v. 11, n. 4, p. 230-234, july/aug. 2009. Disponível em: <<http://archfaci.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=407431>>. Acesso em: 31 jan. 2014.

MATHUR, P. Hand hygiene: Back to the basics of infection control. **Indian J Med Res**. v. 134, n. 5, p. 611-620, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3249958/>>. Acesso em: 31 jan. 2016. DOI: 10.4103/0971-5916.90985.

MERCOSUR. **XXIII Reunión de Ministros de Salud del Mercosur**. Montevideo, p. 6 nov. 2007. Disponível em: <http://www.mercosur.int/msweb/SM/Noticias/Actas%20Estructura/DEPENDIENTES%20DEL%20CMC/Reuni%C3%B3n%20Ministros/RMS/PLENARIO/2007_ACTA02/ACTA/RMS_2007_ACTA02_ES.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2016.

MUMFORD, V. et al. Disentangling quality and safety indicator data: a longitudinal, comparative study of hand hygiene compliance and accreditation outcomes in 96 Australian hospitals. **BMJ Open**. v. 4, n. 9, p. 9, feb. 2014. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/4/9/e005284.full.pdf+html>>. Acesso em: 10 out. 2014.

NAIKOBA, S.; HAYWARD, A. The effectiveness of interventions aimed at increasing handwashing in healthcare workers - a systematic review. **Journal of Hospital Infection**, v. 47, n. 3, p. 173-180, mar. 2001. Disponível em: <[http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(00\)90882-X/abstract](http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(00)90882-X/abstract)>. Acesso em: 10 out. 2014.

NAIR, S. S. et al. Knowledge, Attitude, and Practice of Hand Hygiene among Medical and Nursing Students at a Tertiary Health Care Centre in Raichur, India. **ISRN Preventive Medicine**, p. 4, feb. 2014. Disponível em: <<http://www.hindawi.com/journals/isrn/2014/608927/cta/>>. Acesso em: 31 jan. 2016. DOI:10.1155/2014/608927.

NEVES, Z. C. P. et al. Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 8, jul./ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/pt_v14n4a12.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000400012>.

OLIVEIRA, A. C.; CARDOSO, C. S.; MASCARENHAS, D. Precauções de contato em unidade de terapia intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para a adesão dos profissionais. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 161-165, jan./fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100023&lng=pt&nrm=iso&tling=pt>. Acesso em: 10 jan. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100023>.

OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A. O. Monitoração da adesão À higienização das mãos: uma revisão de literatura. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 407-413, mai./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/16.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300016>

_____. Infecções Relacionadas ao Cuidar em Saúde no Contexto da Segurança do Paciente: Passado, Presente e Futuro. **Revista Mineira de Enfermagem-REM**, Minas Gerais, v.17, n.1, p. 217-225, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/592>>. Acesso em: Acesso em: 10 jun. 2014.

OPAS. (Organização Pan-Americana da Saúde); ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Manual para Observadores**: estratégia Multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Brasília: OPAS/ANVISA, 2008, p. 58.**a**

OPAS. (Organização Pan-Americana da Saúde); ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Guia para implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos**. Brasília: OPAS/ANVISA, 2008, p. 63.**b**

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. 3. Reimpressão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014, p. 576.

PEREZ-PEREZ, P. et al. Higiene de las manos: conocimientos de los profesionales y áreas de mejora. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 149-160, enero, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n1/0102-311X-csp-31-01-00149.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00106913>.

PITTET, D. et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. **Lancet**. v. 356, n. 9238, p. 1307-1312, oct. 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11073019>>. Acesso em: 10 jun. 2014. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02814-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02814-2).

PITTET, D.; DONALSON, L. Clean care is safer care: The first global challenge. WHO World Alliance for Patient Safety. **Am J Infect Control**, EUA, v.26, n.11, p. 476-479, nov. 2005. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/information_centre/ICHE_Nov_05_CleanCare_1.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

PITTET, D.; ALLEGRANZI, B.; BOYCE, J. The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and Their Consensus Recommendations. **Infect Control Hosp Epidemiol**. v. 30, n. 7, p. 611-622, july. 2009. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1086/599166>

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

PRADO, M. et al. Estratégia de Promoção à Higienização das Mãos em Unidade de Terapia Intensiva. **Ciência Cuidado Saúde**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 557-564, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16366>>. Acesso em: 10 jun. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v11i3.16366>.

PRADO, M. F.; MARAN, E. The challenge in the use of alcoholic preparations for hand hygiene in healthcare services. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 544-547, july/sept. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000300544&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 08 dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140078>.

PRIMO, M. G. et al. Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário. **Rev. Eletr. Enf**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 266-271, abr./jun. 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a06.htm>. Acesso em: 08 dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/10.5216/ree.v12i2.7656>.

QUSHMAQ, I. et al. Hand hygiene in the intensive care unit: prospective observations of clinical practice. **Pol Arch Med Wewn**, v. 118, n. 10, p. 543-547, oct. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19112814>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

- RAJCEVIC, S. et al. Knowledge, habits and attitudes of health care workers about hand hygiene. **HealthMED**. v. 6, n. 4, p. 1418-1423, jan. 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/272179039_Knowledge_habits_and_attitudes_of_health_care_workers_about_hand_hygiene>. Acesso em: 10 jun. 2014.
- RIVEROS, E. P.; ZAMBRANO, P.; AMADO, P. Adherencia a las guías de higiene de manos en cuidado intensivo: el caso de una clínica privada. **Journal: MEDICINA U.P.B.** v. 31, n. 2, p. 127-134, jul./dic. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159026906006>>. Acesso em: 10 jun. 2014.
- ROETHLISBERGER, F. J.; DICKSON, W. J.; WRIGHT, H. A. **Management and the Worker: An Account of a Research Program Conducted by the Western Electric Company, Hawthorne Works, Chicago.** Cambridge, Ma: Harvard University Press, 1967.
- ROTTER, M. L. Hand washing and hand disinfection. In: MAYHALL, C. G. **Hospital epidemiology and infection control**. 2. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999. p. 1339-1355.
- ROTTER, M. L. Special problems in hospital antisepsis. In: RUSSEL, HUGO & AYLIFFE 'S. **Principles and practice of disinfection, preservation and sterilization**. 4. ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2004. p. 540-542.
- RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 1, p. 18-26, jan. 2009. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/21/1/18.full.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzn057>.
- RYAN, K. et al. Development of a standardised approach to observing hand hygiene compliance in Australia. **Healthcare Infection**, v. 17, n. 4, p. 115-121, dec. 2012. Disponível em: <<http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=967432109465093;res=IELHE A>>. Acesso em: 29 jul. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1071/HI12022>.
- SALMON, S. et al. Beginning the journey of hand hygiene compliance monitoring at a 2,100-bed tertiary hospital in Vietnam. **Am J Infect Control**, EUA, v. 42, n. 1, p. 71-73, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24388472>>. Acesso em: 03 jun. 2014. doi: 10.1016/j.ajic.2013.07.011.
- SALMON, S. et al. The 'My five moments for hand hygiene' concept for the overcrowded setting in resource-limited healthcare systems. **Journal of Hospital Infection**, EUA, n. 91, p. 95-99, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25997803>>. Acesso em: 10 jan. 2016. doi: 10.1016/j.ajic.2013.07.011.
- SANTOS, T. C. R. et al. Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 70-77, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n1/pt_1983-1447-rgenf-35-01-00070.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.40930>.

SAX, H. et al. Determinants of good adherence to hand hygiene among healthcare workers who have extensive exposure to hand hygiene campaigns. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v. 28, n. 11, p. 1267-1274, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17926278>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

SCHNEIDER, J. et al. Hand Hygiene Adherence is Influenced by the Behavior of Role Models. **Pediatr Crit Care Med**, v. 10, n. 3, p. 360-363, may. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19325501>>. Acesso em: 03 jun. 2014. DOI: 10.1097/PCC.0b013e3181a32f16.

SIEGEL, J. D. et al. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. **American Journal of Infection Control**, v. 35, n. 10, p. s65-s164, dez. 2007. Disponível em: <[http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(07\)00740-7/pdf](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(07)00740-7/pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2007.10.007>.

SILVA, F. M. et al. Higienização das mãos e segurança do paciente pediátrico. **Ciência Y Enfermería**, Concepción, v. 19, n. 2, p. 99-109, mayo/agoto, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n2/art_10.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200010>.

SILVA, V. D. **Infecção relacionada à assistência à saúde: Conhecimento, habilidade e atitude dos acadêmicos de enfermagem e medicina**. 2012. 153 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

SODRÉ DA COSTA, L. S. et al. Measuring hand hygiene compliance in a hematology-oncology unit: A comparative study of methodologies. **Am J Infect Control**, v. 41, n. 11, p. 997-1000, nov. 2013. Disponível em: <[http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(13\)00668-8/abstract](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(13)00668-8/abstract)>. Acesso em: 01 fev. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2013.03.301>

SON, C. et al. Practically speaking: Rethinking hand hygiene improvement programs in health care settings. . **Am J Infect Control**, v. 39, n. 9, p. 716-724, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21664001>>. Acesso em: 03 jun. 2014. DOI: 10.1016/j.ajic.2010.12.008.

SOUZA, L. M. et al. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 21-28, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/49090/35654>>. Acesso em: 31 jan. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.49090>.

STEED, C. et al. Hospital hand hygiene opportunities: where and when (HOW2)? The HOW2 Benchmark Study. **Am J Infect Control**, v. 39, n. 1, p. 19-26, feb. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21281883>>. Acesso em: 03 jun. 2014. DOI: 10.1016/j.ajic.2010.10.007.

STEVEN, J. et. al. Effectiveness of a comprehensive hand hygiene program for reduction of infection rates in a long-term care facility. **Am J Infect Control**, v. 41, n. 1, p. 39-44, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22750034>>. Acesso em: 03 jun. 2014. DOI: 10.1016/j.ajic.2012.02.010.

STEWARTSON, A. et al. Back to the future: rising to the Semmelweis challenge in hand hygiene. **Future Microbiol**, v. 6, n. 8, p. 855-876, aug. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21861619>>. Acesso em: 03 jun. 2014. DOI: 10.2217/FMB.11.66.

THE JOINT COMMISSION. **Measuring hand hygiene adherence: overcoming the challenges**. EUA, [s.n.], 2009. 232 p. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh_monograph.pdf>. Acesso em: 08 set. 2014.

URBANETTO, J. S.; MAGNAGO, T. S. B. S. Segurança do paciente: algumas reflexões. **Revista Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 3, p. 2, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/16202/pdf>>. Acesso em: 31 nov. 2014. DOI: 10.5902/2179769216202.

VINCENT, C.; BURNETT, S.; CARTHEY, J. Safety measurement and monitoring in healthcare: a framework to guide clinical teams and healthcare organisations in maintaining safety. **BMJ Qual Saf**, v. 23, n. 8, p. 670-677, aug. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24764136>>. Acesso em: 27 set. 2014. DOI:10.1136/bmjqs-2013-002757.

VINCENT, J. L. Nosocomial infections in adult intensive-care units. **Lancet**, v. 361, n. 9374, p. 2068-2077, june, 2003. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)13644-6/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)13644-6/fulltext#article_upsell)>. Acesso em: 06 out. 2014. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13644-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13644-6).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety research**. França: WHO; 2009. 16 p. a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Training Film: A tool to help convey the concept of the "5 moments for hand hygiene" to health-care workers. DVD (27 min). 2011. Disponível em: <http://www.who.int/gpsc/media/training_film/en/#>. Acesso em: 20 mar. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advanced Draft): **A summary. Clean hands are safer hands**. Geneva: WHO Press, 2005. 34 p. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH_en.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. **First Global Patient Safety Challenge**. Clean Care is Safer Care. Geneva: WHO Press, 2009. 270 p. Disponível em: <<http://www.who.int/gpsc/5may/background/5moments/en/>>. Acesso em: 20 mar. 2013. b.

ZABALA, A.; ARNAU, L. **Como aprender e ensinar competências**. Tradução de Carlos Henrique. Lucas Lima. Porto Alegre: Artmed, 2010. 197 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA PÓS-GRADUAÇÃO APRESENTADAS NA V SEMANA CIENTÍFICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

SEGURANÇA DO PACIENTE E HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA PÓS-GRADUAÇÃO

ZOTTELE, Caroline¹ ; LANES, Taís Carpes² ; MAGNAGO, Tania Solange Bosi de Souza³

¹Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem (TSEE). Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde. Relatora. carolzottele@hotmail.com.

²Graduanda do Curso de Enfermagem do CCS/UFSM. Bolsista de iniciação científica PROIC-HUSM.

³Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem CCS/UFSM.

INTRODUÇÃO: Ao longo dos anos, as práticas de saúde evoluíram, e as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) continuam a representar um evento adverso na assistência (EZAIAS, 2012). Embora a higienização das mãos (HM) seja uma precaução padrão eficaz na redução de IRAS, a mesma continua sendo um grande desafio nos campos da prática assistencial e da pesquisa. **JUSTIFICATIVA:** Diante do exposto, é importante visualizar qual o enfoque dado pelos pesquisadores brasileiros nas produções sobre segurança do paciente e higienização das mãos. **OBJETIVO:** Identificar as produções brasileiras de teses e dissertações sobre segurança do paciente e higienização das mãos. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada em junho de 2014. Buscaram-se resumos de teses e dissertações sobre a temática, publicados no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), entre 2010 e 2012, e nos catálogos da ABEn (Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem – CEPEn) entre 2004 e 2013. Os critérios de exclusão foram: publicações que não tivessem relação com o objetivo da revisão e resumos incompletos. No Banco da CAPES, utilizou-se a estratégia de busca com as palavras-chave combinadas “segurança do paciente” e “higiene das mãos”. Nos Catálogos da ABEn, foram utilizadas as palavras “segurança do paciente” e “higienização das mãos”. Para análise dos dados, realizou-se uma leitura crítica e mapeamento dos resumos por meio de um formulário contendo as categorias: objetivo, delineamento do estudo, local do estudo, amostra, organização e coleta de dados, análise dos dados, resultados. **RESULTADOS:** No Banco de Teses e Dissertações da CAPES foram encontradas 16 produções e nos Catálogos da ABEn, três, totalizando 19 produções. Após critérios de exclusão, foram analisados 12 resumos. Com relação à natureza, todos foram produzidos nas ciências da saúde, sendo 10 dissertações entre 2010 e 2012 e duas teses em 2004 e 2012. Quanto à abordagem, 11 foram quantitativas e uma revisão de literatura. Quanto ao local, foram produzidas nas Regiões Sudeste (50%), Sul (33%) e Nordeste (17%). Em relação ao cenário de estudo, predominou o ambiente hospitalar (54%), principalmente a unidade de terapia intensiva. Os principais resultados sugerem investigações com métodos educativos multimodais no que tange ao conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre HM, índices de infecção e custo hospitalar (BRANCA, 2012). Destacam a importância da educação permanente (NAGLIATE, 2012 ; HELBEL, 2012), infraestrutura (SALOMÃO, 2011) e acessibilidade das preparações alcoólicas (EZAIAS, 2012) para a adesão da HM. **CONCLUSÃO:** Este estudo proporcionou um panorama sobre os diferentes enfoques dados à temática durante o período pesquisado, apontando lacunas no que tange às pesquisas sobre HM e segurança do paciente. Como dificuldades na execução desta revisão, apontamos o

banco de Teses e Dissertações – CAPES estar em manutenção, a apresentação de resumos de forma incompleta, e o delineamento das produções mal definido ou não especificado.

DESCRITORES: segurança do paciente, higienização das mãos, enfermagem.

REFERÊNCIAS

EZAIAS, G. M. **Estratégia Multimodal na Promoção da Higiene das Mãos: Atributos para Aceitação e Tolerância das Preparações.** Mestrado Acadêmico. USP. 2012.

BRANCA, S. B. P. **A Higienização das Mãos e a Relação com os índices de Infecção e Custos Hospitalares.** Mestrado Profissional. ULBRA. 2012.

NAGLIATE, P. C. **Desenvolvimento de Educação Permanente com Tecnologia Móvel: Avaliação em um Curso sobre Higienização das Mãos e Uso de Luvas.** Doutorado em Enfermagem. USP/ RIBEIRÃO PRETO. 2012

HELBEL, C. **Prática de Higiene das Mãos em Uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Antes e Após uma Campanha Educativa.** Mestrado Acadêmico. UEM. 2012.

SALOMAO, C. H. D. **Acessibilidade da Preparação Alcoólica para Higiene das Mãos: um Desafio Institucional.** Mestrado Acadêmico. USP. 2011.

APÊNDICE B – CONVITE E SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CONVITE

Santa Maria, 10 de fevereiro de 2015

Temos a satisfação de convidá-los para participar do Projeto de Pesquisa: “Higienização das mãos: adesão e conhecimento dos profissionais de saúde em unidade de pronto-socorro”. *Esta pesquisa* está vinculada ao grupo de pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação em Enfermagem”, mestrado vinculado à Universidade Federal de Santa Maria. Tem como objetivo avaliar o conhecimento e a adesão dos profissionais de saúde a respeito da higienização das mãos.

Certas de sua adesão ao projeto, agradecemos antecipadamente.

Prof.^a Dr.^a Tania Solange Bosi de Souza Magnago

Enf.^a Mestranda em Enfermagem Caroline Zottele

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Título do projeto: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: CONHECIMENTO E ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UNIDADE DE PRONTO-SOCORRO

Pesquisador responsável: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Mestranda (autora do projeto): Caroline Zottele

Instituição/Departamento: Departamento de Enfermagem, CCS/UFSM.

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8263. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1339, 97105-970 - Santa Maria/RS.⁵

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria/Universidade Federal de Santa Maria

Eu, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, responsável pela pesquisa “**Segurança do paciente e higienização das mãos: conhecimento e adesão dos profissionais de saúde em unidade de pronto-socorro**”, e a acadêmica mestranda Caroline Zottele, autora da pesquisa, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa **pretende** avaliar o conhecimento e a adesão dos profissionais de saúde a respeito da higienização das mãos em unidade de emergência, no Hospital Universitário de Santa Maria/UFSM. Terá **duração** de 12 meses (período de coleta dos dados, análise, discussão e apresentação dos resultados). A justificativa para a realização desta pesquisa dá-se pelo fato de ser importante compreender a adesão a esta prática, a fim de propor estratégias para a segurança do paciente.

As respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, pois os dados apresentados serão relativos ao coletivo dos trabalhadores e não individuais.

Os **dados coletados** serão utilizados nesta pesquisa. Os **resultados serão divulgados** em eventos e/ou revistas científicas. A sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em ser observado quanto à adesão às práticas referentes à higienização das mãos e responder a um questionário, durante o seu turno de trabalho. As perguntas serão feitas pelo pesquisador e acadêmico de enfermagem que foram capacitados para desenvolverem este trabalho. Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. Os questionários respondidos serão guardados por cinco anos na sala 1339, do prédio 26, CCS/UFSM, sob guarda da pesquisadora responsável. Após serão incinerados.

⁵ Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria/RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br.

Poderá haver **desconforto** relacionado à questão de responder ao questionário e ser acompanhado durante o desenvolvimento de algum procedimento durante o seu trabalho. Sua participação poderá ser interrompida a qualquer instante, sem qualquer ônus. Os **benefícios** relacionados com a sua participação são indiretos, ou seja, as informações coletadas fornecerão subsídios para a construção de conhecimento em Saúde e Enfermagem e poderão contribuir numa perspectiva de Promoção e Educação em Saúde relacionados à segurança do paciente.

Todos os dados coletados, depois de organizados e analisados pelos pesquisadores, poderão ser divulgados e publicados, ficando estes (os pesquisadores) comprometidos em apresentar o relatório final nesta instituição, para que possamos, efetivamente, conhecer a nossa realidade.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa⁶.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Uma cópia desse documento (TCLE) permanecerá com o pesquisador responsável e outra com você.

Autorização

Eu,, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Santa Maria, ____ de ____ de 2015

Assinatura do informante e n° do RG

Nome e assinatura da Coordenadora do Projeto

⁶ Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria/RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E SEGURANÇA DOS DADOS

Título do projeto: “HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: CONHECIMENTO E ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UNIDADE DE PRONTO-SOCORRO”

Pesquisador responsável: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Pesquisador mestrando: Caroline Zottele

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ PPG em Enfermagem

Telefone para contato: (55)96632667

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos profissionais cujos dados serão coletados por meio de instrumento para observar a adesão à HM e questionário para avaliar o conhecimento sobre HM. Salienta-se que estas informações serão utilizadas nesta pesquisa e poderão compor um banco de dados para o Grupo de Pesquisa “Trabalho Saúde e Educação em enfermagem”, Linha de pesquisa “Saúde, Segurança e Meio Ambiente”. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Prof.^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, na sala 1339, do prédio 26, do Departamento de Enfermagem/CCS/UFSM. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 10 de março de 2015, com o número do CAAE 40396215.4.0000.5346

Santa Maria, 10 de março de 2015

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
Pesquisadora responsável/orientadora

APÊNDICE E – FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

Nº do instrumento: _____ Quest _ _

Formulário de Observação

Cat. Prof.: E ₁ F ₂ TE ₃ MR ₄ M ₅		CP_	Código do Profissional: _____
Data (dd.mm.aaaa): _____. _____. _____. _____. Turno: M ₁ T ₂ N ₃ Início da Sessão (h:min): ____:____ Fim da Sessão (h:min): ____:____ Duração da Sessão (min): _____			D ₁ / / T ₁ _
Op	Indicação	Ação	Observações
1	1 antes do contato com o paciente	1 fricção com álcool	
	2 antes da realização de procedimentos assépticos	2 água e sabonete	
	3 após risco de exposição a fluidos corporais	3 não realizada	
	4 após contato com o paciente		
	5 após contato com as superfícies e objetos próximos ao paciente		
Data (dd.mm.aaaa): _____. _____. _____. _____. Turno: M ₁ T ₂ N ₃ Início (h:min): ____:____ Fim (h:min): ____:____ Duração da Sessão (min): _____			D ₂ / / T ₂ _
Op	Indicação	Ação	Observações
2	1 antes do contato com o paciente	1 fricção com álcool	
	2 antes da realização de procedimentos assépticos	2 água e sabonete	
	3 após risco de exposição a fluidos corporais	3 não realizada	
	4 após contato com o paciente		
	5 após contato com as superfícies e objetos próximos ao paciente		
Data (dd.mm.aaaa): _____. _____. _____. _____. Turno: M ₁ T ₂ N ₃ Início (h:min): ____:____ Fim (h:min): ____:____ Duração da Sessão (min): _____			D ₃ / / T ₃ _
Op	Indicação	Ação	Observações
3	1 antes do contato com o paciente	1 fricção com álcool	
	2 antes da realização de procedimentos assépticos	2 água e sabonete	
	3 após risco de exposição a fluidos corporais	3 não realizada	
	4 após contato com o paciente		
	5 após contato com as superfícies e objetos próximos ao paciente		

I₁ _
A₁ _

DS₁ _

I₂ _
A₂ _

D₂ / /
T₂ _

DS₂ _

I₃ _
A₃ _

D₃ / /
T₃ _

DS₃ _

APÊNDICE F – TESTE DE CONHECIMENTO A RESPEITO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE









Nº do instrumento: _____

Cat. Prof.: E₁ F₂ TE₃ MR₄ M₅

Código do Profissional: _____

IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL: PRONTO – SOCORRO ADULTO

Teste de Conhecimento a Respeito da Higienização das Mãos para Profissionais de Saúde

- ▶ Marque apenas uma resposta para cada pergunta.
- ▶ Por favor, leia as perguntas com atenção antes de respondê-las. Suas respostas serão mantidas em sigilo.

▶ PEQUENO GLOSSÁRIO:

- **Preparação alcoólica:** uma preparação contendo álcool (sob as formas solução, gel ou espuma) destinada à fricção anti-séptica das mãos para destruir os microorganismos.
- **Fricção anti-séptica das mãos:** aplicação nas mãos de uma preparação alcoólica.
- **Higienização simples das mãos:** higienizar as mãos com água e sabonete comum (não associado a anti-séptico).

1. Data: ___/___/___

2. Gênero: Masculino Feminino

3. Data de Nascimento: ___/___/___

4. Profissão: Enfermeiro Fisioterapeuta Técnico de Enfermagem
 Médico Residente Médico

5. Ano de conclusão da graduação ou do curso técnico: _____

6. Outra formação que não exigida pelo cargo: Sim Não Qual: _____7. Exerce algum cargo de chefia: Sim Não

8. Tempo de atuação na instituição: _____

9. Tempo de atuação na Unidade Atual: _____

10. Turno de Trabalho: Manhã Tarde Noite11. Possui Outro Emprego: Sim Não12. Realiza horas Extras: Sim Não

13. Departamento (por favor, selecione o departamento/clínica que está mais próximo ao seu):

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Clínica Cirúrgica | <input type="checkbox"/> Unidade de Tratamento Intensivo | <input type="checkbox"/> Clínica Médica/Cirúrgica |
| <input type="checkbox"/> Unidade de Emergência | <input type="checkbox"/> Obstetrícia | <input type="checkbox"/> Pediatria | <input type="checkbox"/> Instituição de Longa Permanência |
| <input type="checkbox"/> Ambulatório | <input type="checkbox"/> Outro | | |

14. Você recebeu algum treinamento em higienização das mãos? Sim Não

15. Existe alguma preparação alcoólica disponível para higienização das mãos na sua instituição? Sim Não

16. Qual das seguintes é a principal rota de transmissão cruzada de microrganismos potencialmente patogênicos entre pacientes em serviços de saúde? **(marque apenas uma resposta)**

- Mãos do profissional de saúde quando não estão higienizadas
- Circulação do ar no hospital
- Exposição do paciente a superfícies colonizadas (p.ex, leitos, cadeiras, mesas, piso)
- Compartilhar objetos não invasivos (p.ex., estetoscópios, aparelho de pressão, etc.) entre os pacientes

17. Qual é a fonte de microrganismos mais frequente responsável pelas infecções relacionadas à assistência à saúde? **(marque apenas uma resposta)**

- Microrganismos no sistema de água do hospital
- Microrganismos no ar do hospital
- Microrganismos já presentes no paciente ou nas proximidades dele
- Microrganismos no ambiente hospitalar (objetos e superfícies)

18. Qual é o tempo mínimo necessário para a preparação alcoólica destruir a maioria dos microrganismos nas suas mãos? **(marque apenas uma resposta)**

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 3 segundos | <input type="checkbox"/> 10 segundos |
| <input type="checkbox"/> 20 segundos | <input type="checkbox"/> 1 minuto |

19. Quais das seguintes afirmações sobre técnicas de higienização das mãos com preparação alcoólica são "Verdadeiras"?

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A preparação alcoólica deve cobrir todas as superfícies de ambas as mãos | <input type="checkbox"/> Verdadeiro | <input type="checkbox"/> Falso |
| <input type="checkbox"/> As mãos têm de estar secas antes do uso | <input type="checkbox"/> Verdadeiro | <input type="checkbox"/> Falso |
| <input type="checkbox"/> Pode-se secar as mãos com papel toalha após fricção das mãos com a preparação alcoólica | <input type="checkbox"/> Verdadeiro | <input type="checkbox"/> Falso |

20. Quais dos seguintes itens devem ser evitados por estarem associados à possibilidade de colonização das mãos?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Uso de jóias | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Pele danificada | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Unhas artificiais/postiças | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Uso regular de um creme para as mãos | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

21. Que tipo de higienização das mãos é necessário nas seguintes situações?

- | | | | |
|---|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antes de escrever no prontuário do paciente | <input type="checkbox"/> Fricção álcool | <input type="checkbox"/> água e sabonete | <input type="checkbox"/> Nenhum |
| <input type="checkbox"/> Antes de contato com o paciente | <input type="checkbox"/> Fricção álcool | <input type="checkbox"/> água e sabonete | <input type="checkbox"/> Nenhum |
| <input type="checkbox"/> Ao chegar na unidade após o almoço | <input type="checkbox"/> Fricção álcool | <input type="checkbox"/> água e sabonete | <input type="checkbox"/> Nenhum |
| <input type="checkbox"/> Antes de aplicar uma injeção | <input type="checkbox"/> Fricção álcool | <input type="checkbox"/> água e sabonete | <input type="checkbox"/> Nenhum |
| <input type="checkbox"/> Antes de esvaziar o urinol | <input type="checkbox"/> Fricção álcool | <input type="checkbox"/> água e sabonete | <input type="checkbox"/> Nenhum |
| <input type="checkbox"/> Antes de abrir a porta do quarto do paciente | <input type="checkbox"/> Fricção álcool | <input type="checkbox"/> água e sabonete | <input type="checkbox"/> Nenhum |

g. Após aplicar uma injeção	<input type="radio"/> Fricção álcool	<input type="radio"/> água e sabonete	<input type="radio"/> Nenhum
h. Após esvaziar o urinol	<input type="radio"/> Fricção álcool	<input type="radio"/> água e sabonete	<input type="radio"/> Nenhum
i. Após remoção de luvas de procedimento	<input type="radio"/> Fricção álcool	<input type="radio"/> água e sabonete	<input type="radio"/> Nenhum
j. Ao deixar o paciente	<input type="radio"/> Fricção álcool	<input type="radio"/> água e sabonete	<input type="radio"/> Nenhum
k. Após arrumação da cama do paciente	<input type="radio"/> Fricção álcool	<input type="radio"/> água e sabonete	<input type="radio"/> Nenhum
l. Após exposição visível ao sangue	<input type="radio"/> Fricção álcool	<input type="radio"/> água e sabonete	<input type="radio"/> Nenhum
m. Após contato com um paciente com diarreia	<input type="radio"/> Fricção álcool	<input type="radio"/> água e sabonete	<input type="radio"/> Nenhum
n. Antes da desinfecção do leito após a alta do paciente	<input type="radio"/> Fricção álcool	<input type="radio"/> água e sabonete	<input type="radio"/> Nenhum

22. Quais das seguintes afirmações sobre a fricção anti-séptica das mãos com preparação alcoólica e a higienização das mãos com água e sabonete são verdadeiras?

- | | | |
|--|----------------------------------|-----------------------------|
| a. Friccionar as mãos com preparação alcoólica é mais rápido do que higienizá-las com água e sabonete | <input type="radio"/> Verdadeiro | <input type="radio"/> Falso |
| b. Friccionar as mãos com preparação alcoólica resseca mais a pele do que higienizá-las com água e sabonete | <input type="radio"/> Verdadeiro | <input type="radio"/> Falso |
| c. Friccionar as mãos com preparação alcoólica é mais eficaz contra os microrganismos do que higienizá-las com água e sabonete | <input type="radio"/> Verdadeiro | <input type="radio"/> Falso |

23. Quais das seguintes ações de higienização das mãos evita a transmissão cruzada de microrganismos ao paciente?

- | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| a. Higienização das mãos antes de contato com o paciente | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| b. Higienização das mãos após o contato com o paciente | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| c. Higienização das mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| d. Higienização das mãos após exposição a superfícies e objetos próximos ao paciente | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |

24. Quais das seguintes ações de higienização das mãos evita a infecção do paciente por seus próprios microrganismos?

- | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| a. Higienização das mãos antes de contato com o paciente | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| b. Higienização das mãos após o contato com o paciente | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| c. Higienização das mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| d. Higienização das mãos imediatamente antes de realização de procedimento asséptico | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |

25. Quais das seguintes ações de higienização das mãos evita a infecção do profissional de saúde?

- | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| a. Higienização das mãos após o contato com o paciente | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| b. Higienização das mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| c. Higienização das mãos imediatamente antes de realização de procedimento asséptico | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| d. Higienização das mãos após exposição a superfícies e objetos próximos ao paciente | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |

26. Quais das seguintes superfícies podem contaminar suas mãos com microrganismos que você pode transmitir aos pacientes se não higienizá-las antes de tocá-lo?

- | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| a. A maçaneta da porta do quarto do paciente | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| b. A roupa de cama do próprio paciente | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| c. A pele intacta de outro paciente | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| d. A pele intacta do próprio paciente | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| e. O prontuário do paciente | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| f. As paredes do quarto do paciente | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| g. A mesa de cabeceira de outro paciente | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |

Muito obrigado por seu tempo!

Todas as precauções cabíveis foram tomadas pela Organização Mundial de Saúde para verificar as informações contidas neste documento. Entretanto, o material publicado está sendo distribuído sem qualquer tipo de garantia, seja expressa, seja implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso deste material é do leitor. Em hipótese alguma a Organização Mundial de Saúde se responsabilizará por danos provindos do seu uso.

A OMS agradece ao Hospital Universitário de Genebra (HUG), em especial aos membros do Programa de Controle de Infecção, pela participação ativa no desenvolvimento deste material.

TESTE DE CONHECIMENTO SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ANEXOS

ANEXO A – COMO HIGIENIZAR AS MÃOS COM ÁGUA E SABONETE?

Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, friccione as mãos com preparações alcoólicas!

 Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg

		
<p>Molhe as mãos com água.</p>	<p>Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.</p>	<p>Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si.</p>
		
<p>Estregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.</p>	<p>Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais.</p>	<p>Estregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.</p>
		
<p>Estregue o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.</p>	<p>Frictione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.</p>	<p>Enxágue bem as mãos com água.</p>
		
<p>Seque as mãos com papel toalha descartável.</p>	<p>No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.</p>	<p>Agora, suas mãos estão seguras.</p>

ANEXO B – COMO FAZER A FRICÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS COM PREPARAÇÕES ALCOÓLICAS?

Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!



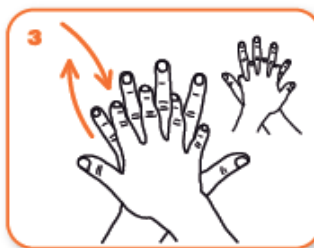
Duração de todo o procedimento: **20 a 30 seg**



1a Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



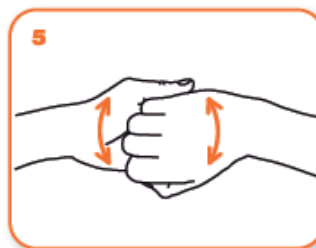
2 Friccione as palmas das mãos entre si.



3 Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



4 Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



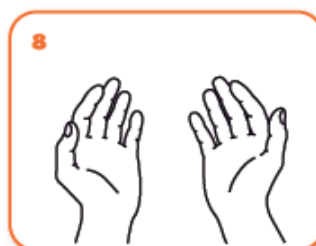
5 Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



6 Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



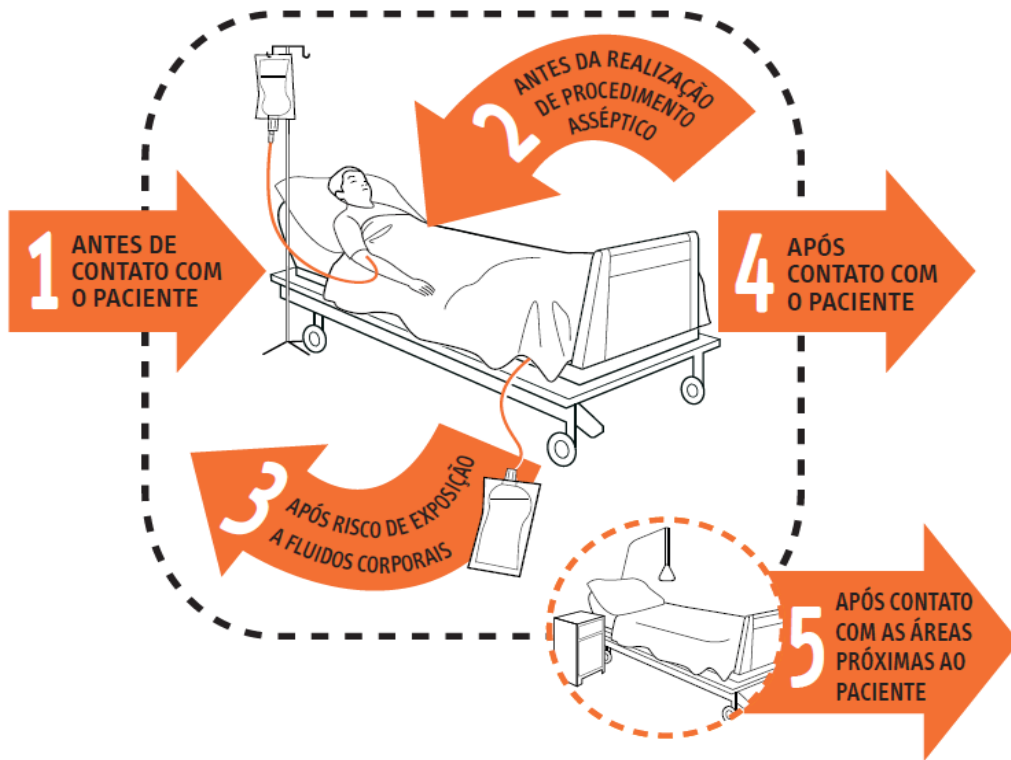
7 Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.



8 Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

ANEXO C – MEUS CINCO MOMENTOS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



1 ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
2 ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASSÉPTICO	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
4 APÓS CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.
5 APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

WORLD ALLIANCE
for PATIENT SAFETY

Organização
Pan-Americana
de Saúde
Organização Mundial de Saúde

SUS
Ministério da Saúde

ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Ministério da Saúde
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

World Health Organization

A Organização Mundial de Saúde tomou todas as precauções cabíveis para verificar a informação contida neste informativo. Entretanto, o material publicado está sendo distribuído sem qualquer garantia expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso deste material é do leitor. A Organização Mundial de Saúde não se responsabilizará em hipótese alguma pelos danos provocados pelo seu uso.

A OMS agradece ao Hospital Universitário de Genebra (HUG), em especial aos membros do Programa de Controle de Infecção, pela participação ativa no desenvolvimento deste material.

ANEXO D – COMPROVANTE DE REGISTRO JUNTO AO GABINETE DE PROJETOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Santa Maria, 26 de janeiro de 2015

Ao Hospital Universitário de Santa Maria

Setor de Gerenciamento e Pesquisa


Venho através deste solicitar ao Setor de Gerenciamento e Pesquisa, acesso, junto à Divisão de Gestão de Pessoas - DivGP, à lista de funcionários estatutários e celetistas do Pronto-Socorro Adulto, contendo as seguintes categorias: enfermeiros, médicos, médicos residentes, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas.

A lista dos funcionários será utilizada para a coleta de dados do projeto vinculado ao PPGEnf da Universidade Federal de Santa Maria, intitulado “Higienização das mãos: conhecimento e adesão dos profissionais de saúde em unidade de pronto-socorro”, sob orientação da Enf.^a Dr.^a Tania Solange Bosi de Souza Magnago. O mesmo foi autorizado pelo GEP em 31/12/2014 e PELO Comitê de Ética em Pesquisa – CAAE: 40396215.4.0000.5346.

Atenciosamente,

Enf.^a Mestranda em Enfermagem Caroline Zottele

ANEXO E – COMPROVANTE DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS (GEP)



**Gerência de Ensino e Pesquisa
do Hospital Universitário de Santa Maria**

FOLHA DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS

Nº Inscrição GEP: 1412014 Data: 16/12/2014

Pesquisador: TANIA S. SOARES Função: PROFESSORA

SIAPE: 3224365 Telefone: (51) 333-2119 Unidade/Curso: ENFERMAGEM E-mail: taniasoares@h.usma.br

Título: Seguimento de Paciente e Avaliação da Qualidade em Urgência

TIPO DE PROJETO: Pesquisa Extensão Institucional

FINALIDADE ACADÊMICA: TCC Especialização Dissertação Tese Outro

TIPO DE PESQUISA: Inovações Tecnológicas em Saúde Operacional Clínica Básica
 Políticas Públicas de Saúde

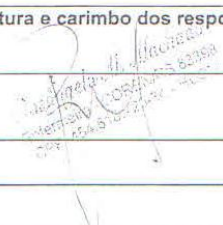
FONTE DE FINANCIAMENTO: Recursos Próprios HUSM Agência Pública de fomento nacional
 Agência Pública de fomento internacional Indústria Farmacêutica
 Grupo de Pesquisa

OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto e com o setor envolvido.

TANIA S. SOARES
 Pesquisador Responsável

Avaliação e Aprovação Setorial

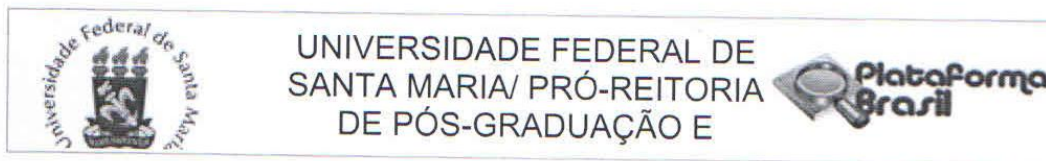
Atenção Chefia: favor ler o projeto e avaliar as condições de realização no Setor antes de assinar.

Setores envolvidos	Concorda com o projeto	Assinatura e carimbo dos responsáveis
<u>Ds Anísio</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

PARECER COMISSÃO CIENTIFICA GEP: Aprovação Data: 31/12/2014

PARECER: AO CEP Prof.ª Suzinara B. S. de Lima Data: 31/12/2014

Prof.ª Suzinara Beatriz Soares de Lima
 Chefe da Divisão de Enfermagem
 HUSM - EBSEH
 COREN 56.571

ANEXO F – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE E HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: CONHECIMENTO E ADESÃO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Pesquisador: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40396215.4.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 934.215

Data da Relatoria: 10/03/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto corresponde a uma dissertação de mestrado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e que objetiva avaliar o conhecimento e a adesão dos profissionais de saúde a respeito da higienização das mãos em unidade de emergência. Trata-se de um estudo com delineamento longitudinal prospectivo que percorre a trajetória metodológica da pesquisa quantitativa.

O estudo será desenvolvido, na Unidade de Emergência do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), com os profissionais de saúde (20 enfermeiros, 17 residentes médicos (R1), 38 técnicos de enfermagem e 02 fisioterapeutas) que atuam na unidade elencada e mantém contato direto com o paciente estável. Todos os profissionais serão convidados a participar, mas o cálculo amostral relata que seriam necessários um mínimo de 58 profissionais. Na primeira avaliação os participantes serão sorteados conforme o turno de trabalho e categoria profissional. Na segunda e terceira avaliações estes serão acompanhados.

Os dados serão coletados, com instrumentos validados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), através da técnica de observação direta não participante com o "Formulário de observação", após

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

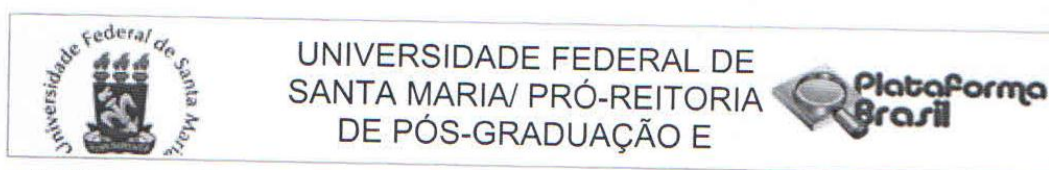
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 934.215

será aplicado o questionário intitulado "Teste de conhecimento a respeito da higienização das mãos para profissionais de saúde".

Tem-se como questão de pesquisa: Os profissionais de saúde, que atuam em unidade de emergência conhecem e aderem as práticas de higienização das mãos? A hipótese de estudo é que os trabalhadores possuem conhecimento sobre as boas práticas de higienização das mãos, mas a aderência é baixa.

O projeto apresenta cronograma e orçamento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: avaliar o conhecimento e a adesão dos profissionais de saúde a respeito da higienização das mãos em unidade de emergência.

Objetivos específicos

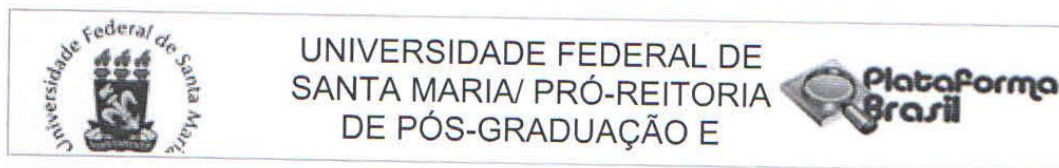
- Caracterizar os profissionais de saúde que atuam na unidade de emergência, quanto as variáveis sociodemográficas e laborais;
- Identificar a adesão dos profissionais de saúde a higienização das mãos em unidade de emergência;
- Analisar o conhecimento dos profissionais de saúde a higienização das mãos em unidade de emergência;
- Associar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos com a adesão desta prática.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "A presente pesquisa pode apresentar riscos mínimos aos participantes, ou seja, algum desconforto ao serem observados e ao responderem o questionário sobre conhecimento das boas práticas de Higienização das mãos, porém as dúvidas serão esclarecidas sempre que os participantes acharem necessário. Será respeitada a decisão dos mesmos em participar ou não da pesquisa, bem como sua desistência a qualquer momento."

Considera-se suficiente a discussão sobre os riscos uma vez que esta considerada a possibilidade da desistência em qualquer momento ao participar da pesquisa.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 934.215

Benefícios: Os benefícios serão indiretos. As informações coletadas fornecerão subsídios para a construção de conhecimento em Saúde e Enfermagem, para a elaboração de um diagnóstico, o qual poderá contribuir numa perspectiva de Promoção da cultura de segurança do paciente e de Educação em Saúde, proporcionando benefícios a instituição e aos pacientes de uma maneira geral. Também, poderão servir para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

Os benefícios estão adequadamente discutidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está muito bem escrito e apresenta ampla revisão bibliográfica. O tema é relevante e importante uma vez que as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) aumentam os encargos financeiros das instituições de saúde e influenciam na segurança do paciente a medida que contribuem para um maior tempo de internação, risco de resistência microbiana aos antimicrobianos e, muitas vezes, até ao óbito do paciente.

O cronograma está descrito de forma bastante detalhada e de acordo com a metodologia proposta.

O orçamento também está descrito de maneira detalhada e os custos serão absorvidos pelos pesquisadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

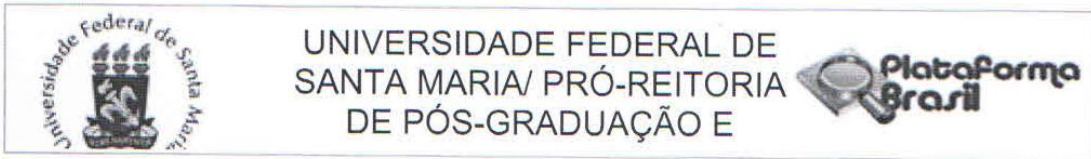
Registro no GAP, Folha de Rosto, Termo de Confidencialidade e Autorização Institucional estão apresentados de maneira adequada.

O TCLE foi reapresentado e possui todos os tópicos de apresentação obrigatória segundo Resolução 466/12.

Recomendações:

Corrigir o orçamento na plataforma ou projeto pois existe inconsistência de dados. No projeto consta orçamento final de R\$ 11.045,00 e na plataforma de R\$ 10.045,00.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 934.215

Como o projeto não foi reapresentado não foi possível verificar se a inconsistência foi corrigida.

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto como reapresentado não apresenta mais pendências e pode ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

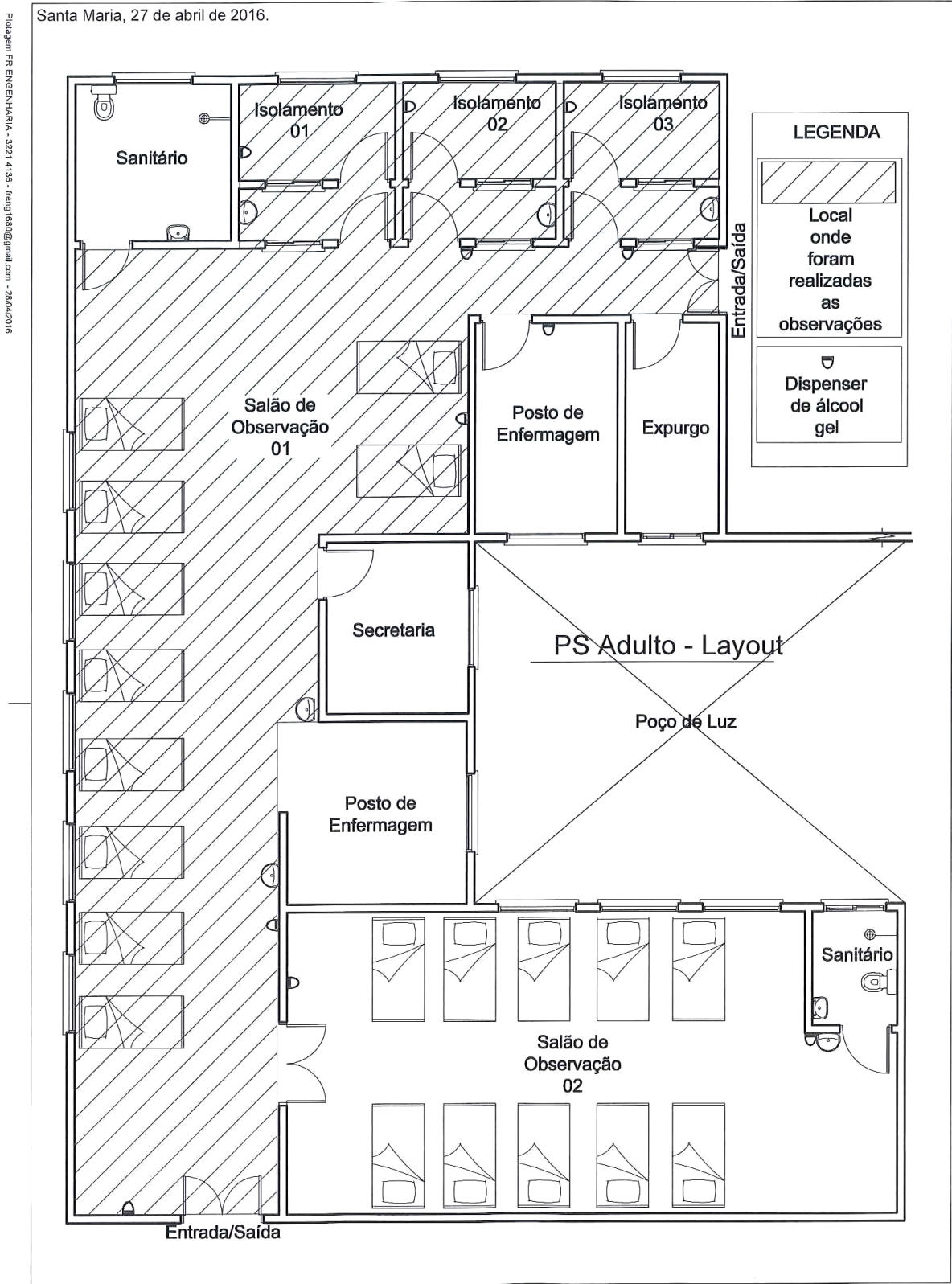
Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 17 de Janeiro de 2015

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

ANEXO G – PLANTA BAIXA DE PARTE DA ESTRUTURA FÍSICA DO PSA



Planojem FR ENGENHARIA - 3221 4136 - feeng158@gmail.com - 28/04/2016