

Gabriele Figueiró dos Santos

**ADESÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UMA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Santa Cruz do Sul

2020

Gabriele Figueiró dos Santos

**ADESÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UMA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de curso, apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como condição de aprovação parcial na disciplina Trabalho de Curso II

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Luciane Maria Schmidt Alves

Santa Cruz do Sul

2020

Santa Cruz do Sul, dezembro de 2020

**ADESÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UMA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

GABRIELE FIGUEIRÓ DOS SANTOS

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final, em\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup>Dra. Luciane Maria Schmidt Alves

Orientadora – UNISC

---

Prof.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup>Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug

UNISC

---

Prof.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup>Dra. Analidia Rodolfo Petry

UNISC

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por absolutamente tudo, principalmente por ter me mantido firme, desfrutando de muita saúde física, mental e focada no meu objetivo de concluir a graduação em enfermagem durante toda a minha caminhada acadêmica.

Meus pais que tornaram isso possível no momento em que iniciaram a minha educação, sempre me incentivaram a estudar e acreditaram na no meu potencial, me apoiaram e colaboraram para que esse processo fosse o mais proveitoso possível.

Meu marido Angelo que durante o caminho dessa jornada, se demonstrou muito mais que um companheiro, sendo meu amigo, meu orientador, meu incentivador, cuidando da casa e principalmente do nosso filho Bernardo com todo amor e carinho que sempre dedicou a nossa família.

Ao meu filho Bernardo, que foi inconscientemente o grande motivo para que eu voltasse a sala de aula, para poder proporcioná-lo um futuro com mais oportunidades e também para servir-lhe como exemplo e inspiração.

A minha sogra Marlene, que deu todo apoio durante essa jornada, tornando esse período menos exaustivo.

As minhas professoras e professores que contribuíram em minha formação acadêmica, meu crescimento pessoal e profissional. Levo com carinho e respeito o conhecimento dividido ao longo destes anos. Em especial a Prof.<sup>a</sup> Luciane que aceitou me orientar durante o temido TCC, me guiar nesse caminho e fazer desse momento de crescimento, amadurecimento, disciplina, tranquilidade e serenidade. Sempre se demonstrou flexível para atendermos as necessidades da disciplina em meio a tantas outras coisas que aconteciam concomitantemente nesse processo.

Aos profissionais que cruzaram o meu caminho, o meu muito obrigada por me auxiliarem e nesse processo de formação.

Aos que conheci e amigos que fiz, em especial Rociele das Freitas e Inês da Rosa Henn, muito obrigada, fizeram com que muitos momentos fossem menos estressantes e mais divertidos, os levarei pra sempre em minha lembrança e meu coração.

Enfim, são muitos os responsáveis por essa vitória, mas os que estão por trás dela nem sempre recebem mérito justo. Sei da importância de cada um de vocês e os dedico também este momento.

Dedicado este trabalho a pessoa mais importante da minha vida, meu filho, Bernardo Figueiró Esteves Bandeira. De onde veio toda a minha inspiração e força para concluir mais uma etapa da minha vida.

## RESUMO

**Objetivo:** Verificar a adesão dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) aos cinco momentos de HM. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, observacional, exploratório e com abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu em uma UTI, nos meses outubro e novembro de 2020, através de uma entrevista, com 14 sujeitos e um instrumento para observação dos cinco momentos para a HM. Os dados qualitativos foram analisados através da análise temática de acordo com Minayo. Os dados coletados através da observação foram analisados utilizando o cálculo de adesão e não adesão a HM aplicando o Formulário de Cálculo Básico. Também foi utilizado o Formulário para Cálculo Opcional de adesão por categoria profissional para apresentar a conduta dos profissionais de saúde em relação as cinco indicações para a HM, de acordo com OMS. **Resultados:** Observou-se a predominância do gênero feminino, com idade média de trinta e um anos, tempo de atuação em média de três anos, tempo de formação profissional média de oito anos e todos com dois anos de formação no mínimo. A taxa de adesão dos TE á HM foi de 39,79% e dos enfermeiros de 40,90%. Após o contato com o paciente houve uma maior taxa de adesão. Todos os profissionais receberam capacitações no último ano, reconheceram que o uso de luvas não substitui a HM e julgam a HM uma ação de cuidado consigo e com o paciente. Apenas um participante da pesquisa não considera o uso do álcool gel correto quando não tem tempo de HM. **Conclusão:** A taxa de adesão a HM teve um resultado negativo, principalmente a categoria profissional dos enfermeiros, por serem gerentes assistenciais têm papel monitorar, capacitar e identificar as fragilidades da equipe de enfermagem. Percebeu-se que os profissionais têm conhecimento sobre o tema, porém na prática esses resultados não condizem.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Higiene das mãos. Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Perfil sociodemográfico dos profissionais técnico enfermagem	32
Quadro 2- Perfil sociodemográfico dos profissionais enfermeiro	33
Quadro 3- Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a HM, o uso de luvas e uso do álcool gel	36
Quadro 4 – Conhecimento da equipe de enfermagem aos cinco momentos de HM preconizados pela OMS	36
Quadro 5 – Conhecimento do tempo necessário para realizar a HM adequada	37
Quadro 6 – Adesão dos técnicos de enfermagem á HM	38
Quadro 7 – Adesão dos enfermeiros á HM	39
Quadro 8 – Número de indicações de HM e resultado das ações dos TE	41
Quadro 9 – Número de indicações de HM e resultado das ações dos enfermeiros	42

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

HM	Higiene das mãos
TE	Técnico de enfermagem
OMS	Organização Mundial Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
2.1 Objetivo geral: .....	14
2.2 Objetivos específicos: .....	14
<b>3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>15</b>
3.1 Aspectos teóricos e conceituais sobre HM:.....	15
3.2 A assistência de enfermagem e a adesão dos profissionais à prática de HM .....	17
3.3 Segurança do paciente e HM dos profissionais de saúde: .....	21
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>24</b>
4.1 Delineamento da pesquisa .....	24
4.2 Local da pesquisa .....	25
4.3 Integrantes da pesquisa.....	26
4.4 Coleta dos Dados .....	27
4.5 Aspectos Éticos .....	28
4.6 Análise de Dados .....	29
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>32</b>
5.1 Perfil sociodemográfico dos profissionais .....	32
Quadro 1- Perfil sociodemográfico dos profissionais técnico enfermagem .....	32
Quadro 2- Perfil sociodemográfico dos profissionais enfermeiros .....	33
5.2 Capacitações recebidas pelos profissionais de enfermagem sobre HM .....	34
5.3 Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a HM, uso de luvas .....	35
Quadro 3- Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a HM, o uso de luvas e uso do álcool gel .....	36
Quadro 4 – Conhecimento da equipe de enfermagem aos cinco momentos de HM preconizados pela OMS .....	36
Quadro 5 – Conhecimento do tempo necessário para realizar a HM adequada .....	37
Quadro 6 – Oportunidades dos técnicos de enfermagem á HM.....	38
Quadro 7 – Oportunidades e adesão dos enfermeiros á HM .....	39
Quadro 8 – Número de indicações de HM e resultado das ações dos TE .....	41
Quadro 9 – Número de indicações de HM e resultado das ações dos enfermeiros ..	42
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>45</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro para entrevista perfil sociodemográfico dos profissionais ..</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICE B – Termo Consubstanciado do CEP</b> .....	<b>50</b>
<b>APÊNDICE C – Carta de Aceite Instituição Parceira</b> .....	<b>54</b>
<b>Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>55</b>

<b>ANEXO B – FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO C– Carta de Aceite Instituição Parceira .....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO D – Formulário de Cálculo Básico .....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO E – Formulário de Cálculo Opcional.....</b>	<b>60</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A contaminação das mãos dos profissionais de saúde pode ocorrer durante o contato direto com o paciente, com produtos e equipamentos ao seu redor, como bombas de infusão, barras protetoras das camas e estetoscópio, dentre outros. Bactérias multirresistentes e mesmo fungos podem fazer parte da microbiota transitória das mãos e assim se espalharem entre pacientes (ANVISA/MS, 2013). Desse modo, o profissional de saúde deve executar a higiene das mãos (HM) sempre antes ou após tocar o paciente, antes de realizar procedimentos limpos/assépticos, após contato com fluidos ou líquidos corpóreos e superfícies inanimadas próximas ao paciente (DE OLIVEIRA, 2016).

A prática de HM é estudada há muito tempo, especialmente a ligação entre os hospitais e as infecções. No século XIX, quando a medicina ainda era permeada pela Teoria da Geração Espontânea e pela Conceção Atmosférico-Miasmática, que James Young Simpson (1811-1870) evidenciou a prática de procedimentos cirúrgicos domiciliares, ao constatar que a mortalidade relacionada à amputação era de 41,6% quando efetuada no ambiente hospitalar e apenas 10,9%, no domicílio (ANVISA/MS, 2013).

Acontecimentos históricos marcam a trajetória para a inserção da HM nos serviços de saúde, com ênfase para a observação realizada em 1847 pelo médico Ignaz Philipp Semmelweis, o qual elencou a redução da mortalidade de parturientes ao fato dos profissionais de saúde utilizarem solução clorada para higienização prévia das mãos. Nesse entendimento, em 1854, durante a guerra da Criméia, Florence Nightingale reduziu as taxas de mortalidade com a adesão de medidas preventivas do tipo lavagem das mãos dos profissionais e higienização dos pacientes e das enfermarias (LLAPA-RODRÍGUEZ, 2018).

Nos dias de hoje, a educação continuada dos profissionais assistenciais com a estratégia multimodal para observação direta in loco e métodos de feedback imediato podem favorecer e incentivar a adesão à HM. A Educação Continuada é um grupo de práticas regulares que se destinam a mudanças específicas nos modelos hegemônicos de formação e atenção à saúde. É “um processo que busca proporcionar ao indivíduo a aquisição de conhecimentos, para que ele atinja sua capacidade profissional e desenvolvimento pessoal, considerando a realidade institucional e social” (ALVIM, 2019; SILVA, 2009).

A partir de 2008 foi elaborada uma proposta da chamada estratégia multimodal, que para sua prática utiliza o manual para observadores com objetivo de aprimorar à prática de

HM. As estratégias multimodais são as abordagens mais eficientes para favorecer as práticas de HM e exemplos bem sucedidos têm constatado sua eficiência na redução de infecções relacionadas à assistência à saúde (ARAUJO, 2016).

Este estudo também apresenta como justificativa a lavagem das mãos ser a ação de limpá-las com o uso de água e sabão, pretendendo diminuir a carga microbiana das mãos dos profissionais, desse modo, reduzir a transmissão de microrganismos entre pacientes, profissionais, equipamentos e mobiliários. Deduz-se que as predominantes fontes de patógenos no ambiente hospitalar são os pacientes colonizados e/ou infectados, os profissionais de saúde e os equipamentos e mobiliários próximos ao paciente (DE OLIVEIRA, 2016).

A microbiota transitória, que coloniza a camada superficial da pele, permanece por curto período de tempo e é susceptível de remoção pela higienização simples das mãos, com água e sabonete, por meio de fricção mecânica. É constantemente adquirida por profissionais de saúde ao longo do contato direto com o paciente (colonizados ou infectados), ambiente, superfícies próximas ao paciente, produtos e equipamentos contaminados (ANVISA/MS, 2013).

A sensibilização dos profissionais de saúde a respeito da importância da HM é imprescindível no contexto hospitalar quando se aborda o controle de infecção, pois a transmissão de infecção pode ocorrer, principalmente, pelas mãos da equipe que assiste ao paciente internado ou por artigos contaminados pelo contato com sangue, secreção ou excretas (ALMEIDA, 2019). Porém, é descrito na literatura que, mesmo tendo consciência sobre a essencialidade e importância da HM, os profissionais de saúde a realizam com menor assiduidade e por um menor período de tempo do que o recomendado pela OMS (DE OLIVEIRA, 2016).

Contudo, apesar do empenho feito pelos profissionais do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), a realização das práticas de HM ainda se mantém baixo, comumente inferior a 50%. Nos Estados Unidos, a taxa global dos profissionais da equipe multidisciplinar que aderem a HM gira em torno de 40%, alterando de 30 a 40% quando posta nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). No Brasil, a taxa de adesão gira em torno de 27%, sendo capaz de chegar a 45% após o contato com o paciente (ALVIM, 2019).

As mãos dos profissionais de saúde podem ser permanentemente colonizadas por microrganismos patogênicos, e em unidades com pacientes imunocomprometidos, comumente internados em unidades cirúrgicas e UTI podem ter um significativo papel aditivo como causa de infecção relativa à assistência à saúde (ANVISA/MS, 2013).

Considera-se que a avaliação das práticas de HM tornou-se uma medida que reflete as ações dos profissionais da equipe multidisciplinar diante às oportunidades preconizadas pela OMS, principalmente na UTI, julgada um setor crítico no ambiente hospitalar (ALVIM, 2019). Dentre os profissionais de saúde que prestam assistência direta ao paciente que mais mantêm relação com os pacientes, estão os técnicos de enfermagem, os quais executam assistência contínua. Constantemente, estes trabalhadores estão relacionados ao incidente de transmissão cruzada de microrganismos por meio deste contato direto, tornando a prática de HM essencial para a garantia da segurança do paciente (DE OLIVEIRA, 2016)

Verifica-se que o enfermeiro como gerente do cuidado é seguramente indispensável no incentivo a adesão da prática de HM pela equipe de enfermagem. Possivelmente, momentos de discussão, levantando as capacidades e adversidades dos profissionais, criação de metas e avaliação constante dos resultados na prática assistencial, utilizando-se de ferramentas e indicadores assertivos, poderiam ter impacto positivo na adesão a HM pela equipe de enfermagem. Para isso, faz-se necessário o interesse dos gestores e o trabalho em grupo na instituição para alcançar melhores resultados, reconhecendo a importância das boas práticas em saúde, o valor da cultura de segurança institucional, a atenuação de custos e o cumprimento dos preceitos éticos e legais (VASCONCELOS, 2018).

Nesse contexto, o presente estudo evidenciou o seguinte problema de pesquisa:

Como ocorre a adesão dos profissionais de enfermagem de uma UTI aos cinco momentos de higienização das mãos?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

Verificar a adesão dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) aos cinco momentos de higienização das mãos de acordo com a Organização Mundial de Saúde.

### **2.2 Objetivos específicos:**

Traçar o perfil sociodemográficos dos profissionais de enfermagem.

Observar os momentos que ocorrem a adesão da higienização das mãos dos profissionais de enfermagem.

### 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1 Aspectos teóricos e conceituais sobre HM:

A origem da palavra higiene é da Grécia, é uma palavra derivada de *hygeinos*, entendida como “o que é são”, ou mesmo “o que é sadio”. O termo poderia ser usado como um adjetivo, como forma de avaliar a saúde, havia a compreensão que as pessoas deveriam ter uma “saúde higiênica”. Ao longo do tempo higiene se tornou um substantivo e atualmente é entendida como um conjunto de hábitos realizados para conseguir saúde e bem-estar (TERUEL, 2019).

A HM é a medida individual mais simples e menos custosa para prevenir a disseminação das infecções relacionadas à assistência à saúde. O termo “lavagem das mãos” foi trocado por “higienização das mãos”, incluindo a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos (ANVISA, 2009).

A HM tem como objetivo: remoção de sujidade, suor, oleosidade, pelos, células descamativas e microbiota da pele, parando a transmissão de infecções veiculadas ao contato; prevenção e redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas (ANVISA, 2009).

Apesar de ser responsabilidade dos enfermeiros a prevenção e controle das infecções, suas intervenções são dependentes e relacionadas. Na prática os enfermeiros identificam esses desafios e sofrem com as consequências decorrente das dificuldades achadas para o controle das infecções (PEREIRA et al., 2005 apud DEWES, 2019). O enfermeiro da CCIH, dentro da organização hospitalar, realiza funções determinadas pela Portaria em vigor, sendo que muitas atividades são de caráter burocrático, o que a distância do cuidado mais direto com o paciente. O enfermeiro assistencial que no seu turno assume tarefas administrativas e assistenciais de maior complexidade junto ao paciente, sente a falta de maior envolvimento do enfermeiro da CCIH nos serviços proporcionados aos pacientes e funcionários, reduzindo, dessa forma, as adversidades encontradas para a realização de um trabalho em conjunto, objetivando os mesmos ideais (ALVES; ÉVORA, 2002 apud DAWES, 2019).

Apesar da complexidade da assistência à saúde ter aumentado nos últimos anos, tendo como decorrência o aumento dos riscos intrínsecos à infecção, a responsabilidade dos profissionais da saúde e dos serviços de saúde em não causar danos ao paciente ou

ao profissional da saúde permanece e é fundamental. Mesmo com os desenvolvimentos tecnológicos, bons padrões de limpeza ambiental e profissionais bem intencionados, as unidades assistenciais podem ser reservatórios de infecções. No entanto, há a pressão pelas organizações (fontes pagadoras, administradores de serviços de saúde) para fazer mais com menos recursos para tratar maior número de pacientes, com recursos humanos e materiais reduzidos, motivos estes que têm impacto na qualidade assistencial e ocorrência de IRAS (ANVISA, 2017).

A quantidade da adesão à HM nos serviços de saúde é uma atividade bastante desafiadora, pois não existe senso comum sobre um padrão metodológico a ser usado, sendo efetuada por vários métodos, incluindo a observação direta. A medida ideal de adesão seria o número de vezes que o profissional da saúde de fato higienizou suas mãos, dividido pelo número de oportunidades que ele teve para realizá-la. A OMS distinguiu essas oportunidades como os cinco momentos: antes do contato com o paciente; antes de um procedimento asséptico, depois de um risco de exposição a secreções corporais; após o contato com o paciente e após o contato com o ambiente e objetos do paciente no local onde ele se encontrava (TRANNIN, 2016).

A OMS acredita que 1,4 milhão de IRAS acontecem a qualquer instante no mundo, seja em países em desenvolvimento ou desenvolvidos. Nos Estados Unidos, estima-se que aconteçam cerca de 2 milhões de infecções relacionadas à assistência da saúde por ano. Tal situação gera em torno de 60 a 90 mil mortes, significando um custo de 17 a 29 bilhões de dólares. Há grande associação da falta de HM com os casos de infecção, uma vez que segundo a agência da Organização das Nações Unidas (2018), cerca de 70% dos profissionais de saúde e 50% das equipes que atuam em cirurgias não realizam frequentemente a HM do jeito correto (TERUEL, 2019).

A UTI é tida como epicentro das IRAS e com relação influenciadora na cadeia epidemiológica de transmissão. Essa situação, deve-se à particularidade dos pacientes internados nessa unidade (POMPERMAIER, 2020).

O controle de infecções nos serviços, englobando as práticas da HM, além de obedecer às exigências legais e éticas, contribui da mesma forma para melhoria da qualidade no atendimento e assistência ao paciente. As vantagens destas práticas são inquestionáveis, desde a redução da morbidade e mortalidade dos pacientes, até a atenuação de custos associados ao tratamento dos quadros infecciosos gerados (TRANNIN, 2016).

Compete aos profissionais da saúde ações preventivas de IRAS, pois é um membro obrigatório SCIH. É atribuição do enfermeiro educar e capacitar os profissionais que compõem o serviço de saúde, com o objetivo de barrar a cadeia de transmissão de microrganismos patógenos, reduzindo o risco de IRAS e aumentando a qualidade da assistência e a segurança do paciente e do profissional (DE MATIA, 2017).

A HM é um método individual, simples e eficaz na prevenção e controle de infecções causadas por mãos contaminadas ao longo do período de assistência prestada ao paciente. Embora esta ação esteja consolidada, na literatura científica, como uma relevante ação para o controle de infecção hospitalar, as mãos dos profissionais de saúde permanecem sendo a principal e mais frequente fonte de contaminação e disseminação de microrganismos. A equipe de enfermagem, que tem relacionamento direto com o paciente, pois a assistência exige cuidar às necessidades humanas básicas do ser humano, sendo essencial a HM, nos cinco momentos: antes e após do contato com o paciente; antes da realização de procedimento asséptico; após a exposição a fluidos corporais; e/ou após contato com as áreas próximas ao paciente. (JEZEWSKI, 2017).

### **3.2 A assistência de enfermagem e a adesão dos profissionais à prática de HM**

A higiene das mãos constitui a meta de número cinco determinado pela ANVISA a ser introduzida uma vez que esta medida está profundamente relacionada à atenuação das IRAS, um dos desafios em saúde pública em nível mundial (LEUTHIER, 2018).

A prática de HM é um procedimento indispensável aos profissionais de saúde, mas muitos não o fazem ou não entendem a maneira correta de executar a técnica. A Enfermagem é uma das profissões que usa as mãos como ferramenta de trabalho. Assim, a segurança do paciente a consequência das práticas e qualidade da assistência de Enfermagem, estão relacionados propriamente à higienização correta das mãos, prática fundamental para o cuidado seguro (TERUEL, 2019).

Apesar das evidências apontarem a importância das mãos na cadeia de transmissão das infecções relacionadas à assistência à saúde e os impactos dos procedimentos de HM na diminuição das taxas de infecções, os profissionais de saúde permanecem adotando

atitudes passivas, agravando este problema considerado mundialmente. (ANVISA, 2009).

AS IRAS representam um grave problema de saúde pública, ampliando a morbimortalidade entre os pacientes, além de elevar os custos hospitalares. Conforme a OMS mais de 1,4 milhão de pessoas no mundo apresentam alguma complicação relacionada às IRAS. Destes, 5% a 10% dos pacientes adquirem infecção no ambiente hospitalar, com taxas de prevalência de 20% a 30% em pacientes colocados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). No Brasil estima-se que 3% a 15% das pessoas hospitalizadas apresentam IRAS, agravando seu estado de saúde, estendendo a permanência, elevando os custos hospitalares (DE MATIA, 2017)

Mesmo com a solidificação de evidências a respeito das vantagens da HM ao longo do tempo, a adesão dos profissionais a esta prática ainda é imprudente e em desacordo com as diretrizes preconizadas pela OMS, o que pode estar aumentando a incidência de infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS), em consequência, o crescimento da mortalidade de crianças e adultos e o aumento dos custos na saúde (LLAPA-RODRÍGUEZ, 2018).

A assistência em saúde é um processo complexo que não está livre de riscos e capaz de ocorrer eventos adversos. Dentre as possíveis complicações consequentes do cuidado em saúde, salienta-se as IRAS, que consistem em problemas frequentes, principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), encontrando-se com altas taxas de incidência e morbimortalidade (DANTAS, 2017).

As IRAS são obtidas durante a prestação dos cuidados de saúde. São os episódios adversos associados a assistência em saúde mais frequentes e apresentam uma alta morbidade e mortalidade repercutindo diretamente na segurança do paciente e assim sendo na qualidade dos serviços (ZEHURI, 2018).

Para conseguir resultados positivos, a prevenção da infecção hospitalar em UTI adulto não só está associada ao cuidado com o cliente, mas além disso à adoção de medidas preventivas incluindo a lavagem das mãos, utilização de precaução padronizada, e atenção a dispositivos e materiais, mantendo o ambiente limpo e adequado. Desse modo, torna-se essencial o trabalho do enfermeiro na prevenção de infecção hospitalar na UTI, pela gravidade do cliente internado e estar susceptível a procedimentos invasivos, além de permitir ao profissional aumentar o conhecimento da prevenção da infecção hospitalar (DA SILVA, 2020).

Para o autor grande parte dos casos de infecções hospitalares estão associadas a falta ou inapropriada HM. As infecções encontram-se entre os seis principais motivos de óbito no Brasil, associado aos problemas cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e as doenças transmissíveis. Os maiores índices foram encontrados em hospitais públicos, destacando-se as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), unidade de queimados, neonatologia e clínica cirúrgica (NOGUEIRA, et al., 2009 apud TERUEL, 2019, p.11).

Diante dessa situação, a HM deve ser uma questão prioritária nos serviços de saúde, tendo de ter suporte constante da administração do serviço de saúde. As infecções nos serviços de saúde prejudicam tanto os pacientes como os profissionais, sendo capaz de acarretar em processos e indenizações judiciais, nos casos comprovados de negligência durante a assistência prestada (TRANNIN, 2016).

Posto isto, para evitar transtornos e prejuízos aos pacientes, colaboradores e instituição de saúde é preciso avaliar o tempo exigido para que o profissional de saúde higienize as suas mãos. Portanto, o fácil acesso aos suprimentos utilizados para a prática da HM é fundamental para a adesão dos profissionais de saúde a estas recomendações. Um estudo gerido em uma UTI comprovou que profissionais de saúde levaram, em média, sessenta e dois segundos para deixar a beira do leito, caminhar até a pia, proceder à higienização simples das mãos e voltar ao cuidado do paciente. Em contraste, com cerca de  $\frac{1}{4}$  deste tempo pode-se executar a fricção das mãos com preparações alcoólicas para as mãos ofertado à beira do leito de cada e entre os pacientes (ANVISA, 2009).

A regularidade com que os profissionais de saúde precisam lavar as suas mãos em cada turno de trabalho (até 30 vezes por plantão) e a tendência dos produtos em causar irritação e ressecamento, são razões determinantes para a não aceitação e seu uso na prática diária. Por exemplo, o receio com o efeito de ressecamento do álcool nas mãos era a causa primária de baixa aceitação de produtos alcoólicos nos EUA, de acordo com estudo feito nos anos 1960 – 1970. Contudo, vários estudos novos têm demonstrado que preparações alcoólicas contendo emolientes têm ampliado a adesão a esta prática, pelos profissionais de saúde (ANVISA, 2009).

Embora exista uma ampla disseminação de informações quanto à efetividade da HM como forma de prevenção das IRAS, a adesão dos profissionais a esta prática ainda é insatisfatória, segundo dados da OMS. Esta evidencia que 70% dos profissionais da saúde não realizam a HM nos cinco momentos preconizados (RAIMONDI DC, et al., 2017; BRASIL,

2013 apud COELHO, 2020).

No ano de 2016, o Boletim de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 16, constatou taxa de 4,6 a 13,6% de densidade de incidência das IRAS por mil dispositivos/dias nas UTI do Brasil (BRASIL, 2017 apud COELHO, 2020).

Isto posto, compete aos profissionais de saúde e inseridos no atendimento ao paciente nas UTI's, dominar detalhadamente as recomendações de controle e prevenção das IRAS, apoiando para terem em seus ambientes de atendimento o menor número possível de pacientes com infecções adquiridas dentro da unidade hospitalar. Entre todos os profissionais que participam do tratamento e cuidado do enfermo, a enfermagem ganha evidência, não só por ser a classe com maior número de trabalhadores, mas por manter-se vinte e quatro horas ao lado do paciente, por estar presente em todos os serviços de saúde nos diversos níveis assistenciais, além de realizar funções burocráticas, de controle de infecção hospitalar e atuar no ensino e pesquisa (FERREIRA et al., 2019 apud DINIZ, 2020).

Segundo Silva e Santos (2017, 2019), citado por Diniz (2019, p.1516),

No Brasil, as cinco competências e habilidades gerais preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a formação do enfermeiro são a tomada de decisão, a liderança, a administração e o gerenciamento, a educação permanente e a comunicação. Destas competências a educação permanente destaca-se no âmbito do papel do enfermeiro como líder da equipe de enfermagem, colocando em prática os princípios do processo de enfermagem como instrumento auxiliador na redução das IRAS no ambiente de UTI adulto. O enfermeiro que exerce liderança institucional deve contribuir para manter o clima organizacional positivo na UTI adulto, aprimorando a sua gestão nas organizações em que atua, contribuindo para a excelência do cuidar e a prevenção das IRAS.

A enfermagem com todo seu conhecimento científico e identificação com o contexto da UTI adulto, tem inteiras condições de colaborar para a prevenção e o controle das infecções nos hospitais, atuando de maneira decisiva sobre os riscos em serviços de saúde, antes que o paciente sofra com a disseminação das infecções em seu corpo que podem causar prejuízos graves a sua saúde. Em suma, a prevenção e controle das IRAS com ações efetivas por parte da equipe multidisciplinar são capazes e dependem dos conhecimentos de protocolos de sua execução de forma correta. A evolução de novas estratégias e iniciativas, na procura constante de melhoria da qualidade assistencial e segurança do paciente faz parte das estratégias da prevenção das IRAS (MORAES, 2014; REIS, 2016 apud DINIZ, 2019).

### **3.3 Segurança do paciente e HM dos profissionais de saúde:**

Em 25 de julho de 2013, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) considerou a resolução da diretoria colegiada (RDC) nº 36, que implementa a determinação de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em serviços de saúde. A instauração do NSP objetiva melhorar a assistência do paciente por meio do aperfeiçoamento da gestão de risco, da introdução de protocolos institucionais e da promoção da cultura da segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Considera-se que a segurança do paciente nos meios científico e assistenciais tem sido muito abordada em consequência dos eventos adversos nas instituições hospitalares. Elucida-se que as infecções hospitalares ocasionam muitas mortes de pacientes hospitalizados, atingindo 15% dos internados no Brasil e 10% dos internos nos Estados Unidos da América e Europa. Alerta-se que as infecções associadas à assistência à saúde têm crescido significativamente e provocam enorme consequência na vida dos pacientes, tornando-se um problema de saúde pública. Esta situação traz problemas econômicos no cuidado do paciente, além de ampliar o tempo de internação, a morbidade e a mortalidade nos serviços de saúde (OLIVEIRA, 2019).

O assunto segurança do paciente está em pauta nas discussões do judiciário, nas instituições de ensino e nos serviços de saúde privados e públicos. Este debate está da mesma forma na agenda da OMS e seus estados membros, do governo brasileiro nas instâncias nacional, estaduais e municipais. Refere-se, portanto, de uma questão debatida globalmente, que tem causado transformações e uma busca progressiva pela melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde (DE CARVALHO LEMOS, 2018).

De acordo com o manual da ANVISA de 2018 a HM ainda é considerada baixa em serviços de saúde em todo o mundo. Diante deste cenário e com o propósito de melhorar a segurança do paciente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou em 2010, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 42 de 25 de outubro de 2010, que dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para a HM, nos pontos de assistência e em serviços de saúde (BRASIL, 2010). Outras normas reforçam a importância e a necessidade do cumprimento da HM nos serviços de saúde.

As infecções hospitalares são motivos de morte em pacientes hospitalizados, suas taxas caracterizam cerca de 15% dos pacientes no Brasil e 10% nos Estados Unidos da América e Europa. Neste sentido, como as mãos constituem-se na principal ferramenta de trabalho dos profissionais que realizam atividades nos serviços de saúde, a segurança do

paciente depende diretamente da adesão aos protocolos de HM (JEZEWSKI, 2017).

A procura por melhorias na qualidade do cuidado, o assunto segurança do paciente ganha cada vez mais importância no cenário mundial. Além de ser um direito do paciente, é um dever ético do profissional de saúde, sendo estabelecida como a redução de danos evitáveis ao paciente durante o processo de cuidado à saúde. Com especificidade, a definição pontua o dano evitável, pois o risco de efeitos adversos ao paciente é intrínseco à complexidade dos cuidados à saúde (PERES, 2018).

Apesar dos avanços no âmbito da segurança do paciente, a falha humana é um dos fatores que se sobressai e, constantemente, os episódios de erro abrangendo profissionais de saúde são noticiados pela imprensa e a mídia, provocando grande comoção social. A carência de entendimento sobre o erro pode causar para o profissional envolvido, sentimentos de vergonha, culpa e medo, dada a forte cultura punitiva ainda presente em algumas instituições, o que colabora para a omissão dos episódios (DE CARVALHO LEMOS, 2018).

Dessa forma, a segurança do paciente necessita da adoção de estratégias que evitem o acontecimento de eventos adversos preveníveis e, no momento em que não é possível, minimizar suas consequências para o paciente. Esse comportamento propõe a adoção de uma cultura de segurança, na qual os erros sejam capazes de ser reconhecidos e evitados, motivando uma prática assistencial mais segura. Assim, a segurança tornou-se um elemento essencial da qualidade do cuidado (PERES, 2018).

O enfermeiro tem função fundamental na promoção da segurança do paciente durante o processo assistencial, considerado o profissional encarregado por coordenar a assistência de enfermagem prestada. Além disso, é crescente o número de enfermeiros atuantes nas instituições e a suas atribuições junto aos cuidados ao paciente nas vinte e quatro horas. Nesse sentido, o fornecimento de assistência ao paciente tem exigido da enfermagem uma atuação muitíssimo complexa, ocorrendo a necessidade da mesma se capacitar cientificamente e se comprometer eticamente com ações sistêmicas de avaliação e prevenção, e empenhando-se em proporcionar a redução de consequências indesejadas, bem como a garantia da qualidade do cuidado prestado (CESTARI, 2017).

O controle de infecções nos serviços, englobando as práticas da HM, além de atender as determinações legais e éticas, contribui também para melhoria da qualidade no atendimento e assistência ao paciente. Os proveitos destas práticas são inquestionáveis,

desde a redução da morbidade e mortalidade dos pacientes, até a diminuição de custos relacionado ao tratamento dos quadros infecciosos gerados (TRANNIN, 2016).

Além das despesas financeiras, as IRAS estão relacionadas aos microrganismos multirresistentes, repercutindo mundialmente e comprovando a necessidade de controle dos processos de vigilância e de bloqueio epidemiológico com a HM. Assim, os dados coletados com a vigilância da adesão a HM contribuem a guiar e a planejar ações, porque quando a HM é observada durante a assistência diária, torna-se indicativo válido para a segurança do paciente (SOUZA, 2015).

Salienta-se a força de trabalho da equipe de enfermagem que se mantém durante maior período de tempo com o paciente frente as suas ações de cuidado. A enfermagem deve avaliar, relatar e mensurar os erros e falhas na assistência à saúde, com o objetivo de promover práticas mais assertivas como a redução de taxas de infecção hospitalar, a prevenção de quedas, erros de medicação e lesões por pressão (DE CARVALHO LEMOS, 2018).

As mãos são consideradas como instrumentos essenciais para os profissionais de saúde, considerando que fazem uso das mesmas para exercerem suas atividades. Da mesma maneira que, são também a principal fonte de contaminação e disseminação de microrganismos. Assim sendo, a higienização correta e apropriada das mãos está diretamente relacionada à segurança do paciente (BRASIL, 2009 apud ROLIN, 2018, p.18).

Devido às baixas taxas de adesão a HM e aos altos índices de IRAS, é fundamental a monitorização constante desta prática, bem como o reconhecimento dos motivos que levam a sua não realização, para que sejam criadas estratégias com a finalidade de aumentar a adesão profissional (OLIVEIRA, 2016 apud ROLIN, 2018, p. 20).

A HM é um plano simples para a segurança do paciente, contendo infecções para o doente e o profissional. Um estudo elaborado na Nigéria teve como meta treinar 202 trabalhadores em saúde para a higiene correta das mãos. Depois do treinamento, os autores verificaram adesão de 75,3% na HM, especialmente, a seguir o contato com fluidos corporais (75,3%) e após tocar no paciente (73,6%). A taxa de adesão foi maior em enfermeiros (72,9%) quando comparados as parteiras (65%) e médicos (59,7%) (CESTARI, 2017).

## 4 METODOLOGIA

Metodologia pode ser definida como método que compreende as visões teóricas da abordagem, o conjunto de técnicas que proporcionam o entendimento da realidade e também a capacidade competente do pesquisador, visando resposta às explorações científicas (MINAYO, 2014).

Considerando que o objetivo proposto da presente pesquisa se refere a verificar a adesão dos profissionais de enfermagem de uma UTI aos cinco momentos de HM conforme a Organização Mundial de Saúde, este estudo trata-se de uma pesquisa transversal, observacional, exploratória e com abordagem quantitativa.

### 4.1 Delineamento da pesquisa

De acordo com Minayo (2014) a utilização de métodos quantitativos possui a finalidade de trazer a clareza dos dados, indicadores e tendências observáveis ou elaborar modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática. Sua estrutura diferencia-se por se referir ao plano da extensividade e das regularidades nos fenômenos. Nas ciências sociais contemporâneas, a abordagem quantitativa está extremamente marcada pela reprodução do positivismo clássico:

(a) O mundo social opera de acordo com leis causais últimas; (b) o alicerce da ciência é a observação sensorial; (c) a realidade consiste em estruturas e instituições identificáveis enquanto dados brutos por um lado, crenças e valores, por outro; (d) estas duas ordens são correlacionadas para fornecer generalizações e regularidades; (e) o que é real são os dados estatísticos sobre os fatos, considerados dados objetivos, portanto valores e crenças são realidades subjetivas que só podem ser compreendidas a partir de análises quantificáveis. (HUGHES, 1983 apud MINAYO, 2014, p. 56).

O modelo de pesquisa transversal é um dos modelos mais usados na pesquisa de levantamento de dados. Neste tipo de pesquisa, é retirada uma ou mais amostras da população em um determinado momento e o foco de uma pesquisa deste tipo é descrever as características de uma população ou as diferenças entre duas ou mais populações em um determinado momento. No estudo transversal, a pesquisa é realizada em um curto período de tempo, em um determinado momento (FONTELLES, 2009).

De acordo com Lacerda, Costenaro (2016) a pesquisa exploratória é indicada quando o tema selecionado é pouco pesquisado, propiciando a aproximação e uma visão geral de algum fato. Essa pesquisa preza por favorecer a delimitação do tema, disponibilizar informações sobre o assunto pesquisado, orientar a fixação dos objetivos e definição das hipóteses ou a criação de uma nova perspectiva sobre o assunto.

Conforme Marconi e Lakatos (2017), a observação é uma técnica de coleta de dados que usa os sentidos na conquista de determinados entendimentos da realidade. Não se limita exclusivamente em ver e ouvir, mas inclusive em explorar fatos ou fenômenos que se deseja estudar. É um componente básico de investigação científica, aplicado na pesquisa de campo.

A observação auxilia o pesquisador a reconhecer e a obter provas a respeito de propósitos sobre os quais as pessoas não têm consciência, mas que orientam seu comportamento. Realiza um papel relevante no contexto da descoberta e exige do investigador a um convívio mais direto com a realidade. É o ponto de partida da investigação social (MARCONI, 2017).

Do ponto de vista científico, a observação proporciona uma série de benefícios e limitações, como outras técnicas de pesquisa, tendo por essa razão, necessidade de se aplicar mais de uma técnica ao mesmo tempo. Na investigação científica, são utilizadas várias modalidades de observação que mudam de acordo com as situações, sendo no caso deste estudo uma observação estruturada, não participante, individual e efetuada na vida real (ANDER-EGG, 1978, p.96 apud MARCONI, 2017, p.83).

#### **4.2 Local da pesquisa**

O estudo foi realizado em uma UTI geral para adultos de um hospital universitário localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil, de alta complexidade em várias especialidades médicas. Trata-se de uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, reconhecida como de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal. Foi fundada há 112 anos, possui cerca de 950 funcionários com capacidade operacional total de 232 leitos ativos, conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), leitos para pacientes com convênios particulares e empresariais.

O local do estudo foi em uma UTI para adultos, que possui 10 leitos separados por divisórias. No que se refere a estrutura física para a HM, o setor possui doze dispensadores de sabonete líquido, doze suportes de papel toalha, e doze pias para a HM, fica uma pia, um dispensador de sabonete líquido e um suporte de papel toalha em cada leito e os outros estão instalados nas portas de entrada da unidade, sendo uma para profissionais e outra para acompanhantes. Ademais, há doze dispensadores de álcool gel, destes dez estão dentro dos leitos e os outros dois um em cada uma das portas de entrada da unidade.

### 4.3 Integrantes da pesquisa

A amostra do estudo é composta pela equipe de enfermagem atuante na UTI geral em estudo, que conta com trinta e três profissionais da enfermagem, sendo quatro enfermeiros e vinte e nove técnicos de enfermagem, distribuídos em quatro turnos de seis horas. Integra a escala de trabalho por turno um enfermeiro e de quatro a sete técnicos de enfermagem, participaram deste estudo somente os profissionais que atuam no diurno.

No período em que foi feita a coleta de dados, observou-se que na escala dos técnicos de enfermagem no turno da manhã estava um profissional de licença maternidade e no turno da tarde um profissional de licença maternidade, um em auxílio doença e três desligamentos.

A construção deste estudo se deu a partir de dois grupos de profissionais da enfermagem sendo um composto por técnicos de enfermagem e o outro composto por enfermeiros, de dois turnos, manhã e tarde, operantes na UTI, totalizando doze técnicos de enfermagem e dois enfermeiros. De todos os profissionais convidados das duas categorias, apenas um não quis participar da pesquisa. Foi considerado como critério de exclusão, os funcionários em férias, licenças e afastamentos de qualquer natureza e funcionários que atuam nos dois turnos da noite.

Os sujeitos da pesquisa foram abordados durante o seu turno de trabalho. No primeiro momento foram questionados sobre o interesse do profissional em participar desta pesquisa, em seguida, explicava-se a proposta mediante o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO A). Na sequência, realizava-se a entrevista com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE A) e pôr fim, a observação em média de três horas durante as atividades deste profissional, especialmente as oportunidades indicadas para a HM de acordo com a OMS usando formulário para observação (ANEXO B).

#### 4.4 Coleta dos Dados

Para a coleta de dados, foi aplicado como forma de averiguação primeiro a entrevista semiestruturada e, após o formulário de observação e observação direta. As entrevistas são apontadas como estruturadas, semiestruturadas e não estruturadas. Nas entrevistas semiestruturadas, o pesquisador define primeiramente as perguntas que serão feitas, as perguntas são do tipo abertas e fechadas, possibilitando a oportunidade de o pesquisador aprofundar os retornos obtidos às questões da pesquisa no decorrer da entrevista, sem perder o foco do estudo. Necessita uma escuta atenta do pesquisador para a investigação e alcance dos objetivos da pesquisa (LACERDA; COSTENARO, 2016).

O formulário é uma técnica de coleta de dados da pesquisa descritiva que se fundamenta em conseguir informações pontuais do entrevistado. Dessa forma, o que define o formulário é a relação face a face entre pesquisador e o entrevistado e ser o guia de perguntas preenchido pelo entrevistador ou pelo entrevistado com o auxílio do mesmo, no instante da entrevista (MARCONI; LAKATOS, 2003).

O roteiro para entrevista buscou informações relacionadas ao perfil sociodemográfico dos profissionais (APÊNDICE A), formado por questões abertas e fechadas com as seguintes variáveis: sexo, idade, formação profissional, tempo de atuação na instituição, tempo de atuação na UTI geral, tempo de formação profissional, treinamentos/ capacitações recebidos relacionados aos tema HM no último ano, formas de execução dos treinamentos/capacitações, sobre a HM e o uso de luvas, tempo de HM e o uso do álcool gel, questões de biossegurança e sobre os cinco momentos de HM preconizados pela OMS.

Os funcionários que aceitaram participar da pesquisa após orientações e assinatura do TCLE, foram coletados os dados através de entrevista, que foi realizada dentro da unidade em poltronas que ficam à beira dos leitos dos pacientes da unidade.

Além deste, também foi aplicado como ferramenta para a coleta dos dados um instrumento validado pela OMS, disponível no Manual para Observadores – Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da HM, para observação dos cinco momentos para a HM pela equipe de enfermagem (ANEXO B).

As indicações para a HM não equivale ao início e ao fim de uma sequência de atividades assistencial, mas, se constitui em cinco momentos essenciais a saber:” antes do contato com o paciente; antes de realizar procedimentos assépticos; após o risco de

exposição á fluidos corporais; após estabelecer o contato com o paciente e após estabelecer contato com as áreas próximas ao paciente” (VASCONCELOS, 2018).

Foi aplicado pelo observador como preceito de observar o primeiro integrante da equipe, que aceitasse participar do estudo, sendo um profissional (enfermeiro ou técnico de enfermagem), no período de três horas consecutivas de atividades laborais. Cabe destacar que o foco principal do presente estudo é analisar a adesão ou não à HM nos cinco momentos recomendados pela OMS. Logo, não foram observadas a técnica executada e a remoção ou não de adornos.

No decorrer das investigações, o preenchimento do formulário com base nas recomendações para HM evidenciadas pelos profissionais de acordo com os cinco momentos recomendado pela OMS no qual foi indicado com um "X", da mesma forma, a presença do item de avaliação na coluna de ação se foi feito fricção com álcool, água e sabonete ou não realizado. Ainda, para maior contribuição e credibilidade na observação, considerou-se como base a tabela de correspondência do próprio formulário incluindo a descrição das indicações para HM em cada momento: “antes do contato com o paciente: (antes de contato direto); antes de realizar procedimentos assépticos: (antes do manuseio de dispositivos invasivos, estando ou não com luvas; em mudança de sítios corpóreos); após risco de exposição a fluidos corporais: (depois de contato com fluidos ou excreções, pele não intacta, membrana mucosa, curativos de lesões; ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo; após retirar as luvas); após contato com o paciente: (depois de contato direto com os pacientes; depois de remoção de luvas); após contato com as áreas próximas ao paciente: (depois de contato com objetos e superfícies, inclusive equipamentos; depois de retirar as luvas)”. A coleta de dados aconteceu no período de outubro a novembro de 2020, em uma média de três horas de observações diárias, nos dois turnos de trabalho manhã e tarde, em dias e horários intercalados, totalizando 100 horas de observações das oportunidades e realizações de HM, pelos profissionais da equipe de enfermagem.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

A instituição recebeu um documento requerendo a autorização para que se realizasse o estudo onde ficou ciente do assunto e da finalidade da pesquisa, após a autorização da instituição (APÊNDICE C) enviado solicitação para o Comitê de Ética e

Pesquisa (ANEXO C) da Universidade de Santa Cruz do Sul. Os princípios éticos foram respeitados, de forma a proteger os direitos dos participantes envolvidos na pesquisa de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa que preconiza aspectos envolvendo seres humanos, uma vez que estes serão os sujeitos do estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP/UNISC), através do Parecer Consubstanciado nº 4.341.023, CAAE 35812920.1.0000.5343 (APÊNDICE B).

Os profissionais convidados a participar da pesquisa receberam as informações referentes ao tema, objetivos e finalidades da pesquisa mediante o recebimento do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO A), o qual foi assinado pelo participante, conforme determina a resolução no 196/96, do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo assim os profissionais que concordaram participar voluntariamente do estudo assinaram o TCLE, disponibilizado em duas vias pelo pesquisador, sendo uma concedida ao participante (BRASIL, 1996).

Esta resolução estabelece que a eticidade das pesquisas envolvendo seres humanos implica autonomia no que tange respeitar o indivíduo e defendê-lo em sua vulnerabilidade, cautela entre riscos e benefícios tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, garantia de que prejuízos previsíveis serão evitados, importância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que assegura a igual respeito dos interesses envolvidos, não perdendo o fundamento de sua destinação sócio humanitária. Tal resolução também informa a necessidade de se prever procedimentos que garantam o sigilo e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, assegurando a não utilização das informações causando danos as pessoas e/ou das comunidades, até mesmo em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

#### **4.6 Análise de Dados**

Os dados da pesquisa foram analisados da seguinte forma: Os dados foram analisados através da análise temática de acordo com Minayo (2014), que se baseia em revelar as essências dos sentidos que formam uma comunicação, cuja repetição signifiquem alguma coisa para o motivo analítico intencionado. Para uma análise de significados, a frequência de certos temas indica estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subentendidos no discurso.

Funcionalmente a análise temática passa por três etapas, sendo elas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados (MINAYO, 2014).

Primeira etapa: Pré-análise, compreende na seleção dos documentos a serem analisados e no resgate das hipóteses e dos objetivos preliminares da pesquisa. O investigador deve se perguntar a respeito das relações entre as etapas realizadas, fornecendo alguns indicadores que o guie na compreensão do material e na análise final. A pré-análise pode ser decomposta nas seguintes tarefas: Leitura Flutuante, Constituição do Corpus e Formulação e reformulação de Hipóteses e Objetivos (MINAYO, 2014).

Segunda etapa: Exploração do Material, baseia-se principalmente numa operação classificatória que pretende alcançar a essência de entendimento do texto. Para isso, o investigador procura encontrar categorias que são expressões ou palavras relevantes em razão das quais a ideia de uma fala será estruturada. A categorização que se fundamenta num processo de diminuição do texto às palavras e expressões significativas, é uma etapa difícil, não existindo segurança de que a seleção de categoria por suposição leve a uma abordagem densa e rica (MINAYO, 2014).

Terceira etapa: Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, os resultados brutos foram submetidos a operações estatísticas simples ou complexas que possibilitam pôr em destaque as informações obtidas. Desde esse momento, o analista sugere conclusões e elabora compreensões, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou institui outras pistas em volta de novas propriedades teóricas e interpretativas, propostas pela leitura do material (MINAYO, 2014).

Os dados relacionados a observação foram analisados utilizando o cálculo de adesão e não adesão a HM por grupo e oportunidades que o profissional teve no decorrer da observação, aplicando o Formulário de Cálculo Básico disponível no Manual para Observadores – Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da HM OMS (ANEXO D).

De acordo com o manual da ANVISA 2008 a adesão à HM é a razão entre o número de ações e o número de oportunidades conforme expresso pela seguinte fórmula:

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

No formulário de observação, as indicações observadas são identificadas como oportunidades para HM (o denominador) versus a ação real de HM é posta (a ação servindo como um numerador). Essas duas variáveis concedem que seja calculada a adesão. As respostas para adesão podem ser calculadas globalmente, mas também podem ser divididos por categoria profissional ou indicação. O formulário para cálculo opcional de adesão por categoria profissional é mostrado no (ANEXO E) este viabiliza apresentar a conduta dos profissionais de saúde em relação as cinco indicações para a HM de acordo com OMS.

O resultado calculado, utilizando a formula de adesão, não condiz precisamente à adesão dos profissionais de saúde. Em razão de que o número de indicações observadas é substituído pelo número de oportunidades como denominador. De modo que várias indicações podem coincidir com uma única oportunidade, o método de cálculo baseado na indicação torna necessário multiplicar artificialmente tanto o denominador quanto o numerador (ANVISA, 2008).

$$\text{Adesão (\%)} = \frac{\text{Ações}}{\text{Indicações}} * 100$$

Após isso, os dados foram dispostos e salvos em tabelas no Word, e após submetidos à análise descritiva simples, em medidas de proporção para verificar a associação entre a adesão e a não adesão à HM em cada um dos cinco momentos preconizados e entre os profissionais (enfermeiro ou técnico de enfermagem).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados em três categorias temáticas e apresentados em quadros para facilitar a visualização e o entendimento. A primeira apresenta o perfil sociodemográfico dos participantes. A segunda está relacionada as capacitações recebidas pelos profissionais de enfermagem no último ano sobre a HM. A terceira será sobre o conhecimento dos profissionais de enfermagem em relação a HM preconizados pela OMS.

### 5.1 Perfil sociodemográfico dos profissionais

**Quadro 1- Perfil sociodemográfico dos profissionais técnico enfermagem**

Nº PROFIS-SIONAL	GÊNERO	IDADE	TEMPO DE ATUAÇÃO NA INSTITUIÇÃO	TEMPO ATUAÇÃO UTI	TEMPO FORMAÇÃO
TE1	F	41	45 DIAS	45 DIAS	5 ANOS
TE2	F	30	4 ANOS 10 MESES	4 ANOS 10 MESES	11 ANOS
TE3	F	28	1 ANO 3 MESES	5 MESES	5 ANOS
TE4	F	31	5 ANOS	5 ANOS	9 ANOS
TE5	F	35	45 DIAS	45 DIAS	5 ANOS
TE6	F	46	8 ANOS	7 ANOS	25 ANOS
TE7	F	29	9 ANOS	4 MESES	10 ANOS
TE8	F	21	30 DIAS	30 DIAS	2 ANOS
TE9	F	27	5 ANOS	1 ANO	5 ANOS
TE10	M	26	3 ANOS	8 MESES	7 ANOS
TE11	F	31	7 ANOS	7 ANOS	10 ANOS
TE12	M	35	7 DIAS	7 DIAS	5 ANOS
MÉDIA	F 83,33 % M 16,66%	31,66	3 ANOS E 2 MESES	2 ANOS E 21 DIAS	8,25

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

O quadro 1 apresenta informações sobre o perfil sociodemográfico dos técnicos de enfermagem que participaram do estudo, totalizaram doze profissionais. Em relação a este quadro podemos observar quanto ao gênero a predominância de mulheres (83,33%), com

idade média de trinta e um anos. Em relação ao tempo de atuação na instituição percebeu-se que se trata de uma equipe nova, com uma média de três anos, porém, dos doze profissionais, quatro (25%) ainda estavam no período probatório, e da mesma forma com pouco tempo de atuação na UTI. Já em relação ao tempo de formação profissional trata-se de uma equipe com experiência se compararmos ao tempo de atuação na instituição, com média de oito anos e todos com dois anos de formação no mínimo.

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o gênero feminino prevalece entre os profissionais de enfermagem sendo 84,6%, enquanto o gênero masculino apresenta com 15,4% (COFEN, 2015), informação que valida os dados encontrados no presente trabalho. Porém, vale a pena ressaltar que há um aumento considerável do grupo masculino nessa área da saúde (SILVA, 2017).

Estudo feito por Silva (2017) dos 16 técnicos em enfermagem intensivistas, 12,5% exercem a função há menos de um ano, 37,5% entre dois a cinco anos, 43,8% entre seis e oito anos e 6,2%, nove a doze anos.

#### **Quadro 2- Perfil sociodemográfico dos profissionais enfermeiros**

<b>Nº PROFIS-SIONAL</b>	<b>GÊNERO</b>	<b>IDADE</b>	<b>TEMPO DE ATUAÇÃO NA INSTITUIÇÃO</b>	<b>TEMPO ATUAÇÃO UTI</b>	<b>TEMPO FORMAÇÃO</b>
ENF1	F	25	7 MESES	30 DIAS	2 ANOS 6 MESES
ENF2	F	35	6 ANOS	3 ANOS 6 MESES	12 ANOS
MÉDIA	F 100 %	30	3 ANOS 1 MÊS	1 ANO E 2 MESES	7 ANOS

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

No quadro acima, conforme os dados do perfil sociodemográfico dos enfermeiros observados, evidencia-se uma repetição da análise feita anteriormente na categoria dos técnicos de enfermagem. Participaram dois enfermeiros do gênero feminino (100%), trinta anos, trabalhando três anos na instituição, um ano na UTI e sete anos de formação em média.

No que se refere ao gênero, percebeu-se um aspecto histórico e cultural da profissão de enfermagem, o predomínio das mulheres, que constituíram quase exclusivamente essa categoria profissional por muito tempo. Reflexo disso é o fato de a enfermagem ter sido

reconhecida como profissão por meio de uma mulher, Florence Nightingale. Isso porque o objetivo de trabalho da enfermagem, o cuidado, está relacionado aos saberes femininos (CORDEIRO, ARAÚJO; 2017).

De acordo com estudo realizado por Silva (2017), quanto à faixa etária da população estudada, destacam-se aqueles profissionais que se encontram entre 30 a 39 anos de idade, 42,3%; em seguida, os de 20 a 29 anos, representando 26,9% e os de 40 a 49 anos, representando 26,9%. O que corrobora com os achados desta pesquisa. Também em relação ao período em que cada profissional de enfermagem desempenha a função de enfermeiro intensivista, 10% trabalham nessa função a menos de um ano, 50% entre dois a cinco anos; 30% entre seis a oito anos; e 10% entre nove a 12 anos.

## **5.2 Capacitações recebidas pelos profissionais de enfermagem sobre HM**

Todos os profissionais relataram ter recebido capacitações no último ano. Os motivos estavam relacionados a pandemia (COVID-19), na maioria das vezes (7). Outros destacaram receber capacitações no momento de integração (4), muitos funcionários possuem pouco tempo de atuação na instituição e a minoria relata ter recebido capacitações durante as rotinas da instituição, em momentos de educação permanente (3).

Estudo realizado em hospitais no estado do Paraná apontou que 96,0% das instituições realizavam atividades de capacitação ministradas aos funcionários já contratados, sendo o serviço de enfermagem a categoria profissional mais contemplada, sendo HM a temática mais frequentemente abordada (70,8%)

A pandemia pelo o novo Corona Vírus-2 (SARS.COV-2), tem sido uma adversidade para os programas de saúde, não só no Brasil, mas em todo o mundo, na qual essa nova mutação viral, se define pelas formas mais graves que vem acometendo os pacientes. Foi decretado que o vírus pode sobreviver em superfícies inertes por até 9 dias, na qual a higienização das mãos é crucial para ser realizado pelo o profissional de saúde antes e depois de cada atendimento, assim como pelo os pacientes, que no mínimo devem higienizar suas mãos com álcool em gel ou similar antes e depois da atenção (DA SILVA, 2020).

Mediante a pandemia de COVID-19, o enfermeiro tem conhecimento para capacitar regularmente sua equipe, para a realização de um cuidado seguro e eficiente, para todos os envolvidos no atendimento. A execução de atividades de capacitação, especialmente a educação permanente em saúde, é uma estratégia que pode influenciar positivamente na assistência prática, atenção e gestão, já que, destaca e prioriza as necessidades e os

direitos da população atendida, colocando na equipe princípios da universalização e equidade. Com essas ações e estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro líder, acaba estimulando e aperfeiçoando os conhecimentos técnicos e científicos dos profissionais comprometidos com uma assistência segura e completa (SILVA FREIRE, 2020).

Em relação a forma das capacitações e treinamentos recebidos, a maioria foi através de dinâmicas (10), palestras (8), vídeos (6) e slides (5). Alguns relataram mais de um recurso utilizado no mesmo dia de capacitação.

De acordo com estudo feito por Vasconcelos (2018), no que se refere ao recebimento de treinamentos/capacitações referentes à HM nos últimos dois anos, quatro (33,3%) enfermeiros e 29 (51,8%) técnicos de enfermagem relataram tal informação, sendo em sua maioria, realizados na modalidade de palestras.

A educação permanente expande o acesso da equipe às informações sobre a relevância da HM para o controle das IRAS. Acredita-se que programas de educação continuada seja um meio de favorecer mudança de comportamento, e que o controle de infecção faça parte da consciência do profissional (DE MELO ALVES, 2018).

Quanto a avaliação da dinâmica, avaliaram a maioria deles como boa (8) e muito boas (7). Sugerem que as capacitações fossem realizadas com maior frequência (3), que exista uma maior cobrança e fiscalização se estão sendo respeitados os cinco momentos preconizados pela OMS de HM e também se a forma de HM está sendo adequadamente correta (1) e que as capacitações sejam feitas de forma virtual por e-mail (1).

Em razão das baixas taxas de adesão a HM e aos altos índices de IRAS, torna-se necessário a monitorização continua desta prática, como também a identificação dos motivos que levam a sua não realização, para que sejam desenvolvidas estratégias com a finalidade de aumentar a adesão profissional (ROLIM, 2018).

### **5.3 Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a HM, uso de luvas**

Esta categoria trata do conhecimento dos profissionais de enfermagem onde foi realizada a pesquisa sobre o uso de luvas e do álcool gel, também se julgam a HM uma ação de cuidado com o paciente ou com o profissional.

### Quadro 3- Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a HM, o uso de luvas e uso do álcool gel

PERGUNTAS DA ENTREVISTA SOBRE CONHECIMENTOS HM	TE	ENF
Sobre a HM e o uso de luvas você acha que uma ação substitui a outra?	Não 100%	Não 100%
Quando não tem tempo de HM você acha correto usar álcool gel?	Sim 91,66%	Sim 100%
Você julga a HM uma ação de cuidado com o paciente ou com o profissional?	Ambos 100%	Ambos 100%

Fonte: resultado pesquisa 2020

Os dados observados no quadro 3 acima é possível concluir que quatorze dos profissionais de enfermagem (100%) reconhecem que o uso de luvas não substitui a HM da mesma forma que os mesmos julgam a HM uma ação de cuidado consigo e com o paciente. Em relação ao uso do álcool gel onze técnico de enfermagem (91%) e duas enfermeiras (100%) concordam que seja correto a utilização do álcool gel quando não tem tempo de realizar a HM.

Embora a HM ser um tema conhecido pelos profissionais de saúde, e estes identificarem a importância da sua realização, alguns estudos apontam que há uma oposição entre a teoria e a prática, testemunhada pelas baixas taxas de adesão a tal ação. Evidenciando, assim, a necessidade de os estabelecimentos de assistência à saúde criarem estratégias de educação permanente voltadas para a temática sobre segurança do paciente, bem como para a HM a fim de empoderar esses profissionais sobre tais práticas (ROLIM, 2018).

### Quadro 4 – Conhecimento da equipe de enfermagem aos cinco momentos de HM preconizados pela OMS

Nº PROFIS12	ANTES CONTATO PACIENTE	ANTES REALIZAR PROCEDIMENTOS ASSÉPTICOS	APÓS RISCO EXPOSIÇÃO FLUIDOS CORPORAIS	APÓS CONTATO COM PACIENTE	APÓS CONTATO COM AS PROXIMIDADES PACIENTE
TE	10	5	1	8	3
%	83,33%	41,66%	8,33%	66,66%	25%
ENF	2	1	1	2	2
%	100%	50%	50%	100%	100%

Fonte: resultado pesquisa 2020.

Os resultados relacionados ao conhecimento dos profissionais sobre os cinco momentos de HM destacaram, em primeiro lugar, o momento que antecede o contato com o paciente por dez TE (83,33%) e duas enfermeiras (100%). Antes de realizar procedimentos assépticos, foram mencionados por cinco TE (41,66%) e uma (50%) enfermeira. Após o risco de exposição a fluidos corporais apenas um TE (8,33%) e uma (50%) enfermeira lembrou da importância de ser feita a HM. Após o contato com o paciente, oito TE (66,66%) e duas enfermeiras (100%) mencionam este momento. Após o contato com as proximidades do paciente três TE (25%) e duas enfermeiras (100%) relatam esse momento. Vale destacar que no ambiente onde foi realizada a pesquisa haviam diversos cartazes informativos orientando sobre os cinco momentos de HM.

Em oposição aos resultados desta pesquisa, um estudo realizado por Giordani (2014), quanto a treinamentos sobre higiene das mãos, prevenção e controle de infecção hospitalar nos últimos dois anos, dos 123 participantes, apenas 8 não responder corretamente os cinco momentos preconizados pela Organização Mundial da Saúde para a higiene das mãos.

#### **Quadro 5 – Conhecimento do tempo necessário para realizar a HM adequada**

<b>Nº PROFISSIONAL</b>	<b>TEMPO</b>
TE1	60 Segundos
TE2	90 Segundos
TE3	30 Segundos
TE4	60 Segundos
TE5	120 a 180 segundos
TE6	30 Segundos
TE7	120 Segundos
TE8	20 a 30 Segundos
TE9	300 a 600 Segundos
TE10	60 Segundos
TE11	60 Segundos
TE12	180 Segundos
ENF1	20 a 30 Segundos
ENF2	60 Segundos

Fonte: resultado pesquisa 2020

O quadro 5 apresenta o conhecimento e a média de tempo que os profissionais da equipe de enfermagem participante desta pesquisa têm para realizar a HM de forma correta. Conforme demonstrado acima, cinco (35,71%) dos profissionais acreditam ser necessários 60 segundos, quatro ((28,57%) até trinta segundos, três (21,14%) entre 120 e 180 segundos, um (7,14%) 90 segundos e um (7,14%) de 300 a 600 segundos para realizar a HM de forma correta.

Em média precisa-se de 40 a 60 segundos para a higienização das mãos com água e sabão para remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, do mesmo jeito o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos e o álcool de 20 a 30 segundos é para reduzir a carga microbiana das mãos (MOTA, 2014).

**Quadro 6 – Oportunidades dos técnicos de enfermagem á HM**

<b>NÚMERO</b>	<b>OPORTUNIDAD ES</b>	<b>ADESÃO</b>	<b>% ADESÃO HM</b>
<b>TE 1</b>	24	11	45,83 %
<b>TE2</b>	59	21	35,59%
<b>TE3</b>	21	9	42,85%
<b>TE4</b>	13	9	69,23%
<b>TE5</b>	42	11	26,19%
<b>TE6</b>	60	39	65,00%
<b>TE7</b>	21	5	23,80%
<b>TE8</b>	36	7	19,44%
<b>TE9</b>	35	9	25,71%
<b>TE10</b>	15	10	66,66%
<b>TE11</b>	28	16	57,14%
<b>TE12</b>	23	7	34,43%
<b>TOTAL</b>	<b>377</b>	<b>154</b>	<b>39,79%</b>

Fonte: resultado pesquisa 2020

O quadro 6 é possível quantificar o número de oportunidades e o número de adesão á HM dos técnicos de enfermagem. Conforme listado acima, foi observado trezentos e

setenta e sete oportunidades de HM e cento e cinquenta e quatro adesões durante a coleta de dados. A adesão desses profissionais teve uma média geral de 39,79%, sendo que a mínima foi de 19,44% e a máxima de 69,23%.

Em seu estudo Vasconcelos (2018), diz que a ocorrência de a adesão à HM ser inferior a 50% e menor entre técnicos de enfermagem é alarmante e exige atenção da coordenação do setor, levando em conta que este profissional se encontra ininterruptamente em contato direto com os pacientes.

Estudo desenvolvido por Coelho (2020), traz que pede-se utilizar como método de avaliação da qualidade da assistência dos serviços de saúde o Índice de Positividade de Carter (IPC), o qual pode ser entendido do seguinte modo: 100% de adesão caracteriza uma assistência desejada; de 90 a 99% uma assistência adequada; de 80 a 89% uma assistência segura; de 70 a 79% uma assistência limítrofe; e menor que 70% uma assistência indesejada ou sofrível. Estudo realizado nos estados de Sergipe, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul, acerca da adesão à HM pela equipe de saúde, atuante nos setores de oncologia adulta e pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, pronto-socorro, e ambulatório geral, apontaram para uma adesão global dos profissionais de enfermagem na ordem de 34%, 47,8%, 54,2% e 25,76, o que classifica a assistência, nestes casos, como indesejável ou sofrível (menor que 70%), o que corrobora com os achados do estudo realizado.

#### **Quadro 7 – Oportunidades e adesão dos enfermeiros á HM**

<b>NÚMERO</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>ADESÃO</b>	<b>ADESÃO HM</b>
<b>ENF 1</b>	18	9	50%
<b>ENF 2</b>	4	0	0%
<b>TOTAL</b>	22	9	40.90%

Fonte: resultado pesquisa 2020

No quadro 7 é quantificado o número de oportunidades e o número de adesão á HM da categoria profissional enfermeiros, que teve um número de oportunidades menor se comparado ao número de oportunidades dos técnicos de enfermagem observadas durante a coleta de dados. Essa situação pode ser explicada pelo fato de ter um acadêmico e um residente de enfermagem na unidade durante o período de coleta de dados, o que diminui o número de atendimentos realizados pelo enfermeiro do setor.

Foi observado vinte e duas oportunidades de HM e nove adesões durante a coleta dos dados. A adesão desses profissionais teve uma média geral de 40,90%, sendo que a mínima foi de 0% e a máxima de 50%.

O somatório de oportunidades dos técnicos é maior por estarem relacionados a assistência direta e ininterrupta aos pacientes e como resultado, possuem mais necessidade de higienizar as mãos, enquanto que os enfermeiros prestam, por vezes, uma assistência indireta, uma vez que coordenam o cuidado, caracterizando-se assim como líder (ROLIM, 2018).

Assim como neste estudo, em pesquisa realizada por Coelho (2020), foi observado grande quantidade de oportunidades direcionadas aos técnicos de enfermagem, em comparação aos enfermeiros. Esta situação pode ser justificada pela Portaria nº 895, de 31 de março de 2017, que trata do dimensionamento do pessoal de enfermagem na Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico, Unidade Coronariana, Queimados e Cuidados Intermediários Adulto e Pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), descrevendo no quadro de pessoal a obrigação da atuação de pelo menos um enfermeiro plantonista, para cada dez leitos, em cada turno, e um técnico de enfermagem para cada dois leitos.

**Quadro 8 – Número de indicações de HM e resultado das ações dos TE**

Nº PROFIS 12	ANTES CONTATO PACIENTE		ANTES REALIZAR PROCEDIMENTOS ASSÉPTICOS		APÓS RISCO EXPOSIÇÃO FLUIDOS CORPORAIS		APÓS CONTATO COM PACIENTE		APÓS CONTATO COM AS PROXIMIDADES PACIENTE	
	Nº	AÇÃO	Nº	AÇÃO	Nº	AÇÃO	Nº	AÇÃO	Nº	AÇÃO
TE1	7	3	2	1	0	0	3	3	12	4
TE2	17	5	5	2	4	2	12	6	21	6
TE3	5	1	4	0	1	1	4	3	7	4
TE4	5	2	1	1	0	0	4	4	3	2
TE5	5	2	2	1	4	2	9	4	22	2
TE6	13	4	4	3	3	3	17	13	23	16
TE7	4	0	2	0	2	1	4	2	9	2
TE8	9	1	5	1	3	1	8	2	11	2
TE9	7	0	5	0	1	0	10	5	12	4
TE10	4	2	1	1	1	1	4	3	5	3
TE11	5	1	5	2	1	1	8	6	9	6
TE12	4	0	3	0	1	0	8	4	7	3
TOTAL	85	21	39	12	21	12	91	55	141	54
%	24,70%		30,76%		57,14%		60,43%		38,29%	

Fonte: resultado da pesquisa, 2020

De acordo com o quadro acima, foram observadas durante as atividades dos TE noventa e uma oportunidades de HM e cinquenta e cinco adesões (60,43%) após o contato com o paciente, após o risco de exposição a fluidos corporais vinte e uma oportunidades e doze ações (57,14%) de adesão. Após o contato com as superfícies próximas ao paciente cento e quarenta e uma oportunidades e cinquenta e quatro ações (38,29%) de adesão, antes de realizar procedimentos assépticos foi observado trinta e nove oportunidades e doze ações (30,76%) de adesão e oitenta e cinco oportunidades de HM antes de tocar no paciente e vinte e uma ações (24,70%) de adesão. Após o contato com o paciente teve uma maior adesão a HM e antes do contato com o paciente uma menor adesão de HM.

Apesar de ser uma ação simples, muitos profissionais negligenciam esta atividade e não a inserem no cotidiano, o que acontece, por vezes, devido a própria dinâmica assistencial de agilização do trabalho, que colabora para a redução de HM, tornando-se um dos desafios para o controle de IRAS (ROLIM, 2018).

Ratificando os dados averiguados neste estudo, pesquisa feita por Vasconcelos (2018), onde a adesão dos TE a HM teve maior índice após o contato com o paciente (88,1%) de adesão a HM. Porém, se compararmos as duas pesquisas nas demais oportunidades de HM esses dados são divergentes, onde 42,3% de adesão a HM após o contato com superfícies próximas ao paciente, 15,2% de adesão após o risco de exposição á fluídos corporais, 9,9% de adesão antes do contato com o paciente e 0% antes de realizar procedimentos assépticos.

Estudo feito por FELIX, (2009) sobre a lavagem das mãos em uma UTI neonatal verificou que 56,9% dos profissionais de saúde não lavavam suas mãos antes de realizar algum procedimento e 36,9% não lavaram suas mãos após.

#### Quadro 9 – Número de indicações de HM e resultado das ações dos enfermeiros

INDICAÇÕES DE HIGIENE DAS MÃOS										
Nº PROFIS 2	ANTES CONTATO PACIENTE		ANTES REALIZAR PROCEDIMENTOS ASSÉPTICOS		APÓS RISCO EXPOSIÇÃO FLUIDOS CORPORAIS		APÓS CONTATO COM PACIENTE		APÓS CONTATO COM AS PROXIMIDADES PACIENTE	
	Nº	AÇÃO	Nº	AÇÃO	Nº	AÇÃO	Nº	AÇÃO	Nº	AÇÃO
ENF1	4	0	0	0	2	1	4	4	8	4
ENF2	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0
TOTAL	5	0	1	0	2	1	5	4	9	4
%	0%		0%		50%		80%		44,44%	

Fonte: resultado pesquisa, 2020

De acordo com quadro 9, foram observadas durante as atividades dos enfermeiros após o contato com o paciente cinco oportunidades e quatro ações (80%) de adesão, após o risco de exposição a fluidos corporais duas oportunidades e uma ação (50%) de adesão, após o contato com as superfícies próximas ao paciente foi observado nove oportunidades e quatro ações (44,44%) de adesão, cinco oportunidades de HM antes de tocar no paciente e zero ações (0%) de adesão e antes de realizar procedimentos assépticos foi observado uma oportunidade e zero ação (0%) de adesão. Antes de realizar procedimentos assépticos teve uma maior adesão a HM, antes do contato com o paciente e antes de realizar procedimento assépticos uma menor adesão de HM.

Confirmando os dados apurados neste estudo, pesquisa feita por Vasconcelos (2018), onde a adesão dos enfermeiros a HM teve maior índice após o contato com o

paciente 100% de adesão a HM e menor índice antes de realizar procedimentos assépticos 0%. Porém se compararmos as duas pesquisas nas demais oportunidades de HM esses dados são divergentes, onde 40% de adesão a HM após o contato com superfícies próximas ao paciente, 33,3% de adesão após o risco de exposição á fluídos corporais, 14,3% de adesão antes do contato com o paciente.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou que a adesão à HM pela equipe de enfermagem da UTI onde foi realizada a pesquisa apresenta-se abaixo do esperado, com um resultado negativo, apresentando importante evidência nos momentos antes do contato com o paciente para as duas categorias profissionais da enfermagem.

É papel e dever do enfermeiro como gerente da assistência monitorar as ações e a adesão da equipe de enfermagem a HM, identificar as falhas no processo de enfermagem e capacitar os seus funcionários para que se tenha uma assistência de enfermagem de qualidade e segura.

Os resultados apontados são preocupantes, considerando que a enfermagem é a profissão que assiste diretamente ao paciente durante as vinte e quatro horas do dia durante toda a permanência do paciente na instituição hospitalar. Se considerarmos que esse resultado pode ter tido uma influência sobre os profissionais por saberem que estavam sendo observados e o objetivo era justamente se realizavam a HM de acordo com o recomendado pela OMS, é provável que no dia-dia, quando não estão sendo observados, estes números sejam ainda menores.

Estes resultados contribuem para o acontecimento de IRAS em pacientes com estado de saúde grave, que internam em UTI e realizam vários procedimentos, instalam diversos dispositivos invasivos e com fatores de risco relacionados. Outro aspecto importante de mencionar está relacionado ao período em que a pesquisa foi realizada, desde onze de março de 2020 foi declarada pela OMS pandemia por COVID-19. Na ausência de vacina e medicamentos eficazes contra a doença, a forma que a OMS encontrou para combater a doença foi estabelecer medidas de proteção para toda a população. E aos profissionais da saúde que estão na linha de frente do cuidado, foram orientados e capacitados pelas instituições hospitalares quanto a importância e necessidade de realizar a HM de forma correta ou uso de álcool gel, medidas simples, importantes, antigas e de baixo custo para a instituição.

Em suma, estima-se esta pesquisa contribua para que os profissionais de enfermagem se sensibilizem da responsabilidade de sua profissão e da importância de realizar uma assistência de enfermagem segura. Conseqüentemente uma melhora na qualidade da assistência prestada, diminuição de complicações, iatrogenias relacionadas a assistência de enfermagem e aumento da segurança do paciente.

Ao concluir este trabalho é possível verificar que os objetivos propostos foram atingidos e de acordo com os resultados é imprescindível que sejam realizadas ações voltadas para a conscientização dos profissionais e principalmente, mudança de prática dos mesmos visto que o trabalho da equipe de enfermagem tem papel fundamental em contribuir para a melhora da saúde dos pacientes por meio do cuidado que é feito essencialmente com as mãos.

## REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. NOTA TÉCNICA Nº01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: ORIENTAÇÕES GERAIS PARA HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE, 2018.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE, Higienização das mãos. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. 2017.

ALVIM, Andre Luiz Silva et al. Avaliação das práticas de higienização das mãos em três unidades de terapia intensiva. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção [Internet], v. 9, n. 1, 2019.

ARAÚJO, Márcia Mello de Oliveira et al. Adesão à higienização das mãos: instrumento de observação fundamentado na estratégia multimodal aplicado à UTI neonatal. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria do MS nº 529 de 25 de julho de 2013. Estabelece as normas para o programa Nacional de Segurança do Paciente.

BRASIL. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 10 de outubro de 1996.

CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa et al. Aplicabilidade de inovações e tecnologias assistenciais para a segurança do paciente: revisão integrativa. Cogitare Enfermagem, v. 22, n. 3, 2017.

COELHO, Hercules Pereira et al. Adesão da equipe de enfermagem à higienização das mãos na unidade de terapia intensiva neonatal. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 39, p. e2169-e2169, 2020.

CORDEIRO, T. M. S. C.; ARAÚJO, Tânia Maria de. Prevalência da capacidade para o trabalho inadequada entre trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde. Rev Bras Med Trab, v. 15, n. 2, p. 150-7, 2017.

COSTA, Evandro et al. Modelos de feedback para estudantes em ambientes virtuais de aprendizagem. Jornada de Atualização em Informática na Educação, v. 5, n. 1, p. 1-38, 2016.

DA SILVA, Sidrailson José et al. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ORIENTAÇÕES POR MEIO DA BIOSSEGURANÇA PARA O COMBATE AO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19). Revista Eletrônica da Estácio Recife, v. 6, n. 1, 2020.

DANTAS, et al. Adesão da equipe de enfermagem às medidas de prevenção de infecções de corrente sanguínea. Revista de Enfermagem UFPE Online, Recife, 2017.

DE CARVALHO LEMOS, Grazielle et al. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 8, 2018.

DE MATIA, Graciele et al. Adesão aos cinco momentos de higienização das mãos em unidades de terapia Intensiva de um hospital pediátrico. Espaço para Saúde, v. 18, n. 2, p. 96-104, 2017.

DE MELO ALVES, Michelly et al. Impacto de programa educacional em práticas interdisciplinares na higienização das mãos (HM) por profissionais de UTI. Revista EDaPECI, v. 18, n. 3, p. 61-70, 2018.

DE OLIVEIRA, Adriana Cristina et al. Adesão à higienização das mãos entre técnicos de enfermagem em um hospital universitário [Hand hygiene compliance among nursing technicians at a university hospital]. Revista Enfermagem UERJ, v. 24, n. 2, p. 9945, 2016.

DERHUN, Flávia Maria et al. Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre higienização das mãos. Cogitare Enfermagem, v. 21, n. 3, 2016.

DEWES, Fabíola. Adesão à higiene de mãos em hospitais: revisão bibliográfica. 2019.

DINIZ, Waléria Alcântara; NOGUEIRA, Marcia Silva. CURSO DE ENFERMAGEM A ENFERMAGEM NO CONTROLE DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO, 2019.

DOS SANTOS MARTINS, Lana. Eventos adversos relacionados à ventilação mecânica em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. 2019.

FELIX, Carla Cristiane Paz; MIYADAHIRA, Ana Maria Kazue. Avaliação da técnica de lavagem das mãos executada por alunos do Curso de Graduação em Enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 43, n. 1, p. 139-145, 2009.

FONTELLES, Mauro José et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. Revista paraense de medicina, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

GERHARD T.E. SILVEIRA D.T. Métodos de pesquisa; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil-UAB/IFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIORDANI, Anecy Tojeiro et al. Adesão da equipe de enfermagem à higienização das mãos: fatores motivacionais. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 15, n. 4, p. 559-568, 2014.

JEZEWSKI, Goretti Moisiiane et al. Conhecimento de profissionais de enfermagem de um hospital privado acerca da higienização das mãos. Revista Cuidarte, v. 8, n. 3, p. 1777-1785, 2017.

LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini (Org.). Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. 1. ed. Porto Alegre: Moriá Ed., 2016.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos de metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEUTHIER, Rafaella Menezes et al. Passo a passo na implantação do protocolo de higiene de mão. Revista InterScientia, v. 6, n. 2, p. 67-78, 2018.

LLAPA-RODRÍGUEZ, Eliana Ofelia et al. Aderência de profissionais de saúde à higienização das mãos. Revista de Enfermagem UFPE online. Recife, v. 12, n. 6, p. 1578-85, 2018.

MARCONI, Mariana de Andrade; LAKATOS, Eva Maria de. Técnicas de Pesquisa, 8. Ed. São Paulo: Atlas Ed., 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL). Segurança do Paciente. Higienização das mãos. Brasília. 2013a.

MOTA, Ercília Campos et al. Higienização das mãos: uma avaliação da adesão e da prática dos profissionais de saúde no controle das infecções hospitalares. Rev Epidemiol Control Infect, v. 4, n. 1, p. 12-17, 2014.

OLIVEIRA, Maria Alenita de et al. Higienização das mãos: conhecimentos e atitudes de profissionais da saúde. Rev. enferm. UFPE on line, p. [1-5], 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. 2008.

PERES, Merianny de Avila et al. Percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em unidades de internação pediátrica. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 39, 2018.

POMPERMAIER, Charlene; XAVIER, Ana Carolina; NOSSAL, Flavia. A IMPORTÂNCIA DA HIGIENE DAS MÃOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA-UM RELATO DE CASO. Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Xanxerê, v. 5, p. e24185-e24185, 2020.

ROLIM, Alwsca Layane Gonçalves et al. Higienização das mãos e a segurança do paciente: análise das práticas realizadas pela equipe de enfermagem no cuidado a criança hospitalizada. 2018.

SILVA, Claudineia; BATISTA, Eraldo Carlos. Estresse ocupacional em enfermeiros e técnicos de enfermagem intensivistas de uma uti adulto. Revista Interdisciplinar, v. 10, n. 1, p. 118-28, 2017.

SILVA FREIRE, Raquel Margarida et al. Profissional residente no enfrentamento da COVID-19: relato de experiência no contexto da enfermagem intensiva. Enfermagem Brasil, v. 19, 2020.

SILVA, Gizelda Monteiro da; SEIFFERT, Otília Maria LB. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 62, n. 3, p. 362-366, 2009.

SOUZA, Luccas Melo de et al. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 36, n. 4, p. 21-28, 2015

TERUEL, Fernanda Morais. Aprendizagem conceitual e procedimental da prática de higienização das mãos por alunos de um curso de enfermagem. 2019.

TRANNIN, Karen Patricia Pena et al. Adesão à higiene das mãos: intervenção e avaliação. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, n. 2, 2016.

VASCONCELOS, Raíssa Ottes et al. Adesão à higienização das mãos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Enfermería Global*, v. 17, n. 2, p. 430-476, 2018.

ZEHURI, Munira Maria Otsuka Nassif; SLOB, Edna Marcia Grahl Brandalize. Auditoria em saúde: controle das IRAS, economia, higienização das mãos e antimicrobianos. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, v. 12, n. 10, p. 298-316, 2018.

**APÊNDICE A – Roteiro para entrevista perfil sociodemográfico dos profissionais**

1-Sexo:

2-Idade:

3-Formação profissional:

4-Tempo de atuação na instituição:

5-Tempo de atuação na UTI geral:

6-Tempo de formação profissional:

7-Treinamentos/ capacitações recebidas relacionados aos temas HM no último ano:

( ) Sim ( ) Não

Se sim, teve algum motivo especial?

8-Formas de execução dos treinamentos/capacitações:

( ) Palestra ( ) Vídeos ( ) Slides ( ) Dinâmicas ( ) Outros

9- Como você avalia o treinamento recebido: ( ) Péssimo ( ) Ruim ( ) Bom  
( ) Muito bom

Por que?

10- Na sua opinião como poderia ser realizado os treinamentos sobre HM?

11-Sobre a HM e o uso de luvas você acha que uma ação substitui a outra?

12- Quando não tem tempo de HM você acha correto usar álcool gel?

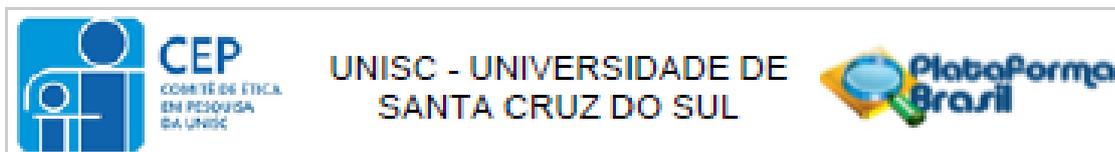
13- Você julga a HM uma ação de cuidado com o paciente ou com o profissional?

14- Você sabe me dizer quais são os cinco momentos de HM preconizados pela OMS:

( ) antes tocar paciente ( ) antes procedimentos assépticos ( ) após risco de exposição fluidos corporais ( ) após contato o paciente ( ) após contato com áreas próximas ao paciente

15- Você sabe em média quanto tempo leva para realizar a HM adequada?

## APÊNDICE B – Termo Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ADESAO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

**Pesquisador:** Luciane Maria Schmidt Alves

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 35812920.1.0000.5343

**Instituição Proponente:** Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.341.023

#### Apresentação do Projeto:

O estudo será realizado em uma UTI geral para adultos de um hospital universitário localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil, de alta complexidade em várias especialidades médicas. Trata-se de uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, reconhecida como de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal. Foi fundada há 112 anos, possui cerca de 950 funcionários com capacidade operacional total de 232 leitos ativos, conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), leitos para pacientes com convênios particulares e empresariais. O local do estudo acontecerá em uma UTI para adultos, que possui 10 leitos separados por divisórias. No que se refere a estrutura física para a HM, o setor possui doze dispensadores de sabonete líquido, doze suportes de papel toalha, e doze plas para a HM, fica uma pla, um dispensador de sabonete líquido e um suporte de papel toalha em cada leito e os outros estão instalados nas portas de entrada da unidade, sendo uma para profissionais e outra para acompanhantes. Ademais, há doze dispensadores de álcool gel, destes dez estão dentro dos leitos e os outros dois um em cada uma das portas de entrada da unidade. A amostra do estudo será composta pela equipe de enfermagem atuante na UTI geral em estudo, que conta com trinta e três profissionais da enfermagem, sendo quatro enfermeiros e vinte e nove técnicos de enfermagem, distribuídos em quatro turnos de seis horas. Integra a escala de trabalho por turno um enfermeiro e de quatro a sete técnicos de enfermagem, participarão deste estudo somente os profissionais que atuam noturno. A construção deste estudo será a partir de dois grupos de profissionais da enfermagem

Endereço: Av. Independência, nº 2209 -Bloco 13, sala 1306  
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-000  
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE  
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 4.341.023

sendo um composto por técnicos de enfermagem e o outro composto por enfermeiros, de dois turnos, sendo o da manhã e da tarde, operantes na UTI. Será considerado como critério de exclusão, os funcionários em férias, licenças e afastamentos de qualquer natureza e funcionários que atuam nos dois turnos da noite. Os sujeitos da pesquisa serão abordados durante o seu turno de trabalho, no primeiro momento será indagado sobre o interesse do profissional em participar desta pesquisa, após se houver uma resposta positiva será explicado mediante o termo de consentimento livre e esclarecido, os objetivos da pesquisa, a seguir a entrevista com perguntas abertas e fechadas e por fim a observação em média de três horas durante as atividades deste profissional das oportunidades indicadas para a HM de acordo com a OMS usando formulário para observação. Para a coleta de dados, será aplicado como forma de averiguação primeiro a entrevista semiestruturada, após o formulário de observação será aplicado como ferramenta para a coleta dos dados, um instrumento validado pela OMS, disponível no Manual para Observadores – Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da HM, para observação dos cinco momentos para a HM pela equipe de enfermagem.

#### Objetivo da Pesquisa:

Verificar a adesão dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) aos cinco momentos de higienização das mãos de acordo com a Organização Mundial de Saúde. Traçar o perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem. Observar os instantes que ocorrem a adesão da higienização das mãos dos profissionais de enfermagem.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Sentir-se desconfortável e constrangido ao ser observado nesse caso poderá retirar-se da pesquisa.

Benefícios: Refletir sobre a assistência que prestada aos pacientes que ficam sobre os seus cuidados, diminuir a possibilidade de ocorrer eventos adversos e aumentar a qualidade e segurança do paciente.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com a resolução.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com a resolução.

#### Recomendações:

Não há recomendações.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Endereço: Av. Independência, nº 2203 -Bloco 13, sala 1308  
Bairro: Universitário CEP: 96.815-000  
UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
Telefone: (51)37 17-7680 E-mail: cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE  
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 4.341.023

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil e validados pelo CEP-UNISC.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Recurso do Parecer	recurso.pdf	08/10/2020 16:59:17		Aceito
Cronograma	NOVOCRONOGRAMA.pdf	08/10/2020 16:41:46	GABRIELE FIGUEIRO DOS	Aceito
Recurso do Parecer	recurso.pdf	06/10/2020 15:59:38		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTAPENDENCIAS.pdf	06/10/2020 15:44:35	GABRIELE FIGUEIRO DOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	NOVOTCC.pdf	06/10/2020 15:40:06	GABRIELE FIGUEIRO DOS SANTOS	Aceito
Recurso do Parecer	recurso.pdf	22/09/2020 20:24:44		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS_DO_P ROJETO_1587672.pdf	28/08/2020 01:53:35		Aceito
Outros	gabrl.pdf	28/08/2020 01:51:49	GABRIELE FIGUEIRO DOS	Aceito
Outros	Gabrcartacomite.pdf	10/07/2020 01:12:31	GABRIELE FIGUEIRO DOS	Aceito
Orçamento	Gabiorcamento.pdf	10/07/2020 01:06:57	GABRIELE FIGUEIRO DOS	Aceito
Folha de Rosto	Gabrofolharosto.pdf	10/07/2020 01:03:39	GABRIELE FIGUEIRO DOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/07/2020 21:30:26	GABRIELE FIGUEIRO DOS SANTOS	Aceito
Outros	AceiteGabrieleFigueirodoSantos.pdf	02/07/2020 00:43:32	Luclane Maria Schmidt Alves	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Independência, nº 2203 -Bloco 13, sala 1308  
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-000  
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
 Telefone: (51)3717-7880 E-mail: cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE  
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 4.341.023

SANTA CRUZ DO SUL, 15 de Outubro de 2020

---

Assinado por:  
Renato Nunes  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Independência, nº 2203 -Bloco 13, sala 1306  
Bairro: Universitário CEP: 96.815-900  
UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br

## APÊNDICE C – Carta de Aceite Instituição Parceira



Santa Cruz do Sul, 01 de julho de 2020

Prezados Senhores

Declaramos para os devidos fins, conhecer o protocolo de pesquisa intitulado “ADESÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA” desenvolvido pela aluna do curso de Enfermagem **Gabriele Figueiró dos Santos**, sob supervisão da **Dr.ª Luciane Maria Schmidt Alves**, bem como os objetivos e a metodologia do estudo proposto. Salientamos que publicações acerca dos dados obtidos no referido estudo devem ser previamente submetidos à análise da Instituição.

Afirmamos concordar com o parecer ético consubstanciado que será emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Atenciosamente;

  
 Enf.ª **Fernanda Ribero Gallisa**  
 Diretora Assistencial / HSC

  
 Prof.ª **Dr.ª Giana Diesel Sebastiany**  
 Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão / HSC

ASSOCIAÇÃO PRÓ-ENSINO EM SANTA CRUZ DO SUL - APESC

Rua Fernando Abott, 174 - 96.810-072 - Santa Cruz do Sul - RS - Fone/Fax: (51) 3713-7400 - www.hospitalstacruz.com.br - hsc@hsc.br

## **Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado/a para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado Adesão da equipe de enfermagem a higienização das mãos em uma unidade de terapia intensiva, vinculado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é Luciane Maria Schmidt Alves, que poderá ser contatado a qualquer tempo através do telefone (51) 996040306.

Sua participação é possível pois você atende ao critério de inclusão previsto na pesquisa, o qual é atuar na Unidade de Terapia Intensiva. Sua participação consiste em responder ao questionário com perguntas estruturadas e ser observado em média duas horas durante as suas atividades profissionais, a fim de identificar sua adesão a higienização das mãos nos cinco momentos preconizados pela OMS.

Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como sentir-se desconfortável ao ser observado. Por outro lado, a sua participação trará benefícios, como a identificação de momentos que devem ser melhorados e os que estão de acordo com as recomendações da OMS, aprofundar os seus conhecimentos sobre a temática, além de promover reflexões sobre sua rotina de higienização das mãos.

Para sua participação nessa pesquisa você não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza. Ao final da pesquisa você terá acesso aos resultados através da apresentação final do trabalho de monografia a ser realizado na UNISC com data a ser definida, estando disponível em novembro no departamento do curso de enfermagem.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado/a:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

Local:

Data:

---

Nome e assinatura do voluntário

Nome e assinatura do responsável pela  
apresentação desse Termo de  
Consentimento Livre e Esclarecido

## ANEXO B – FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO											
País	Cidade	Hospital	Identificação do local								
Observador (iniciais) [ ][ ] [ ][ ]		Nº. do Período [ ][ ] [ ][ ]	Departamento/Clinica [ ][ ][ ][ ]								
Data (dd.mm.aaaa) [ ][ ] [ ][ ] . [ ][ ] [ ][ ] . [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]		Nº. da Sessão [ ][ ] [ ][ ]	Nome do Serviço [ ][ ][ ][ ]								
Início/Fim (h:min) [ ][ ] : [ ][ ] / [ ][ ] : [ ][ ]		Nº. do Formulário [ ][ ] [ ][ ]	Nome da Unidade [ ][ ][ ][ ]								
Duração da Sessão (min) [ ][ ] [ ][ ]											
Cat. Prof. [ ][ ][ ]	Cat. Prof. [ ][ ][ ]	Cat. Prof. [ ][ ][ ]	Cat. Prof. [ ][ ][ ]								
Código [ ][ ][ ]	Código [ ][ ][ ]	Código [ ][ ][ ]	Código [ ][ ][ ]								
Número [ ][ ][ ]	Número [ ][ ][ ]	Número [ ][ ][ ]	Número [ ][ ][ ]								
<b>Op</b>	<b>Indicação</b>	<b>Ação</b>	<b>Op</b>	<b>Indicação</b>	<b>Ação</b>	<b>Op</b>	<b>Indicação</b>	<b>Ação</b>	<b>Op</b>	<b>Indicação</b>	<b>Ação</b>
1	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	1	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	1	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	1	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada
2	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	2	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	2	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	2	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada
3	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	3	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	3	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	3	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada
4	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	4	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	4	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	4	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada
5	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	5	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	5	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	5	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada
6	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	6	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	6	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	6	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada

(MANUAL PARA OBSERVADORES ANVISA, 2008)

**ANEXO C– Carta de Aceite Instituição Parceira**

Santa Cruz do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, CEP-UNISC

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado: **“ADESÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”**, desenvolvido pela acadêmica Gabriele Figueiró dos Santos do Curso de enfermagem, da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, sob a orientação da professora Luciane Maria Schmidt Alves, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o desenvolvimento no Hospital Santa Cruz

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 e demais Resoluções Éticas Brasileiras e a Norma Operacional 001/2013. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem-estar dos pesquisados nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tanto.

Atenciosamente,

Nome do responsável na instituição: \_\_\_\_\_

Cargo do responsável na instituição: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável na instituição: \_\_\_\_\_

## ANEXO D – Formulário de Cálculo Básico

Número da sessão	Categorias profissionais (as colunas podem ser adicionadas de acordo com o número de categorias profissionais observadas)								Total de sessões	
	Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código		Oportunidade	Ação
	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação		
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
Total por Categorias										
Adesão										

(MANUAL PARA OBSERVADORES ANVISA, 2008)

## ANEXO E – Formulário de Cálculo Opcional

Número da Sessão	Hand Hygiene Indications									
	Antes de contato com o paciente		Antes de realizar procedimentos assépticos		Após risco de exposição a fluidos corporais		Após contato com o paciente		Após contato com as proximidades do paciente	
	Número	Ação	Número	Ação	Número	Ação	Número	Ação	Número	Ação
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
Total de indicações	/		/		/		/		/	
Adesão										

$$\text{Adesão (\%)} = \frac{\text{Ações}}{\text{Indicações}} * 100$$

Instruções de uso

(MANUAL PARA OBSERVADORES ANVISA, 2008)