

CURSO DE ENFERMAGEM

Leonardo Antônio Haar Freitas

**A prática de higienização das mãos em uma unidade de terapia intensiva:
uma questão de adesão?**

Santa Cruz Do Sul

2015

Leonardo Antônio Haar Freitas

**A PRÁTICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA: UMA QUESTÃO DE ADESÃO?**

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de graduação em enfermagem como pré requisito para obtenção do título de Bacharel em enfermagem tendo como orientadora a Prof^a. Enf^a Dr^a Ana Zoé Schilling.

Santa Cruz do Sul

2015

Santa Cruz do Sul, dezembro de 2015.

**A PRÁTICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA: UMA QUESTÃO DE ADESÃO?**

LEONARDO ANTÔNIO HAAR FREITAS

Este trabalho de conclusão de curso foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovado em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA:

Profª Enfª Drª Ana Zoé Schilling

Docente orientadora

Profª Enfª Ms. Rosylaine Moura

Docente membro integrante

Profª Enfª Ms. Ana Elizabeth Kautzmann

Docente membro integrante

AGRADECIMENTOS

Agradeço antes de qualquer coisa, a Deus por sua infinita sabedoria e a todos os meus amigos de luz que sempre se fazem presentes em mais uma missão. Obrigado pelo apoio e pela ajuda que sempre têm me dado quando preciso e quando acreditam ser necessário.

Agradeço aos meus pais, por sempre terem acreditado que eu seria capaz de exercer esta tão brilhante e gratificante profissão de enfermeiro. Um profissional humanitário com sabedoria e dom de auxiliar a todos que precisem. Meu sincero obrigado, vocês são minha inspiração de luta e perseverança!

Agradeço a ti Guilherme Santiago. Muito obrigado por teus conselhos, tua companhia, tua ajuda com os trabalhos, tabelas, finanças, pelo apoio em tudo que eu precisei e até mesmo pelos puxões de orelha quando necessário hehe! Muito obrigado meu amor, foste também uma fonte de inspiração. Quando estava cansado, era em ti que pensava e em toda nossa luta. **Arigatou gosaimasu Ukezinho Desu.. Koishiteru!**

Agradeço aos meus amigos e colegas de graduação Simone Brito e Taciana Gass. Obrigado gurias por toda sua ajuda, pelos momentos que me fizeram companhia, pelas risadas, conselhos, e pela nossa amizade. Levo vocês duas comigo no coração.

Agradeço a ti professora Aline Fernanda Fischborn, pelo carinho e por acreditar em meu potencial durante a graduação. Muito obrigado pelas parcerias nas escritas de nossos resumos científicos. Foste uma fonte de sabedoria a qual tenho orgulho de ter tido contato, obrigado pela nossa amizade!

Agradeço a minha orientadora professora Ana Zoé Schilling. Obrigado por ter aceitado este desafio de me orientar e por acreditar que a minha escolha do tema, fosse possível de ser concretizada. Adquiri muito conhecimento fazendo este trabalho.

Agradeço a todos os demais professores com os quais tenho agregado conhecimento ao longo destes cinco anos de estudo. Tenham a certeza que vocês também são responsáveis pelo meu desempenho de realizar esta tarefa. Aprendi muito com todos vocês. Obrigado meus futuros colegas.

Agradeço a todos os profissionais que participaram do estudo. A participação de vocês foi de grande importância. Obrigado pela contribuição que vocês deram para este estudo científico.

RESUMO

A higienização das mãos como ação preventiva às infecções hospitalares a fim de garantir melhor segurança aos pacientes tem sido foco de estudos e constatações há muitos anos. Como prática diária esta se apresenta como o método mais eficaz, barato e simples. OBJETIVOS: Evidenciar a percepção dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos na unidade de terapia intensiva adulto; Identificar o conhecimento dos profissionais da UTI adulto acerca da técnica correta de higienização das mãos; Analisar as possíveis causas responsáveis pela adesão ou não à higienização das mãos por parte dos profissionais da UTI adulto. METODOLOGIA: A pesquisa tem caráter qualitativo, exploratório, descritivo. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de questionário, semi estruturado, dividido em três blocos temáticos. A análise de dados foi feita a partir da análise temática. CONCLUSÃO: Participaram desta pesquisa 21 profissionais de saúde que trabalham na UTI adulto. Foi constatado que os profissionais têm percepção sobre o significado da higiene das mãos e também conseguem compreender a sua importância frente às patologias encontradas no hospital. Entretanto, não há conhecimento suficiente sobre a técnica correta da higienização das mãos. Além destes não descreverem o passo a passo da técnica corretamente, também não distinguem os tipos de técnica existente em um ambiente hospitalar. Quanto à adesão, percebeu-se que os profissionais apresentam múltiplos fatores que os influenciam na sua adesão à prática de higiene das mãos. Alguns por questões de educação em saúde, outros por condicionamento de comportamento e outros pelas condições de estrutura da UTI adulto, o que determina que quanto a adesão, a decisão de cada um é muito pessoal e particular, tendo inúmeras variáveis associadas.

Palavras – chave: Adesão, Higienização das mãos, Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

ABSTRACT

The Hand Hygiene as a preventive action to hospital infection and to ensure better security to the patients it is focus of studys and findings for many years. As a daily practice, this has been presented as the most efficient, cheap and simple method.

OBJECTIVES: Evidence the perception of the health professionals about Hand Hygiene in an Adult Intensive Care Unit; Indentify the knowledge of the profissionals of the Adult ICU about da correct technique of the Hand Hygiene; Analysis the possible reason responsible for the accession or not to the Hand Hygiene from the part of the profissionals in the Adult ICU. **METHODOLOGY:** The research is qualitative, exploratory and descriptive. The data collection was realized by thematic analysis. **CONCLUSION:** In this research participated 21 health professionals that works in the Adult ICU. It was found that the professionals has a perspective about the meaning of the Hand Hygiene and also can understand its importance ahead the pathologies found in the Hospital. However, there is no knowledge enough about the correct technique of the Hand Hygiene. Besides that do not describe step to step the technique correctly, also do not distinguish the types of the technique existing in a hospital environment. As the adhesion, was observed that the professionals presented multiples factors that influence them in the adhesion of the Hand Hygiene practice. Some by questions of Health education, others by conditioning of behavior and others for the organization conditions of the Adult ICU, which determines that the adhesion, the decision of each is very personal and particular, with numerous variables associated.

Keywords: Accession, Hand hygiene, Adult Intensive Care Unit.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DOU	Diário Oficial da União
EA	Eventos Adversos
IH	Infecção Hospitalar
IOM	Instituto Americano de Medicina
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IRAS	Infecções Relacionadas À Assistência À Saúde
JCI	Joint Commission International
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCIH	Programa de Controle de Infecção Hospitalar
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
TJC	The Joint Commission
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
3.1	Segurança do Paciente: Histórico Mundial.....	11
3.1.1	A segurança do paciente no Brasil.....	12
3.2	Infecção Hospitalar (IH).....	13
3.3	A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).....	15
3.4	Higienização das Mãos.....	16
3.4.1	Tipos de Higienização das Mãos.....	16
3.4.2	Higienização Simples.....	17
3.4.3	Higienização com Antisséptico.....	18
3.5	Pareceres Legais, Técnicos e Científicos.....	19
3.6	A questão de Adesão à Higienização das Mãos.....	22
4	METODOLOGIA.....	24
4.1	Tipo de Pesquisa.....	24
4.2	Local da Pesquisa.....	25
4.3	Sujeitos da Pesquisa.....	26
4.4	Procedimentos Técnicos da Pesquisa.....	26
4.5	Procedimentos Éticos da Pesquisa.....	26
4.6	Instrumento para a Coleta de Dados.....	27
4.7	Análise de dados.....	28
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	30
5.1	Bloco temático I: Perfil do profissional de saúde.....	30
5.1.1	Discussão de dados do bloco temático 1: Perfil demográfico do profissional.....	31
5.2	Bloco temático 2: Percepção dos profissionais quanto higienização das mãos.....	32
5.2.1	Discussão de dados do bloco temático 2: Percepção dos profissionais quanto a higienização das mãos.....	35
5.3	Bloco temático 3: Adesão à prática de higienização das	

mãos.....	40
5.3.1 Discussão de dados do bloco temático 3: Adesão à prática de higienização das mãos.....	42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICE A – Termo de solicitação para execução do projeto	55
APÊNDICE B – Termo de autorização para execução do projeto	56
APÊNDICE C –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	57
APÊNDICE D – Instrumento para coleta de dados.....	60

1 INTRODUÇÃO

A higienização das mãos como ação preventiva às infecções hospitalares e a fim de garantir melhor segurança aos pacientes tem sido foco de estudos e constatações há muitos anos. No ano de 1999 o Instituto Americano de Medicina (IOM) tornou público o relatório intitulado *To err is human: is building a safer health system (Errar é humano: Construindo um sistema de saúde seguro)*. Posteriormente a esta publicação, uma ampla pesquisa sobre os aspectos que permeiam a segurança do paciente foi desenvolvida. Nos anos seguintes ocorreram inúmeras ações, entre estas, uma mobilização internacional, criando a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. (WHO, 2008). Esta aliança elaborou desafios globais como metas a serem atingidas durante os prazos estipulados, por todos os países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). (BRASIL, 2013).

O primeiro desafio global criado no biênio 2005-2006 pela Aliança Mundial da Segurança do Paciente foi acerca do tema lavagem das mãos/higienização das mãos. Este desafio publicado com o slogan “Uma Assistência limpa é uma assistência mais segura” tinha como enfoque a prevenção às Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS). (BRASIL, 2009).

Através dos resultados e das necessidades de alcançarem as expectativas esperadas, houve uma continuação deste desafio. No ano de 2009 a OMS lançou novamente este desafio, embora com propósitos semelhantes, com outro slogan “Salve vidas: Higienize suas mãos”. (BRASIL, 2009).

A prática de lavagem/higienização das mãos é a forma individual mais simples e eficaz de prevenção à disseminação de microrganismos multirresistentes e IRAS dentro dos serviços, sendo ainda considerado um indicador de qualidade nas instituições prestadoras de serviços à saúde. (WHO, 2009 apud PRADO, et. al. 2013).

A Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA) estima que a taxa de infecção no Brasil atinja atualmente 14% das internações hospitalares. No

estado do Rio Grande do Sul, a cada 100 pacientes internados, 13 adquirem infecções durante este período, conforme estimativa da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

“A organização Mundial da Saúde destaca que se a adequação das pais, dispensadores, com insumos e a lavagem/ higienização das mãos não forem realizadas, potencializa-se os riscos de infecção relacionada à assistência à saúde, morbidades mortalidades e os custos hospitalares.”
(PRADO, et. al, 2013, p.)

Através deste pressuposto, o presente trabalho apresenta-se com o seguinte objetivo principal: Evidenciar a percepção dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos na unidade de terapia intensiva adulto e também objetiva especificadamente: Identificar o conhecimento dos profissionais da UTI adulto acerca da técnica correta de higienização das mãos e Analisar as possíveis causas responsáveis pela adesão ou não à higienização das mãos por parte dos profissionais da UTI adulto.

Tal relevância aos serviços de saúde despertou interesse em estudar as questões que permeiam o primeiro desafio global na segurança do paciente, a higienização das mãos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Segurança do Paciente: Histórico Mundial

Os resultados do relatório do IOM *To err is human* em 1999, causaram repercussão global acerca da qualidade da assistência de saúde.

Em maio de 2002 a 55ª Assembleia Mundial de Saúde (WHA) adotou a resolução *WHA 55.18*, que visa à qualidade da assistência em serviços de saúde com foco na segurança do paciente, sendo solicitado aos países membros da OMS que elaborassem ações voltadas à atenção a segurança do paciente (SANTANA, et. al. 2014).

Em 2004 a OMS criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. A partir desta aliança surgiu o tema segurança do paciente, o qual através de evidências científicas estuda a incidência dos riscos aos pacientes, a fim de minimizar a níveis aceitáveis os danos aos pacientes, danos estes, chamados de eventos adversos (EA) (LORENZINI et. al. 2014).

Um dos objetivos para a criação desta aliança mundial se encontra na necessidade de estabelecer padrões de ações que visem à prevenção de EA, haja vista, os elevados índices de mortalidade, morbidade a serem diminuídos conforme os desafios globais estipulados (GALOTTI, 2004).

No ano de 2005 a OMS designou a Comissão Internacional de Acreditação em Serviços de Saúde, a Joint Commission International (JCI) e a The Joint Commission (TJC), instituições privadas, sem fins lucrativos dos Estados Unidos, como coordenadoras do objetivo de desenvolver e disseminar as soluções para a segurança do paciente, sendo estas duas consideradas como Centro de Colaboração para a Segurança do Paciente (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2015).

No decorrer do ano de 2005 foi lançado o primeiro desafio global no biênio de 2005 a 2006. Este desafio visou à prevenção às IRAS, com o tema Uma Assistência limpa é uma assistência mais segura. O segundo desafio global foi lançado no biênio de 2007 a 2008 este enfocou na segurança cirúrgica, com o tema cirurgia seguras salvam vidas (BRASIL, 2011).

Entre as ações estabelecidas para o cumprimento destes desafios globais, estavam a disseminação e conscientização da importância da lavagem

e da higienização das mãos em serviços de saúde e para a segurança cirúrgica, itens a serem revisados antes de conduzir o paciente para a cirurgia, sendo também aplicado com a presença de todos os membros da equipe cirúrgica, um check list, com informações acerca dos dados do paciente, região e lado anatômico a ser operado, entre outros itens.

Ainda no ano de 2005 a Unidade de Recursos Humanos para a Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), criou a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente no Chile, objetivando a definição de tendências de cuidados, discussão de informações referentes à participação da enfermagem na segurança do paciente (CASSIANI, 2010).

Dois anos depois, em 2007, a JCI e a TJC no exercício de suas atribuições publicaram as soluções de colaboração para a segurança do paciente em diversos idiomas (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2015).

No ano de 2007 o Brasil foi incluído na lista de países participantes da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, iniciando as ações entre a ANVISA e a OMS e OPAS (WHO, 2008).

3.1.1 A Segurança do Paciente no Brasil

No Brasil a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) foi criada no ano de 2008, na cidade de São Paulo, a partir da criação da Rede Internacional ocorrida três anos antes. No país a REBRAENSP se organiza em polos e núcleos, sendo o primeiro estadual e o segundo em regiões ou cidades. No estado do Rio Grande do Sul, a criação do polo estadual e a organização dos núcleos ocorreram em setembro do mesmo ano, na cidade de Porto Alegre (BRASIL, 2014).

As ações da REBRAENSP do polo do estado do Rio Grande do Sul são direcionadas com o propósito de informar os profissionais de saúde acerca dos estudos científicos, munindo-os de ferramentas aplicáveis e exequíveis através de documentos elaborados baseadas nos desafios globais Assistência limpa é uma assistência mais segura e Cirurgia seguras salvam vidas, a saber: (REBRAENSP, 2013).

- Higienização das Mãos;
- Identificação do Paciente;
- Prevenção a quedas;
- Administração segura de medicamentos;
- Procedimentos cirúrgicos seguros;
- Prevenção de Úlcera por pressão;
- Comunicação efetiva;
- Utilização segura de equipamentos;

Os estudos acerca dos EA evidenciam que em sua grande maioria, estes são considerados evitáveis, levando instituições e profissionais de saúde a discutirem à qualidade da assistência, objetivando a busca por uma assistência que minimize estes EA (SANTANA, et. al. 2014).

Em uma pesquisa ocorrida no ano de 2003 em três hospitais da cidade do Rio de Janeiro, RJ, constatou-se que do total de 1103 pacientes internados, 7,6% haviam sofrido EA, sendo constatado que destes, 66,7% foram considerados EA evitáveis (LORENZINI, et. al. 2014).

Através dos estudos científicos comprovando a incidência e prevalência dos EA em serviços de saúde, e a resolução aprovada na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, onde se recomendou atenção ao tema segurança do paciente, o Ministério da Saúde do Brasil, no ano de 2013 publicou no Diário Oficial da União a Portaria nº 1377, que aprova três protocolos dos temas Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Úlcera por Pressão (BRASIL, 2013).

A criação destes protocolos visa à prevenção aos EA evitáveis, como infecções relacionadas à falta de higienização das mãos, o surgimento de úlceras por pressão e complicações no período pré e pós-operatório.

3.2 Infecção Hospitalar (IH)

O sistema imunológico humano é capaz de detectar a presença de microrganismos invasores, como resposta a esta presença, o mesmo inicia uma série de eventos bioquímicos como, reações inflamatórias com presença de alteração dos sinais vitais, dos parâmetros laboratoriais e mediante exames de imagem, biópsia, confirmando o caso de infecção. (PEREIRA, et. al. 2005).

Em âmbito hospitalar, a partir de setenta e duas (72) horas da admissão do paciente, ou quando este é transferido para outro hospital já apresentando tal quadro clínico ou ainda, quando se desconhece o período de inoculação ou que determinada reação pode ser associada aos procedimentos hospitalares realizados, se considera IH (CHAGAS, 2014)

O primeiro registro brasileiro acerca da criação de um serviço de comissão de controle de infecções em instituição hospitalar ocorreu em 1963, no Hospital Ernesto Dornelles, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (CARDOSO, SILVA, 2004).

Na década de 1970 surgem no país outras comissões multidisciplinares, em geral ligadas a escolas médicas (CARDOSO, SILVA, 2004).

O Instituto da Previdência Social (INPS) em 1.976 publica no diário oficial da união (DOU) o decreto nº 77.052/76 que determina que todos os locais que prestam serviços de saúde, devem seguir as condições sanitárias previstas no decreto, não havendo definição clara das funções dos três poderes (união, estados e municípios) (BRASIL, 1976).

Em 1983 o Ministério da Saúde publica a portaria nº 196, onde fica determinado que toda a instituição hospitalar no país, independente de sua configuração jurídica, deve compor uma comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH) (BRASIL, 2000).

No ano de 1985 o comunicado da morte do presidente Tancredo Neves relacionado à IH torna o assunto presente no cotidiano do país, dando início a inúmeras denúncias da falta de controle epidemiológico em instituições (SILVA, 2003; PARANÁ, 2015)

Durante o decorrer dos anos entre o período de 1980 a 1987, houve inúmeras publicações acerca do tema IH, entre estas, está o Manual de controle de IH, adaptado para a realidade brasileira. Sendo em 1988, criada a portaria nº 232 que cria o Programa de Controle de IH (PCIH) (ANVISA, 2004).

No ano 1992 é publicada a portaria nº 930/92, substituindo a portaria nº 196/83, que reestrutura o PCIH. Este dispõe sobre as ações que serão executadas pela CCIH, estando entre estas, ações de controle de higienização das mãos (BRASIL, 1989).

Possibilitando a diminuição e a incidência das IH, foram publicados através da portaria nº 2.616 de maio de 1998, definindo o objetivo da PCIH, a organização da CCIH, a participação dos membros que a compõem, especificações referentes ao quantitativo de pacientes atendidos nas instituições de serviços da saúde (BRASIL, 1998.).

3.3 A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

A comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH) representa um setor interno de instituições de serviços de saúde que se reportam à direção destas, seguindo as normas legislativas vigentes, a partir da PCIH, a qual específica às ações que deverão ser executadas pela CCIH. Estas ficam responsáveis pela criação da vigilância epidemiológica de IH da instituição, controle, monitoramento do uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares, averiguação, análise, discussão, de casos de IH com comunicado ao gestor do SUS, quando estes forem de doenças de notificação compulsória (sem a presença da vigilância epidemiológica hospitalar), orientação, educação permanente/continuada, implementação, adequação e execução de rotinas e técnicas operacionais que visem o tratamento e a prevenção as IH (BRASIL, 1998).

Os membros que compõem a CCIH devem ser funcionários da instituição, com formação superior comprovada, divididos entre as funções de executores e consultores, sendo o presidente da CCIH, nomeado pela direção da instituição, e o enfermeiro membro executor (BRASIL, 1998).

“A organização e a distribuição dos membros devem ocorrer entre os funcionários, sendo para os membros executores, obrigatório à presença de dois profissionais com nível superior da área da saúde para cada duzentos leitos hospitalares, onde o enfermeiro e os demais profissionais deverão ter carga horária mínima de seis e quatro horas, respectivamente, e os membros consultores, sendo obrigatoriamente das seguintes áreas: Serviço médico; Serviço de farmácia; Serviço de enfermagem; administração; Laboratório de microbiologia” (BRASIL, 1998, p 02).

3.4 Higienização das Mãos

As mãos dos profissionais da saúde são os principais veículos de transmissão de microrganismos, ocasionando contaminação cruzada (paciente – profissional – paciente), transmissão para superfícies e para outros profissionais (BARRETO, 2012).

Os primeiros registros acerca de IH e sua relação com os hospitais, datam do ano de 325 d. C. onde os nosocômios, construídos ao lado de templos religiosos, não tinham métodos assépticos, nem ações de prevenção à disseminação de infecções e contaminação entre doentes (LACERDA, EGRY, 1997).

No século XIX o médico húngaro Ignaz Phillip Semmelweis (1846) e a Enfermeira Florence Nightingale e sua equipe de enfermagem (1854) constaram que a lavagem das mãos e algumas ações de prevenção às condições sanitárias, durante o atendimento aos pacientes, influenciavam as taxas de mortalidade e os índices de infecção, ocorrendo diminuição da taxa de mortalidade puerperal, constatado por Semmelweis, e diminuição do índice de infecção e da consequente taxa de mortalidade dos soldados feridos, por Florence (BRASIL, 2009).

No ano de 1860 o médico cirurgião inglês Joseph Lister, descobriu uma forma asséptica de realizar cirurgias sem contaminar os sítios cirúrgicos, colocando fenol em compressas e borrifando a sala cirúrgica com ácido carbônico, comprovando a eficácia e a criação das técnicas de assepsia (CHAGAS, 2014).

O termo lavagem das mãos foi substituído por higienizar as mãos. A justificativa para tal mudança é de que a higienização ocorre com maior frequência, sendo utilizada higienização simples, higienização com solução antisséptica, fricção das mãos (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002 apud BRASIL, 2009, p.17).

3.4.1 Tipos de Higienização das Mãos

3.4.2 Higienização Simples

Utiliza-se para a higienização simples das mãos, água corrente e sabonete em forma líquida. Está indicado para as seguintes situações:

- Quando sujas com fluídos, sangue, secreções sendo visível;
- Antes e depois de ir ao banheiro, antes e ao terminar o trabalho, antes de preparar e manipular medicamentos, antes e após contato com paciente, antes de preparar alimentos, após várias aplicações de solução alcóolica. (BRASIL, 2009).

A higienização simples das mãos tem como objetivo a remoção de microrganismos que colonizam a superfície da pele, não estando estes, ligados a microbiota do organismo, suor, oleosidade da pele, sujidade e células mortas que formam substrato propício a proliferação de microrganismos. (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002, apud BRASIL, 2009, p.63.).

A fricção das mãos com uso de sabonete líquido tem duração aproximada de quarenta a sessenta segundos. Para efetiva ação de remoção de sujidade e prevenção as IRAS, deve-se seguir a técnica dos 12 passos corretamente: (BRASIL, 2009).

- 1** Abrir a torneira molhando as mãos, evitando tocar a pia.
- 2** Aplicar na palma da mão quantidade de sabonete que cubra toda a superfície da mesma.
- 3** Ensaboar as mãos, friccionando as palma das mãos, no sentido vai e vem.
- 4** Esfregar a palma da mão contra o dorso da outra mão, entrelaçando os dedos, em movimento de vai e vem, repetindo o movimento com as mãos invertidas.
- 5** Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais de cada mão.
- 6** Esfregar os dorsos dos dedos contra a outra mão, no sentido vai e vem, repetindo o movimento com as mãos invertidas.

- 7 Esfregar o polegar de uma das mãos, com o auxílio da palma da outra mão, realizando movimentos circulares, repetindo o movimento no outro polegar, com as mãos invertidas.
- 8 Friccionar as unhas e as polpas digitais contra a palma da outra mão, realizando movimentos circulares, repetindo o movimento com a mão inversa.
- 9 Esfregar uma das mãos no punho do outro braço, com movimentos circulares. Repetir este movimento com a outra mão.
- 10 Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete, sem tocar na pia ou na torneira.
- 11 Secar as mãos com papel toalha no sentido da mão para os punhos.
- 12 Para o fechamento das torneiras que necessitam de acionamento manual, utilizar o papel toalha para fecha-la.

3.4.3 Higienização com Antisséptico

É sugerida a utilização de solução antisséptica nas seguintes situações: antes e após ter contato com paciente, antes de calçar luvas para a inserção de dispositivos invasivos que não sejam cirúrgicos, após tocar objetivos inanimados e superfícies próximas ao paciente, antes e após a remoção de luvas, ao mudar de topografia corporal (do contaminado para o limpo), após risco de exposição a fluidos corporais. (BRASIL, 2009).

A higienização das mãos com solução antisséptica está indicada quando as mãos não apresentam sujidade, estando livres de microrganismos. O objetivo do uso de antisséptico é reduzir o quantitativo de microrganismos e o preparo da pele, quando antecedem procedimentos invasivos, cirurgias. (SILVA, et. al. 2013).

Pode-se utilizar gel alcoólico a 70% ou solução alcóolica 70% com 1 a 3% de glicerina, o que substitui o uso de água e sabonete. Tal procedimento tem duração de 20 a 30 segundos, seguindo a técnica: (BRASIL, 2009).

- 1 Aplicar na palma da mão quantidade de antisséptico cobrindo a superfície da mesma.

- 2 Friccionar as palmas das mãos.
- 3 Esfregar a palma da mão contra o dorso da outra mão, entrelaçando os dedos, e vice-versa.
- 4 Friccionar as palmas das mãos com os dedos entrelaçados, repetindo o movimento com as mãos invertidas.
- 5 Esfregar os dorsos dos dedos contra a palma da outra mão e vice-versa.
- 6 Esfregar o polegar com o auxílio da palma da outra mão, realizando movimentos circulares, repetindo o movimento no outro polegar.
- 7 Friccionar as unhas e as polpas digitais contra a palma da outra mão, realizando movimentos circulares, repetindo o movimento com a mão inversa.
- 8 Esfregar uma das mãos no punho do outro braço, com movimentos circulares. Repetir este movimento com a outra mão.
- 9 Friccionar as mãos até estarem secas, não utilizar papel toalha.

3.5 Pareceres Legais, Técnicos e Científicos

Através de inúmeros estudos no decorrer dos anos, estabeleceu-se um consenso na comunidade científica, que lavar as mãos, previne a transmissão de microrganismos, diminuindo o risco de contaminação, sendo este o método individual mais simples, barato e eficaz. (FELIX & MIYADAHIRA, 2009).

Os estudos de Price em 1938 apontam que entre os tipos de microrganismos encontrados na microbiota humana, existem dois grupos conhecidos como microbiota residente e transitória. (SCHUMACHER, 1990).

Os microrganismos que compõem o grupo transitório se definem como aqueles adquiridos no contato com superfícies, objetos de uso individual de pacientes, ao prestar assistência a estes. (SALES, et. al. 2014).

O Ministério da Saúde no ano de 1989 editou o manual intitulado *Lavar as mãos* visando à técnica de higienização das mãos, haja vista, a inexistência até aquele momento de uma técnica padronizada de como higienizar as mãos de forma eficaz. (FELIX & MIYADAHIRA, 2009.).

No ano de 2002 foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) número 50 (RDC nº 50/2002) que dispõem sobre o regulamento técnico para o planejamento, a elaboração, a programação e a avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistências de saúde. Está é descrita em três partes (primeira parte com elaboração de projetos físicos, segunda parte com dimensões, organização e quantitativo de ambientes e a última parte com circulação, ambiente, controle de IH, instalações ordinárias e especiais). (BRASIL, 2002).

A RDC nº 50 de 2002 foi retificada pela RDC nº 307 no mesmo ano. (BRASIL, 2009).

No que compreende o item lavatório em unidades de terapia intensiva, na RDC nº 50 do ano de 2002, conforme (Brasil, 2002) apud (Brasil, 2009, p.58).

- Deve haver uma pia para lavagem das mãos a cada cinco leitos de não isolamento em UTI;
- Deve haver em todos os lavatórios torneiras que dispensem o uso das mãos para acionamento da água, além de haver sabonete degermante, papel para secagem;
- Nas unidades onde haja pacientes que necessitem de procedimentos invasivos, pacientes críticos ou que haja contato direto com feridas, dispositivos de acesso, drenos, deve conter além do sabonete líquido degermante, solução antisséptica junto às torneiras de higienização das mãos.

O governo brasileiro através de sua participação na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente assinou a Declaração de Compromisso na Luta contra as IRAS. Através desta declaração as ações multimodais para a melhoria na higienização das mãos em serviços de saúde foram traduzidas para o idioma português e publicadas no país em parceria com OMS e OPAS. (BRASIL, 2008).

Esta estratégia multimodal compreende cinco componentes críticos a serem desenvolvidos pelas unidades de saúde: (PARANÁ, 2013; BRASIL, 2008).

- **adequação no sistema:** Este componente compreende a adequação das estruturas físicas com pias, sendo uma pia para cada cinco leitos, fonte de água segura, frascos com soluções degermantes ou sabonetes líquidos, alcoólicas, papel toalha, próximos a pia.
- **Treinamento e orientação:** O componente treinamento e orientação inclui a constatação do nível de conhecimento dos profissionais através da aplicação de questionários com assertivas relacionadas ao tema. Posterior a este, são disponibilizado treinamento, divididos em curto, médio e longo prazo, e orientações acerca da técnica correta (utilizando o fluxograma cinco momentos para a higienização das mãos, que inclui técnicas com solução degermante e solução asséptica).
- **Observação e retorno:** O quarto componente é designado para a prática de observação das ações desenvolvidas na unidade, sendo definidos dois momentos para monitoria observacional (entre os componentes 2 e 4).
- **Lembretes no local de trabalho:** Neste ponto da estratégia são colocados, nos quartos dos pacientes, nos corredores, próximo das pias e em outros locais de circulação, o fluxograma dos momentos para higienização das mãos.
- **Clima de segurança institucional:** Um representante chefe da unidade de saúde assina a carta com a declaração para a equipe, ficando definida como prioridade a segurança do paciente através da higienização das mãos.

No Brasil há cinco hospitais da rede sentinela participando do projeto piloto ao qual o Brasil desenvolve junto a OMS (BRASIL, 2008).

3.6 A Questão de Adesão à Higienização das Mãos

Para compreendermos o universo que permeia o ponto central da pesquisa, a adesão à higienização das mãos. Necessitamos ir de encontro à terceira geração da análise científica do comportamento, ou a terceira fase do Behaviorismo, o Behaviorismo Social de Arthur W. Staats.

Apresentado como a terceira geração do behaviorismo Staats, do ano de 1978, explica que o homem difere dos animais em suas análises de comportamento, no sentido que, este reproduz o comportamento realizado por outros, sendo este comportamento adotado após certo tempo de aprendizado, fato, que não ocorre com os animais (ALMEIDA, 1980).

Partindo do pressuposto acima, o homem evidencia as suas respostas considerando entre as suas ações, o que é relevante (DAVIS) apud (TERRA, 2003).

Carvalho, et. al. (2010, p.149) explica que partes do ato cometido por um indivíduo, se convertem em estímulo, fazendo com que o outro indivíduo se adapte a tais reações e modifique suas ações.

“[...] O modo de ação de um indivíduo suscita reações de seu parceiro, tornando-se condição para a continuidade de suas próprias ações.”
(CARVALHO, et. al, 2010, p.149.)

Blumer (1982) sustentando os preceitos teóricos citados por Mead vem de encontro ao pensamento de Staats (1980) onde este diz que:

“O ser humano orienta seus atos em direção às coisas em função do que estas significam para ele. [...] Essas tem seu surgimento nos significados da interação social com o que cada um, mantém com o seu próximo e por último, estes significados de acordo com que os indivíduos, suas experiências vividas vão sendo manipulados e modificados mediando um processo interpretativo.”
(CARVALHO, et. al, 2010, p.153 apud BLUMER, 1982, p.77).

Concluimos no tocante a contextualização da adesão, que estando os atos de um indivíduo condicionados aos atos de outros, é de suma importância que os indivíduos estejam cientes da importância da ação de aderir à higienização das mãos, haja vista, que apenas gesticular partes da técnica, elevam os riscos de comprometer a sua eficácia, estando esta ação condicionada a ser reproduzida por outros profissionais.

Desta forma se justifica a importância de compreender, aderir e executar não apenas o ato, mas os objetivos das campanhas que visam à segurança do paciente de forma consciente e dentro deste contexto, a prevenção às IRAS (entre as diversas formas, através da higienização das mãos).

4 METODOLOGIA

Exposto por Leopardi (2002) a metodologia constitui o conjunto de recursos utilizados para o alcance dos objetivos propostos.

A metodologia descreve as concepções teóricas, o método, as técnicas empregadas para a apreensão da realidade e o potencial criativo do pesquisador (MINAYO, 2004).

Salienta-se a importância da metodologia adequar-se ao problema a ser investigado, aos sujeitos contatados e a hipótese levantada, pois não há uma única forma de se estabelecer os processos dados a investigação, sendo a metodologia uma descrição formal da pesquisa (LEOPARDI, 2002).

4.1 Tipo de Pesquisa

A presente pesquisa utilizou a abordagem qualitativa, exploratória e descritiva.

Definiu-se pela utilização da abordagem qualitativa, pois a mesma considera as variáveis apresentadas e os seus respectivos valores, representações, opiniões e percepções dos sujeitos da pesquisa (Leopardi, 2002).

A abordagem qualitativa é oriunda de áreas de conhecimento como a Antropologia e a Sociologia. Este tipo de abordagem tem como objetivo, o contato direto do pesquisador com os sujeitos pesquisados, na obtenção de dados descritivos e a partir deste ponto, proporcionar a compreensão acerca dos fenômenos constatados (NEVES, 1996).

A pesquisa exploratória descritiva pode ser nomeada como àquela onde o pesquisador encontra tanto dados quantitativos quanto dados qualitativos. As pesquisas envolvendo estas duas abordagens têm como objetivo descrever de forma completa um fenômeno ou população em determinado tempo-espço, além de registra-los, analisa-los e interpreta-los. (MARCONI, LAKATOS, 2008).

4.2 Local da Pesquisa

A presente pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva adulto, (UTI adulto) do Hospital Santa Cruz. Esta unidade presta atendimento a mulheres e homens a partir de 13 anos de idade, haja vista que a unidade de terapia intensiva neonatal do hospital atende crianças e adolescentes até 12 anos de idade, sendo os indivíduos a partir desta idade, destinados à UTI adulto.

O Hospital Santa Cruz, instituição onde se realizou esta pesquisa, possui 109 anos, sendo fundado em 1908. Atualmente a instituição possui uma área de infraestrutura de aproximadamente 23.000 metros quadrados, dispõem de 234 leitos, 900 funcionários atuando nos quatro turnos de trabalho e 211 médicos que integram o corpo clínico do hospital (HOSPITAL SANTA CRUZ, 2015).

A UTI adulto possui 08 leitos destinados a internação de pacientes com quadro clínico geral e 02 leitos destinados a pacientes cardíacos, possuindo 10 leitos no total (HOSPITAL SANTA CRUZ, 2015).

Esta unidade possui um conjunto de trinta e dois profissionais que atuam em três turnos de trabalho.

O Hospital Santa Cruz, no ano de 2012, ganhou a certificação de hospital de ensino e credenciamento de unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular (HOSPITAL SANTA CRUZ, 2015).

No ano seguinte (2013) o hospital iniciou o programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde em intensivismo e urgência/trauma.

Além destes a instituição é referência em alta complexidade em traumatologia/ortopedia - cirurgias eletivas e de urgência para os municípios que integram a 8ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e a 13ª CRS atuando ainda como referência em gestação de alto risco para os municípios da 13ª CRS (HOSPITAL SANTA CRUZ, 2015).

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Participaram desta pesquisa 21 profissionais de saúde, de um total aproximado de que compõem a equipe que trabalha na UTI adulto, e que aceitaram participar da mesma. Estão incluídos entre estes, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionista e psicólogos.

Foi adotado os seguintes critérios de exclusão: profissionais que não trabalham na UTI adulto, profissionais que não se classifiquem como profissionais de saúde (entre estes higienizadores, administrativos, de outras áreas que prestam serviço de apoio dentro da UTI adulto) profissionais que trabalham a menos de um mês na UTI adulto e profissionais que se enquadram nos critérios de inclusão, porém não aceitaram participar da pesquisa.

4.4 Procedimentos Técnicos da Pesquisa

Para a realização dos procedimentos técnicos da pesquisa, foi realizado o preenchimento dos documentos solicitados para sua autorização e posterior coleta de dados. Após, foram entregue por e-mail os ofícios de solicitação (APÊNDICE A) e autorização (APÊNDICE B) para o desenvolvimento da pesquisa.

Após a autorização, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sendo aprovado através do parecer nº 49061615.5.0000.5343.

Os dados foram coletados através de questionário com os profissionais da unidade. O questionário para a obtenção dos dados com os profissionais de saúde da UTI adulto foi aplicado de acordo com a disponibilidade destes, optando-se por períodos em que não houvesse demandas expressivas de atendimentos à pacientes internados, sendo realizadas nos turnos da manhã, tarde e noite, entre os meses de agosto a setembro de 2015.

4.5 Procedimentos Éticos da Pesquisa

A presente pesquisa foi realizada dentro dos princípios éticos expostos nas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da atual

resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, estabelecida no mês de Dezembro de 2012, que revoga a resolução 196/96.

“A pesquisa com seres humanos deve ser fundamentada em: preceitos éticos e científicos, que garantam aos participantes respeito à sua autonomia, proteção às suas vulnerabilidades assegurando-lhes não causar riscos, evitando-se os riscos previsíveis, comprometendo-se com o máximo de benefícios [...] sem perder seu destino sócio-humanitário e relevância de pesquisa social.” (BRASIL, 2012, p.3).

A coleta de dados iniciou após a apresentação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE C). Este evidencia a importância da pesquisa aos sujeitos participantes, assim como apresenta os objetivos, determinando como ocorrerá a coleta de dados e outros procedimentos que sejam necessários, além de expressar claramente os direitos dos sujeitos e a garantia de sigilo das informações repassadas por estes.

Salienta-se que o Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi dado a cada um dos profissionais de saúde que aceitarem participar da pesquisa, sendo as duas vias assinadas (a disponibilizada para o profissional e a via que ficou com o pesquisador), e a entrega e o recolhimento efetuado pelo pesquisador. Foi explicado a estes profissionais sobre o conteúdo do termo, (os objetivos da pesquisa, a garantia de que os participantes não terão nenhum prejuízo, assim como não correrão nenhum risco e que estes podem a qualquer momento manifestar sua vontade de deixar de participar da pesquisa).

Para garantir o sigilo absoluto da identidade dos profissionais de saúde da UTI adulto participantes do projeto, estes foram denominados apenas pela primeira letra consoante ou vogal de sua respectiva categoria profissional. Desta forma, ocorreu da seguinte maneira: para os enfermeiros: (Enfermeiro 01 Enfermeiro 02) para os fisioterapeutas: (Fisioterapeuta 01, Fisioterapeuta 02) e assim como para os demais profissionais participantes.

4.6 Instrumentos para a Coleta de Dados

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, se optou pelo uso do questionário semiestruturado (APÊNDICE D), para o preenchimento pelos

profissionais que trabalham na UTI adulto e que aceitaram participar da pesquisa.

O questionário é um instrumento de coleta de dados, formando por uma série ordenada de questionamentos, onde o seu tema deve estar em concordância com os objetivos da pesquisa (MARCONI, LAKATOS, 2008).

Os conteúdos abordados pelo questionário podem auxiliar na busca por compreensões às atitudes e comportamentos dos sujeitos (GIL, 1999, p.132 apud CHAER, et. al. 2011, p.262).

As questões utilizadas podem auxiliar na garantia da uniformidade das respostas, proporcionando ao sujeito pesquisado, maior confiabilidade, pois além do anonimato, este não se constrange a responder questionamentos, possibilitando informações mais reais (o que segundo o autor, não é possível na entrevista). Outro ponto abordado a ser cuidado é quanto à extensão e o foco da temática, pois se muito extenso, torna-o cansativo e facilita a perda do foco (CERVO E BERDIAN, 1996 apud LEOPARDI, 2002, p.181).

O questionário utilizado foi estruturado com 07 questões, sendo estas divididas em três blocos de perguntas relacionadas aos assuntos: perfil do profissional de saúde, percepção dos profissionais quanto à higienização das mãos e adesão dos profissionais à prática de higienização das mãos, respectivamente.

4.7 Análise de dados

A presente pesquisa utilizou a Análise Temática como forma de analisar os dados, tendo como justificativa, que esta técnica é uma modalidade da análise de conteúdo, técnica utilizada com frequência em pesquisas de cunho qualitativo.

“O tema é a unidade de significação [...] de um texto analisado segundo critérios [...] servindo de guia à leitura.”
(Bardin, 1979, p.105 apud Minayo, 2002, p. 208)

Este tipo de método de análise é dividido em três fases, sendo a primeira a Pré-Análise, momento constituído pela leitura flutuante, na garantia de aproximar o pesquisador do texto e perpassar as impressões iniciais, a

constituição do corpus (a validação do conteúdo por diferentes formas de categorização) e a reformulação de hipóteses iniciais e objetivos.

A segunda fase da análise temática é composta pela exploração do material, onde objetiva-se encontrar a compreensão do texto. E a terceira fase o tratamento dos resultados e a sua interpretação (MINAYO, 2002).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 Bloco temático I: Perfil do profissional de saúde

Os dados obtidos através dos questionários, foram divididos em 3 blocos temáticos. O primeiro designado de bloco temático 1 - perfil dos profissionais de saúde tem como objetivo, caracterizar os sujeitos da pesquisa.

O quadro a seguir, representa os principais resultados.

QUADRO 1 Bloco temático 1 - Perfil de prevalência dos profissionais da pesquisa.

<i>Questão</i>	<i>Resposta</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Bloco temático I – Perfil dos profissionais			
Profissão	Téc. de enfermagem	08	37
	Fisioterapia	04	21
	Farmácia	03	16
	Psicologia	02	11
	Enfermagem	02	10
	Nutrição	01	05
	Sem dado	01	05
Sexo	Feminino	19	90
	Masculino	02	10
Idade	22 a 49 anos	21	100
Tempo de Serviço no Hospital	Menos de 1 anos	08	42
Tempo de Serviço na UTI adulto	Menos de 1 ano	14	78
Tempo de formação	De 1 a 5 anos	08	44

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Os resultados do bloco temático 1 seguem abaixo:

Participaram desta pesquisa 06 categorias profissionais, tendo como maior percentual o profissional técnico de enfermagem (37%), seguido do fisioterapeuta (21%), farmacêutico (16%), psicólogo (11%), enfermeiro (10%) e nutricionista (5%).

Entre os 21 profissionais participantes, a predominância estabelecida foi do sexo feminino, representando 90%. A idade dos profissionais variou entre 22 a 49 anos, com idade média de 22,6 anos. Houve maior percentual no grupo

etária de 20,1 a 25 anos (38%), seguido do grupo etário de 30,1 a 35 anos (31%), 25,1 a 30 anos (25%), maiores de 40 anos (6%) e com menor percentual (0%) o grupo etário de 35,1 a 40 anos de idade.

No que tange a atuação profissional, a maioria (44%) tem menos de 1 ano de tempo de serviço no hospital e relacionado ao tempo de trabalho na UTI adulto, (78%) têm entre 2 meses a 1 ano de tempo de trabalho.

Em relação ao tempo de formação dos profissionais, houve uma maior porcentagem de profissionais com tempo de formação entre 1 a 5 anos (44 %), seguido por 5,1 a 9,12 anos (22%) e com menor percentual, os grupos, menos de 1 ano e mais de 10 anos (17%).

5.1.1 Discussão de dados do bloco temático 1: Perfil de prevalência dos profissionais de saúde da UTI adulto.

A RDC nº 07 de fevereiro de 2010, no capítulo II, seção III especifica que no aspecto recursos humanos, é considerado como quadro profissional mínimo para atuar na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, atendendo qualitativamente, quantitativamente e qualificadamente a demanda da unidade e legislação vigente, os seguintes profissionais: (BRASIL, 2010).

- Médicos plantonistas, no mínimo 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno.
- Enfermeiros assistenciais, sendo no mínimo 1 (um) para cada 8 (oito) leitos ou fração, em cada turno.
- Técnico de enfermagem, sendo no mínimo 1 (um) para cada 2 (dois) leitos, além de 01 técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno.
- Fisioterapeutas, no mínimo 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação;

A subsequente seção IV da RDC nº 07, deixa especificado que além destes, deve haver a participação de outros profissionais como, recursos assistenciais a beira leito. E entre estes descritos, encontram

se a assistência farmacêutica, assistência nutricional e assistência psicológica (BRASIL, 2010).

Os participantes da pesquisa, profissionais que compõem a equipe da UTI adulto, estão em concordância com o preconizado, haja vista, que as categorias citadas pela RDC nº 7, são os profissionais encontrados na UTI em seu local de trabalho.

Acerca do sexo predominante da pesquisa ser o feminino, constata-se que há relatos em outros estudos científicos, que este dado ainda se mantém entre os cursos de ciências da saúde, como pode se constatar no estudo de Câmara e Paixão (2012), realizado com a participação de 824 fisioterapeutas, onde 72% eram do sexo feminino, assim como nos estudo de CORI (et. al., 2015) com a participação de 344 nutricionistas, sendo 97,1% do sexo feminino.

Historicamente já se constatava a presença majoritária do sexo feminino entre a categoria profissional da enfermagem, a qual também representa a maior categoria nesta pesquisa. Lopes e Leal (2005) demonstram em seu estudo que já havia nos anos 80, uma predominância do sexo feminino entre profissionais da área da saúde, sendo de 89% de grau de feminização entre os técnicos de enfermagem e de 94,1% entre os enfermeiros.

Na presente pesquisa houve 90% de grau de feminização entre os profissionais participantes.

5.2 Bloco temático 2 – Percepção dos profissionais sobre higienização das mãos.

O bloco temático 2 relacionou os questionamentos acerca do conhecimento dos profissionais quanto a higienização das mãos. Segue a relação das respostas dos mesmos.

QUADRO 2 – Bloco temático 2 – A percepção dos profissionais de saúde acerca da higiene das mãos na UTI adulto.

<i>Questão</i>	<i>Resposta</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Bloco temático 2 – Percepção dos profissionais sobre higienização das mãos			
Qual a sua concepção sobre a higienização das mãos	Prevenção de contaminação e segurança para o paciente	19	90,4
	Conduta de trabalho	2	9,6
Quais os riscos que a higiene inadequada das mãos pode ocasionar à saúde do paciente	Contaminação e infecções Cruzadas	21	100
A técnica de higienizar as mãos com uso de antisséptico alcoólico é a mesma técnica que você utiliza com sabonete líquido	Sim	10	47,6
	Não	11	52,4
Como você avalia a prática de higiene das mãos dos profissionais de saúde da UTI adulto	Ruim	02	9,5
	Adequada	04	19
	Pode melhorar	15	71,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Além das questões supracitadas, houve ainda outra questão neste bloco, que solicitava aos profissionais, que descrevessem a técnica que utilizam para higienizar as mãos com sabão líquido e água corrente, o que está demonstrado no quadro 3.

QUADRO 3 – Percentual de acertos da técnica simples de higienização das mãos com uso de sabão líquido e água corrente entre os profissionais de saúde da pesquisa.

Bloco temático 2 – Percepção dos profissionais sobre higienização das mãos				
Profissional	Score de acertos por profissional			
	Nenhum acerto	Até 06 acertos	Mais de 06 acertos	Todos os 12 acertos (100%)
Enfermeiro(a)		50%		
Farmacêutico(a)			58,3% 75%	
Fisioterapeuta			66,6% 66,6% 66,6% 75%	
Nutricionista			75%	
Psicólogo(a)			66,6% 91,6%	
Técnico(a) de Enfermagem		16,6% 25% 25% 50%	58,3% 66,6% 66,6% 83,3%	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Como forma de avaliar e quantificar a técnica, foram considerados como respostas, os 12 passos da técnica de higienização das mãos na forma simples, com uso de sabão líquido e água corrente, preconizada pela ANVISA, descrito a abaixo:

- 1 Abrir a torneira molhando as mãos, evitando tocar a pia.
- 2 Aplicar na palma da mão quantidade de sabonete que cubra toda a superfície da mesma.
- 3 Ensaboar as mãos, friccionando as palma das mãos, no sentido vai e vem.
- 4 Esfregar a palma da mão contra o dorso da outra mão, entrelaçando os dedos, em movimento de vai e vem, repetindo o movimento com as mãos invertidas.
- 5 Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais de cada mão.
- 6 Esfregar os dorsos dos dedos contra a outra mão, no sentido vai e vem, repetindo o movimento com as mãos invertidas.
- 7 Esfregar o polegar de uma das mãos, com o auxílio da palma da outra mão, realizando movimentos circulares, repetindo o movimento no outro polegar, com as mãos invertidas.
- 8 Friccionar as unhas e as polpas digitais contra a palma da outra mão, realizando movimentos circulares, repetindo o movimento com a mão inversa.
- 9 Esfregar uma das mãos no punho do outro braço, com movimentos circulares. Repetir este movimento com a outra mão.
- 10 Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete, sem tocar na pia ou na torneira.
- 11 Secar as mãos com papel toalha no sentido da mão para os punhos.
- 12 Para o fechamento das torneiras que necessitam de acionamento manual, utilizar o papel toalha para fecha-la.

Os resultados do bloco temático 2, seguem abaixo:

Os profissionais foram questionados sobre a concepção que tinham sobre a higiene das mãos e (90,4%) responderam que para eles a higiene das mãos representa a prevenção de contaminação e segurança para o paciente, enquanto uma minoria (9,6%), respondeu que a higiene das mãos representa uma conduta de trabalho.

Na segunda questão, os profissionais foram questionados sobre quais os riscos que a higiene inadequada das mãos pode ocasionar à saúde do paciente e todos (100%) dos profissionais, responderam que esta pode ocasionar contaminação e infecção cruzada.

A terceira questão foi solicitada para que os profissionais descrevessem a técnica de higienização das mãos que utilizam com o uso de sabão líquido e água corrente. Dentre as respostas analisadas, nenhum profissional acertou a ordem correta da técnica de higienização (12 passos), conforme quadro 3.

Entre os profissionais que responderam esta questão, o maior percentual de acertos da técnica de higienização das mãos com sabão líquido e água corrente foi do profissional técnico de enfermagem (83,3%), houve ainda (75%) de acertos entre os profissionais, farmacêutico, nutricionista e fisioterapeuta, e também (66,6%) de acerto entre os profissionais, fisioterapeuta, psicólogo e técnico de enfermagem. O profissional farmacêutico teve (58,3%) de acertos da técnica enquanto o único enfermeiro participante obteve (50%) de acertos da técnica, o técnico de enfermagem (25%) e o psicólogo e o técnico de enfermagem (16%) de acertos.

Os profissionais também foram questionados sobre qual a avaliação que estes fazem acerca da higiene das mãos dos demais profissionais de saúde da UTI adulto. Nesta assertiva, a maioria, (71,4%) respondeu que a higiene das mãos pode melhorar, (19%) avaliou como adequada e (9,5%) consideraram a higiene das mãos ruim.

No quinto questionamento do bloco temático 2, foi perguntado aos profissionais de saúde, qual a técnica que estes utilizam quando higienizam as mãos com antisséptico alcoólico e a técnica utilizada quando higienizam com sabão líquido e água corrente. Nesta assertiva, a maioria (52,4%) *não* utiliza a mesma técnica para higienizar as mãos, enquanto (47,6%) relatam utilizar a mesma técnica simples de higiene das mãos (técnica utilizada com sabão líquido e água corrente), independente da substância.

5.2.1 Discussão de dados do bloco temático 2: Percepção dos profissionais quanto a higienização das mãos.

No primeiro questionamento do bloco temático 2 foi perguntando aos profissionais de saúde, qual a concepção que estes têm sobre a higienização das mãos. Entre as respostas dos profissionais, pode-se constatar que estes conhecem a relação entre a higienização das mãos e as patologias.

Principal prática individual para se evitar contaminações em ambiente hospitalar. (Fisioterapeuta 01).

É uma prática que bem realizada e de forma adequada, serve para prevenir novas infecções nos pacientes internados na UTI e que patógenos de um paciente contaminem os demais pacientes. (Farmacêutico 02).

Na perspectiva de Oliveira et. al. (2010) uma das formas mais reconhecidas através de estudos científicos para o controle da contaminação por disseminação de microorganismos, são as medidas de precaução padrão, entre estas a higienização das mãos.

De acordo com Botene e Pedro (2014) durante a formação acadêmica os então estudantes recebem orientações e explicações teóricas no decorrer das aulas dos primeiros semestres, sobre a importância da higienização das mãos na prevenção das IRAS.

Para Petri et. al. (2005) é de responsabilidade dos profissionais de saúde, garantir um ambiente seguro aos pacientes [...] a prevenção de infecções depende muito do comportamento dos profissionais, considerando o cuidado com a higienização.

Na segunda questão, foi perguntando aos profissionais quais os riscos que uma inadequada higiene das mãos pode ocasionar aos pacientes.

Através da análise dos questionários, ficou evidente que os profissionais conhecem os riscos e conseguem compreender as consequências que a prática inadequada de higiene das mãos, representa dentro da UTI adulto:

Maior contaminação e riscos ao tratamento/recuperação da saúde. (Psicólogo 01).

Risco de contaminação que poderia ser evitado. (Técnico de enfermagem 02).

Transmissão de doenças, ocasionando a morte. (Técnico de Enfermagem 05).

A técnica realizada de forma inadequada pode disseminar patógenos (bactérias) entre os pacientes internados na UTI. (Farmacêutico 02).

Braga, et. al. (2004) citado por Petri et. al. (2005), comenta que as infecções cruzadas, têm sido associadas [...] com a colonização de microrganismos nas mãos dos profissionais.

Conforme Locks et. al. (2011) a microbiota das mãos é dividida em residente e transitória, onde a residente é constituída de bactérias gram-positivas, algumas destas produzidas pelo organismo, enquanto as transitórias são bactérias gram-negativas, adquiridas no meio externo, que apresentam maior patogenicidade, sendo associadas a surtos de infecções hospitalares.

A terceira questão foi formulada para que os profissionais descrevessem o passo a passo da técnica de higienização simples das mãos, utilizando sabão líquido e água corrente.

Constatou-se através das respostas fornecidas pelos profissionais, que estes conhecem as técnicas, mas não sabem reconhecer a ordem preconizada pela ANVISA e nem diferencia-las entre as diferentes técnicas existentes.

Abrir a torneira, aplicar sabonete líquido na palma das mãos espalhar pelo dorso, palmas das mãos, entre dedos, punho e antebraço friccionando, enxaguar mãos, incluindo antebraço para retirar todo o sabonete, secar mãos com papel toalha fechar a torneira. (Fisioterapeuta 01)

Lavar entre dedos, palma das mãos, pulso, enxaguar com água corrente e secar. (Técnico de Enfermagem 03)

Aplicar na palma da mão o sabonete líquido com a mão molhada Friccionar as palmas das mãos entre si. Lavar entre os dedos dorso da mão, unhas e punho com movimentos circulares Deixar as mãos secar naturalmente. (Nutricionista1).

Em seu estudo Mota, et. al. (2014) observou 65 profissionais de uma instituição hospitalar e foi constatado que a maioria dos profissionais de saúde higienizam as mãos de maneira corriqueira, como a desenvolvem no dia-a-dia em suas residências, ou seja, não adotando as técnicas adequadas a tal prática.

Tais resultados são preocupantes, haja vista que, se a higienização das mãos tem sido feita com uma técnica precária, o que se espera como resultado não pode ser algo positivo.

Locks et. al. (2010) afirma que, o crescente desenvolvimento de microrganismos e o surgimento de novos tipos de bactérias mais resistentes aos medicamentos bactericidas e bacteriostáticos, disponível no mercado científico, somado aos elevados custos hospitalares com o prolongamento do tempo de internação dos pacientes, e pondo em risco a vida de pacientes, constitui um sério problema de saúde pública.

Na perspectiva de Siqueira, et. al. (2012), existem explicações para a técnica de higienização das mãos, ser identificada com tamanha precariedade:

“O procedimento da técnica de HM pode se tornar inadequada na prática diária, pelo esquecimento de alguma etapa (o passo – a – passo) [...] As principais falhas na técnica ocorrem, [...] pela não utilização de agentes de antissepsia e a não observação das superfícies das mãos a serem friccionadas, dentre outras.”

Alguns estudos têm evidenciado que profissionais, podem de fato acabar esquecendo alguns conhecimentos adquiridos ao longo de sua formação, pois, conforme sua vivência ocorre, praticam erros, mas na ausência de eventos adversos, não são notificados e tampouco averiguados (SENNA, 2010).

Em outro questionamento feito aos profissionais de saúde, lhes foi perguntado, como eles avaliam a higienização das mãos dos demais profissionais de saúde da UTI adulto, tendo como escolha para assinalar as seguintes alternativas: ruim, adequado e pode melhorar.

Entre as respostas analisadas, a maioria (71,4%) respondeu que pode melhorar, enquanto (19%) respondeu que considera adequada a higienização das mãos dos demais profissionais de saúde da UTI adulto e a minoria, (9%) respondeu que considera esta ruim.

Na última questão do bloco temático 2 feita aos profissionais de saúde, se perguntou se a técnica para higienizar as mãos com sabão líquido e água corrente era a mesma utilizada com o uso de antisséptico alcoólico. Entre as respostas fornecidas, verificou-se que (52,4%) não utiliza a mesma técnica.

Importante salientar que entre as formas de higienizar as mãos, há a higienização simples, com uso de sabão líquido e água corrente, a higienização antisséptica, e higienização das mãos no preparo pré-cirúrgico com uso de escovação, incluindo antebraços (BRASIL, 2007) apud (LOCKS, et. al., 2011, p.570).

Entretanto há diferença entre estas formas de higienização das mãos, pois na presença de sujidade, indica-se o uso de sabão líquido, neste caso, higienização simples, e a higienização com antisséptico degermante clorexidina a 4% (substância germicida que causa a ruptura da membrana das células microbianas) ou Polivinilpirrolidona (PVPI) a 10% (complexo químico solúvel em água e iodo) (BRASIL, 2009).

As outras formas de higienização das mãos estão indicadas quando não se tem presença de sujidade nas mãos, utilizando-se géis ou antissépticos alcoólicos, como o álcool 70% (BRASIL, 2009).

De acordo com Santos et. al. (2002) na Europa e nos Estados Unidos, a prática de adotar o uso do antisséptico alcoólico para a higienização das mãos, sem o uso prévio de sabão e água corrente, tem se intensificado. Entretanto no Brasil, está prática ainda é pouco aceita.

Com uma pequena diferença, (47,6%) dos profissionais, relataram utilizar a mesma técnica de higienização das mãos, com uso de antisséptico alcoólico e com o uso de sabão líquido e água corrente.

Conforme preconizado pela ANVISA (2015), a técnica de higienização simples das mãos, com uso de sabão líquido e água corrente consistem na remoção de sujidade e da microbiota transitória que coloniza as mãos.

A técnica de higienização das mãos com uso de antisséptico alcoólico tem indicações em casos de remoção de carga da microbiota através da fricção das mãos, entretanto, está só é indicada quando *não há* sujidade (SIQUEIRA, et. al, 2012, p.356).

Petri et. al. (2005) salienta que a higienização das mãos, continua sendo a técnica primária e indispensável para interromper a cadeia de transmissão de microorganismos.

Salienta-se que a OMS preconiza os diferentes momentos de higienizar as mãos, e através do pressuposto acima, observa-se que há uma diferença no objetivo das técnicas de higienizar as mãos, haja vista que, enquanto a higiene com sabão líquido e água corrente visa à retirada de sujidades e retirada da microbiota das mãos, a higiene com solução antisséptica alcoólica, é direcionada a higiene das mãos sem sujidade (BRASIL, 2008).

5.3 Bloco temático 3 – Adesão dos profissionais à prática de higienização das mãos.

No terceiro e último bloco temático do questionário, foi apresentado aos profissionais duas questões, contextualizando a adesão. Segue abaixo a relação de respostas fornecidas pelos profissionais de saúde.

QUADRO 4 – Percentual de respostas sobre a contextualização da adesão dos profissionais de saúde, por que aderem e quais as justificativas para isto.

<i>Questão</i>	<i>Resposta</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Bloco temático 3 – Adesão dos profissionais à(s) campanha(s) de higienização das mãos			
Na sua opinião os profissionais de saúde da UTI adulto aderem a(s) campanha(s) de higiene das mãos, por quê.	SIM	11	52,3
	Sabem da importância	6	28,5
	Carga horária/ trabalho	4	14
	Sem resposta	2	9
	NÃO	10	47,6
	Falta de conscientização	6	28,5
	Adequação da unidade	4	19

Em relação as práticas de higiene das mãos, promovidas pelo hospital, quais alternativas abaixo você considera como principais justificativas para aderir a estas.	Que sejam do meu interesse	10	47,6
	Que sejam determinadas pela direção	5	24
	Outra justificativa	5	24

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

E também foi averiguada entre as respostas da alternativa, *outra justificativa**, que (57%) respondeu proteger o paciente, e (43%) proteger a si, ao paciente e ao hospital.

Os resultados do bloco temático 3 seguem abaixo:

A primeira questão do terceiro bloco temático questionou os participantes, acerca da sua opinião sobre a taxa de adesão dos profissionais de saúde da UTI adulto às práticas de higiene das mãos e solicitou que estes, respondessem o porquê da resposta.

Entre as respostas coletadas, (52,3%) respondeu sim, pois acredita que os profissionais de saúde aderem às práticas de higiene das mãos. E os outros (47,6%) responderam que não, pois não acreditam que os profissionais aderem às práticas de higiene das mãos.

Ainda relacionado à primeira questão, (28,5%) responderam que sim, pois os profissionais sabem da importância da higiene das mãos. Já outros também (28,5%) responderam o oposto, pois acreditam que falta conscientização dos profissionais com esta prática de higienização das mãos e com a sua importância. Outros (19%) dos profissionais alegaram que a falta de adequação física da unidade é responsável pela não adesão. (14%) responderam que a carga horária de trabalho da UTI adulto representa um fator contribuinte para haver pouca adesão, e a minoria (9%) não respondeu.

Na segunda e última questão, realizou-se um questionamento aos profissionais para que estes dissessem quais eram as principais justificativas para que eles aderissem às práticas de higiene das mãos, promovidas pelo

*Grifo meu, contextualizo, pois, são as alternativas/questions do questionário.

hospital. Nesta questão, a maioria, (47,6%) escolheu a alternativa *que sejam do meu interesse**, e (24%) optou pelas outras duas alternativas, *que sejam determinadas pela direção** e *outra justificativa**, respectivamente.

Relacionado à alternativa, outra justificativa, (57%) dos profissionais respondeu que adere, pois isto protege o paciente, e (43%) adere, pois acredita que isto protege a si, o paciente e o próprio hospital.

5.3.1 Discussão dos dados do bloco temático 3: Adesão dos profissionais à prática de higienização das mãos

Contextualizando a primeira questão do terceiro bloco temático, (52,3%) dos profissionais responderam que sim, o que representa que mais da metade acredita que os demais profissionais aderem à prática de higiene das mãos.

A priori devemos ter como discussão norteadora, que conforme Blumer (1982), o processo interpretativo das experiências vividas, vão sendo manipuladas pelos indivíduos, tendo como norte, a interação social e o significado que o convívio com o outro, representa para cada pessoa.

Partindo deste pressuposto, percebemos que um percentual significativo de profissionais acredita que a adesão à prática de higiene das mãos ocorra, embora apresente alguns estressores. E se estes aderem, logo tem consciência da importância, o que é verificado com a resposta de (28,5%) dos profissionais, que contextualizam a adesão por *saberem da importância**.

Na perspectiva de Ramos (2003) apud Pontes et. al. (2007), entre os conceitos principais da bioética, temos a definição de um indivíduo como um ser racional, autônomo, capaz de agir a partir de suas experiências sendo autoconsciente.

Pontes et. al. (2007) comenta que no que tange os princípios da bioética, há três fundamentos a qual esta se sustenta: A autonomia, beneficência e a justiça. Estes fundamentos significam que, aquele que exerce autonomia, tem o poder para agir por si, com consciência. A beneficência é tida como o fazer bem ao outro, evitando maior sofrimento. Já a justiça, é tida como o princípio

**Grifo meu, contextualizo, pois, são as alternativas/questões do questionário.*

de equidade, sendo as necessidades de cada um atendidas, respeitando suas singularidades.

Entre os estressores que surgiram nas respostas dos profissionais, (14%) responderam que a adesão ocorre, mas a carga horária de trabalho é um ponto de conflito, haja vista, que pela alta demanda de trabalho, resta pouco tempo para que a higiene das mãos ocorra em todos os momentos previstos pelos órgãos vigentes.

Através do estudo de Marcitelli (2011) constata-se que a jornada de trabalho de profissionais de saúde de instituições hospitalares, em muitos casos, tem sido percebida como um aspecto que pode causar uma diminuição da qualidade da assistência.

Percebemos esta realidade entre as respostas averiguadas:

Sim, aderem pois sabem e são lembrados frequentemente pelas equipes e pela CCIH a sua importância para evitar doenças. Mas, talvez pela rotina agitada, podem acabar esquecendo de realizar ou fazendo a técnica não por completa. (Farmacêutico 2).

Em minha percepção há pouca higienização das mãos na UTI UTI Adulto. Talvez isso se deva as rotinas diárias serem de bastante trabalho [...]. (Fisioterapeuta 04).

De acordo com Oliveira (2007) citado por Marcitelli (2011) a vida dos trabalhadores é afetada pelo trabalho de forma negativa, em inúmeros aspectos. A baixa remuneração, e a extensa demanda de trabalho acaba por tomar muito do seu tempo, desgastando-o, causando fadiga e em alguns casos, adoecimento no trabalho, o que também resulta em alguns casos na falta de motivação para o exercício das funções.

[...] A falta de funcionário, o acúmulo de tarefa, a grande Rotatividade de paciente, torna o turno da noite muito corrido acredito que os técnicos se esforçam o máximo, porém pelo alto número de pessoas, alunos de vários cursos e médicos, laboratório, fisioterapia [...] não higienizam as mãos (Técnico de enfermagem 06).

Para Silva e Juliani (2012), um fator que vem contribuindo para a falha na assistência, é a adequação do quadro de profissionais, haja vista que algumas falhas, podem inclusive comprometer a instituição e os funcionários.

Houve ainda nesta questão, (47,6%) dos profissionais que responderam que não, pois não acreditam que ocorra adesão à prática de higienização das mãos. Entre as contextualizações para esta afirmativa, (28,5%) apontaram como a *falta de conscientização** sendo a responsável pela não adesão, e (19%) afirmam que a não adesão se dá pela *falta de adequação da unidade.**

Acerca dos (19%) relataram a falta de adequação da unidade, entre as respostas averiguadas, constata-se o que há neste sentido:

[...] falta de pontos melhor localizados na unidade.
(Enfermeiro 01).

[...] há carência de pontos e mais pias para lavar as mãos por exemplo no salão da UTI. (Técnico de enfermagem 01).

Acerca dos relatos dos profissionais de saúde, pode-se ter alguma relação na distribuição e no tempo de percurso para a higiene das mãos, haja vista, que como relatado anteriormente, há uma grande demanda de serviços, faltam funcionários e uma rotatividade significativa de pacientes dentro da unidade de terapia intensiva. Mas ainda assim, há portarias e decretos que estipulam as condições mínimas para o funcionamento de uma unidade, como é o caso da UTI.

De acordo com a portaria nº 466/ 1998, no que tange a adequação física de uma unidade de terapia intensiva, deve-se obedecer a proporção de 01 lavatório para cada 05 leitos, berços ou incubadoras sendo necessária a presença em cada lavatório de: torneira que dispense o uso das mãos para interromper o fluxo de água, além de sabão, antisséptico e papel para secar as mãos (BRASIL, 2012).

*Grifo meu, contextualizo, pois, são as alternativas/questões do questionário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo que contextualiza a adesão dos profissionais à prática de higienização das mãos, tendo como objetivo principal, evidenciar a percepção dos profissionais de saúde sobre esta prática, e ainda, objetivando especificadamente identificar o conhecimento dos profissionais e analisar as possíveis causas responsáveis pela adesão ou não à higienização das mãos, mostrou que os profissionais têm percepção acerca de qual o significado da higienização das mãos, e conseguem relacionar os benefícios da higiene das mãos e a sua relevância sobre as infecções cruzadas e contaminações em um ambiente hospitalar.

No que tange os aspectos do conhecimento dos profissionais, foi constatado que não demonstraram conhecimento suficiente sobre a técnica de higienização das mãos, haja vista que, nenhum profissional soube descrever a ordem com o passo-a-passo corretamente, inclusive, com congruências entre o tipo de técnica utilizada, misturando a técnica simples de higiene das mãos com uso de sabão líquido/ degermante, com a técnica de preparo pré-cirúrgico com uso de escova estéril, e a técnica de higienização com antisséptico alcoólico (álcool gel).

Sobre a análise das possíveis causas responsáveis pela adesão ou não adesão a esta prática, foi constatada que multifatores estão atrelados à decisão dos profissionais em aderir ou não a uma prática tão corriqueira que se utiliza em inúmeros locais e situações/ ocasiões.

Constatou-se que parte do problema é relacionada à educação em saúde e no condicionamento do comportamento dos profissionais, onde outros fatores como a demanda de atividades dos profissionais em seu trabalho, as condições da estrutura física da unidade e inclusive a escolha de cada indivíduo, se fazem presentes quando estes devem agir de forma autônoma e consciente no bem estar daqueles que são atendidos por profissionais de saúde.

REFERÊNCIAL TEÓRICO

ANVISA, Agência nacional de vigilância sanitária – ANVISA. **Anvisa intensifica controle de infecção em serviços de saúde**. São Paulo, SP. Revista de Saúde Pública. Informes Técnicos Institucionais. v.38 n.3 Jun. 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102004000300022&script=sci_arttext>

ALMEIDA, AR. **Behaviorismo social: Uma ciência social do homem com liberdade e dignidade. Análise Experimental do Comportamento**. Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia. v.32 n.4. 1980
Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/18424/17178>>

BARRETO, RASS. VILEFORT, LOR. SOUZA, ACS. BARBOSA, MA. PAULA, GR. PALOS, MAP. **A antissepsia cirúrgica das mãos de profissionais no cotidiano de um centro cirúrgico**. Revista Saúde (Santa Maria).v. 38. n. 2 jul-dez. 2012.
Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/article/view/4163/pdf>>

BOTENE, D. Z. A; PEDRO, E. N. R. Os profissionais de saúde e a higienização das mãos: uma questão de segurança do paciente pediátrico. Revista Gaucha de enfermagem. v.35, n.3 set. 2014. 124-129.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n3/pt_1983-1447-rgenf-35-03-00124.pdf>

BRASIL, Agência Nacional da Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Brasília. Edição 1. 2013.
Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>

_____, Agência Nacional da Vigilância Sanitária. **Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em serviços de saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Brasília. Jan-Jun. 2011.
Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1335a2004863a0b38cbf8d2bd5b3ccf0/BOLETIM+III.PDF?MOD=AJPERES>>

_____, Ministério da Saúde, **Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar**. Caderno A. Epidemiologia para o controle de infecção hospitalar. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Ministério da Saúde. 2000. p.176.

Disponível em: < <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/CIHCadernoA.pdf>>

_____, Ministério da Saúde, **Decreto nº 77.052 19 de Janeiro de 1.976**. Diário Oficial da União – DOU, Seção 1. Brasília, DF. 1976. p. 773.

Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D77052.htm>

_____, Ministério da Saúde. **Documento de referência para o programa Nacional de Segurança do Paciente/ Ministério da Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf >

_____, Ministério da Saúde, **Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde, CNS. Brasília, DF. 2012

Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>

_____, Ministério da Saúde. - Secretário Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Programa de Controle de Infecção Hospitalar **LAVAR AS MÃOS: INFORMAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**. 39 páginas na Impressão Original, il. - Série A: Normas e Manuais Técnicos – 11. 1989 - Ministério da Saúde. Série A: Normas e Manuais Técnicos – 11

Disponível em: <<https://www.indaiatuba.sp.gov.br/download/164>>

_____, Ministério da Saúde /Organização mundial da saúde. Guia Para Implementação: **Um Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos a observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos**. /Organização Mundial da Saúde; tradução de Sátia Marine – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008.

Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/controle/higienizacao_oms/guia_de_implement.pdf>

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.277 de 9 Julho de 2.013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.** Ministério da Saúde. Brasília, DF. BRASIL. 2013.

Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.616 de 12 de Maio de 1.998.** Brasília, DF. Gabinete do Ministro. Diário Oficial da União. DOU. 1998.

Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html>

_____, Ministério da Saúde. Agência de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC Nº 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2.002.** Ministério da Saúde. ANVISA. Brasília, DF. 2002.

Disponível em: <
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ca36b200474597459fc8df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.+50%2C+DE+21+DE+FEVEREIRO+DE+2002.pdf?MOD=AJPERES>>

_____, Agência Nacional da Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente: Higienização das mãos.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. 2009.

_____, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, 2010.

Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>

CÂMARA, A. M. C. S; PAIXÃO, L. L. C. **Um Estudo com Egressos do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – 1982-2005.** Revista Brasileira de Educação Médica. v.6, n1 (supl.1) p.5 – 17. 2012.

Disponível em:<
<https://www.ufmg.br/portalprosaudebh/images/pdf/UmEstudoComEgressosDoCursoDeFisioterapiaDaUniversidadeFederalDeMinasGerais1982a5005.pdf>>

CARDOSO, RS. SILVA, MA. **A percepção dos enfermeiros acerca da comissão de infecção hospitalar: desafios e perspectivas.** Florianópolis, SC. Revista Texto e Contexto Enfermagem. v.13. n. especial. p. 50-57. 2004.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13nspe/v13nspea05.pdf> >

CARVALHO, VD. BORGES, LO. RÊGO, DP. **Interacionismo simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social.** *Revista Psicologia, Ciência e Profissão.* v.30 n.1 p.146-161. 2010
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a11.pdf>>

CASSIANI, SHB. **Enfermagem e a pesquisa sobre segurança do paciente.** São Paulo. *Acta Paulista de Enfermagem.* v.23 n.6. São Paulo. 2010.
Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600001 >

CHAGAS, HO. **Infecção relacionada à assistência à saúde em unidade de terapia intensiva de um hospital privado em Mato Grosso do Sul.** Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. [dissertação de mestrado]. Mato Grosso do Sul, 2014.
Disponível em: <
<http://repositorio.cbc.ufms.br:8080/jspui/bitstream/123456789/2172/1/Helio%20Oliveira%20Chagas.pdf>>

CHAUER, G. DINIZ, RRP. RIBEIRO, EA. **A técnica do questionário na pesquisa educacional.** Centro Universitário do Planalto de Araxá. *Revista Evidência.* v.7 n.7 2011. p.251-266.
Disponível em: <
http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/maio2013/sociologia_artigos/pesquisa_social.pdf>

CORI, G. C; PETTY, M. L. B; ALVARENGA, M. S. **Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório.** *Revista Ciência e Saúde Coletiva.* n.20, v.2 2015. p.565 – 576.
Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0565.pdf>
>

FELIX, C.C. P; MIYADAHIRA, A.M.K; **Avaliação da Técnica de Lavagem das Mãos executada por alunos do Curso de Graduação em Enfermagem.** *Revista da Escola de Enfermagem, São Paulo* v.43, n.1, p.139-45. USP. 2009.
Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100018>

GALLOTI, RMD. **Eventos Adversos: O que são?** *Revista da Associação Médica Brasileira.* v.50 n.2 Abr-Jan: São Paulo. 2004.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200008>

HOSPITAL SANTA CRUZ. **Sobre o Hospital, Infraestrutura - UTI adulto.** [site]. 2015. Disponível em: < <http://www.hospitalstacruz.com.br/sobre/>>

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Centro de Colaboração da OMS para Segurança do Paciente: Compartilhando soluções com o mundo.** [site] JCI. 2015

Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/about-jci/projects-supporting-our-mission/>>

LACERDA, R. ; EGRY, E.Y. **As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle.** Ribeirão Preto, SP. Revista Latina americana de enfermagem: v. 5, n. 4, p. 13-23, Out. 1997.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n4/v5n4a03> >

LEOPARDI, MT. **Metodologia da pesquisa em saúde.** Florianópolis, SC. Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC. [livro] Pós Graduação em Enfermagem, 2002. p.290.

LOCKS, L; LACERDA, J. T; GOMES, E; SERRATINE, A. C. P. **Qualidade da higienização das mãos de profissionais atuantes em unidades básicas de saúde.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):569-75.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/19.pdf> >

LOPES, M. J. M; LEAL, S. M. C. **A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira.** Cadernos PAGU. v.24, janeiro – junho 2005. p.105 – 125.

Disponível em: < <http://iseib.edu.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/05/AFeminizacaoPesiste.pdf>>

LORENZINI, E. SANTI, JAR. BÃO, ACP. **Segurança do Paciente: Análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil.** Revista Gaúcha de Enfermagem. v.35 n.2 Porto Alegre: 2.014.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472014000200121&script=sci_arttext&tlng=pt>

MARCONI, MA. LAKATOS, EM. **Técnicas de Pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** ed. 7. São Paulo: Atlas, 2008.

MARCINETTI, C. R. A. **Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde.** Revista Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde. v.15, n.4 2001. p.215 – 228.

Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/260/26022135015.pdf> >

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8 ed. São Paulo. [livro impresso] HUCITEC, 2004. p.269.

_____, M. C. S; DESLANDES, S. F; Caminhos do pensamento: epistemologia e método. 1. Ed. Rio de Janeiro. [livro impresso] FIOCRUZ, c2002. p.379.

MOTA, E. C; BARBOSA, D. A; SILVEIRA, B. R. M; RABELO, T. A; SILVA, N. M; SILVA, P. L. N; RIBEIRO, J. L; SILVA, C. S. O; GONÇALVES, R. P. F. **Higienização das mãos: uma avaliação da adesão e da prática dos profissionais de saúde no controle das infecções hospitalares.** Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção. jan/mar: v.4, n.1, 2014.

Disponível em: < <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/4052/3379> >

NEVES, JL. **Pesquisa Qualitativa – Características, usos e possibilidades.** Caderno de Pesquisas em Administração. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo. v.1 n.3 Semestre 2. 1996. p.1-5.

Disponível em: < <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf> >

OLIVEIRA, A. C; CARDOSO, C. S; MASCARENHAS, D. **Precauções de contato em unidade de terapia intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para adesão dos profissionais.** Revista Escola de Enfermagem USP. v.44, n.1, 2010. p.161- 165.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a23v44n1.pdf> >

PARANÁ, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ. **Entenda o que é Infecção Hospitalar.** Curitiba, Paraná. 2.015.

Disponível em: < <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=612> >

_____, SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. CENTRO DE

VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Manual de Implantação: Projeto MÃOS LIMAS, paciente SEGURO.** Curitiba, PR. 2.013.

Disponível

em:

<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Manual_de_implantacao.pdf>

PEREIRA, MS. SOUZA. CS. TIPPLE, AFV. PRADO, MA. **A Infecção Hospitalar e suas Implicações para o cuidar da Enfermagem.** Revista Texto e Contexto Enfermagem. Abr-Jun. v. 14 n. 2: 2005. p. 250-257.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a13v14n2.pdf>>

PETRI, A. K. K; BOGO, P. C; MATOS, F. G. O; BRAUN, G. **Microbiota das mãos da equipe de saúde que atua na unidade de terapia intensiva.** UNIOESTE. 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. [site] Outubro, 2005.

Disponível

em:

<[http://cac-](http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/poster/saude/psau22.pdf)

[php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/poster/saude/psau22.pdf](http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/poster/saude/psau22.pdf)>

PONTES, A. C; ESPÍNDULA, J. A; VALLE, E. R. M; SANTOS, M. **Bioética e profissionais de saúde: algumas reflexões.** Revista Bioethikos. Centro Universitário São Camilo. v.1, n.1: 2007. p.68 - 75.

Disponível

em:

<[http://www.saocamilo-](http://www.saocamilo-br.com.br/pdf/bioethikos/54/Bioetica_e_profissionais.pdf)

[br/pdf/bioethikos/54/Bioetica_e_profissionais.pdf](http://www.saocamilo-br.com.br/pdf/bioethikos/54/Bioetica_e_profissionais.pdf)>

PRADO, MF. HARTMANN. TPS. FILHO. **Acessibilidade da estrutura física hospitalar para a prática da higienização das mãos.** Revista Escola de Enfermagem Anna Nery. Abr- Jun. v.17 n.2. 2013. p. 220-226.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200003>

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Estratégias para a segurança do paciente: Manual para profissionais de saúde.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

Disponível

em:

<http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf >

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Prevenção e Controle de Infecções relacionadas à assistência à saúde.** Março. 2015.

Disponível

em:

<

http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/544/?N%C3%BAcleo_de_Vigil%C3%A2ncia_em_Estabelecimentos_de_Sa%C3%BAde_%3E_Controlado_de_Infec%C3%A7%C3%B5es>

SALES, VM. OLIVEIRA, E. CÉLIA, R. GONÇALVES, FR. MELO, CC. **Análise microbiológica de superfícies inanimadas de uma Unidade de Terapia Intensiva e a segurança do paciente.** Revista de Enfermagem Referência. Série 5. n.3 nov. - dez. 2014. p. 45 -53.

Disponível em:
<https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=688&codigo=>

SANTANA, H. T; SIQUEIRA, H. N; COSTA, M. M. M; OLIVEIRA, D. C. A. N; GOMES, S. M; SOUSA, F. C; SANTOS, A. C. R. B; CARVALHO, A. A; LOPES, D. I. L; SOCORRO, M; EVANGELISTA, N. **A segurança do paciente cirúrgico na perspectiva da vigilância sanitária - uma reflexão teórica.** Revista Visa em debate. Sociedade, ciência & tecnologia. v.2, n.2: 2014. p.34-42. Disponível em:

<<https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/124/122>>

SCHUMACHER, RL. **Agentes microbianos para a assepsia das mãos.** Revisão de Literatura. Piracicaba, São Paulo. Trabalho apresentado a conclusão de curso. Faculdade de Odontologia. Universidade Estadual de Campinas. (s/n). 1990.

Disponível em:
<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000910787>>

SENNA, K. M. S. **Conhecimento, Atitudes e práticas dos profissionais de saúde relacionados à higiene das mãos.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2010.

Disponível em: <<http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2010/katia-marie-simoes-e-senna>>

SILVA, AAT. MAZZO, A. FUMINCELLI, L. CASTELHANO, MS. BARDIVIA, CB. MENDES, IAC. **O uso das soluções antissépticas: A prática do enfermeiro.** Recife, PE. Revista de Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco. [internet]. v.7 n.12 dez. 2013. p. 6841 – 6847.

Disponível? <
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4654/7994>>

SANTOS, A. A. M; VEROTTI, M. P; SANMARTIN, J. A; MESIANO, E. R. A. B. **Importância do álcool no controle de infecções em serviços de saúde.**

Disponível em: <
http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/controle_alcool.pdf >

SILVA, L. C. P; JULIANI, C. M. C. M. **A interferência da jornada de trabalho na qualidade do serviço: contribuição à gestão de pessoas.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. (UNESP). Botucatu, 2009, p. 12 - 18.

Disponível em: <
http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=267&p_nanexo=%20294>

SILVA, K. F. N; SOARES, S; IWAMOTO, H. H. A prática transfusional e a formação dos profissionais de saúde. **Revista brasileira de hematologia e hemoterapia.** 2009.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v31n6/aop9309.pdf>>

SILVA, RF. **A infecção hospitalar no contexto das políticas relativas à saúde em Santa Catarina.** Ribeirão Preto, SP. Revista Latino Americana de Enfermagem. v.11. n.1 Jan-Fev. 2.003.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000100016&script=sci_arttext>

SIQUEIRA, S. L; FIGUEIREDO, A. E; FIGUEIREDO, C. E. P; D'AVILA, D. O; **Comparação entre duas técnicas de higienização das mãos em pacientes de diálise peritoneal.** Jornal Brasileiro de Nefrologia. v.34, n.4. 2012. p.355-360.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n4/v34n4a08.pdf>>

TERRA, M. **O BEHAVIORISMO EM DISCUSSÃO.** Trabalho apresentado à disciplina Desenvolvimento e Aprendizagem do Programa de Pós-Graduação Doutorado em Linguística aplicada. Faculdade de Educação da Unicamp. 2003.

Disponível em: <<http://www.unicamp.br/iel/site/alunos/publicacoes/textos/b00008.htm>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety.** Forward Programme [internet]. 2.008 - 2.009. Geneva: WHO; 2008.

Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf>

APÊNDICE A – Termo de solicitação para execução do projeto

Santa Cruz do Sul, Junho de 2015.

A
Sra. Katiúscia Brandenburg
Enfermeira Coordenadora
das UTI's e Emergência do HSC.

Eu, Leonardo Antônio Haar Freitas, acadêmico do curso de enfermagem da UNISC, venho através deste solicitar autorização para a realização de uma pesquisa que tem por finalidade atender os requisitos desta disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I, sendo este trabalho orientado pela professora enfermeira doutora Ana Zoé Schilling. O público alvo desta pesquisa será os profissionais que trabalham na UTI adulto e que aceitarem participar da pesquisa, sendo esta intitulada provisoriamente: “A prática de higienização das mãos em uma unidade de terapia intensiva: uma questão de adesão?”.

O objetivo geral será evidenciar qual a percepção dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos na unidade de terapia intensiva adulto.

Respeitosamente, venho através deste ofício, solicitar a sua autorização para realizar os encontros com os profissionais de saúde e com os enfermeiros responsáveis por seus turnos, para apresentar o tema proposto e posteriormente a coleta de dados, nos horários mais convenientes para os profissionais dentro da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, ou em outro local apropriado, conforme a sua orientação ou dos enfermeiros responsáveis. Ressalto que o aspecto ético será esclarecido antes do preenchimento dos questionários, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo este assinado em duas vias pelo pesquisador, onde uma das vias permanecerá com os profissionais e a outra via, será distribuída e recolhida pelo próprio pesquisador. Coloco-me a disposição para esclarecer quaisquer dúvidas.

Atenciosamente,

Ac. de Enfermagem Leonardo A. Haar Freitas

Profª Enfª Drª Ana Zoé Schilling

APÊNDICE B – Termo de autorização para execução da pesquisa

Santa Cruz do Sul, 22 de junho de 2015

Prezados Senhores

Declaramos para os devidos fins, conhecer o protocolo de pesquisa intitulado “**A prática de higienização das mãos em uma unidade de terapia intensiva: uma questão de adesão?**”, desenvolvido pelo aluno do Curso de Enfermagem – UNISC, **Leonardo Antônio Haar Freitas**, sob supervisão da **Prof. Ana Zoé Schilling**, 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. Kátiuscia Brandenburg Jacques
Coordenadora das Emergências e UTI Adulto / HSC

Prof.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@unisc.br

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Título da Pesquisa: A prática de higienização das mãos em uma unidade de terapia intensiva: uma questão de adesão?

Relevância e objetivo da pesquisa: Em maio de 2002 a 55^a Assembleia Mundial de Saúde adotou a resolução *WHA 55.18*, que visa à qualidade da assistência em serviços de saúde com foco na segurança do paciente, sendo solicitado aos países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) que elaborassem ações voltadas à atenção a segurança do paciente.

A Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA) estima que a taxa de infecção no Brasil atinja atualmente 14% das internações hospitalares. Neste contexto, as Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) constituem um problema de saúde alarmante. As ações elaboradas para a prevenção das IRAS, contidas no biênio 2005-2006 na Segurança do Paciente, utilizam como ferramenta para a prevenção das IRAS a higienização das mãos nos serviços de saúde.

A presente pesquisa tem como objetivo evidenciar qual a percepção dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos na unidade de terapia intensiva adulto.

Metodologia: A pesquisa terá abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, e será realizada em um Hospital de ensino do Vale do Rio Pardo, com os profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva. A coleta de dados ocorrerá através do preenchimento de um questionário com perguntas semiestruturadas pela pesquisadora. Os profissionais que aceitarem participar da pesquisa estarão assegurados de quaisquer riscos, através da resolução 466/2012.

Riscos: A presente pesquisa não oferecerá quaisquer riscos aos profissionais de saúde, sujeitos da pesquisa, sendo mantido o anonimato, bem como a privacidade dos dados preenchidos nos questionários.

Benefícios: A pesquisa trará a oportunidade para a instituição e para o meio científico, acerca das possíveis causas de adesão ou não adesão dos profissionais à higienização das mãos, podendo a partir dos resultados desta pesquisa, oportunizar reflexões, discussões científicas e estimular a instituição à realizar futuras capacitações, conforme seu entendimento.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa. Fui informado de forma clara e objetiva, livre de qualquer forma de constrangimento, coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos a que serei submetido, dos riscos e dos benefícios.

Fui igualmente informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros aspectos relacionados a pesquisa;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar da pesquisa, sem que isso me ocasione prejuízos;
- 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 da pesquisa;
- Do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- Que o projeto será financiado pelo próprio pesquisador;
- Que os questionários estarão sob-responsabilidade do pesquisador;

Após a conclusão da presente pesquisa, o pesquisador disponibilizará os resultados aos participantes e à instituição, e ficará à disposição para eventuais esclarecimentos.

A pesquisadora responsável é a Professora Doutora Ana Zoé Schilling, podendo ser contatada através do telefone (51) 3717-2450, esta também é orientadora da pesquisa do acadêmico de enfermagem Leonardo Antônio Haar Freitas (51) 8320-2403. O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone (51) 3717-7680.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o (a) voluntário (a) da pesquisa e a outra via, com o pesquisador responsável.

Data: ____/____/____

Nome do profissional voluntário

Assinatura do profissional voluntário

Nome do pesquisador e responsável pela coleta de dados

Assinatura do pesquisador e responsável pela coleta de dados

APÊNDICE D – Instrumento para Coleta de Dados



CURSO DE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA

Título: A prática de higienização das mãos em uma unidade de terapia intensiva: uma questão de adesão?

Questionário

BLOCO 1 – PERFIL DO PROFISSIONAL

1 PROFISSÃO:

2 IDADE:

3 SEXO:

4 TEMPO DE FORMAÇÃO:

5 TEMPO DE SERVIÇO NO HSC:

6 TEMPO DE SERVIÇO NA UTI ADULTO:

BLOCO 2 – PERPEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUANTO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

1 QUAL A SUA CONCEPÇÃO SOBRE A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS?

2 QUAIS OS RISCOS QUE A HIGIENE INADEQUADA DAS MÃOS PODE OCASIONAR À SAÚDE DO PACIENTE?

3 DESCREVA OS PASSOS DA TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM **SABONETE LÍQUIDO**:

4 A TÉCNICA DE HIGIENIZAR AS MÃOS COM USO DE **ANTISSÉPTICO ALCOÓLICO** É A MESMA TÉCNICA QUE VOCÊ UTILIZA COM SABONETE LÍQUIDO? 1 SIM () 2 NÃO ()

5 COMO VOCÊ AVALIA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UTI ADULTO?

1 RUIM () 2 ADEQUADA () 3 PODE MELHORAR ()

BLOCO 3 – ADESÃO DOS PROFISSIONAIS À PRÁTICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS
--

6 NA SUA OPINIÃO, OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UTI ADULTO
ADEREM ÀS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS, POR QUÊ?

7 EM RELAÇÃO ÀS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS, PROMOVIDAS
PELO HOSPITAL, QUAIS ALTERNATIVAS ABAIXO VOCÊ CONSIDERA
COMO PRINCIPAIS JUSTIFICATIVAS PARA ADERIR A ESTAS?

1 () QUE SEJAM DO MEU INTERESSE.

2 () QUE SEJAM DETERMINADAS PELA DIREÇÃO

3 () OUTRA JUSTIFICATIVA. QUAL?
