

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA À PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS: AVALIAÇÃO
À LUZ DA ESTRATÉGIA MULTIMODAL DA ORGANIZAÇÃO
MUNDIAL DE SAÚDE**

LETÍCIA SANTOS RIBEIRO

Brasília – DF

2016

LETICIA SANTOS RIBEIRO

**ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA À PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS: AVALIAÇÃO
À LUZ DA ESTRATÉGIA MULTIMODAL DA ORGANIZAÇÃO
MUNDIAL DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Enfermagem da Faculdade de Ciências da
Saúde (FS) da Universidade de Brasília
(UnB), como requisito para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues

Coorientadora: Enf. Msc. Alaíde Francisca de Castro

Brasília – DF

2016

LETÍCIA SANTOS RIBEIRO

**ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA À
PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS: AVALIAÇÃO À LUZ DA ESTRATÉGIA
MULTIMODAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Enfermagem da Faculdade de Ciências da
Saúde (FS) da Universidade de Brasília
(UnB), como requisito para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues, Orientadora

Profa. Dra. Keila Cristianne Trindade da Cruz, Membro Interno

Profa. Dra. Gisele Martins, Membro Interno

Enfa. Msc. Isabela Pereira Rodrigues, Membro Externo, suplente

Brasília – DF

2016

Agradecimentos

A Deus por absolutamente tudo.

Aos meus pais pela dedicação às quatro filhas.

A minha orientadora, exemplo de compromisso e responsabilidade, Professora Doutora Maria Cristina Soares Rodrigues, pelo trabalho que agregou sabedoria e brilhantismo a este feito, e abriu caminhos para minha inserção em pesquisa.

A minha co-orientadora, exemplo de liderança e perfeccionismo, Enfermeira Mestra Alaíde Francisca de Castro, pelo suporte paciente, assertivo e base da minha atuação na pesquisa que originou esse trabalho.

Dedicado à minha mãe, Lívia Maria Santos Ribeiro,

cuja fé é inabalável.

RESUMO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) aumentam o tempo de internação, a resistência microbiana a antibióticos e o ônus financeiro à rede pública de saúde. Nesse contexto, questiona-se a taxa de adesão à Higienização das Mãos (HM) dos profissionais que atuam na assistência direta ao paciente de UTI de um hospital universitário do Distrito Federal. **Objetivo:** Avaliar a adesão à HM de profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de adulto de hospital de ensino do Distrito Federal. **Materiais e método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa envolveu 52 profissionais, sendo nove médicos, 10 enfermeiros, 29 técnicos de enfermagem e quatro fisioterapeutas. Foram aplicados três instrumentos em 43 sessões: um questionário estruturado sobre dados profissionais; um *checklist* que registrou a taxa de adesão à HM; e outro, que captava informações quanto à infraestrutura e a disponibilidade de insumos. Para análise dos dados empregou-se o programa EPI INFO, versão 3.5.1. Para serem incluídos na pesquisa, os profissionais deviam compor o quadro de pessoal fixo da UTI, exercer funções relacionadas à assistência direta na unidade e aceitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da pesquisa os profissionais que se encontravam em licença médica, de férias ou em afastamento durante todo o período de coleta de dados. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Entre os dados do parecer co-substanciado, número 1188047, tem-se CAAE: 44389815.8.0000.0030. **Resultados/discussão:** O total de oportunidades de HM registrada foi de 516, sendo realizada a técnica 337 vezes, resultando numa taxa de adesão geral de 65,3%. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), UTIs apresentam maiores taxas de adesão à HM em comparação com outros setores hospitalares. Essa taxa na UTI estudada corrobora com a atual literatura disponível. Após risco de exposição a fluidos foi quando mais se realizou a técnica, o que revela autocuidado do profissional. Houve maior frequência do uso de água e sabão devido ao uso de luvas com talco. Evidenciados torneiras inadequadas, lembretes insuficientes, dispensadores de álcool distantes, o que influencia negativamente nas boas práticas de prevenção das IRAS. **Conclusão:** A adesão à HM na UTI pode ser melhorada, para isso, convém adequar a infraestrutura, regularizar a disponibilização de insumos e realizar treinamento com os profissionais quanto à HM.

Palavras-chaves: Higienização das mãos. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Infecção Hospitalar. Unidades de Terapia Intensiva. Segurança do Paciente.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
1.1 Tema e contextualização.....	09
1.2 Questão Norteadora.....	11
1.3 Fundamentação teórica.....	11
1.4 Justificativa.....	12
2. OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivo geral.....	12
2.2 Objetivos específicos.....	12
3.0 MATERIAIS E MÉTODO.....	13
3.1 Tipo de estudo.....	13
3.2 Local de realização da pesquisa.....	13
3.3 População e amostra do estudo.....	13
3.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	13
3.5 Instrumentos de pesquisa.....	14
3.6 Procedimentos de coletas de dados.....	14
3.7 Análise de dados.....	15
3.8 Aspectos éticos.....	16
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	16
4.1 Características dos profissionais.....	17
4.2 Infraestrutura.....	19
4.3 Adesão à higienização das mãos.....	20
5. CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS	25
ANEXO A.....	29
APÊNDICE A.....	30
APÊNDICE B.....	32
APÊNDICE C	33

1. INTRODUÇÃO

1.1 Tema e contextualização

Esse estudo versa sobre a higienização simples e fricção antisséptica das mãos nos cinco momentos preconizados na Estratégia Multimodal da Organização Mundial de Saúde (OMS) como método de prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS). Também, aborda características sociodemográficas dos profissionais da UTI, avaliação dos recursos físicos e da disponibilidade dos insumos, como sabonetes líquidos e preparações alcoólicas para a correta execução das práticas de Higiene das Mãos (HM) recomendadas pela OMS.

Em 2004, a OMS propôs a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente que culminou na criação do primeiro Desafio Global “*Clean care is a safer care*”. Este relacionava-se com o aumento da consciência sobre as IRAS e com a busca por ações que visavam diminuir o impacto das mesmas sobre os pacientes e sobre os sistemas de saúde. A principal iniciativa do desafio foi a campanha “*Save lives: wash your hands*” (WHO, 2006).

Desde 2007, o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Compromisso na Luta Contra as IRAS ao incluir-se à lista de membros da Aliança Multimodal para Segurança do Paciente. Por isso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Ministério da Saúde (MS) programaram ações preconizadas pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS)/OMS relacionadas ao combate das IRAS a fim de proporcionar um cuidado mais seguro em todo território nacional (OPAS, 2008).

Dando seguimento, em 2009, teve início a divulgação de diretrizes emitidas pela OMS sobre HM, que deram origem ao protocolo da Estratégia Multimodal da OMS para a melhoria HM adequada a qualquer instituição de saúde e nível de complexidade em países desenvolvidos e subdesenvolvidos (WHO, 2006).

A taxa de adesão dos profissionais de saúde à HM nos momentos adequados é um importante indicador de qualidade da assistência que demanda um maior tempo para sua construção, possui uma análise complexa e requer treinamento e qualificação específicos para os observadores.

Adicionalmente, o médio porte do hospital, devido ao limitado quadro de pessoal da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e de recursos financeiros, dificultam, frequentemente, a coleta de dados muito para a evidência das taxas de HM dos diferentes

sítios de assistência em saúde. Todavia, ao longo dos anos, a CCIH do hospital vem divulgando práticas recomendadas para prevenção, controle e tratamento das infecções hospitalares, além de avaliar as taxas de indicadores de resultado, nesse caso, relacionado à incidência de IRAS como preconiza o Programa de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (PCIRAS) em vigência no hospital sentinela.

É sabido que Unidade de Terapia Intensiva (UTI) possui menor porcentagem de pacientes em relação às outras unidades do hospital. Contudo, pesquisas mostram que nas UTI tem-se uma incidência de IRAS 20% maior em relação a qualquer outra unidade de atendimento. Esse fato torna-se ainda mais pertinente quando se ressalta a diversidade de pacientes críticos, como por exemplo, imunossuprimidos, politraumatizados, com insuficiência hepática, renal, cardíaca. A peculiaridade desse caso consiste no fato de que esse tipo de paciente, devido à associação da polifarmácia à doença de base e à realização de procedimentos invasivos, tem menor tolerância à colonização/infecção. Culmina-se, pois, no surgimento de bactérias multirresistente e *Candidasp*, no aumento do contato do profissional com o paciente, no tempo de internação e exposição a antimicrobianos prolongados, no aumento da taxa de morbimortalidade (WENZEL; GENNINGS, 2005; EDWARDS et al, 2009; PINA; UVA, 2014).

A vigilância da prática da HM é de suma importância em UTI, e em todo processo de cuidado de uma instituição de saúde; todavia, são comprovados fatores que diminuem a realização desse método na prevenção das IRAS. Exemplos desses, são o desconhecimento da equipe acerca das exigências e as recomendações institucionais e legais, ausência de insumos, tipo de serviço e inadequação da infraestrutura (OMS, 2006; OPAS, 2008; PÉREZ; ZAMBRAMO, AMADO; 2012).

Considerando-se que, apesar de existir grande densidade de pesquisas comprovando a eficácia da HM no combate às IRAS, as últimas evidências científicas mostram que as taxas de adesão a essa prática em diferentes regiões do mundo são muito variáveis e em média são inferiores a 40%. No Brasil, por exemplo, estabelecimentos com condições de trabalho desfavoráveis apresentam taxas de 10%, ao passo que, aquelas que possuem recursos adequados, têm taxas acima de 60%. Aqueles pontos de assistência nos quais os profissionais são voltados para o público neonatal e pediátrico a adesão à HM chegou a ser de 80% (OMS, 2006; OPAS, 2008; ROSENTHAL, 2013; PÉREZ; ZAMBRAMO, AMADO; 2012).

1.2 Questão norteadora

Considerando a contextualização do tema em foco neste estudo, emergiu o seguinte questionamento para investigação: qual é a taxa de adesão à HM dos profissionais que atuam na assistência direta ao paciente de UTI de adulto de um hospital de ensino do Distrito Federal?

1.3 Fundamentação teórica

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são reações adversas que podem ocorrer em qualquer lugar que se exerça o cuidado em saúde, podendo acometer o paciente. Quando acometem o profissional de saúde ou cuidador são chamadas de infecções ocupacionais (WHO, 2011).

Para que uma infecção seja relacionada à assistência, é necessário que essa seja em decorrência de um cuidado em saúde, não podendo apresentar-se de forma atenuada antes do contato com o serviço de saúde. Cabe ressaltar que a doença pode ser expressa mesmo após o término da prestação de cuidados devido à variação da resposta imunológica entre indivíduos ou características da doença (PINA; FERREIRA; UVA, 2014).

As IRAS têm despertado atenção da comunidade científica devido à simplicidade da sua principal prática preventiva associada à falta de adesão dos profissionais. O procedimento mais importante para o seu controle é a Higiene das Mãos (HM), uma técnica eficaz e eficiente. Essa prática contribui substancialmente para a diminuição do tempo de internação, da taxa de morbimortalidade, da resistência microbiana e do custo financeiro da assistência em saúde tanto para os familiares quanto para as instituições de saúde (PINA; FERREIRA; UVA, 2014).

O termo HM abrange as práticas: lavagem das mãos com água e sabão; fricção alcoólica a 70%, lavagem com água e sabão associado a um antisséptico e antisepsia cirúrgica das mãos. O sabão age mecanicamente sobre os germes da pele, além disso, elimina sujidades e compostos proteicos. Deve ser utilizado sempre que as mãos apresentarem

sujidade aparente. O antisséptico apresenta efeito residual e age de forma letal às bactérias transitórias e residentes da pele (CRUZ; PIMENTA; PALOS; SILVA; GIR, 2009).

Os estudos e as práticas de intervenções que impedem a propagação de doenças nos ambientes de cuidado não são recentes. Em 1843, Oliver Wendel Holmes sugeriu que a causa da morbimortalidade das parturientes e dos recém-nascidos era a falta de HM dos profissionais médicos. Esse fato foi comprovado pelo médico Ignaz Phillip Semmelweis, que se utilizou de estudos acerca da febre puerperal. Ambos instituíram a HM como medida de prevenção das IRAS e das infecções cruzadas. Ignaz reduziu de 18,27% para 3,07% o número dessas infecções em dois meses com a instituição da lavagem de mãos com água clorada. Mais tarde, Luis Pasteur fundamentou a Teoria Microbiana da Infecção que foi demonstrada pelos postulados de Koch, o que aponta a necessidade para a HM a fim de prevenir IRAS (SILVA, 2000; NEVES et al, 2006; BARRETO et al, 2009).

1.4 Justificativa

A importância deste trabalho consiste no fato de que o conhecimento da taxa de adesão à HM, importante indicador de processo, uma vez que viabiliza a análise crítica situacional, culmina na implementação de educação continuada e permanente adequadas às necessidades específicas da equipe de saúde.

A monitoração reforçada dos indicadores de processo é primordial, dado que as condições favoráveis ao acometimento de infecção e seu agravamento é aumentado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Além disso, a supervisão da adesão aos protocolos do Programa de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (PCIRAS) contribui para a melhoria das políticas internas e do processo assistencial, o que repercute em mais segurança no cuidado para o usuário e para o profissional de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a adesão à higienização das mãos de profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva adulto de hospital de ensino do Distrito Federal.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 - Verificar as características dos participantes da pesquisa quanto a idade, sexo, profissão, bem como mensurar a distribuição dos profissionais que receberam treinamento em serviços sobre higienização das mãos, por categoria profissional.

2.2.2 – Verificar a disponibilidade de insumos e a estrutura da unidade relacionados à prática de HM.

2.2.3–Calcular a taxa de adesão à técnica de higienização das mãos.

3. MATERIAIS E MÉTODO

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa. É descritiva, pois é classificada e analisada por meio de técnicas estatísticas. A investigação, por sua vez, foi de caráter observacional, devido ao papel passivo do pesquisador; transversal, pois ocorreu num curto recorte de tempo (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008; HULLEY et al, 2008).

3.2 Local de realização da pesquisa

A investigação foi realizada na UTI de adulto de um hospital de ensino no Distrito Federal. Essa instituição possui 234 leitos ativos, é considerada sentinela e de médio porte. Na organização hospitalar são realizados serviços de média e alta complexidade. A unidade de assistência em questão, reformada em julho de 2014, apresenta 10 leitos disponíveis para internação de pacientes clínicos e cirúrgicos.

3.3 População e amostra de estudo

A pesquisa envolveu seres humanos, tendo profissionais de saúde como população, 52 sujeitos. A amostra foi composta por profissionais do quadro de pessoal fixo da UTI do

hospital: quatro fisioterapeutas, nove médicos intensivistas, 10 enfermeiros, 29 técnicos de enfermagem.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Para serem incluídos na pesquisa, os profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem deviam compor o quadro de pessoal fixo da UTI e exercer funções relacionadas à assistência direta na unidade. Para participar do estudo, aceitaramo convite e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), em consonância com a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foram excluídos da pesquisa os profissionais que se encontravam em licença médica, de férias ou em afastamento durante o período de coleta de dados.

3.5 Instrumentos de pesquisa

Foram utilizados três instrumentos. O primeiro foi um questionário estruturado e autoaplicável, o qual requisitou informações dos participantes de pesquisa, como idade, gênero, realização de capacitações e treinamento quanto à HM na instituição de saúde (APÊNDICE B).

O segundo instrumento foi o formulário de observação do “Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para melhoria da higienização das mãos” (ANEXO A) proposto pela Organização Pan-Americana da Saúde e pela Anvisa (OPAS, 2008).

O terceiro foi um formulário construído por três experts no assunto (APÊNDICE C) baseado nos instrumentos do Manual e na Avaliação de Qualidade das Práticas de Controle de Infecção Hospitalar do Centro de Vigilância Epidemiológica de São Paulo (BRASIL, 2006).

3.6 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, realizou-se um treinamento de observação na Unidade de Pronto Socorro (UPS) do hospital. A escolha desse local é devido à semelhança com a infraestrutura da UTI, no quesito em que se tem um posto central de enfermagem e os leitos são divididos por cortinas. Toda a equipe foi avisada quanto ao caráter de treinamento da atividade na UPS.

Esse processo foi realizado em 10 sessões, durante 5 dias, e foi coordenado pela enfermeira Alaíde, co-orientadora desse estudo, uma vez que ela além de ser enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do hospital de ensino, é autora do macroprojeto de dissertação que originou esse trabalho. A relação entre a dissertação da Alaíde e esse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) concretizou-se pelo fato de a acadêmica autora do TCC ter sido bolsista do Conselho de Desenvolvimento e Pesquisa (CNPQ) a fim de exercer a função de auxiliar de pesquisa da dissertação da enfermeira Alaíde Francisca de Castro, por meio do Programa de Iniciação Científica (PIBIC) do CNPQ.

Em um segundo momento, foram realizadas visitas aos profissionais da UTI nos períodos matutino, noturno e vespertino para apresentação do pesquisa e realização do convite para participar do estudo mediante assinatura do TCLE. Aos participantes, foram entregues questionários autoaplicáveis e semiestruturados, para preenchimento de dados sociodemográficos, ou seja, idade, profissão e capacitação sobre o tema, dentre outros.

Depois de realizados esclarecimentos sobre a pesquisa, iniciou-se o período de coleta de dados propriamente dito, no qual o pesquisador realizou observações diretas da prática assistencial à partir da área central para não ser inconveniente à rotina assistencial no leito. Durante as observações de HM foram preenchidos os formulários de observações da OMS (Anexo 1). Foram realizadas 516 observações divididas proporcionalmente entre cada categoria profissional, como norteia a Estratégia Multimodal. Cada sessão de observação durou no máximo meia hora, tendo acontecido em algumas vezes mais de uma em um mesmo período, sendo respeitadas as proporções entre o número de observações das diferentes equipes. Foram observados até dois profissionais simultaneamente. A escolha do profissional priorizou aquele cujo número de observações por categoria profissional foi mais reduzida. Ao final de cada sessão, foi preenchido o instrumento de coleta de dados sobre a disponibilidade de insumos e sobre a infraestruturas relacionados à HM. As sessões ocorreram até se obter cerca de duas vezes e meia o número de dados que estabelece a estratégia da OMS, a fim de se alcançar uma margem de segurança dos dados (OPAS, 2008).

3.7 Análise de dados

A interpretação dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva dos resultados de frequência absoluta e/ou relativa gerados pelo programa EPI INFO versão 3.5.1. Os resultados sobre as variáveis características foram descritos pelas médias de idade, pelo

percentual de homens e mulheres, de profissionais por categorias e de indivíduos de pesquisa que foram capacitados sobre a HM.

Os dados sobre as estatísticas da HM foram apresentados em porcentagem de adesão à HM geral da unidade, porcentagem de adesão à HM de cada categoria profissional, porcentagem de adesão à HM por tipo de técnica utilizada, fricção alcoólica ou higiene simples, e porcentagem de adesão à HM nos cinco momentos indicados. Para tanto, foi considerada a proporção de profissionais por período de trabalho e por categoria profissional. Sobre os insumos, foi apresentada a proporção de preparação alcoólica por leito, sabonete líquido e papel toalha por pia disponível aos participantes da pesquisa. Foram observados os cartazes de instrução à HM, a disposição dos dispensadores de álcool em gel e das pias.

3.8 Aspectos éticos

Ao participante da pesquisa foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após explicações do estudo. Aos participantes foram assegurados o respeito, a autonomia e a dignidade ao ser humano, por isso, a participação foi voluntária e a desistência possível a qualquer momento do processo de pesquisa. Houve sigilo quanto aos dados coletados e quanto à instituição de origem. Também, foi garantido o anonimato dos profissionais de saúde envolvidos. Não foi cobrada qualquer retribuição, tampouco houve retorno de caráter financeiro aos profissionais. O benefício da pesquisa foi a obtenção de material que norteia ações dos gestores de saúde da instituição para um cuidado mais seguro e que viabiliza atualização do PCIRAS. Os dados foram armazenados pelo pesquisador responsável e utilizados em reuniões administrativas do hospital de ensino para implementação de políticas internas. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Entre os dados do parecer co-substanciado, número 1188047, tem-se CAAE: 44389815.8.0000.0030.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados propiciou o conhecimento acerca das variáveis demográficas dos profissionais e da infraestrutura da UTI do hospital de ensino do DF relacionada ao favorecimento ou não das práticas de HM. Também, permitiu a avaliação da adesão à HM pelas diferentes categorias profissionais.

Segundo a OMS a observação direta do processo de trabalho é o padrão ouro para avaliar adesão a HM. Muitos autores concordam que há diversas vantagens e desvantagens nesse tipo de auditoria. Uma possível desvantagem apresentada nesse método de trabalho, segundo a literatura, é o efeito *Hawthorne*, no qual os profissionais alteram suas ações porque sabem que estão sendo observados. Nesse estudo, não se considera negativa a mudança de comportamento da equipe, uma vez que, além dessa diferenciação no comportamento ter sido considerada mínima, a eventual alteração está associada a uma maior vigilância do profissional para com a prevenção de IRAS. Esse fenômeno está a favor dos objetivos da CCIH do hospital (WHO, 2009; OLIVEIRA, DE PAULA; 2011).

Outras possíveis limitações para a obtenção dos resultados poderiam ser a falta de tempo dos pesquisadores, a falta de treinamento, o viés de amostra relacionado aos turnos das equipes da UTI, contudo, essas não se fizeram presente no trabalho em decorrência da metodologia adotada (SÃO PAULO, 2006; WHO, 2006, 2009; MARRA et al., 2010; JCI, 2010; DE OLIVEIRA, DE PAULA, 2011; WALKER et al., 2014).

A seguir, foram divididos os objetivos alcançados quanto à característica dos profissionais, quanto à infraestrutura e quanto a adesão à Higiene das Mãos.

4.1 Característica dos profissionais

O total de pessoas observadas foi 52, com predominância geral do sexo feminino, sendo nove médicos, 10 enfermeiros, 29 técnicos de enfermagem, quatro fisioterapeutas. Tendo em vista o total de profissionais, as porcentagens de cada categoria dentro da equipe foram de 55,77% técnicos de enfermagem, 19,23% enfermeiros, 17,30% médicos, 7,70% fisioterapeutas. As idades variavam, principalmente entre 30 e 40 anos, indicando que a equipe é composta em sua maioria, por profissionais mais experientes. Entre os técnicos de enfermagem, foi constatado que há um maior número de mulheres, o oposto que ocorre com os profissionais da medicina (Tabela 1 e Tabela 2). Com relação aos profissionais fisioterapeutas e enfermeiros, houve um equilíbrio entre os sexos feminino e masculino. Os dados sobre os técnicos de enfermagem convergem com outros estudos em UTI do Brasil, já sobre os enfermeiros e fisioterapeutas divergem no quesito da não feminilização da mão-de-obra no estudo presente (OLIVEIRA, CARDOSO, MASCARENHAS, 2010).

TABELA 1–DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ASSISTÊNCIA DIRETA AOS PACIENTES, NA UTI DE UM HOSPITAL DE ENSINO, POR GÊNERO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2015

Categoria profissional	Feminino		Masculino		Total
	n	%	n	%	n
Técnico de enfermagem	23	79,31	6	20,69	29
Enfermeiro	5	50,00	5	50,00	10
Médico	4	44,44	5	55,56	9
Fisioterapeuta	2	50,00	2	50,00	4
Total	34	65,38	18	34,62	52

FONTE: DE CASTRO, A. F; RODRIGUES, M. C. S (2016)

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ASSISTÊNCIA DIRETA AOS PACIENTES, NA UTI DO HOSPITAL DE ENSINO, POR FAIXA ETÁRIA. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2015

Faixa etária	n	%
20 a 29 anos	7	13,46
30 a 40 anos	29	55,77
41 a 50 anos	13	25,00
51 ou mais	3	5,77
Total	52	100,00

FONTE: DE CASTRO, A. F; RODRIGUES, M. C. S (2016).

A realização de atualizações e capacitações sobre HM é importante, pois evita a ideia de que o uso de luvas faz com que a assepsia das mãos seja desnecessário. Em relação à instrução quanto a HM promovida pela CCIH do próprio hospital, acusaram participação 93,10% dos técnicos de enfermagem, 90,00% dos enfermeiros, a totalidade dos fisioterapeutas e 44,44% dos médicos, o que evidencia uma intensa atividade da CCIH do hospital (Tabela 3). Em 70% a capacitação havia ocorrido nos últimos 12 meses. Esses dados são importantes, uma vez que equipes constantemente bem treinadas apresentam taxas mais elevadas de adesão à HM, podendo ser acima de 80%, segundo a OMS (WHO, 2006).

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ASSISTÊNCIA DIRETA AOS PACIENTES NA UTI DO HOSPITAL DE ENSINO QUE RECEBERAM TREINAMENTO EM SERVIÇO SOBRE HIGIENE DAS MÃOS, POR CATEGORIA PROFISSIONAL. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2015

Categoria profissional	Higiene das Mãos		Total
	n	%	n
Técnico de enfermagem	27	93,10	29
Enfermeiro	9	90,00	10
Fisioterapeuta	4	100,00	4
Médico	4	44,44	9
Total			52

FONTE: DE CASTRO, A. F; RODRIGUES, M. C. S (2016).

4.2 Infraestrutura

A UTI possui 10 leitos ativos, sendo a taxa de ocupação durante as 36 sessões de observação de 64,1%. Os leitos são separados por cortinas, exceto um que fica num quarto de isolamento. Esse quarto possui um banheiro que também é isolado. A UTI possui quatro pias e duas cubas no posto de enfermagem, no centro da UTI; uma pia no expurgo, uma pia no quarto de isolamento e outra no banheiro do mesmo. Ao total, nove pias com torneiras de acionamento por pressão, duas cubas com torneiras manuais. O número de pias atende à regulamentação da RDC nº 7. Não haviam objetos que atrapalhassem o acesso a essas pias. A profundidade de todas as pias possibilitava a realização da técnica. Os ativadores manuais de duas torneiras não foram considerados adequados, já que não dispensam o contato das mãos com a superfície para abertura e fechamento, conforme normatização (BRASIL, 2010).

As pias e as cubas possuem dispensadores para sabão líquido e suporte para papel toalha, com exceção da pia do quarto isolado. Essa falha apresenta-se inadequada e não tem embasamento, uma vez que existiam dispensadores em reserva no hospital. Os dispensadores de álcool em gel totalizavam-se em cinco, distribuídos na parte externa do balcão de Enfermagem a mais de 2 metros do local da assistência direta ao paciente, exceto um dispensador que se encontrava na parede do leito 3; apenas esse último estava em consonância com a RDC nº 42 (BRASIL, 2010). Nesse caso, em que não há possibilidade de afixar um dispensador de álcool em gel na parede do leito, deve-se utilizar frascos de álcool em gel nas mesas de medicamento de cada leito. A distância para o acesso à álcool repercute, nesse estudo, numa menor adesão dos profissionais à fricção alcóolica (WHO, 2006).

Havia um material informativo revestido com plástico, o que facilita a limpeza do local, afixado na parede sobre a técnica da HM simples e incentivo à prática. Apesar da Estratégia ser importante medida de melhoria proposta pela OMS, a quantidade de cartazes era insuficiente como preconiza a OMS (WHO, 2006).

O abastecimento dos cinco dispositivos para álcool em gel afixados em paredes, dos oito refis de dispensadores de sabonete líquido das pias e cubas e dos oito portas papel-toalha disponíveis na área interna na UTI foi observado e os dados encontrados são apresentadas na Tabela 4. Foi percebida irregularidade no fornecimento de preparações alcoólicas e de sabão.

Tabela 4 – FREQUÊNCIA DE INSUMOS DISPONÍVEIS PARA HIGIENE DAS MÃOS, POR SESSÃO DE OBSERVAÇÃO E PERCENTUAL ACUMULADO, NA UTI DO HOSPITAL DE ENSINO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2015

Frequência de insumo disponível	n	(%)	Acumulado (%)
Preparação alcoólica			
2	2	5,56	5,56
3	4	11,11	16,67
4	27	75,00	91,67
5	3	8,33	100,00
Sabão líquido			
6	3	8,33	8,33
7	24	66,67	75,00
8	9	25,00	100,00
Papel-toalha			
7	30	83,33	83,33
8	6	16,67	100,00

FONTE: DE CASTRO, A. F; RODRIGUES, M. C. S (2016).

Problemas de estrutura associados à quantidade e à qualidade dos lavatórios e insumos relacionados com a higienização das mãos são muito citados na literatura nacional. Esses trabalhos avaliam essas situações em estabelecimentos de saúde e, algumas vezes, evidenciam uma baixa adesão à prática. (BATHKE *et al.*, 2013).

4.3 Adesão à Higiene das Mãos

O total de oportunidades de HM registrada foi 516 durante 43 sessões de observações. Nesses momentos convenientes para se realizar a HM, 337 ações ocorreram, resultando numa taxa média de adesão geral de 65,3%. Os profissionais médicos foram os que apresentaram

maior adesão com taxa de 78%, em 68 oportunidades observadas; já os técnicos de enfermagem apresentaram a menor taxa, 58%, em 279 oportunidades. As taxas de adesão dos fisioterapeutas e dos enfermeiros foram de 73,84% e 72,11%, respectivamente. Esses dados são apresentados na Tabela 5. Cabe ressaltar que, em cada região do país existem estudos nos quais a melhor adesão varia entre as diferentes categorias profissionais citadas (BATHKE; 2013; SOUZA, 2015).

Em publicações Latino-Americanas e do Caribe que versam sobre a HM após a Estratégia Multimodal da OMS a taxa média de adesão dos profissionais de saúde ficou abaixo de 50% com uma variação muito grande. As taxas encontradas nessa UTI são, portanto, maiores que as taxas das demais unidades dos hospitais e menores que as taxas de UTIs com pacientes com precaução de contato. Esses estudos também concluem que a auditoria desse indicador de processo demanda muito tempo e muitos recursos (FRANCA et al, 2013; COSTA; RODRIGUES; DE CASTRO, 2015).

Tabela 5 –NÚMERO DE OPORTUNIDADES PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS (HM) OBSERVADAS E TAXA DE ADESÃO POR CATEGORIAS DOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NA ASSISTÊNCIA DIRETA AOS PACIENTES, NA UTI DO HOSPITAL DE ENSINO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2015

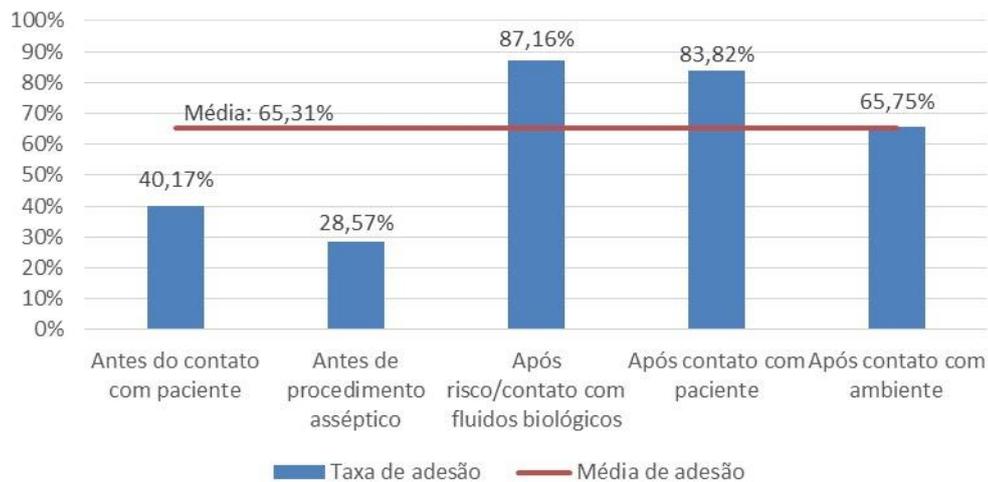
Categoria profissional	Nº de oportunidades observadas	Nº de HM realizadas	Taxa (%) de adesão à HM
Técnico de Enfermagem	279	161	57,70
Enfermeiro	104	75	72,11
Médico	68	53	77,94
Fisioterapeuta	65	48	73,84

FONTE: DE CASTRO, A. F; RODRIGUES, M. C. S (2016).

É importante observar qual o momento em que o profissional mais higieniza as mãos e o momento em que a técnica é menos realizada para assim realizar uma capacitação que atenda às necessidades da equipe. Desses momentos indicados para HM, tem-se cinco, são eles: antes do contato com o paciente, antes de realizar procedimento asséptico, após contato com paciente, após risco de exposição a fluidos biológicos, após o contato com superfície próxima ao paciente. No segundo momento, foi quando menos se realizou a HM, sendo a taxa de adesão 28,57%. Após risco de exposição a fluidos foi o momento no qual a adesão foi maior, já que em 87% das 148 oportunidades a HM foi realizada. Antes de procedimento asséptico, a adesão foi 28,57%, extremamente abaixo da média, após contato com o paciente,

83,82%; após contato com superfície próxima ao paciente, 65,75%. Esses achados são semelhantes a outros estudos e revelam um maior autocuidado do profissional (BATHKE, 2013; SOUZA, 2015).

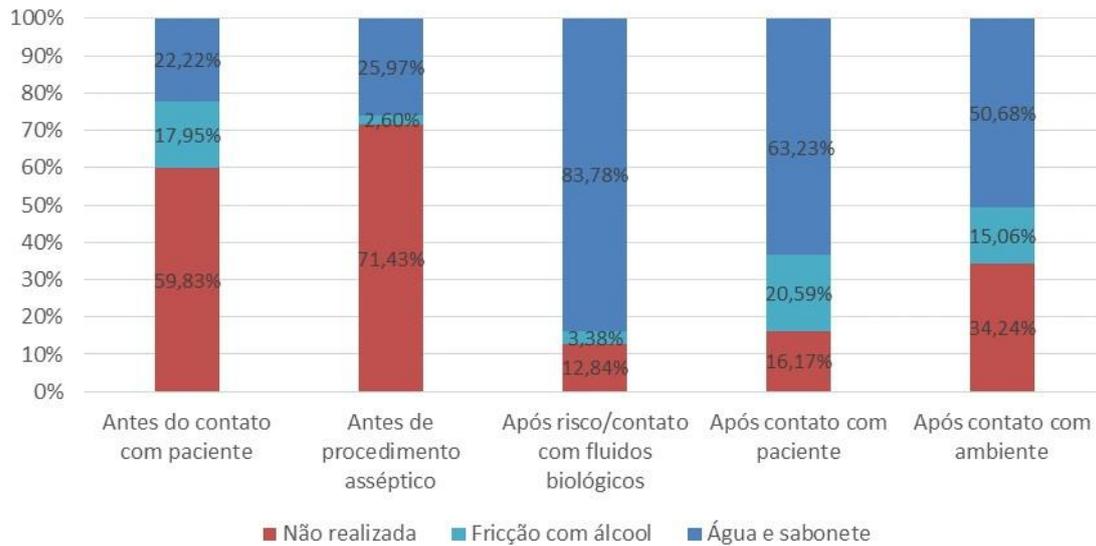
Figura 1 . TAXA DE ADESÃO A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS POR INDICAÇÕES (5 MOMENTOS) DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ASSISTÊNCIA DIRETA AOS PACIENTES, NA UTI DO HOSPITAL DE ENSINO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2015



FONTE: DE CASTRO, A. F; RODRIGUES, M. C. S (2016).

Houve maior frequência de higiene simples com água e sabão, o que condiz com estudos brasileiros (BATHKE, 2013; SOUZA, 2015). O uso de prepações alcoólicas foi mais frequente nos momentos antes e após o contato com os pacientes. Essa preferência por água e sabão deve-se ao fato de que a obrigação da utilização de álcool só aconteceu a partir da RDC nº 42, em 2010 (BRASIL, 2010). O profissional mais experiente pode ter se acostumado à utilização de água e sabão. Outro motivo que influencia no uso de sabão é a presença de talco nas luvas de látex, esse fato inviabiliza a utilização do álcool, uma vez que a fricção alcoólica só é indicada quando não se tem sujidade aparente nem compostos protéicos nas mãos. Nesse caso, o uso contínuo das luvas devido às precauções de contato presentes exacerba ainda mais a última explicação citada. A solução alcoólica também é menos distribuída na unidade, apresenta-se longe dos pontos de assistência. A Figura 2 mostra os dados obtidos quanto aos tipos de HM.

FIGURA 2 TIPO DE HIGIENE DAS MÃOS POR INDICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ASSISTÊNCIA DIRETA AOS PACIENTES, NA UTI DO HOSPITAL DE ENSINO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2015



FONTE: DE CASTRO, A. F; RODRIGUES, M. C. S (2016).

O uso de adornos, como esmalte, anéis, pulseiras, relógios pelos profissionais observados durante a coleta de dados interferem diretamente na qualidade da técnica da HM. Sabe-se que esse hábito compromete a eficácia da técnica de assepsia das mãos; porém, não influenciou na consideração da técnica realizada ou não nesse estudo.

5. CONCLUSÃO

Esse estudo foi adequado às características particulares da UTI em questão; e, devido à restrita amostra, às características dos envolvidos e da infraestrutura não se pode aplicar a outras realidades. Os 52 participantes apresentaram predominância geral do sexo feminino, idade variando principalmente entre 30 e 40 anos, e média de 81,89% de realizações de treinamento sobre HM entre as categorias profissionais. Em relação às especificidades do local em estudo, tem-se 10 leitos ativos separados por cortinas e um quarto de isolamento. Todas as pias e cubas estavam em consonância com normatização vigente, exceto duas torneiras com ativadores manuais.

A taxa de adesão geral de 65,31%, na UTI desse hospital ensino do Distrito Federal, pode ser melhorada. Depreende-se do estudo que a UTI em questão necessita de mudanças na infraestrutura, como aumentar o número de dispositivos de álcool em gel numa distância

menor de dois metros dos leitos de pacientes, e trocar torneiras acionadas manualmente por aquelas que são ativadas por pressão. O fornecimento de insumos apresentou irregularidade muito discreta; por isso, foi considerado suficiente para as boas práticas de prevenção de IRAS.

O efeito *Hawthorne* pode ter influenciado significativamente os dados coletados, contudo, tendo em vista que o projeto em vigência está apto a fornecer dados para a implementação de novas políticas de prevenção de IRAS no hospital, tal influência não é tida como negativa. O fato de os profissionais alterarem a postura mediante observação pode contribuir para uma maior conscientização da equipe. De qualquer modo, para transcender essa limitação é proposto o uso de câmeras para acompanhar as atividades dos profissionais.

Convém ressaltar a importância do papel do enfermeiro ao implementar programas de prevenção de IRAS, realizar capacitações com os profissionais da UTI e monitorar os indicadores da qualidade do processo de trabalho relacionado à prevenção das IRAS. A enfermagem, como gestora do cuidado, dispõe de ferramentas internacionalmente validadas para a avaliação da adesão à HM; dispõe, portanto, de instrumentos que culminam na maior segurança do paciente e efetividade do cuidado. A atual forma de monitoramento, que é por meio do consumo de mililitros de preparação alcoólica e de sabão paciente é insuficiente para avaliar adesão à HM.

REFERÊNCIAS

BARRETO R. A. S. S.; ROCHA L. O.; SOUZA A. C. S.; TIPPLE A. F. V.; SUZUKI K., BISINOTO A.S. Higienização das mãos: a adesão entre os profissionais de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(2):334-40. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/ri/36/1/v11n2a14.pdf>. Acesso em: 20/11/2015.

BATHKE, J. et al. Infraestrutura e adesão à higiene das mãos: desafios à segurança do paciente. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 34, n. 2, p. 78-85, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2015

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC nº 07, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2010. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2042-2010.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2014.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância epidemiológica. Manual de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar. São Paulo, 2006. 237p. [Internet]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/ih/IH_MANUALFAPESP06.pdf. Acesso em: 25/11/2015

COSTA I. I. V; RODRIGUES, M. C. S.; DE CASTRO, A.F. Adesão à Higiene das Mãos em Unidade de Terapia Intensiva: revisão integrativa de estudos da América Latina e Caribe. 2015. 62p. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade de Brasília. Faculdade Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Brasília, 2015.

CRUZ, E. D. A.; PIMENTA, F. C.; PALOS, M. A. P.; SILVA, S. E. M.; GIR, E. Lavado de manos: 20 años de divergências entre laprática e lo idealizado. *Ciencia y EnfermerIa XV* (1), 2009. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art05.pdf>

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008 ISSN 1980-7031. Disponível em: http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodos_quantitativos_e_qualitativos_um_resgate_teorico.pdf. Acessado em 27/11/2015.

DE CASTRO, A. F; RODRIGUES, M. C. S. Práticas de Precauções em Unidade de Terapia Intensiva em Hospital de Ensino do Distrito Federal. 15/06/2016. 153p. Dissertação. Universidade de Brasília. Brasília,DF. 2016.

DE OLIVEIRA, A.C.; DE PAULA, A.O. Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 24, n. 3, p. 407-13, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/16.pdf>>. Acessoem: 15 ago. 2015.

EDWARDS, J. R, et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) report: Data summary for 2006 through 2008, issued December 2009. [Internet] *Am J Infect Control*, 2009; 37:783-805.[Acessado em: 30/01/2010]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/dataStat/2009NHSNReport.PDF>.

FRANCA, S.R. et al. The effect of contact precautions on hand hygiene compliance. *American journal of infection control*, v. 41, n. 6, p. 558-559, 2013. Disponívelem: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2012.08.010>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

HULLEY, S. B. et al. *Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica*. Tradução Duncan MS. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2008. 384 p.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). *Padrões de acreditação da Joint CommissionInternational para Hospitais*. Rio de Janeiro: CBA, 2010, 288p.

MARRA, A.R. et al. Measuring Rates of Hand Hygiene Adherence in the Intensive Care Setting A Comparative Study of Direct Observation, Product Usage, and Electronic Counting

Devices. *InfectionControl*, v. 31, n. 8, p. 796-801, 2010. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/10.1086/653999>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

NEVES, Z. C. P.; TIPPLE, A. F.V.; SOUZA, A. C. S.; PEREIRA, M. S.; MELO, D. S.; FERREIRA L. R. Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia neonatal. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 julho-agosto; 14(4). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/pt_v14n4a12.pdf

OLIVEIRA, A.C.; CARDOSO, C.S.; MASCARENHAS, D. Contact precautions in intensive care units: facilitating and inhibiting factors for professionals' adherence. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 1, p. 161-65, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/en_a23v44n1.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2015.

OLIVEIRA, A.C; DE PAULA, A.O. Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura. *Acta paul. enferm.* vol.24 no.3 São Paulo 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300016. Acesso em: 03/12/2016

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Guia para implantação: estratégia multimodal da OMS para melhoria da higienização das mãos. Desafio: uma assistência limpa é uma assistência mais segura/Aliança mundial para segurança do paciente/Organização Mundial da Saúde. Brasília: OPAS; 2008. 59p.

PÉREZ, E. R.; ZAMBRAMO P.; AMADO P. Adherencia a las guías de higiene de manos en cuidado intensivo: el caso de una clínica privada.[Internet] *MEDICINA U.P.B*; 2012. 31(2):127-34. Disponível em: <http://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/1760/pdf>. Acesso em: 24/11/2015.

PINA, E.; FERREIRA, E.; UVA, M. S. Infecções associadas aos cuidados de saúde. In: Souza P; Mendes W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014, p. 137-158.

ROSENTHAL, V. D., et al. Impact of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) Multidimensional Hand Hygiene Approach over 13 Years in 51 Cities of 19 Limited-Resource Countries from Latin America, Asia, the Middle East, and Europe.

[Internet] InfectionControland Hospital Epidemiology; 2013, 34(4): 415-23. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.1086/669860>. Acesso em 20/11/2015.

SÃO PAULO (BR). Centro de Vigilância Epidemiológica. Manual de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, 2006. 237p. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/IH_MANUALFAPESP06.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2014.

SILVA, A. M. C., et al. Precauções e Isolamento. In: Fernandes A T. Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde. 1ª Edição. São Paulo: Atheneu; 2000. Volume 2. p. 1008-1019.

SOUZA, L.M. et al. Adherence to the five moments for hand hygiene among intensive care professionals. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 36, n. 4, p. 21-28, dez., 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.49090>>. Acessoem: 03 fev. 2016.

WALKER, J.L. et al, 2014. Hospital hand hygiene compliance improves with increased monitoring and immediate feedback. American Journal of Infection Control, v. 42, n. , p. 1074-1078, 2014. Disponívelem: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2014.06.018>>. Acessoem: 19 jan. 2016.

WENZEL, R. P.; GENNINGS C. Bloodstream infections due to Candida species in the intensive care unit: identifying especially high-risk patients to determine prevention strategies. [Internet] ClinInfectDis, 2005; 41 Suppl 6: S389-93. [Acessado em: 30/01/2010]. Disponível em: http://cid.oxfordjournals.org/content/41/Supplement_6/S389.full.pdf+html.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO guidelines on hand hygiene in health care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. WHO, Geneva, 2009. 270p. Disponível em: <<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/9789241597906/en/>>. Acessoem: 08 fev. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety: Clean care is safer care – global patient safety challenge. [Internet] Geneva: WHO; 2005-2006. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf. Acesso em: 24/11/2015

ANEXO 1 – Formulário de Observação



ANEXO 34

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

País			Cidade			Hospital			Identificação do local		
Observador (iniciais)						Nº. do Período			Departamento/Clinica		
Data (dd.mm.aaaa)						Nº. da Sessão			Nome do Serviço		
Início/Fim (h:min)						Nº. do Formulário			Nome da Unidade		
Duração da Sessão (min)											

Cat. Prof. Código Número			Cat. Prof. Código Número			Cat. Prof. Código Número			Cat. Prof. Código Número		
Op	Indicação	Ação									
1	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	1	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	1	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	1	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada
2	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	2	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	2	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	2	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada
3	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	3	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	3	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	3	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada
4	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	4	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	4	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	4	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada
5	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	5	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	5	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	5	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada
6	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	6	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	6	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	6	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada
7	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	7	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	7	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	7	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada
8	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	8	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	8	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	8	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Folha 1

Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa “Práticas de Precauções em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital de Ensino do Distrito Federal”, sob a responsabilidade da pesquisadora Alaíde Francisca de Castro. O objetivo do estudo é avaliar as práticas de precauções e a infraestrutura da UTI de um hospital de ensino do Distrito Federal.

Trata-se de um estudo que destinará a elaboração de dissertação de mestrado a ser apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade de Brasília (UnB). Está garantido o sigilo e o anonimato do pesquisado e da instituição de origem.

Solicitamos a sua colaboração em participar deste estudo respondendo a um questionário com suas características profissionais, com duração prevista de cinco minutos, e autorizando que sua rotina de trabalho seja observada e registrada por um pesquisador, com duração prevista de duas horas diárias, no que se refere às práticas das precauções que envolvem a higiene das mãos, uso de equipamentos de proteção individual e indicações de tipos de precauções. A pesquisa se realizará no período de agosto a outubro de 2015.

Sua participação no estudo poderá representar risco mínimo, de natureza psíquica, decorrente de possível desconforto ou ansiedade ao responder perguntas que envolvem informações de si, assim como a observação direta pela pesquisadora das suas práticas de precauções, mas que será minimizado com esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa, referente ao seu objetivo e procedimentos de coleta de dados. No entanto, a sua reflexão sobre o assunto transforma-se em um grande benefício indireto desta pesquisa para seu local de trabalho, porque a abordagem do tema serve para divulgar e estimular a melhoria da adesão às práticas recomendadas. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo às disposições legais vigentes no Brasil.

A participação na pesquisa não gera quaisquer despesas que acarretem ressarcimento pelas pesquisadoras. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da

pesquisa, sendo assegurado o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Informamos que o(a) Senhor(a) poderá se recusar a responder questões que lhe tragam constrangimentos, assim como poderá desistir de participar da pesquisa sem riscos de ser penalizado(a) na instituição local do estudo ou no âmbito da sua profissão. A participação no estudo é livre, não acarretará custos para você, não cabendo qualquer benefício ou remuneração. Este estudo contribuirá para se redefinir estratégias gerenciais, de modo a melhorar a gestão do Programa de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde no hospital. Os resultados da pesquisa serão divulgados em congressos científicos, aos gestores e profissionais da UTI do hospital, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos. Qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para Alaíde Francisca de Castro, na Universidade de Brasília, telefones (61) 3448-5278 e (61) 8104-1210, no horário das 8h às 18h, ou pelo e-mail: castroalaide@gmail.com, ou para Maria Cristina Soares Rodrigues, na Universidade de Brasília, telefones (61) 3107-1976 e (61) 8237-8710, no horário de 8h às 17h, ou pelo e-mail: mcsoares@unb.br . Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas, cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos pelo telefone: (61) 3107-1947 ou pelo e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10h às 12h e de 13:30h às 15:30h, de segunda a sexta-feira. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora responsável.

Assinatura do participante da pesquisa ou representante legal.

Profa. Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues
Pesquisadora Orientadora
Mat. FUB147559

Alaíde Francisca de Castro
Pesquisadora responsável
Mat. FUB1016067

Brasília, ____ de _____ de _____

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 1



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA:

Adesão dos Profissionais de Unidade de Terapia Intensiva à Prática de Higiene das Mãos: análise à luz da Estratégia Multimodal da Organização Mundial de Saúde

Orientação:

Marque somente uma alternativa para responder às perguntas abaixo.

QUAL SEU GÊNERO ? Feminino Masculino

QUAL SUA IDADE ? 20 a 29 anos 30 a 40 anos 41 a 50 anos
 51 ou mais

QUAL SUA PROFISSÃO ? Médico Enfermeiro Fisioterapeuta
 Técnico de enfermagem

VOCÊ RECEBEU TREINAMENTO EM SERVIÇO NESSE HOSPITAL SOBRE HIGIENE DAS MÃOS?

Sim Não



APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 2



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 2

DATA: __/__/____ PERÍODO: () MATUTINO () VESPERTINO () NOTURNO

Nº DE LEITOS OCUPADOS: ____

REGISTRO DOS INSUMOS DISPONÍVEIS

Nº LEITOS COM ÁLCOOL GEL DISPONÍVEL: ____ Nº DE PIAS COM SABÃO LÍQUIDO: ____ Nº DE DISPENSADORES COM PAPEL TOALHAS: ____

DATA: __/__/____ PERÍODO: () MATUTINO () VESPERTINO () NOTURNO

Nº DE LEITOS OCUPADOS: ____

REGISTRO DOS INSUMOS DISPONÍVEIS

Nº LEITOS COM ÁLCOOL GEL DISPONÍVEL: ____ Nº DE PIAS COM SABÃO LÍQUIDO: ____ Nº DE DISPENSADORES COM PAPEL TOALHAS: ____

DATA: __/__/____ PERÍODO: () MATUTINO () VESPERTINO () NOTURNO

Nº DE LEITOS OCUPADOS: ____

REGISTRO DOS INSUMOS DISPONÍVEIS

Nº LEITOS COM ÁLCOOL GEL DISPONÍVEL: ____ Nº DE PIAS COM SABÃO LÍQUIDO: ____ Nº DE DISPENSADORES COM PAPEL TOALHAS: ____

DATA: __/__/____ PERÍODO: () MATUTINO () VESPERTINO () NOTURNO

Nº DE LEITOS OCUPADOS: ____

REGISTRO DOS INSUMOS DISPONÍVEIS

Nº LEITOS COM ÁLCOOL GEL DISPONÍVEL: ____ Nº DE PIAS COM SABÃO LÍQUIDO: ____ Nº DE DISPENSADORES COM PAPEL TOALHAS: ____