

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

ZILAH CÂNDIDA PEREIRA DAS NEVES

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: O IMPACTO
DE ESTRATÉGIAS DE INCENTIVO À ADESÃO

Goiânia
2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ZILAH CÂNDIDA PEREIRA DAS NEVES

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: O IMPACTO DE ESTRATÉGIAS DE INCENTIVO À ADESÃO

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em enfermagem

Linha de Pesquisa: Controle e prevenção de infecção em instituições de saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Anaclara Ferreira Veiga Tipple
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Adenícia Custódia Silva e Souza

Goiânia

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DESTE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(GPT/BC/UFG)

Neves, Zilah Cândida Pereira das.
N511h Higienização das mãos entre os profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal : o impacto de estratégias de incentivo à adesão / Zilah Cândida Pereira das Neves. – Goiânia, 2005.

95 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2005.

Bibliografia: f. 88.

Inclui lista de tabelas, de abreviaturas.

Anexos.

1. Neonatologia – Infecções – Cuidado e higiene 2. Mãos – Cuidado e higiene 3. Cuidado e higiene –Estratégias – Incentivos I. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem II. Título.

CDU: 616-083:613

FOLHA DE APROVAÇÃO

ZILAH CÂNDIDA PEREIRA DAS NEVES

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS ENTRE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE
UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL: O
IMPACTO DE ESTRATÉGIAS DE
INCENTIVO À ADESÃO

Dissertação apresentada à Faculdade de
Enfermagem da Universidade Federal de
Goiás para obtenção do título de Mestre.
Área de concentração: Cuidado em
enfermagem

Aprovado em: 30/03/05.

Banca Examinadora

Prof. Dr^a Anaclara Ferreira Veiga Tipple

Universidade Federal de Goiás

Assinatura: _____

Prof^a Dr^a Miyeko Hayashida

Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Prof^a Dr^a Adenícia Custódia Silva e Souza

Universidade Federal de Goiás

Assinatura: _____

Este trabalho está inserido no projeto de pesquisa prevenção e controle de infecção em serviços de saúde: buscando caminhos para uma nova práxis, do Núcleo de estudos de pesquisa em infecção hospitalar (NEPIH) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Dedicatória

Deus, que me dá força e coragem para enfrentar todos os obstáculos da minha trajetória.

Vicente e Iva, meus pais

Pelo estímulo, força e compreensão em toda a minha vida. O que sou devo a vocês. Sou feliz por ser sua filha. O papel de pais, vocês o cumprem brilhantemente, pois são os melhores pais do mundo.

Zenaide e Zânder, meus irmãos

Pelo companheirismo. Tenho prazer em ser irmã de vocês.

Lucimar Rodrigues Ferreira, minha grande amiga de todas as horas.

Os estímulos que recebi de você no meu dia-a-dia me auxiliaram na concretização do meu sonho de realização do mestrado. Compartilho este título contigo. Do fundo do meu coração, agradeço-lhe.

Agradecimentos especiais

À prof^a Dr^a Anaclara Ferreira Veiga Tipple, por acreditar e auxiliar nesta trajetória, pela paciência em todos os momentos. Pela competência em conduzir os fatos. A convivência contigo, muito contribuiu para o meu crescimento como profissional e pessoal. Sou eternamente agradecida.

À prof^a Dr^a Adenícia Custódia Silva e Souza, pela disponibilidade, seriedade, desde o início da trajetória. A sua contribuição foi muito útil para a concretização desta pesquisa. Agradeço pela oportunidade de ter convivido contigo.

Ao prof. Dr. Joaquim Tomé, pela colaboração e disponibilidade de sempre que foram fundamentais para a concretização desta pesquisa.

À prof^a Dr^a Sheila, Dr^a Milca, Dr^a Miyeko Hayashida, agradeço pelas valiosas contribuições com sugestões dadas a esta pesquisa.

Dulcelene de Sousa Melo, agradeço por sua amizade e companheirismo de sempre. Chegamos juntas ao fim de mais uma etapa. Agradeço a sua presença em minha vida.

Grupo Mão Beleza: Maria Sandra Carvalho, Lílian Chagas, Roselma de Oliveira, Eliete Cunha, Adalgisa Maranhão, Lina Messias, Cristina Silva, Íris Silva, Andréa Gontijo, Suelen Gomes - Vocês deixaram seus afazeres pessoais para ensaiar as músicas para gravação do CD. São pessoas como vocês que tornam a profissão mais digna, pois são capazes de doar pelo simples prazer em contribuir com o próximo, sem nada exigir em troca. Sou eternamente agradecida.

Bolsistas do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Infecção Hospitalar da Faculdade de Enfermagem/UFG: Ryane, Luciana, Priscila, Shirley, André, Letícia, Poliana, Aline, Angélica - a contribuição de vocês foi fundamental para a realização deste trabalho. Agradeço-lhes.

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas amigas que direta ou indiretamente foram imprescindíveis para a concretização desta pesquisa, os meus sinceros agradecimentos.

Dr. Vardeli, Dr. Saulo, Dr. Gilberto Alves, Dr^a Luzia Helena, Dr^a Maria Bárbara, Orádia Maria, Maria das Graças Bezerra, Maria das Graças Ribeiro, Ricardo - Informática, Dr^a Goianice, Dr^a Sandra Carvalho, Dr. Maurício Vigianno, Cleomar, Dr^a Rôسانی, Angelina, Tatiane, Elisângelo, Dr^a Denise Munari, Professores do mestrado, Célia, Gabriel, Maria do Carmo e demais funcionários da Faculdade de Enfermagem da UFG, Colegas da I Turma do Mestrado em Enfermagem da UFG, Solange Fonseca, Dr^a Cleire Pessoni, Dr^a Mildes, Luciano, Dr^a Rosilene Lara, Francisneide e demais funcionários da Rádio Universitária da UFG, Dr^a Marta Alves, Dr^a Fátima Barbosa, Dr^a Elisângela Rezende, às telefonistas da instituição da pesquisa.

À equipe de profissionais que participaram como sujeitos desta investigação pelo carinho e receptividade. Este trabalho só foi possível porque vocês se dispuseram a contruí-lo conosco.

“Para Deus Nada é Impossível”

“As enfermeiras devem ter o cuidado de lavar freqüentemente as mãos durante o dia” (Florence Nigthingale)

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
Lista de Tabelas	
Lista de Abreviaturas	
1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVO.....	20
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1 Infecção hospitalar em neonatologia.....	25
3.2 Higienização das mãos.....	32
3.2.1 Materiais / equipamentos e produtos utilizados para a higienização de mãos	36
3.3 Processo de Educação em Saúde e adesão à higienização das mãos.....	40
4 METODOLOGIA.....	47
4.1 Local de estudo.....	47
4.2 População.....	49
4.3 Coleta de dados.....	49
4.4 Estratégias de intervenção.....	51
4.4.1 Paródias com a temática higienização das mãos.....	51
4.4.2 Cartazes informativos estilizados.....	53
4.4.3 Frases sobre a temática higienização das mãos.....	53
4.5 Tratamento dos dados.....	54
4.6 Aspectos ético-legais.....	54
5 ANÁLISE DOS DADOS	56
5.1 O contexto do estudo	56
5.2 A equipe de saúde	58
5.3 Adesão à higienização de mãos	61
5.3.1 Aspectos intervenientes para a adesão à higienização de mãos	71
6 CONCLUSÃO.....	83
7 CONSIDERAÇÕES	87
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICE A	96
APÊNDICE B	97
APÊNDICE C	101
APÊNDICE D	102
ANEXO A	103
ANEXO B	104

RESUMO

NEVES, Z.C.P.das N. **Higienização das mãos entre os profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal: estratégias de incentivo à adesão.** 2005. 116 f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, 2005.

A maioria das infecções hospitalares de origem exógena pode ser prevenida por meio da higienização das mãos, entretanto é baixa a adesão a esta prática nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Os recém nascidos possuem características que favorecem o desenvolvimento de infecções e estão relacionadas com maior gravidade dos processos infecciosos. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto do uso de diferentes estratégias de incentivo à higienização das mãos de profissionais de saúde de uma UTI neonatal de um hospital de referência materno-infantil da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás. Trata-se de um estudo de intervenção não controlada, denominada antes-depois, no qual o indivíduo atua como seu próprio controle. Os dados foram coletados por dez auxiliares de pesquisa, por meio de observação utilizando-se um *check list* para o registro da higienização de mãos pelos profissionais ao desempenhar procedimentos nos períodos, anterior, durante e posterior à introdução das estratégias de incentivo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do hospital e os sujeitos assinaram um termo de consentimento, solicitado ao término do período da coleta de dados. A duração da observação para o estudo foi de seis meses, de novembro de 2003 a maio de 2004, sendo dois meses iniciais para diagnóstico situacional, os dois meses seguintes corresponderam ao período de implementação das estratégias e dois meses de acompanhamento. Utilizamos três estratégias de incentivo que foram construídas com o apoio e participação da equipe de profissionais da instituição: paródias que foram gravadas em CD e divulgadas pelo setor de radiofonia, frases divulgadas por este mesmo setor e também de forma impressa e cartazes estilizados. A estrutura física e de recursos materiais para a higienização das mãos, atendia às recomendações para a unidade. Na adesão global, os percentuais foram semelhantes antes (62,2%) e após (61,6%) a execução de procedimentos. Houve aumento da adesão durante e após as estratégias de incentivo, após a execução dos procedimentos. O fisioterapeuta teve a maior adesão e o técnico de laboratório a menor. A categoria de auxiliar/ técnico de enfermagem apresentou a maior adesão a higienização de mãos após a execução dos procedimentos e durante ($p=0,02$) e após ($p=0,03$) a aplicação das estratégias de incentivo. Os procedimentos que obtiveram maior adesão foram: preparo de medicamentos (89,6%), seguido de outros que aumentam o risco de contato do profissional com sangue e secreções; aspiração orotraqueal ou endotraqueal (78,1%), passagem de sonda orogástrica (78,1%) e procedimentos de fisioterapia (75,3%). Entre os turnos a maior adesão ocorreu no matutino (40,5%), seguido pelo vespertino (34,1%). A adesão ao álcool glicerinado ou gel a 70% foi baixa, (2,6%) antes e (1,7%) após a execução dos procedimentos. O impacto das estratégias na adesão a lavagem de mãos foi pequeno e o estudo sinaliza uma maior preocupação dos profissionais com o risco individual. Consideramos necessário investir em abordagens que valorizem as crenças, valores e princípios dos profissionais na busca de práticas mais seguras e duradouras.

Palavras chave: adesão à higienização de mãos estratégias de incentivo infecção em neonatologia

ABSTRACT

NEVES, Z. C. P. das N. **Handwashing Among Health Care Professionals in an Intensive Newborn Care Unit: Adherence Incentive Strategies**. 2005. 116 f. dissertation (Master's Degree) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, 2005.

Although most exogenous nosocomial infections can be prevented by handwashing, adherence to such practice has been minimal in health care settings. Newborns' characteristics make them more likely to develop infections and to be more at risk for more severe infections. The aim of this study was to evaluate the impact of different handwashing adherence incentive strategies among health care professionals in an intensive infant care unit at a reference maternal-infant hospital of the Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás. This was an one-group, pre-post intervention study, in which the individuals acted as their own controls. Data were collected by ten research assistants who observed professionals' handwashing practices during procedures before, during, and after the introduction of incentive strategies. A check list for recording handwashing was used. This study was approved by the hospital Ethics Committee and the individuals signed a consent form at the end of the data collection period. The study lasted for 6 months, from November, 2003 to May, 2004; the first two months involved the situational diagnosis; the following two months corresponded to the period during which the adherence incentive strategies were implemented; and the final two months were the follow-up observations. Three different incentive strategies were implemented: 1) Audio-taped parodies were broadcast over the hospital intercom system; 2) slogans were broadcast in the same manner; 3) slogans were posted on flyers reminding readers about handwashing. Physical and material resources structure for handwashing followed the unit recommendations. In terms of adherence to handwashing procedure guidelines, rates were virtually the same before (62,2%) and after (61,6%) procedures. Increased adherence was observed during and after the incentive strategy interventions. Physical therapist demonstrated the highest increase in adherence, while laboratory technicians showed the least significant increase in adherence. Adherence to handwashing among nurses increased during ($p=0,02$) and after ($p=0,03$) the implementation of the incentive strategies. Increased adherence was observed in relation to the following procedures: medicine preparation (89,6%), followed by others that increase the risk of workers: contact with blood and body fluids; oro/endotracheal breathing (78,1%), oral-gastric tube passage (78,1%), and physical therapy procedures (75,3%). Higher adherence rates occurred in the morning shift (40,3%) when compared to other shifts, and in the afternoon (34,1%). Adherence to glycerinated alcohol or gel 70% was minimal, both (2,6%) before and (1,7%) after procedures. Although the impact of adherence incentive strategies to handwashing was minimal, an increase in post-procedure handwashing was observed. This finding points to an increased concern with personal risk among this group of professionals. Further study and investment is needed to develop approaches that consider the beliefs, values, and principles of professionals searching for safer and long-lasting practices.

Key words: handwashing compliance; Incentive strategies; Infection in newborn

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número e porcentagem de profissionais por categoria que foram observados, nos seis meses do estudo. Goiânia-Go. Nov/ 2003 a Maio/ 2004.....	58
Tabela 2: Número e porcentagem da adesão global a higienização de mãos, antes e após a execução de procedimentos, nos seis meses do estudo. Goiânia-Go. Nov/ 2003 a Maio/ 2004.....	61
Tabela 3: Número e porcentagem de higienização de mãos antes da realização de procedimentos nos seis meses do estudo. Goiânia-Go. Nov/ 2003 a Maio/ 2004.....	65
Tabela 4: Número e porcentagem de higienização de mãos após a realização de procedimentos nos seis meses do estudo. Goiânia-Go. Nov/ 2003 a Maio/ 2004.....	65
Tabela 5: Número e porcentagem da adesão à higienização de mãos após a realização de procedimentos, no período de seis meses, de acordo com o procedimento executado	72
Tabela 6: Número e porcentagem da adesão à higienização de mãos por categoria profissional, no período de seis meses, do estudo. Goiânia-Go. Novembro/ 2003 a Maio/ 2004	78

LISTA DE ABREVIATURAS

APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

RN – Recém-nascido

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UFG – Universidade Federal de Goiás

IH – Infecção hospitalar

PP – Precaução padrão

FEN – Faculdade de Enfermagem

1 INTRODUÇÃO

A infecção hospitalar (IH) representa um importante problema de saúde pública tanto no Brasil quanto no mundo e constitui risco à saúde dos usuários dos hospitais que se submetem a procedimentos terapêuticos ou de diagnóstico. Sua prevenção e controle necessitam de medidas técnicas e comportamentais da assistência prestada na instituição, o que vai refletir na qualidade à saúde, ocasionando redução de esforços, de problemas, de complicações e de recursos (BRASIL, 1998a; LACERDA, 2003).

Diversas conseqüências são trazidas pelas infecções tanto do ponto de vista individual como o institucional. Um paciente com infecção é submetido a tratamentos agressivos. O tempo de internação prolonga-se, podendo sua evolução ser fatal. Também há perdas para a instituição como o aumento da letalidade e mortalidade, custos com as internações e redução do número de leitos à população (MARTINS, 2001).

Lacerda (2003), relata que a IH é decorrente da evolução de práticas de assistência à saúde baseadas em características eminentemente invasivas e realizadas em hospital, e que esta problemática deve ser analisada em um contexto de assistência à saúde de acordo com dados concretos de cada sociedade. Desta forma, as práticas para o controle da IH devem ser vistas e realizadas em dimensões mais amplas, de acordo com as especificidades locais da assistência.

As infecções representam uma forma desarmônica da relação do homem com sua microbiota. Por serem doenças transmissíveis, apresentam uma cadeia epidemiológica composta pelo agente infectante, reservatórios ou fontes, vias de eliminação, transmissão, penetração e hospedeiro suscetível. Isto pode ocorrer

devido à patologia de base do paciente, procedimentos invasivos e alterações da população microbiana, geralmente induzidas pelo uso irracional de antimicrobianos (FERNANDES; RIBEIRO FILHO; BARROSO, 2000).

Se todos os componentes de ligação desta cadeia estiverem presentes, a infecção se transmitirá de pessoa a pessoa, mas se um elo desta ligação for eliminado ou quebrado, a disseminação da IH poderá ser prevenida ou interrompida (FERNANDES; RIBEIRO FILHO; BARROSO, 2000; RICHTMANN, 2002)

Os microrganismos podem ser transmitidos tanto diretamente (por contato, por via aérea e pela exposição a sangue e líquidos corpóreos) como indiretamente (por meio de um vetor ou veículo inanimado).

As medidas de prevenção e controle das IH, como o uso de equipamentos de proteção adequados, técnicas de isolamento, uso criterioso de antimicrobianos, educação permanente dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados diretos e indiretos aos pacientes, entre outras medidas, são importantes para a prevenção da emergência e disseminação de doenças infecciosas (FERNANDES; RIBEIRO FILHO; BARROSO, 2000).

A grande maioria dos microrganismos habita a pele e as mucosas dos seres humanos. Medidas simples como a higienização de mãos com água e sabão líquido, são altamente eficazes na prevenção e controle de infecções (FERNANDES, 2000a; RESUTO, 2001; MARTINS, 2001).

Os hábitos de higiene pessoal podem determinar mudanças na composição da população microbiana, principalmente, se não houver lavagem das mãos, após o manuseio de fontes de contaminação, sendo um fator importante na transmissão de doenças no ambiente hospitalar (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE

ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - APECIH, 1999; FERNANDES; RIBEIRO FILHO; BARROSO, 2000).

A infecção hospitalar em pacientes com sistema imunológico imaturo e com maior exposição a dispositivos invasivos é difícil de ser prevenida e controlada, como ocorre em unidades de terapia intensiva neonatal. Os avanços tecnológicos aumentaram a sobrevivência do recém-nascido (RN) com doenças graves e prematuridade, sendo estes os maiores responsáveis pelo sucesso da manutenção da vida. Frequentemente, estão associados com as infecções de origem hospitalar e, geralmente, a sua transmissão é associada às mãos dos profissionais e soluções contaminadas (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR, 1999; RAMOS, 2002).

A maioria das infecções ocorre devido a higienização inadequada e insuficiente das mãos. Em neonatologia, a aquisição destas infecções pode rapidamente afetar a vida, levando ao aumento do tempo de hospitalização, uso em larga escala de antimicrobianos e até mesmo ao óbito (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR, 1999; FERNANDES; RIBEIRO FILHO; BARROSO, 2000; RAMOS, 2002).

Segundo Resuto (2001) um percentual considerável dos profissionais não estão conscientizados de que as mãos representam o maior perigo na disseminação de doenças, em um hospital.

Grande parte das infecções deve-se à não adesão às medidas de controle, devido à ausência de motivação e pequena importância dada às medidas de prevenção de infecções (BARTZOKAS; SLADE, 1991).

Programas educacionais continuados como campanhas de higienização de mãos, realizada periodicamente, servem de estímulos para motivação do pessoal

do ambiente hospitalar a lavar as mãos (SANTOS, SANTOS FILHO, 1988; BALDY et al 1990; SETO, 1995; SANTOS, 2000).

Concordamos com Cool; Solé (1996) quando relatam que podemos explorar o conhecimento prévio de cada um para interpretar o novo, e que somos capazes de modificá-lo, ocorrendo o estabelecimento de novas relações que permitam ir mais além, e desta forma o agente estar consciente de sua própria mudança.

Como enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) de um hospital de médio porte da Secretaria de Estado da Saúde, com atendimento na área materno-infantil, observo que muitos profissionais pouco valorizam o controle de infecções, o que é evidenciado por ações como: prescrição indiscriminada de antimicrobianos, negligência às medidas de proteção anti-infecciosa, uso de materiais com qualidade inferior à recomendada considerando parâmetros financeiros em detrimento à qualidade, a omissão na higienização das mãos, entre outros aspectos.

A Comissão de Controle de Infecção hospitalar (CCIH) desta instituição, realiza, desde 1999, campanhas anuais de higienização de mãos, com a utilização de estratégias que motivam a participação de toda a equipe do hospital. Abordagens tradicionais realizadas pelo SCIH, como cobranças insistentes, abordagens em reuniões científicas, palestras, não surtiram o efeito desejado. Por outro lado, abordagens motivacionais acarretaram aumento de adesão dos profissionais ao ato de higienização das mãos. Entretanto, à medida que cessavam as campanhas, a adesão dos profissionais diminuía.

Programas educativos projetados com a finalidade de melhorar a prática de higienização das mãos podem reduzir de maneira substancial as taxas

endêmicas de infecção. Estes programas devem ser continuados, pois perdem o seu efeito após algum tempo (CONLY et al, 1989; SETO 1995).

Pesquisadores sugerem reuniões científicas periódicas para a equipe, capacitação sobre técnica da higienização de mãos, promoção anual de uma semana de higienização de mãos e estratégias necessárias à mudança de comportamento referente ao aumento da adesão à higienização de mãos (CONLY et al, 1989; BARROS; NOGUEIRA, 1990; DUBBERT et al, 1990; SETO 1995; SANTOS, 2000; PITTET; MOURUGA; PERNEGER, 2000).

Para Cool; Solé (1996), aprendemos quando somos capazes de elaborar uma representação pessoal sobre algo que pretendemos aprender. Onrubia (1996) complementa que a diversificação de atividades possibilita a escolha de tarefas diferentes, atividades com opções ou alternativas internas, com níveis possíveis de execução final, conseguindo dessa forma uma maior participação das pessoas envolvidas.

O uso de práticas tradicionais e formais de ensino, quase sempre associadas à impressão de punições, não consegue atingir de maneira eficaz o receptor, prejudicando o resultado final. Desta forma, estratégias diferentes que envolvem o receptor como construtor de seu próprio conhecimento profissional, o conscientiza a mudar de comportamento (STARLING 2001).

Acreditamos que estratégias implementadas continuamente sejam uma das formas de mudança de comportamento, para que, como diz Carvalho; Lopes; Pelliteri (1988), “o controle de infecção passe das mãos para a consciência profissional”.

Este estudo introduziu estratégias diferentes por período de tempo maior que o de campanhas educativas, permitindo aumentar o acesso da equipe às informações sobre a importância da higienização de mãos, para o controle da IH.

Constituiu-se benefício esperado com a implantação das estratégias o surgimento de uma conscientização do profissional sobre esta medida, resultando em aumento da adesão à higienização de mãos, passando a fazer parte da cultura assistencial dos profissionais de saúde da Instituição.

2 OBJETIVO

- Avaliar o impacto do uso de diferentes estratégias de incentivo à higienização de mãos de profissionais de saúde em uma UTI neonatal.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A doença sempre esteve associada ao homem desde o seu aparecimento na Terra. Existem relatos no antigo testamento que, para a cura de doenças como a lepra, eram realizados alguns rituais de segregação dos doentes do convívio com outras pessoas (MARTINS, 2001).

A sobrevivência da espécie humana está intimamente relacionada com as interações que desenvolve com outras espécies de seres vivos e com o meio ambiente.

As doenças infecciosas são resultantes da luta pela subsistência da espécie humana com outras do planeta. Quando alterações do ecossistema ocorrem, há o desencadeamento da transmissão de vários patógenos. Desta forma, o desequilíbrio ecológico entre as comunidades microbianas que habitam nossas superfícies epiteliais e os mecanismos de defesa antiinfecciosos, procedimentos invasivos e o uso de antimicrobianos associados às alterações decorrentes da patologia do paciente, promovem a ocorrência da infecção hospitalar (FERNANDES, 2000a).

Desde o terceiro século antes de Cristo, durante a dinastia Maurya, existiam relatos sobre construções de hospitais com áreas distintas para maternidade, centro cirúrgico, farmácia e enfermaria. Recomendava que estas áreas fossem construídas em local saudável, o ambiente e roupas de uso do paciente deveriam ser compatíveis com a limpeza e que o pessoal da saúde também desenvolvesse práticas saudáveis ao promover os cuidados (FERNANDES, 2000b).

A partir do século XIX estas idéias começaram a ser difundidas no Ocidente pelos trabalhos pioneiros de Florence Nightingale, Semmelweis e Lister (FERNANDES, 2000b; MARTINS, 2001).

Florence Nightingale (1820-1910), enfermeira, estabeleceu estratégias relacionadas ao cuidado do paciente, enfatizando inclusive a importância da limpeza, aeração e luminosidade do ambiente hospitalar. Desta forma, pretendia diminuir o risco de infecção (RODRIGUES, 1997).

No século XIX, houve profundas transformações na sociedade humana, com o surgimento da eletricidade, máquina a vapor, entre outros, melhorando a qualidade de vida e encurtando a distância entre os povos. Ocorreram descobertas fundamentais como anestesia, desenvolvimento da anti-sepsia por Lister e experimentos realizados por Koch e Pasteur, que comprovaram a origem microbiana das doenças (MARTINS, 2001).

Fernandes (2000c) ressalta que, no Brasil, anteriormente aos trabalhos de Lister e Pasteur, até as últimas décadas do século XIX, a “gangrena dos Hospitais” era a causa líder de mortalidade entre os pacientes internados, chegando a taxas de até 90% dos pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos. Ela se relacionava, principalmente, à inobservância dos princípios básicos de higiene e o não isolamento do paciente com enfermidades contagiosas. A infecção evoluía de leito a leito após os procedimentos realizados pela equipe que não lavava o material utilizado e nem tampouco as suas mãos. O início da preocupação com infecção acompanhou o processo de industrialização acelerado, iniciado no governo de Juscelino Kubitschek.

Nas décadas de 1950-60 o termo infecção hospitalar surgiu em artigos publicados, aliados a uma tentativa de compreensão de seus fatores de risco,

iniciando estudos específicos e exclusivos sobre microrganismos isolados e trabalhos referentes ao emprego dos antimicrobianos.

Em 1972 o Hospital de Ipanema realizou, junto com a Associação Brasileira de Enfermagem – Rio de Janeiro, o primeiro evento específico com o tema “Curso de Epidemiologia e Profilaxia das Infecções Hospitalares”. Conseqüentemente, houve a formação de CCIH, que começou a difundir-se pela rede privada. Em 1975 a CCIH do Hospital de Ipanema relatou a importância de se criar estas comissões em todos os Hospitais do país, com poderes para interferir nos setores relacionados ao problema e estabelecer um controle sobre o consumo de antibióticos (FERNANDES; RIBEIRO FILHO; BARROSO, 2000, MARTINS, 2001, LACERDA 2003).

A década de 1980 foi a mais importante até o momento para o desenvolvimento do controle de infecção hospitalar em nosso país. Em 1983 o Ministério da Saúde elaborou a portaria GM/MS 196/83 que recomendava a criação de CCIH e dava orientações práticas (BRASIL, 1983; MARTINS, 2001; LACERDA, 2003).

Neste cenário as políticas governamentais para o controle e a prevenção das IH foram definidas em decorrência da péssima qualidade dos serviços de assistência à saúde no país, acrescida da repercussão da morte do primeiro presidente eleito, Tancredo Neves, vítima de infecção hospitalar. Sendo assim, diversas ações foram elaboradas, como a instituição de centros de treinamento, cursos básicos de capacitação, manuais e uma série de portarias sobre controle de antimicrobianos, além da criação de programas de controle de infecção nos hospitais, sendo mais conhecidos como CCIH (LACERDA, 2003).

A Constituição Federal de 1988, no capítulo sobre Saúde, art. 196, considera que a saúde (Brasil, 1988).

“é um direito de todos dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Em 1992 foi lançada a Portaria GM/MS930/92, que propôs a criação de uma equipe própria para executar as ações de controle de infecção, que passaria a realizar busca ativa de casos (BRASIL, 1992).

A portaria GM/MS 2616 de Maio de 1998 (BRASIL, 1998a), elaborada para orientar as ações de controle, voltou a postular a existência de uma equipe específica, ampliando a sua constituição e abrangência. Entretanto, representa apenas recomendação sem o mesmo peso de uma Lei Federal, estando mais susceptível ao jogo das forças políticas (FERNANDES, 2000c).

Esta portaria define a infecção hospitalar como “aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares” (BRASIL, 1998a). Determina, dentre outras funções, diversas competências para que o controle de infecção seja eficiente. Ela somente normatiza o Controle de Infecção no âmbito hospitalar, havendo uma enorme necessidade de Leis/Portarias que a venha complementar, cobrir ou abranger, também, às necessidades do controle de infecção nos demais estabelecimentos de saúde.

3.1 Infecção hospitalar em neonatologia

Os recém nascidos (RN) possuem características que facilitam o desenvolvimento de infecções e estão relacionados com a maior gravidade dos processos infecciosos, como ausência de microbiota endógena protetora, levando à aquisição de microrganismos a que estão expostos, fragilidade da pele devido ao menor desenvolvimento da camada córnea, principalmente, nos prematuros e imaturidade dos mecanismos de defesa em quase toda função imunológica e humoral (DONOWITZ, 1993; MOORE, 1996; GRINBAUM, 2000; RAMOS, 2002).

O RN é exposto, inicialmente, à microbiota materna através de sua passagem pelo canal de parto, sendo esta colonização mais lenta no RN oriundo de parto cesária. Crianças normais se colonizam em poucos dias, possuindo uma predominância de cocos GRAM positivos. Os RN de alto risco em UTI neonatal praticamente não possuem a chance de se colonizar com a microbiota materna. Isto porque possuem contato precoce com alimentação artificial, antibióticos, diversos profissionais de saúde, sendo expostos e colonizados com a microbiota nosocomial da UTI. Estes tipos de pacientes colonizam-se muito mais com bacilos GRAM negativos. Desta forma, encontramos condições ideais para o desenvolvimento de bactérias multi-resistentes, na UTI neonatal, pelo uso indiscriminado de antimicrobianos, devido aos pacientes possuírem um elevado risco de exposição aos microrganismos e a dificuldade da realização de diagnóstico infeccioso (GOLDMANN; LECLAIR, 1978; DONOWITZ, 1993; OLIVEIRA, 2001; RICHTMANN, 2002).

As infecções neonatais são as mais freqüentes e severas do que em qualquer época da vida. Os processos infecciosos constituem-se como os principais responsáveis pela elevada morbidade e mortalidade desse período.

A maior sobrevivência de recém-nascidos de baixo peso e de muito baixo peso com período de internação cada vez mais prolongado, associados a procedimentos invasivos e ao elevado uso de antimicrobianos têm colaborado para o aumento da incidência das infecções nas unidades de cuidados intensivos neonatais, sendo os índices mais elevados do hospital, semelhantes inclusive àqueles observados em pacientes com imunodepressão grave (DONOWITZ, 1993; OLIVEIRA, 2001; RAMOS, 2002).

Segundo Richtmann (2002), existem amplos conhecimentos na gênese da transmissão de agentes infecciosos, mas, poucos profissionais os colocam em prática corroborando na prevenção destas infecções. A cadeia epidemiológica das infecções nosocomiais em RN é formada por seis componentes: o RN e seus mecanismos de defesa imaturos, os agentes infecciosos, os reservatórios, os mecanismos de transmissão, e o não uso de estratégias para o controle das infecções.

As formas de entrada do microrganismo no hospedeiro susceptível podem ser via trato respiratório, gênito-urinário, gastrintestinal, pele lesada, membrana mucosa ou placenta. Os extremos de idade, história de doença crônica, estado nutricional, sistema imunológico, uso de medicações, presença de queimaduras, traumas e cirurgias, constituem características que tornam os hospedeiros com maior ou menor risco de infecção (FÁZIO JÚNIOR; NOMURA; NOGUEIRA, 2000; OLIVEIRA et al, 2001; RICHTMANN, 2002).

Uma das principais formas de transmissão de infecção em neonatologia é por meio dos profissionais de saúde que assistem ao RN, quando carregam agentes infecciosos principalmente em suas mãos. Segundo Goldmann; Leclair (1978), 75% dos profissionais de saúde em UTI neonatal carregam em suas mãos bacilos GRAM negativos.

O RN pode tornar-se infectado após a sua chegada ao berçário, por várias vias, incluindo os profissionais de saúde (contato direto, indireto ou gotículas), e os materiais e equipamentos contaminados. Na via direta a transmissão ocorre principalmente por meio das mãos dos profissionais de saúde. A disseminação por via indireta ocorre primeiramente pelos procedimentos invasivos como a introdução de cateteres vasculares, uso de equipamentos de assistência ventilatória (quando os cuidados de processamento e manuseio de artigos não são seguidos), utilização de soluções anti-sépticas acondicionadas em almotolias de múltiplo uso e por meio do aleitamento materno, principalmente, quando a mãe é portadora de determinadas doenças virais. A transmissão de infecções por via aérea e gotículas não são muito freqüentes em neonatologia ocorrendo mais freqüentemente por meio de profissionais e visitantes portadores de infecções respiratórias (FÁZIO JÚNIOR, NOMURA; NOGUEIRA, 2000; RICHTMANN, 2002).

A Portaria MS/ GM nº 3432 de 12 de agosto de 1998, estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo (tipo I, II e III), considerando a incorporação de tecnologia, a especialização de recursos humanos e a área física disponível (BRASIL,1998b). A garantia da equipe em quantitativo necessário é fundamental para que o controle de infecção seja eficaz. Para que a unidade pediátrica seja considerada do tipo II, é exigido o atendimento de algumas exigências, como:

- um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva pediátrica;
- um médico diarista com título de especialista em medicina intensiva pediátrica para cada dez leitos ou fração, nos turnos manhã e tarde;
- um médico plantonista exclusivo para até dez pacientes ou fração;
- um enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem;
- um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada dez leitos ou fração, por turno de trabalho;
- um fisioterapeuta para cada dez leitos ou fração, no turno da manhã e da tarde;
- um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno de trabalho;
- um funcionário exclusivo para o serviço de limpeza;
- acesso a cirurgião pediátrico, torácico, cardiovascular, neurocirurgião e ortopedista.

Também é recomendado que o hospital possa contar com suporte de laboratórios, banco de sangue, setor de imagenologia e demais serviços.

Os critérios epidemiológicos para definição de IH em neonatologia, muitas vezes diferem dos critérios clínicos, causando discordâncias entre os profissionais epidemiologistas e clínicos.

A definição da origem comunitária ou hospitalar das infecções em neonatologia baseia-se em aspectos epidemiológicos, relacionados à aquisição pré-parto, peri-parto ou pós-parto. Considera-se infecção endógena a relacionada a deficiências do sistema imunológico do paciente, ocasionada pela sua própria microbiota e corresponde a 60% das infecções. Quanto às infecções exógenas são

transmitidas pelo meio externo como mãos, fômites, etc e corresponde a 40% das infecções. A origem endógena ou exógena da aquisição de microrganismos em RN é importante para decisões terapêuticas, mas não diferencia as infecções comunitárias das hospitalares (KONKEWICZ, 2002).

Segundo a Portaria GM/ MS nº 2616 de maio de 1998a, infecção comunitária em RN é aquela “cuja aquisição por via transplacentária é conhecida ou foi comprovada e que se tornou evidente logo após o nascimento” (exemplo: herpes simples, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, sífilis e aids) e ainda complementa “as infecções de RN associadas com bolsa rota superior a 24 horas”. (BRASIL, 1998a)

Embora esses conceitos estão normatizados em nível nacional, acredita-se que nem todas as CCIH classificam as infecções dentro desta normativa (KONKEWICZ, 2002).

Para neonatos, existem outras definições de infecções, além das comunitárias e hospitalares, que são as congênicas e perinatais.

A classificação de infecções congênicas ou adquiridas por via transplacentária, consideradas como comunitárias, não causa divergência entre os autores e profissionais.

A definição de infecções perinatais e hospitalares não se mostra tão consensual. Muitos neonatologistas consideram infecções perinatais como comunitárias, enquanto que a maioria dos profissionais que realiza a vigilância de IH consideram-nas como hospitalares (RICHTMANN, 2002; FÁZIO JÚNIOR; NOMURA; NOGUEIRA, 2000).

Os dados de IH entre as instituições variam enormemente em decorrência dos seguintes fatores: falta de uniformidade nos critérios de definição,

heterogeneidade da população-alvo, hospital comunitário X hospital de ensino, diferentes técnicas e rotinas entre as unidades de neonatologia, excesso de pacientes e/ ou número insuficiente de pessoal, incidência de infecções e capacidade ou não do serviço na detecção de microrganismos. Por isso, a comparação entre taxas ainda é problemática, mesmo com critérios estabelecidos pelos CDC (FÁZIO JÚNIOR; NOMURA; NOGUEIRA, 2000).

Aqui no Brasil, no final da década de 1990, os profissionais da área de controle de infecção sentiram necessidade de obter critérios de definição específica para o período neonatal. Portanto, utilizaram os oferecidos pelo CDC para crianças menores de 12 meses e adaptaram a este o neonatal. Com esta uniformização, esperavam que os critérios e os dados epidemiológicos fossem fidedignos e bem determinados (CALIL, 2002).

A vigilância epidemiológica das infecções deve ser um processo integrado na prática diária. Os objetivos da vigilância epidemiológica das infecções hospitalares em neonatologia são o estabelecimento de índices basais de ocorrência de IH, identificação de epidemias precoces, informações ao corpo clínico e diretivo do hospital sobre a necessidade de medidas preventivas, racionalização de prioridades para o controle de IH, avaliação da efetividade das medidas de controle, reforço sobre a prevenção de determinadas práticas, condução de pesquisas, redução do índice de ocorrência de IH e atuação na prevenção da resistência aos antimicrobianos (RAMOS, 2002).

De acordo com a Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (1999), em janeiro de 1996, o *Guideline do CDC, Hospital Infection Control Practices Advisory Committee – HICPAC*, após o surgimento de microrganismos multi-resistentes e também em virtude das múltiplas variações de

interpretação e até confusões sobre o uso de precauções universais e das precauções baseadas na transmissão de doenças, lançou a denominação Precauções Padrão (PP) que representou um conjunto de medidas que devem ser usadas para o atendimento de todos os pacientes hospitalizados, não dependendo de seu estado presumível de infecção, ao manusear equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação.

As PP devem ser utilizadas sempre que houver risco de contato com sangue e todos os líquidos corpóreos, com exceção do suor, pele não íntegra e mucosa. Consiste em uso de barreiras: lavagem de mãos, luvas, avental, máscara, protetor facial e de olhos, cuidado com artigos e equipamentos de assistência ao paciente, controle ambiental, cuidado com roupas, prevenção de exposição a patógenos veiculados por sangue e líquidos corpóreos, acomodação adequada do paciente e imunização dos profissionais (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR, 1999; FÁZIO JÚNIOR; NOMURA; NOGUEIRA, 2000).

Medidas de controle preconizadas como anti-sepsia, limpeza e desinfecção/ esterilização de materiais odonto-medico-hospitalares, manutenção de técnica asséptica, higienização de mãos, dentre outras, são fundamentais para a diminuição das infecções hospitalares (SANTOS; SANTOS FILHO, 1988; BRASIL, 1998a; BARROS; 1990; FÁZIO JÚNIOR; NOMURA; NOGUEIRA, 2000).

Para o controle de IH faz-se necessário o trabalho em equipe multidisciplinar. Deve ser contemplado a educação permanente da equipe envolvida nos cuidados diretos ao paciente. As taxas detectadas por meio da vigilância das infecções devem ser calculadas especificamente para cada unidade, sendo estas

discutidas com o corpo clínico local, para que ações sejam propostas e realizadas (RAMOS, 2002).

Em unidades de terapia intensiva, existem uma maior concentração de pacientes mais graves que necessitam de procedimentos invasivos ou imunossupressivos. Os avanços na terapia intensiva neonatal permitiram a maior sobrevivência de crianças extremamente prematuras ou de muito baixo peso, mas como consequência, ocasionou o aumento dos riscos de infecção nosocomial decorrentes destes procedimentos e da permanência prolongada nesta unidade (FÁZIO JÚNIOR; NOMURA; NOGUEIRA, 2000; OLIVEIRA et al, 2001; RICHTMANN, 2002), o que nos forneceu subsídio para a escolha desta clínica para a realização do estudo.

3.2 Higienização das mãos

A higienização das mãos com água e sabão é um dos procedimentos mais simples e também um dos mais eficazes na prevenção das infecções hospitalares. Diversos pesquisadores ao longo da história demonstraram ser esta prática segura e eficaz.

Maimonides, no século XI, já defendia a higienização das mãos pelos praticantes da medicina. Nos séculos posteriores, os hábitos de higiene eram apenas considerados como rituais de purificação, dando maior ênfase à aparência do que propriamente uma preocupação com a saúde (SANTOS, 2000).

Em 1460, Heinrich Von Pfolzspeundt indicava, além da limpeza do material de curativo, a lavagem de mãos ao manusear o paciente (FERNANDES, 2000b).

Em 1751, na Inglaterra, Burton, ao observar a alta mortalidade materno-infantil nas maternidades, corroborou para que Charles White elaborasse recomendações pioneiras que exigiam a lavagem das mãos por médicos e parteiras, conseguindo redução significativa da infecção puerperal (FERNANDES, 2000 a).

Oliver Wendel Homes, em 1843, sugeriu que os médicos, inconscientemente, eram a maior causa de complicações infecciosas da parturiente e recém-nascido, sendo esta hipótese confirmada cinco anos depois por Semmelweis, que provou ser a transmissão da febre puerperal decorrente das mãos não higienizadas (SANTOS; SANTOS FILHO, 1988; BARROS; NOGUEIRA, 1990; ATHAYDE, 2000; SANTOS, 2000; ARMOND, 2001).

Semmelweis produziu a primeira evidência científica de que a lavagem das mãos pudesse evitar a transmissão da febre puerperal, ao introduzir uma solução de água clorada e sabão para o uso de todos os profissionais que prestassem cuidados as pacientes, conseguindo reduzir de 18,27% para 3,07% o número destas infecções, dentro de dois meses. Comprovou ainda que era necessária a lavagem das mãos após prestar cuidados entre os pacientes (SANTOS; SANTOS FILHO, 1988; ATHAYDE, 2000; FERNANDES; RIBEIRO FILHO; BARROSO, 2000; SANTOS, 2000; ARMOND, 2001).

Diversas regulamentações foram elaboradas por associações profissionais e órgãos governamentais nacionais e internacionais, enfocando a higienização das mãos e reconhecendo o valor de suas evidências e ações como base no controle das infecções (BRASIL, 1998a; BOYCE; PITTET, 2002; APECIH, 2003).

A higienização das mãos como medida de controle de infecção não é uma recomendação recente e deve ocorrer antes e após o contato com o paciente, antes

de calçar as luvas e após retirá-las, entre um paciente e outro, entre um procedimento e outro ou em ocasiões onde exista transferência de patógenos para pacientes e ambientes, entre procedimentos com o mesmo paciente e após o contato com sangue, líquido corporal, secreções, excreções e artigos ou equipamentos contaminados por estes (BRASIL, 1998a).

De acordo com o MS, a lavagem das mãos é “a fricção manual vigorosa de toda a superfície das mãos e punhos, utilizando-se sabão/ detergente seguida de enxágüe abundante em água corrente”. Continua a Portaria que esta prática, isoladamente, é a ação mais importante para a prevenção e controle das IH. É recomendado que a higienização das mãos deve ser realizada tantas vezes quantas forem necessárias, durante a assistência a um único paciente, sempre que houver contato com sítios corporais e entre cada uma das atividades (BRASIL, 1998a).

Toda a pele é o revestimento do organismo, indispensável à vida, que isola componentes orgânicos do meio exterior, impede a ação de agentes externos, evita a perda de água, eletrólitos e outras substâncias do meio-interno, promove proteção imunológica, faz termo-regulação, propicia a percepção e tem função secretória (SANTOS; SANTOS FILHO, 1988).

Ela é colonizada por bactérias, entretanto, diferentes contagens bacterianas são encontradas nas diversas áreas corporais. Estas bactérias dividem-se em duas categorias: transitórias e residentes. A microbiota transitória é susceptível à remoção pela higienização das mãos rotineira e os seus microrganismos são mais freqüentes causadores de infecções associadas à assistência à saúde.

A microbiota residente, localizada em camadas mais profundas da pele, é mais resistente à remoção, e se associam menos a infecções (SANTOS; SANTOS

FILHO, 1988; BARROS; NOGUEIRA, 1990; RESUTO, 2001; BOYCE; PITTET, 2002).

A microbiota transitória pode tornar-se residente adaptando-se ao meio da pele, se a primeira permanecer em grande número e por um período bastante longo. Para evitar esta possibilidade, as mãos devem permanecer sempre limpas, imediatamente após o contato com material contaminado, principalmente se ele albergar organismos patogênicos (CARVALHO; LOPES; PELLITTERI, 1988; BARROS; NOGUEIRA, 1990; LARSON et al,1997).

Oppermann; Anagnostopoulos; Santos (1994), relatam que o mínimo de contato como a verificação do pulso radial, resulta na transmissão de 10^3 ufc – unidades formadoras de colônias – para a mão do profissional, podendo ser esta dose infectante e suficiente para colonizar um paciente debilitado, que facilmente poderá desenvolver uma infecção.

Para que ocorra a remoção de microrganismos é necessário higienização das mãos. Os profissionais de saúde devem torná-la um hábito sistemático e, para isto, dentre outros fatores, faz-se premente que a instituição seja provida de lavatórios, devidamente equipados com dispensadores para sabão líquido e porta papel toalha descartável, em número suficiente e em locais estratégicos. O tamanho deste lavatório deve ser suficiente para a higienização segura das mãos e composto por torneiras que não requeiram o acionamento manual.

Não são recomendados secadores de ar quente, por provocar turbulência do ar, promovendo o deslocamento de microrganismos no ambiente, bem como irritação cutânea e gasto de energia (BOYCE; PITTET, 2002).

Deve ser considerada a escolha do produto para utilização pelos profissionais para higienização de suas mãos, visando o aumento da adesão a este

ato, bem como para evitar o lesionamento da pele que irá promover a colonização de microrganismos altamente virulentos, como o *Staphylococcus hominis* resistente a oxacilina, bactérias GRAM negativas, Enterococcus e Cândida em maior quantidade nesta pele (SANTOS, 2000; LARSON, 1993; BOYCE; PITTET, 2002).

3.2.1 Materiais/ equipamentos e produtos utilizados para higienização de mãos

Conforme o *Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings* do CDC (2002), que foi traduzido pela Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (2003), os materiais/ equipamentos e produtos necessários à higienização de mãos são:

- Água: deve ser potável, livre de contaminantes químicos e biológicos e com rigoroso controle de qualidade, de acordo com a portaria GM/MS nº 1.469 de 12 de Dezembro de 2000 ou outra que a substitua. Os reservatórios devem ser limpos e desinfetados e ser realizado controle microbiológico semestral.
- Lavatórios: devem ser em número suficiente e exclusivos para a higienização das mãos, com dimensionamento apropriado e localizado em pontos estratégicos, evitando a recontaminação das mesmas. Devem ser considerados a limpeza, a provisão suficiente de papel toalha, sabão e adequação das torneiras.
- Dispensadores de sabão e anti-sépticos: devem ser fixos, laváveis, com reservatório preferencialmente descartável. Caso não seja, deverá ser limpo com água e sabão e desinfetado ao término da solução, ou semanalmente. É contra-indicado o preenchimento do reservatório antes do término da solução, evitando assim a contaminação do produto.

- Porta papel toalha e papel toalha: O porta papel toalha deve ser fechado para proteção do papel toalha de contaminação ambiental, deve ser limpo diariamente com água e sabão, antes da reposição do papel. O papel toalha deve ter boa absorção e não ser encerado, e haver rotina de reposição de maneira que haja sempre disponibilidade do mesmo, para permitir a adesão e a técnica indicada para a higienização das mãos.
- Lixeira: como o papel toalha não é considerado resíduo infectante, o seu descarte pode ser feito em lixeiras abertas, exclusivas para esta finalidade. Mas, se opção se fizer por lixeiras fechadas, as mesmas deverão ter tampas acionadas por pedal.

O *Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings* que teve como autores Boyce; Pittet (2002), traz discussão sobre os produtos utilizados para a higiene de mãos:

- O sabão comum (não antimicrobiano) pode associar-se a considerável irritação e ressecamento da pele, resultando em aumento nas contagens bacterianas da pele e, ocasionalmente, podem tornar-se contaminados, gerando a contaminação das mãos do pessoal com *bacilos* GRAM negativos.

- Álcoois: Ele não está listado na monografia do *Food and Drug Administration* (FDA) como agente aprovado para anti-sepsia geral ou cirúrgica das mãos nos Estados Unidos. Álcoois não são aprovados para o uso quando as mãos estão visivelmente sujas. Quando pequenas quantidades de material proteináceo estão presentes, o etanol ou o isopropanolol pode reduzir contagens bacterianas viáveis nas mãos mais do que o sabão simples ou anti-séptico.

A eficácia dos produtos a base de álcool para higienização das mãos é influenciada por fatores como: o tipo, volume e concentração de álcool usado, o

tempo de contato e se as mãos estão molhadas durante a aplicação. É recomendado que mais estudos sejam desenvolvidos com a finalidade de determinar a eficácia relativa de soluções para enxágüe e géis em reduzir a transmissão de microrganismos associados a assistência à saúde.

Estudos recentes confirmam que produtos a base de álcool, na ausência de sujidade visível ou matéria orgânica são eficazes anti-sépticos. Podem ser utilizados como complemento da higienização das mãos com água e sabão ou substituí-las em ocasiões que esta lavagem for dificultosa ou emergencial (SANTOS, 2000; PITTET; MOURUGA; PERNEGER, 2000; ARMOND, 2001; ALI, 2001; BOYCE; PITTET, 2002; KAWAGOE, 2004).

- Clorexidina: a sua atividade microbiana imediata ocorre mais lentamente que a dos álcoois. Possui boa atividade contra bactérias Gram positivas. Não é esporicida. Sua atividade microbiana é minimamente influenciada pela presença de material orgânico. Possui substancial atividade residual. Produtos contendo gluconato de clorexidina a 4% tem maior probabilidade de causar dermatite quando usado com freqüência para higienização anti-séptica das mãos. Reações alérgicas são incomuns.

- Cloroxilenol: conhecido como paraclorometaxilenol é um composto fenólico que tem sido usado como conservantes em cosméticos e outros produtos e como agente ativo em sabões antimicrobianos. Sua atividade microbiana é pouco influenciada pela presença de matéria orgânica. Não é tão rapidamente ativo quanto o gluconato de clorexidina ou os iodóforos, tendo inclusive menor atividade residual que a clorexidina. O FDA considera possuir dados suficientes para classificar este agente como seguro e efetivo.

- Hexaclorofeno (HXC): é bacteriostático, com boa ação contra o *Staphylococcus aureus* e reage fracamente contra bactérias Gram negativas. Possui atividade residual por várias horas após o uso e, gradualmente reduz as contagens bacterianas por seu efeito cumulativo. Não pode ser utilizado para banho rotineiro em RN, devido ao desenvolvimento de neurotoxicidade. O FDA classifica o HXC como não tendo segurança e efetividade para anti-sepsia de mãos.

- Iodo e iodóforos: os polímeros mais incorporados aos iodóforos são a polivinilpirrolidona e detergentes etoxilados não iônicos. Os iodóforos causam menos irritação da pele e menos reações alérgicas que o iodo, porém mais dermatite de contato que outros anti-sépticos usados para higiene de mãos. O FDA considera agente seguro e efetivo para uso em higienização simples e anti-séptica de mãos.

- Compostos quaternários de amônia: são principalmente bacteriostáticos e fungistáticos, embora sejam microbicidas contra certos microrganismos em altas concentrações. A matéria orgânica influencia a sua atividade microbiana. São bem tolerados. O FDA informa que possui dados insuficientes para classificá-los como seguros e efetivos para uso em higienização de mãos.

- Triclosan: tem sido incorporado a sabões para o uso de profissionais da área da saúde, e pela população. Possui amplo espectro de atividade antimicrobiana. Este composto reduz contagens bacterianas nas mãos após um minuto de higienização. Possui ação persistente na pele. Sua atividade é bastante prejudicada pela matéria orgânica. O FDA considera possuir dados insuficientes para classificar este agente como seguro e efetivo como anti-séptico de mãos.

Apresentamos definições de termos utilizados neste estudo, de acordo com APECIH, 2003:

- Higienização de mãos: Termo genérico aplicável à lavagem simples de mãos, lavagem anti-séptica, fricção de produto anti-séptico ou anti-sepsia cirúrgica de mãos.
- Lavagem de mãos: Lavagem de mãos com sabão comum (não antimicrobiano) e água.
- Sabão comum: Refere-se a detergentes que não contém agentes antimicrobianos ou que os contenha em baixas concentrações, as quais são efetivas apenas como conservantes.

Nesta pesquisa consideramos higienização de mãos em todas as situações em que se utilizou lavagem de mãos com água e sabão, ou então, o uso do álcool glicerinado a 70% ou gel.

3.3 Processo de educação em saúde e adesão à higienização das mãos:

A higienização das mãos consiste em um dos maiores desafios para o controle/prevenção das infecções, devido a sua baixa adesão pelos profissionais da área de saúde.

Estudos mostram que os profissionais possuem baixa adesão a higienização das mãos, justificando esse comportamento por falta de motivação, irresponsabilidade, falta de consciência, pouca importância ao fato da transmissão de microrganismos pela infecção cruzada, ausência de pias próximas ao paciente,

reações cutâneas nas mãos e falta de tempo (SANTOS; SANTOS FILHO, 1988; BALDY et al, 1990, BARROS; NOGUEIRA, 1990; LARSON et al,1991; OPPERMANN; ANAGNOSTOPOULOS; SANTOS, 1994; SANTOS, 2000; O`BOYLE; HENLY; LARSON, 2001; SANTOS, 2003).

Segundo Tiplle et al (2003), devido à baixa adesão dos profissionais de saúde às medidas preventivas, faz-se necessário resolver o problema básico vivenciado por Semmelweis, que envolve condições dos recursos humanos nas instituições de saúde, seu preparo e sua conscientização.

Os profissionais de saúde de cada unidade devem ser estimulados para a elaboração de seus protocolos sobre higienização de mãos, de acordo com a sua própria necessidade. Guias como o do CDC (BOYCE; PITTET, 2002), Portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998a), APECIH (2003) e demais órgãos normatizadores, apresentam orientações que nem sempre são aplicáveis aos profissionais das instituições. Nestes guias, são apresentados as normativas e os resultados do conhecimento elaborados por profissionais com experiência na área, que nem sempre são seguidos por eles. A adesão à higienização de mãos continua sendo baixa, demonstrando que as informações não estão atingindo o seu maior objetivo, que é a mudança de comportamento.

Esta mudança ocorre quando há insatisfação com a situação atual, percepção de alternativas e reconhecimento no âmbito individual e/ou institucional, da habilidade e do potencial para mudança (ERDMANN; LENTZ, 2004; BOYCE; PITTET, 2002).

Vários estudos demonstram a maior eficácia de algumas estratégias de educação continuada para se obter a desejada mudança de comportamento (CARVALHO; LOPES; PELLITTERI, 1988; SANTOS; SANTOS FILHO, 1988;

BARROS; NOGUEIRA, 1990; DUBBERT et al, 1990; LARSON, 1993; OPPERMAN; ANAGNOSTOPOULOS; SANTOS, 1994; BREVIDELLI, ASSAYAG, TURCATO JÚNIOR, 1995; LARSON; KRETZER, 1995; SETO, 1995)

Programas educacionais continuados, como campanhas de higienização de mãos realizadas periodicamente, motivam o pessoal do ambiente de saúde a higienizar as mãos em ocasiões necessárias, e conseqüentemente reduz os índices médios de infecção hospitalar. Mas, a manutenção da adesão se mostra um desafio, pois após algum período, os índices retornam aos patamares anteriores (SETO, 1995; HOFFMANN; CLONTZ, 1996; SANTOS; SANTOS FILHO, 1988, BALDY et al, 1990; OPPERMAN; ANAGNOSTOPOULOS; SANTOS, 1994; KRETZER; LARSON, 1998; FÁZIO JÚNIOR; NOMURA; NOGUEIRA, 2000). O profissional necessita compreender e participar dos programas de educação continuada em sua realidade para que os resultados obtidos sejam duradouros e significativos.

As abordagens pedagógicas utilizadas para promover a adesão às medidas de prevenção e controle de IH não têm sido eficazes, pois visam apenas transmitir as idéias que possam convencer nossos colegas, profissionais de saúde, a respeitar as medidas destinadas a reduzir as infecções hospitalares (BALDY et al, 1990; DUBBERT et al, 1990).

Tendências atuais da pedagogia indicam a metodologia da problematização como sendo uma visão voltada para a transformação social, acreditando que o indivíduo necessita instruir-se e conscientizar-se de seu papel, de seus deveres e de seus direitos na sociedade (BERBEL, 1998).

Segundo Pacheco (1999), a educação dos trabalhadores em saúde deve ocorrer por meio de um processo permanente, que admita o trabalho como eixo do processo educativo, fonte de conhecimento e objeto de transformação, e que

privilegie a participação coletiva e multidisciplinar, permitindo a construção dinâmica do novo conhecimento por meio de investigação, análise da informação e compartilhamento de saberes e experiências.

A educação é um processo inacabado, e, portanto, apresenta uma realidade de constante transformação, havendo necessidade de refletirmos sobre os determinantes dos problemas que nos afetam para favorecer análise com propostas para a superação e transformação destes de forma contínua e permanente, visando o futuro (PACHECO, 1999; BEZERRA, 2003).

A educação para a saúde deve promover estilos de vida saudáveis com controle dos fatores de risco. Os preceitos da educação permanente devem ser utilizados como meio de aumentar a adesão do profissional de saúde nas práticas de controle de infecção desenvolvidas.

Para que a educação ocorra de forma permanente é necessário o aperfeiçoamento constante para que o crescimento e desenvolvimento da pessoa sejam integrais, pois a ação educativa é um processo dinâmico. Desta forma o indivíduo terá como ordenar os seus pensamentos e suas necessidades de maneira inovadora (PACHECO, 1999).

Podemos utilizar estes preceitos para construção da educação permanente na qual o profissional atue como sujeito de sua aprendizagem, mantendo relação com a sua equipe e realidade de trabalho, conscientizando-se de sua participação ativa, responsável, compromissada e motivada na prevenção e controle de infecção.

O saber é essencial ao homem e o desejo de saber é inato. Ele possui a necessidade de construir a compreensão da realidade e sua forma de atuação que irão possibilitar o existir humano (DILLY; JESUS, 1995). Enquanto sujeito da

construção de sua realidade do cuidar em saúde e na relação com o ser cuidado, e com outros cuidadores, o profissional age e modifica esta realidade.

Segundo a autora citada acima, o ensino consiste no processo de construção da aprendizagem obtida pelas relações do sujeito consigo mesmo e com os outros, sofrendo intervenções do contexto social e institucional. Portanto, o homem é sujeito da sua educação, e esta depende da interação com o mundo e com seus pares.

A aprendizagem deve ser relevante para o sujeito, necessitando inclusive de seu envolvimento com idéias, sentimentos, cultura e sociedade, a fim de que ela se torne uma prática social.

De acordo com Abreu; Maseto (1987), para que ocorra a aprendizagem, é fundamental que haja relacionamento com o universo de conhecimentos, experiências e vivências, formulação de problemas e questões que interessem ou envolvam o sujeito, que entrem em confronto experiencial com problemas práticos e relevantes de cunho social, ético e profissional, participação com responsabilidade do processo de aprendizagem e que suscite modificações no comportamento e até na personalidade do aprendiz.

A aprendizagem, quanto mais significativa for, mais duradoura será, tornando-se um instrumento necessário à transformação da prática cotidiana. A modificação de nossos valores, conceitos, auto-estima e comportamento só ocorrerão se o aprendizado for relevante. Deve também ser significativa e pessoal, pois envolve mudança de comportamento, visa objetivos realísticos, deve acompanhar feedback imediato para correções da aprendizagem e ter embasamento em um bom relacionamento interpessoal, para que os objetivos almejados sejam atingidos. (DILLY; JESUS, 1995; ABREU; MASETO, 1987; BERBEL, 1998).

A proposta da educação progressiva e transformadora é necessária para que haja transformação da prática de trabalho. Entretanto, fomos educados nos preceitos da educação tradicionalista, que reflete nas atividades de educação continuada que desempenhamos.

Atualmente, estamos passando por mudanças de paradigmas de um modelo de educação tradicional, no qual os conhecimentos são apresentados de forma acabada para experiências pedagógicas, pontuais, geradas no contexto dos conflitos e das contradições das relações institucionais, voltadas para mudanças de relações e processos, apresentando movimentos mais amplos de transformações (CYRINO; PEREIRA, 2004).

Grande parte dos controladores de infecção segue práticas pedagógicas tradicionais, recomendando que a mudança de comportamento pode ser alcançada, de acordo com informações já previamente detectadas, definidas e projetadas para influenciar os fatores predisponentes, facilitadores e estimuladores, não considerando que a mudança será realmente efetiva, quando o profissional agir de forma ativa como ator principal do processo de construção do seu conhecimento.

Neste estudo, tentamos redirecionar a abordagem educativa e utilizamos para trabalhar a adesão à higienização de mãos, frases e músicas que emergiram dos próprios profissionais, numa construção individual ou coletiva.

O envolvimento dos profissionais, ao construir as paródias, suscitou neles o espírito de investigação e uma reflexão crítica sobre a temática, que contribuiu para que repensassem suas práticas cotidianas.

Acreditamos que, as estratégias construídas pelo grupo resultem em aumento da adesão, pois, segundo Bordenave; Pereira (2004), quando há

participação ativa e diálogo entre os sujeitos de uma relação, o conhecimento será construído de tal forma que ele seja transformador da realidade.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa é uma intervenção não controlada, denominada antes-depois, no qual o indivíduo atua como seu próprio controle. Não há necessidade da formação de um grupo paralelo (PEREIRA,1995; ESCOSTEGUY, 2002).

Utilizamos a UTI neonatal como campo de pesquisa, na qual os profissionais foram observados quanto ao ato da higienização de mãos, antes do processo de intervenção, durante e após as intervenções.

4.1 Local de estudo

Pesquisa desenvolvida em um hospital escola da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Esta instituição é de médio porte, funciona como referência para alto risco na área materno-infantil para todo o Estado de Goiás e demais Estados circunvizinhos, com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

É campo de ensino para residência médica em ginecologia-obstetrícia, pediatria, cirurgia pediátrica e em terapia intensiva infantil. Também é campo de estágio para graduação em Enfermagem, Medicina, Farmácia, Fisioterapia, Serviço Social, Fonoaudiologia e para alunos do nível médio de ensino profissionalizante em enfermagem.

Possui CCIH, responsável pela vigilância das infecções hospitalares, dentre outras atribuições definidas pela Portaria GM/MS 2616 de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998a). A CCIH é composta pela presidente (enfermeira), quatro médicos, três enfermeiras, uma farmacêutica, uma biomédica e o diretor administrativo.

O SCIH é composto pela Coordenadora (enfermeira), um médico infectologista, duas enfermeiras e duas secretárias.

É um hospital que recebeu o título de Amigo da Criança. A presença da mãe junto a seu filho é estimulada. O aleitamento materno e o contato mais próximo objetiva o restabelecimento imediato do RN. A mãe é orientada pela equipe quanto aos cuidados para prevenir a transmissão de infecção hospitalar.

Este hospital possui duas UTI infantis (uma neonatal e uma pediátrica) e uma materna.

A escolha dessa UTI para a realização da pesquisa foi devido aos índices mais elevados de infecção em decorrência da imaturidade do sistema imunológico do RN, procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos, necessários à manutenção da vida, uso em larga escala de antimicrobianos, presença de germes multi-resistentes e uso de técnica incorreta para higienização das mãos, conforme identificado em estudos pretéritos (MENDONÇA et al, 2003).

A UTI neonatal é constituída de nove (09) leitos de internação para atendimento clínico/cirúrgico de RN nascidos no hospital e, também, provenientes de outras instituições.

Sua área física é composta por um posto de enfermagem, área para anotações/prescrições, seis (06) leitos na área principal da unidade e três (03) leitos de isolamento. Demais serviços de apoio são comuns aos demais serviços ou unidades do hospital.

A UTI possui dois (02) lavatórios, destinados exclusivamente para a higienização de mãos, situados na área principal da unidade, o que facilita a higienização de mãos da equipe e também há lavatórios nas três (03) unidades de isolamento.

4.2 População

A equipe multiprofissional da UTI, por turno, é composta por um enfermeiro, quatro técnicos/auxiliares de enfermagem, um médico, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo (só no turno matutino), um enfermeiro e um médico coordenadores. Os RN da UTI neonatal são atendidos também por profissionais que, com alguma regularidade, realizam procedimentos necessários à assistência aos RN, como os técnicos de laboratório, de hemoterapia, de imagenologia e cirurgias pediátricas.

A população constituiu-se de profissionais das equipes que assistem e que foram observados durante o período do estudo e consentiram em participar do mesmo.

Como critérios de inclusão para a participação dos profissionais no estudo, consideramos o trabalho ativo da função nos períodos matutino, vespertino e noturno e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, que foi solicitado após a coleta de dados, sendo garantido o seu anonimato conforme a resolução CNS 196/96 (BRASIL, 1996).

4.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados por dez (10) auxiliares de pesquisa, bolsistas do Programa de Iniciação Científica, efetivos e voluntários (PIBIC/ PIVIC/ CNPq), pertencentes ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Infecção Hospitalar (NEPIH), da Faculdade de Enfermagem (FEN) da Universidade Federal de Goiás (UFG), mediante observação da equipe de profissionais que prestava assistência ao RN.

Essa medida foi necessária, pois a pesquisadora é funcionária da CCIH/SCIH do hospital onde o estudo foi realizado, e a presença da mesma poderia influenciar o comportamento laboral da equipe.

Utilizamos, para observação, um *check list* (apêndice A) estruturado, que foi analisado por especialistas na área e submetido a teste piloto por meio de sua aplicação, em seis (06) profissionais de uma UTI pediátrica do mesmo hospital.

Após o consentimento das coordenadoras de enfermagem e médica da UTI neonatal, os bolsistas/ auxiliares de pesquisa foram introduzidos na unidade pela coordenadora de enfermagem, que os apresentava como estudantes de Enfermagem da UFG, e que realizariam anotações referentes à dinâmica de funcionamento da unidade, por meio de observações da equipe.

Para facilitar e uniformizar a observação dos bolsistas/ auxiliares de pesquisa padronizamos uma lista com os procedimentos realizados na UTI neonatal, que haveria a necessidade do profissional de higienizar suas mãos antes e após a execução destes. São eles: higiene do RN, troca de roupas do RN e das incubadoras, punção venosa/arterial, seções de diálise, manuseio do RN, exame físico, preparo e administração de medicamentos, administração de dietas, procedimentos de fisioterapia e fonoaudiologia e coleta de material biológico para exames laboratoriais, sinais vitais, curativo, sondagens, outros e mais de um procedimento realizado seqüencialmente no paciente.

Todos os *check list* foram avaliados pela pesquisadora no término de cada período de coleta, e as dúvidas sobre as anotações eram esclarecidas junto aos bolsistas.

A coleta de dados transcorreu por seis (06) meses, sendo dois (02) meses iniciais para diagnóstico situacional, os dois (02) meses seguintes corresponderam

ao período de utilização das estratégias de incentivo a higienização de mãos e nos últimos dois (02) meses posteriores.

A CCIH/SCIH divulgou em todo o hospital que, nesse período, ocorreria a campanha anual de higienização de mãos, e as estratégias foram introduzidas igualmente em todas as unidades do hospital.

As observações ocorreram nos três turnos, sendo no período diurno de 06 horas e no noturno de 03 horas (nas horas iniciais do plantão noturno onde há maior ocorrência de procedimentos).

Os bolsistas/auxiliares de pesquisa se posicionavam estrategicamente na UTI neonatal, de forma que facilitasse a observação do profissional que estava realizando o procedimento e só passaria a observar outro após o seu término. As anotações eram realizadas de forma discreta.

Todas as equipes, nos diferentes turnos, foram observadas. No período anterior às intervenções, realizamos um total de 36 horas de observação, quanto à prevalência da higienização das mãos. No período durante e após as intervenções, observamos 72 horas em ambos, totalizando 144 horas.

A escala de trabalho da maioria dos profissionais é de 12/60 por semana (trabalha um dia seguido de duas folgas), e também há escala especial de final de semana.

4.4 Estratégias de intervenção

4.4.1 Paródias com a temática higienização das mãos

As paródias, compostas por profissionais da equipe do hospital, incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, nutricionista, auxiliar de nutrição, técnicos de laboratórios, foram utilizadas em campanhas de higienização das mãos organizadas pela CCIH/SCIH em anos anteriores. Foram escolhidas as músicas vencedoras. Possuem letras e refrões fáceis de serem memorizados, e melodias de boa aceitação popular.

Esta estratégia foi escolhida porque observamos que, em uma campanha de higienização de mãos, os profissionais memorizavam com facilidade as músicas e muitos relataram que, quando lembraram delas, imediatamente higienizavam as mãos e cobravam de seus colegas o mesmo.

As músicas eram cantadas também por profissionais das clínicas da própria instituição. Uma equipe de profissionais da UTI infantil, composta por membros da equipe de enfermagem e da equipe de nutrição formou o Grupo MÃO BELEZA.

Para fins deste estudo, idealizamos a gravação de um CD, que foi efetivado após observação dos aspectos éticos e com o apoio da Rádio Universitária da Universidade Federal de Goiás, gravamos o CD com cinco paródias (apêndice B que nesta apresentação foi inserido na contra capa da dissertação).

Uma acadêmica de Enfermagem da FEN/UFG com formação em música ensaiou os profissionais para a gravação das paródias.

Estas paródias foram divulgadas pelo serviço de radiofonia do hospital, no mínimo de uma vez em cada turno até às 22:00 horas, durante todos os dias da semana, pelos dois (02) meses de intervenção.

4.4.2 Cartazes informativos estilizados

O conhecimento de um estudo sobre Comunicação Visual na Prevenção de Infecções Hospitalares de Londrina/PR (BALDY et al, 1990), nos estimulou à elaboração dos cartazes informativos estilizados. Para a confecção dos cartazes, contamos com a colaboração de um acadêmico de Enfermagem da FEN/UFG, que representou com criação própria aos temas e situações sugeridas pela pesquisadora. Após todos os ajustes foram eleitos, para exposição, dez (10) cartazes (apêndice C).

Os cartazes foram afixados em pontos estratégicos, inclusive no relógio de ponto situado em local de acesso obrigatório a todos profissionais, e nos murais de todas as clínicas, de maneira a não levantar suspeitas de que a realização da pesquisa estaria ocorrendo somente na UTI neonatal.

Na UTI infantil, estes cartazes foram colocados em locais que permitiam a visualização de todos os profissionais.

Fizemos um cronograma para rodízio dos cartazes, que eram transferidos de lugar segundo a mudança de escala da maioria da equipe do hospital, ou seja, a cada quatro dias.

4.4.3 Frases sobre a temática higienização das mãos

Foram escolhidas dez frases elaboradas por profissionais da área da saúde (apêndice D) que atuam no hospital em estudo, para campanhas anteriores de higienização de mãos, promovidas pela CCIH/SCIH do hospital.

Estas frases foram divulgadas de duas formas: pelo serviço de radiofonia, alternadamente com as músicas, no mínimo uma vez em cada turno durante todos os dias da semana, e escritas em cartazes, com cores bastante chamativas, afixados próximos aos cartazes dos desenhos estilizados.

4.5 Tratamento dos dados

Os dados foram tabulados no programa Excel e realizada análise estatística neste programa e no Epiinfo 2000, versão 3.2, sendo apresentado por meio de gráficos e tabelas. O teste estatístico realizado foi o qui-quadrado, considerando o $p < 0,05$.

4.5 Aspectos ético-legais

O projeto de pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital em estudo (anexo A).

Para início do estudo, foi solicitada autorização de livre consentimento do diretor geral do hospital, da chefia de enfermagem, coordenadoras de Enfermagem e médica da UTI neonatal (anexo B).

O consentimento livre e esclarecido dos profissionais da equipe submetida à observação, somente foi solicitado após o término da coleta de dados. Todos os trabalhadores sujeitos à observação foram abordados individualmente pela pesquisadora. Apresentamos o *check list*, deixando-os cientes que, para participação, era necessário a assinatura do termo e, em caso de recusa, as fichas

seriam inutilizadas em sua presença. De setenta e dois (72) profissionais observados, três não consentiram em participar do estudo.

A equipe que compõe o grupo Mão Beleza participou livremente da gravação do CD. Todos os direitos legais para gravação do CD foram averiguados, de acordo com a lei nº 9610/98 (BRASIL, 1998c). O cap. V – das Limitações dos direitos autorais, dispõe em seus artigos 47 e 48, respectivamente:

“São livres as paráfrases e paródias que não forem verdadeiras reproduções da obra originária, nem lhe implicarem em descrédito”.

“As obras situadas permanentemente em logradouros públicos podem ser representadas livremente, por meio de pinturas, desenhos, fotografias e procedimentos audiovisuais”.

Os cartazes estilizados baseados no estudo de BALDY, et al, (1990), teve a Referência Bibliográfica citada em seu corpo, de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas e Técnicas – ABNT, e foram assinados pelo acadêmico que os confeccionou.

5 ANÁLISE DE DADOS

5.1 O contexto de estudo

A UTI neonatal em estudo atende recém-nascidos, em sua maior parte composta por prematuros, geralmente proveniente das regiões Centro Oeste e Norte tendo, a maioria, um longo período de internação, e são submetidos a procedimentos invasivos necessários ao suporte básico da vida, corroborando para aquisição de infecção.

A unidade é composta por nove leitos, sendo seis na sua estrutura principal, um de isolamento e outros dois do tipo quarto privativo. No seu corpo, existem duas pias instaladas nas extremidades. Em cada quarto privativo há uma pia, e no isolamento existem duas pias, uma no seu interior e outra na antecâmara. A Resolução da Diretoria Colegiada 50/ Anvisa, de 21 de fevereiro de 2002, preconiza a obrigatoriedade de um lavatório para cada cinco leitos de não isolamento (BRASIL, 2002).

Esta mesma resolução complementa que, junto às pias/ lavatórios/ lavabos cirúrgicos, devem existir provisão de sabão líquido degermante, além de recursos para secagem de mãos. E ainda, ambientes nos quais os profissionais executam procedimentos invasivos e cuidados a pacientes críticos, há necessidade de provisão, junto às torneiras, de recipientes com anti-sépticos (BRASIL, 2002).

Durante todo o período de coleta de dados, observamos que as pias estavam abastecidas com sabonete líquido e papel toalha, bem como havia a disponibilização de dispensador com anti-séptico. De acordo com a Portaria nº 2616/ MS/ GM de 12 de maio de 1998, a distribuição e a localização de pias para higienização de mãos e a presença de produtos, deve ocorrer de forma que atenda

as necessidades dos diversos ambientes das instituições de saúde, sendo este um dos requisitos fundamentais para que esta prática ocorra (BRASIL, 1998).

Na UTI neonatal em estudo a estrutura física, bem como a disponibilização de recursos materiais, atende a estas normas, o que podemos considerar como fator facilitador a higienização das mãos, uma vez que alguns estudos como os de Grinbaum (2001); Pittet et al (2000); Pittet (2003) recomendam que a estrutura física juntamente com a presença de pias para higienização de mãos, deve ser adequada às necessidades locais, evitando assim justificativas de que a ausência de pia na instituição, localização distante do lugar da assistência ao paciente, e a falta de abastecimento de sabonete líquido e papel toalha, tornem esta medida de controle de infecção prejudicada.

Nesta UTI neonatal, pudemos observar aspectos que revelam a preocupação da CCIH/ SCIH do hospital em estimular o profissional de saúde para a higienização de mãos, pois junto às pias e em uma das paredes de todas as incubadoras existem lembretes sobre a necessidade de prevenir infecção. Há também cartazes afixados sobre técnica de higienização de mãos de fácil acesso aos profissionais de saúde próximos as torneiras das pias, evidenciando que os profissionais possuíam acesso às informações sobre a importância da higienização de mãos.

Outro ponto observado é que nesta UTI neonatal são seguidas as recomendações do programa de humanização adotada pela instituição, o que permite o livre acesso das mães ao seu RN. Elas são devidamente orientadas quanto à importância de higienizar as mãos, já que vão manusear o seu RN, bem como são supervisionadas por um profissional durante a higienização de mãos, garantindo assim a segurança deste processo.

5.2 A equipe de saúde

A equipe de profissionais que integra o quadro permanente interno desta UTI neonatal é composta por 80 (oitenta) profissionais de saúde. Os pacientes ainda contam com a assistência outros profissionais externos pertencentes ao laboratório de análise clínica, banco de sangue, equipe de cirurgiões pediátricos e setor de imagenologia. Dentre o quadro interno e externo de profissionais, 69 (sessenta e nove) foram sujeitos da observação para fins deste estudo, conforme mostra a tabela 1:

Tabela1: Número e porcentagem de profissionais por categorias que foram observados, nos seis meses do estudo. Goiânia – GO. Nov/ 2003 a Maio/ 2004

Categoria profissional	Nº	%
Médicos	15	21,7
Enfermeiros	08	11,6
Técnico/ auxiliar de enfermagem	37	53,6
Técnico/ auxiliar de análise clínica	04	5,7
Fisioterapeuta	02	2,9
Técnico em hemoterapia	01	1,5
Técnico em imagenologia	01	1,5
Fonoaudiólogo	01	1,5
Total	69	100

Esta tabela nos mostra que mais da metade (65,2%) dos profissionais que foram observados na UTI neonatal em estudo pertencem à equipe de Enfermagem. Sabemos que esta equipe oferece assistência ininterrupta aos pacientes, o que vem confirmar o relatado por Gaidzinski (1991), de que na maioria das instituições de saúde do país, a equipe de enfermagem representa, quantitativamente, o percentual mais importante chegando a atingir cerca de 60% nas instituições hospitalares. Este

fato evidencia, também, a importância desta equipe na prevenção e controle das infecções hospitalares.

A equipe médica também corresponde a um percentual significativo e por tratar-se de unidade de tratamento intensivo, sua presença também é contínua.

Não podemos, entretanto, desconsiderar o papel de cada categoria profissional na prevenção e controle das infecções hospitalares, mesmo que possuam menor percentual na participação dos cuidados diários prestados ao paciente, pois a responsabilidade e o compromisso no controle de infecção é de todos.

A unidade em estudo atende parcialmente as exigências da Portaria MS/GM nº 3432 de 12 de agosto de 1998, que estabelece critérios de classificação das Unidades de Tratamento Intensivo. Esta é classificada como UTI Pediátrica do tipo II e quanto ao quantitativo da equipe de saúde, há déficit de médico plantonista exclusivo para até dez pacientes ou fração e também de um técnico/ auxiliar de enfermagem nos três turnos, de acordo com cálculos efetuados em conformidade com os nove leitos existentes.

Para que a assistência ocorra de acordo com o preconizado por princípios científicos é necessário que seja garantido profissionais em quantitativo recomendado, o que vai minimizar a ocorrência de estresse na equipe devido à sobrecarga de trabalho que pode levar a ocorrência de iatrogenias.

O aumento da sobrecarga de trabalho devido à falta de profissionais diminui a frequência de higienização de mãos, sendo inversamente proporcional ao aumento dos cuidados que serão prestados ao paciente (PITTET et al 2000; SANTOS, 2003; PITTET et al, 2001; PITTET, 2003), o que ocasiona elevação dos riscos de transmissão de infecção.

Existem diversos relatos sobre o que deve ser feito para que o controle de infecção seja eficaz, tanto do ponto de vista individual como institucional. Acreditamos que antes da realização de qualquer estudo para avaliação de fatores na melhoria da educação, é necessário, dentre outros determinantes, que a equipe de saúde seja adequada em quantitativo suficiente, evitando o aparecimento de infecções, pois ocorrerá quebra no atendimento aos princípios científicos.

Os gestores necessitam se conscientizar de que a economia na área da saúde deve ser feita por outros caminhos que não o da redução de trabalhadores da equipe. Quando o trabalhador é bem remunerado e tem melhores condições de trabalho, há satisfação no desempenho de suas funções o que ocasionará mais satisfação no atendimento ao usuário e conseqüentemente trará lucro para a instituição. A assistência prestada pelo trabalhador será de melhor qualidade, pois haverá tranquilidade e segurança no desempenho dos procedimentos.

Segundo Pittet (2003) a ocorrência de infecção também é associada à equipe reduzida e superlotação do ambiente, isto porque há diminuição da aquiescência às práticas de higienização de mãos, devido ao relaxamento na atenção básica dos meios de controle de infecção, havendo inclusive reforço nos mecanismos de propagação dos microrganismos, necessidade da realização deste ato em quantidade elevada de vezes em um único turno do dia associado à sobrecarga de trabalho.

Boyce; Pittet (2002), relatam em um estudo realizado sobre as práticas de higiene de mãos em trabalhadores da área de saúde, que em 2834 (duas mil oitocentos e trinta e quatro) oportunidades observadas, que quanto maior a demanda para higiene de mãos, mais baixa era a adesão, sendo esta diminuída em 5% para cada aumento de dez oportunidades por hora. A mais baixa taxa de adesão

foi encontrada em UTI (36%), onde as indicações para higiene de mãos são mais freqüentes.

5.3 Adesão à higienização de mãos

A observação dos profissionais ocorreu nos três turnos totalizando 180 (cento e oitenta) horas. Para fins deste estudo, consideramos apenas os procedimentos que puderam ser observados antes e após a sua execução.

A adesão dos trabalhadores a higienização de mãos por meio da avaliação do impacto da utilização de estratégias de educação continuada foi o objetivo deste estudo. Interessou-nos conhecer a adesão global dos trabalhadores nos períodos que o compôs.

Foi observado o total de 1358 (mil trezentos e cinquenta e oito) procedimentos, que estão explicitados em percentuais quanto à adesão a higienização de mãos antes e depois de sua execução, nos seis meses de observação, conforme podemos observar na tabela 2

Tabela 2: Número e porcentagem da adesão global a higienização de mãos realizada, antes e após a execução de procedimentos nos seis meses do estudo. Goiânia – GO. Nov/ 2003 a Maio/ 2004.

Adesão global	Antes	%	Após	%
Sim	845	62,26	836	61,60
Não	513	37,74	522	38,40
Total	1358	100,00	1358	100

Curiosamente, os percentuais de adesão antes e após a execução de procedimentos, foram semelhantes. Em 62,26% antes e 61,60% depois da realização dos procedimentos desempenhados pelos profissionais houve adesão à higienização de mãos.

Mais da metade dos profissionais aderiram à higienização de mãos, nesta pesquisa. Larson; Kretzer (1995) em estudo desenvolvido em UTI Pediátrica encontrou 57% de adesão a higienização de mãos no desempenho de procedimentos. Valores menores de adesão (47%) também foram descritos por Oppermann; Anagnostopoulos; Santos (1994) ao pesquisar a prevalência de higienização de mãos em UTI.

Mesmo assim, ainda estamos distante do ideal preconizado para evitar a transmissão de infecção hospitalar pela higienização de mãos, que, é de 100% em todas as oportunidades que se fizerem necessárias. A tabela 2 (p. 61) nos mostra um percentual considerável de procedimentos executados pelos profissionais sem a higienização prévia (37,74%) e posterior (38,4%) à sua realização. Neste estudo, em aproximadamente 38% dos procedimentos não ocorreu a adesão à higienização de mãos. Isto nos indica que os cuidados executados pelos profissionais que compõe esse percentual foram considerados de alto risco de transmissibilidade de microrganismos e que poderiam desencadear infecção hospitalar, principalmente em se tratando de recém-nascido, cuja barreira imunológica encontra-se em formação.

O uso do álcool gel ou glicerinado a 70% foi considerado, também, como ato de higienização de mãos neste estudo. Interessou-nos conhecer no percentual de adesão de 62,26% e 61,60%, antes e após a realização de procedimentos respectivamente, a adesão a este produto e obtivemos pequenos percentuais de sua utilização antes (2,6%) e após (1,7%) a execução dos mesmos.

O álcool gel é de fácil uso e manuseio e requer menor tempo do profissional para friccionar o produto em suas mãos. Segundo Pittet (2001), existem razões para se optar pelo uso do álcool, como ótimo espectro antimicrobiano, facilidade do uso devido disponibilização a beira do leito, ação rápida, dentre outros.

Entretanto, mesmo com estas facilidades, os profissionais de saúde desta UTI neonatal em estudo mostraram-se resistentes ao uso.

Em situações de emergência, os profissionais argumentam a não adesão a higiene de mãos devido à falta de tempo e a necessidade de agir com presteza devido à gravidade da situação. Nesta UTI neonatal de acordo com a tabela 5 (p.72) encontramos que 50% dos profissionais que realizam o procedimento de reanimação não higienizam as mãos. Poderiam ter utilizado a opção do álcool gel disponível, evitando a disseminação de microrganismos aos RN e, conseqüentemente, a possível aquisição de infecção hospitalar.

É necessário discutirmos a opção do uso do álcool, seja na fórmula líquida ou gel, de acordo com as concentrações indicadas para higienização de mãos, pois podemos utilizá-las como escolha em momentos de otimização do tempo do profissional, como em situações de emergência, alta demanda, superlotação, em condições de sobrecarga de trabalho ou em outras situações que seja difícil a realização de higiene de mãos com água e sabão na freqüência indicada. Entretanto, não temos evidência em nossa realidade que este uso resultaria em aumento da adesão à higienização das mãos.

Martini (2003) mostrou resistência do grupo de profissionais pesquisados em utilizar o álcool, informando que não acreditam em sua eficácia e que a finalidade maior do uso é promover a hidratação da pele. Relata também que o uso do álcool foi em seu estudo, um incentivo à higiene de mãos com água e sabão, pois deixa a impressão de impregnação de algo desagradável nas mãos.

Kawagoe (2004) desenvolveu pesquisa sobre a eficácia do álcool gel na presença de matéria orgânica. Concluiu que, as três formulações alcoólicas utilizadas em seu estudo, promoveram redução do máximo possível de

microrganismos espalhados na pele das mãos sujas com matéria orgânica, não foi excluído a indicação de higiene de mãos com água e sabão, posteriormente, para remoção mecânica da sujidade.

Mesmo optando pelo uso do álcool, que é um produto que requer menos tempo, é necessário que haja adesão, o que requer a promoção de atividades educativas permanentes e motivacionais para melhora duradoura no uso deste produto nas práticas de higiene de mãos (BOYCE; PITTET, 2002).

Vale considerar que vivemos em país tropical e o hábito higienizar as mãos com água e sabão é consolidado desde a infância. Talvez este seja um dos motivos que justifique a baixa adesão a este produto. Não podemos, simplesmente, importar costumes de países de clima predominantemente frio e onde o uso abundante de água em seus hábitos pessoais parece não ser usual.

Segundo Blom; Lima (1999), a adesão à higienização de mãos exige a mudança de hábitos e sugerem agir precocemente nas Instituições de ensino da área da saúde, direcionando a formação para prevenção e o controle de infecções. O fator mais importante para o sucesso da higienização de mãos é a adesão do profissional ao ato, e ele pode optar pelo uso da água e sabão ou do álcool a 70% glicerinado ou do álcool gel. Quando o profissional de saúde não higieniza as suas mãos ao executar cuidados em todas as situações necessárias, ele está sendo negligente, pois coloca a sua saúde e a de seus pacientes em risco. A disseminação de infecção pelas mãos dos profissionais está intimamente ligada à consciência e atitude de cada um.

As tabelas 3 e 4 (p. 65), mostram a adesão à higienização de mãos antes e após a realização de procedimentos, respectivamente para os períodos anterior, durante e posterior à aplicação de estratégias de incentivo a esta prática.

Tabela 3: Número e porcentagem de higienização de mãos antes da realização de procedimentos nos seis meses do estudo. Goiânia-Go. Nov/ 2003 – Maio/ 2004.

	Antes	%	Durante	%	Depois	%	Total
Higienização antes procedimento	188	22,1	359	42,4	298	35,3	845
Não higienização antes procedimento	126	24,4	189	36,9	198	38,5	513
Total	314		548		496		1358

Tabela 4: Número e porcentagem de higienização de mãos após a realização de procedimentos nos seis meses do estudo. Goiânia-Go. Nov/ 2003 – Maio/ 2004.

	Antes	%	Durante	%	Depois	%	Total
Higienização antes procedimento	172	20,6	363	43,5	299	35,8	834
Não higienização antes procedimento	142	26,9	186	35,3	196	37,6	520
Total	314		549		495		1358

A maior adesão à higienização de mãos ocorreu durante a implementação das estratégias de incentivo, havendo pequena redução no período posterior.

Em um estudo desenvolvido por Conly et al (1989), sobre os efeitos de um programa educacional nas taxas de infecção, foram realizadas observações das práticas de higienização de mãos em quatro ocasiões, de junho a outubro de 1978, antes e após o primeiro programa educacional e novamente em dezembro de 1982 a setembro de 1983, em associação com o segundo programa educacional. Mostraram neste trabalho que programas educacionais projetados para melhorar a prática de lavagem de mãos podem significativamente reduzir as taxas endêmicas de infecção hospitalar, mas eles devem ser continuados, pois perdem seu efeito após algum tempo.

Pittet et al (2000) pesquisaram sete grandes hospitais-escola de Genebra, na Suíça, antes e durante a implementação de campanhas de higiene de mãos. Os profissionais foram observados duas vezes no ano, de dezembro de 1994 a

dezembro de 1997. Foram consideradas as taxas de infecções nosocomiais, as de *Staphylococcus aureus metilino resistentes* (MRSA) e o consumo de anti-séptico para fricção das mãos. Observaram 20.000 (vinte mil) oportunidades de higiene de mãos. Houve um aumento da adesão à higiene de mãos de 48% em 1994 e de 66% em 1997. Durante o mesmo período, as taxas de infecção diminuíram de 16,9% em 1994 para 9,9% em 1998. Houve diminuição da transmissão de MRSA de 2,16% para 0,93% episódios por 10.000 pacientes/ dia em 1994 e 1997. Estes índices demonstraram que a campanha produziu um sustentável aumento da aquiescência a higienização de mãos, coincidindo com redução da infecção nosocomial e da transmissão de MRSA. Para os autores a presença de anti-séptico para fricção nas mãos largamente contribuiu para este aumento da adesão.

Mendonça et al (2003) evidenciaram nesta mesma UTI neonatal em estudo, que quando a CCIH desenvolve periodicamente abordagens junto à equipe de saúde, elucidando a importância da higienização de mãos na prevenção da infecção hospitalar, por meio de estratégias educativas, são obtidos resultados que aumentam a adesão a higienização de mãos.

Outros autores como Pittet et al (2000); Boyce; Pittet (2002) e Raboud et al (2004), reforçam a importância da continuidade dos programas educacionais, para que o seu efeito não seja diminuído, após algum tempo.

Verificamos, portanto, que nosso estudo coincide com estes resultados, sinalizando que a tarefa de promover educação permanente, visando o controle de infecção nos estabelecimentos de saúde, deve ser assumida pelos controladores de infecção ao mesmo tempo em que devemos buscar meios de promover mudanças mais eficazes e duradouras. No nosso ponto de vista, passa pela complexidade da

compreensão do profissional da área da saúde, o “ser humano” que realiza o cuidado.

Já avançamos no conhecimento dos fatores associados à transmissão/ ocorrência das infecções nos estabelecimentos de saúde. Entretanto, permanece o desafio da sua profilaxia e controle. Acreditamos que à adesão a higienização de mãos esteja intimamente relacionada com os aspectos comportamentais de cada indivíduo, pois estes são determinantes da atitude de execução ou não do ato.

De acordo com Starling (2001), as modificações de comportamento podem ser alcançadas seguindo processos educacionais que forneçam informações sobre fatores de risco para uma doença específica ou de forma que reduza o nível de risco para a sua aquisição. Quanto maior a complexidade dos problemas comportamentais, maior será a necessidade de utilização das estratégias educacionais.

O mesmo autor reforça a necessidade de que a mudança de comportamento das pessoas esteja relacionada à duração de algum estímulo oferecido. Sugere que os programas elaborados devem ser projetados com a finalidade de influenciar os fatores predisponentes, facilitadores e estimuladores se quiserem alcançar melhores resultados em longo prazo, na mudança de comportamento.

Segundo Pittet (2004), o conhecimento da motivação implícita nas situações específicas de um dado comportamento do indivíduo é um dos primeiros degraus para se ter projetos mais eficientes sobre as estratégias de intervenção utilizadas para a modificação deste. Ainda complementa que a educação deve ser bem conduzida de forma que seja modificada de acordo com as necessidades.

Por outro lado, as taxas para redução de infecção não devem ser imputadas apenas a campanhas de higienização de mãos, e sim ser associadas a uma somatória de fatores intervenientes, que serão determinantes na definição destas.

Para Brasil (1996) a atuação do indivíduo em determinado ambiente é decorrente de seu psiquismo, independente das informações técnicas obtidas. É regido basicamente pelas leis da harmonização que ocorre em função da sua personalidade compreendendo o campo vivencial, percepção, emoção, inteligência, consciência, moralidade, sexualidade e religiosidade. Considera a aprendizagem com pré-requisito para evolução do ser humano atingindo assim, os níveis mais elevados de harmonização possível.

Para formulação de estratégias educacionais direcionadas a cada grupo específico, é recomendado sua abordagem nos programas educativos de tópicos que analisem fatores predisponentes, facilitadores e estimuladores, referentes à higiene de mãos, como o conhecimento, o impacto e as conseqüências da baixa adesão, a importância do planejamento conjunto de atividades, dentre outros (CONLY et al, 1989; BREVIDELLI et al, 1995; STARLING, 2001).

Lankford et al (2003) relatam a necessidade de empreender esforços para o aumento do comportamento de higiene de mãos baseando-se em fundamentos educacionais e programas motivacionais, para que um mínimo de sucesso prevaleça.

Pittet et al (2000), citam fatores intervenientes que contribuem para o sucesso da adesão à higiene de mãos, como comunicação e educação eficiente, participação ativa no trabalho, feedback entre indivíduo e empresa, fatores

individuais como conhecimento, atitude e facilidades da estrutura física como localização estratégica das pias.

Em estudo desenvolvido por Santos; Santos Filho (1988), sobre a importância da higienização das mãos como meio de redução das infecções hospitalares, do qual participou enfermeiros de sete hospitais gerais e especializados, da rede pública e privada, foram identificados fatores impeditivos para a sistematização deste procedimento, como a falta de treinamento em serviço (27,5%), insuficiência de produtos degermantes (92,62%) e a falta de conhecimento do profissional no controle de infecções cruzadas (23,7%).

O' Boyle; Henly; Larson (2001), realizaram estudo sobre as práticas de higiene de mãos em profissionais de saúde de UTI de quatro hospitais de ensino. O período de estudo foi de julho de 1996 e outubro de 1997. As principais indicações para higiene de mãos observadas foram: antes e após a realização do cuidado, antes de procedimentos invasivos, entre procedimentos sujos e limpos no mesmo paciente, dentre outros aspectos. Algumas constatações foram obtidas e tidas como importantes e intervenientes para que a adesão a esta prática ocorra, como: melhoria das condições ambientais e de trabalho, a busca de alternativas às atividades educativas, como identificação dos índices de adesão e estímulos à higiene de mãos.

Verificamos assim, que mesmo aprendendo lições com teorias comportamentais, considerando os diversos níveis de interação do comportamento e a interdependência de fatores individuais, limitações ambientais e clima institucional para o planejamento estratégico e desenvolvimento de campanhas, até o presente momento, os resultados não são animadores, pois a higienização de mãos continua sendo o maior desafio para o controle de infecções, desde a comprovação, em

1847, por Semmelweis, de sua eficácia, importância e necessidades (BOYCE; PITTET, 2002; FERNANDES, 2004).

Acreditamos que os profissionais utilizaram as informações oferecidas pelas estratégias, e no período das intervenções os estímulos desencadearam a repetição de suas ações, havendo diminuição da adesão no período posterior às mesmas, o que não os levou a conscientizar da necessidade e importância do ato.

Segundo Dilly; Jesus (1995), o homem é marcado pela necessidade de construir a sua compreensão da realidade para definir como deve atuar, pois o mundo está em constante mudança, e os nossos conceitos são sempre modificados. Para que isto ocorra é necessário o desenvolvimento de uma consciência crítica.

Na UTI neonatal em estudo, as estratégias de intervenções foram inovadoras e construídas pelo grupo de profissionais deste hospital, principalmente da própria UTI, e pudemos observar que o comportamento da adesão à higienização de mãos apresentou índices quase semelhantes ao já detectado quando da utilização de abordagens tradicionais. Os fatores que contribuíram para este fato devem ser melhor investigados.

O profissional só transforma a realidade quando ele se transforma. O assunto deve ser significativo para o indivíduo, e também útil para o planeta (BERBEL, 1998). Do ponto de vista do controle de infecção, parece-nos que só conseguiremos avanços a partir do momento que o profissional estiver consciente do problema e da sua influência no meio social. Desta forma poderemos evitar que a negligência, imprudência e imperícia continuem afetando a vida/ saúde dos seres humanos sob sua responsabilidade.

Para Erdmann; Lentz (2004), no mundo atual é preciso “aprender a aprender e compreender”, pois mudanças no processo de saúde só serão possíveis

quando entendermos que o esforço de todos os profissionais de saúde deve ser direcionado ao coletivo. Desta maneira ocorrerá a modificação no seu cotidiano de trabalho.

5.3.1 Aspectos intervenientes para a adesão à higienização de mãos

Buscamos compreender os fatores relacionados à adesão e por meio da aplicação do teste qui-quadrado. Encontramos diferença estatisticamente significativa somente após a execução dos cuidados ($p=0,001$), quando comparamos o período anterior com o durante a aplicação das estratégias de intervenção. Portanto, houve aumento da adesão quando as estratégias de incentivo foram introduzidas, mas predominantemente após a realização dos procedimentos.

Oppermann; Anagnostopoulos; Santos (1994), em estudo desenvolvido em uma UTI, buscaram determinar a adesão à higienização de mãos antes e após a execução de procedimentos. Observaram que os procedimentos invasivos e aqueles que resultaram em grande contaminação das mãos, foram os que obtiveram maior frequência de higiene de mãos, após a execução dos mesmos.

Michels Júnior et al (2002), desenvolveram um estudo em uma UTI geral de oito leitos, o qual foi composto por duas fases. Na primeira, o observador anônimo anotou todas as higienizações de mãos pelos profissionais e, na segunda fase, os funcionários foram orientados por meio de preleção, material escrito e cartazes antes de sua observação. As frequências encontradas após a execução dos procedimentos foram de 17,6% ($p < 0,0001$) entre as duas fases, maior do que a encontrada no momento anterior que foi de 13,7%.

O'Boyle; Henly; Larson (2001); Boyce; Pittet (2002) trazem em suas pesquisas informações que vêm corroborar, juntamente com os autores citados acima, com os achados deste estudo de que a adesão é mais intensa, mediante o estímulo e após a realização de cuidados, evidenciando uma preocupação do profissional em não se expor ao risco de aquisição de doença.

Na tabela 5, relacionamos a adesão à higienização de mãos de acordo com os procedimentos envolvidos, dados que complementam esta análise.

Tabela 5: Número e porcentagem da adesão à higienização das mãos após a realização de procedimentos, no período de seis meses, de acordo com o procedimento executado. Novembro/ 2003 a Maio/ 2004. Goiânia-GO.

Tipos de Procedimentos	Adesão		Total
	Sim (%)	Não (%)	
Preparo de medicamento	52 (89,6)	06 (10,4)	58
Procedimentos de fonoaudiologia	14 (87,5)	02 (12,5)	16
Aspiração orotraqueal e endotraqueal	50 (78,1)	14 (21,9)	64
Sondagem orogástrica	20 (76,9)	06 (23,1)	26
Procedimentos de fisioterapia	58 (75,3)	19 (24,7)	77
Múltiplos procedimentos *	51 (72,9)	19 (27,1)	70
Mudança de decúbito	34 (68,0)	16 (32,0)	50
Realização de Curativo	04 (66,7)	02 (33,3)	06
Higienização de RN	126 (63,6)	02 (36,4)	198
Punção venosa/ arterial	39 (62,9)	23 (37,1)	62
Exame físico	112 (61,5)	70 (38,5)	182
Manuseio do RN	31 (60,8)	20 (39,2)	51
Administração de dieta	92 (55,8)	73 (44,2)	165
Realização de teste glicêmico	34 (51,5)	32 (48,5)	66
Coleta de sangue	17 (51,5)	16 (48,5)	33
Administração de medicamento	75 (50,3)	74 (49,7)	149
Troca de sensor de oxímetro	17 (47,2)	19 (52,8)	36
Reanimação	04 (50,0)	04 (50,0)	08
Realização de pesagem do RN	01 (50,0)	01 (50,0)	02
Administração de oxigênio	01 (50,0)	01 (50,0)	02
Outros procedimentos	06 (16,2)	31 (83,8)	37
Total	838 (61,7)	520 (38,3)	1.358

* Múltiplos procedimentos = realização de vários procedimentos seqüenciais.

Podemos observar, na tabela 5 (p.72), que o procedimento no qual os profissionais mais higienizaram as mãos após a sua execução, foi o preparo de medicamentos, seguido dos procedimentos associados ao risco de contato com secreção, como os procedimentos fonoaudiológicos, pois nestes o profissional entra em contato direto com secreção oral devido à estimulação da sucção do RN, na aspiração, na sondagem orogástrica e nos procedimentos de fisioterapia. Neste último, geralmente é realizada a aspiração da árvore brônquica.

Quanto ao preparo de medicamentos, a higienização de mãos obtida após este procedimento contribuiu para que o profissional diminuísse o seu risco de exposição aos medicamentos. Vale destacar que, antecedendo ao preparo de medicamentos somente em seis (6) oportunidades houve a higienização das mãos, o que é fundamental para a manutenção da técnica asséptica, evitando o risco de contaminação. Nos demais procedimentos com maior frequência de higienização de mãos havia o risco aumentado do profissional entrar em contato com secreções corpóreas.

O'Boyle; Henly; Larson (2001), mediram a adesão às recomendações de higiene de mãos em duas maneiras: observação pela equipe de pesquisadores e relato dos próprios profissionais envolvidos. Foram observados os seguintes resultados da adesão a higienização de mãos: após o cuidado (87%), após o contato com substâncias corpóreas (87%), e em 57% antes de procedimentos invasivos.

Pittet; et al (2000), em um estudo sobre adesão a higienização de mãos, que foi realizado em 48 enfermarias com o total de 964 (novecentos e sessenta e quatro) leitos em dezembro de 1994, no qual foram anotadas as oportunidades potenciais para a higienização de mãos, durante períodos de observação de 20 minutos, distribuídas dia e noite por 14 dias, observaram que a adesão variou de

acordo com o tipo de cuidado realizado. Detectaram adesão de 78% após o cuidado com o paciente, durante o preparo de medicamentos e após cuidado endovenoso. A adesão foi menor em procedimentos com risco aumentado para o paciente como antes do cuidado endovenoso (39%) e antes do cuidado respiratório (18%). Quanto às atividades de médio risco a adesão foi maior nos procedimentos posteriores aos contatos com fluídos corpóreos (62%) e depois de cuidado com feridas (58%).

Oppermann; Anagnostopoulos; Santos (1994), observaram 411 (quatrocentos e onze) procedimentos desempenhados pela equipe de saúde de uma UTI, durante uma semana. Os procedimentos de menor adesão à higiene de mãos foram: 85% nas punções venosas, preparo e administração de medicamentos endovenosos com 76% e 64% no exame físico. A aspiração de vias aéreas foi o procedimento de maior atenção recebida pelos profissionais.

Na UTI neonatal em estudo, de acordo com a tabela 05 (p. 72), os procedimentos de menor adesão foram troca do sensor de oxímetro com 52,8% seguido de reanimação, realização de pesagem e administração de oxigênio ambos com 50%. Com exceção da reanimação, os demais são procedimentos que o risco de exposição a material biológico é quase inexistente, o que talvez não suscite a preocupação da higienização de mãos. Podemos observar também procedimentos como administração de medicamentos (49,7%), coleta de sangue (48,5%) e teste glicêmico (48,5%) que também possui o risco de contato com o sangue, que tiveram percentuais expressivos de não adesão à higiene de mãos, com valores próximos aos encontrados pelos autores citados acima.

Mendonça et al (2003), estudaram adesão a higienização de mãos na UTI neonatal deste estudo, pelo período de quatro semanas com uma média diária de duas horas de observação por turno, perfazendo 124 (cento e vinte e quatro) horas e

tiveram ainda como objetivo observar a higienização de mãos dentro da técnica. Nas trocas de fraldas e na administração de medicamentos por via oral, a frequência de higienização de mãos foi maior após a execução deste procedimento, evidenciando que o hábito ainda está muito relacionado com a presença de sujidade visível. Na aspiração endotraqueal e orotraqueal foi observado a higienização das mãos em 54% das vezes. Entretanto, em 87% das oportunidades, as mãos não foram higienizadas antes das punções para acesso venoso central, sendo uma situação preocupante já que o cirurgião dispensava este ato, pois utilizava luvas esterilizadas.

Concordamos com Dilly; Jesus (1995) de que a aprendizagem só ocorre quando o estímulo recebido convence o indivíduo de que a mudança é necessária. Partindo desta afirmação, acreditamos que o profissional esteja convencido de que a não higienização de mãos após a execução de procedimentos aumente o seu risco de sua aquisição de doenças. O mais preocupante é que o profissional está dando pouca relevância ao risco de transmissão de doenças ao paciente, já que o valor de p , não foi estatisticamente significativo no momento anterior à execução de procedimento.

Segundo estes mesmos autores, a adesão a higienização de mãos é maior devido à percepção do profissional de saúde de que quando existe contato com urina e fezes dos pacientes, haverá a sua contaminação. Acreditam também que a higienização ocorra, devido ao recebimento de informações desde a infância de que as mãos devem ser higienizadas, após a realização de necessidades fisiológicas como defecar e urinar.

O acesso vascular constitui uma importante causa das infecções hospitalares sendo também um procedimento indispensável na moderna prática médica. O risco de infecções locais, sistêmicas e metastática, como abscesso

pulmonar ou cerebral, osteomielite e endoftalmite são muito grandes. Segundo o guia para prevenção de infecção relacionada ao acesso vascular, nos Estados Unidos houve um aumento de 35% da mortalidade relacionado a bacteremia em decorrência da presença do cateter chegando a um custo estimado de US\$ 34.508,00 a 56.000,00 por episódio, sendo que o risco de bacteremia em uma UTI neonatal na faixa de peso ao nascer abaixo de 1000 g é bastante elevada principalmente, em decorrência de fatores relacionados ao sistema imunológico do RN que se encontra em formação (O'GRADY, et al, 2002).

Sendo assim, achamos pertinente avaliar a adesão a higienização de mãos em procedimentos referentes ao acesso vascular, uma vez que o manuseio deste sítio, quando realizado de maneira inadequada, aumenta o risco de infecções e que, ainda, muitos cuidados referentes a acesso vascular estão sob a responsabilidade da equipe de enfermagem.

Dentre os procedimentos observados neste estudo, 244 foram referentes ao acesso vascular, incluindo administração de medicamentos, punção venosa/arterial e coleta de sangue. Em 127 (52,1%), houve adesão a higienização de mãos dos profissionais previamente a execução dos cuidados, o que não ocorreu em 117 (47,9 %) das oportunidades.

Estas informações nos preocupam, porque, infecção de acesso vascular em UTI neonatal trará prejuízos para a saúde do RN gerando inclusive o aumento da morbi-mortalidade, devido principalmente a prematuridade da maioria destes pacientes, que estão mais suscetíveis à aquisição de infecções. Há manuseio excessivo destas crianças pela equipe, inclusive para a instalação freqüente de procedimentos invasivos como cateteres centrais e periféricos, punções venosas/

arteriais devido à necessidade de monitorização sanguínea para correção de eletrólitos e reposição hidroeletrólítica.

Segundo o Guia para prevenção de infecção relacionada ao acesso vascular, a higiene de mãos com soluções alcoólicas ou água e sabão antibacteriano, combinado com técnica asséptica durante a inserção e manuseio do cateter, reduz o risco de infecção, daí a grande necessidade de que os profissionais tenham adesão a esta recomendação (O'GRADY et al, 2002).

Outro aspecto importante a ser ressaltado nesta UTI neonatal é a freqüência de higienização de mãos de acordo com as categorias profissionais. Como adesão global, encontramos nos seis meses de estudo os seguintes percentuais de adesão a esta prática que foi o fisioterapeuta com 77,7%, seguidos de 75,9% da equipe médica, 74,3% do enfermeiro, 57,2% do técnico/ auxiliar de enfermagem, 50% do fonoaudiólogo e por último 32,4% dos técnicos de laboratório.

A maior adesão nesta UTI neonatal foi a dos fisioterapeutas, conforme o encontrado por Opperman; Anagnostopoulos; Santos (1994) que por ordem decrescente, listou as equipes que mais aderiram a prática da higienização de mãos antes e depois da realização de procedimentos que foram: os fisioterapeutas com 91%, seguidos pelos auxiliares de enfermagem com 52,8%, enfermeiros (50,9%) e médicos (18,5%).

Achamos pertinente considerar a adesão a higienização de mãos das categorias profissionais, considerando os períodos antes, durante e após a aplicação de estratégias de incentivo, conforme podemos observar na tabela na tabela 6 (p. 78).

Tabela 6: Número e porcentagem da adesão à higienização de mãos por categoria profissional, no período de seis meses do estudo. Novembro/ 2003 a Maio/ 2004. Goiânia-GO.

CATEGORIA PROFISSIONAL	ANTES			DURANTE			APÓS			TOTAL
	SIM	NÃO	TOTAL	SIM	NÃO	TOTAL	SIM	NÃO	TOTAL	
	(%)	(%)		(%)	(%)		(%)	(%)		
Fonoaudiólogo	-	04 (100)	04	04 (57,1)	03 (42,9)	07	03 (100)	-	03	14
Enfermeiro	21 (91,3)	02 (8,7)	23	45 (72,6)	17 (27,4)	62	24 (66,7)	12 (33,3)	36	121
Fisioterapeuta	25 (73,5)	09 (26,5)	34	32 (78,0)	09 (22,2)	41	27 (81,8)	06 (18,2)	33	108
Médico	21 (63,6)	12 (36,4)	33	49 (81,7)	11 (18,3)	60	53 (76,8)	16 (23,2)	69	162
Técnico análise clínica	03 (23,1)	10 (76,9)	13	03 (30,0)	07 (70,0)	10	06 (42,9)	08 (57,1)	14	37
Técnico/Auxiliar de enfermagem	111 (53,1)	98 (46,9)	209	230 (62,0)	141 (38,0)	371	180 (54,5)	150 (45,5)	330	910
Técnico Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	01 (50,0)	01 (50,0)	02	02
Técnico Imagemologia	-	-	-	04 (100)	-	04	-	-	-	04
TOTAL	181	135	316	367	188	555	294	193	487	1.358

As categorias de nível superior obtiveram maior adesão a higienização de mãos. Quanto a adesão dos enfermeiros, à higienização de mãos, no período durante as estratégias de incentivo foi menor do que a encontrada nos dois meses anteriores ao incentivo. Esta adesão foi maior do que a obtida na revisão bibliográfica de Larson; Kretzer (1995) no qual acessaram os dados obtidos no *Medline* no período de 1984-1994, somente de textos na língua inglesa, utilizando palavras chave como conhecimento, atitude, lavagem de mãos dentre outros e

encontraram taxas de higienização de mãos de 49% nesta categoria e nas outras categorias profissionais de 26%.

Em estudo realizado por Carvalho; Lopes; Pelliteri (1988) detectaram que 32% da equipe de enfermagem, não realizaram a higienização de mãos antes da execução dos procedimentos e 49 % não o fizeram após.

Vale ressaltar os índices de adesão da categoria de médicos neste estudo, conforme podemos observar na tabela 6 (p.78), são maiores que o encontrado em outros estudos como o de Albert; Condie (1981) relatando que os médicos higienizaram as mãos com menor frequência do que as enfermeiras. Dados semelhantes foram relatados por Larson et al (1991), ao investigar o efeito do uso de pias automáticas para higienização de mãos, sendo observados cinquenta e cinco (55) indivíduos por trinta e duas horas na semana com melhor adesão das enfermeiras em relação aos médicos. Michels Júnior et al (2002), ao avaliar a eficácia de método educativo na rotina de higienizar as mãos em UTI, identificou a adesão geralmente baixa, particularmente entre médicos.

Carvalho; Lopes; Pelliteri (1988) encontraram que 16% dos médicos, não realizavam a higienização de mãos antes da realização dos procedimentos e 56% não aderiram após a realização. Na UTI neonatal em estudo, os valores de não adesão antes e após o período da aplicação das estratégias de incentivo foram de 36,4% e após a realização de procedimentos índices de 23,2%, superiores ao relatado por estes autores.

Mendonça et al (2003), desenvolveram pesquisa nesta mesma UTI neonatal em estudo e encontraram 100% de adesão a higienização das mãos dos profissionais da equipe de enfermagem, fonoaudiologia e fisioterapia. Infelizmente,

por outro lado, verificaram que os técnicos em hemoterapia, em nenhuma das vezes observada, higienizaram as mãos.

Estes autores citados acima, também apresentaram os percentuais encontrados na categoria de técnicos de laboratório que foi de 12,1%, sendo que na UTI neonatal atualmente, os índices detectados também foram baixos e embora tenham apresentado um leve aumento da adesão no período posterior às estratégias de incentivo, foi a categoria que apresentou menor adesão.

Faz-se necessário a realização de mais estudos com os técnicos de laboratório, com enfoque na compreensão da pouca importância dada ao mundo dos microrganismos, pois eles possuem maior acesso ao microscópio do que outros profissionais, em decorrência do seu exercício profissional.

Segundo Grinbaum (2001) e Pittet et al (2000), devido à multiplicidade de fatores intervenientes, mesmo se resolvidos, não conseguiríamos fazer com que 100% dos profissionais higienizassem suas mãos. Mas, não poderíamos deixar de ressaltar que apesar de existir apenas um fonoaudiólogo sua adesão a higienização de mãos passou do percentual zero observado no período anterior as estratégias para uma frequência de 57,1% no período durante as estratégias de incentivo e alcançou o ideal (100%) no período posterior.

Com o teste qui-quadrado para análise do comportamento da adesão de uma mesma categoria ao longo do estudo, encontramos que entre os auxiliares/ técnicos de enfermagem houve maior adesão a higienização de mãos após a execução dos procedimentos durante ($p=0,02$) e após ($p=0,03$) a aplicação das estratégias de incentivo. Para as demais categorias profissionais observadas não houve diferença significativa considerando os períodos analisados.

Ainda em relação a essa categoria profissional comparando o período anterior com durante as intervenções, as estratégias promoveram melhora na adesão à higiene de mãos após a execução dos procedimentos. Podemos observar também que esta adesão manteve-se no período durante com após as estratégias de incentivo.

Estes dados são relevantes já que esta categoria profissional é a de maior quantitativo nesta UTI, de acordo com a tabela 1 (p.58), e também a que mais manuseia os pacientes devido o número de cuidados desempenhados, conforme observamos na tabela 2 (p. 61). Entretanto, o momento da adesão, após a execução de procedimentos, confirma a preocupação dos trabalhadores na proteção de sua saúde evitando, que ele venha a adquirir a infecção.

O turno de trabalho também foi pesquisado, pois em uma unidade de terapia intensiva a equipe da área de saúde está presente vinte e quatro horas prestando cuidados aos pacientes. Estes cuidados, como higiene do RN, realização de pesagem, dentre outros, são realizados em sua maioria pela equipe de enfermagem, mais especificamente pelos técnicos/ auxiliares de enfermagem.

Achamos necessário pesquisar o comportamento da adesão dos profissionais, ao longo do estudo, considerando o turno e obtivemos que no período matutino 40,5% dos profissionais apresentaram maior frequência na adesão a higienização de mãos na realização de procedimentos, seguidos do turno vespertino (34,1%) e noturno (25,4%).

Mendonça et al (2003), também encontraram que os profissionais do turno matutino aderiram mais a higienização das mãos, seguidos do turno vespertino com 20,2% e noturno que corroborou com 22%. Concordamos com estes autores quando afirmam que a baixa adesão dos profissionais do noturno deveu-se à sua pouca

participação em palestras referentes ao assunto, sendo necessário intensificar as ações de educação permanente para a equipe deste turno.

Por outro lado, a realização de grande parte dos procedimentos ocorre no período matutino como os procedimentos executados pela enfermagem, exames laboratoriais, exame físico, condutas fisioterapêuticas e fonoaudiológicas, dentre outros. Sendo assim, estes fatores contribuíram para que a maior frequência de higiene de mãos ocorresse neste período. Durante o noturno, o quantitativo de procedimentos é menor e os profissionais atuam mais no atendimento das intercorrências ficando o desenvolvimento de procedimentos para o matutino.

6 CONCLUSÃO

Esta pesquisa sobre a adesão da equipe de saúde à higienização de mãos nos permite concluir que, na UTI neonatal em estudo:

- o espaço físico, a disponibilização de pias com sabão líquido, papel toalha e anti-séptico da unidade estudada, encontram-se dentro das recomendações.
- a equipe de profissionais que integram o quadro permanente apresenta déficit de um médico plantonista, exclusivo para dez pacientes ou fração, assim como há ausência de um técnico/auxiliar de enfermagem nos três turnos, de acordo com cálculos efetuados em conformidade com os nove leitos existentes.
- na adesão global a higienização de mãos, encontramos percentuais semelhantes antes e após a realização dos procedimentos, respectivamente 62,26% e 61,60%.
- a utilização de álcool gel ou o glicerinado, também considerado neste estudo para higienização de mãos, apresentou baixos percentuais de adesão, sendo 2,6% antes e 1,7% após a execução dos procedimentos.
- houve aumento da adesão a higienização de mãos durante e após as estratégias de incentivo, com pequena redução no período posterior.

- no conjunto de procedimentos observados, os profissionais apresentaram maior adesão à higienização das mãos após a execução dos procedimentos durante a aplicação das estratégias de incentivo ($p=0,001$) quando comparado aos outros dois períodos analisados (anterior e posterior).
- a categoria profissional auxiliares/ técnicos de enfermagem apresentou maior adesão à higienização de mãos após a execução dos procedimentos durante ($p=0,02$) e após ($p=0,03$) a aplicação das estratégias de incentivo. Para as demais categorias profissionais observadas não houve diferença significativa considerando os períodos analisados.
- os procedimentos com maior frequência de adesão foram: preparo de medicamentos (89,6%), procedimentos de fonoaudiologia (87,5%), aspiração orotraqueal e endotraqueal(76,9%), passagem de sonda orogástrica (78,1%) e procedimentos de fisioterapia (75,3%). Os quatro últimos procedimentos aumentam o risco do profissional em ter contato com sangue e secreções.
- os procedimentos com menor frequência de adesão foram: troca de sensor de oxímetro (52,8%), reanimação, realização de pesagem e administração de oxigênio com 50%, seguidos da administração de medicamentos (49,7%). O profissional, em todos os procedimentos, exceto da reanimação possui um risco pequeno de contato com sangue e secreções.

- foram observados um total de 244 procedimentos relacionados ao manuseio do acesso vascular e destes em 127 (52%) houve adesão prévia à higienização de mãos o que não ocorreu em 117 (48%) oportunidades.
- quanto às categorias profissionais obtivemos os seguintes índices globais de adesão: fisioterapeuta (77,7%), médico (75,9%), enfermeiro (74,3%), técnico/ auxiliar de enfermagem (57,2%), fonoaudiólogo (50%) e técnico de laboratório (32,4%).
- quanto aos profissionais de nível superior observamos, nos seis meses de utilização das estratégias de incentivo que:
 - entre os enfermeiros, houve diminuição na adesão nos períodos durante e após;
 - entre os médicos, houve melhora na adesão nos períodos durante e após;
 - houve melhora na adesão a higienização de mãos, no período após introdução das estratégias de incentivo, dos profissionais fisioterapeutas, técnicos de laboratório e fonoaudiólogo, sendo que a última apresentou 100% de adesão neste período.
 - entre os técnicos/auxiliares de enfermagem, houve pequena melhora no período durante;
- o uso do álcool glicerinado a 70% ou gel, também foi considerado neste estudo e encontramos uma baixa utilização antes (2,6%) e após (1,7%) a execução dos procedimentos,
- houve maior adesão no turno matutino (40,5%), seguido pelo vespertino (34,1%) e noturno (25,4%).

Dentre todos os achados deste estudo ressaltamos o aumento da adesão da categoria de técnico/ auxiliar de enfermagem na higienização de mãos. É um dado fundamental para o controle de infecção, pois esta equipe é a que corrobora com o maior tempo na prestação dos cuidados aos pacientes, só que encontramos diferença estatisticamente significativa somente após a execução dos procedimentos, o que evidencia a preocupação deste profissional na proteção da sua saúde em detrimento a do paciente.

7 CONSIDERAÇÕES

A adesão à higienização de mãos é um dos maiores desafios dos controladores de infecção, uma vez que mais de 80% das infecções hospitalares exógenas, são prevenidas com este ato. Já se passaram quase 159 anos desde que Semmelweis instituiu a lavagem de mãos com uma solução de água clorada, para uso dos profissionais de saúde que fossem prestar assistência aos pacientes. Apesar de leis, portarias, eventos diversos na área e ação dos controladores de infecção, ainda permanece a resistência de grande parte dos profissionais em não higienizá-las.

Como enfermeira da área de controle de infecção observo, na prática, que uma parte considerável de profissionais não higienizam suas mãos, o que contribui para a disseminação de microrganismos, potencializando o risco da ocorrência de infecção nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde hospitalar trazendo, como conseqüências, aumento do tempo de hospitalização, uso de antimicrobianos de amplo espectro, elevação dos custos para a instituição e até mesmo o óbito.

A CCIH/ SCIH desta instituição periodicamente realiza campanhas de incentivo à higienização de mãos, quando observamos aumento da adesão pelos profissionais com posterior declínio. Partindo deste princípio, empreendemos desenvolver esta pesquisa utilizando diferentes estratégias elaboradas pelo grupo de profissionais envolvidos diretamente com a assistência.

Infelizmente, os resultados não foram tão animadores. Chegamos à conclusão de que os índices encontrados foram semelhantes aos detectados quando do uso de estratégias tradicionais, sinalizando-nos que as estratégias

implementadas não os levaram a reflexão crítica que resultasse em mudança de comportamento.

O caminho na realização deste estudo, bem como as suas conclusões, levou-nos à necessidade de repensarmos a nossa forma de abordagem dos profissionais, enquanto facilitadores do controle de infecção, nos processos de educação permanente, visando a profilaxia e controle das infecções nos estabelecimentos assistenciais de saúde. Parece-nos necessário uma mudança no nosso foco, do olhar obcecado para a ação esperada, a lavagem das mãos, por exemplo, para o autor da ação, o profissional da saúde, o ser humano com suas crenças, valores e princípios.

Ao mesmo tempo, as instituições devem oferecer melhores condições de trabalho, incluindo o fornecimento de materiais de boa qualidade e em quantitativo necessário, garantia do número suficiente de profissionais para atendimento aos pacientes priorizando a sua remuneração, evitando a superlotação, dentre outros aspectos.

Esperamos que este estudo ofereça subsídios para outros que possam desvelar caminhos que levem o profissional a desempenhar suas atividades laborais com consciência, responsabilidade, e que eles realmente acreditem que a não adesão a higienização de mãos resulta em transtornos à saúde pública.

REFERÊNCIAS :

ARMOND, G. A. Técnica de Lavação de Mãos. In: MARTINS, M. A. **Manual de infecção hospitalar, epidemiologia, prevenção e controle**. 2ª edição, Minas Gerais: Medsi, 2001, p. 136 – 324.

ABREU, M. C. de; MASETTO, M. T. **O Professor universitário em sala de aula**. 6ª ed, São Paulo: MG editores associados, 1987, 130 p.

ALI, Y. et al, Alcohols. In: BLOCK, S. S. **Disinfection, Sterilization and Preservation**. 5ª ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins, 2001, p.229 – 253

ALBERT, R. K.; CONDIE, F. Hand-washing patterns in medical intensive-care units. **New England journal of Medicine**. vol. 304, nº 23, p. 1465-1981, jun, 1981.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. **Precauções e Isolamento**. São Paulo: APECIH, 1999. 52 p.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. **Guia para higiene de mãos em serviços de assistência à saúde**. São Paulo: APECIH, 2003. 82 p.

ATHAYDE, A. Interface entre Setores Ajuda a Diminuir Risco de Contaminação Hospitalar. **Revista Controle de Contaminação**, São Paulo, ano 04, nº 18, p. 14-20, jul./ago, 2000.

BARTZOKAS, C. A.; SLADE, P. D. Motivation to comply with infection control procedures. **J. Hosp. Infect.**, 18, Suppl. A, p. 508-514, 1991.

BALDY, J. L. da S., et al. Comunicação visual na prevenção de infecções hospitalares: um estudo realizado no centro de terapia intensiva do hospital evangélico de Londrina. **Rev. Ass. Médica Brasil**, Paraná, nº 3/4, p. 144-149, jul./dez, 1990.

BARROS, R. de C. N.; NOGUEIRA, R. A. A equipe de saúde e a lavagem das mãos no controle das infecções hospitalares. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, nº 1/2/3, p. 64-70, jan/dez, 1990

BEZERRA, A. Q. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. São Paulo: Martinari e Lemar, 2003, 111p.

BERBEL, N. A. **A metodologia da problematização: experiências com questões do ensino superior**. Londrina: ed. UEL, 1998, p. 35-49.

BOYCE, J. M.; PITTET, D. Guideline for hygiene in health – care settings. Recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force. **CDC**. Oct., vol. 51 nº RR-16. 2002, 46p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 196** de 24 de junho de 1983. Normas sobre o controle de infecção hospitalar, Brasília, 1983.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 930** de 27 de agosto de 1992. Normas sobre o controle de infecção hospitalar, Brasília, 1992.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96** – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998. Normas para o programa de controle de infecção hospitalar. **D.O.U.**, 13 de maio de 1998a.

BRASIL, Lei nº 3432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo. **D.O.U.**, 13 de junho de 1998b.

BRASIL, Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. **D.O.U.**, DF, 19 de fev. 1998c.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **D.O. U.** 21 de fevereiro de 2002.

BRASIL, M. A S. **Da teoria psicoterapêutica esotérica**. Belo Horizonte: CENPE, 1996.

BREVIDELLI, M. M; ASSAYAG, R. E; JÚNIOR, G.T. Adesão às precauções universais: uma análise do comportamento de equipe de enfermagem. **Rev. Bras. Enf**, Brasília, v. 48, nº 03, p. 218-232, jul. /ago. /set. 1995.

BORDENAVE, J. D; PEREIRA, A M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 25ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2004. 312 p.

BLOM, B. C; LIMA, S. L. Lavagem das mãos. In: COUTO, R. C, et al. **Infecção hospitalar: epidemiologia e controle**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999, p.357-368.

CARVALHO, M. de; LOPES, J. M de A.; PELLITERI, M. Padrão de lavagem de mãos em uma UTI neonatal, **J. Ped**, São Paulo, vol. 64, nº 11/12, p. 468-470, 1988,

CALIL, R. **Diagnóstico das infecções hospitalares em recém-nascido**. In: APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Diagnóstico e Prevenção de Infecção Hospitalar em Neonatologia. São Paulo, 2002, p. 29-59.

CYRINO; E. G.; PEREIRA, M. L. T. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizagem por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol 20, nº 03, p. 780-788, maio-jun, 2004.

COOL, C.; SOLÉ, I. **Os professores e a concepção construtivista na sala de aula**. São Paulo: Ática, 1996, p. 09 a 28.

CONLY, J .M., et al. Handwashing practices in an intensive care unit: the effects of an educational program and its relationship to infection rates. **Am. J. Infect. Control**, vol.17,nº 06, p. 330-339, dez, 1989.

DILLY, C. M. L.; JESUS, M. C. P. **Processo Educativo em Enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional**. São Paulo: Rose Editorial, 1995, p. 19-31.

DONOWITZ, L. G. **Infection in the newborn**. In: WENZEL, R. P. Prevention and Control of Nosocomial Infections. 2ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993, p. 796-810.

DUBBERT, P. M., et al. Increasing ICU Staff Handwashing: Effects of Education and Group Feedback. **Infect. Control. Hosp. Epidemiol.** vol. 11, nº 04, p. 191-193, 1990.

ESCOSTEGUY, C. C. **Estudos de Intervenção**. In: MEDRONHO, R. A. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 151-160.

ERDMANN, A. L; LENTZ, R. A. Conhecimentos e práticas de cuidados mais livres de riscos de infecções hospitalares e o processo de aprendizagem contínua no trabalho em saúde. **Texto Contexto Enferm.** 13 (n. esp): 34-39, 2004.

FÁZIO JÚNIOR, J.; NOMURA, Y; NOGUEIRA, P. R. de C. et al. Infecção Neonatal. In: FERNANDES et al. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 621-645

FERNANDES, A. T. A Medicina e as Bases da Civilização Ocidental. In: FERNANDES, A. T., et al. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000a, p. 25-55.

_____. A Arte de Curar nos Primórdios da Civilização. In: FERNANDES, A. T., et al. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000b, p. 08-24.

_____. Infecção Neonatal. In: FERNANDES, A. T., et al. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000c, p. 621-645.

_____. Semmelweis: uma história para reflexão. Capturado em <<http://www.ccih.med.br/semmelweis.htm>> . Acesso em 08 de janeiro de 2004.

FERNANDES, A. T., RIBEIRO FILHO, N., BARROSO, E. A. R. Conceito, Cadeia Epidemiológica das Infecções Hospitalares e Avaliação Custo-Benefício das Medidas de Controle. In: FERNANDES, A. T., et al. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000, p. 215-265.

GRINBAUM, R. S. Infecciones Hospitalarias, patógenos resistentes y estrategias de controle. **Rev. IDCP** – suplemento, Buenos Aires, ago, p. 17-23, 2000.

GRINBAUM, R. S. UTI: Controle de infecção é um grande desafio, **Rev. IDCP**, mai./jun., ano IV, nº 16, p. 3-7, 2001.

GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: KURCGANT, P. **Administração em Enfermagem**. EPU editora: São Paulo, 1991, p. 91-96.

GOLDMANN, D. A.; LECLAIR, J. M. A. A bacterial colonization of neonates admitted to intensive care environment. **J. Pediatric**, nº 93, p. 288-293, 1978.

HOFFMANN, K. K.; CLONTZ, E. P. Education of health care workers in the prevention of nosocomial infections. In: MAYHALL, C. G. **Hospital Epidemiology and Infection Control**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996, p. 1086 – 1093.

KAWAGOE, J. Y. **Higiene das mãos: comparação da eficácia antimicrobiana do álcool – formulação gel e líquida – nas mãos com matéria orgânica**. São Paulo, 2004. p. 119. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, p. 110.

KONKEWICZ, L. R. Definição de Infecção Hospitalar em Neonatologia. In: APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. **Diagnóstico e Prevenção de Infecção Hospitalar em Neonatologia**. São Paulo, 2002, p. 01-19.

KRETZER, E. K.; LARSON, E., Behavioral Interventions to Improve Infection Control Practices. **American Journal of Infect Control**, vol. 26 (3), p. 245-253, jun, 1998.

LARSON, E., et al. Effect an Automated Sink on Handwashing Practices and Attitudes in High-Risk Units. **Infect. Control Hosp. Epidemiol.**, p. 422-427, jul., 1991.

LARSON, E.; KRETZER, E. K. Complicance with handwashing and Barrier Precautions. **Journal of Hosp. Infect.**, nº 30 (suplement), p. 88-106, 1995.

LARSON, E. Skin Cleansing. In: WENZEL, R. P. **Prevention and Control of Nosocomial Infections**. 2ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993, p. 450-459.

LARSON, E. L., et al. A multifaceted approach to changing handwashing behavior. **Am J. Infect Control**, vol. 25 (1), p. 03-10, fev, 1997.

LANKFORD, M. G., et al. Influence of Role Models Hospital Design on Hand Hygiene of Healthcare Workers. **Emerg. Infect Dis** (serial on-line), disponível em URL: <<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/v.09.htm>>. Acesso em: 02 de fev, 2003.

LACERDA, R. A. Infecção hospitalar e sua relação com a evolução das práticas de assistência em saúde. In: LACERDA, R. A. **Controle de Infecção em Centro Cirúrgico – Fatos, Mitos e Controvérsias**. São Paulo: Atheneu, 2003, p. 09-23.

MARTINS, M. A. Aspectos Históricos Gerais. In: MARTINS, M. A. **Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle**. 2ª ed. Belo Horizonte - MG: Medsi, 2001, p. 03-10.

MARTINI, A. C. **Lavagem das mãos no olhar de trabalhadores de enfermagem**. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre - RS, 2003. 116p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MICHELS JÚNIOR, V., et al. Avaliação da eficácia de um método educativo na rotina de lavar as mãos em UTI. **RBTI**, vol. 14, nº 02, p. 52-54, abr/junho, 2002.

MOORE, D. L. Nosocomial infections in newborn nurseries and neonatal intensive care units. In: MAYHALL, C. G. **Hospital epidemiology and infection control**. 2ª ed. Baltimore: Willians & Wilkins, 1996, p. 535-564.

MENDONÇA, A. P., et al. Lavagem das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Acta Scientiarum**, Maringá-PR, v. 25, nº 02, p. 147-153, 2003.

ONRUBIA, J. Ensinar: criar zonas de desenvolvimento proximal e nelas intervir. In: COOL, C., et al. **O Construtivismo na sala de aula**. São Paulo: Ática, 1996, p. 123-151.

OPPERMANN, C, M; ANAGNOSTOPOULOS, F.; SANTOS, M.L. M et al. Hábito de lavagem das mãos: estudo de prevalência em uma unidade de trauma. **Rev. do HPS**, Porto Alegre, nº 40, p. 27-31. dez.,1994

O'BOYLE, C. A.; HENLY, S. J.; LARSON, E. Understanding adherence to hand hygiene Recommendations: The Theory of Planned Behavior. **AJIC**, vol. 29, nº 06, p. 352-360, dec., 2001.

O'GRADY, N. P, et al. Guidelines for prevention of intravascular catete-related infection. Centers for Disease Control and Prevention.- **CDC**, MMWR, vol. 51 nº RR-10, August, 2002, 32 p.

OLIVEIRA, L. A. de. Infecções neonatais – sepse neonatal. In: **Manual de Infecção Hospitalar – Prevenção, Epidemiologia e Controle**, 2ª ed. Belo Horizonte – MG: Medsi,2001, p. 224-236.

OLIVEIRA, L. A. de, et al. Prevenção e controle de infecção hospitalar em neonatologia. In: **Manual de Infecção Hospitalar – Prevenção, Epidemiologia e Controle**. 2ª ed. Belo Horizonte – MG: Medsi, 2001, p. 391-408.

PACHECO, H. A. **Educación permanente para el sector salud**. Colombia, Postergraph, p. 07-139,1999.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia, teoria e prática**. São Paulo: Guanabara Koogan, 1995, p. 388-390.

PITTET, D., et al. Effectiveness of a hospital - wide programme to improve compliance with hand hygiene. **The Lancet**, vol. 356, p. 1307-1312, oct.,2000.

PITTET, D; MOURUGA, P; PERNEGER, T.V. Aderência de Lavagem de Mãos em um Hospital – Escola. Tradução Marta Maria Galli; Mataloun, B. **Rev. Correios da SBP**, São Paulo, ano 06, p. 1-2, jul./ago./set., 2000.

PITTET, D. Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. **Emerging infections diseases**, vol. 7, nº 2, p. 234-240, march-april, 2001.

PITTET, D. Hand hygiene: improved instandards and practice for hospital care. **Curr. Opin Infect. Dis**, vol. 16, nº 04, p. 327-335, ago., 2003.

PITTET, D., et al. The lowburry lecture: behavior in infection control. **Journal of Hospital Infection**, vol. 58, 2004, p. 1-13.

RABOUD, J., et al. Patterns of hanwashing behavior and visits to patients on a general medical ward of healthcare workers. **Infection Control and Hospital Epidemiology**. Vol.25, nº 3, p. 198 – 202, Mar, 2004.

RAMOS, S. R. T. S. Investigações e controle de surtos. In: APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. **Diagnóstico e Prevenção de Infecção Hospitalar em Neonatologia**. São Paulo, p. 137-146, 2002.

REZENDE, E. M. Vigilância epidemiológica aplicada ao controle de infecções hospitalares. In: OLIVEIRA, et al. **Infecções Hospitalares – abordagem, prevenção e controle**, Rio de Janeiro: Medsi, 1998, p. 09-23.

RESUTO, T. de J. O. **A prática da lavagem/ higienização das mãos pela equipe de enfermagem de um centro de terapia intensiva de um hospital universitário do interior paulista**. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto - SP, 2001. 104p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

RICHTMANN, R. Cadeia Epidemiológica da Infecção Neonatal. In: APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. **Diagnóstico e Prevenção de Infecção Hospitalar em Neonatologia**. São Paulo, 2002, p. 20-28.

RODRIGUES, E. A. C. Histórico das Infecções Hospitalares. In: RODRIGUES, et al. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997, p. 3-27.

SANTOS, A. M. dos. A importância da higienização das mãos. **Rev. Meio de Cultura**. São Paulo, nº 13, ano 03, set./dez., 2000, p. 10-14.

SANTOS, I. B. da C.; SANTOS FILHO, L. Lavagem de mãos: responsabilidade do primeiro no controle e prevenção de infecção hospitalar. **CCS**, João Pessoa, nº 10/3/4, p. 253-256, jul./dez, 1988.

SANTOS, A. M. dos. Controle de Infecção: Necessidade de Novos Conceitos. **Rev. Prática Hospitalar**. São Paulo, nº 28, ano 05, set./dez., 2003, p. 01-04.

SETO, W. H. Training the force-models for effective education in infection Control. **Journal of Hosp. Infect.** , nº 30 (supplement), p. 241-247, 1995.

STARLING, C. E. F. Aspectos psicológicos e comportamentais no controle de infecção hospitalar. In: MARTINS, M. A. **Manual de Infecção Hospitalar**. 2ª ed. Minas Gerais: Medsi, 2001, p. 38-51.

TIPPLE, A. F. V., et al. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. **Rev. Latino Americana**, vol. 11, nº 2, p. 245-250, mar/abr., 2003.

APÊNDICE A

Check list

Data: __/__/__.

Turno: () Matutino () Vespertino () Noturno

1- Profissão: () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta () Técnico/aux Enf. ()

Tecn. Laboratório () Técn. Banco de Sangue () técnico em radiologia ()

Fonoaudiologia () Acadêmico () Outra _____

2- Sobre lavagem de mãos:

a) Lavou as mãos antes de executar o procedimento?	1ª vez () Sim () Não Qual? _____ _____	2ª vez () Sim () Não Qual? _____ _____	3ª vez () Sim () Não Qual? _____ _____	4ª vez () Sim () Não Qual? _____ _____
b) Lavou as mãos após executar o procedimento?	() Sim () Não			

3- Sobre a higienização com álcool a 70%

a) Usou anti-séptico na ausência de sujidade visível?	1ª vez () Sim () Não	2ª vez () Sim () Não	3ª vez () Sim () Não	4ª vez () Sim () Não
b) Usou anti-séptico antes de executar o procedimento?	1ª vez () Sim () Não Qual? _____	2ª vez () Sim () Não Qual? _____	3ª vez () Sim () Não Qual? _____	6ª vez () Sim () Não Qual? _____
c) Usou anti-séptico após de executar o procedimento?	() Sim () Não			

APÊNDICE B

PARÓDIAS UTILIZADAS NO ESTUDO

1) O GERME

Letra: Enf^a Lílian Alves F. Chagas e equipe da UTI Infantil

Melodia: De quem é este jegue – Genival Lacerda

Eu vou contar uma história para vocês
Eu estava trabalhando no hospital
De repente me vem a CCIH
Ensinando que as mãos têm que lavar
De quem é este germe?
De que é este germe?
De quem é este germe?
Que quer me contaminar
Depois disso uma campanha começou
E o sabão do Hospital se acabou
Como é que a minha mão eu vou lavar
Se o papel não tem mais para enxugar
De quem é este germe?
De que é este germe?
De quem é este germe?
To feliz por aprender a lavar a mão
Pois agora já chegou outro sabão
Pacientes não vão ter infecção
Se depender só da nossa união.

2) BACTÉRIA BYE BYE

Letra: Enf^a Lílian Alves F. Chagas e Nutricionista Roselma de Oliveira

Melodia: Bug Bug Bye Bye – Ivete Sangalo

Eu quero mais é lavar
Não contaminar
Pacientes, crianças inocentes

É um tormento deixar
As mãos sem lavar
A equipe tem que ser consciente
O chato é ser contaminado
Lave sempre suas mãos, lave sempre
Lave sempre suas mãos, lave sempre
Bactéria Bye, Bye, Bactéria Bye
Bactéria Bye, Bye, Bactéria Bye

3) A CORRENTE DO BEM

Letra: Dr. Romélio Lustosa Vítor e Enf^a Lílian Alves F. Chagas

Melodia: Lá vou eu, lá vou eu – Carnaval da Rede Globo

Olha a CCIH aí gente!!!!
Lave as mãos, lave as mãos
Esse gesto é uma beleza
A equipe do hospital
Faz uso dele com certeza (lave as mãos)
Vem, se junte a corrente do bem
O ato de lavar a mão
Vale até mais do que injeção
Sai pra lá infecção
Eu já lavei, as minhas mãos
Lavando as mãos corretamente
Mantém-se o elo da corrente
Em todo hospital desde o pronto socorro
Lavando as mãos pro bem do povo
Lave as mãos.

4) UM DIA DA BACTÉRIA, OUTRO DO SABÃO.

Letra: Dr. Romélio Lustosa Vítor e Enf^a Lílian Alves F. Chagas

Colaboração: Enf^a Cynara Elenita B. Pereira; Técnicas de Enf. Adalgisa Costa Maranhão e Margareth G. de Oliveira e Fisioterapeuta Cristiane Serra Dourada.

Melodia: O amanhã - Gonzaguinha

Estafilococos quando chegam
Criam uma grande confusão
Muitos entram pela pele e outros
Pela respiração
E a criança, coitadinha
Quando vê, está com infecção
Para evitar
Esta tragédia
Tenho uma grande solução
Um pouco de água e sabão
Pra lavar sua mão.

5) BOM QUE BOM LAVAR AS MÃOS

Letra: Nutricionista Roselma de Oliveira e equipe de nutrição

Melodia: Bomxibom – Grupo: As Meninas

Bom que bom lavar as mãos
Analisando a infecção hospitalar
Quero me livrar e minhas mãos sempre lavar
A equipe cada vez mais consciente
Pacientes cada vez menos doentes
E o motivo todo mundo já conhece, é que lavando as mãos ninguém adocece
E o motivo todo mundo já conhece, é que lavando as mãos a saúde prevalece
Bom que bom lavar as mãos.

GRUPO MÃO BELEZA

Vozes:

Maria Sandra de Carvalho Fernandes

Roselma de Oliveira

Lílian Alves F. Chagas

Eliete Vieira Cunha

Cristina Pereira Silva

Adalgisa Costa Maranhão

Íris Aparecida da Silva

Lina Messias

Instrumentos:

Violão: Lílian Alves F. Chagas

Teclado: Suelen Gomes

Apoio:

Zilah Cândida Pereira das Neves

- Rádio Universitária/UFG: Diretor Geral: Roberto Nunes
Diretora Artística: Francisneide Cunha
Técnico de Som e Mixagem: Sebastião Cruz
- Faculdade de Enfermagem/UFG: Dra. Anaclara F. Veiga Tipple
Dra. Adenícia Custódia S. Sousa



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
FAX: (62) 202-1033 – FONE: (62) 202-3537
RUA 227 – QUADRA 68, S/Nº - SETOR LESTE UNIVERSITÁRIO – GOIÂNIA-GO
CEP: 74605-080

Goiânia, 17 de junho de 2003.

Prezado Sr.,

A aluna Zilah Cândida Pereira das Neves, do curso de mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - UFG, desenvolverá sua dissertação com a pesquisa intitulada "Higienização das mãos entre profissionais de Saúde: estratégias para aumentar a adesão".

Este estudo será desenvolvido em um hospital público da Secretaria Estadual de Saúde. Uma das estratégias do estudo será a utilização de 04 paródias que serão gravadas em um CD, por um grupo de profissionais de saúde da instituição onde o estudo será realizado.

Para tanto, solicitamos autorização para utilização de um estúdio da Rádio Universitária, para gravação do CD, para fins exclusivamente didáticos, considerando que o projeto não possui financiamento. Informamos que o projeto deste estudo foi avaliado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (anexo).

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos. Desde já agradecemos o empenho que será imprescindível ao alcance dos objetivos propostos.

Atenciosamente,

Zilah Cândida Pereira das Neves
Zilah Cândida Pereira das Neves
Aluna do Curso de Mestrado da FEN/UFG

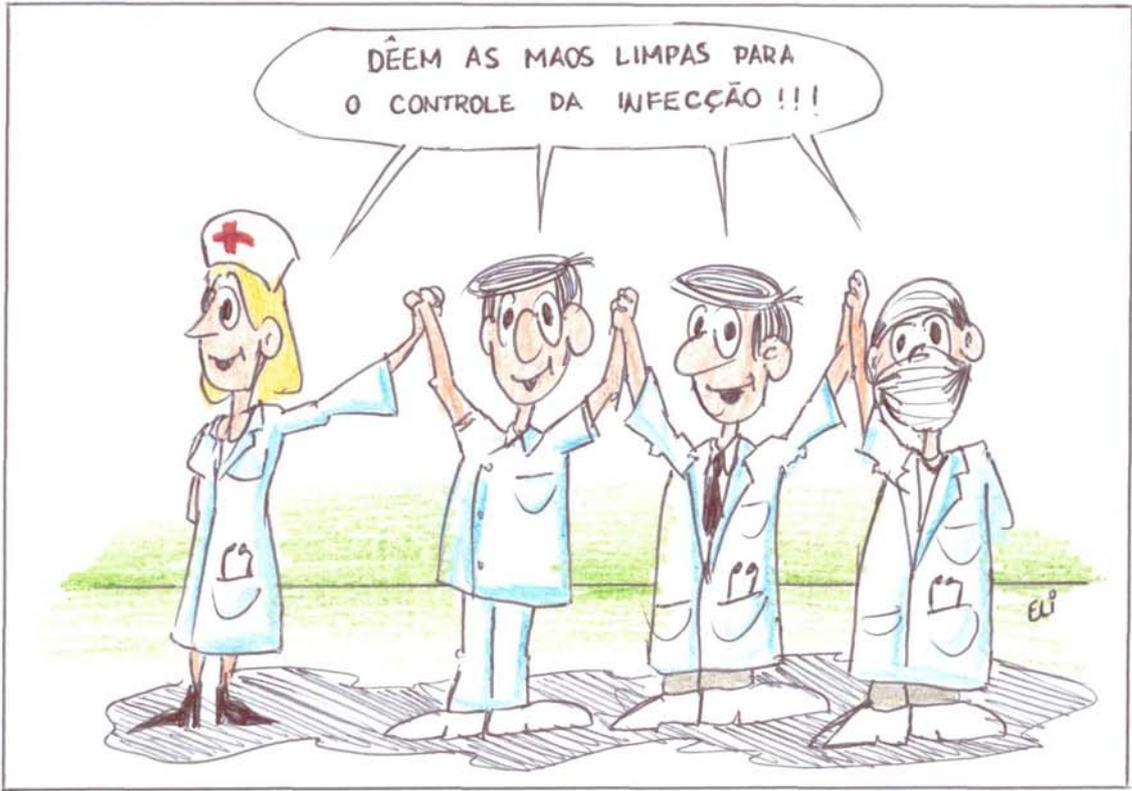
Anaclara Ferreira Veiga Tiptle
Dr^a Anaclara Ferreira Veiga Tiptle
Docente da FEN/UFG
Orientadora

Ilm^o Sr.
Roberto Nunes
Diretor Administrativo

Francinete Cunha
Autorizado
Dir. Artística RU-UFG
17-06-03

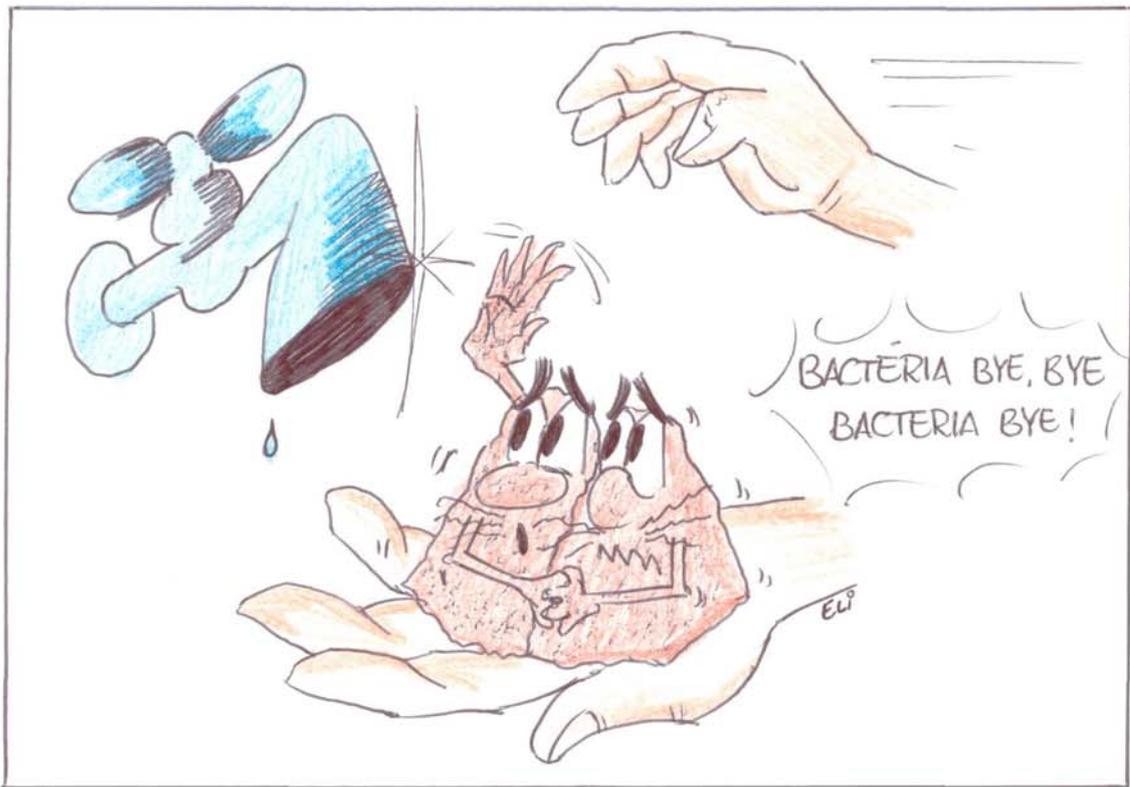
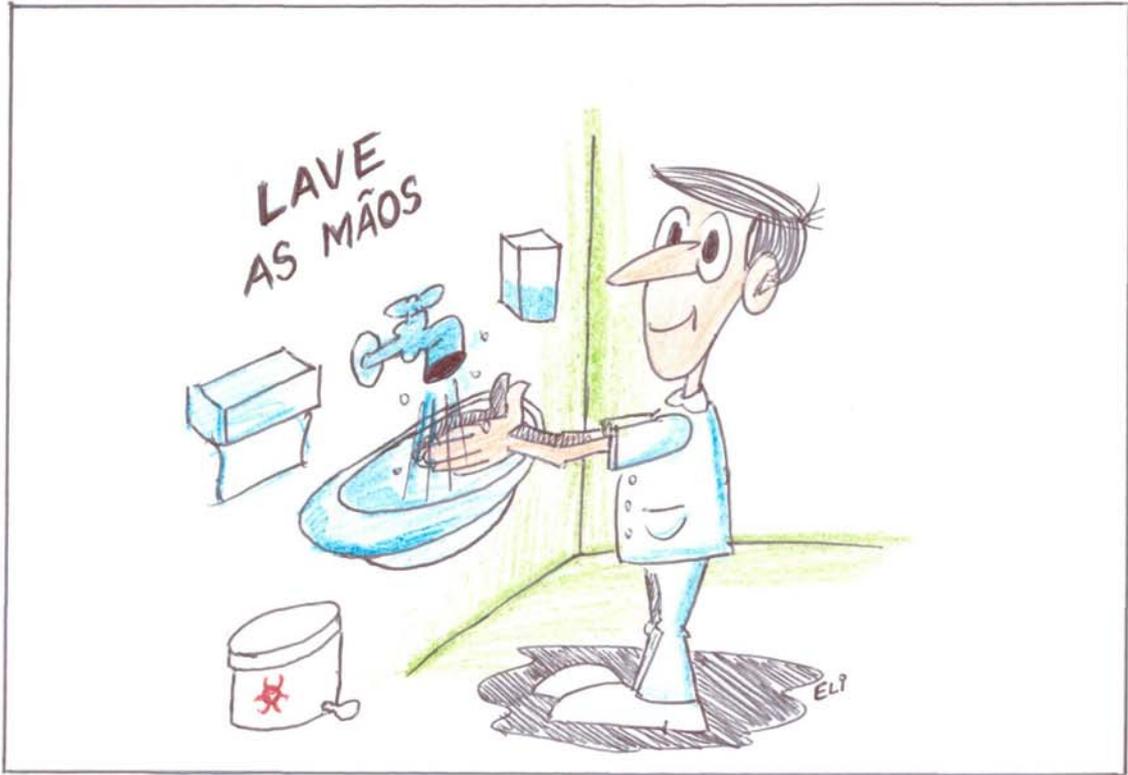
APÊNDICE C

CARTAZES ESTILIZADOS









APÊNDICE D

FRASES UTILIZADAS SOBRE HIGIENIZAÇÃO DE MÃOS

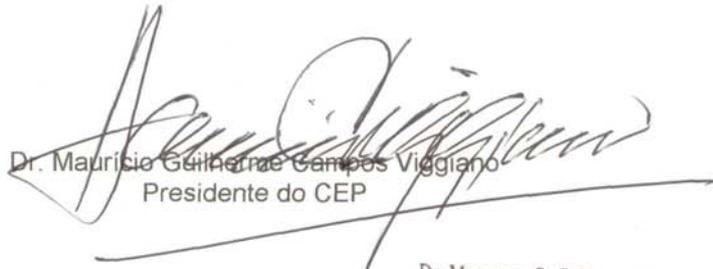
- 1) “Lavar as mãos no Hospital é um ato de Cidadania”;
- 2) “Melhor do que antibiótico: é lavar as mãos com frequência”;
- 3) “Não há mão competente sem água e sabão”;
- 4) “Os micróbios não gostam de água e sabão. Portanto, lave as mãos com e evite infecção”;
- 5) “Se você aprendeu que lavar as mãos evita infecção, porque não coloca esse conhecimento em prática?”;
- 6) “Lavar as mãos é um ato simples, barato e 100% eficiente para o Controle da Infecção Hospitalar”;
- 7) “Lavar as mãos não dói em você, mas se não lavar, pode causar Do...Dói no seu paciente”;
- 8) “Lavar as Mãos É BEM ME QUER!”;
- 9) “Ouça Falar Sobre Lavagem das Mãos
Veja Seus Colegas Lavando as Mãos
Mas, Se Quiser Aprender e Ser Útil,
Lave as Suas Mãos!”.
- 10) “Não lave as mãos da ‘boca pra fora’, lave conscientemente”.

ANEXO A

APROVAÇÃO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

A Comissão de Ética em Pesquisa considerou ético o Protocolo de Estudo “**HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A ADESÃO**” bem como o consentimento livre e esclarecido ao paciente. após análise deste protocolo de pesquisa clínica nos seus aspectos científico, éticos, nas suas várias fases, inclusive pré-clínica, segurança, toxicidade, reações adversas, eficácia e resultado final, aprova a realização do estudo.

Goiânia, 14 de Janeiro de 2003


Dr. Mauricio Guilherme Campos Viggiano
Presidente do CEP

Dr Mauricio G. C. Viggiano
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Materno Infantil CRM 930

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Goiânia, maio de 2004.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a):

Estamos desenvolvendo um estudo sobre **Higienização das Mãos entre Profissionais de Saúde**, com objetivo de avaliar o impacto da utilização de diferentes estratégias de educação continuada, na adesão da higienização das mãos.

A coleta dos dados ocorreu mediante observação direta sobre a prática de higienização das mãos. Não lhe informamos previamente, para que não houvesse interferência nos resultados.

Solicitamos a vossa autorização para utilizarmos as informações obtidas na pesquisa, entretanto, informamos que a sua participação é livre e lhe asseguramos total sigilo quanto á sua identidade, não lhe expondo em qualquer situação. Informamos ainda, que isso não lhe incorrerá em danos ou qualquer ônus financeiro. Informamos também que fica a seu total critério o aceite ou não em participar da pesquisa.

Seu consentimento em participar, ocorrerá mediante a assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido. Caso não concorde em participar, os dados coletados referente à sua pessoa serão inutilizados na sua presença sem que isso lhe cause nenhum problema, dano ou constrangimento.

Desde já agradecemos, e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

ZILAH CÂNDIDA PEREIRA DAS NEVES (Mestranda)
Dr^a Anaclara Ferreira Veiga Tipple (Orientadora)

Assinatura: _____

Goiânia, fevereiro de 2004

AUTORIZAÇÃO

Eu, Dr. Vardeli Alves de Moraes, Diretor Geral do Hospital Materno Infantil, autorizo os bolsistas do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Infecção Hospitalar (NEPIH) da Faculdade de Enfermagem da UFG, a coletarem dados de pesquisa nas Unidades de Terapia Intensiva desta Instituição.

Atenciosamente,



Dr. Vardeli Alves de Moraes
Diretor Geral do HMI

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Goiânia, novembro de 2003.

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Estamos desenvolvendo um estudo sobre **Higienização das Mãos entre Profissionais de Saúde**, com objetivo de avaliar o impacto da utilização de diferentes estratégias de educação continuada, na adesão à higienização das mãos

A coleta dos dados ocorrerá mediante observação direta sobre a prática de higienização das mãos. O profissional observado será abordado posteriormente a sua observação, solicitando-lhe a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Não serão informados previamente, para que não ocorra interferência nos dados.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital em estudo. A direção geral autorizou a coleta de dados.

Solicitamos a vossa autorização para a coleta de dados dos profissionais que prestam cuidados aos pacientes da UTI neonatal.

Desde já agradecemos, e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

ZILAH CÂNDIDA PEREIRA DAS NEVES (Mestranda)
Dr^a Anaclara Ferreira Veiga Tipple (Orientadora)

Assinatura: 
Enfermeira - chefe de enfermagem

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Goiânia, novembro de 2003.

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Estamos desenvolvendo um estudo sobre **Higienização das Mãos entre Profissionais de Saúde**, com objetivo de avaliar o impacto da utilização de diferentes estratégias de educação continuada, na adesão à higienização das mãos

A coleta dos dados ocorrerá mediante observação direta sobre a prática de higienização das mãos. O profissional observado será abordado posteriormente a sua observação, solicitando-lhe a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Não serão informados previamente, para que não ocorra interferência nos dados.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital em estudo. A direção geral autorizou a coleta de dados.

Solicitamos a vossa autorização para a coleta de dados dos profissionais que prestam cuidados aos pacientes da UTI neonatal.

Desde já agradecemos, e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

ZILAH CÂNDIDA PEREIRA DAS NEVES (Mestranda)
Dr^a Anaclara Ferreira Veiga Tipple (Orientadora)

Assinatura: _____


Dr^a M^a Sandra de C. Fernandes
Enfermeira, Coordenadora de UTI/HMI
COREN-GO 34274

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Goiânia, novembro de 2003.

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Estamos desenvolvendo um estudo sobre **Higienização das Mãos entre Profissionais de Saúde**, com objetivo de avaliar o impacto da utilização de diferentes estratégias de educação continuada, na adesão à higienização das mãos

A coleta dos dados ocorrerá mediante observação direta sobre a prática de higienização das mãos. O profissional observado será abordado posteriormente a sua observação, solicitando-lhe a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Não serão informados previamente, para que não ocorra interferência nos dados.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital em estudo. A direção geral autorizou a coleta de dados.

Solicitamos a vossa autorização para a coleta de dados dos profissionais que prestam cuidados aos pacientes da UTI neonatal.

Desde já agradecemos, e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

ZILAH CÂNDIDA PEREIRA DAS NEVES (Mestranda)
Dr^a Anaclara Ferreira Veiga Tipple (Orientadora)

Assinatura:


Médica - chefe UTI infantil

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)