

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DAISY ZANCHI DE ABREU BOTENE**

**HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS QUE CUIDAM DA CRIANÇA  
HOSPITALIZADA: uma questão de segurança**

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eva Neri Rubim Pedro

**PORTO ALEGRE**

**2013**

**DAISY ZANCHI DE ABREU BOTENE**

**HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS QUE CUIDAM DA CRIANÇA  
HOSPITALIZADA: uma questão de segurança**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem *stricto sensu* da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eva Neri Rubim Pedro

Área de concentração: Cuidado e Enfermagem em Saúde  
Linha de Pesquisa: Cuidado de enfermagem na saúde da mulher, criança,  
adolescente e família

**PORTO ALEGRE**

**2013**

#### CIP - Catalogação na Publicação

Botene, Daisy Zanchi de Abreu  
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS QUE CUIDAM DA CRIANÇA  
HOSPITALIZADA: uma questão de segurança / Daisy  
Zanchi de Abreu Botene. -- 2013.  
92 f.

Orientador: Eva Neri Rubim Pedro.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Higiene das Mãos. 2. Segurança do Paciente. 3.  
Enfermagem. 4. Educação em Saúde. 5. Profissionais de  
Saúde. I. Neri Rubim Pedro, Eva , orient. II. Título.

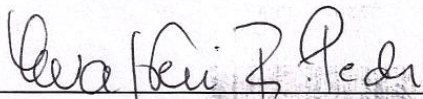
**DAISY ZANCHI DE ABREU BOTENE**

**Higienização das Mãos que Cuidam da Criança Hospitalizada:  
uma Questão de Segurança**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

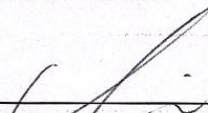
Aprovada em Porto Alegre, 04 de julho de 2013.

**BANCA EXAMINADORA**



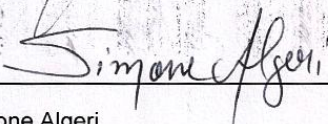
Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro

Presidente – PPGENF/UFRGS



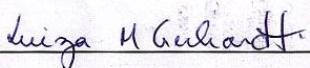
Prof. Dr. José Roberto Goldim

Membro – UFRGS/HCPA



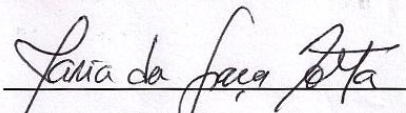
Prof. Dr. Simone Algeri

Membro – EENF/UFRGS



Profa. Dra. Luiza Maria Gerhardt

Membro – EENF-UFRGS



Profa. Dra. Maria da Graça Corso da Motta

Membro – PPGENF-UFRGS

## ADECIMENTOS

A **Deus** por me dar a vida, a família e condições para que este trabalho se concretizasse. E por ser presença constante em minha vida.

À minha querida orientadora, **Eva Neri Rubim Pedro**, por contribuir para minha formação e crescimento, desde o início da graduação. Pela sua disponibilidade, paciência, carinho e competência. Pelos esforços na orientação deste trabalho mesmo em momentos difíceis. E, por ser um exemplo a ser seguido.

Ao meu, esposo, **Sidinei Botene (Chico)**, por ser paciente e carinhoso, me incentivar, apoiar e compreender minhas ausências durante essa caminhada. E, por cuidar com muito carinho da nossa filha, sendo um exemplo de pai e marido.

À minha filha, **Júlia** por ser compreensiva e carinhosa e “ deixar a mamãe escrever o livrão”.

Aos meus pais, **Dalmiro Paim de Abreu e Terezinha Zanchi de Abreu**, pelo apoio e estímulo na busca dos meus objetivos.

À minha irmã, **Denise Zanchi de Abreu**, por ser a pessoa maravilhosa que és e sempre acreditar em mim.

Às **professoras do Departamento de Enfermagem Materno Infantil (DEMI) da UFRGS**, obrigada pelo carinho, compreensão, estímulo e apoio para a conclusão desse trabalho, bem como, pelos exemplos de competência e ensinamentos proporcionados durante essa jornada.

À professora **Maria da Graça Corso da Motta**, obrigada por fazer despertar, já no início da graduação, o interesse pela pesquisa e docência e por todos os ensinamentos ao longo dessa trajetória.

À auxiliar de pesquisa, **Bruna Gonzatto**, pelo envolvimento e auxílio na pesquisa.

Aos **professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, pela competência e oportunidade de construção de conhecimento ao longo do curso de doutorado.

Às **enfermeiras da Comissão de Controle de Infecção (CCIH)**, do HCPA, especialmente a **Enf<sup>a</sup> Carem Gorniak Lovatto**, pelas sugestões, disponibilidade, e pela colaboração na efetivação deste trabalho.

Aos **professores** que gentilmente concordaram em participar da banca de avaliação dessa tese.

Ao professor **José Roberto Goldim**, pelas orientações e sugestões pertinentes ao estudo.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, especialmente ao **Serviço de Enfermagem Pediátrica e Serviço de Pediatria** por colaborarem para a concretização deste trabalho.

Aos amigos e amigas que fizeram parte desta caminhada, principalmente à **Ana Paula Scheffer Schell da Silva e Maria de Lourdes Rodrigues Pedroso**, pelos momentos de diálogo e demonstrações de amizade.

Aos participantes da pesquisa pela disponibilidade em participar do estudo e pelas experiências compartilhadas.

À **CAPES** pelo incentivo à pesquisa e apoio financeiro durante o Doutorado.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde que têm consciência de seu papel no cuidado à criança e na melhoria da segurança do paciente pediátrico. E, a todos os pais e familiares que sofreram junto a seus filhos as consequências de agravos relacionados à assistência à saúde, transmitidas pelas mãos de quem deveria cuidar.

Quando nada parece dar certo,  
vou ver o cortador de pedras a martelar numa rocha  
talvez 100 vezes, sem que uma única rachadura apareça.

Mas na centésima primeira martelada  
a pedra abre-se em duas  
e eu sei que não foi só aquela que conseguiu isso,  
mas todas as que vieram antes.

(Jacob Riis)



## RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo com o objetivo de analisar como a formação acadêmica e profissional sobre a higienização das mãos contribui para a consciência de uma cultura da segurança do paciente. Foi desenvolvido junto ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Rio Grande do Sul, Brasil, no período de agosto a dezembro de 2012, nas unidades de internação pediátrica. Participaram 16 membros da equipe de saúde. Para a coleta das informações, utilizou-se entrevista semiestruturada. Os dados foram organizados e processados pelo *software* QSR Nvivo, versão 10, e analisados por meio da técnica de análise temática de conteúdo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA sob o número 120.192. Os resultados permitiram elencar duas categorias temáticas: "A higienização das mãos e a formação acadêmica do profissional de saúde"; e "A higienização das mãos e a vida profissional". Evidenciou-se que a formação acadêmica contribui de forma incipiente para a criação de uma cultura de segurança do paciente e do profissional. Observou-se que há lacunas durante o processo formativo do profissional da saúde no que se refere à temática da higienização das mãos. Aponta-se que essa temática associada a uma cultura de segurança do paciente e do profissional deve ser objeto de outros estudos e de reflexão e deve ser enfatizada na formação acadêmica pelos docentes, sendo abordada de forma transversal e contínua durante todo o processo formativo. No cenário de práticas, apesar de investigações e proposições de alternativas como Educação Continuada e Educação Permanente, ainda não se tem uma adesão significativa dos profissionais da saúde à higienização das mãos, sendo que estudos nacionais e internacionais referem essa necessidade. Quanto à hospitalização infantil, ficaram ressaltados o conhecimento dos profissionais sobre a técnica, os momentos e as dificuldades presentes para a real adesão no controle e minimização dos efeitos de eventos adversos provenientes da higienização das mãos. Também foi possível identificar que os esforços empreendidos pela instituição quanto à criação de uma cultura de segurança têm acontecido de forma sistemática por meio de várias estratégias, como cartazes, *folders* e campanhas. Entretanto, ainda há necessidade de estudos que provoquem ou desencadeiem novas formas de incorporar e qualificar a prática da higienização das mãos.

**Palavras-chave:** Higiene das Mãos. Pediatria. Segurança do Paciente. Enfermagem. Educação em Saúde. Profissionais de Saúde.

## RESUMEM

Se trata de un estudio cualitativo con el objetivo de analizar la forma en que la formación académica y profesional en el lavado de las manos contribuye para la conciencia de una cultura de seguridad del paciente. Fue desarrollado por el Hospital de Clínicas de Porto Alegre(HCPA), Rio Grande do Sul, Brasil, entre agosto y diciembre de 2012, en las unidades de hospitalización pediátrica. Participaron 16 miembros del equipo de atención médica. Para recolectar la información, se utilizó de la entrevista semiestructurada. Los datos fueron organizados y procesados por el *software* QSR Nvivo, versión 10, y analizados mediante la técnica de análisis temático del contenido. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del HCPA con el número 120.192. Los resultados permitieron listar dos categorías temáticas: "La higienización de las manos y la formación académica de los profesionales de la salud"; y "La higienización de las manos y la vida profesional". Era evidente que la educación contribuye de forma incipiente para la creación de una cultura de seguridad del paciente y del profesional. Se observó que existen lagunas en el proceso de formación del profesional de la salud en relación con el tema del lavado de las manos. Se señaló que este tema asociado con una cultura de seguridad del paciente y del profesional debe ser objeto de otros estudios y de reflexión y debe ser enfatizado en la formación académica por los profesores, siendo dirigido de manera transversal y continua a lo largo del proceso formativo. En el escenario de práctica, a pesar de las investigaciones y propuestas de alternativas como la Educación Continua y la Educación Permanente, todavía no se tiene un significativo número de miembros de los profesionales de la salud al lavado de las manos, siendo que los estudios nacionales e internacionales se refieren a esta necesidad. En cuanto a la hospitalización infantil, se destacaron el conocimiento de los profesionales sobre la técnica, los momentos y las dificultades presentes para la adhesión efectiva en el control y la minimización de los efectos de eventos adversos que provienen de la higienización de las manos. También fue posible identificar que el esfuerzo puesto por la institución cuanto a la creación de una cultura de seguridad ha ocurrido sistemáticamente a través de diversas estrategias, tales como carteles, folletos y campañas, pero todavía se necesitan de estudios para

provocar o desencadenar nuevas maneras de incorporar y calificar la práctica de la higienización de las manos.

**Palabras clave:**Higiene de lãs Manos. Pediatría. Seguridad del Paciente. Enfermería. Educación em Salud.Personal de Salud.

## ABSTRACT

This paper is a qualitative study, which aims to analyze how professional and educational background concerning hand hygiene contributes to the building of awareness of the patient safety culture. This research was developed in the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Rio Grande do Sul, Brazil, during the period of August to December, 2012, in the pediatric unit. Sixteen health professionals participated. A semi-structured interview was used to gather information. Data was organized and processed by the software QSR Nvivo, version 10, and it was analyzed using the content analysis technique. The study was approved by the HCPA's Ethics in Research Committee under the number 120.192. The results allowed us to list two thematic categories: "Hand hygiene and health professionals' academic background"; and "Hand hygiene and professional life". It was identified that the academic background contributes incipiently to the creation of a patient and professional safety culture. This study identified gaps during the educational process of the health professional regarding the topic hand hygiene. This topic, associated with patient and health professional, should be the object of other studies and reflection and should be emphasized in the academic formation by the faculty, using a transversal and continuous approach throughout the educational process. Although there are investigations and propositions to alternatives suggested by national and international studies, such as continuing education and lifelong learning in the scenery of practice, still, there is no significant adherence from health professionals to hand hygiene. Concerning child hospitalization, the study evidenced professionals' knowledge about the technique and the present moment and difficulties to real adherence in control and minimization of adverse events originated from hand hygiene. It was also possible to identify that the efforts made by the institution, related to the creation of a safety culture, have been systematic through different strategies, such as posters, pamphlets and campaigns, however, there is still the need of studies that provoke and lead to new ways to incorporate and qualify the hand hygiene practice.

**Keywords:** Hand Hygiene. Pediatrics. Patient Safety. Nursing. Health Education. Health Personnel.

## LISTA DE QUADROS/FIGURAS

Figura 1: Distribuição das causas de óbito no RS.....	35
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CEVIDA</b>	Grupo de Estudos no Cuidado à Saúde nas Etapas da Vida
<b>CCIH</b>	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
<b>CISP</b>	Classificação Internacional para a Segurança do Paciente
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>COMPESQ</b>	Comissão de Pesquisa
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CPC</b>	Centro de Pesquisa Clínica
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e Adolescente
<b>GEPEETec</b>	Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias
<b>HACO</b>	Hospital da Aeronáutica de Canoas
<b>HCPA</b>	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
<b>HM</b>	Higiene das mãos
<b>IRAS</b>	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
<b>JCI</b>	Joint Commission International
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>QSR</b>	Qualitative Solutions Research
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UFRGS</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<b>UTIP</b>	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
<b>VSR</b>	Vírus Sincicial Respiratório

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>24</b>
3.1 A higienização das mãos como alicerce para a segurança do paciente.....	24
3.2 Hospitalização infantil.....	31
<b>4 PERCURSO METODOLOGICO.....</b>	<b>37</b>
4.1 Tipo de estudo.....	37
4.2 Contexto do estudo.....	37
4.3 Participantes do estudo.....	39
4.4 Coleta das informações.....	40
4.5 Análise das informações.....	41
4.6 Considerações bioéticas.....	42
<b>5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>44</b>
5.1 A higienização das mãos e a formação acadêmica do profissional de saúde.....	44
5.1.1 Memórias do processo de formação.....	45
5.2 A higienização das mãos e a vida profissional.....	54
5.2.1 Memórias do ingresso na vida profissional.....	54
5.2.2 Higienização das mãos na atualidade no contexto da hospitalização infantil.....	59
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>73</b>
<b>7 RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICE A: Instrumento de coleta das informações.....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO A: Cartaz distribuído aos hospitais com os cinco momentos para a higienização das mãos.....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO B: Cartaz informativo sobre higienização das mãos com água e sabão.....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO C: Cartaz informativo sobre higienização das mãos com álcool gel.....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO D: Carta de aprovação do projeto de pesquisa na COMPEAQ.....</b>	<b>91</b>



<b>ANEXO E: Carta de aprovação da Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....</b>	<b>92</b>
--	-----------

## 1 INTRODUÇÃO

Minha aproximação com o universo da investigação científica aconteceu no início do curso de graduação em Enfermagem, quando me inseri no grupo de estudos Cuidado à Saúde nas Etapas da Vida – CEVIDA – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como bolsista de iniciação científica voluntária. Daí em diante, segui pesquisando na graduação, como bolsista de iniciação científica; depois no mestrado, como bolsista CNPq; e atualmente no doutorado, como bolsista Capes e pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias – GEPEETec, da mesma universidade.

No doutorado, como bolsista, um dos requisitos é a realização de estágios de docência, os quais proporcionam uma aproximação do aluno pós-graduando com a academia no sentido de auxiliá-lo a compreender e a estudar a complexidade que permeia a construção do conhecimento pelos alunos em formação. No contato com os alunos da quarta etapa do curso de graduação, em campo de prática disciplinar supervisionada em hospital, várias situações foram se apresentando e despertando o interesse em aprofundar meus estudos sobre o que há muito já ouvia: a dicotomia entre a teoria e a prática. Foi justamente uma situação em que presenciei o descumprimento de uma das regras básicas em cenário de cuidado, ou seja, a higienização das mãos, que despertou em mim o desejo de pesquisar a temática da segurança do paciente, ou seja, a redução dos danos e riscos à saúde ao mínimo aceitável, no contexto da hospitalização infantil

Durante essa atividade prática do exercício de docência, realizada em uma unidade pediátrica de um hospital universitário de grande porte, tive a oportunidade de observar alguns eventos em que uma das medidas básicas para evitar a disseminação de germes – a higienização das mãos – não era seguida por alguns alunos e profissionais da saúde, e em outros era deficiente. Essas observações suscitaram vários questionamentos: Como garantir a segurança do paciente frente à inobservância de preceitos básicos, como a higienização das mãos? Será que os integrantes da equipe de saúde se dão conta de que são protagonistas na disseminação de germes? Os alunos da área da saúde durante a graduação têm, em sua formação, suporte teórico e prático para discutir, refletir sobre a importância da temática da segurança do paciente? Quais disciplinas, conteúdos, professores,

nas suas vivências, enfatizaram, reforçaram e exigiram-lhes atitudes e comportamentos voltados à segurança do paciente? Como percebem suas práticas e a repercussão destas na segurança do paciente e na sua própria?

Após esse estágio, em minha carreira docente, solidificou-se a constatação de que muitas vezes, no ambiente hospitalar, mesmo diante de toda a informação e sinalização sobre a higienização das mãos, geralmente, esse procedimento não é realizado, o que certamente favorece a disseminação de microrganismos e compromete a segurança do paciente. Falta motivação? Falta conscientização? Falta preocupação com a segurança do paciente? Como fica a segurança da criança no cenário de cuidado? Como posso contribuir, na condição de pesquisadora, docente e doutoranda, para aumentar a segurança dos pacientes em geral, e da criança em especial, frente à possibilidade de serem contaminados por germes disseminados pelos próprios profissionais? E o autocuidado do profissional com vistas a garantir sua segurança e do outro, como é percebido?

Essas vivências, que suscitaram dúvidas quanto à segurança da criança no que se refere à transmissão da infecção hospitalar, despertaram tamanho interesse que se tornou impossível ficar indiferente a essas questões. A necessidade e o desejo de aprofundar essas questões relacionadas à higienização das mãos dos profissionais e à segurança do paciente pediátrico foram reforçados principalmente por se tratar de um hospital universitário de grande porte que tem papel importante na formação de um número considerável de alunos e que demonstra interesse em investir na segurança do paciente, uma vez que uma das metas de seu plano de ação é a Acreditação para a Segurança do Paciente. A Acreditação Hospitalar é uma avaliação feita por uma entidade externa e independente, que avalia se a instituição de saúde atende a uma série de padrões para aumentar a segurança e melhorar a qualidade do cuidado. Esse processo é do interesse do Ministério da Saúde e do próprio hospital.

Assim, para a realização deste estudo, selecionou-se o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo fato de essa instituição estar incluída na lista dos cinco hospitais do País que participaram de uma intervenção proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a prevenção de transmissão de bactérias em ambiente hospitalar por meio da higiene de mãos. O HCPA foi incluído nessa ação nos anos de 2007 a 2009. A meta proposta para o ano de 2009 era obter uma taxa de adesão de 75%; contudo, a taxa alcançada pela instituição foi de 60,9%. Embora

não atingida a meta, esse foi o melhor resultado quando comparado aos de anos anteriores<sup>(1)</sup>.

Em 2010, as Unidades de Internação Pediátricas do HCPA foram as que apresentaram a menor taxa de higienização das mãos. Uma das unidades apresentou uma taxa de 38%, bastante distante da meta<sup>(2)</sup>. Conforme dados disponibilizados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HCPA, essas taxas de higienização das mãos seguiram baixas; embora a taxa média de adesão à higienização das mãos tenha alcançado um ligeiro aumento em 2012, passando para 51,9%, os dados de janeiro a abril de 2013 indicam uma taxa média de higienização das mãos de 42% nas Unidades de Internação Pediátrica.

Apesar do importante trabalho realizado pela CCIH dessa instituição, a taxa de adesão à higienização de mãos ainda é um indicador a ser melhorado. Mesmo oferecendo todas as condições de infraestrutura e instrumentalizações necessárias por meio de cursos e capacitações, a instituição ainda apresenta taxas de adesão consideradas baixas em diversos setores do Hospital, com destaque para as Unidades de Internação Pediátricas<sup>(2)</sup>.

A baixa adesão dos profissionais de saúde, principalmente na área pediátrica, desperta preocupação e pode indicar a necessidade de novas abordagens. Diante desse cenário, são importantes que sejam repensadas as práticas envolvidas no processo de querer, saber e fazer a higiene adequada das mãos nas circunstâncias de cuidado à saúde. Acredita-se que a informação e a disposição dos equipamentos necessários para tal ato são indispensáveis para a execução do mesmo, contudo não garantem que o profissional higienize suas mãos nos momentos indicados. Aqui mais uma reflexão é necessária: Em que momento da formação dos profissionais se dá relevância à higienização das mãos como fator de segurança para o paciente, para o ambiente e para o próprio acadêmico e futuro profissional?

Em nível mundial, também se observa a preocupação com a segurança do paciente no que se refere à higienização das mãos. Desde 2004, a “Aliança Mundial para Segurança do Paciente”, uma iniciativa da OMS firmada com vários países, trata, como uma de suas prioridades, o tema da higienização das mãos como alternativa para aumentar a segurança dos pacientes, frente à contaminação por germes do ambiente hospitalar.

Embora a higienização das mãos seja uma medida primordial, reconhecida há muitos anos na prevenção e controle das infecções nos serviços de saúde, a sua

prática consiste em uma tarefa complexa e difícil. Estudos sobre o tema têm constatado que a adesão dos profissionais à prática da higienização das mãos de forma constante e contínua ainda é insuficiente. Apesar dos esforços da OMS em parceria com muitos países do mundo, as taxas de higienização das mãos ainda são consideradas insatisfatórias. <sup>(3,4,5)</sup>

As baixas taxas de adesão à higienização das mãos são preocupantes, uma vez que a segurança do paciente hospitalizado está estreitamente relacionada à assistência recebida no ambiente de internação, no qual está suscetível às Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), ou seja, infecções que ele não tinha quando chegou ao hospital e que adquiriu nesse local em função da assistência recebida. Diante das evidências de que a higienização das mãos tem papel fundamental na prevenção de infecções, o esperado seria que os profissionais de saúde tivessem essa prática internalizada e a tomassem como fundamental no exercício da sua profissão, para garantir não apenas a segurança do paciente, mas também a sua própria.

Alguns estudos buscam entender os motivos da baixa adesão a essa prática. Uma revisão realizada por Pittet sinalizou que a baixa adesão à higiene das mãos pode estar associada a fatores como infraestrutura inadequada, falta de materiais, falta de conhecimento, ceticismo em relação às recomendações da instituição, falta de informação científica sobre o impacto da higienização nas taxas de infecção hospitalar, a impressão de que o risco de transmissão cruzada é baixo e a ideia de que as necessidades do paciente têm prioridade sobre a higienização das mãos. Além desses, também foram apontados fatores como o esquecimento, a falta de modelos de colegas e chefias, e a falta de incentivo institucional <sup>(5)</sup>.

Pode-se, ainda, suspeitar de que o processo formativo esteja envolvido na “raiz do problema”, uma vez que é durante a graduação que o aluno aprende a ser um profissional da saúde. Se os aspectos relacionados com a higienização das mãos e sua repercussão para a segurança do profissional e do paciente não tiverem espaço no curso ou não forem abordados com a importância que lhe é devida no cenário de cuidado, possivelmente serão pouco considerados no desenrolar de sua futura vida profissional.

Estudos realizados com graduandos em diferentes etapas de cursos de graduação da área da saúde observaram falhas e deficiências na abordagem das questões relacionadas às precauções-padrão de higienização das mãos. Os

mesmos sugerem que o processo formativo dos graduandos tem uma parcela de responsabilidade no que se refere ao seu comportamento enquanto profissionais nos aspectos relacionados à higienização das mãos<sup>(6,7,8,9)</sup>.

Tendo em vista que a assistência se dá primordialmente por meio das mãos, seja de forma direta, como tocando no paciente, ou de forma indireta como manipulando instrumentos ou fazendo registros, percebe-se que as mãos que cuidam e curam também podem causar danos ao paciente. Elas podem transmitir germes de um paciente para outro; de um paciente para o próprio cuidador, acompanhante ou profissional; e de um local para outro. Isso afeta a segurança dos pacientes e pode aumentar o período de sua hospitalização, o que gera gastos e custos desnecessários para o próprio paciente e para a instituição de saúde<sup>(10)</sup>.

Dessa forma, entende-se que existe uma lacuna separando o que se sabe que deve ser feito (higienização de mãos) do que realmente é feito na prática. Acredita-se que essa pesquisa possa encontrar respostas que possibilitem compreender esse processo, bem como propor alternativas que venham a contribuir para uma maior adesão à prática de higienização das mãos. Conseqüentemente, espera-se contribuir para a redução das taxas de infecção hospitalar e o aumento da segurança do paciente, no cenário do estudo. Também se deseja que os resultados tenham reflexos nas instituições de ensino, incitando os docentes a um resgate de seu papel formador.

Assim, diante de taxas de adesão baixas, mesmo depois da implantação da Estratégia Multimodal de Melhoria de Higienização das Mãos, que foi meticulosamente elaborada para melhorar esse procedimento básico em nível mundial, justifica-se a elaboração do presente estudo. Considera-se, pois, que essa temática ainda merece ser analisada e investigada com o intuito de encontrar alternativas para melhorar a adesão dos profissionais a esse ato tão importante e fundamental para a assistência à saúde e a segurança do paciente.

Nesse sentido, a tese que sustenta este estudo é **“A formação acadêmica e profissional sobre a higienização das mãos contribui para a consciência de uma cultura de segurança do paciente”**.

Cabe destacar que, no interesse de aproximar o conhecimento produzido no âmbito da academia às necessidades encontradas no campo prático da área da saúde, foram realizadas reuniões com membros do Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA, a fim de discutir aspectos do estudo. Também foram contatados membros da

CCIH para verificar o grau de relevância que esta investigação teria especificamente para o serviço de internação pediátrica.

Feitas essas consultas, destaca-se que o estudo pode produzir resultados importantes para impulsionar uma atuação da CCIH empenhada em aumentar a adesão dos profissionais de saúde às práticas recomendadas de higienização de mãos, bem como oferecer subsídios para abordagens que promovam a proteção da criança contra as Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS). Em relação ao processo de formação do profissional da saúde, este estudo pode desencadear ou promover, entre docentes e alunos, discussões e reflexões relacionadas ao tema, com vistas a uma relação teoria-prática e ensino-serviço realmente efetiva. Ademais, tendo em vista a constatação de que estudos qualitativos são pouco realizados no cenário em questão, a possibilidade de os profissionais de saúde intensificarem o debate sobre a higienização de mãos no âmbito acadêmico confere a essa temática um caráter instigante; e esta poderá, então, servir de arcabouço para outros estudos com essa abordagem.

Ainda na esfera acadêmica, acredita-se que os resultados do estudo possam subsidiar o processo formativo, com a implementação dessa temática desenvolvida de forma transversal no currículo e a criação de práticas pedagógicas realísticas em ambientes de simulação, sendo ambas internalizadas no processo de ensino-aprendizagem. Entende-se que a cultura da segurança do paciente deva ser foco de atenção não só no ambiente de cuidado – hospitalar ou na rede básica –, e sim desde a formação, sendo abordada transversal e continuamente em todo o processo de aprendizagem e formação para saúde de todos os profissionais envolvidos na atenção à saúde.

A realização deste estudo vem, ainda, ao encontro do plano de ação do HCPA, no cumprimento da meta de Acreditação para a Segurança do Paciente. No ano de 2013, o Hospital está sendo submetido à avaliação de certificação pela Joint Commission International (JCI), agência escolhida para esse fim. A JCI é uma organização não-governamental criada nos Estados Unidos que certificou mais de 240 instituições de saúde em todo o mundo para a segurança do paciente. Além disso, o estudo prevê, dentre suas finalidades, implementar, cada vez mais, a temática da segurança do paciente na formação dos profissionais da enfermagem, em particular, e da saúde em geral.

Esta pesquisa está situada na área de concentração **Cuidado e Enfermagem em Saúde**, que abrange temáticas relacionadas ao cuidado e práticas de enfermagem nas diferentes fases do desenvolvimento humano no processo saúde e adoecimento. A área desenvolve e analisa métodos, instrumentos e tecnologias em enfermagem, saúde e educação, considerando o ser humano nos contextos histórico, social e cultural. Ela se insere na linha de pesquisa **Cuidado de enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescente e família**, a qual integra e produz conhecimentos relacionados ao cuidado e práticas de enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescente e família, com as finalidades de compreender o processo saúde e adoecimento e propor intervenções em enfermagem e saúde. Também se insere no Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias (GEPEETec), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).



## 2 OBJETIVOS

Esta pesquisa propôs os seguintes objetivos:

### 2.1 Objetivo geral

Analisar como a formação acadêmica e profissional sobre a higienização das mãos contribui para a consciência de uma cultura da segurança do paciente.

### 2.2 Objetivos específicos

Investigar os aspectos considerados relevantes para a construção do conhecimento dos profissionais da saúde sobre a higienização das mãos, desde a sua formação até o momento atual, traçando uma linha do tempo.

Analisar como os profissionais da saúde percebem a relação entre segurança do paciente e higienização das mãos na hospitalização da criança.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

O referencial teórico desta tese constitui-se principalmente de documentos oficiais disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, e de artigos científicos nacionais e internacionais. Está estruturado em duas seções que abordam questões relacionadas à higienização das mãos para a segurança do paciente/profissional e aspectos relevantes da hospitalização infantil.

#### **3.1 A higienização das mãos como alicerce para a segurança do paciente**

As instituições de ensino superior geralmente abordam a temática da higienização das mãos e do controle de infecção nas fases iniciais do curso, antes de o aluno ingressar nos campos de prática. Com o andamento do curso, é comum essas questões passem a ficar subentendidas e deixarem de ser trabalhadas de maneira formal, clara e enfática. Na maioria dos casos, espera-se que o aluno, quando em campo de estágio, já tenha consciência da importância da higienização adequada de suas mãos.

Entretanto, frequentemente esse aluno, quando se encontra em semestres mais avançados, fica sem a supervisão direta do professor e tem como exemplo os demais profissionais da unidade onde ocorre seu estágio; e muitas vezes, ele não visualiza a prática de higienização das mãos nesses profissionais e nos cuidadores.

Um estudo realizado em Goiás, em 2007, com graduandos do último ano de vários cursos da área da saúde, evidenciou a necessidade de as instituições de ensino superior abordar a temática da higienização das mãos de maneira formal e significativa durante a formação. Embora os acadêmicos que participaram do estudo demonstrassem conhecimento teórico sobre higiene de mãos, esse conhecimento não foi suficiente para modificar seu comportamento na prática e garantir a execução correta de tal procedimento<sup>(6)</sup>.

Outro estudo realizado com alunos do 2º, 3º e 4º ano de uma instituição de ensino superior da área da saúde, em São Paulo, demonstrou que apenas 8,8% dos alunos das etapas estudadas executaram corretamente a técnica de higienização

das mãos. Desperta atenção que os achados deste estudo revelam que a execução correta da técnica diminuiu à medida que o curso avançou. Entre os alunos do 2º ano, 17,6% executaram-na adequadamente; no 3º ano, essa porcentagem caiu para 9,5%; e, no 4º ano, não se encontrou nenhum aluno que soubesse a técnica correta<sup>(7)</sup>.

Esses achados poderiam indicar uma tendência à desqualificação do ato de higienizar as mãos? Será que esse procedimento, por ser tão básico e simples, poderia gerar a interpretação de que não é necessário dispensar tempo e espaço formais para seu ensino/aprendizagem? Será que os acadêmicos das etapas mais avançadas ainda recebem algum reforço no sentido de solidificar conhecimentos em relação à higienização das mãos e seu papel na segurança do paciente/profissional?

Uma investigação realizada em Portugal, com 172 graduandos, demonstrou um baixo nível de conhecimento em relação às formas de transmissão de infecção no ambiente hospitalar. Os resultados do estudo indicaram a necessidade de uma maior atenção para a formação acadêmica a fim de melhorar o conhecimento dos futuros profissionais em relação a medidas de precaução contra infecções hospitalares<sup>(8)</sup>.

A formação acadêmica dos profissionais das áreas da saúde, ao dedicar atenção especial ao ensino e à conscientização da importância da higienização das mãos para a segurança, pode contribuir significativamente com a sociedade ao disponibilizar, para o mercado de trabalho, profissionais conscientes, informados e capacitados para garantir a segurança do paciente e a sua própria nos contextos de atenção à saúde. Considera-se que, para o estabelecimento de uma cultura de segurança do paciente e do profissional efetiva e duradoura, essa temática deve ser abordada periodicamente, com a ênfase que merece, durante toda a formação acadêmica e a vida profissional, uma vez que a higienização das mãos é mundialmente reconhecida como medida primária e indispensável para garantir a segurança do paciente<sup>(10)</sup>.

Há mais de um século, Semmelweis identificou o importante papel da lavagem das mãos na prevenção da contaminação, contudo esse procedimento aparentemente simples e básico não é realizado quando e como deveria<sup>(10)</sup>. Não é possível que se pense a assistência à saúde sem o ato primordial para evitar a contaminação do paciente: a higienização das mãos. Contudo, tarefas aparentemente simples, como o ato de higienizar as mãos antes de prestar

assistência a um paciente, possam, às vezes, exigir estratégias e articulações entre profissionais e setores diversos, no sentido de garantir que sejam executadas de maneira adequada.

Inúmeras razões podem dificultar a incorporação da prática de higienização das mãos as quais podem ser de nível individual, grupal ou institucional, e estão relacionadas com a complexidade dos processos de mudança comportamental. As Diretrizes da OMS sobre Higienização das Mãos em Serviços de Saúde apontam que essa mudança comportamental pode ser estimulada por meio de intervenções voltadas para a melhoria do conhecimento dos profissionais, tais como treinamentos repetidos e *feedback* sobre a adesão à prática entre as categorias <sup>(11)</sup>.

A mudança comportamental é complexa e envolve várias facetas, incluindo educação, motivação e mudanças no sistema. Uma das grandes questões para os profissionais que buscam estratégias para melhorar essa adesão tem sido compreender por que e como as pessoas mudam seus comportamentos <sup>(10)</sup>. Seria de se esperar que os profissionais de saúde higienizassem as mãos em diversos momentos para evitar a transmissão de germes entre os pacientes, e entre estes e os próprios profissionais. Porém, pesquisas realizadas sobre essa temática indicam que a adesão dos profissionais à higienização das mãos é baixa no mundo todo <sup>(4,5,10)</sup>.

O ato de higienizar adequadamente as mãos é, indiscutivelmente, a medida de maior impacto na redução das IRAS e no aumento da segurança do paciente hospitalizado, pelo fato de impedir que microrganismos patogênicos sejam transmitidos de um paciente para outro, ou de um sítio para outro no mesmo paciente. Recentemente o termo *lavagem de mãos* foi substituído por um termo mais amplo: *higienização das mãos*. Esse termo engloba, além de lavar as mãos com água e sabão, a lavagem de mãos com o uso de antissépticos, a fricção de soluções antissépticas e a antisepsia antes de procedimentos cirúrgicos. Um estudo mostra que uma maior adesão às práticas de higienização das mãos está associada a uma redução nas taxas de infecções em serviços de saúde <sup>(12)</sup>. Ao contrário, a não-higienização indica o descuido dos próprios profissionais e constitui-se de situações que afetam sua própria segurança no contexto do trabalho e, por conseguinte, também a segurança da criança hospitalizada.

No mundo, a todo o momento, mais de 1,4 milhão de pessoas são acometidas por alguma infecção adquirida no ambiente hospitalar. No Brasil, estima-

se que 3 a 15% dos pacientes hospitalizados desenvolvem alguma infecção hospitalar<sup>(11)</sup>. Essa situação aumenta o período de internação, o que gera custos desnecessários para as instituições e danos aos pacientes, tais como a necessidade de mais medicações, o prolongamento do seu sofrimento e a delonga na recuperação e no retorno destes às suas atividades diárias.

No cenário mundial, pode-se observar o empenho da OMS, por intermédio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, no intento de reduzir as taxas de IRAS por meio da campanha para higienização correta das mãos nos momentos necessários <sup>(11)</sup>. A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, lançada pela OMS em outubro de 2004, foi composta por uma rede instituições cujo objetivo era aprender e trocar experiências com os demais países.

Após o surgimento da Aliança, evidenciou-se a necessidade de se criar uma classificação para conceitos relacionados com a segurança do paciente que fosse abrangente e entendida no mundo todo. Assim, a OMS desenvolveu a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP), com a finalidade de uniformizar a taxonomia das informações sobre segurança do paciente. A CISP representa a convergência de percepções internacionais das principais questões sobre essa temática, facilitando a descrição, a comparação, a medição, o monitoramento, a análise e a interpretação das informações. A classificação é fundamentada em conceitos que são organizados em categorias. Encontram-se definidos e caracterizados 48 conceitos-chave que representam o início de um processo contínuo e gradual para melhorar o entendimento internacional dos termos e conceitos importantes sobre a temática da segurança do paciente<sup>(14)</sup>.

Para a CISP, **segurança do paciente** é a redução dos riscos e danos desnecessários relacionados à atenção de saúde até o mínimo aceitável, o qual se refere às noções de conhecimento coletivas no momento, aos recursos disponíveis e ao contexto em que se presta o cuidado, ponderados frente à possibilidade de não se realizar tratamento ou de se realizar outro tipo de tratamento. **Circunstância** é uma situação ou fator que pode influir em um evento, em um agente, ou em uma ou várias pessoas; **evento** é algo que ocorre com um paciente ou o atinge; **incidente relacionado com a segurança do paciente** é um evento ou circunstância que tenha ocasionado ou poderia ocasionar um dano desnecessário ao paciente; e **evento adverso** é um incidente que produz dano ao paciente<sup>(13)</sup>.

Desde 2005, a temática da Segurança do Paciente vem adquirindo maior visibilidade. A OMS, por meio da Aliança Mundial para a Segurança Paciente, lançou o “O Primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente”, com o objetivo de melhorar a segurança deste no mundo todo. O Primeiro Desafio Global, com o lema *Clean Care is Safer Care* (Uma Assistência Limpa é uma Assistência Segura), foi bem recebido pelos países; focou a prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde pela higienização das mãos. Segundo dados do último relatório da OMS, 121 países participaram da estratégia, o que corresponde a 87% de cobertura mundial da campanha<sup>(14)</sup>.

Essa proposta conta com o apoio de vários países, entre eles o Brasil, que, no ano de 2007, foi incluído na Aliança mediante a assinatura, pelo Ministro da Saúde, da “Declaração de Compromisso na Luta contra as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde”, que é uma iniciativa do Programa “Desafio Global Segurança do Paciente”, proposto pela OMS<sup>(11)</sup>. A Anvisa/Ministério da Saúde (MS), atendendo às recomendações da OMS e da Aliança, desenvolveu intervenções relacionadas ao Primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, com objetivo de melhorar a higienização das mãos em cinco hospitais da Rede Sentinela. Esses hospitais foram denominados “Sítios de Testes Complementares” e começaram a testar as diretrizes da OMS para a melhoria das práticas de higienização das mãos. Os hospitais encontravam-se um em cada região, a saber:

- Centro-oeste: Hospital Regional da Asa Norte – HRAN – DF
- Norte: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – PA
- Nordeste: Hospital Infantil Albert Sabin – CE
- Sudeste: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein – SP
- Sul: Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS

Os hospitais envolvidos no projeto, com o apoio da Anvisa/MS e da OPAS/OMS, foram orientados a implantar, pelo período aproximado de um ano, a Estratégia Multimodal (multifacetada) de Melhoria de Higienização das Mãos, que seguia as diretrizes da OMS, com o intuito de aumentar a adesão a essa prática básica<sup>(3)</sup>. A estratégia compreendia cinco frentes de ação interligadas no sentido de promover a higienização das mãos: mudanças no sistema para promover o acesso facilitado a soluções alcoólicas, e água e sabão e papel-toalha; treinamento e

educação; avaliação e retroalimentação; lembretes no local de trabalho; e clima de segurança institucional. Os hospitais participantes receberam manuais completos e detalhados, traduzidos para o português, que orientavam desde o treinamento para as observações dos momentos de higienização das mãos; bem como vídeos, cartazes, folhetos, entre outros, inclusive instrumentos quantitativos de avaliação da estratégia<sup>(15)</sup>.

A higienização das mãos é de fundamental importância principalmente no contexto da hospitalização infantil. Sabe-se que a pele das mãos abriga microrganismos que podem ser transferidos facilmente no contato pele a pele ou indiretamente a superfícies e objetos. A microbiota da pele é classificada em microbiota residente e microbiota transitória. A microbiota residente é colonizada por microrganismos que, geralmente, não causam doenças, como os estafilococos, as corinebactérias e os micrococcos, e propagam-se em camadas mais internas da pele, sendo difícil sua remoção pela lavagem das mãos com água e sabão. Já a microbiota transitória apresenta-se na parte mais superficial da pele e é removida por meio da higienização das mãos com água e sabão ou agentes antissépticos. Entre os microrganismos que colonizam a microbiota transitória, podemos encontrar bactérias, fungos e vírus que geralmente estão associados às infecções relacionadas com a assistência à saúde, como, por exemplo, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus spp.*, *Enterobacter spp.*, *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Candida albicans*<sup>(3)</sup>.

As regiões inguinais e perineais são as que apresentam colonizações mais importantes; porém outras regiões do corpo, como axilas, parte superior do tronco e as mãos também podem estar colonizadas. Alguns germes que podem ser encontrados nesses locais são, por exemplo, o *Staphylococcus aureus*, o *Proteus mirabilis*, *Klebsiella spp.* e o *Acinetobacter spp.* Em se tratando de crianças, pode-se inferir que é realmente nessas regiões que a atuação dos profissionais das áreas da enfermagem e medicina tem maior importância. A atenção deve ser redobrada mesmo nos mais simples procedimentos: na troca de fraldas; no banho; na técnica do exame físico, cujas regiões são foco de palpação em busca de sinais como tipo e simetria de pulsos periféricos; na realização da Manobra de Ortolani, para verificar se existe luxação congênita de quadril em recém-nascidos, hérnias, linfonodos ou outros sinais que podem aparecer nesses locais; entre outros.

Além disso, crianças com doenças como diabetes, pacientes com insuficiência renal e pessoas com dermatites crônicas, por exemplo, podem apresentar áreas de pele intactas mais colonizadas, principalmente pelo *Staphylococcus aureus*. As áreas próximas ao paciente, seja adulto ou criança, como mesas de cabeceiras, objetos próximos, roupas de cama e roupas do paciente são possivelmente contaminadas pelos microrganismos que colonizam o paciente<sup>(16)</sup>.

A orientação da OMS para a higienização das mãos consta de cinco momentos (ANEXO A):

- antes de contato com o paciente;
- antes da realização de procedimento asséptico;
- após risco de exposição a fluidos corporais;
- após contato com o paciente; e
- após contato com áreas próximas ao paciente.

A medida visa a garantir que os germes não sejam transferidos:

- de outras áreas do ambiente hospitalar para o paciente;
- de uma parte contaminada para outra no próprio paciente;
- ao próprio profissional;
- a outros pacientes; e
- a outras áreas do ambiente hospitalar.

Além dos momentos indicados para a higienização das mãos, a OMS também disponibiliza materiais com os passos adequados para a realização de tal procedimento com água e sabão (ANEXO B) e com álcool gel (ANEXO C).

Atualmente, hospitais contam com indicadores quantitativos de qualidade da assistência, obtidos por meio de instrumentos em que são registrados indicadores como quedas e taxas de infecção, por exemplo, que fornecem aos serviços um panorama de sua estrutura de cuidado. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), de acordo com o levantamento da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), a taxa de adesão à higienização de mãos no ano de 2010 foi de 55,07%, inferior à meta prevista para o período, que era de 75%. Essa taxa também foi inferior à observada em 2009, que foi de 60,90% de adesão. Nas Unidades de Internação Pediátrica, no ano de 2010, a taxa de adesão foi de 38%, muito abaixo da esperada<sup>(2)</sup>; em 2012, obteve um pequeno aumento para 51,9%; e, até o mês de



abril de 2013, sofreu uma queda para 42%, conforme dados disponibilizados pela CCIH. Esses números, embora ainda distantes da meta de adesão da instituição, que é de 75%, revelam uma adesão próxima ou superior à adesão geral estimada dos profissionais de saúde, cujas taxas variam entre 5 e 81%, o que representa uma adesão média em torno de 40%<sup>(10)</sup>.

Devido a sua importância na redução da infecção hospitalar, a taxa de higienização das mãos é um dos indicadores assistenciais do HCPA acompanhados pela CCIH, juntamente com as taxas de pneumonias relacionadas à ventilação mecânica. Esses indicadores são considerados estratégicos pela instituição.

A taxa é calculada utilizando-se a seguinte fórmula: (nº de higienização das mãos/nº de oportunidades) x 100. Para obtenção desse indicador, é realizado um acompanhamento por meio da observação direta das oportunidades que se apresentam para a higienização de mãos. Essas informações são obtidas mediante observações realizadas por estagiários treinados em todos os turnos de trabalho<sup>(1)</sup>.

### **3.2 Hospitalização infantil**

Os tipos de doença predominantes durante a infância apresentam variações de acordo com a idade da criança, sendo a morbidade mais frequente em crianças de classes menos favorecidas e que estão mais vulneráveis a agressões sociais e do meio, e carente de cuidados de saúde. As doenças de origem respiratória são bastante comuns na infância e respondem por aproximadamente 50% dos problemas agudos, sendo o resfriado a principal doença que acomete as crianças. As doenças infecciosas e parasitárias respondem por 11% dos casos de problemas agudos, e as lesões representam em torno de 15%. Essas situações podem ser definidas como doença aguda, a qual retrata uma condição com sintomas graves e limitantes que demandam atenção médica e que podem resultar na hospitalização da criança<sup>(17)</sup>.

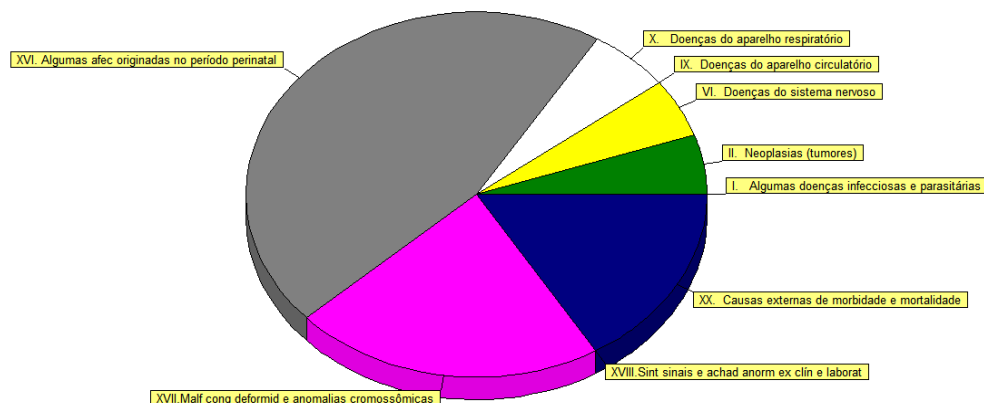
Os últimos dados sobre mortalidade infantil disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) do Ministério da Saúde, no ano de 2010, no Brasil, indicam que em torno de 39.870 crianças menores de um ano foram a óbito. Em 91,42% dos casos, os óbitos aconteceram

em ambiente hospitalar. Nas crianças menores de um ano de idade, as patologias mais comuns que levam à morte são os problemas e anomalias relacionados ao período perinatal, as doenças infecciosas e parasitárias, e os problemas respiratórios. Na faixa entre um e quatro anos, observa-se que as causas externas de morbidade e mortalidade são prevalentes, seguidas diretamente dos problemas respiratórios. No grupo que se encontra na faixa entre cinco e nove anos, as causas são mais distribuídas. São responsáveis pela mortalidade dessa faixa as causas externas, as neoplasias, as doenças do sistema nervoso, as doenças parasitárias e as doenças respiratórias. No período entre 10 e 14 anos, também é frequente a mortalidade por causas externas, neoplasias, doenças do sistema nervoso e problemas respiratórios<sup>(18)</sup>.

Quanto às causas de internação pediátrica, verifica-se que, entre as cinco causas mais comuns de internação pediátrica, encontram-se as doenças relacionadas ao período perinatal, as malformações congênitas, as doenças infecciosas e parasitárias, as doenças do aparelho respiratório e investigação de achados anormais em exames clínicos<sup>(18)</sup>.

No Rio Grande do Sul, as internações hospitalares e a mortalidade infantil ocorrem basicamente pelas mesmas causas, como mostra a Figura 1.

Figura 1: Distribuição das causas de óbito, no RS, segundo categorias de doenças do CID 10.



Fonte: Ministério da Saúde (BR), DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>.

No estado do Rio Grande do Sul, que tem como característica o clima temperado, as quatro estações apresentam-se bem definidas. No período do

inverno, é comum o registro de temperaturas bastante baixas que podem interferir na saúde das pessoas, principalmente das crianças.

No HCPA todos os anos, no período entre maio e setembro, cerca de 80% dos leitos das Unidades de Internação Pediátrica e da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) são ocupados por crianças que apresentam alguma doença respiratória aguda. Os vírus que mais se apresentam como causadores das epidemias gripais que atingem as crianças internadas no HCPA são o vírus da influenza sazonal ou da parainfluenza, o adenovírus e o vírus sincicial respiratório (VSR). Além das complicações a que essas crianças estão sujeitas, também existe a possibilidade de transmissão dos patógenos aos familiares, visitantes e profissionais que as atendem<sup>(19)</sup>.

Durante a hospitalização, a criança tem contato com várias pessoas diferentes, o que pode favorecer a transmissão dos patógenos para um grande número de indivíduos. No período em que está hospitalizada, a criança é acompanhada por um familiar ou responsável, que permanece com ela durante toda a internação. Além do acompanhante, as crianças entram em contato com profissionais das áreas de enfermagem, medicina, fisioterapia, nutrição, higienização, educação física e apoio pedagógico; além de acadêmicos, residentes e estagiários. Interação, ainda, com a equipe de recreação e com outras crianças nesse espaço.

O número de alunos, residentes e estagiários nas unidades pediátricas pode ser um fator colaborador para a disseminação de infecções no ambiente hospitalar. Durante a epidemia da gripe H1N1, que atingiu o mundo no ano de 2009, o HCPA elaborou estratégias para minimizar a transmissão do vírus. Uma delas foi reduzir drasticamente o número de pessoas circulantes. No Hospital, diariamente, circulavam em torno de 12 mil pessoas, entre funcionários, estudantes, professores pesquisadores, médicos, residentes, estagiários, pacientes, visitantes, fornecedores, voluntários, entre outros. Durante a epidemia, a instituição restringiu esse número a aproximadamente 5.500 pessoas. Uma das lições que essa epidemia deixou foi que o número de pessoas que circulam no ambiente hospitalar deve ser permanentemente avaliado com vistas a garantir uma assistência de qualidade bem como segurança aos pacientes e funcionários<sup>(19)</sup>.

Durante a internação, as infecções hospitalares mais comuns adquiridas pelas crianças nas Unidades de Internação Pediátrica são as pneumonias,

septicemias, infecções de cavidade oral e infecções de pele e de tecidos moles. A pneumonia e a sepse são consideradas infecções graves que muitas vezes exigem tratamento em leitos de terapia intensiva. A sepse, que é uma infecção bacteriana na corrente sanguínea, pode estar associada à presença de cateter venoso central e à eventual contaminação deste. As infecções da cavidade oral geralmente são associadas a grandes períodos de hospitalização, utilização de antibióticos de largo espectro, estados de desnutrição, imunodeficiências e utilização de medicamentos potencialmente causadores de lesões na mucosa oral. As infecções da pele e de tecidos moles estão relacionadas a desnutrição, desidratação, hipoalbuminemia, edema, contato prolongado de material urinário e fecal com os tecidos, problemas musculares e deficiências neurológicas<sup>(20)</sup>.

Independentemente do local de infecção, são considerados fatores de risco para as infecções hospitalares do paciente pediátrico: as doenças causadoras de imunodeficiências congênitas ou adquiridas; os transplantes; a utilização de medicamentos imunossupressores; o uso contínuo de corticoide; as neoplasias; e o fato de a criança ser portadora de HIV<sup>(20)</sup>.

As infecções hospitalares podem ser causadas por qualquer microrganismo patogênico, entretanto as bactérias são as mais comuns. Muitas vezes, os portadores de neoplasias e os pacientes com fibrose cística apresentam risco aumentado se forem contaminados por *Acinetobacter sp*, *Pseudomona ssp*, *Burkholderia cepacea* e *Stenotrophomonas maltophilia*. Além dessas, *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus coagulase negativa*, e enterobactérias como *Klebsiella sp*, *Escherichia coli* e *Enterobacter sp*. também são consideradas de relevância clínica e epidemiológica na pediatria em geral<sup>(20)</sup>.

A etiologia das infecções hospitalares em crianças e adultos é basicamente a mesma. Elas podem ter uma origem endógena ou exógena, ou seja, ser causadas pela microbiota do próprio paciente ou adquiridas de outros pacientes ou profissionais da saúde. A transmissão exógena pode ser direta, através da via aérea; ou indireta, pelas mãos dos profissionais e por objetos contaminados<sup>(20)</sup>.

Assim, os profissionais da saúde podem contaminar suas mãos com germes em procedimentos considerados limpos – tais como verificar a temperatura, o pulso, ou tocar no ombro ou nas mãos de um paciente – e transferi-los para objetos, pacientes ou outros sítios do mesmo paciente. Na área da pediatria, os profissionais que cuidam de crianças podem, por exemplo, contaminar-se ou disseminar o VSR –

cuja infecção é grave durante os primeiros dois anos de vida – ou qualquer outro patógeno, por meio do contato com a criança, da alimentação, da troca de fraldas ou até das brincadeiras<sup>(16)</sup>.

Muitas reflexões podem ser feitas relacionadas ao cuidado da criança em situação de hospitalização, tais como acerca do número de crianças por funcionário; da questão das eliminações, que é mais frequente que no adulto e requerem ajuda, seja na troca de fraldas ou na ida ao sanitário; das condições clínicas da criança, que exigem uma aproximação de profissionais com mais regularidade; do número de lavagens de mãos entre um atendimento e outro, que aos poucos vai prejudicando a derme, muitas vezes causando lesões na pele, as quais servem de porta de entrada de germes ou bactérias para o próprio profissional; enfim, todas essas circunstâncias devem ser pensadas quando se trata de hospitalização infantil. Ademais, muitas vezes a criança está desacompanhada na internação, o que demanda cuidados redobrados por parte dos profissionais.

A internação pediátrica apresenta, ainda, algumas particularidades, como o uso de brincadeiras e brinquedos. As brincadeiras permitem que as crianças aprendam coisas que não podem ser ensinadas. Elas aprendem sobre o mundo ou a circunstância em que se encontram e sobre como lidar com pessoas, objetos, situações, tempo e espaço. Dessa forma, conseguem adaptar-se a situações e exigências que estão vivenciando, o que torna o período de hospitalização menos traumático<sup>(17)</sup>.

As atividades lúdicas, como jogos, brincadeiras e trabalhos manuais, contribuem para a recuperação dos pacientes e promovem a socialização das crianças internadas. No HCPA, o Serviço de Recreação é um espaço que desenvolve atividades lúdicas de maneira livre, permitindo que a criança escolha e decida como, com o que e com quem quer brincar. Esse espaço constitui-se em um dos poucos lugares no ambiente hospitalar onde a criança tem a oportunidade de decidir sobre suas atividades. Estas ocorrem em uma sala preparada especialmente para essa finalidade, com brinquedos, livros, revistas, computadores, televisores, entre outros; ou junto ao leito do paciente quando ele está impossibilitado de frequentar esse espaço<sup>(21)</sup>.

Contudo, também nesse contexto, os profissionais precisam primar pela atenção e a observância das medidas-padrão de precaução de infecções, principalmente a higienização das mãos nos momentos indicados. Esses objetos

utilizados como brinquedos, apesar de serem ótimos meios para tornar a hospitalização infantil mais agradável para a criança, são fontes potenciais de contaminação se não forem tomados os devidos cuidados.

Um estudo revelou que os brinquedos podem ser fontes de bactérias encontradas na microbiota ambiental e humana. Essas bactérias não representam risco para pessoas híginas; já para crianças hospitalizadas, que geralmente estão imunocomprometidas, são potencialmente patogênicas. O estudo revelou que 90% das bactérias encontradas nos brinquedos eram resistentes a um ou dois antimicrobianos. Os resultados evidenciaram o risco de infecção cruzada por meio do compartilhamento de brinquedos em ambientes hospitalares, e indicaram que a limpeza e a desinfecção dos brinquedos deve ser diária ou frequente para prevenir infecções hospitalares<sup>(22)</sup>.

O cuidado com a transmissão de germes por meio da higiene adequada das mãos deve ser seguido rigorosamente em todas as situações, inclusive entre os pacientes que, aparentemente, não representariam risco de contaminação, ou quando se tem contato com partes do corpo do paciente ou objetos próximos a ele. Esses cuidados são indispensáveis, uma vez que a pele dos pacientes pode estar contaminada, não apenas em áreas de feridas ou drenagens, mas também em áreas intactas<sup>(16)</sup>.

## **4 PERCURSO METODÓLOGICO**

O estudo foi desenvolvido percorrendo as etapas que se seguem.

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, para aprofundar a investigação sobre o que os profissionais consideram sobre esse tema e o que eles comentam sobre a sua formação e a higienização, com vistas a contribuir com subsídios para melhorar a adesão à higienização das mãos, considerando as especificidades dos cenários de cuidado de formação profissional. O estudo qualitativo responde a questões muito particulares, uma vez que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças e valores que não podem ser quantificados<sup>(23)</sup>. Por meio da abordagem qualitativa, é possível que se revelem crenças, valores e representações dos profissionais que podem indicar falhas e barreiras para a efetivação dos resultados pretendidos. Parece incoerente, mas mesmo os profissionais da saúde podem ter ideias e representações inadequadas<sup>(24)</sup>.

### **4.2 Contexto do estudo**

O estudo foi desenvolvido no HCPA, por ser um hospital universitário de grande porte que conta com uma CCIH ativa e empenhada em reduzir índices de infecção hospitalar e resistência aos antimicrobianos. E, principalmente por ser um hospital participante da Rede Sentinela, um dos cinco no Brasil onde foi implantada, em 2007, a Estratégia Multimodal de Melhoria de Higienização das Mão, que ofereceu recursos para treinamento, orientação e avaliação dos profissionais que atuam no ambiente hospitalar.

A CCIH atua na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, com foco principal na vigilância epidemiológica de infecções hospitalares, no controle dos antimicrobianos utilizados no Hospital e na análise dos indicadores de infecções hospitalares<sup>(1)</sup>.

O HCPA é um hospital público e universitário, vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação. O HCPA é um dos principais responsáveis pelo atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) na capital gaúcha. O Hospital realiza, a cada ano, aproximadamente 552 mil consultas, 29 mil internações, 41 mil procedimentos cirúrgicos, 245 mil procedimentos em consultórios, 2,5 milhões de exames, 4 mil partos, 340 transplantes, bem como presta atendimento a cerca 7,6 mil pessoas na forma de grupos de apoio. Na área de ensino, recebe, a cada ano, cerca de 2,2 mil acadêmicos de graduação, 340 médicos residentes, e alunos de nove programas de pós-graduação, além de disponibilizar estágios a 1,6 mil estudantes de diversas áreas<sup>(19)</sup>.

O atendimento de pediatria do HCPA conta com 71 leitos nas Unidades de Internação e 13 leitos na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico. Os leitos estão distribuídos em quatro unidades de atenção à criança, com enfoque na assistência, no ensino e na pesquisa. São duas unidades de pediatria clínica e cirúrgica (Unidade de Internação Norte Pediátrica – 10º Norte, e Unidade de Internação Sul Pediátrica – 10º Sul), uma unidade de hematologia e oncologia (Unidade de Oncologia Pediátrica – 3º Leste) e uma unidade de intensivismo (Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTIP).

A **Unidade de Internação Norte Pediátrica – 10º Norte** interna crianças de 28 dias a cinco anos incompletos. Essa Unidade é referência no atendimento de crianças com bronquiolite. A **Unidade de Internação Sul Pediátrica – 10º Sul** destina-se ao cuidado de crianças de 5 a 14 anos incompletos. A 10º Sul é referência no atendimento de crianças submetidas a transplante hepático e crianças portadoras de fibrose cística. Também atende crianças com distúrbios psiquiátricos.

O presente estudo foi desenvolvido no período entre agosto e dezembro de 2012, nas Unidades de Internação Pediátrica do HCPA: 10º Norte e 10º Sul.



### 4.3 Participantes do estudo

O Serviço de Enfermagem Pediátrica do HCPA conta com 57 enfermeiros e 189 profissionais, entre técnicos e auxiliares de enfermagem.

O número de profissionais médicos do Serviço de Pediatria atualmente é composto por 29 professores, 35 médicos contratados e 38 residentes de medicina.

O Serviço de Fisiatria conta com uma equipe multidisciplinar, incluindo seis fisioterapeutas que desenvolvem atividades com foco na reabilitação de uma forma global. Na área da criança, atuam principalmente nos casos de paralisia cerebral, síndromes genéticas, deficiências e alterações congênitas, entre outras.

Os profissionais que exercem atividades diretamente relacionadas à assistência à saúde nas unidades de internação pediátrica foram os convidados a participar da pesquisa. Os critérios para inclusão de participantes no estudo foram os seguintes: ser membro da equipe de saúde que atua diretamente com a criança, a saber, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas; e possuir tempo de formação em torno de 10 anos. Esse espaço temporal foi definido por se acreditar que seja capaz de evocar a lembrança dos participantes sobre sua formação acadêmica.

Foram excluídos do estudo os profissionais que exerciam suas atividades nessas unidades mas não tinham contato de cuidado direto com a criança: psicólogos, nutricionistas, auxiliares de nutrição, higienização, entre outros.

Os profissionais dessas unidades foram convidados pessoalmente pela bolsista, auxiliar de pesquisa, que contatou aproximadamente 40 profissionais, explicando os objetivos da pesquisa e anotando os contatos dos possíveis interessados em participar do estudo. Foi organizada uma lista dos interessados, separados por categorias profissionais; posteriormente, foi realizado um sorteio para selecionar aleatoriamente as pessoas que seriam contatadas para o estudo. Após a seleção, a pesquisadora entrou em contato com os participantes para agendamento da entrevista.

Quando um dos profissionais selecionado não aceitava participar do estudo, outro era sorteado. Nos casos em que um profissional faltava à entrevista, outro era novamente sorteado e contatado para participação do estudo. O número de participantes totalizou 16 profissionais da área de saúde, sendo dois elementos de

cada categoria em cada uma das unidades elencadas. Participaram efetivamente quatro enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, quatro fisioterapeutas e quatro médicos. Todos do sexo feminino.

A média de idade dos participantes ficou em 31,9 anos. Em relação ao tempo de graduação, a média em anos foi de 7,5 anos. Quando separados por categorias profissionais, os fisioterapeutas encontravam-se formados há 11,7 anos; os enfermeiros, há sete anos; os técnicos de enfermagem, há 9,7 anos; e os médicos, há dois anos em média. De forma geral, os profissionais exercem a profissão há 7,4 anos em média e trabalham na pediatria há dois anos em média. Dos 16 participantes, nove tiveram sua formação em instituições privadas e sete em instituições públicas.

#### **4.4 Coleta das informações**

As informações foram coletadas por meio de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). As entrevistas ocorreram em horário diferente do turno de trabalho, no Centro de Pesquisa Clínica (CPC) do HCPA, e tiveram duração aproximada de 30 minutos. Destaca-se que houve muitas faltas e recusas em participar do estudo. Acredita-se que um dos fatores dificultadores foi o fato de as entrevistas acontecerem no CPC, que está situado em um prédio anexo ao HCPA. Embora o CPC disponha de salas e consultórios com uma excelente infraestrutura para a realização de entrevistas, o fato de os participantes precisarem se deslocar para esse local, e ainda em horário além do seu turno de trabalho, pode ter contribuído para que 24 deles não aceitassem ou desistissem de participar do estudo.

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de gravador de áudio digital e posteriormente foram transcritas pela assistente de pesquisa e revisadas pela pesquisadora. As falas foram transcritas fielmente. O material coletado resultou em 282 minutos de gravação de áudio e 116 páginas com fonte *Times New Roman*, tamanho 12 e espaçamento 1,5.

## 4.5 Análise das informações

As informações foram submetidas a análise temática de conteúdo a fim de identificar os núcleos de sentido subjacentes ao material coletado, cuja presença ou frequência pudesse contribuir para o alcance dos objetivos do trabalho de pesquisa<sup>(23)</sup>. Foi utilizada a análise temática de conteúdo de Minayo, a qual foi desenvolvida respeitando as seguintes etapas:

1ª) Pré-análise: nessa etapa foi realizada a seleção inicial do material coletado, tendo-se em vista os objetivos do estudo, na busca de informações que indicassem o caminho da interpretação final do material. Para tanto, foram realizadas as seguintes tarefas:

- a) *Leitura flutuante*: leitura e releitura do material transcrito até o pesquisador conseguir impregnar-se do seu conteúdo;
- b) *Constituição do corpus*: organização do material de forma que este pudesse contemplar algumas normas de validade, tais como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência;
- c) *Formulação de hipóteses e objetivos*: determinação das unidades iniciais de análise, ou seja, da forma em que as informações seriam categorizadas e codificadas para posterior análise.

2ª) Exploração do material: essa foi a fase de codificação do material selecionado. As informações coletadas foram organizadas e codificadas utilizando-se o *software* Qualitative Solutions Research (QSR) Nvivo10. Esse *software* pode ser utilizado em pesquisas nas áreas da Saúde, das Ciências Sociais e das Ciências Humanas, e consiste em uma ferramenta capaz de organizar dados de natureza qualitativa. O *software* substitui o método tradicional, que utiliza tesoura, cola e canetas coloridas para a operacionalização de pesquisas qualitativas<sup>(25)</sup>. Salienta-se que essa ferramenta destina-se exclusivamente para organização dos dados e não para sua análise, a qual constitui uma tarefa exclusiva do pesquisador. Nessa fase de exploração dos materiais, os dados brutos, ou puros, foram trabalhados no intuito de se chegar a núcleos de sentido que contribuíssem para a compreensão do texto. Inicialmente, procedeu-se ao recorte do texto em unidades de registro (uma palavra, um tema, um personagem), de acordo com o que foi determinado na pré-análise.

Para finalizar, procedeu-se à organização dos dados e à construção das categorias teóricas.

3ª) Tratamento e interpretação dos resultados obtidos: os resultados foram submetidos à análise para aprofundamento das informações encontradas.

Nessa etapa, o pesquisador realizou inferências e interpretações fundamentadas no referencial teórico. As categorias e subcategorias emergidas serão analisadas no item 5 desse trabalho.

#### **4.6 Considerações bioéticas**

As considerações bioéticas seguiram as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos, da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>(26)</sup>. O projeto de tese foi aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO D), cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA sob o número 120.192 (ANEXO E).

Os aspectos éticos foram respeitados durante todo o estudo e serão respeitados inclusive na publicação e na divulgação dos resultados. Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos, à metodologia e à finalidade do estudo; e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), em duas vias, ficando uma via com o pesquisador e outra com o participante. O Termo de Consentimento continha as informações necessárias ao entendimento dos participantes a respeito dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo, bem como o local para assinatura do participante. O estudo não previu nenhum risco; porém, caso houvesse desconforto, inibição ou intimidação durante as entrevistas, os participantes tinham liberdade para solicitar esclarecimentos ou mesmo a sua retirada do estudo, sem nenhum prejuízo às suas atividades profissionais na instituição.

A coleta das informações somente foi iniciada após aprovação do projeto pelas instâncias responsáveis. O material resultante da pesquisa ficará armazenado por um período de cinco anos e posteriormente será destruído, conforme a Lei dos Direitos Autorais nº 9610/98<sup>(27)</sup>. Para preservar a identidade dos participantes

utilizou-se a letra “P”, seguida de um número, da seguinte forma: P1, P2, P3, e assim sucessivamente até P16.

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentadas as categorias temáticas e subcategorias emergidas do processo de análise dos materiais coletados, bem como a caracterização dos participantes, a interpretação e a discussão dos achados. No quadro seguinte, são apresentadas as categorias e subcategorias.

<b>Categorias temáticas</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>5.1 A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E A FORMAÇÃO ACADÊMICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE</b>	<b>5.1.1 Memórias do processo de formação</b>
<b>5.2 A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E A VIDA PROFISSIONAL</b>	<b>5.2.1 Memórias do ingresso na vida profissional</b>
	<b>5.2.2 Higienização das mãos no atual contexto da hospitalização infantil</b>

Cada categoria, com suas subcategorias e temas, será analisada, interpretada e discutida à luz dos referenciais pertinentes.

### 5.1 A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E A FORMAÇÃO ACADÊMICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Esta categoria permitiu evidenciar, sob a ótica dos participantes, que a higienização das mãos foi abordada de forma incipiente durante o processo de formação acadêmica, nem sua relevância foi devidamente destacada; tampouco houve o exercício constante dessa prática durante as atividades nos campos de estágio. Ressaltaram, ainda, que, algumas vezes, o que tinham como lembrança era a solicitação de higienização das mãos somente frente a um procedimento técnico e

não como uma regra no ambiente hospitalar, e muito menos ligada à segurança do paciente ou do profissional.

### 5.1.1 Memórias do processo de formação

A memória humana apresenta grande capacidade de realizar uma enorme variedade de operações. Ela permite o armazenamento e a manipulação de informações que vamos adquirindo ao longo da vida e, com isso, a identificação e a classificação de sons, cheiros, gostos e sensações. Por meio da memória, podemos compreender o mundo levando em consideração, além do momento atual, nossas experiências individuais<sup>(28)</sup>.

A organização da memória envolve mecanismos de codificação, retenção e recuperação de informações. No que se refere ao tempo de armazenamento dessas informações, é possível classificar a memória em sensorial, de curto prazo e de longo prazo. A memória sensorial retém por alguns segundos as informações percebidas pelos órgãos do sentido e as codifica. A memória de curto prazo recebe as informações já codificadas e as retém por segundos ou minutos, para que sejam descartadas ou armazenadas. Já a memória de longo prazo recebe as informações e as armazena de forma definitiva, permitindo sua recuperação com uma capacidade de armazenamento ilimitada. As informações ficam retidas por um período de tempo também ilimitado<sup>(28)</sup>.

No intuito de levar os profissionais a buscarem na memória as suas lembranças do processo de formação, foi-lhes feito o seguinte pedido: *Fale sobre o que você se lembra de sua formação quanto à higienização das mãos.*

**P7:** *Eu não me lembro nem da teoria e nem de prática [...] Eu me lembro que tinha que lavar as mãos antes de procedimento e que isso era orientado na execução dos procedimentos, mas eu não me lembro de ter tido aula e nem de frisar a importância explicando da transmissão disso e aquilo, eu não me lembro [...]*

Também foi possível observar, no depoimento seguinte, a pouca importância atribuída à temática pelos alunos e a pouca exigência da execução da técnica por parte dos professores durante as atividades práticas:

**P4:** *Eu me lembro que eu tive uma disciplina [...] onde a professora começou a disciplina com essas questões bem básicas, assim, de lavagem de mão, prender o cabelo, usar brinco curtinho, as unhas bem cortadas, o esmalte íntegro. [...] a gente achava que não tinha importância na época, isso foi no início da faculdade, e aí depois durante os estágios [...] a gente sempre utilizava luvas pra atender e lavava a mão depois. Na teoria foi abordado e na prática não era cobrado [...] não era uma cobrança a lavagem de mãos. Nunca foi uma cobrança durante a prática, eu acho que a gente sabia, assim, que tinha que lavar as mãos, era meio que a consciência mesmo, assim, porque a gente teve na teoria, mas na prática isso não foi cobrado.*

Esses relatos a partir do resgate da lembrança vêm a reforçar a necessidade de se trabalhar continuamente a higienização das mãos durante a formação acadêmica com a finalidade de promover o hábito dessa prática de forma correta e efetiva. Esse é ainda considerado um dos grandes desafios do ensino da área da saúde<sup>(6, 29)</sup>.

A abordagem dessa temática talvez seja desafiante para o professor, uma vez que a higienização das mãos é uma prática que não se associa com uma atividade profissional específica: é aprendida por todas as pessoas desde a infância e incorpora-se ao seu cotidiano. Esse fato pode favorecer o equivocado e perigoso entendimento, por parte dos futuros profissionais, de que esse procedimento é menos importante do que outros mais complexos que eles precisam aprender durante o curso, tais como a realização de um curativo, de uma aspiração das vias aéreas, de uma cirurgia, entre outros. No entanto, não só todos esses procedimentos como também toda a assistência ao paciente podem ser prejudicados pela falta do “simples” ato de lavar as mãos. A segurança dos pacientes internados, em especial a das crianças, estará seriamente em risco se os profissionais que as assistem não souberem (ou não lembrarem) quando e como higienizar suas mãos.

O desafio das instituições de ensino em saúde no que se refere à temática de higienização das mãos vai muito além de formar profissionais comprometidos com a adesão à prática de higienização. Além da adesão, é imprescindível que essa



prática seja executada corretamente, daí se conclui que a técnica deve ser amplamente enfatizada nos cursos de formação da área da saúde<sup>(30)</sup>.

Acredita-se que a higienização das mãos deve ser preocupação constante e tema transversal na formação dos profissionais da saúde, e que deve ser instigada, cobrada e avaliada como outro procedimento qualquer que se deva apreender e realizar de modo adequado. No entanto, a maneira como a higienização das mãos foi abordada nos relatos indica que essa temática não foi muito explorada e valorizada durante o processo formativo. Segundo os depoimentos dos participantes, a técnica de higienização das mãos foi abordada, mas sua necessidade e importância não foram enfaticamente ressaltadas. É possível inferir que, quando abordada, foi na forma de orientações em meio a discussões informais associadas à necessidade de higienização das mãos antes dos procedimentos.

**P8:** *Se foi [abordada], foi teórica, assim, foi de conversa nada formal, sabe, nada de fazer teste sobre isso ou uma prática específica. Sempre assim, lavar as mãos antes e depois de tu fazer o manuseio, de tu atender, de tu fazer qualquer procedimento. Como tu lava tuas mãos, uma coisa assim mais... não teve.*

**P9:** *... eu não me lembro, ou pelo menos não marcou. Eu não me lembro de nenhuma, assim, coisa formal. Então, na semiologia no quarto semestre, quando tu vem ver os pacientes, a primeira vez que tu tem teus pacientes, que tu examina, tu tem contato com o ambiente hospitalar [...] eu me lembro de professores, assim, falando. Agora, de alguma aula, disciplina, eu não me lembro. [...] Olha eu acho que nem nas de aula de cirurgia!*

**P10:** *Não, nunca tive nada assim de aula teórica ou prática da higienização das mãos. [...] Da prática foi mais no momento em que a gente aprendeu cirurgia mesmo, que era a lavagem das mãos mais pra bloco mesmo [...] era orientada a lavagem, mas sem aula prática, assim.*

**P12:** *[...] quando ia entrevistar os pacientes, aí os professores orientavam lavar a mão quando chega, lavar a mão quando sai, quanto toca, enfim, mas eram orientações antes de ver os pacientes, assim. A princípio não me lembro de ter sido abordado em nenhuma aula específica nem mesmo nesse período.*

**P14:** *Para o procedimento, não tanto pra prevenção em si, mas mais era para o procedimento. Falava em procedimento, falava em lavagem de mãos. Vai trocar uma sonda, vai lavar as mãos...*

Pode-se perceber que alguns participantes referiram que o tema foi abordado de forma pontual associado meramente ao procedimento, sem aprofundamento sobre os fatores envolvidos no processo. Lembranças relacionadas à importância, à cobrança na prática e até mesmo ao aprofundamento do conteúdo, ou ainda de alguma disciplina e/ou professor específicos, não apareceram nos relatos, donde se depreende que essa temática foi realmente pouco marcante no período formativo desses profissionais entrevistados.

As diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde indicam a necessidade de formação de profissionais dentro de um modelo centrado no usuário do sistema de saúde. Entretanto, a integração do ensino com o serviço de saúde durante a realização das práticas “[...] pressupõe a presença de estudantes em formação e docentes em cenários onde ainda se produz atenção à saúde sob um modelo tecnoassistencial hegemônico centrado no procedimento”<sup>(31:p.360)</sup>.

O fato de a formação acadêmica, segundo a maioria dos depoimentos, contemplar a prática da higienização das mãos apenas de forma indireta, ou seja, associada ao procedimento, reveste-se de preocupação. Considera-se que a prática profissional seja um reflexo do processo ensino-aprendizagem, sendo o período da graduação fundamental para o desenvolvimento das competências do futuro profissional<sup>(9)</sup>.

Apesar de evidências científicas de que a higienização das mãos tem papel importante na redução de casos de transmissão de infecções<sup>(32, 33)</sup>, e das disposições legais que indicam a necessidade desse procedimento, como a Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998, que destaca a lavagem das mãos como a medida isolada mais importante na prevenção de infecções hospitalares, muitos profissionais de saúde ainda não incorporaram essa prática em suas rotinas de trabalho<sup>(12)</sup>.

Ainda em resposta ao questionamento – *Fale sobre o que você lembra de sua formação quanto à higienização das mãos* –, um dos participantes afirmou o que segue:

**P16:** *Nada! Nunca me ensinaram a lavar as mãos na faculdade! Nunca, na faculdade, não.*

Embora a maioria dos entrevistados tenha revelado que o tema foi abordado esporadicamente ou abordado apenas associado ao procedimento, o depoimento anterior revela de forma taxativa que a temática não foi abordada durante o período de graduação. Esse depoimento, apesar de incisivo, chama a atenção para duas possibilidades: ou a falta de lembrança de um ex-graduando ou a constatação de que a prática de higienização das mãos foi totalmente desconsiderada durante o seu processo formativo.

Contraopondo os relatos da maioria dos participantes, destaca-se um que evidencia a valorização da temática na formação, tanto na parte teoria quanto prática. Salienta-se que o curso de formação desse entrevistado ocorreu dentro de uma instituição de saúde.

***P1:** Me lembro que tinha a parte teórica e depois a gente fazia tipo aula de laboratório então... e simulava toda uma situação de atendimento, onde a gente tinha que lavar as mãos [...] assim, entrar no quarto, lavar as mãos, se identificar, falar com o paciente. Então tinha a parte teórica e depois a parte prática também. E era sempre avaliado e pontuado. Todos os passos, se tu abria a torneira direito, botava o sabão, faziam todos os passos... ali no meio dos dedos, se tu fechava a torneira com papel toalha.*

Percebe-se, no trecho da entrevista, que a temática da higienização das mãos foi abordada tanto na teoria, aumentando o conhecimento sobre a temática, quanto na prática. Na parte prática, como revelou o depoimento, a técnica era avaliada e pontuada em vários aspectos durante simulações vivenciadas por alunos. Essa modalidade de ensino vai ao encontro das disposições constantes nas Diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre Higienização das Mãos em Serviços de Saúde, que visam a melhorar a higienização feita pelos profissionais. De acordo com as diretrizes, a higienização das mãos pode ser estimulada pelo conhecimento dos profissionais sobre a temática e por meio de treinamentos repetidos e avaliações de desempenho<sup>(11)</sup>.

Diante dos depoimentos dessa categoria que aborda a formação acadêmica do profissional de saúde, percebeu-se que, de modo geral, existe uma lacuna entre a academia e os cenários para a prática profissional. A necessidade de formação integrada abrangendo a academia e os serviços de saúde é abordada nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem, que dispõem que as

instituições devem proporcionar estágio curricular supervisionado com 20% da carga horária do curso, e que esse estágio deve contar com a participação efetiva dos enfermeiros do serviço de saúde onde será desenvolvido o estágio<sup>(34)</sup>. Nesse sentido, os demais cursos de formação na área da saúde também contemplam estágios em campos de prática sob supervisão e portanto incluem atividades que exigem a apropriação de conhecimento sobre a técnica da higienização das mãos.

A participação efetiva do enfermeiro da unidade no estágio é uma questão ainda complexa e muito debatida nas instituições de ensino e nos órgãos de classe. Quando “a integração ensino-serviço acontece de forma efetiva, unindo docentes, estudantes e profissionais de saúde com o foco central no usuário, esta dicotomia entre o ensino e a produção dos cuidados em saúde se ameniza” (31, p. 358). Tal integração pode favorecer a formação de alunos preparados para atuar conforme a realidade dos serviços de saúde. No caso da formação do enfermeiro, por exemplo, com o acompanhamento do profissional enfermeiro que atua no serviço de saúde e que também é co-responsável no processo formativo, o estagiário tem um melhor aproveitamento do conhecimento que adquire sobre a realidade da instituição e suas peculiaridades junto aos usuários, e isso, com certeza, constitui um fator importante e contribuinte para uma formação de qualidade. Na formação dos demais profissionais, como médicos, fisioterapeutas ou mesmo técnicos de enfermagem, também o aluno conta com a figura do professor preceptor, aquele que está inserido no serviço e conhece a realidade, ou ainda de um profissional especificamente preparado para compartilhar e orientar os futuros profissionais quanto às demandas e particularidades de determinado serviço que serve de campo de prática para a formação.

Considera-se que formar profissionais capazes de atuar com senso de responsabilidade e de promover a saúde integral do ser humano implica formar profissionais comprometidos com a segurança do paciente – no caso em tela, da criança hospitalizada. Pelo que se evidencia nos depoimentos, é possível inferir que o tema da higienização das mãos pode não ter sido abordado de forma enfática a ponto de formar profissionais engajados na não-transmissão de infecções entre pacientes e conscientes do quanto a higienização das mãos se relaciona com a segurança dos pacientes internados e do próprio profissional.

Um estudo realizado em um curso de graduação de uma instituição de ensino superior em São Paulo demonstrou que um reduzido número de alunos executou

corretamente a técnica de higienização das mãos. Além disso, esse número diminuiu ainda mais à medida que os graduandos avançavam na sua formação. Os dados encontrados nesse estudo revelaram que, entre os alunos do segundo ano, 17,6% executaram adequadamente a técnica de higienização das mãos. Já no terceiro ano, esse número caiu para 9,5%. No quarto ano, não foi encontrado nenhum aluno que executasse a técnica corretamente<sup>(35)</sup>. Esse estudo demonstrou que os graduandos da instituição em questão tiveram acesso a informações quanto à prática correta de higienização das mãos; contudo, por alguma razão, essas informações não ficaram retidas e, principalmente, não foram incorporadas nas suas práticas de cuidado. Dentre as inferências feitas pelos pesquisadores sobre essa constatação, a baixa taxa de graduandos que realizava corretamente a técnica foi associada à distância temporal dos semestres iniciais em que a técnica foi ensinada ou, ainda, ao fato de esses alunos realizarem seus estágios sem a orientação direta do professor e ficarem sujeitos a influências e exemplos do meio em que estão inseridos. Desse modo, os autores do estudo associam essa queda da frequência da execução correta da técnica ao exemplo profissional<sup>(35)</sup>.

Outro estudo realizado com graduandos do último semestre de um curso da área da saúde, no Brasil, revelou a existência de lacunas entre o conhecimento sobre higienização das mãos, o reconhecimento da necessidade dessa prática e a adesão à mesma. Embora a maioria dos graduandos (89,9%) tivesse conhecimento do papel da higienização das mãos na transmissão de infecções e conhecesse a técnica (92,6%), a adesão referida pelos mesmos foi baixa: em torno de 10,5% antes e após atendimento a pacientes, e 2,4% antes e após o turno de trabalho<sup>(36)</sup>.

A dicotomia entre teoria e prática também pode ser observada em nível internacional. Um recente estudo desenvolvido na Áustria, com o objetivo de avaliar o conhecimento sobre a higienização das mãos e a adesão a essa prática entre alunos de medicina do terceiro ano, revelou que, dos 192 alunos participantes, 70% consideraram seu conhecimento em relação à temática excelente ou bom. Entretanto, apenas 49% dos estudantes relataram adesão à higienização das mãos conforme preconizado pela OMS<sup>(32)</sup>.

Esses estudos chamam a atenção para as baixas taxas de adesão referidas pelos graduandos de cursos da área da saúde, que os preparam para cuidar e tratar das pessoas. Apesar de estes demonstrarem ter conhecimento do papel da higienização das mãos no processo de transmissão de infecções, e saber a técnica,

não a incorporaram em suas práticas de cuidado. Assim, sem dúvida, um dos grandes desafios do processo de ensino na área da saúde é formar profissionais capacitados para atuar nas instituições de saúde, engajados na prevenção de infecções e com uma visão ampliada da saúde<sup>(29)</sup>. E, conscientes de que os pacientes estão expostos aos germes que possivelmente serão carregados por suas mãos, quando estas não forem higienizadas adequadamente.

Cabe destacar que as taxas de adesão dos profissionais também se encontram distantes da ideal. Uma revisão sistemática de 2010, composta por 96 estudos empíricos, de diversos países, apontou que a taxa global de adesão à higienização das mãos está em torno de 40%<sup>(37)</sup>. Esse número corrobora os dados sobre adesão publicados pela OMS<sup>(14)</sup> e pelo Ministério da Saúde<sup>(10)</sup>, que também ficam nessa mesma taxa. Em relação à adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos, o ideal seria que ela fosse de 100% ou o mais próximo possível disso. O esperado seria que um profissional, fundamentado teoricamente e consciente das consequências de suas práticas, higienizasse adequadamente suas mãos nos momentos necessários e incorporasse instintivamente o procedimento à sua prática.

No entanto, diante de estudos que revelam que a adesão à higienização das mãos está muito aquém do esperado, permanece a questão: O que fazer para que os graduandos compreendam e assimilem, nas suas práticas como acadêmicos e profissionais, a técnica de higienização das mãos?

Essa pergunta inquieta e talvez ainda permaneça sem resposta, entretanto acredita-se que uma das alternativas para aumentar a adesão de modo real seja fomentar a iniciativa e a decisão do próprio profissional de realizar tal prática. Considera-se que o ponto forte a estimular essa tomada de decisão seja a formação acadêmica. Pelo que se percebe na grande maioria dos depoimentos, as memórias referentes ao tempo em que os participantes se encontravam na instituição de ensino, ou seja, quando estavam aprendendo a ser profissionais, são vagas e associam a prática de higienização das mãos a algo complementar ao procedimento e sem grande importância. Embora não seja foco deste estudo investigar se a temática foi ou não devidamente abordada durante o processo formativo desses participantes, o fato de suas lembranças serem pouco efetivas quanto a essa prática demonstra que a preocupação com a formação e com o fazer do profissional da

saúde deve ser intensificada no sentido de qualificar o cuidado e ir ao encontro do preconizado para a segurança do paciente e do profissional.

Em relação à temática da segurança do paciente, um estudo buscando avaliar a incidência de eventos adversos no Brasil, concluiu que a porcentagem de eventos adversos que poderiam ser evitados foi de 66,7%. Esse valor sugere que o País apresenta problemas de segurança com uma frequência maior que em outros países desenvolvidos, como Canadá, Austrália, França, Dinamarca e Espanha, que apresentam proporções de eventos adversos inferiores<sup>(38)</sup>.

A preocupação com a segurança do paciente e os esforços para melhorá-la intensificaram-se no mundo todo depois do surgimento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004. Fruto desses esforços, a OMS criou a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP)<sup>(11)</sup>, com o intuito de uniformizar os termos relativos à segurança utilizados em diferentes países.

No contexto da hospitalização infantil, com base na CISP, podemos qualificar os momentos indicados para a higienização das mãos, segundo as diretrizes da OMS, como “circunstâncias”, ou seja, uma situação ou fator que pode influir em um evento. O ato de higienizar as mãos pode ser entendido como um “evento”, ou seja, algo que ocorre com um paciente ou o atinge. Nessa perspectiva, a não-higienização das mãos nos momentos recomendados pode representar o que a CISP denomina “incidente relacionado com a segurança do paciente”, o qual representa um evento ou circunstância que tenha ocasionado ou poderia ocasionar um dano desnecessário ao paciente. Quando é possível identificar e relacionar a higienização das mãos dos profissionais de saúde com algum agravo à saúde do paciente, pode-se entender que a não-higienização das mãos resultou na ocorrência de um “evento adverso”, definido pela CISP como um incidente que produz dano ao paciente, interferindo na sua segurança<sup>(14)</sup>.

Diante das muitas evidências de que as mãos dos profissionais estão envolvidas na disseminação das infecções no ambiente hospitalar, afetando a segurança do paciente hospitalizado, a OMS lançou “O Primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente”, com o lema *Clean Care is Safer Care* (Uma assistência limpa é uma assistência segura). A campanha visava reduzir a ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) por meio da higienização das mãos<sup>(14)</sup>.

As particularidades da hospitalização infantil podem dificultar a manutenção da segurança do paciente pediátrico, pelo fato de exigirem uma proximidade maior dos profissionais de saúde na realização dos cuidados e, conseqüentemente, uma frequência de higienização das mãos também maior. Quando a criança está desacompanhada, a demanda aumenta consideravelmente. Além da realização dos cuidados gerais com a criança, os cuidados de higiene e conforto exigem intervenções frequentes dos profissionais, sejam nas eliminações em fraldas, no auxílio para uso do sanitário, nos cuidados com a alimentação, na administração de medicações, na realização de curativos ou em outros procedimentos que, muitas vezes, necessitam de mais de um profissional envolvido. Assim, as diversas situações que compõem o universo da hospitalização infantil podem interferir na garantia de um cuidado seguro ao paciente pediátrico no contexto da transmissão de infecção hospitalar por meio das mãos.

## **5.2 A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E A VIDA PROFISSIONAL**

Esta categoria está organizada em duas subcategorias: Memórias do ingresso na vida profissional e Higienização das mãos no atual contexto da hospitalização infantil.

### **5. 2. 1 Memórias do ingresso na vida profissional**

Na intenção de buscar junto aos profissionais o resgate de suas experiências individuais iniciais com a higienização das mãos é que os questionamos e os levamos a falar do que se lembravam sobre esse tema, desde os tempos de graduação até o ingresso na vida profissional. A memória de longo prazo é composta, por exemplo, de memórias de infância e memórias do que aprendemos na escola, e permite sua recuperação mesmo depois de décadas. Essa memória é de vital importância para a organização da vida dos indivíduos, uma vez que o conhecimento nela armazenado interfere na percepção de mundo e norteia a



tomada de decisão dos sujeitos<sup>(28)</sup>. Ora, se o conhecimento sobre a importância da higienização das mãos obtido em algum momento de sua formação ou de seu ingresso na vida profissional foi realmente introjetado, acredita-se que sua lembrança pode ajudar na tomada de decisão e fazer parte de sua práxis.

A maioria dos relatos sobre o início da vida profissional traz a higienização das mãos como técnica presente e lembrada em seu processo admissional, principalmente na instituição de saúde, cenário deste estudo. Os seguintes relatos apareceram quando os participantes foram questionados sobre o que recordavam em relação ao início de sua atuação como profissionais no hospital, mais precisamente, se realizavam e como realizavam o procedimento da higienização das mãos:

*P1: Sim, realizava, mas eu acho que não tinha todos os passos que têm hoje da lavagem de mãos. Era diferente, parece, menos etapas, eu acho, não tinha tantas etapas, mas desde o início foi bem enfatizado tanto na introdução, no curso do processo admissional.*

Cabe destacar que o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), onde foi realizado o estudo, é comprometido com o aumento da adesão à higienização, bem como com outras medidas que favoreçam a melhoria da qualidade da assistência. Apesar dos grandes esforços do Hospital para que as taxas de adesão à higienização das mãos atinjam o patamar esperado, os valores encontrados são bastante inferiores ao desejado. A meta almejada pelo HCPA para o ano de 2009 era atingir uma taxa de adesão em torno de 75%; contudo, a taxa alcançada naquele ano foi de 60,9%<sup>(1)</sup>. Conforme dados disponibilizados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HCPA, a taxa média geral de adesão à higienização das mãos em 2012 aumentou para 64%. Entretanto, no período entre janeiro e março de 2013, as taxas de adesão variaram de 56,5% em janeiro a 49% em março. Essas taxas vão ao encontro do que se encontra na literatura. Segundo o Ministério da Saúde, as taxas médias de adesão à higienização das mãos entre os profissionais de saúde ficam em torno de 40%<sup>(10)</sup>.

Nas unidades pediátricas, os dados coletados pela CCIH mostram uma taxa média de adesão de 51,9% em 2012; e, no período de janeiro a abril de 2013, indicam uma taxa média de higienização das mãos de 42%. Observa-se nas

informações fornecidas pela CCIH que as taxas de adesão na área da pediatria estão se mantendo baixas apesar das estratégias da instituição para elevá-las<sup>(39)</sup>.

O incentivo institucional fica evidenciado nos depoimentos. Segundo os participantes, a higienização das mãos sempre foi incentivada pelo HCPA e realizada pelos profissionais desde o início de sua atuação no Hospital.

**P5:***(...) Aí tu vem para um hospital-escola (...) que quer dar uma assistência de qualidade, quer manter o nível, aí tu vê que a cobrança é diferente, tem cartazes de lavagem das mãos, a gente cuida se os técnicos estão lavando, o tempo todo. Tem pia na frente dos quartos, é uma outra situação.*

**P14:***Olha, desde que eu entrei aqui há quatro anos (...) sempre teve, assim, os passos da lavagem de mãos, sempre teve cartaz. Eu acho que isso é bem coisa assim de uns cinco anos pra cá(...) aqui no hospital desde que eu entrei sempre foi estimulado.*

A instituição do estudo investe na melhoria da qualidade do atendimento de seus clientes em todos os âmbitos da atenção à saúde. Nesse sentido, ela busca o aumento das taxas de adesão à higienização das mãos como uma das formas de prezar pela segurança do paciente. No entanto, sabe-se que a preocupação com a higienização das mãos não é identificada em todas as instituições de saúde. Isso se depreende do depoimento de P5, que percebe a diferença de estar trabalhando em um hospital-escola e engajado na questão.

O interesse das instituições em melhorar a qualidade de seus serviços muitas vezes é focado na busca por tecnologias complexas. Já os procedimentos simples, mas fundamentais, tais como a higienização das mãos, ficam esquecidos ou não recebem a devida atenção<sup>(30)</sup>.

Outro ponto que surgiu nas entrevistas foi a pouca importância dada à higienização adequada das mãos quando o profissional ainda não atuava em ambiente hospitalar e atendia pacientes que, possivelmente, não estavam infectados.

**P6:***No meu início profissional eu não trabalhava em hospital, mas trabalhava com público, não com público infectado, então acho que eu não utilizava muito a técnica como deveria ser (...). Não me lembro, sinceramente talvez eu fazia uma higienização incorreta.*

Esse relato sugere que o fato de os pacientes não representarem risco potencial de infecção, a higienização das mãos poderia ser desconsiderada.

A influencia do amadurecimento profissional também ficou evidenciado no trecho a seguir. O entrevistado revela que, no início da sua vida profissional, não dava tanta atenção à higienização das mãos.

***P7:** Realizar eu realizava, mas eu não sei se tinha tanta atenção como tenho hoje, até que eu trabalhava em emergência antes de vir pra cá e eu comecei bem no início (...) que era um caos, assim, um Deus nos acuda. Lavava as mãos, tinha álcool em gel, o hospital disponibilizava, mas acho que não prestava tanta atenção nisso. Eu não me lembro de ter todos esses cuidados assim, mas higienização de mãos sim.*

Evidenciou-se, ainda, a contribuição da epidemia do vírus H1N1, causador da gripe A, para a estimulação da higienização das mãos.

***P15:** Sim. Até porque eu já vim naquele “boom”, assim, do pós-H1N1, então já tinha bastante orientação sobre isso. E quando a gente entra no hospital, no introdutório também a gente tem bastante orientação disso. Têm as enfermeiras do controle que vêm e ensinam a prática, os cinco momentos, desde o início, desde o introdutório.*

No ano de 2009, a identificação de casos de um novo tipo de vírus da gripe no México e nos Estados Unidos deixou o mundo todo em alerta. No início, a doença foi chamada de Gripe Suína e, depois, de Influenza A-H1N1. Desde seu aparecimento, em abril de 2009, até setembro do mesmo ano, foram identificados 296.471 casos da Influenza A-H1N1 e pelo menos 3.486 mortes no mundo. No Brasil, foram confirmados 9.249 casos; e, destes, 899 óbitos. No Rio Grande do Sul, foram notificados 4.458 casos; destes, 830 foram confirmados, e 190 evoluíram a óbito<sup>(19)</sup>.

Essa epidemia, que se transformou em pandemia e aterrorizou o mundo todo, parece ter contribuído para aumentar a adesão à higienização das mãos no ambiente hospitalar e extra-hospitalar. Quem vivenciou o caos gerado pela gripe A certamente lembrará que nunca se viu tanto álcool em gel ser vendido e utilizado nos mais variados ambientes, hospitalares ou não. As pessoas utilizavam álcool gel

em estabelecimentos comerciais, escolas, creches, asilos; enfim, percebia-se que, no auge da pandemia, a higienização das mãos era uma preocupação comum entre as pessoas.

O inverno do ano de 2009 representou para o HCPA um período de grande mobilização e adaptação frente à pandemia de gripe A. Uma das primeiras medidas tomadas pela instituição foi fazer circular um informativo voltado aos profissionais que atuavam no Hospital, com esclarecimentos e orientações sobre medidas necessárias à proteção individual. Após essa medida, a instituição atualizou protocolos com base nas normas nacionais e internacionais frente ao novo vírus, redimensionou equipes e alterou rotinas de funcionamento de unidades. Para atendimento dos casos suspeitos, o HCPA estabeleceu parceria com o Hospital da Aeronáutica de Canoas (HACO) para a organização de barracas de atendimento, a fim de minimizar a já habitual superlotação das emergências no período de inverno e atender à demanda extra. Surgia assim, o hospital de campanha, onde profissionais dos dois hospitais realizavam atendimentos.

É relevante destacar que foi importante a adesão dos profissionais às medidas básicas de proteção – tanto ao uso de máscaras quanto à higienização das mãos – com a finalidade de conter a pandemia. Embora os esforços da CCIH para aumentar a adesão à higienização das mãos sejam expressivos e constantes, nesse período essa questão se avultou. Foram ampliados os alertas quanto à importância e eficácia dessa medida para minimizar a disseminação de germes e, principalmente, do vírus H1N1. A distribuição de álcool gel em frascos individuais aumentou, bem como a instalação de dispensadores nas unidades, corredores e elevadores. Além disso, diante das evidências do papel das mãos na transmissão de infecções, a importância da higienização das mãos foi enfatizada também nos encontros da CCIH com o corpo clínico do Hospital. Ainda como medida para diminuir a disseminação do vírus, reduziu-se o público circulante no hospital em todos os setores, com ênfase nas áreas fechadas, tais como o Centro de Terapia Intensiva, a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e a Neonatologia, que são áreas do Hospital onde há circulação de germes resistentes, principalmente nos períodos de inverno<sup>(19)</sup>.

No relatório do HCPA, os resultados obtidos durante esse período foram positivos nos seguintes aspectos: possibilitaram uma experiência de aprendizagem em situações de crise e aumentaram a preocupação dos profissionais com as

medidas para reduzir a transmissão de infecções no ambiente hospitalar. Durante essa pandemia, o consumo de álcool gel aumentou em 10 vezes; e, pela primeira vez, a adesão à higienização das mãos, indicador que vinha se mantendo em torno de 56% nos últimos anos, atingiu o maior patamar da história do Hospital: 70% dos profissionais<sup>(19)</sup>.

Nas Unidades de Internação Pediátrica, o aumento dos atendimentos não foi sentido de forma tão intensa quanto o foi nas áreas destinadas aos adultos. Isso decorre do fato de os profissionais já estarem habituados ao aumento da demanda de atendimento e internação no período de maio a setembro, os meses mais frios no sul do País. Nesse período é comum essas unidades apresentarem superlotação devido ao vírus da influenza sazonal, ou parainfluenza; ao vírus sincicial respiratório (VSR) ou ao adenovírus<sup>(19)</sup>.

### **5.2.2 Higienização das mãos no atual contexto da hospitalização infantil**

Desde 1990, quando ocorreu a promulgação da Lei 8.069, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), conforme disposto no Art. 12, é garantido à criança hospitalizada contar com a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, durante o período de internação<sup>(40)</sup>. A partir dessa regulamentação, as instituições de saúde tiveram de se adequar para receber os pais no ambiente de cuidado. A assistência à criança, anteriormente realizada pela equipe de saúde, passou a comportar mais um personagem: o familiar.

Na perspectiva do ECA, o familiar foi inserido no ambiente hospitalar com o propósito de reduzir o sofrimento gerado à criança devido à internação<sup>(41)</sup>. Entretanto, apesar desse avanço no cuidado à criança internada, algumas vezes a presença do familiar junto com a criança na internação não é bem compreendida, e o acompanhante tem seu papel alterado em função da organização de algumas instituições. Um estudo desenvolvido em um hospital universitário da Paraíba, que analisou como estão delineadas as questões de cuidado profissional e familiar no ambiente hospitalar, apontou que, muitas vezes, o familiar é visto pela equipe como um colaborador no processo de cuidado, realizando muitas tarefas, como banho e alimentação, por exemplo<sup>(41)</sup>.

De fato o familiar pode ser envolvido no processo de cuidado da criança hospitalizada, entretanto o modo como esse processo ocorre precisa ser repensado. Algumas atividades aparentemente simples exigem habilidades e competências que o familiar normalmente não possui. Para que se envolva e participe, de forma prazerosa e eficaz, no processo de cuidado, antes ele precisa ser orientado. Além disso, sua contribuição para o cuidado só pode ocorrer *se e quando* ele sentir que tem condições para tal. Nesse contexto, é imprescindível que a enfermagem não perca sua própria dimensão cuidadora; pois, mesmo quando o familiar presta algum cuidado à criança, a responsabilidade por esse cuidado é da equipe de enfermagem.

Contudo, compreende-se que a permanência do familiar no ambiente hospitalar amplia o processo de trabalho da equipe e exige que esta encontre novos modos de realizá-lo, pensando em um cuidado baseado no acolhimento, no vínculo, na responsabilização e no respeito à criança e à sua família<sup>(41)</sup>. Ao se considerar que o cuidado é a essência da enfermagem, cabe a esses profissionais resgatarem o cuidado integral ao binômio criança-familiar, bem como proporcionarem uma interação com a criança e a família tendo por base o carinho, o respeito, a criatividade, a ética e o lúdico<sup>(42)</sup>.

Acredita-se que o período de internação de uma criança representa uma oportunidade para que a equipe de saúde possa atuar na instrumentalização e no preparo do familiar para o cuidado. Esse momento deve ser aproveitado para orientá-los quanto à responsabilidade pela higiene das mãos e dos alimentos – não só no período de internação; do ambiente domiciliar; pelo cuidado físico; entre outros. Nesse sentido, outro estudo, realizado no município do Rio de Janeiro, buscando entender a dinâmica do cuidado nas unidades de internação em um hospital especializado no atendimento infantil, revelou que a equipe busca interagir com o familiar e fomentar sua participação no processo de cuidado com vistas a melhorar o bem-estar da criança internada; e ainda garantir a continuidade do cuidado no domicílio, visando à diminuição das internações recorrentes<sup>(43)</sup>.

É indiscutível que a presença de um familiar acompanhante é de fundamental importância para o apoio emocional da criança no ambiente da hospitalização e contribuiu sobremaneira para a recuperação dessa criança. Entretanto a presença dos familiares também implica o aumento de pessoas circulantes nas unidades pediátricas, o que pode aumentar o risco de disseminação de infecções hospitalares se esses familiares não receberem as orientações e instrumentalizações

necessárias. Quando há essa preocupação com a inserção responsável do familiar no ambiente de hospitalização, ele se torna um aliado no processo de cuidado.

Um estudo desenvolvido no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, no Rio de Janeiro que analisou o processo de cuidado por parte de familiares e da equipe durante a internação de crianças identificou que os familiares não sabiam exatamente o que são medidas de precaução de contato, contudo foram orientados pelos profissionais a sempre higienizar as mãos antes de tocar na criança. Esses familiares relataram que, muitas vezes, a higienização das mãos que lhes era exigida não era realizada pelos próprios profissionais, o que revela falhas na adesão à prática da higienização das mãos<sup>(44)</sup>. Outro estudo recente realizado no HCPA que avaliou como o cuidador e os profissionais de saúde reconhecem os eventos adversos nas circunstâncias de cuidado evidenciou que, muitas vezes, o familiar sente a necessidade de vigiar o cuidado prestado à criança internada. Nesse estudo a presença do acompanhante foi considerada um contribuinte para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente pediátrico<sup>(45)</sup>.

No ano de 2010, o HCPA lançou uma campanha que solicitava aos familiares e pacientes o auxílio na supervisão e no questionamento aos profissionais sobre a higienização de suas mãos antes de examiná-los, tocá-los ou realizar qualquer procedimento. Houve vários relatos de que alguns desses pacientes, ou familiares, sentiram-se constrangidos em arguir os profissionais sobre a técnica. Outros, ainda, relataram que não era sua função exigir tal procedimento, pois quem deveria saber disso era o próprio profissional<sup>(46)</sup>.

Essa campanha do HCPA recebeu o nome de “Empoderamento dos Pacientes”<sup>(47)</sup>, já que o objetivo era dar poderes aos pacientes para que solicitassem aos profissionais que higienizassem as mãos antes de atendê-los. O foco da campanha era aumentar a adesão à higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde, em especial os médicos, os quais apresentam as menores taxas de adesão à higienização das mãos do Hospital. No ano de 2012, segundo os dados da CCIH, a taxa média de adesão da categoria foi de 41,3%; enquanto que a taxa de adesão dos enfermeiros ficou em 67,3%<sup>(39)</sup>. A campanha também objetivava aumentar a adesão dos profissionais à higienização *antes* da realização de procedimentos, em razão de os dados da CCIH evidenciarem menores taxas de adesão *antes* do cuidado ao paciente comparadas às taxas *após* o cuidado<sup>(46)</sup>.

Não só no Brasil mas no mundo todo, dentre os profissionais mais próximos ao paciente, os médicos são os que apresentam taxas menores de adesão à higienização das mãos antes de tocar no paciente ou de realizar-lhe algum procedimento<sup>(12, 48, 32, 37)</sup>. Essa iniciativa de estimular a higienização das mãos dos profissionais de saúde com o apoio dos próprios pacientes é sugerida pela OMS<sup>(49)</sup>, entretanto há muitas dúvidas quanto ao seu sucesso, considerando as relações de poder existentes entre profissional de saúde e paciente. Sabe-se que, tradicionalmente, no âmbito dos cuidados à saúde, a relação entre pacientes e profissionais é marcada pela submissão do paciente ao profissional<sup>(46)</sup>.

No presente estudo, a temática da higienização das mãos no contexto da hospitalização foi abordada com o seguinte questionamento aos participantes: *No cotidiano de sua ação profissional na unidade pediátrica, como se dá a prática de higienização das mãos dos profissionais da saúde?* Eis alguns relatos:

**P2:** *Eu acho que as pessoas tão se acostumando mais, assim, a lavar as mãos também até pela forma como é abordada. Toda hora tem alguém falando, na passagem de plantão a enfermeira lembra: olha, vamos fazer os cinco passos, vamos higienizar as mãos, então é falado, é cobrado. [...] eu acho que tem mais adesão, não sei.*

**P7:** *Na época de verão que tem muita diarreia fica mais evidente, assim, que a lavagem de mão é tudo porque começa diarreia num leito e se espalha por todos.*

**P11:** *Sempre lavo as mãos entre um paciente e outro principalmente, se não lavo a mão passo álcool gel sempre. É que na pediatria, como a gente tem muitas crianças com bronquiolite [...] tem que cuidar. Então desde o início, assim, sempre cuidei bastante.*

**P14:** *[...] gente orienta as mães antes de entrar pra visitar o filho, a primeira coisa lava as mãos.*

Sabe-se que a criança hospitalizada necessita de atenção diferenciada dos profissionais de saúde devido à sua fragilidade e às peculiaridades inerentes ao seu processo de crescimento e desenvolvimento<sup>(50)</sup>. Entretanto, um estudo que descreveu o comportamento em relação à higienização das mãos de profissionais de saúde que trabalhavam num hospital pediátrico na cidade de Botucatu revelou que, em apenas 7% das observações, os participantes higienizaram as mãos antes de realizar o procedimento; e ainda, dentre estes, metade não seguiu os passos



corretos da técnica. O estudo concluiu que existe uma baixa adesão dos profissionais de saúde à higienização antes da realização de procedimentos com crianças<sup>(51)</sup>.

A baixa adesão à higienização das mãos no âmbito internacional ficou evidenciada nos achados de uma revisão sistemática. Nesse estudo realizado em Amsterdam, os autores encontraram indicativos de que a baixa adesão estava associada a situações com um elevado nível de atividades e àquelas em que um médico esteve envolvido. A taxa de adesão de médicos foi de 32%, menor do que entre os enfermeiros, que ficou em 48%. Antes do contato com o paciente, as taxas de adesão foram de 21%; e depois do contato foram de 47%<sup>(37)</sup>. Esses resultados indicam a preocupação aumentada com a própria segurança, em detrimento da segurança do paciente. Ou seja, de um lado, o receio de que o profissional pudesse contaminar a si mesmo após realizar o atendimento; de outro, a despreocupação com a possibilidade de ele transmitir aos pacientes que estavam aos seus cuidados germes que poderiam estar em suas mãos. Esses achados reforçam a necessidade da conscientização dos profissionais da saúde quanto ao fortalecimento de uma cultura de segurança do paciente, principalmente pediátrico, nos níveis acadêmicos e profissionais.

Nesse sentido, se mostrou relevante no presente estudo o incentivo institucional, mencionado como um dos facilitadores para a higienização das mãos. Embora a instituição do estudo já demonstrasse preocupação com a segurança do paciente no que se refere a higienização das mãos dos profissionais, com a participação da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higienização das Mãos<sup>(12)</sup>, a preocupação com esse cuidado e a segurança do paciente pareceu ganhar um incentivo maior associado ao fato do engajamento da instituição no processo de acreditação institucional, pelo que se observa no depoimento seguinte.

**P14:** *Daí veio a acreditação, no fim do ano passado, então aquilo incentivou, assim, e daí aumentou. A gente vê até as gurias com álcool gel no bolso... tem que usar o vidrinho no bolso, então a gente vê mais assim. E até têm mais uns dispensadores em tudo que é lugar [...] Eu acho que isso é uma questão educativa, assim, eu acho que todo mundo já tá se conscientizando bem melhor.*

Uma das maneiras utilizadas pela instituição para estimular a higienização das mãos é a disponibilização de álcool em gel para todos os funcionários. Existem dispensadores em muitos locais estratégicos, além de frascos de álcool em gel para serem transportados nos bolsos dos uniformes e dos aventais dos funcionários. Os participantes do estudo consideraram essa farta disponibilidade de álcool em gel como um dos facilitadores da adesão à higienização das mãos.

Apesar do incentivo institucional, muitas vezes a adesão à higienização das mãos pode não se manter por muito tempo. Um estudo realizado em Goiás avaliou o impacto de diferentes estratégias de incentivo à adesão à higienização das mãos, tais como cartazes estilizados e paródias musicais com a temática. Tais estratégias, utilizadas como educação continuada, apontaram um pequeno impacto no aumento da adesão à higienização das mãos durante e logo após a implementação dessas ações, porém houve um declínio no período posterior. Os autores apontam que a educação permanente pode ser uma alternativa para favorecer o aumento continuado da adesão. Inferem, ainda, que o processo de adesão envolve aspectos mais complexos, relacionados com o profissional, suas crenças e seus valores; e que a adesão depende da decisão de cada um<sup>(52)</sup>.

Um inquérito português sobre adesão às precauções-padrão na área da saúde, realizado com uma amostra constituída por 173 profissionais, sendo 34 auxiliares, 58 médicos e 81 enfermeiros, revelou uma melhora do conhecimento dos profissionais de saúde em relação às precauções-padrão quando comparado ao evidenciado em três outros inquéritos anteriores realizados no mesmo hospital. Contudo, apesar da melhora do conhecimento, os resultados indicaram uma baixa adesão às medidas de precaução-padrão e à higienização das mãos. Os autores apontaram a necessidade de se apostar na formação, tanto acadêmica quanto profissional, como alternativa para melhorar o conhecimento das boas práticas de controle de infecção e a adesão a elas<sup>(8)</sup>.

Outra alternativa para melhorar esse conhecimento e, quem sabe, para rever e aperfeiçoar comportamentos, pode ser a educação em saúde. Entretanto, a educação em saúde no ambiente de trabalho com os profissionais da saúde ainda representa um grande desafio<sup>(53)</sup>. Uma das estratégias mais utilizadas para resolver os problemas encontrados nos serviços de saúde é a realização de capacitação dos profissionais. No entanto, na maioria das vezes, a capacitação reproduz o modelo de ensino baseado na transmissão de conhecimentos. Nessa perspectiva, a

capacitação pressupõe uma reunião de pessoas em uma sala – sem considerar o contexto real do trabalho –, onde especialistas transmitem conhecimentos que precisam ser atualizados e aplicados. Dessa forma, muitas vezes os resultados esperados não são alcançados e não chegam a alterar a práxis, uma vez que se espera, como resultado de alguns encontros elaborados nos moldes do modelo escolar, mobilizar os profissionais a fim de eliminar ou instalar determinados comportamentos na sua prática profissional. A dificuldade aumenta quando o que se deseja tem a ver com modificações no processo de trabalho ou com mudanças culturais<sup>(53)</sup>.

A utilização frequente de capacitações como estratégia de educação em saúde pode estar relacionada à adoção do modelo educacional mais tradicionalmente utilizado nos serviços de saúde: a Educação Continuada. Esta se caracteriza pela semelhança com o modelo escolar de transmissão de conhecimento, cuja finalidade é atualizar conhecimentos. Hoje esse modelo não é mais aceito de forma passiva; pois, ao transmitir um conhecimento, não se garante que o receptor assimile o que foi transmitido, repassado.

Contraopondo-se a esse enfoque, a Educação Permanente representou uma mudança importante na concepção e na maneira de capacitar profissionais. Ela foi abordada na Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, no inciso VI do Art. 4º: “Educação Permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais [...]”<sup>(54)</sup>.

A Educação Permanente, diferente da Educação Continuada, busca a problematização das questões existentes no ambiente de trabalho. Nessa perspectiva, ela transforma os profissionais, antes considerados receptores de informação, em atores reflexivos envolvidos no processo de conhecimento e na busca de alternativas para os problemas emergidos de seu cotidiano.

A Educação Permanente é a aprendizagem que ocorre no ambiente de trabalho e que se traduz por uma aprendizagem significativa, com possibilidade de proporcionar uma modificação nas práticas profissionais<sup>(53)</sup>. Esse tipo de abordagem

emerge dos problemas enfrentados pelos próprios profissionais em seu cotidiano e leva em consideração os conhecimentos e experiências de cada pessoa.

Entretanto, na área da saúde, a concepção da transmissão de conhecimentos por meio de aulas que seguem o modelo escolar, o qual embasa a Educação Continuada, ainda não foi superada. Hoje, esse enfoque ainda se mantém em diversas estratégias, muitas vezes de forma paralela com outras propostas alternativas.

Sob a ótica da Educação Permanente, o aprendizado nas instituições de saúde vai além da educação individual. É um tipo de aprendizado que requer uma intervenção educativa arquitetada na discussão crítica das práticas encontradas no ambiente de trabalho. Desse modo, para que os objetivos possam ser alcançados, os processos educativos deverão envolver todo o grupo, e não somente alguns dos indivíduos, na busca de modificações das práticas profissionais<sup>(53)</sup>.

A Educação Permanente constitui o enfoque educacional mais indicado para produzir mudanças nas práticas dos profissionais e nos ambientes de trabalho, pois fortalece a reflexão na ação<sup>(53)</sup>. Diante disso, acredita-se que ainda se tem um caminho árduo e longo a percorrer quando se trata de incorporar com responsabilidade a prática da higienização das mãos. Apesar de os participantes conhecerem a importância, os passos e os momentos da higienização, eles próprios ainda não propuseram – ou pelo menos não sentiram a necessidade de discutir entre si e entre os gestores – novas formas de tornar essa prática efetiva nos seus locais de trabalho. Nas instituições formadoras, também não se tem observado a incorporação dessa temática no cotidiano pedagógico.

Os depoimentos colhidos neste estudo permitem inferir que a instituição tem investido no estímulo à higienização das mãos dos profissionais de saúde de diferentes formas

**P2:** *Tem cartaz espalhado por toda unidade, na frente das pias, de como fazer. No quarto tem plaquinha [...] em tudo que é canto que tu olhar vai ter alguém lembrando que tem que higienizar as mãos.*

**P3:** *Eles fazem campanhas de lavagens de mãos através daqueles folders onde eles colocam do lado do cartão ponto, ali sempre tem orientação. Na unidade também vêm aqueles cartazes, no próprio e-mail ali da gente no computador que tu abre tem a importância de*

*lavar as mãos, cursos também eles proporcionam pra gente pra ter sempre isso.*

**P7:** *Fora os treinamentos, tem todo um incentivo, tudo é voltado pra que tu pense e haja controlando a disseminação de infecções cruzadas ali dentro do hospital.*

**P8:** *Eu acho que os cartazes, a questão visual ajuda bastante, além do curso é questão visual, sabe. Isso ajuda! Não adianta, isso é educação em saúde. [...] Eu acho que o visual ajuda bastante. Tu tá ali andando, tu olha e já tá tomando estímulo para o cérebro e tu vai incorporando.*

**P10:** *Tá sempre bem sinalizado que é para as pessoas lembrarem, têm cartazes e tem pia em todos os quartos, em alguns corredores também, acho que isso. [...] isso de colocar cartazes, acho que é o que eles mais têm pra reforçar a importância.*

A fim de aumentar as taxas de higienização das mãos dos profissionais, a CCIH do HCPA desenvolve diversas ações, tais como os lembretes presentes em cartazes e *folders* espalhados no local de trabalho e a realização de capacitações e campanhas. Além disso, divulga amplamente a taxa de adesão, oferecendo um *feedback* aos profissionais<sup>(46)</sup>.

Contudo, pelo que se observa nos depoimentos, as estratégias de educação em saúde utilizadas pelo Hospital estão fundamentadas nos moldes da Educação Continuada. Além dos cartazes, *folders* e demais lembretes utilizados como estratégia facilitadora para a melhoria da adesão, os entrevistados mencionaram os cursos oferecidos pelo Hospital no sistema de intranet da instituição. A maioria dos participantes do estudo referiu que o curso sobre higienização das mãos é requisitado pelo Hospital aos profissionais da saúde.

**P6:** *Eles obrigam a gente a fazer um curso de higienização. Obrigam não, mas vamos fazer, todo mundo tem que fazer. Eu acho que é interessante.*

**P13:** *Tem bastante curso, tem intranet para a gente fazer a capacitação, daí tinha provas, questões que tinha que acertar uma quantidade certa.*

O fato de serem oferecidos cursos e capacitações aos profissionais pelo sistema de internet intrainstitucional, ou seja, na intranet do Hospital, vem ao

encontro do que os Ministérios da Saúde e da Educação preconizam sobre a formação profissional dos trabalhadores da saúde<sup>(53)</sup>. Em relação à higienização das mãos, os profissionais realizam o curso e, no final, realizam uma prova no próprio sistema de intranet para verificar seus conhecimentos teóricos sobre a temática.

Embora a iniciativa decorra do interesse do HCPA em melhorar as taxas de adesão dos profissionais à higienização por meio de um curso disponibilizado e recomendado a todos, fica o questionamento sobre o significado desse curso para os seus participantes. Até que ponto a aprovação nesses testes realizados no próprio sistema de intranet do Hospital pode atestar que os respondentes de fato aprenderam e, principalmente, internalizaram conhecimentos sólidos sobre higienização das mãos com a intenção de incorporá-los em suas rotinas de trabalho? O modo como os participantes relatam a existência e a obrigatoriedade do curso permite inferir que essa medida talvez não tenha tanta eficácia no aumento da adesão à higienização das mãos.

No contexto da Educação Permanente, esta medida pode ser potencializada pela inclusão da Educação a Distância como tecnologia contribuinte para o processo educacional, ao invés de uma estratégia ser oposta à outra. Entretanto a Educação a Distância, para que seja considerada na perspectiva da Educação Permanente, precisa ser desenvolvida por meio de modelos de problematização, aproximando o conhecimento produzido à prática das equipes, num processo de construção e inclusão<sup>(53)</sup>.

Pelo que se percebe dos relatos, é comum os profissionais realizarem o curso oferecido pela instituição mediante uma participação automática e “por obrigação” apenas. Dessa forma, podem não se dar conta de que essa é uma oportunidade de atualização e aprimoramento de seus conhecimentos em relação a uma temática de extrema importância para o cuidado em saúde e para a segurança das crianças e pacientes internados, bem como para a sua própria segurança, uma vez que permanecem grande parte do seu dia no ambiente hospitalar.

Um estudo de Goiás indicou a necessidade de mudar o foco de atenção das estratégias de incentivo à adesão, passando a focar não mais a ação propriamente dita de higienização das mãos e sim no executor dessa ação, o profissional de saúde. A ideia seria possibilitar a este uma oportunidade de repensar suas práticas e, quiçá, modificar seus comportamentos<sup>(52)</sup>. Por outro lado, considerando a perspectiva da Educação Permanente, as atividades educativas exigem uma revisão

e uma discussão crítica das atuais práticas desenvolvidas no ambiente de trabalho, tendo em vista que esse tipo de aprendizado precisa envolver todo o grupo e não somente alguns indivíduos<sup>(53)</sup>.

Outra alternativa identificada pelos participantes como facilitadora da adesão à higienização das mãos e que apareceu nos depoimentos foi a presença de estagiários do controle de infecção observando os profissionais quanto à execução da higienização das mãos.

**P15:** [...] Volta e meia tem o pessoal do controle de infecção, assim paradinho olhando pra ver como é que tá a questão. Então, sem avisar que estão lá acabam observando pra ver a frequência de lavagem de mãos dos profissionais.

**P14:** Elas (estagiárias do controle de infecção) entravam pra dentro dos quartos pra ficar olhando, e daí esperava tu fazer o procedimento [...] e a gente acostumou que parece que agora parece sempre tem um atrás da gente [...] como radares móveis.

Os relatos permitem inferir que o fato de os profissionais saberem que existem pessoas observando se a higienização das mãos está acontecendo pode contribuir para aumentar a adesão à higienização das mãos pelo menos momentaneamente. Eles percebem que devem realizar tal procedimento porque este está sendo observado e registrado. Depreende-se do depoimento de P14 que as estagiárias, consideradas “radares móveis”, geram um clima de atenção, fazendo com que os profissionais “se cuidem”.

Não se questiona neste estudo essa iniciativa do Hospital para estimular e medir a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos; o que surpreende é o fato de os profissionais da área da saúde modificarem seus comportamentos em relação à higienização das mãos *porque* estão sendo observados. Considera-se que essa prática para preservar a segurança do paciente e sua própria já deveria estar introjetada no fazer profissional desde o processo formativo.

A constatação de que as estagiárias do CCIH podem ser comparadas a “radares móveis” e que, portanto, quando elas estão lá e confundem-se com as demais equipes de profissionais na unidade, os profissionais “têm que fazer tudo certinho” gera grande desconforto ao se imaginar como os mesmos poderiam

gerenciar a questão de higienização das mãos quando não estão sendo observados. Para facilitar a mudança de comportamento dos profissionais de saúde dentro do ambiente hospitalar, é necessário que os mesmos sejam estimulados para a ação no contexto da organização institucional. O estímulo à ação poderia possibilitar às pessoas que atuam no hospital um melhor entendimento do que ocorre nesse contexto, incluindo as relações existentes entre as ações que caracterizam suas práticas profissionais e as consequências dessas dentro da instituição. Entretanto essa ação só é possível mediante a capacidade de juízo de valores e mudanças de concepções de mundo<sup>(55)</sup>.

Nos depoimentos do presente estudo, além dos incentivos ao aumento da adesão, tais como o livre acesso ao álcool em gel, cursos, cartazes, placas, treinamentos e observações dos estagiários da CCIH, ficou evidenciada a satisfação dos profissionais com a infraestrutura do Hospital. Esta foi considerada, por todos os profissionais, adequada e facilitadora da higienização das mãos. Todos afirmaram que o HCPA sempre ofereceu os recursos indispensáveis para a boa prática da higienização das mãos.

**P3:** *Sempre teve condições de lavar as mãos. Todos os quartos têm pias, posto tem pia, sala de lanche tem pia, expurgo tem. Todos os lugares têm condições de executar [...]. Tem ao seu dispor material, não é como outros lugares que tu não usa porque não tem [...]. Então é como te disse: só não lava quem não quer, porque aqui no hospital, material sempre tem [...]. A facilidade é 100%, assim, sempre têm as coisas.*

**P10:** *[...] aqui em todos os quartos tem fácil acesso tanto a pia quanto álcool gel, as duas acho que bem... sempre teve pelo menos aqui no hospital.*

Segundo a literatura nacional e internacional, a infraestrutura do local é fator importante para adesão ou não-adesão à prática da higienização das mãos. Se a instituição não oferece as condições mínimas para a execução do procedimento, muitas vezes este se torna inviável e é considerado dispensável. Os esforços das políticas que regulamentam os serviços, aliados ao comprometimento das instituições e à disponibilidade de recursos materiais de qualidade, poderiam contribuir para o aumento da adesão<sup>(6)</sup>. No hospital do presente estudo, a infraestrutura e o incentivo institucionais não são parte do problema da adesão e sim



da solução, uma vez que são oferecidas todas as condições para a higienização das mãos, tanto com água e sabão quanto com álcool gel. Entretanto, sabe-se que esses esforços não garantem a adesão esperada e adequada.

Outra temática que emergiu das falas dos participantes foi a preocupação com a segurança do paciente. Tal preocupação é evidenciada pelo conhecimento dos profissionais sobre os mecanismos de transmissão das infecções no ambiente hospitalar:

**P1:** *Porque a mão é umas das principais formas de transmissão, acho, de todos os vírus. E se a gente cuidar disso já é uma porcentagem alta de segurança do paciente que tu tá tendo com o paciente. Têm outras coisas, claro, em relação ao risco do paciente, mas acho que a higiene de mãos e as técnicas, assim como as outras coisas todas que entram na segurança do paciente,*

**P2:** *[...] se eu não lavar a mão eu tô levando todos os bichinhos da minha mão pra ele, passando dele pra um outro, então é importante isso.*

**P3:** *Hoje em dia tem bastante preocupação, tanto que a gente se preocupa com a lavagem de mãos, que se tu tem contato com alguma criança com vírus respiratório a gente usa a máscara, a gente usa avental, a gente usa luva. Há uma preocupação de todos com isso, [...] Eu acho que todo mundo é bem consciente lá na unidade.*

**P5:** *Eu acho que o pessoal tá bem consciente da necessidade de lavar as mãos. Agora eu não sei te dizer se é em função de terem mesmo conhecimento e de ser uma prática de cada um, se é por causa de toda essa cobrança que tem havido ultimamente, a função da acreditação.*

Os depoimentos permitem identificar que os profissionais demonstram seu envolvimento na busca da higienização das mãos e do aumento da segurança das crianças que cuidam.

Cabe comentar, também, um procedimento bastante utilizado em unidades pediátricas, que é o acesso venoso. Em um estudo realizado em 2007, que avaliou a adesão às precauções-padrão relacionadas à punção, verificou que a lavagem das mãos antes dos procedimentos ocorreu em apenas 15,6% das punções e 10,3% das medicações<sup>(56)</sup>. Essas baixas taxas de adesão à higienização das mãos antes da administração das medicações e antes da realização de um procedimento invasivo

como a punção venosa são preocupantes. Elas demonstram o quanto a segurança dos pacientes pode estar ameaçada quando os profissionais não se sentem comprometidos com o cuidado seguro, apesar de haver recursos materiais e estrutura física adequados.

Uma recente revisão sistemática de estratégias de como melhorar a adesão à higienização das mãos evidenciou que a implementação de medidas que atinjam diversos níveis, incluindo os profissionais, as equipes e as organizações, e que abordem a influência social, as atitudes, a autoeficácia ou a intenção do profissional é promissora. Os resultados do estudo indicam que, atualmente, a maioria das estratégias tem foco no indivíduo e na instituição, sendo raramente utilizadas estratégias de grupo dirigidas às equipes. É preciso criatividade para implementar diferentes intervenções que fomentem a adesão. As técnicas de grupo com as equipes representam uma alternativa promissora para o aumento da adesão dos profissionais à higienização das mãos<sup>(57)</sup>.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esta tese de doutorado, que me proporcionou aprofundar conhecimentos sobre o tema, hoje tão presente no mundo das profissões da saúde e no cenário do cotidiano das pessoas em geral, faço algumas reflexões adicionais que me permito compartilhar com o mundo da academia, da pesquisa, da extensão e com os serviços de saúde. A escolha das temáticas da higienização das mãos e da hospitalização infantil emergiu de uma prática desenvolvida por meio da observação. A técnica correta da higienização das mãos é extremamente importante e necessária a todos os profissionais da saúde que transitam no mundo invisível dos microrganismos com os quais se deparam nas suas atividades práticas. A observação de que os profissionais que cuidam de crianças hospitalizadas, muitas vezes e por vários fatores, não executam corretamente ou mesmo deixam de realizar a adequada higienização de suas mãos levou-me a investigar, de uma forma diferente, o que poderia estar associado ou mesmo velado nessa constatação.

A análise de como a formação acadêmica e profissional sobre a higienização das mãos contribui para a consciência de uma cultura da segurança do paciente oportunizou conhecer algumas interfaces que permeiam desde o fazer docente até a impregnação de uma consciência sobre o fazer profissional. Além disso, instigar os participantes a buscarem em sua memória lembranças que pudessem evidenciar como se deram na linha do tempo o conhecimento e a introjeção da efetiva higienização das mãos ajudou a interpretar suas percepções em relação à segurança da criança hospitalizada e também à sua própria segurança quando se trata de prevenção no cuidado à saúde. Para sustentar este estudo, partiu-se da tese de que **“A formação acadêmica e profissional sobre a higienização das mãos contribui para a consciência de uma cultura de segurança do paciente”**.

Ao entrevistar os participantes e submeter seus depoimentos a análise temática de conteúdo, foi possível evidenciar que uma baixa adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos, principalmente na área pediátrica, indica a necessidade de novas abordagens junto a acadêmicos e profissionais de saúde, a fim de reduzir os riscos de IRAS, aos pacientes. Diante desse cenário, é importante que se repensem as práticas envolvidas no processo de querer, saber e fazer a higiene adequada das mãos nas circunstâncias de cuidado à saúde.

Acredita-se que a informação e a disposição dos equipamentos necessários para tal ato são indispensáveis para a execução do mesmo, contudo não garantem que o profissional higienize suas mãos nos momentos e modo indicados.

Ao final do estudo, evidencia-se que a formação acadêmica contribui de forma ainda incipiente para a criação de uma cultura de segurança do paciente pediátrico. Os resultados revelaram que a academia não aborda, de forma transversal, sistemática e como objeto de avaliação, a temática da higienização das mãos de modo efetivo, impactante e continuado, a ponto de mobilizar os futuros profissionais à ação. Nesse contexto, observa-se que a segurança do paciente pediátrico em relação à transmissão das infecções não pode ser efetivamente garantida no cenário do estudo diante das evidências das baixas taxas de adesão dos profissionais à higienização das mãos.

Embora a Instituição do estudo realize um intenso trabalho a fim de melhorar a adesão a higienização das mãos de seus profissionais, percebe-se que esses esforços ainda são pouco eficientes. Isso se percebe na fala dos próprios participantes, que reconhecem as estratégias adotadas, apreciam o comprometimento da Instituição, mas entendem que é necessário algo mais para que se alcance uma maior taxa de adesão de todos os profissionais envolvidos no cuidado.

Cabe considerar que o número de participantes que desistiram não foi relevante por se tratar de um estudo qualitativo, rico em informações, onde o número não é significativo. Entretanto, leva a reflexões sobre o compromisso do profissional para a construção do conhecimento e envolvimento com a pesquisa científica.

O estudo também evidenciou a necessidade de incorporação, nas instituições de saúde, de uma cultura de segurança do paciente, em especial da criança hospitalizada, pois esta possui singularidades próprias dessa etapa da vida, que fazem parte do seu processo de crescimento e desenvolvimento. As questões relacionadas à sua maior dependência de adultos; à própria curiosidade que as leva a tocarem, brincarem, explorarem o mundo que as circunda; à necessidade de aproximação aos profissionais nos momentos de cuidado, como troca de roupas, troca de fraldas, alimentação, procedimentos; entre outras, são aspectos a considerar.

Entende-se que a cultura da segurança do paciente deve ser foco de atenção não só no ambiente de cuidado – hospitalar ou na rede básica – e sim desde a

formação, sendo abordada transversal e continuamente em todo o processo de aprendizagem e formação para saúde de todos os profissionais envolvidos na atenção à saúde. No âmbito acadêmico, recomenda-se que a temática da higienização das mãos seja abordada de forma incisiva e constante, durante todo o processo formativo, a fim de que essa prática seja considerada inerente à atuação profissional e imprescindível para garantir a saúde e a segurança de quem recebe cuidados.

Nessa perspectiva, entende-se que o processo formativo deve oferecer subsídios ao aluno que lhe permitam compreender seu papel como profissional de saúde no contexto da transmissão de infecções no ambiente hospitalar, conscientizar-se desse papel e sentir-se responsável a atuar no sentido de promover uma cultura de segurança do paciente, do início ao fim do processo formativo. Considera-se que os aspectos relacionados com a higienização das mãos e sua repercussão para a segurança do profissional e do paciente, se não tiverem espaço no curso ou não forem abordados com a importância que lhes é devida no cenário de cuidado, possivelmente serão pouco considerados no desenrolar de sua futura vida profissional, o que pode resultar no que se observa atualmente no mundo todo: baixas taxas de adesão à higienização.

A organização dos materiais coletados nas categorias temáticas “A higienização das mãos e a formação acadêmica do profissional de saúde” e “A higienização das mãos e a vida profissional” possibilitou evidenciar, nos depoimentos, a dicotomia teoria e prática, já conhecida e debatida mas ainda desafiadora. Considerando, no âmbito da formação, as lacunas existentes na abordagem do tema da higienização das mãos ao longo do processo de ensino e, no âmbito da prática profissional, a necessidade cientificamente demonstrada de que o ato de higienização seja incorporado de forma consciente e sistemática por todos os profissionais que lidam com pacientes, e com a criança em especial, justifica-se a necessidade de outros estudos com diferentes metodologias para se delinearem caminhos que conduzam à atenuação dessa dicotomia.

Ressalta-se que a segurança é um direito do paciente e ao profissional de saúde cabe o dever de comprometer-se em garantir esse direito. Nesse sentido, não se pode deixar de mencionar que o dever do profissional perpassa pela compreensão da responsabilidade e da ética para promover um cuidado seguro.

Por fim, apregoa-se que a temática da higienização das mãos deve ser continuamente estudada e debatida nas esferas acadêmica e profissional da área da saúde, para que se possa acreditar que um novo modo de fazer saúde e cuidar dos processos de saúde/doença se vislumbre num futuro próximo. Assim, espera-se que os principais meios de comunicação ainda venham a noticiar, com grande alarde, os bons resultados dos cuidados dispensados aos pacientes, e não o que recentemente tem-se colocado como o vilão das instituições, a saber, o descuido com a higienização de uma das principais ferramentas da atenção à saúde: as mãos que cuidam.

## **7 RECOMENDAÇÕES PARA O ENSINO, A PESQUISA E A EXTENSÃO E PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

A realização deste estudo, incluindo a análise das informações e as reflexões feitas ao longo da sua trajetória, possibilitou apontar algumas recomendações para o tripé ensino, pesquisa, extensão e para os serviços de saúde.

### **Para o ensino:**

- Implementação da temática da higienização das mãos, de forma transversal e sistemática, no decorrer de todo o processo de formação e como parte de cada disciplina, seja teórica ou prática;

- Adoção de práticas pedagógicas realísticas em ambientes de simulação, como parte integrante do processo de ensino-aprendizagem na área da saúde.

- Promoção de atualizações pedagógicas que instiguem os docentes a debates sobre a temática;

### **Para a extensão:**

- Inclusão e desenvolvimento dessa temática, em todas as ações de extensão, no programa de conteúdos, discussões, práticas, entre outros;

- Planejamento e desenvolvimento de atividades de extensão que ultrapassem os muros da academia e dos serviços, tais como a educação a distância, por exemplo.

### **Para a pesquisa:**

- Desenvolvimento de pesquisas qualitativas que dêem voz aos atores principais do cuidado e também aos receptores do cuidado, para conhecer suas interpretações a respeito da higienização das mãos;
- Desenvolvimento de pesquisas multicêntricas com o objetivo investigar essa temática em outros cenários de cuidado à saúde em âmbito regional e nacional;
- Divulgação do conhecimento produzido nas pesquisas mediante a publicação em periódicos nacionais e internacionais;

**Para os serviços de saúde:**

- Inclusão de outras abordagens de educação, principalmente baseadas nos moldes da Educação Permanente, que podem ser promissoras para oferecer aos pacientes, especialmente às crianças, uma internação mais segura;
- Desenvolvimento, com as equipes de profissionais, de ações de educação no formato de grupo focal, como estratégia de estímulo ao aumento da adesão à higienização das mãos, uma vez que tal formato possibilita a discussão a partir das necessidades sentidas pela própria equipe.



## REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Educação (BR), Secretaria de Educação Superior, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Relatório de Gestão do Exercício de 2009. Porto Alegre (RS); 2010.
- 2 Ministério da Educação (BR), Secretaria de Educação Superior, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Relatório de Gestão do Exercício de 2010. Porto Alegre (RS); 2011.
- 3 Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília (DF); 2007.
- 4 Haas JP, Larson EL. Compliance with hand hygiene. *American Journal of Nursing*. 2008;108(8):40-44.
- 5 Pittet D. Improving compliance with hand hygiene in hospitals: infection control and hospital epidemiology. 2000 Jun;21(6):381-6.
- 6 Tipple AFV, Mendonça KM, Melo MC, Souza ACS, Pereira MS, Santos SLV. Higienização das mãos: o ensino e a prática entre graduandos na área da saúde. *Acta Sci. Health Sci*. 2007;29( 2):107-114.
- 7 Felix PCC, Miyadahira AMK. Avaliação da técnica de lavagem das mãos executadas por alunos do curso de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):139-45.
- 8 Aires S, Carvalho E, Aires E, Calado E, Aragão E. Avaliação dos conhecimentos e atitudes sobre precauções padrão: controlo de infecção dos profissionais de saúde de um hospital central e universitário português. *Acta Med Port*. 2010; 23:191-202.
- 9 Souza ACS, Neves HCC, Tipple AFV, Santos SLV, Silva CF, Barreto RAS. Conhecimento dos graduandos de enfermagem sobre equipamentos de proteção individual: a contribuição das instituições formadoras. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2008;10(2):428-437.
- 10 Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: higienização das mãos. Brasília (DF); 2009.
- 11 Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia Para Implementação: Um Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos a observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Brasília (DF); 2008.
- 12 Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília (DF); 2007.

- 13 World Health Organization (WHO). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Geneva (Switzerland); 2009.
- 14 World Health Organization (WHO). First Global Patient Safety Challenge *Clean Care is Safer Care Save Lives: Clean Your Hands - Report of Country Campaigns Meeting*. Geneva (Switzerland); 2009.
- 15 World Health Organization (WHO). Clean Care is Safer Care. [internet]. Geneva; 2012 [cited 2012 Jan 03] Available from: [http://www.who.int/gpsc/country\\_work/pilot\\_sites/introduction/en/index.html](http://www.who.int/gpsc/country_work/pilot_sites/introduction/en/index.html)
- 16 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Atlanta (US); 2002.
- 17 Hockenberry M J, Winkelstein W. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 8ªed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
- 18 Ministério da Saúde (BR), DATASUS - Departamento de Informática do SUS. [internet]. Brasília (DF); 2011 [citado 2012 Jan 21]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pinf10uf.def>
- 19 Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Assessoria de Comunicação. Gripe A: um hospital público e universitário na frente contra o influenza A-H1N1 [Internet]. Porto Alegre; 2010 [citado 2010 Dec 20]. Disponível em: [http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/Comunicacao/livro\\_gripe\\_a\\_completo.pdf](http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/Comunicacao/livro_gripe_a_completo.pdf)
- 20 Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar. Brasília (DF); 2005.
- 21 Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Assessoria de Comunicação. Relatório anual 2010 [Internet]. Porto Alegre; 2011[citado 2011 Jan 20]. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/Comunicacao/relatorio.pdf>
- 22 Freitas APCB, Silva MCF, Carvalho TC, Pedigone MAM, Martins CHG. Brinquedos em uma brinquedoteca: um perigo real? Rev Bras Analises Clinicas. 2007;39(4):291-294.
- 23 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec;2004.
- 24 Durán P. La suma de las partes. Complementariedad de enfoques cuantitativos y cualitativos em el proceso de toma de decisión. Arch Argent Pediatr. 2010;108(5):387-390.
- 25 Guizzo BS, Krzimirski CO, Oliveira DLLC. O software QRS Nvivo 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2003;24(1):53-60.

- 26 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.
- 27 Ministério da Ciência e Tecnologia (BR). Legislação: lei dos direitos autorais nº 9.10/1898. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1998.
- 28 Dividino RQ, Faigle A. Distinções entre memória de curto prazo e memória de longo prazo. [Internet] 2013 [citado 2013 maio 9]. Disponível em: <http://www.ic.unicamp.br/~wainer/cursos/906/trabalhos/curto-longo.pdf>
- 29 Tipple AFV, Pereira MS, Hayashida M, Moriya TM, Souza ACS. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. Rev Latino-Am Enferm. 2003; 11(2):245-50.
- 30 Tipple AFV, Sá AS, Mendonça KM, Sousa SCS, Santos SLV. Técnica de higienização simples das mãos: a prática entre acadêmicos da enfermagem. Ciência y Enfermería. 2010;16(1):49-58.
- 31 Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro.2008;32(3):356-62.
- 32 Herbert VG, Schlumm P, Kessler HH, Frings A. Knowledge of and adherence to hygiene guidelines among medical students in Austria. Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases; 2013.
- 33 Dixit D et al. Attitudes and beliefs about hand hygiene among pediatric residents: a qualitative study. BMJ Open. 2012;(2).
- 34 Ministério da Educação (BR). Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
- 35 Felix PCC, Miyadahira AMK. Avaliação da técnica de lavagem das mãos executadas por alunos do curso de graduação em enfermagem. Rev Esc Enferm USP.2009;43(1):139-45.
- 36 Tipple AFV, Mendonça KM, Melo MC, Souza ACS, Pereira MS, Santos SLV. Higienização das mãos: o ensino e a prática entre graduandos na área da saúde. Acta Sci. Health Sci.2007;29 (2):107-114.
- 37 Erasmus V, Daha TJ, Brug H, Richardus JH, Behrendt MD, Vos MC, Beeck EFV. Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. Infect Control Hosp Epidemiol. 2010;31(3):283-94.
- 38 Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Journal for Quality in Health Care Advance. 2009;23:1-6.

- 39 Ministério da Educação (BR), Secretaria de Educação Superior, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Relatório de Infecções Hospitalares – 2013. Porto Alegre (RS); 2013.
- 40 Brasil (BR), Câmara dos deputados. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. [Internet]. Brasília; 2012. [citado 2013 abr 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)
- 41 Pimenta EAGP, Collet N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. Rev. Esc. Enfermagem USP.2009;43(3):622-29.
- 42 Ravelli APX, Motta MGC.O lúdico e o desenvolvimento infantil: um enfoque na música e no cuidado de enfermagem. Rev. bras. enferm. [online].2005; 58(5):611-613.
- 43 Rossi CS, Rodrigues BMRD. Típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada. Acta paul. enferm. [online]. 2010;23(5):640-45.
- 44 Souza TV, Oliveira ICS. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. Esc. Anna Nery [online]. 2010;14(3):551-559.
- 45 Wegner, W, Pedro ENR. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2012;20(3):427-434.
- 46 Lovatto CG. Sobre o protagonismo de usuários: análise de uma campanha para adesão à higienização de mãos [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
- 47 Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Relatório Anual para o ano de 2010 da Comissão de Controle de Infecção Hospital do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; 2010.
- 48 Squires JE, Suh KN, Linklater S, Bruce N, Gartke K, Graham ID, et al. Improving physician hand hygiene compliance using behavioural theories: a study protocol. Implementation Science. 2013;16(8).
- 49 World Health Organization (WHO). Guidelines on hand hygiene in health care. Genebra; 2009.
- 50 Schatkoski AM, Wegner W, Algeri S, Pedro ENR. Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2009;17(3):410-416.

- 51 Corrêa I, Nunes, IMM. Higienización de las manos: el cotidiano del profesional de la salud en una unidad de internación pediátrica. *Invest Educ Enferm.* 2011;29(1):54-60.
- 52 Neves, Pereira ZC et al. Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006;14(4):546-52.
- 53 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 54 Ministério da Educação (BR). Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
- 55 Erdmann, Lentz AL, Andrade R. 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.* 2004;13( n. esp):34-49.
- 56 Cirelli MA, Figueiredo RMZ, Mascarenhas, SH. Adesão às precauções padrão no acesso vascular periférico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online].* 2007;15(3):512-14.
- 57 Huis A, Achterberg TV, Bruin M, Grol R, Schoonhoven L, Hulsche M. A systematic review of hand hygiene improvement strategies: a behavioural approach. *Implementation Science.* 2012;92(7).

## **APÊNDICE A – Instrumento de coleta das informações**

Roteiro da Entrevista

### **PARTE I – Identificação**

1. Iniciais:
2. Idade:
3. Profissão:
4. Tempo de graduação:
5. Tempo que exerce a profissão:
6. Tempo na unidade pediátrica do HC:

### **PARTE II – Coleta de informações**

FORMAÇÃO:

1. Fale sobre o que você lembra de sua formação quanto à higienização das mãos?
2. Como foi requisitada ou abordada essa técnica durante a formação? Em que momento da prática ou da teoria?
3. O que você sugere que possa ser implementado nos cursos de formação na área da saúde sobre esse tema?

ATUAÇÃO PROFISSIONAL – FASE INICIAL:

1. No início de sua atuação como profissional no hospital, você recorda sobre se realizava e como realizava essa técnica?
2. Ela fazia parte de sua rotina sempre?

3. Havia situações excepcionais em que não tinha condições de executá-la?
4. No seu procedimento admissional foi enfatizado sobre prevenção de infecções hospitalares?

#### ATUAÇÃO PROFISSIONAL – ATUAL

1. No cotidiano de sua ação profissional, como se dá a prática de higienização das mãos dos profissionais da saúde?
2. Quanto ao cuidado com a transmissão da infecção no ambiente hospitalar, quais os comportamentos adotados nesse setor que você tem percebido?
3. Em média, quantas crianças você tem contato por meio do toque, no seu turno de trabalho?
4. Como você cuida das suas mãos enquanto trabalha?
5. Quais as facilidades que você encontra nessa instituição para a boa prática de higienização das mãos?
6. Quais as dificuldades que você encontra nessa instituição para a boa prática de higienização das mãos?
7. Quais os cursos de atualização quanto a esse tema você realizou nesta instituição?

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal do Rio grande do Sul-UFRGS  
Escola de Enfermagem

Estou desenvolvendo uma tese de doutoramento no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, intitulada **“HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS QUE CUIDAM DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: uma questão de segurança”**, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eva Neri Rubim Pedro. O estudo tem como objetivo geral analisar como a formação acadêmica e profissional contribui para a consciência de uma cultura de segurança.

Para tanto, será realizada uma entrevista semi-estruturada com os profissionais da área da saúde que atuam nas unidades de internação pediátrica 10<sup>o</sup> Norte e 10<sup>o</sup> Sul do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. As entrevistas tem previsão de 30 minutos e serão gravadas, sendo os materiais da gravação guardados por cinco anos. As informações serão analisadas de forma confidencial, sendo garantido o anonimato do participante durante todo o estudo e publicação dos resultados. Salienta-se que sua participação é voluntária e não ocasionará nenhum prejuízo as suas atividades profissionais. O local para a realização da entrevista será reservado e garantirá a sua privacidade.

O estudo não prevê nenhum risco, no entanto caso apresente algum tipo de desconforto, o participante poderá retirar seu consentimento. A participação é voluntária e sem nenhum custo ao participante.

Como benefícios do estudo tem-se a expectativa de que os resultados possam contribuir para subsidiar processos de cuidado e auxiliar na conscientização de uma cultura de segurança do paciente. Além disso, prevê dentre suas finalidades implementar cada vez mais a temática da segurança do paciente na formação dos profissionais da enfermagem, em particular e dos profissionais da saúde em geral.

Diante do exposto convido você a participar como sujeito desse estudo.

Em caso de dúvidas quanto à pesquisa ou sobre seus direitos você poderá contatar com a professora orientadora, pesquisadora responsável, Eva Neri Rubim Pedro, pelo telefone: (51) 3308-5089, ou email: [evapedro@enf.ufrgs.br](mailto:evapedro@enf.ufrgs.br), ou com Dda. Daisy Zanchi de Abreu Botene, pelo telefone (51) 96293585, ou email: [daisybotene@yahoo.com.br](mailto:daisybotene@yahoo.com.br). Em caso de dúvidas quanto às questões éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo telefone: 3359-7640.

Após a leitura das informações acima, declaro que fui esclarecido (a) quanto aos objetivos, riscos e benefícios do estudo e da possibilidade de retirar meu consentimento a qualquer momento e concordo em participar deste estudo.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_



Nome do Pesquisador: \_\_\_\_\_

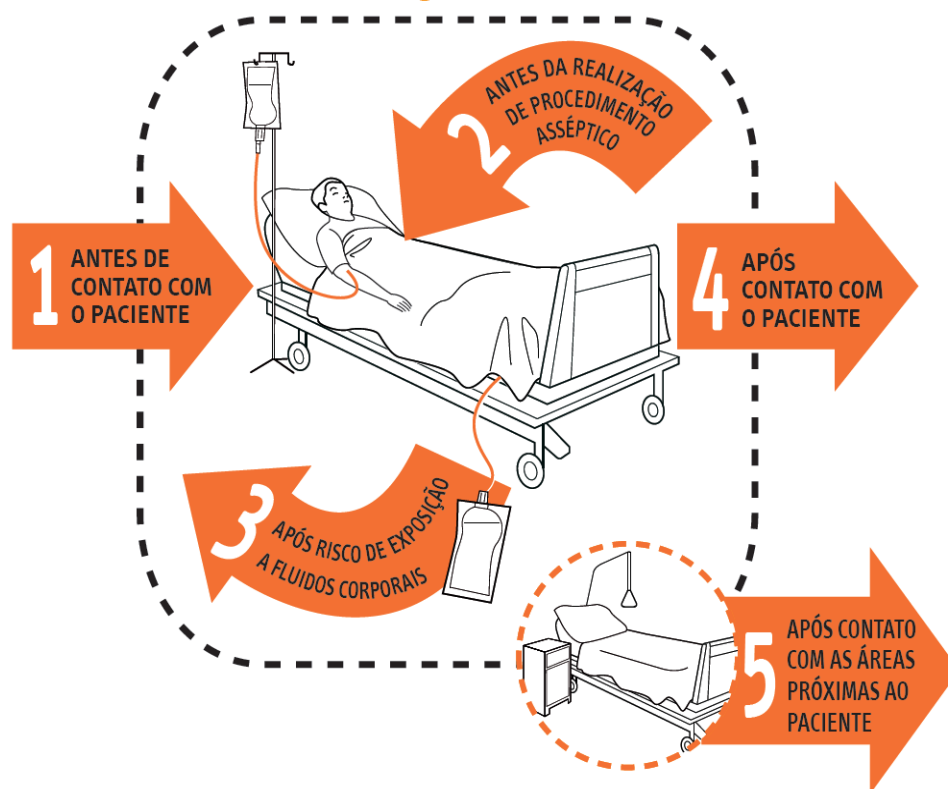
Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Este termo é elaborado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o participante.

ANEXO A – Cartaz distribuído aos hospitais com os cinco momentos para a higienização das mãos.

# Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



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

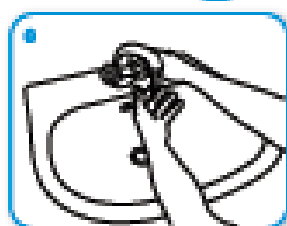
## ANEXO B– Cartaz informativo sobre higienização das mãos com água e sabão

# Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

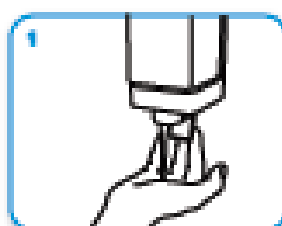
Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, fricione as mãos com preparações alcoólicas!



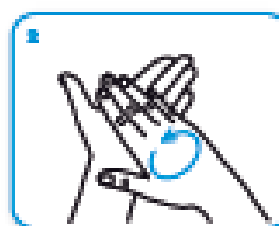
Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg



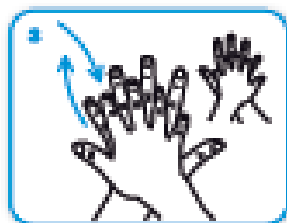
1 Molha as mãos com água.



2 Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.



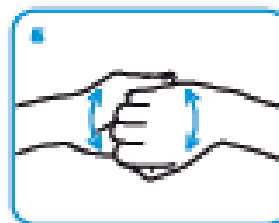
3 Esfregue as palmas das mãos, friccionando-as uma na outra.



4 Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda antebraço e dedos e vice-versa.



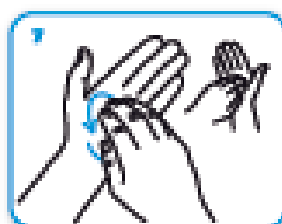
5 Entrelace os dedos e fricione os espaços interdigitais.



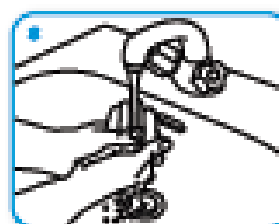
6 Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, seguindo os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



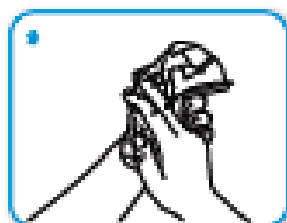
7 Esfregue o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se do movimento circular e vice-versa.



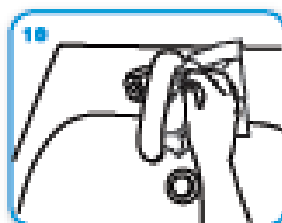
8 Friccione as pontas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.



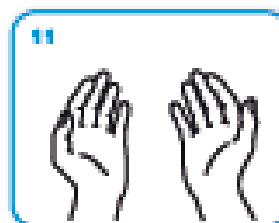
9 Enxágua bem as mãos com água.



10 Seque as mãos com papel toalha descartável.



11 No caso de torneiras com comando manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.



12 Aguarde suas mãos secarem.

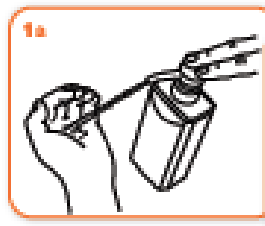
## ANEXO C – Cartaz informativo sobre higienização das mãos com álcool gel

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

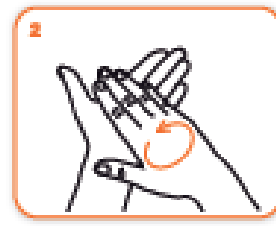
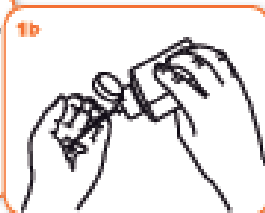
Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!



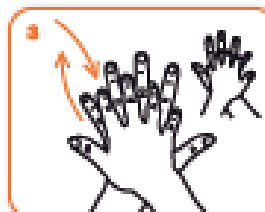
Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



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



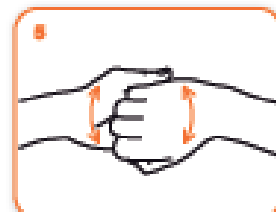
2 Friccione as palmas das mãos entre si.



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



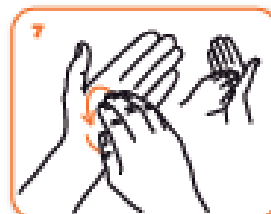
4 Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



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



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



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



8 Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

## ANEXO D: Carta de aprovação do projeto na COMPESQ



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

## DECLARAÇÃO

**Projeto:** PG DR. 14/2012

**Pesquisadores:** Daisy Zanchi de Abreu Botene e Profa. Eva Neri Rubim Pedro

**Título:** HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS QUE CUIDAM DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: UMA QUESTÃO DE SEGURANÇA

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, declara que CERTIFICA o projeto em tela, já submetido e aprovado pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 10 de maio de 2012.

  
 \_\_\_\_\_  
 Profa. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes  
 Coordenadora da COMPESQ/EENF  
 Eliane Pinheiro de Moraes  
 Coordenadora Compesq  
 EENf - UFRGS

## ANEXO E: Carta de aprovação Comissão Científica do HCPA



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**COMISSÃO CIENTÍFICA**

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

**Projeto:** 120192

**Data da Versão do Projeto:**

**Pesquisadores:**

EVA NERI RUBIM PEDRO

DAISY ZANCHI DE ABREU BOTENE

**Título:** HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS QUE CUIDAM DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: uma questão de segurança

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 15 de junho de 2012.

  
 Prof. Nairne Clausell  
 Coordenadora GPPG