



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALWSCA LAYANE GONÇALVES ROLIM

**HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E A SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE DAS
PRÁTICAS REALIZADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À
CRIANÇA HOSPITALIZADA**

CAJAZEIRAS-PB

2018

ALWSCA LAYANE GONÇALVES ROLIM

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E A SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE DAS PRÁTICAS REALIZADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A CRIANÇA HOSPITALIZADA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção de grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Kennia Sibelly Marques de Abrantes

CAJAZEIRAS-PB

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

R748h Rolim, Alwsca Layane Gonçalves.
Higienização das mãos e a segurança do paciente: análise das práticas realizadas pela equipe de enfermagem no cuidado a criança hospitalizada / Alwsca Layane Gonçalves Rolim. - Cajazeiras, 2018.
58f.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2018.

1. Criança hospitalizada. 2. Equipe de enfermagem. 3. Lavagem das mãos. 4. Assistência à saúde - crianças. I. Abrantes, Kennia Sibelly Marques de. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616-083-053.2

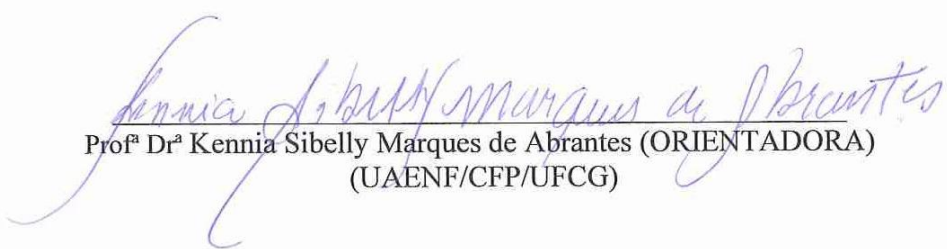
ALWSCA LAYANE GONÇALVES ROLIM


HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E A SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE DAS PRÁTICAS REALIZADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A CRIANÇA HOSPITALIZADA


Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção de grau de bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 31/07/2018.

BANCA EXAMINADORA


Prof^ª Dr^ª Kennia Sibelly Marques de Abrantes (ORIENTADORA)
(UAENF/CFP/UFCG)


Prof^ª Me^a Cícera Renata Diniz Vieira Silva (MEMBRO)
(ETSC/CFP/UFCG)


Prof^ª Me^a Cláudia Maria Fernandes (MEMBRO)
(UAENF/CFP/UFCG)

CAJAZEIRA-PB
2018

Dedico este trabalho as duas pessoas mais importantes da minha vida, meus pais: Antonio Rolim Ribeiro e Irizete Gonçalves Batista Rolim.

AGRADECIMENTOS

Externo meus agradecimentos, em primeiro lugar a Deus, por me permitir a realização de um sonho, e a Virgem Maria, por guiarem meu caminho e me darem força para continuar, mesmo quando a vontade de desistir era maior. Tudo é D'ele, por ele e para ele.

Agradeço a toda a minha família, em especial aos meus pais, Antonio Rolim e Irizete Gonçalves por me apoiarem e confiarem na minha capacidade e sempre me encorajarem a lutar por aquilo que acredito. Às minhas irmãs, Aywsca Leylane e Ayhesca Leylyane, por estarem sempre ao meu lado me incentivando e instigando a ser resiliente frente às dificuldades cotidianas.

A todos os meus amigos e amigas, que sempre torceram por mim e me incentivaram a buscar ser cada vez melhor.

Às amigadas que construí ao logo da caminhada, principalmente, meus amigos Bruna, Izabel, Nayane, Poliana, Sabrina, Wagner, Mario Hélio, e Elaine, por todo o companheirismo durante o curso e pelos bons momentos que guardarei com carinho na memória.

Meu agradecimento especial à professora Dr^a Kennia Sibelly Marques de Abrantes que aceitou partilhar um pouco da sua experiência comigo e pacientemente me ajudou na construção deste trabalho, por meio de ensinamentos que levarei por toda a vida.

Aos mestres que humildemente compartilharam seus saberes comigo e ajudaram na construção do profissional que me tornarei. E a todos os demais funcionários da UFCG que contribuíram para a minha formação.

Às professoras Renata Diniz e Cláudia Fernandes por aceitarem participar da banca examinadora desse estudo, e assim dar um novo olhar ao mesmo.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a minha formação e para a realização deste trabalho, o meu sincero Obrigada!

“Mãos que tocam, que lavam, que bordam e
que buscam...

Mãos que ensinam, que acariciam e que
salvam...

Mãos presentes em almas ausentes.

Mãos famintas, bem vindas ou enrugadas.

Mãos que sorriem e elevam...”

(Josie Conti)

ROLIM, A. L. G. **Higienização das mãos e a Segurança do Paciente:** análise das práticas realizadas pela equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - Paraíba, 2018.

RESUMO

No atual cenário dos serviços de saúde, tem se buscado cada vez mais a prestação de uma assistência livre de erros e que ofereçam riscos mínimos aos pacientes, para tanto usa-se estratégias e práticas, por vezes, simplórias aos olhos dos profissionais, mas que tem comprovada eficácia na promoção da Segurança do Paciente. Apesar de serem ferramentas indispensáveis para os profissionais de saúde, as mãos são consideradas fonte e veículo de contaminação para os pacientes quando não higienizadas adequadamente. Neste sentido, a higienização das mãos apresenta-se como uma importante estratégia para a prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde, uma vez que oportuniza a interrupção da cadeia de transmissão, representando um dos pilares para uma assistência segura. O trabalho em tela objetiva analisar a Segurança do Paciente no cuidado a criança hospitalizada a partir da realização de práticas relacionadas à Higienização das Mãos executadas pela equipe de enfermagem. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvido com a equipe de enfermagem atuante na Unidade de Atenção à Saúde e do Adolescente de um Hospital Universitário, do município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil. A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de dois instrumentos: um roteiro de observação direta e não participante, no qual se obteve 15 observações, e a aplicação de um questionário complementar, dos quais participaram 19 profissionais. Constatou-se que os profissionais reconhecem a importância da prática de higienização das mãos para a segurança do paciente, no que diz respeito à prevenção de infecções, contudo, evidenciou-se lacunas no que concerne aos momentos oportunos para a higienização, bem como na execução da técnica adequada. Observou-se predominância da higienização com água e sabão, em detrimento do uso de preparações alcólicas. No tocante a utilização de adornos, verificou-se que a maior parte dos profissionais utilizava, e que estes não os retiravam para realizar a higienização, conforme preconiza o protocolo da instituição. Mesmo com as não conformidades observadas, aspectos positivos foram verificados, como a boa infraestrutura que o hospital dispõe para uma adequada higiene das mãos, como acesso a água, sabão e preparações alcólicas. Neste sentido, os resultados indicam que é necessário a realização de práticas de educação permanente para sensibilização e maior apropriação profissional a respeito desta temática, bem como o monitoramento dos gestores referente à adesão a esta prática.

Palavras-chave: Criança Hospitalizada. Equipe de enfermagem. Lavagem das mãos Segurança do paciente.

ROLIM, A. L. G. **Hand Hygiene and Patient Safety**: an analysis of the practices performed by the nursing team in the care of hospitalized children. 57 p. Course Completion Work (Undergraduate Nursing). Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - Paraíba, 2018..

ABSTRACT

In the current scenario of health services, there has been an increasing search for the provision of error-free care that offers minimal risk to patients, using strategies and practices that are sometimes simplistic in the eyes of professionals, but has proven effectiveness in promoting Patient Safety. Although they are indispensable tools for health professionals, the hands, when not properly sanitized, are considered a source and a vehicle of contamination for patients. In this sense, Hand Hygiene presents itself as an important strategy for the prevention of Health Care Related Infections, since it facilitates the interruption of the chain of transmission, representing one of the pillars for a safe assistance. The on-screen study aimed to analyze the PS in the care of hospitalized children from the accomplishment of practices related to Hand Hygiene performed by the nursing team in a University Hospital. This is an exploratory, descriptive study of a quantitative and qualitative approach, developed with the nursing team active at the Health and Adolescent Care Unit of a University Hospital, Cajazeiras, Paraíba, Brazil. The collection of the data was done through the application of two instruments: a direct and non-participant observation script, in which 15 observations were obtained, and the application of a complementary questionnaire, of which 19 professionals participated. It was verified that the professionals recognize the importance of the practice of Hand Hygiene for the Patient Safety, with respect to the prevention of infections, however, it was evidenced gaps regarding the opportune moments for the hygiene, as well as in the execution of the proper technique. It was observed the predominance of Hand Hygiene with water and soap, to the detriment of hygiene with alcoholic preparations. Concerning the use of adornments, it was verified that most of the professionals used them, and that they did not remove them to perform the Hand Hygiene, as recommended in the protocol of the institution. Even with the non conformities observed, positive aspects were verified, such as the good infrastructure that the hospital has for adequate Hand Hygiene, such as access to water, soap and alcoholic preparations. In this sense, the results indicate that it is necessary to carry out permanent education practices for sensitization and greater professional appropriation regarding this subject, as well as the monitoring of managers concerning the adherence to this practice.

Keywords: Hospitalized children. Nursing team. Hand washing. Patient safety.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da Equipe de Enfermagem que atua na Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.....	28
Tabela 2 - Distribuição dos momentos assistenciais que ocorrem à prática de HM reconhecidos pela equipe de enfermagem que atua na Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.....	31
Tabela 3 - Distribuição dos momentos assistências que os profissionais realizam a HM, segundo a observação direta e não participante. HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.....	32
Tabela 4 - Distribuição dos tipos de HM que realizam com mais frequência, segundo a equipe de enfermagem que atua na Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.....	35
Tabela 5 - Distribuição dos tipos de HM realizados pelos profissionais, segundo a observação direta e não participante. HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.....	36
Tabela 6 - Distribuição da equipe de Enfermagem quanto a sua percepção acerca da importância dada a HM pelos chefes, colegas e pacientes, Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.....	37
Tabela 7 - Distribuição da execução da técnica de HM pela equipe de enfermagem, segundo a observação direta e não participante. HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.....	38
Tabela 8 - Distribuição das informações sobre a caracterização dos profissionais quanto a manutenção das unhas e uso de adornos, segundo a observação direta e não participante. HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CIPNPS	Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
EA	Evento Adverso
HM	Higienização das Mãos
HUJB	Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Melo
IJB	Instituto Materno Infantil Drº Júlio Maria Bandeira de Melo
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
MS	Ministério da Saúde
PAPS	Posto de Assistência Primária à Saúde
PNSP	Política Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
OMS	Organização Mundial de Saúde
SNVS	Secretária Nacional de Vigilância Sanitária
SP	Segurança do Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIN	Unidade Cuidados Intensivos Neonatais
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CULTURAIS	16
3.2 A IMPORTÂNCIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE: PAPEL DO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM.....	18
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	22
4.2 LOCAL DO ESTUDO	22
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	24
4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	25
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	27
5.2 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICES	47
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	47
APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA E NÃO PARTICIPANTE COM OS PROFISSIONAIS	49
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO COM OS PROFISSIONAIS.....	51
ANEXOS	52

ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	52
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE.....	53
ANEXO C – TERMO DE ANUENCIA DA INSTITUIÇÃO.....	54
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	55

1 INTRODUÇÃO

No atual cenário dos serviços de saúde, tem se buscado cada vez mais a prestação de uma assistência livre de erros e que ofereçam riscos mínimos aos pacientes, para tanto usa-se estratégias e práticas, por vezes, simplórias aos olhos dos profissionais, mas que tem comprovada eficácia na promoção da Segurança do Paciente (SP).

Apesar de serem ferramentas indispensáveis para os profissionais de saúde, as mãos são consideradas fonte e veículo de contaminação para os pacientes quando não higienizadas adequadamente. Neste sentido, a Higienização das Mãos (HM) apresenta-se como uma importante estratégia para a prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS), uma vez que oportuniza a interrupção da cadeia de transmissão (BATHKE et al., 2013), representando um dos pilares para uma assistência segura.

As IRAS correspondem, atualmente, a um problema de saúde pública, dada a magnitude de suas consequências, uma vez que abrangem tanto o paciente, influenciando negativamente no seu tratamento, quanto à instituição de saúde, resultando em ônus econômico e social (OMS, 2008). Estima-se que cerca de 10% dos pacientes hospitalizados nos Estados Unidos da América e na Europa desenvolvem alguma infecção nosocomial, enquanto no Brasil essas taxas chegam a 15% (BRASIL, 2004).

Reconhecendo isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o desafio global “Uma assistência limpa é uma assistência segura”, em 2004 (JEZEWSKI et al., 2017). A fim de alcançar este objetivo, o Ministério da Saúde (MS) Brasileiro lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPS), instituído pela portaria nº 529/2013, o qual almeja incentivar a busca pela segurança na assistência à saúde, a partir de estratégias de envolvimento de profissionais, gestores e os próprios pacientes (BRASIL, 2013a).

Assim, preconiza-se que a HM deva ocorrer de forma rotineira em pelo menos cinco momentos: antes do contato com o paciente, antes da realização de procedimentos assépticos, após a exposição a fluidos corporais, após o contato com o paciente e após o contato com áreas próximas do paciente (OMS, 2005). A observância desses momentos deve ser ainda mais rigorosa quando se trata de unidades de cuidado complexo, como as unidades pediátricas (RAIMONDI et al., 2017), visto que estes pacientes são mais vulneráveis por apresentarem imaturidade imunológica.

Os membros da equipe de enfermagem são os profissionais que mais entram em contato com os pacientes, conseqüentemente são de grande relevância para a promoção da SP

(SILVA et al., 2013). Não obstante, é a categoria de maior susceptibilidade a acidentes de trabalho ou contaminação com algum agente infeccioso, devido ao maior número de exposições ao longo da assistência. Assim, a HM apresenta-se como uma garantia de segurança não só do paciente, como também dos profissionais, configurando-se como uma medida indispensável para a realização do cuidado, sobretudo nas unidades de cuidado complexo (LLAPA-RODRIGUEZ et al., 2018), como as unidades pediátricas.

Entretanto, apesar da HM ser um tema conhecido pelos profissionais de saúde, e estes reconhecerem a importância da sua realização (DERHUN et al., 2016), alguns estudos apontam que há uma dicotomia entre a teoria e a prática, observada pelas baixas taxas de adesão a tal ação (SOUZA; et al., 2015; OLIVEIRA, 2016; RAIMONDI et al., 2017).

Evidenciando, assim, a necessidade dos estabelecimentos de assistência à saúde desenvolverem estratégias de educação permanente voltadas para a temática sobre SP, bem como para a HM (DERHUN et al., 2016), a fim de empoderar esses profissionais sobre tais práticas (OLIVEIRA, 2016).

Dada à complexidade do cuidado realizado no ambiente hospitalar, faz-se necessário a realização de discussões sobre a SP e as consequências causadas pela ausência de práticas seguras. Neste sentido, este estudo justifica-se pela necessidade de se abordar o tema “higienização das mãos”, como uma das metas para prestação de uma assistência segura, e identificar como está sendo realizada tal prática pela equipe de enfermagem, sobretudo por tratar-se de um estabelecimento de saúde para assistência pediátrica, pois compreende-se que ao conhecer possíveis fragilidades relacionadas às práticas de higienização isso permitirá pensar em estratégias para potenciais melhorias.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a segurança do paciente no cuidado a criança hospitalizada a partir da realização de práticas relacionadas à higienização das mãos executadas pela equipe de enfermagem.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a realização de práticas seguras relacionadas à higienização das mãos executadas pela equipe de enfermagem;
- Avaliar se a equipe de enfermagem segue os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde e pela própria instituição quanto à higienização das mãos;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CULTURAIS

A SP é um tema que vem ganhando relevância nas discussões sobre assistência a saúde, haja vista que cada vez mais se busca uma assistência livre de erros. No entanto, a precariedade dos estabelecimentos de saúde, a qualificação incongruente dos recursos humanos, e a cultura punitiva contribuem para a ocorrência de erros, incidentes e danos desnecessários ao paciente (OLIVEIRA et al., 2017).

De acordo com o MS a SP pode ser entendida como a redução, a um nível mínimo, dos riscos de danos desnecessários provenientes do cuidado à saúde (BRASIL, 2014).

Em 2015, foram notificados a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) 31.774 casos de incidentes relacionados à assistência à saúde, sendo que 3.770 destes envolvem a assistência a crianças. Os setores de internação foram apontados como as unidades hospitalares com maior número de incidentes, correspondendo a mais de 50% destes (ANVISA, 2016).

As IRAS são, atualmente, entendidas como um grave problema de saúde pública no Brasil (OMS, 2008), ou ainda, uma doença de gravidade considerável, com impactos socioeconômicos que abrangem tanto os pacientes como os serviços de saúde quantitativamente (SILVA et al., 2013). No que tange aos profissionais de saúde, os erros são associados a sentimentos constrangedores e punitivos, o que contribui para omissão de suas ocorrências, impossibilitando conhecê-los e tratá-los de maneira adequada (DUARTE et al., 2016).

A internação hospitalar por si só, representa diversos riscos à saúde dos clientes independente da faixa etária, cabendo aos profissionais de saúde, buscarem minimizar esses riscos e outros danos possíveis. Tratando-se do cuidado pediátrico, este requer uma atenção profissional ainda maior, visto que este público apresenta características físicas e morfológicas específicas, que os diferenciam dos adultos (GOMES et al., 2017).

Entretanto, observa-se, rotineiramente, a ocorrência de Eventos Adversos (EA) devido às peculiaridades das crianças. Cabe salientar que os EA em crianças tendem a ser mais graves do que em adultos, devido à maior vulnerabilidade que apresentam e por ser mais difícil a identificação de tais eventos (ROCHA et al., 2014).

Embora as discussões sobre SP venham ganhando ênfase recentemente, as preocupações em não causar dano durante a assistência ocorrem desde Hipócrates (460 a 370

a. C.), o qual postulou *Primum non nocere*, isto é, primeiro não cause dano (BRASIL, 2014). Em 1945, a enfermeira Florence Nightingale abordou a temática SP, enfatizando a importância da realização da higienização dos pacientes e do ambiente os quais se presta assistência, sendo o dever do hospital não causar danos aos clientes.

No entanto, somente no final da década de 1990 que os debates sobre esse tema chegaram a níveis internacionais, quando o *Institute of Medicine of United States of America* lançou o relatório mundial, intitulado *To Err is Human: building a safe health system*, o qual abordou a dimensão das consequências que os erros na assistência, na maioria das vezes evitáveis, trazem para os pacientes e para as instituições de saúde (MENDES et al., 2016). A partir da publicação deste relatório, as pesquisas na área se intensificaram, e no início deste século a SP passou a ser considerado um dos seis atributos da qualidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Contudo, somente em 2004, a partir da 57ª Assembleia Mundial de Saúde, a OMS se comprometeu oficialmente com o tema, lançando a Aliança Internacional para a Segurança do Paciente, almejando reduzir a ocorrência de erros, bem como as consequências sociais e econômicas decorrentes dos cuidados precários de saúde (OMS, 2005). Cinco anos após, a OMS adotou seis metas internacionais, cujo cumprimento resulta em uma assistência segura, sendo elas: identificação dos pacientes, comunicação efetiva, uso seguro de medicamentos, cirurgia segura, prevenção do risco de infecção e prevenção de queda (MENDES et al., 2016).

O Brasil entrou na Aliança em 2007 e regulamentou as ações para promover a SP em 2013, quando instituiu as portarias nº 529, de 1º de abril de 2013 e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2014).

A portaria nº 529/2013 institui o PNPS, o qual objetiva contribuir para uma assistência à saúde segura e de qualidade em todos os serviços de saúde no país por meio da difusão da Cultura de Segurança e criação do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP). Para tanto, lança mão de estratégias que englobam profissionais, usuários e gestores (BRASIL, 2013a).

A RDC nº 36 dispõe sobre as ações para a promoção da SP em todos os serviços de saúde, sejam eles públicos, privados ou filantrópicos, e consequente melhoria da qualidade da assistência prestada por esses estabelecimentos. Além disso, essa resolução regulamenta a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), definidos como instancias dos estabelecimentos de saúde, que promovem a implementação de ações que visem a SP nos mesmos. Pode-se constituir um NSP para cada serviço de saúde, bem como para um conjunto

destes, sendo que cada núcleo é responsável por elaborar, implantar e monitorar a execução do Plano de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b).

Assim, para que os estabelecimentos de saúde consigam oferecer uma assistência segura para os pacientes é necessário que haja o comprometimento de todos os profissionais envolvidos, desde a gestão, a Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH), até os profissionais responsáveis pela assistência (BRASIL, 2011).

Neste sentido, a SP assume-se como um tópico prioritário entre os gestores das instituições de saúde, bem como profissionais e pacientes. Vale ressaltar que é necessário que todos os envolvidos na assistência estejam cientes da importância desta temática para a garantia de uma assistência livre de danos, e que para tanto é necessário atitudes e práticas simples do cotidiano.

Dentre as estratégias e ações existentes para a promoção da SP e almejando reduzir o quantitativo de eventos adversos decorrentes de erros na assistência a saúde, a OMS priorizou a redução das IRAS difundindo a HM, assumindo um desafio global (BRASIL, 2014), em atendimento a uma das seis metas internacionais que é a prevenção do risco de infecção, a qual será discutida adiante.

3.2 A IMPORTÂNCIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE: PAPEL DO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

As mãos são tidas como ferramentas essenciais para os profissionais de saúde, visto que fazem uso das mesmas para realizarem suas atividades. Assim como, são também a principal fonte de contaminação e disseminação de microrganismos. Consequentemente, a higienização adequada e oportuna das mãos está diretamente relacionada à SP (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, a OMS lança periodicamente os chamados “Desafios Globais”, que se apresentam como programas da Aliança Mundial para a SP, estes são formulados no sentido de atentar para determinada prática relacionada à SP. O primeiro desafio global intitula-se “*Clean Care is Safer Care*”, isto é, “Uma assistência limpa é uma assistência segura”, o qual tem como principal meta a redução das IRAS, por meio da prática de HM (OMS, 2008).

A importância da HM foi reportada em 1846 pelo médico húngaro Ignaz Semmelweis, que observou uma redução de mortes maternas por infecção em um hospital em Viena, após implantar-se a prática de HM. A enfermagem, por sua vez, tem como precursora de tal prática Florence Nightingale, quando foi trabalhar na Guerra da Criméia, ao se deparar com uma

situação higiênica precária, a enfermeira resolveu instaurar uma serie de medidas de higiene pessoal dos soldados e demais membros da equipe, resultando em uma diminuição da taxa de mortalidade. Tais constatações foram reafirmadas com a descoberta dos microorganismos por Anton van Leeuwenhoek, e posterior associação destes como causa de algumas doenças, afirmado por Robert Koch (BRASIL, 2007).

Entre 1975 e 1985, ocorreram as primeiras publicações sobre lavagem das mãos. Esses guias recomendavam que esta prática fosse realizada com sabonete não associado a antisséptico e sabonete associado a antisséptico, antes e após o contato com pacientes ou realização de algum procedimento invasivo, respectivamente. No Brasil, a primeira publicação a tratar deste tema ocorreu em 1989, sendo intitulada “Lavar as mãos: informações para os profissionais de saúde” (BRASIL, 2009). Desde então, o MS vem lançando periodicamente publicações que não só incentivam a realização da HM, como também as consequências que a não realização traz para os pacientes e para os próprios profissionais.

O termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos”, por ser o ultimo mais abrangente e englobar além da higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos (BRASIL, 2007). Preconiza-se que tal prática seja realizada em cinco momentos: antes do 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 (OMS, 2005). Devem realiza-la todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde que mantêm contato direto ou indireto com o paciente, para tanto podem utilizar-se de água e sabão, quando visivelmente sujas, contaminadas com fluidos corporais ou material proteico ou após usar o banheiro, e com preparação antisséptica ou alcoólica em todos os casos rotineiros de indicação para HM (BRASIL, 2007).

Para que o profissional de saúde possa realizar a HM adequada e oportuna, eles necessitam ter acesso as instalações necessárias para tal pratica, e que estas tenham suprimento ininterrupto de água em todas as torneiras, bem como aos produtos para a higienização (OMS, 2005).

A HM constitui uma das maneiras mais simples e eficazes na prevenção e controle das IRAS (DERHUN et al., 2016), uma vez que oportuniza a interrupção da principal forma de transmissão de patógenos, independente do tipo de contato entre profissional, paciente e o ambiente (BATHKE et al., 2013).

Tratando-se do cuidado pediátrico, a HM torna-se ainda mais indispensável, uma vez que a criança hospitalizada é mais vulnerável a adquirir infecções, posto que encontra-se com

o sistema imunológico em desenvolvimento (MOGNON, 2016). Além disso, a hospitalização infantil propicia uma maior proximidade com a equipe, o que implica numa maior necessidade de HM, visto que além dos cuidados especializados da assistência, os profissionais auxiliam, por vezes, nos cuidados de higiene, conforto, alimentação, dentre outros. Desse modo, muitas são as situações em que a HM é necessária para a garantia do cuidado seguro ao paciente pediátrico (BOTENE; PEDRO, 2014)

Essas questões são preocupantes, principalmente no cuidado à criança pelo fato da hospitalização infantil exigir uma proximidade maior dos profissionais na realização de cuidados e, conseqüentemente, necessitar frequentemente de HM. Quando a criança está desacompanhada, a demanda aumenta consideravelmente. Além da realização dos cuidados gerais da criança, os cuidados de higiene e conforto exigem intervenções frequentes dos profissionais, tanto nas trocas de fraldas quanto no auxílio para uso do sanitário.

Há, ainda, os cuidados com a alimentação, a administração de medicações, a realização de curativos e outros procedimentos que, muitas vezes, necessitam de mais de um profissional envolvido. Também, no cuidado à criança, muitas vezes é necessário o acalento e o colo. Assim, muitas situações da hospitalização infantil podem interferir na garantia de um cuidado seguro ao paciente pediátrico no contexto da transmissão de IRAS, por meio das mãos não higienizadas corretamente nos momentos adequados.

No entanto, apesar de ser uma medida simples, muitos profissionais negligenciam esta prática e não incorporam-na no cotidiano, o que ocorre, por vezes, devido a própria dinâmica assistencial de agilização do trabalho, que contribui para a redução de etapas da HM (BATHKE et al., 2013), tornando-se um dos desafios para o controle de IRAS (OMS, 2008).

Devido às baixas taxas de adesão a HM e aos altos índices de IRAS, faz-se necessário a monitorização contínua desta prática, bem como a identificação dos motivos que levam a sua não realização, para que sejam desenvolvidas estratégias com o objetivo de aumentar a adesão profissional (OLIVEIRA, 2016).

Nessa perspectiva, a enfermagem deve ser em sua essência, comprometida com a prestação de uma assistência segura e de qualidade, voltada para as necessidades da pessoa, família e coletividade, tomando como base os preceitos éticos, legais, científicos, filosóficos e técnicos da profissão. Nesse sentido, buscando garantir a segurança, tanto do profissional como do paciente, a Resolução COFEN nº 0564/2017, proíbe o profissional de executar uma atividade que não seja sua atribuição ou que não ofereça segurança para qualquer um dos envolvidos na mesma, ao passo que garante o direito do profissional recusar-se a desempenhar tal procedimento. Além disso, é dever da equipe de enfermagem comunicar aos

órgãos competentes qualquer ação de algum membro da equipe de saúde que ofereça algum risco a SP. A inobservância de tais recomendações é considerada infração e resulta, além dos danos ao cliente e a instituição de saúde, em aplicações de penalidades a depender da infração (COFEN, 2017).

Com isso, a equipe de enfermagem assume um importante papel na garantia da SP, uma vez que são os profissionais que mais tem contato com os pacientes. Dentre as medidas que visam uma prática segura para os profissionais e pacientes, destaca-se a HM (CESTARI et al., 2017), no entanto, é função do enfermeiro também, educar e sensibilizar a equipe quanto a estagnação da cadeia de transmissão de patógenos. Cabe salientar que as ações que visem à garantia da SP devem ser um compromisso de toda a equipe multiprofissional (FERREIRA et al., 2017).

Assim, a HM apesar de ser uma prática simples e cotidiana, deve ser vista com seriedade pela equipe de assistência a saúde, tendo em vista sua comprovada eficácia para a prevenção de IRAS. Ademais, a equipe de enfermagem é fundamental para a SP, principalmente no que diz respeito ao paciente pediátrico, uma vez que estes apresentam uma maior vulnerabilidade imunológica e social, e a equipe de enfermagem corresponde aos profissionais que possuem maior contato com os mesmos.

4 METODOLOGIA

Essa seção apresenta a organização da trajetória de como se dispôs esse estudo. Será apresentada a descrição dos instrumentos de coleta de dados, os procedimentos que foram utilizados durante a coleta e a forma como os dados foram analisados, além da caracterização do tipo e local do estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo caracteriza-se como um recorte de uma pesquisa maior, a qual intitula-se “Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: práticas realizadas pela equipe de enfermagem em um Hospital Universitário”. Dessa maneira para realização da pesquisa que trata este recorte foi realizado um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, que possibilita o entendimento acerca da SP no cuidado a criança hospitalizada a partir da realização de práticas relacionadas à higienização das mãos executadas pela equipe de enfermagem em um Hospital Universitário.

A pesquisa descritiva procura analisar fatos e/ou fenômenos, fazendo uma descrição detalhada da forma como se apresentam esses fatos e fenômenos, ou, mais precisamente, é uma análise em profundidade da realidade pesquisada. Enquanto a pesquisa exploratória objetiva dar uma explicação geral sobre determinado fato, através da delimitação do estudo. Nesse sentido, pode levantar um novo problema que será esclarecido através de outra pesquisa (OLIVEIRA, 2007).

Na pesquisa com abordagem quantitativa, o pesquisador restringe-se a descrição e quantificação de determinado fato, desconsiderando a complexa realidade social que este fato está ligado. Por sua vez, na abordagem qualitativa, o pesquisador considera a existência de uma relação direta entre o sujeito e a realidade no qual está inserido, buscando-se respeitar a subjetividade do indivíduo (PRODANOV; FREITAS, 2013).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, no setor de internamento de um Hospital público Universitário, do município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil – o Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB).

Este hospital pertenceu por vários anos a APAMIC (Associação de Proteção a Assistência e Infância de Cajazeiras), posteriormente passou a ser gerenciado pela Prefeitura Municipal de Cajazeiras. Em novembro de 2011, o então Instituto Materno Infantil Dr. Júlio Maria Bandeira de Mello (IJB) foi doado para a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) (Lei Municipal N° 2.005/2011), sendo recebido oficialmente pelo Conselho Curador da UFCG em julho de 2012 (PLANO OPERATIVO ASSISTENCIAL CONTRATUALIZAÇÃO, 2013).

Em 09 de dezembro de 2015 foi assinado o contrato de gestão compartilhada do HUJB entre a UFCG e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), ficando esta última responsável pela gestão especial gratuita do HUJB.

É um hospital de relevância para a UFCG por propiciar apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, para a formação no campo da saúde, bem como a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade.

O HUJB presta serviços de saúde 100% através do Sistema Único de Saúde (SUS) na área de Pediatria: pronto atendimento (urgências e emergências) e internamentos, 24 horas por dia. É classificado como hospital de pequeno porte, com referência no atendimento pediátrico de média complexidade para a área que polariza a 9ª Região de Saúde de Cajazeiras – PB, a qual é composta, além do próprio município de Cajazeiras, por mais 14 municípios circunvizinhos (PLANO OPERATIVO ASSISTENCIAL CONTRATUALIZAÇÃO, 2013).

Dispõe de uma estrutura de 26 leitos de pediatria, sendo 18 ativos e oito desativados. Porém, por encontrar-se em processo de reforma e reestruturação, atualmente estão ativados 15 leitos.

O hospital possui um terreno de 10.213,35m² e uma área construída de 1.869,00m². Como mencionado acima se encontra em processo de reforma por está inserido na reorganização da rede de serviços de saúde do SUS na região, pretendendo em pouco tempo tornar-se referência para outros serviços. Nesse sentido, com a reforma e reestruturação dos serviços, o HUJB contará com seis consultórios para consultas eletivas (localizados no Posto de Assistência Primária a Saúde – PAPS/ETSC/CFP/UFCG) e 55 leitos hospitalares, dos quais oito são leitos de ginecologia, quatro leitos são obstétricos clínicos, 19 de obstetria cirúrgica (14 de alojamento conjunto e cinco de quartos Pré-parto, Parto e Pós-parto), três são leitos pediátricos cirúrgicos, 12 são de leitos pediátricos clínicos (sendo um de isolamento), cinco leitos de UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) e quatro leitos de UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais). Com a reforma, mais três leitos de pediatria

serão fechados, para abertura de novos serviços, com 40 novos leitos (ginecologia, obstetrícia e UTIN/UCIN) (RELATÓRIO DE DIMENSIONAMENTO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS, 2014).

A principal porta de entrada do hospital ainda é a demanda espontânea, com uma média de 75 atendimentos diários e 572 exames laboratoriais mensais. Os principais tipos de atendimentos realizados no hospital são: consultas a gastroenterites, infecções das vias áreas superiores, otites e atendimentos de urgência e emergência. As principais causas de internamento são: pneumonias, infecção das vias áreas superiores, desidratação, crise asmática e doenças do aparelho urinário.

Conta hoje com 125 trabalhadores, destes 75 são prestadores de serviço, entre Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Assistente Social, Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicóloga, técnicos de enfermagem, de farmácia e 50 terceirizados. A equipe de Enfermagem é composta por 40 profissionais, sendo 12 Enfermeiros Assistenciais, quatro Enfermeiros Assistenciais de Transferência e 24 Técnicos de Enfermagem.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população estudada foi composta pelos profissionais da equipe de enfermagem, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, atuantes na clínica de internação do HUIB. Não foi estipulado inicialmente o quantitativo numérico de profissionais que participariam do estudo, uma vez que foi utilizada a amostragem não probabilística por conveniência, em que o pesquisador selecionou membros da população mais acessíveis. Porém, levando-se em consideração que existe um quantitativo de 40 profissionais de enfermagem (Enfermeiros e técnicos) e que destes, 36 compõem a escala do setor de internamento, estes foram considerados como possíveis participantes da pesquisa.

Foram adotados como critérios de inclusão profissionais que estivessem em exercício profissional no momento da coleta de dados e como critérios de exclusão profissionais que estivessem atuando nos setores administrativos e estejam em período de férias, licença ou afastamento do serviço no momento da coleta de dados.

A partir da análise dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, 19 profissionais participaram da pesquisa respondendo ao questionário. Foram realizadas 15 observações diretas e não participantes dos profissionais de enfermagem.

4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados após consolidação do projeto deste recorte, durante o mês de julho de 2018, uma vez que já se tinha aprovação do projeto maior pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Para os participantes incluídos na pesquisa, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Para coleta de dados utilizou-se a observação direta e não participante e a aplicação complementar de um questionário.

A observação direta e não participante é considerada como técnica de coleta de dados, que não consiste em apenas ver ou ouvir, mas em examinar fatos ou fenômenos que se desejam estudar, contextos ou ambientes, e também as atividades desenvolvidas nestes, as pessoas que participam dessas atividades e seus significados. Neste tipo de observação o observador não se integra à comunidade observada (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). Para isso, os profissionais de enfermagem foram observados pela pesquisadora quando estavam realizando alguma etapa do processo de HM.

Quanto à utilização do questionário, esse talvez seja o instrumento mais utilizado para coleta de dados. Configura-se como um conjunto de perguntas a respeito de uma ou mais variáveis que serão mensuradas devendo estar congruente com a formulação do problema (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Nesse sentido, foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados: o instrumento I (Apêndice B) que compreendeu um roteiro de observação direta e não participante das práticas realizadas pela equipe de enfermagem, nele estão dispostos os dados observados, os quais foram registrados em uma ficha de acompanhamento que direcionou, de forma objetiva, o observador em seu registro.

E o instrumento II (apêndice C) que compreendeu um questionário com perguntas subjetivas e objetivas, o qual contemplou questões relativas à caracterização dos participantes incluindo as variáveis sexo, idade, tempo de atuação na enfermagem e no setor de internamento do HUIB, e se participou de alguma capacitação relacionada à SP; assim como questões relativas à percepção da equipe de enfermagem sobre HM. Para aplicação do questionário, a mesma se deu a partir da entrevista pessoal, em que a pesquisadora fez as perguntas ao entrevistado e anotou as respostas. Obteve-se o cuidado de não distorcer ou influenciar as respostas do entrevistado, evitando expressar aprovação ou crítica sobre as mesmas.

Os dados coletados a partir do roteiro de observação e dos questionários foram analisados segundo estatística descritiva simples. E em seguida foram confrontados com o que se preconiza nos protocolos de práticas seguras adotados pelo MS e Protocolos implantados pela própria instituição.

A fim de preservar a identidade dos participantes da pesquisa as falas obtidas a partir do questionário foram codificadas pela letra “E” de Entrevista e o número equivalente à sequência da aplicação dos questionários.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado respeitando-se os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, seguindo fielmente as observâncias éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no cumprimento ao TCLE (Apêndice A), que trata da participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação da pesquisa.

Como recomendam esses critérios, inicialmente foi realizado contato via ofício emitido pela Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG com o Setor de Ensino e Pesquisa do HUJB solicitando autorização para realização da pesquisa e informando sobre os seus objetivos. Após aprovação a partir do Termo de Autorização Institucional, o qual foi assinado pelo responsável como forma de anuência, o projeto maior, juntamente com o TCLE da pesquisa e demais documentos, foram encaminhados ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), através da Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo CEP, conforme o Parecer de número 2.415.728. Dessa maneira, iniciou-se a coleta de dados, a qual realizou-se através de visitas ao setor de internamento no local do estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este segmento reúne os resultados e a discussão da pesquisa realizada com os Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem da unidade de internação do HUJB. Na explanação dos dados, será apresentada inicialmente a caracterização dos sujeitos da pesquisa e posteriormente os resultados quanto à realização de práticas seguras relacionadas à HM.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Para caracterizar o perfil dos sujeitos envolvidos na pesquisa foram utilizadas as seguintes variáveis: categoria profissional, sexo, idade, tempo de atuação na enfermagem e no HUJB, e a participação em capacitações sobre a temática.

Tabela 1 - Caracterização da Equipe de Enfermagem que atua na Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.

(continua)				
Variável	N	%	Média	Desvio padrão (DP)
Profissão				
Enfermeiro	8	42,1	-	-
Técnico de enfermagem	11	57,9		
Sexo				
Feminino	16	84,2	-	-
Masculino	3	15,8		
Idade				
22-30	3	15,8	36,6	8,9
31-40	11	57,9		
41-50	4	21,0		
51-56	1	5,3		
Tempo de atuação na enfermagem (anos)				
2-10	14	73,7	12,1	1,2
11-20	4	21,1		
21-30	1	5,2		
Tempo de atuação na instituição (anos)				
1 mês-10	16	84,3	8,8	0,7
11-20	2	10,5		
21-30	1	5,2		
Já realizou alguma capacitação				

relacionada à HM		
Sim	9	47,4
Não	10	52,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Na Tabela 1, observa-se a caracterização dos sujeitos da pesquisa. Assim, participaram da pesquisa 19 profissionais que compõem a equipe de enfermagem da unidade de internação do HUJB, desses, 8 (42,1%) eram enfermeiros e 11 (57,9%) técnicos de enfermagem. Estes últimos apresentam-se em quantitativo maior devido à própria organização da enfermagem brasileira, na qual os técnicos desenvolvem as atividades assistenciais de menor complexidade (JEZEWSKI et al., 2017).

No tocante ao sexo, verificou-se supremacia feminina que correspondeu a 16 (84,2%) profissionais entre os sujeitos questionados. Esses achados corroboram com outros estudos desenvolvidos, nos quais se obteve resultados semelhantes (DERHUN et al., 2016; SANHUDO; MOREIRA, 2016; LLAPA-RODRÍGUEZ et al., 2018). A idade dos profissionais variou de 22 a 56 anos, com média de 36,6 anos (DP = 8,9). Os adultos foram o ciclo etário mais prevalente entre os estudados, destacando-se a idade de 31 a 40 anos, representando 57,9% (11) da amostra, coadunando com Dourado et al. (2017).

No que concerne ao tempo de atuação na área da enfermagem, a maioria dos profissionais 14 (73,7%) apresentou de dois a dez anos, com média de 12,1 (DP = 1,2). Esse mesmo intervalo (até dez anos) foi verificado quanto ao tempo de atuação na instituição, correspondendo a 84,3% (16) da amostra, com média de 8,1 anos (DP = 0,7).

O tempo de atuação na enfermagem observado no presente estudo foi semelhante ao de outros estudos encontrados na literatura (DOURADO et al., 2017; LLAPA-RODRÍGUEZ et al., 2018). No que diz respeito ao tempo de atuação na instituição, os resultados diferem parcialmente dos encontrados por Jezewski et al. (2017), em que a maioria dos profissionais tinha menos de três anos de atuação na instituição do estudo.

Percebe-se que no que compreende a participação em capacitações relacionadas à HM, verificou-se que 10 (52,6%) profissionais não participaram de capacitação e 9 (47,4%) relataram ter participado, demonstrando com isso ainda a necessidade dos profissionais realizarem mais atividades para compreensão e abrangência de conhecimentos sobre essa temática. A não participação em capacitação sobre o assunto pode ser justificada pelo recente surgimento desse tema no contexto atual, pois apenas em 2013 foi que a formação em SP passou a ser um fator imperativo no Brasil (OLIVEIRA et al., 2017).

Em pesquisa desenvolvida também em um Hospital Universitário em Belo Horizonte, Oliveira, Paula e Gama (2017) constataram resultados um pouco diferente, posto que quase 50% dos profissionais relataram ter recebido algum treinamento sobre HM.

Assim, destaca-se que a educação permanente deve ser um instrumento utilizado pelas instituições de saúde para otimização das competências profissionais, sendo um dos princípios basilares para a qualidade da assistência e a experiência prática na enfermagem (LLAPA-RODRÍGUEZ et al., 2018).

5.2 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS

Nesta seção serão abordados os resultados obtidos por meio da aplicação do questionário, como também aqueles resultantes da observação direta e não participante.

Com relação ao reconhecimento da equipe de enfermagem acerca da finalidade da prática de HM, constatou-se que 4 (21,0%) profissionais, apesar de reconhecerem a importância desta prática, não souberam justificá-la, evidenciando a falta de embasamento teórico científico sobre uma ação tão frequente do cotidiano. Dourado et al. (2017) assinalam que há dicotomia entre os saberes profissionais, aquilo que eles consideram correto e o que eles realmente praticam.

Destarte, 8 (42,1%) dos sujeitos participantes do estudo, reconhecem a HM como fundamental para a prevenção de infecções cruzadas, o qual evidencia-se nos discursos a seguir:

“É muito importante na prevenção de infecções hospitalares, é a maneira mais eficaz comprovada cientificamente.” (E4)

“É essencial, é o principal meio de evitar infecções cruzadas”. (E6)

“Minimiza a transmissão de infecções cruzadas.” (E10)

“É importante porque é uma medida simples de prevenção de infecção por contato e de infecções cruzadas.” (E13)

Esses achados corroboram com o estudo de Souza et al. (2013), no qual os profissionais julgam a HM como ação importante para a profilaxia de infecções nosocomiais. Nessa mesma perspectiva, um estudo desenvolvido em um hospital em Minas Gerais revelou eficácia da HM na prevenção de infecções cruzadas, uma vez que as mãos são importantes meios de disseminação das IRAS, além de ser considerada a prática de menor custo para os serviços de saúde (ARAÚJO et al., 2016).

Além dos aspectos já citados, 1 (5,3%) profissional reconheceu que as mãos são potenciais meios de contaminação e 3 (15,8%) profissionais referiram que a HM é fundamental para a redução de microrganismos, que por ventura, localizem-se nas mesmas. Cabe salientar que apenas 1 (5,3%) sujeito reconheceu a prática de HM como meio de garantir a SP bem como do profissional. Tais aspectos podem ser evidenciados, respectivamente, pelas seguintes falas:

“Muito importante, porque as mãos só estão limpas na hora que lava, já que a gente toca em várias coisas” (E7)

“Serve para remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele” (E2)

“É importante para a segurança do profissional, bem como do paciente.” (E1)

As mãos são consideradas a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência, haja vista que a pele é tida como um reservatório de microrganismos transitórios e residentes, que podem ser transferidos no contato direto ou indireto com os pacientes. Neste sentido, a HM visa prioritariamente a remoção da microbiota transitória e redução da microbiota residente das mãos (OMS 2005).

A HM é considerada um dos princípios basilares da SP, uma vez que é a ação mais simples para redução das IRAS que tem por objetivo diminuir a níveis mínimos o risco de danos causados pela assistência à saúde (OMS, 2005). Outrossim, esta prática é também fundamental para a segurança do profissional.

Ademais, apenas 2 (10,5%) profissionais elucidaram em suas falas a importância da HM no cuidado a criança hospitalizada, como observa-se nos discursos a seguir:

“Essencial (...) principalmente aqui, porque cuidamos de crianças.” (E5)

“Importante (...), principalmente aqui, por se tratar de crianças.” (E18)

A criança hospitalizada pode ser considerada um paciente crítico, pois essa população está ainda mais sujeita a riscos, uma vez que apresenta características físicas, morfológicas e imunológicas específicas e imaturas (GOMES et al., 2017).

A partir do método de observação direta e não participante utilizado no estudo (Roteiro de observação dos profissionais - Instrumento I) tornou-se possível confrontar o que o pesquisador observou durante a assistência realizada pela equipe de enfermagem com o que eles responderam no questionário (Instrumento II). Sendo assim, foram realizadas 15 observações diretas e não participantes com a equipe de enfermagem do HUJB. Destas, 4 (26,7%) foram realizadas com os enfermeiros e 11 (73,3%) com os técnicos de enfermagem.

Mais uma vez, o quantitativo de técnicos é maior por estarem ligados a assistência direta e ininterrupta aos pacientes (DOURADO, 2016), e conseqüentemente, apresentam mais necessidade de higienizar as mãos. Enquanto que os enfermeiros prestam, por vezes, uma assistência indireta, uma vez que coordenam o cuidado, caracterizando-se assim como líder (ALMEIDA et al., 2013).

Ao serem questionados sobre quantas vezes higienizam as mãos no cuidado com um único paciente e quais os momentos que ocorrem essa prática, nenhum profissional citou os cinco momentos preconizados pela OMS, pois dos 19 entrevistados 10 (52,6%) referiram antes e após procedimentos limpos/assépticos, 4 (21,1%) antes e após o contato com o paciente, 4 (21,1%) só após o contato com o paciente e 1 (5,2%) após contato com áreas próximas ao paciente, conforme alguns discursos e a tabela 2 a seguir:

“Sempre antes e depois de cada procedimento realizado com o paciente.” (E2)

“Antes de todos os procedimentos, preparo de medicação, sinais vitais do paciente.” (E3)

“Antes de medicação, antes de prepara-las e antes de ter contato com o paciente.” (E11)

“Antes de procedimento invasivo, após administração de medicação.” (E19)

Tabela 2 – Distribuição dos momentos assistenciais que ocorrem à prática de Higienização das Mãos reconhecidos pela equipe de enfermagem que atua na Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.

Momentos em que ocorre a HM	N	%
Antes e após procedimentos limpos/assépticos	10	52,6
Antes e após o contato com o paciente	4	21,1
Só após o contato com o paciente	4	21,1
Após contato com áreas próximas ao paciente	1	5,2
Total	19	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

No entanto, durante a observação constatou-se que das 15 observações realizadas, 13 (37,1%) higienizaram as mãos apenas após tocar o paciente, 8 (22,9%) após risco de exposição a fluidos corporais, 7 (20,0%) apenas após tocar superfícies próximas ao paciente, 3 (8,6%) apenas antes de tocar o paciente, 2 (5,7%) apenas antes de realizar procedimento

limpo/asséptico e 2 (5,7%) realizaram em todos os momentos. Consoante com Oliveira et al. (2017); Souza et al. (2016); e Derhun (2016) que também identificaram estes momentos como os de maior adesão. Os dados obtidos pela observação no que diz respeito aos momentos assistenciais que os profissionais realizaram a HM estão dispostos na tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos momentos assistências que os profissionais realizam a Higienização das mãos, segundo a observação direta e não participante. HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.

Realiza a higienização das mãos nos 5 momentos certos?	N	%
Apenas após risco de exposição a fluidos corporais	13	37,1
Apenas após tocar o paciente	8	22,9
Apenas após tocar superfícies próximas ao paciente	7	20,0
Apenas antes de tocar o paciente	3	8,6
Apenas antes de realizar procedimento limpo/asséptico	2	5,7
Realiza em todos os momentos preconizados	2	5,7
Total	35	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

*Nota: dados obtidos por meio da observação direta e não participante

**Nota: questão de múltipla escolha

Embora “antes da realização de procedimento limpo/asséptico” seja o momento mais citado pelos profissionais como oportunidade para HM, de acordo com as observações, foi o momento mais negligenciado, corroborando com outros estudos desenvolvidos sobre esta temática (SOUZA et al., 2015; OLIVEIRA, 2016). Por sua vez, Raimondi et al. (2016), em sua pesquisa, constataram que o momento assistencial de maior omissão pela equipe de enfermagem foi antes do contato com o paciente e com áreas próximas a ele.

Cabe sublinhar que apesar dos participantes da pesquisa reconhecerem a importância da HM na quebra do ciclo de transmissão microbiana, apenas 2 (5,7%) destes realizaram algum tipo de HM em todos os momentos preconizados. Infere-se assim que, apesar dos profissionais reconhecerem a importância da HM, a prática cotidiana ainda está aquém do que é recomendado (RAIMONDI et al., 2016; DOURADO et al., 2017).

Na sua prática cotidiana, os profissionais de saúde estão continuamente vulneráveis a infecções pelo contato com o paciente. Não obstante, muitos profissionais priorizam a HM quando expostos a algum material biológico ou após o contato com alguma situação de risco de contaminação, exaltando a segurança profissional em detrimento da SP. No entanto, a higienização antes dos procedimentos é de equivalente significância, uma vez que a não realização maximiza riscos à SP (SOUZA et al., 2015).

Ainda a esse respeito, estudos revelam que a maioria dos profissionais reconhece que a HM deve ser realizada antes de procedimentos como administração de medicações, aferição de sinais vitais, banhos nos pacientes, realização de curativos (OLIVEIRA et al., 2017). Llapa-Rodríguez et al. (2018) por sua vez evidenciaram em seu estudo que 97% da equipe de enfermagem mencionaram realizar a HM antes e após o contato com os pacientes.

Depreende-se que a baixa adesão profissional a esta prática, pode estar relacionada ao processo formativo, visto que as questões de biossegurança e HM geralmente são componentes curriculares básicos vistos antes dos acadêmicos adentrarem na prática clínica (BOTENE; PEDRO, 2014).

Ressalta-se que algumas fragilidades foram apontadas pelos próprios profissionais, os quais afirmaram, de acordo com os discursos abaixo, que a HM acontece a depender do tipo de procedimento e da demanda de pacientes, pois numa situação de emergência, por exemplo, não é realizado.

“Antes e após o procedimento, a depender do tipo de procedimento e da demanda de pacientes.” (E10)

“Antes de procedimento invasivo, após contato direto com o paciente, mas nem sempre é feito.” (E19)

“Antes e depois de realizar o procedimento, exceto nas emergências, porque não dá tempo.” (E19)

Tais discursos são preocupantes, uma vez que denotam lacunas nos saberes profissionais no que diz respeito aos momentos que as mãos precisam ser higienizadas, uma vez que admitem que nem todos os procedimentos requerem esta prática. Não obstante, a demanda de pacientes foi apontada como um elemento dificultador para HM, no entanto, sobretudo nestes casos, a higiene é ainda mais imprescindível.

O protocolo de HM instituído pelo NSP do HUJB preconiza que a HM deve acontecer nos cinco momentos recomendados pelo MS, além disto, sugere que a mesma ocorra também ao iniciar o turno de trabalho, antes e após calçar luvas, ao mudar de um sitio corporal

contaminado para outro no mesmo paciente, antes e após realizar atos pessoais (PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS, 2017).

Ao serem questionados sobre quais medidas poderiam ser eficazes para facilitar a adesão à prática de HM, 10 (52,6%) profissionais apontaram a educação permanente, por meio de capacitações, como a principal medida para sensibilização profissional. Dentre as medidas, ressaltou-se ainda a utilização de recursos audiovisuais 3 (15,7%), a disponibilização de preparações alcoólicas para os profissionais 1 (5,3%) e o monitoramento por meio da gerencia do hospital 1 (5,3%), como está evidenciado nas falas a seguir:

“Educação permanente e capacitações.” (E17)

“Apresentar vídeos, demonstrações sobre o assunto.” (E9)

“Álcool em gel em todos os ambientes, como também capacitações.” (E12)

“Plaquinhas autoeducativas, cobranças dos coordenadores.” (E14)

Na perspectiva da educação permanente, faz-se necessário frisar a importância das estratégias educativas de aperfeiçoamento sobre esta temática, preferencialmente, que utilizem metodologias inovadoras e atrativas para os profissionais, que permitam sua participação ativa, haja vista que essa estratégia desperta o interesse dos mesmos, ao passo que minimiza o cansaço proveniente de metodologias tradicionais baseadas no repasse de conhecimentos (RIBEIRO et al., 2017).

O monitoramento da equipe assistencial, bem como treinamentos e cursos de aperfeiçoamento são importantes instrumentos que podem ser usufruídos pelos líderes das instituições de assistência à saúde. Porém, é interessante que os dados obtidos através deste monitoramento sejam analisados e compartilhados com os profissionais, durante estratégias educativas, de maneira que fomentem a reflexão crítica destes e o desejo de melhorar a prática assistencial. Desse modo, a educação permanente e o monitoramento são dois dos fatores que influenciam positivamente na adesão a prática de HM (ZAVALA-ALONSO et al, 2016).

Vale salientar que uma parcela considerável de profissionais 4 (21,1%) julgou desnecessário, conforme discursos abaixo, algum posicionamento da instituição e/ou capacitação sobre este tema. Estes dados são inquietantes, uma vez que a taxa de adesão profissional a HM foi relativamente baixa, bem como porque os conhecimentos que embasam o cuidado devem ser constantemente renovados e ampliados.

“Acho que já é um tema muito discutido, não é necessário, vai da consciência de cada um.” (E4)

“Todos os profissionais sabem, não é necessário capacitações, pois não iria funcionar.” (E6)

Na tabela 4 são apresentadas as informações do questionário sobre a distribuição dos participantes, de acordo com o tipo de HM que realizam com mais frequência, independente do momento assistencial.

Tabela 4 - Distribuição dos tipos de Higienização das Mãos que realizam com mais frequência, segundo a equipe de enfermagem que atua na Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do HUIB, Cajazeiras, PB, 2018.

Qual tipo de HM realiza com maior frequência?	N	%
Higienização simples com água e sabão	18	94,7
Higienização antisséptica com preparação alcoólica	1	5,3
Total	19	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Assim, destacou-se a higienização simples com água e sabão, correspondendo a 18 profissionais, 94,7% das respostas, como o tipo de HM que é realizado com mais frequência, independente do momento assistencial. Este dado foi ratificado durante a observação direta e não participante, como pode-se constatar na Tabela 5 e também verificado em outros estudos (RIBEIRO et al., 2017; BATHKE et al., 2013), pois durante as observações todos os profissionais (100%) realizaram a higienização com água e sabão. Contudo, o uso de sabonete líquido é recomendado prioritariamente, quando as mãos estão visivelmente sujas, após uso do banheiro, quando expostos a potenciais patógenos, ou quando houver impossibilidade de obter preparação alcoólica (BRASIL, 2013c).

Por outro lado, no que diz respeito a HM com preparações alcoólicas, segundo o questionário apenas 1 (5,3%) profissional afirmou utiliza-la com maior frequência, tal fato foi constatado durante a observação direta e não participante, visto que apenas 1 profissional utilizou essas preparações, 6,7%. Um percentual considerado baixo, visto que há evidências científicas que apontam-nas como padrão ouro para a HM, pois têm uma boa tolerância da pele, exigem menor infraestrutura, demandam menor tempo de aplicação sem interferir na eficácia. Esses achados harmonizam-se com outros trabalhos, nos quais a adesão à higienização por meio desse tipo de preparação também foi baixa (SOUZA et al., 2015; DOURADO, 2017).

Tabela 5 - Distribuição dos tipos de Higienização das Mãos realizados pelos profissionais, segundo a observação direta e não participante. HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.

Tipo de HM	Sim	%	Não	%	Total (%)
Realiza a HM com água e sabão	15	100	0	0,0	100
Realiza a HM com preparação alcoólica	1	6,7	14	93,3	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A HM das mãos com água e sabão é indicada para remoção de microrganismos que colonizam superficialmente a pele, suor, oleosidade, células mortas, pelos, células descamativas e sujidades que propiciam a proliferação microbiana. Recomenda-se que este procedimento dure cerca de 40 a 60 segundos. Já a HM com agentes antissépticos a base de álcool, objetiva a remoção de sujidades e de microrganismos, com duração média de 20 a 30 segundos (PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS, 2017).

As preparações alcoólicas são utilizadas a fim de remover a microbiota transitória e reduzir a microbiota residente das mãos, sendo assim, o álcool não é menos eficaz do que o sabonete, tampouco um complemento para a higiene com água e sabão (DOURADO, 2017) sendo a utilização paralela das duas preparações não recomendada pelo Protocolo de Higienização das mãos da própria instituição (2017), a fim de evitar dermatites, bem como sugere a utilização diária de hidratante para mãos, a fim de evitar o ressecamento das mesmas.

Destarte, sugere-se que as mãos sejam lavadas com água e sabão no intervalo de três a quatro aplicações consecutivas com álcool, haja vista que resíduos do emoliente permanecem nas mãos. Tal utilização evita o ressecamento da pele devido a repetidas lavagens, no entanto, tal informação é, por vezes, desconhecida por alguns trabalhadores (DOURADO et al., 2017), isto pode estar relacionado a escassez de conhecimento ou sensibilização profissional. Estudos apontam que a utilização de água e sabão na HM reduz em 88,2% a microbiota nas mãos, enquanto o álcool intensificou a redução em 97% (ARAÚJO et al., 2016).

Na Tabela 6 verifica-se a importância que os chefes, colegas de trabalho e os pacientes atribuem ao ato de HM, de acordo com a visão da equipe de enfermagem.

Tabela 6 - Distribuição da equipe de Enfermagem quanto a sua percepção acerca da importância dada a HM pelos chefes, colegas e pacientes, Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do HUIB, Cajazeiras, PB, 2018.

Importância quanto ao ato de HM	N	%
Chefe		
Nenhuma	1	5,3
Pouca	0	0,0
Moderada	1	5,3
Muita	17	89,4
Colegas		
Nenhuma	0	0,0
Pouca	3	15,8
Moderada	4	21,1
Muita	12	63,1
Pacientes		
Nenhuma	3	15,8
Pouca	2	10,5
Moderada	4	21,1
Muita	10	52,6
Total	19	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

De acordo com a percepção da equipe de enfermagem, a maioria dos chefes, colegas e pacientes considera a prática de HM muito relevante. No entanto, os pacientes foram considerados pela equipe de enfermagem como os que dão menor importância, uma vez que estes, por vezes, não se importam com este aspecto da assistência.

Diante disso, faz-se necessário que os profissionais busquem sensibilizar os pacientes, e no caso da criança hospitalizada, também os familiares, quanto à relevância desta prática para a assistência segura (ZAVALA-ALONSO et al., 2016). Encorajar parcerias entre pacientes, famílias e profissionais é uma das estratégias multimodais para estimular a adesão profissional a práticas seguras (OMS, 2005).

A supervisão da prática de HM, o fornecimento de estratégias de educação permanente e a retroalimentação de dados sobre este tema são maneiras que podem ser utilizadas pelos gestores das instituições de saúde e enxergadas pelos profissionais como demonstração de interesse para esta temática, ao passo que também funcionam como estímulo a maior adesão profissional, conforme citado anteriormente.

No que se refere à execução da técnica de HM realizada pela equipe de enfermagem, através das observações realizadas, percebeu-se que apenas 1 profissional (6,7%) realizou a HM com a técnica correta, ratificando o resultado de outra pesquisa (DOURADO et al.,

2017). Vale ressaltar que a realização da técnica adequada para HM é tão importante quanto à ação de realiza-la, pois quando não executada corretamente não é possível alcançar o objetivo de interrupção da cadeia de transmissão de bioagentes patogênicos, o que pode culminar em implicações para profissionais, pacientes e instituições (SOUZA et al., 2013). Os dados obtidos com a observação estão dispostos na tabela 7 a seguir.

Tabela 7 - Distribuição da execução da técnica de Higienização das Mãos pela equipe de enfermagem, segundo a observação direta e não participante. HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.

O profissional realizou a técnica correta durante a HM	Quantidade	%
Sim	1	6,7
Não	14	93,3
Total	15	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A realização da técnica correta de HM depende, em partes da infraestrutura que a instituição dispõe, contudo está intimamente ligada ao ator da ação. Infelizmente, muitos profissionais apesar de conhecerem a técnica, não a realizam (SOUZA et al., 2013), por vezes, devido à rotina assistencial, à sobrecarga de trabalho, ou até mesmo negligência, espelhando uma dicotomia entre teoria e prática.

De acordo com o protocolo do MS, a HM com água e sabão deve ser feita em 11 passos sequenciais. Sendo estes: molhar as mãos com água e sabão; aplicar sabão suficiente para cobrir toda a superfície das mãos; esfregar palma com palma; esfregar palma de uma mão com o dorso da outra; palma com palma com os dedos entrelaçados; os dorsos dos dedos com a palma da mão oposta; esfregar o polegar de uma mão com auxílio da outra; friccionar as polpas digitais de uma mão na palma da mão oposta; enxaguar com água; secar as mãos com papel toalha descartável e utilizar outro papel para fechar a torneira. Além destes, o protocolo da instituição pesquisada, aconselha a retirada de adornos antes da HM, e o descarte do papel toalha no lixo comum (PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS, 2017). A antissepsia com produtos alcoólicos é semelhante à higienização simples, substituindo-se o sabão por um antisséptico, não sendo necessário secar as mãos (OMS, 2005).

No presente estudo, observou-se que a instituição dispõe de uma boa estrutura que permite a HM, com acesso a água e sabão e pias de acordo com a quantidade preconizada, entretanto, as torneiras das pias são de fechamento manual, oportunizando a contaminação das

mãos da população estudada, uma vez que estes não utilizavam lenços de papel para realizá-lo, conforme indica o protocolo da instituição (PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS, 2017). A falta de estrutura física para a HM pode ser apontada como um dos fatores que dificultam a adesão profissional a tal prática (RAIMONDI et al., 2017).

Ademais, o estudo em tela constatou que a instituição possui acesso imediato a preparações alcóolicas, no entanto, a maioria dos dispensadores encontrava-se nos corredores, sendo ideal que estivessem mais próximos aos leitos dos pacientes, ou com os próprios profissionais. Cabe destacar que estas devem estar acessíveis e disponíveis para os profissionais (JEZEWSKI, et al., 2017).

Observou-se que a instituição dispõe de lembretes sobre HM, no posto de enfermagem e próximos às pias, consoante com o protocolo do MS, o qual preconiza que as instituições de saúde devem utilizar lembretes sobre os cinco momentos para HM, além da técnica adequada para a realização desta (BRASIL, 2013). Discordando do que foi encontrado por Prado, Hartmann e Teixeira Filho (2013), que constataram a falta de cartazes incentivando esta prática em um hospital.

Atesta-se a dimensão da prática da HM como medida profilática das IRAS. Não obstante, a estrutura física é também um dos aspectos basilares para a execução correta de tal procedimento. Entretanto, o que se observa continuamente é que uma quantidade diminuta de instituições de saúde dispõe de uma infraestrutura de acordo com os padrões preconizados (PRADO; HARTMANN; TEIXEIRA FILHO, 2013).

No tocante a utilização de adornos, evidenciou-se através das observações, que 9 sujeitos (60%) faziam uso de algum tipo de anel, pulseira ou relógio. Ademais, apesar de manterem as unhas limpas, apenas 5 (33,3%) as preservavam naturais e curtas, enquanto 10 (66,7%) apresentavam-nas pintadas ou longas. A OMS recomenda que quando mantiver contato direto com o paciente, os profissionais de saúde optem por preservar as unhas naturais e curtas (OMS, 2005). Os dados obtidos com as observações encontram-se na tabela 8 a seguir.

Tabela 8 - Distribuição das informações sobre a caracterização dos profissionais quanto a manutenção das unhas e uso de adornos, segundo a observação direta e não participante. HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.

					(continua)
Os profissionais:	Sim	%	Não	%	Total (%)
Utiliza algum tipo de adorno?	9	60	6	40	100

					(conclusão)
Mantem as unhas naturais, curtas e limpas?	5	33,3	10	66,7	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

O protocolo sobre HM do hospital estudado recomenda aos profissionais que quando assistirem o paciente mantenham as unhas naturais, limpas e curtas, devendo estes evitar o uso de unhas postiças, esmaltes e adornos como anéis, pulseiras e outros. Ademais, quando utilizam algum adorno, os profissionais devem retirá-los antes do ato de HM (PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS, 2017), o que não foi constatado na pesquisa.

Jezewski et al. (2017) constataram em sua pesquisa que a maior parte dos profissionais que compõe a equipe de enfermagem reconhece que o uso de adornos deve ser evitado durante o trabalho. Contudo, nesta pesquisa, notou-se que a maioria dos sujeitos observados utilizava algum tipo de joia. Vale destacar que os instrumentos de coleta utilizados não permitiram inferir se os mesmos apresentam conhecimento sobre esta recomendação.

Neste sentido, é necessário uma maior sensibilização profissional no que diz respeito a HM, tanto com relação a SP, bem como a segurança do profissional. No entanto, é importante que esta prática seja realizada em todos os momentos preconizados, e principalmente, que seja realizada com a técnica adequada, independente da quantidade de pacientes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa em tela objetivou analisar a SP no que se refere à criança hospitalizada a partir das práticas de HM executadas pela equipe de enfermagem.

Os resultados evidenciaram que a equipe de enfermagem reconhece a HM como uma prática importante para a SP, no que diz respeito à prevenção das IRAS. No entanto, constatou-se que há fragilidades nos momentos assistenciais que requerem a HM, bem como na execução da técnica correta para a mesma.

Ademais, foi possível observar predominância da HM com água e sabão, em detrimento da higienização com preparações alcólicas, evidenciando lacunas no conhecimento profissional, uma vez que estas preparações são amplamente recomendadas devido à alta eficácia e inúmeros benefícios.

No tocante a utilização de adornos, verificou-se que a maior parte dos profissionais utilizava, e que estes não os retiravam para realizar a HM, conforme preconiza o protocolo da instituição.

Mesmo com as não conformidades observadas assim como preconiza o MS e o protocolo da instituição, aspectos positivos foram verificados, como a boa infraestrutura que o hospital dispõe para uma adequada HM, como acesso a água, sabão e preparações alcólicas.

Dentre as medidas sugeridas para estimular a adesão profissional a esta prática, destacou-se a educação permanente, por meio de capacitações e cursos de aperfeiçoamento para sensibilização sobre a temática, bem como utilização de recursos audiovisuais.

A principal limitação desse estudo é o efeito *Hawthorne*, que se caracteriza pela mudança de atitude dos profissionais pelo fato de estarem sendo observados. No entanto, para atenuar tal viés buscou-se discrição durante as observações. Ademais, considerando a baixa adesão a HM, infere-se que estes resultados podem ser ainda menores.

Neste sentido, sugere-se que sejam realizadas novas pesquisas sobre a temática, no tocante a outras categorias profissionais, além de práticas de educação permanente sobre a SP, bem como sobre HM. Além disso, recomenda-se que ocorra maior monitoramento dos gestores referente à adesão a esta prática e as recomendações estabelecidas pelo protocolo da instituição.

REFERÊNCIAS

- AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2015.** Brasília, 2016. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/13-boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-13-incidentes-relacionados-a-assistencia-a-saude-2015>>. Acesso em: 09 jan 2018.
- ALMEIDA, E. et al. Liderança do enfermeiro responsável técnico: um fazer necessário para o exercício profissional. **J. res.: fundam. care. Online.** v. 6, n. 3, p. 998-1006, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=505750623014>>. Acesso em: 20 jun 2018. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n3p998.
- ARAÚJO, D. D. et al. A importância da higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 6, p.4880-4, 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/bde-30047>>. Acesso em: 20 jun 2018.
- BATHKE J. et al. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 34, n. 2, p. 78-85, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/29778>>. Acesso em: 10 jan 2018.
- BOTENE, D. Z. A.; PEDRO, E. N. R. Os profissionais da saúde e a higienização das mãos: uma questão de segurança do paciente pediátrico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 124-29, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000300124&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Jun. 2018.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde.** v.1, n. 2, jan-jul 2011.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2007. 52 p. Disponível em: <https://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/index.htm>. Acesso em: 11 jan 2018.
- BRASIL. Agência nacional de vigilância sanitária. **Resolução RDC n. 36**, de 25 de julho de 2013: institui ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e>. Acesso em: 12 jan 2018.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: Higienização das mãos.** Brasília: Anvisa, 2009. 105 p. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-do-paciente-higienizacao-das-maos>>. Acesso em: 13 jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde**. 2013c, 18 p. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/higiene-das-maos>>. Acesso em: 14 jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 15 jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gerência de investigação e prevenção das infecções e dos eventos adversos: Manual de microbiologia clínica para o controle de infecção em serviços de saúde**. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Anvisa. 2004. 9 p. Disponível em: <<https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/microbiologia/introducao.pdf>>. Acesso em: 16 jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529**, de 1º de abril de 2013: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPS). Brasília, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 16 jan 2018.

CESTARI, V. R. F. et al. Aplicabilidade de inovações e tecnologias assistenciais para a segurança do paciente: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.** v. 22, n. 3, e45480, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45480>>. Acesso em: 11 jan 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos profissionais de enfermagem**. Resolução Cofen 0564/2017. Brasília. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em: 17 jan 2018.

DERHUN, F. M.; et al. Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre higienização das mãos. **Cogitare Enferm.** v. 21, n. 3, p. 01-08. 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45588>>. Acesso em: 19 jun 2018.

DOURADO, C. R. A. O. et al. Inquérito sobre conhecimento, atitude e prática de higiene das mãos pelos profissionais da enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 3, p.1136-45, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13488/16206>>. Acesso em: 20 jun 2018.

DOURADO, S. B. P. B. Higienização das mãos: seus efeitos nos índices de infecção e custos hospitalares. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 4, p. 3585-92, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11133/12627>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

DUARTE, S. C. M.; et al. Caracterização de erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. esp, p. 01-08, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45502>>. Acesso em: 18 jun 2018.

FERREIRA A. et al. Adesão aos cinco momentos de higienização das mãos em unidades de terapia intensiva de um hospital pediátrico. **Espaço para a saúde – revista de saúde pública do Paraná**. Londrina, v. 18 n. 2, p. 96-104, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/49090>>. Acesso em: 20 jun 2018.

GOMES, A. P. T. S. et al. Identificação do paciente em neonatologia para assistência Segura. **Cogitare Enferm.** v. 22, n. 3. p. 01-9. jul-set, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49501/pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

JEZEWSKI, G. M. et al. Conhecimento de profissionais de enfermagem de um hospital privado acerca da higienização das mãos. **Rev Cuid.**, v. 8, n. 3, p. 1777-85, 2017. Disponível em: <<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/419>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

LLAPA-RODRIGUEZ, E. O. et al. Medidas para adesão às recomendações de biossegurança pela equipe de enfermagem. **Enferm. glob.**, v. 17, n. 49, p. 36-67, 2018 . Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000100036&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 04 jun 2018.

MENDES, V. L. P. S. et al. Política de qualidade, acreditação e segurança do paciente em debate. **Revista Baiana de Saúde Pública.**, v. 40, n. 1, p. 232-49, 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859759>>. Acesso em: 08 jan 2018.

MOGNON, L. C. M. **O risco biológico e biossegurança no ambiente hospitalar**. 2016. 18 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso Técnico em Enfermagem) - Centro de educação tecnológica e pesquisa em saúde, Instituto federal de educação, ciência e tecnologia do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-35536>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

OLIVEIRA, A. C. Adesão à higienização das mãos entre técnicos de enfermagem em um hospital universitário. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n 2, 2016. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v24n2/v24n2a15.pdf>> Acesso em: 24 jun. 2018.

OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A. O.; GAMA, C. S. Monitorização da higienização das mãos: observação direta versus taxa autorreportada. **Enferm. glob.**, v. 16, n. 48, p. 324-353, 2017. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000400324&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 25 jun. 2018.

OLIVEIRA, J. L. et al. Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais. **einstein**. São Paulo, v. 15, n. 1, jan-mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v15n1/pt_1679-4508-eins-15-01-0050.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2018.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretrizes da OMS sobre higienização das mãos na assistência à saúde (versão preliminar avançada):** resumo. Geneva: WHO; 2005. 34 p. Disponível em:

<<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/diretrize-as-omshigienizacaomaos-versaoprelim-avancada>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia Para Implementação: Um Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos a observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos.** Organização Mundial da Saúde; tradução de Sátia Marine – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária., 2008. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosade/controle/higienizacao_oms/guia_de_implement.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008-2009.** Geneva: WHO; 2009. 80 p. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf>. Acesso em: 26 abr 2018.

PLANO OPERATIVO ASSISTENCIAL CONTRATUALIZAÇÃO, 2013. Ministério da Educação. Universidade Federal de Campina Grande. Hospital Universitário Júlio Bandeira. 2013.

PRADO, M. F.; HARTMANN, T. P. S.; TEIXEIRA FILHO, L. A. Acessibilidade da estrutura física hospitalar para a prática da higienização das mãos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 220-26, Jun 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun 2018

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]:** métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS. 2017. Ministério da Educação. Universidade Federal de Campina Grande. Hospital Universitário Júlio Bandeira. 2017.

RAIMONDI, D. C. et al. Higienização das mãos: adesão da equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva pediátricas. **Rev Cuid.**, v. 8, n. 3, p. 1839-48, 2017. Disponível em: <<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/437/813>>. Acesso em: 15 jan 2018.

RELATÓRIO DE DIMENSIONAMENTO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS, 2014. Diretoria de Atenção à Saúde. EBSEH, Hospitais Universitários Federais. Brasília, 30 de outubro de 2014.

RIBEIRO, F. D. O. et al. Estratégia lúdica para a melhoria de práticas de higienização das Mãos entre os profissionais de saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3971-9, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25207/24375>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

ROCHA, J. P. et al. Eventos adversos identificados nos relatórios de enfermagem em uma clínica pediátrica. **Cienc. enferm., Concepción.**, v. 20, n. 2, p. 53-63, 2014. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200006>. Acesso em: 25 jun 2018.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B. **Metodologia de Pesquisa**. Porto Alegre: Penso; 2013.

SANHUDO, F.; MOREIRA, M. C. O enfermeiro-líder no gerenciamento de risco para prevenção e controle de infecções em pacientes com câncer. **Cogitare Enfermagem.** v. 19, n. 3, p. 1-9, jun-set 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483653826018>>. Acesso em: 25 jun 2018.

SILVA, A. T. et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde Debate.**, v. 40, n. 111, p. 292-301, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400292&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 jun 2018.

SILVA, F. M. et al. Higienização das mãos e a segurança do paciente pediátrico. **Ciencia y enfermeria.**, v. 19, n. 2, p. 99-109, 2013. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun 2018.

SOUZA, L. M.; et al. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 36, n. 4, p. 21-8, 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/49090>>. Acesso em: 20 jun 2018.

SOUZA, E. C. et al. Importância da higienização das mãos como profilaxia a infecção hospitalar pelos profissionais de saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 4, p. 1421-33, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22852>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

ZAVALA-ALONSO, M. E.; ALVARADO-GALLEGOS, E.; NIEVA-DE-JESÚS, R. Factores relacionados con la práctica de higiene de manos por personal de enfermería. **Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.** v. 24, n. 3, p. 177-82, 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/en/bde-29477?lang=pt>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa de Conclusão de Curso intitulada **“Higienização das mãos e a Segurança do Paciente: análise das práticas realizadas pela equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada em um Hospital Universitário”**, que tem como objetivo: analisar a segurança do paciente no cuidado a criança hospitalizada a partir da realização de praticas relacionadas a higienização das mãos, executadas pela equipe de enfermagem em um hospital universitário.

Pedimos sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a um questionário com perguntas abertas e fechadas e permitindo que o pesquisador realize a observação direta e não participante das atividades realizadas pelo Sr. (a).

Garantimos que este estudo possui riscos mínimos (como por exemplo, risco de constrangimento decorrente da quebra do anonimato), no entanto, todos os cuidados serão realizados para que não ocorra o fato descrito. Para isso, todas as informações coletadas serão confidenciais.

Não envolve a realização de procedimentos invasivos; mas poderá gerar insatisfação do participante em decorrência de abordar conhecimentos e praticas específicos sobre um determinado tema. Nesse caso, o pesquisador estará preparado para intervir sugerindo a suspensão da coleta, deixando você à vontade para decidir sobre sua participação ou não no estudo. Por outro lado, benefícios potenciais decorrerão diante de sua participação tais como: a melhor concepção sobre a temática segurança do paciente e sobre as praticas seguras

estabelecidas pelos protocolos vigentes, ajudará na melhoria da assistência a saúde e contribuirá para potencializar benefícios no local do estudo.

Todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas sob sigilo e sua identidade não será revelada. Sua participação é voluntária e você poderá a qualquer momento deixar de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da investigação. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, as pesquisadoras responsáveis estarão disponíveis por meio dos seguintes telefones: acadêmica de enfermagem **Alwsca Layane Gonçalves Rolim** (83) 9 96633224; e Orientadora da pesquisa **Profª Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes** (83) 9 9826-0484.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (83) 3531-1346 situado na BR 230 - Km 504, Cajazeiras-PB CEP: 58900-000 – Cajazeiras – Paraíba. Esse termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____,
tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cajazeiras, ____ de _____ de 2018.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do (a) Participante

APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA E NÃO PARTICIPANTE COM OS PROFISSIONAIS

Número de Observação:

Data de Observação/Turno:

Enfermaria/Leito:

Profissão: () Enfermeiro () Técnico de enfermagem

Realiza a higienização nos “5 momentos certos”? () Apenas antes de tocar o paciente;
 () Apenas antes de realizar procedimentos limpo asséptico;
 () Apenas após risco de exposição a fluidos corporais ou excreções;
 () Apenas após tocar o paciente;
 () Apenas após tocar superfícies próximas ao paciente.
 () Realiza em todos os momentos acima citados
 () Não realiza em nenhum momento

Na instituição de saúde possui lembretes para alertar os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos e sobre as indicações e procedimentos adequados para realizá-la? () Sim () Não

Realiza a Higienização das mãos com sabonete líquido e água quando estão visivelmente sujas (ex: sangue, outros fluidos), ou após uso do banheiro, quando exposto a potenciais patógenos ou em todas as situações que não há possibilidade de obter preparação alcoólica?) Sim () Não

Realiza a higienização das mãos com preparação alcoólica quando as mãos não) Sim () Não

estão visivelmente sujas, antes e depois de tocar o paciente, após remover luvas e antes do manuseio de medicação ou preparo de alimentos?

Durante esta observação, o profissional realizou qual tipo de higienização das mãos? Higienização simples com sabonete líquido e água
 Higienização antisséptica com antisséptico degermante e água
 Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica

De acordo com a resposta obtida anteriormente, o profissional conseguiu realizar o passo a passo da técnica de higienização das mãos escolhida por ele? Sim Não

A instituição possui boa infraestrutura que permite a prática correta de higienização das mãos, como acesso a sabonete líquido e papel toalha, bem como fornecimento contínuo e seguro de água? Sim Não

A instituição possui acesso imediato à preparações alcoólicas para higiene das mãos no ponto de assistência? Sim Não

A instituição possui pias no quantitativo de uma para cada dez leitos? Sim Não

O profissional mantém as unhas naturais, limpas e curtas? Sim Não

Utiliza algum tipo de adorno (relógios, anéis, pulseiras)? Sim Não

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO COM OS PROFISSIONAIS**I- Caracterização dos Enfermeiros:**

1- Idade: _____

2- Sexo: F () M ()

3- Profissão: () Enfermeiro (a) () Técnico (a) de Enfermagem

4- Você já realizou alguma capacitação relacionada à higienização das mãos?

() Sim () Não

5- Tempo de Atuação na Enfermagem: _____

6- Tempo de Atuação na Unidade de Internamento do HUIB: _____

II- Questões sobre higienização das mãos:

1- Enquanto profissional de saúde como você reconhece a finalidade da prática de higienização das mãos?

2- Quantas vezes você higieniza as mãos no cuidado com um único paciente? Se mais de uma vez, quais são os momentos?

3- Quais medidas poderiam ser eficazes para facilitar a adesão dos profissionais a higienização das mãos?

4- Qual o tipo de higienização das mãos que você realiza com mais frequência, independente do momento assistencial?

5- Na sua percepção, qual a importância que o seu chefe, colegas, ou pacientes dão ao ato de higienização das mãos?

Chefe: () nenhuma () pouca () moderada () muita

Colegas: () nenhuma () pouca () moderada () muita

Pacientes: () nenhuma () pouca () moderada () muita

ANEXOS**ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL****UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

Eu, Kennia Sibelly Marques de Abrantes, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de Alwsca Layane Gonçalves Rolim, discente do curso de graduação em enfermagem, declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na **Resolução 466/12** do **Conselho Nacional de Saúde** e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao comitê de ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem com arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado, durante a execução da mesma.

Cajazeiras-PB, abril de 2018.

KENNIA SIBELLY MARQUES DE ABRANTES

ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE**

EU, Alwsca Layane Gonçalves Rolim, aluna do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me junto com minha orientadora, Kennia Sibelly Marques de Abrantes, a desenvolver o projeto de pesquisa, e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na **Resolução 466/12** do **Conselho Nacional de Saúde** e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador, nas atividades de pesquisa, e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa, para posterior divulgação no meio acadêmico ou científico.

Cajazeiras-PB, abril de 2018.

ALWSCA LAYANE GONÇALVES ROLIM

ANEXO C – TERMO DE ANUENCIA DA INSTITUIÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA




TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

A Gerência de Ensino, Pesquisa e extensão do Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello – HUJB/UFCG está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado **SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO A CRIANÇA HOSPITALIZADA**: práticas realizadas pela equipe de enfermagem em um hospital universitário, coordenado pelo (a) pesquisador (a) Kennia Sibelly Marques de Abrantes, da Universidade Federal de Campina Grande.

O HUJB/UFCG assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa, **condicionado à aprovação e emissão** do parecer pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.

Declaramos ciência de que nossa instituição é coparticipante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso do (a) pesquisador (a) responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, direta ou indiretamente.

Cajazeiras, 21 de novembro de 2017.


Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Gerente de Ensino e Pesquisa

SUPRA OMNES LUX LUCIS

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO A CRIANÇA HOSPITALIZADA: práticas realizadas pela equipe de enfermagem em um Hospital Universitário

Pesquisador: Kennia Sibelly Marques de Abrantes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80404217.7.0000.5180

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.415.728

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa, que possibilitará o entendimento acerca da Segurança do Paciente no cuidado a criança hospitalizada a partir da realização de práticas relacionadas a higienização das mãos, identificação do paciente e administração de medicamentos executadas pela equipe de enfermagem em um hospital universitário.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a segurança do paciente no cuidado a criança hospitalizada a partir da realização de práticas relacionadas à higienização das mãos, identificação do paciente e administração de medicamentos executadas pela equipe de enfermagem em um Hospital Universitário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e os benefícios foram adequadamente descritos, conforme preconizado na Resolução 466/12, no TCLE e no arquivo gerado na Plataforma Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem delineada e observa os preceitos éticos exigidos pela legislação, em especial a Resolução 466/12.

Endereço: BR 230, Km 604	CEP: 58.900-000
Bairro: Cristo Rei	
UF: PB	Município: CAMAZERAS
Telefone: (83)3331-1346	Fax: (83)3331-1388
	E-mail: cepfsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.415.728

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de apresentação obrigatória foram apresentados adequadamente: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); - Folha de rosto (datada e assinada); - Termo de Compromisso e responsabilidade do pesquisador responsável (datado e assinado); Termo de Compromisso e responsabilidade do pesquisador participante (datado e assinado); - Projeto completo e Instrumento de coleta de dados.

Recomendações:

Atentar para envio do relatório final ao CEP, conforme descrito na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências e/ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_IPROJETO_1041532.pdf	02/12/2017 07:47:01		Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOCOMPROMISSOPESQUISADORCOMASSINATURAPLATAFORMA.pdf	02/12/2017 07:44:44	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISACOMPLETOPARAPLATAFORMA.docx	27/11/2017 12:01:23	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMADEATIVIDADESPARAPLATAFORMA.docx	27/11/2017 11:55:03	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPARASUBMISSAOEMPLATAFORMA.docx	27/11/2017 11:54:30	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODEANUENCIA.pdf	27/11/2017 11:53:23	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	27/11/2017 11:52:21	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito

Endereço: BR 230, Km 504
 Bairro: Cristo Rei CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3531-1348 Fax: (83)3531-1385 E-mail: cepfsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.415.728

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 05 de Dezembro de 2017

Assinado por:

ANKILMA DO NASCIMENTO ANDRADE
(Coordenador)

Endereço: BR 200, Km. 004

Bairro: Cristo Rei

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3531-1348

Fax: (83)3531-1355

E-mail: cepfsm@gmail.com