

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CÁTIA HELENA DAMANDO SALOMÃO

**Acessibilidade da preparação alcoólica para higiene das
mãos: um desafio institucional**

Ribeirão Preto
2011

CÁTIA HELENA DAMANDO SALOMÃO

Acessibilidade da preparação alcoólica para higiene das mãos: um desafio institucional

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: "Doenças infecciosas: problemática e estratégias de enfrentamento".

Orientadora: Prof(a).Dr(a)Denise de Andrade

Ribeirão Preto
2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Catálogo na Publicação Serviço de documentação de Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo

FICHA CATALOGRÁFICA

Salomão, Cátia Helena Damando

Acessibilidade da preparação alcoólica para higiene das
mãos: um desafio institucional Ribeirão Preto, 2011

90 p.: il.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Área de concentração:
Enfermagem.

Orientadora: Andrade, Denise de

1.antisepsia; 2.lavagem de mãos; 3.equipe de enfermagem;
4.infecção hospitalar; 5.comportamento.

FOLHA DE APROVAÇÃO

SALOMÃO, Cátia Helena Damando

Título: Acessibilidade da preparação alcoólica para higiene das mãos: um desafio institucional

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A minha querida mãe Iracema,
Responsável por todas as minhas conquistas um exemplo de
carinho, amor, e compreensão*

*Ao meu esposo Rogério,
Com amor, admiração e gratidão pela compreensão, carinho e
apoio de minha ausência ao longo deste trabalho.*

*A minha filha Thamíres,
Que traz tanta luz e gosto para minha vida, um amor especial e
incondicional.*

*Ao meu irmão Wanderleí,
Que sempre me falou com seu “saber da sabedoria” que a “roda do
tempo não volta para traz” ensinando-me a coragem de
prosseguir.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”

Charles Chaplín

À Profa. Dra. Denise de Andrade

Na qualidade de amiga e orientadora, os inesquecíveis diálogos, sou inteiramente grata por essa orientação que ultrapassa essa dissertação, bem como o carinho em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre guiar e iluminar meus caminhos.

Aos meus irmãos, por suas mensagens de amor e confiança.

Aos colegas Pr.Dr. Evandro Watanabe, Camila Megumi Naka Shimura, Gustavo Faria de Oliveira pelo apoio na elaboração do banco de dados.

Ao Prof. Dr. Vanderlei José Haas que contribuiu imensamente na análise estatística.

A Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe, agradeço as ricas sugestões desde o início desta caminhada.

A querida Profa.Dra. Izabel Yoko Ito saudosa memória, os mais profundos agradecimentos por suas sábias lições.

A minha amiga Fabiana Murad Rossin Molina pelo seu carinho e presença em todos os momentos, dividindo as angústias e alegrias.

A coordenadora de enfermagem Leila Aparecida de Castro Pereira pelo carinho e reconhecimento e em especial pelo seu companheirismo.

A todos os colegas do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, pela colaboração nas várias etapas deste trabalho.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização desta dissertação.

Muito obrigada

“A percepção do desconhecido é a mais fascinante das experiências. O homem que não tem os olhos abertos para o misterioso passará pela vida sem ver nada”

Albert Einstein

RESUMO

SALOMÃO, C. H. D. **Acessibilidade da preparação alcoólica para higiene das mãos: um desafio institucional**. 2011. 90 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

O reconhecimento da importância da higiene das mãos (HM) e a baixa adesão são aspectos amplamente documentados e, ainda não resolvidos. Nesse sentido, um dos desafios que merece ser analisado se reporta ao apoio organizacional para antissepsia alcoólica das mãos. **Objetivo:** Analisar aspectos associados à infraestrutura para o uso de preparação alcoólica na higiene das mãos dos profissionais de saúde com a finalidade de identificar as dificuldades e/ou facilidades considerando a importância dos fatores externos sobre as funções auto-reguladoras da autoeficácia, segundo o referencial teórico de A. Bandura. Trata-se de um estudo seccional realizado com profissionais da saúde por meio de entrevistas individuais. O instrumento foi submetido à validação de conteúdo com especialistas da área. Utilizou-se a dupla digitação no *Microsoft Excel*, *SPSS (Statistical Package of Social Science 17.0)* na análise estatística descritiva e inferencial (com nível de significância de $p < 0,05$). Totalizou-se 318 profissionais de saúde com predominância das mulheres, faixa etária entre 26 a 35 anos, dos quais os auxiliares de enfermagem foram os mais frequentes seguidos dos enfermeiros, médicos, entre outros. Na atualização do conhecimento a pesquisa informatizada foi a mais utilizada, e (76,7%) referiram que o treinamento sobre HM foi realizado na instituição em que atuam. E, com relação ao conteúdo apenas (13,6%) dos auxiliares, (14,7%) dos técnicos de enfermagem (8,1%) dos enfermeiros e (5,4%) dos médicos entrevistados conhecem a diretriz atual de HM preconizada pela OMS e ANVISA. Outro resultado se reportou as queixas sendo o ressecamento o mais mencionado (49,8%) seguida da viscosidade, da velocidade de secagem ($p=0,001$), ausência do produto e odor. A postura das chefias na ótica dos entrevistados representou a principal estratégia para promover a higiene das mãos, seguida do conhecimento e da vigilância dos órgãos competentes. No computo geral os profissionais estão satisfeitos (47,8%) quanto ao uso da preparação alcoólica, contudo 40,6% referem ausência do produto nas unidades em estudo. Diante dos resultados é possível inferir que a mudança do sistema é necessária, entretanto, a manutenção dessa mudança é ainda mais importante e baseia-se em apoio contínuo individual, coletivo e institucional.

Descritores: Antissepsia; Lavagem de mãos; Equipe de enfermagem; Infecção hospitalar; Comportamento.

ABSTRACT

SALOMÃO, C. H. D. **Accessibility of alcohol-based preparation for hand hygiene: an institutional challenge** 2011.90 f. Master's Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2011.

Recognition of the importance of hand hygiene (HH) and low compliance aspects are well documented, yet unresolved. In that sense, one of the challenges that should be considered analyzed reports to organizational support for alcohol hand antisepsis. **Objective:** To analyze aspects related to infrastructure of alcohol-based preparation in health-care workers (HCWs) hand hygiene in order to identify the difficulties and / or facilities considering the importance of external factors on self-regulatory functions of self-efficacy, according to the theoretical Bandura, A. It is a cross-sectional study conducted with health-care workers (HCWs) through individual interviews. The instrument was submitted to content validation with experts in the field. We used a duplicate entry in Microsoft Excel, SPSS (Statistical Package of Social Science 17.0) in descriptive and inferential statistical analysis (significance level $p < 0.05$). Obtained a total of 318 health professionals with a predominance of women, aged 26 to 35 years, of which auxiliary nurses were the most frequent followed by nurses, doctors, among others. Knowledge update with on line research was the most used, and (76.7%) reported that training on HH was performed at the institution where they work. And regards to its content only (13.6%) of auxiliary nurses, (14.7%) of technicians (8.1%), and nurses (5.4%) of doctors interviewed which has known the current policy of HH recommended by WHO and ANVISA. Another result is reported of complains, being the most mentioned dryness (49.8%) followed by viscosity, drying speed ($p = 0.001$), absence of product and odor. The attitude of managers in the view of the participants interviewed was the main strategy to promote hand hygiene, then knowledge and surveillance of appropriate agencies. Overall the professionals are satisfied (47.8%) using of alcohol-based preparations, however 40.6% report absence of product in units under study. Considering the results we can infer that the system has to change, however, the maintenance of these changes is even more important and is based on continued support individual, collective and institutional.

Descriptors: Antisepsis; Handwashing; Nursing team; Cross infection; Behavior.

RESUMEN

SALOMÃO, C. H. D. **Accesibilidad de preparado de base alcohólica para higiene de manos: un desafío institucional.** 90 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

El reconocimiento de la importancia de higiene de manos (HM) y baja aceptación de este comportamiento son aspectos que están ampliamente documentados, pero aun no resueltos. En este sentido, uno de los desafíos que vale la pena ser objeto de análisis, se refiere al soporte organizacional para antisepsia alcohólica de manos. **Objetivo:** Analizar aspectos relacionados con la infraestructura para el uso del preparado alcohólico para higiene de manos en profesionales de salud con la finalidad de identificar dificultades y / u facilidades, considerandose la importancia de los factores externos con respecto a las funciones auto-reguladoras de la auto-eficacia, de acuerdo con la referencia teórica de A. Bandura. Tratase de un estudio transversal realizado con profesionales de salud teniendo como base entrevistas individuales. El instrumento ha sido sometido a evaluación (validez) de contenido por especialistas del ramo. Se ha utilizado la doble digitalización en Microsoft Excel, SPSS (Statistical Package of Social Science 17,0) en análisis de estadística descriptiva y inferencial (con nivel de significancia de $p < 0,05$). Ha sido aplicado a 318 profesionales de salud con predominio de mujeres entre la edad de 26 y 35 años, siendo los más frecuentes los auxiliares de enfermería, y luego los enfermeros, médicos, y otros. Para actualizar el conocimiento, lo más utilizado ha sido la investigación electrónica, y (76,7%) reportaron que el entrenamiento de HM ha sido utilizado en las mismas instituciones en donde actúan. En cuanto al contenido, tan solo el (13,6%) de los auxiliares de enfermería, (14,7%) de los técnicos de enfermería, (8,1%) de los enfermeros y (5,4%) de los médicos que respondieron conocer la directriz actual de OMS y ANVISA con respecto a HM. Una otra investigación está relacionada con la queja más reportada ha sido (49,8%) la sequedad, además de la viscosidad, el tiempo para secar ($p = 0,001$), la falta del producto, y el olor. Según la visión de los entrevistados, el cargo de dirigente favorece la estrategia para promover higiene de manos, además del conocimiento y la vigilancia de los órganos competentes. Como resultado general, los profesionales están satisfechos (47,8%) con respecto al uso del preparado alcohólico, sin embargo el 40,6% reportan la falta del producto en los puestos investigados. Teniendo en cuenta los resultados se puede deducir que el cambio de sistema es necesario, sin embargo, el mantenimiento de tal mudanza es aun más importante y tiene como base el soporte continuo individual, colectivo e institucional.

Descriptores: Antisepsia; Lavado de manos; Grupo de enfermería; Infección hospitalaria; Conducta.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospita
CDC	Center for Disease Control
CIH	Comissão de Controle de Infecção
HM	Higiene das Mãos
IH	Infecção Hospitalar
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência a Saú
MRSA	Methicillin resistant <i>Staphylococcus aureus</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
RDC	Resolução da Diretoria do Colegiado
SPSS	Statistical Package of Social Science
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclareci
UFC	Unidade Formadora de Colônia
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Caracterização pessoal e profissional dos participantes do estudo	40
Tabela 2-	Estratégias para atualização do conhecimento dos profissionais da saúde	41
Tabela 3-	Atualização do conhecimento dos profissionais de saúde por meio de jornais e revistas	42
Tabela 4-	Atualização do conhecimento dos profissionais de enfermagem por meio de jornais e revistas	42
Tabela 5-	Atualização do conhecimento dos profissionais de saúde por meio de pesquisa informatizada	42
Tabela 6-	Atualização do conhecimento dos profissionais de enfermagem por meio de pesquisa informatizada	43
Tabela 7-	Participação dos profissionais de saúde em grupo de estudo ou pesquisa.....	43
Tabela 8-	Participação dos profissionais de enfermagem em grupo de estudo ou pesquisa.....	44
Tabela 9-	Participação dos profissionais da saúde em cursos, congressos e simpósios	44
Tabela 10-	Participação dos profissionais de enfermagem em cursos, congressos e simpósios.....	45
Tabela 11-	Participação dos profissionais de saúde em treinamento para higiene das mãos (HM).....	45
Tabela 12-	Participação dos profissionais de enfermagem em treinamento para higiene das mãos (HM).....	46
Tabela 13-	Treinamento dos profissionais de saúde em higiene das mãos (HM) subsidiado nos cinco momentos preconizados pela OMS segundo o período.....	46
Tabela 14-	Presença ou não dos cinco momentos preconizados pela OMS no treinamento de higiene das mãos (HM) nos últimos dois anos.....	47
Tabela 15-	Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os cinco momentos para higiene das mãos (HM) preconizados pela OMS.....	47

Tabela 16-	Conhecimento sobre os cinco momentos para higiene das mãos (HM) preconizados pela OMS segundo profissionais de Enfermagem	48
Tabela 17-	Divulgação ao paciente sobre higiene das mãos (HM) nas diferentes categorias de profissionais da saúde	48
Tabela 18-	Divulgação ao paciente sobre higiene das mãos (HM) nas diferentes categorias de enfermagem	49
Tabela 19-	Respostas dos participantes as condições de infra- estrutura preparação alcoólica antisséptica para higiene das mãos (HM)	50
Tabela 20-	Respostas dos entrevistados quanto à presença ou não de ações para melhoria da prática de higiene das mãos (HM).....	51
Tabela 21-	Respostas dos profissionais de enfermagem quanto à presença ou não de ações para melhoria da prática de higiene das mãos (HM)	51
Tabela 22-	Respostas dos profissionais de saúde quanto à satisfação ou não ao uso da preparação alcoólica para higiene das mãos (HM)	52
Tabela 23-	Principais queixas quanto ao uso da preparação alcoólica antisséptica para higiene das mãos relatadas pelos profissionais de saúde	53
Tabela 24-	Distribuição das prioridades na utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos (HM) relatadas pelos profissionais de saúde ...	54
Tabela 25-	Associação entre as prioridades no uso de preparação alcoólica para higiene das mãos (HM) relatadas por profissionais de saúde que receberam treinamento nos últimos dois anos.....	55

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1. Controle da infecção e a higiene das mãos: baseados nas evidências científicas	21
2. OBJETIVOS	29
2.1. Geral.....	29
2.2. Específicos	29
3. MATERIAL E MÉTODO	30
3.1. Delineamento metodológico	30
3.2. Local e população	30
3.2.1. Critérios de inclusão dos participantes.....	30
3.2.2. Variáveis do estudo	31
3.3. Fase Conceitual	31
3.4. Referencial Teórico: Auto-eficácia de Albert Bandura na perspectiva da HM	33
3.4.1 A influência recíproca de fatores externos sobre funções auto-reguladoras	36
3.5. Instrumento de coleta dos dados	37
3.6. Procedimento de coleta dos dados	37
3.7. Análise dos dados	38
3.8. Aspectos éticos	38
4. RESULTADOS	39
4.1. Caracterização pessoal e profissional dos entrevistados	39
4.2. Estratégias para atualização do conhecimento dos participantes do estudo	41
4.3. Treinamento de HM.....	46
4.4. Divulgação ao paciente sobre a importância da HM	48
4.5. Descrever às condições de infra-estrutura e acessibilidade à preparação alcoólica antisséptica para HM.....	49
4.6. Evidenciar a existência de ações para melhoria da prática da HM	51
4.7. Satisfação dos profissionais de saúde no uso da preparação alcoólica para HM.....	52
4.8. Descrever as principais queixas dos profissionais de saúde no uso da preparação alcoólica para HM.....	52
4.9. Determinar as medidas que auxiliam na promoção da HM por ordem de prioridade	54

5. DISCUSSÃO	56
6. CONCLUSÕES	68
REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICE - Instrumento de coleta dos dados.....	83
ANEXOS	85
ANEXO A - Cartaz “os cinco momentos para higienização das mãos”; Cartaz “higienização simples das mãos”; Cartaz “higienização das mãos com preparações alcoólicas”.....	85
ANEXO B - Handwashing Assessment Inventory, O`Boyle.....	88
ANEXO C - Aprovação do Comitê de ética em pesquisa do Centro de Saúde Escola da FMRP- USP.....	89
ANEXO D - Aprovação do Comitê de ética em pesquisa da FMRP- USP	90

1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história do processo saúde-doença, as infecções desafiam os avanços científico-tecnológicos mobilizando a atenção dos profissionais de saúde, pesquisadores e de organizações em âmbito mundial. Em geral, as infecções têm uma etiologia complexa relacionada a fatores endógenos e/ou a processos de assistência sendo que as limitações políticas, econômicas dos sistemas de saúde, o déficit de conhecimento, os desvios de comportamento humano, entre outros fatores externos agravam ainda mais a situação.

Assim, a infecção continua a se constituir em uma séria ameaça à segurança, especialmente, dos pacientes hospitalizados, contribuindo para elevar as taxas de morbimortalidade, aumentar os custos de hospitalização mediante o prolongamento da sua permanência e gastos com procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Há de se considerar que o controle da Infecção Hospitalar (IH) constitui um dos parâmetros para garantir a qualidade do cuidado prestado (ATIF, 2009; CURRY; COLE, 2001; HENLY; LARSON, 2001; HOMSTED, 2009; LACERDA, 2003; LARSON et al., 2000; O'BOYLE; PITTET, 2005; WHITBY et al., 2007).

No Brasil é difundida a definição de Infecção Hospitalar (IH) como: “aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares” (BRASIL, 1998).

A maioria das infecções hospitalares (IH) é causada por um desequilíbrio da relação existente entre a microbiota humana normal e os mecanismos de defesa do hospedeiro. Nesse sentido, a maioria das IH manifesta-se como complicações de pacientes, em consequência da hospitalização e da realização de procedimentos invasivos ou imunossupressores a que foi correta ou incorretamente, foi submetido.

Isto pode ocorrer devido à própria patologia de base do paciente, procedimentos invasivos e alterações da microbiota endógena, geralmente induzida pelo uso de antibióticos (KARABEY et al., 2002). Aproximadamente dois terços das IH são de origem endógena, ou seja, o desenvolvimento da infecção ocorre a partir da microbiota do paciente, ou microbiota comunitária ou intra-hospitalar. Em ambas as situações, a colonização precede a infecção, sendo difícil determinar se o paciente trouxe o microrganismo da comunidade ou adquiriu de fonte exógena

durante a internação (ROBERTS; BOLTON; ASMAN, 1998). Nesse sentido, algumas IH são evitáveis e outras não. As infecções preveníveis são aquelas em que se pode interferir na cadeia de transmissão microbiana. Em geral, a interrupção dessa cadeia é possível por meio de medidas reconhecidamente eficazes como a higiene das mãos (HM), o processamento adequado de artigos e superfícies, a utilização dos equipamentos de proteção individual, e o cumprimento criterioso dos princípios de assepsia.

O fato de existir infecções evitáveis, aproximadamente 30%, exige da equipe de saúde e das instituições, responsabilidade ética, técnica e social no sentido de prover os serviços de condições para prevenção, revelando-se em um dos pontos fundamentais em todo o processo (VOSS; WIDMER, 1997). Boas práticas assistenciais decorrem da integração de todos os setores e o controle de infecção. Essa interação envolve: saúde ocupacional, imunizações, prevenção de acidentes, precauções padrão; detecção de casos de IH e seus fatores de risco; padronização de materiais, insumos, e de antimicrobianos; controle de qualidade; indicadores epidemiológicos; e, por fim a integração à administração auxiliando nas decisões sobre no investimento em tecnologia. Além disso, assessora a instituição e seus membros em processos (KAPLAN; MCGUCKIN, 1986).

Outro aspecto sinalizado é a necessidade de ampliar a responsabilidade sobre o controle da infecção para além das comissões (CCIH), lembramos que de fato, isoladamente, pouco faz. Por outro lado, esta visão confere aos integrantes da comissão uma condição de fiscalizadores do que parceiros que devem caminhar juntos nesta construção de uma nova práxis no controle de IH. A responsabilidade de prevenir e controlar a IH é individual e coletiva. Sem a assimilação e implementação dos procedimentos corretos por quem executa, com a integração da equipe da CCIH, o problema da IH sempre será um entrave nos de serviços à saúde.

A dimensão do problema das medidas de prevenção e controle das IRAS torna-se mais séria ao nos deparamos com a realidade:

- Dicotomia entre a teoria e as práticas de prevenção e controle da infecção (BRAUN; KUSEK; LARSON, 2009; LOPEZ-QUINTERO et al., 2009; MALHOTRA et al., 2008; TENÍAS et al., 2009).
- Variabilidade de condutas (numa mesma instituição, em uma mesma especialidade, e até mesmo na equipe) (AIELLO et al., 2009; CREEDON,

2008; FOSTER; CLARK, 2008; GOOS, 2007; HOWARD et al., 2009; THOMAS et al., 2009; VAN DE MORTEL et al., 2000).

- Escassez de estudos que nos permita o estabelecimento do diagnóstico nacional acerca dos processos sociais-cognitivos que justifica o comportamento dos profissionais de saúde diante das práticas de prevenção e controle da infecção.

Acresce-se que na 55ª Assembléia Mundial de Saúde, ocorrida em 2002, o marco na adoção da resolução encorajando os países a prestar o máximo de atenção possível a este problema e a reforçar a segurança e os sistemas de monitoramento. A resolução solicitou à Organização Mundial da Saúde (OMS) que liderasse a elaboração de normas e padrões mundiais e apoiasse os países nos esforços de desenvolvimento de políticas e práticas de segurança do Paciente. Em maio de 2004, a 57ª Assembléia Mundial de Saúde aprovou a criação de uma aliança internacional para tornar a segurança do Paciente uma iniciativa mundial. Pela primeira vez, gestores, autoridades e grupos de pacientes de todas as partes do mundo reuniram-se para promover à segurança da assistência á saúde. “Primeiramente, não provocar danos”. A Aliança está concentrando suas ações nas seguintes áreas: Desafio global para a Segurança do Paciente; Pacientes em Defesa de sua Própria Segurança, Taxonomia, Investigação, Soluções para a Segurança do Paciente e Notificação e Aprendizagem (OMS, 2010).

O Desafio Global para a Segurança do Paciente, um elemento essencial da Aliança, cria um ambiente em que a segurança da assistência reúne o conhecimento de especialistas líderes nas áreas de higienização das mãos (HM), segurança das injeções, procedimentos cirúrgicos, uso do sangue e cuidado com o ambiente. O tópico escolhido para o primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente é a infecção associada à assistência à saúde (IRAS) considerada como uma das principais causas de morte e aumento da morbidez dos doentes hospitalizados.

Uma ação-chave dentro do Desafio é promover a higiene das mãos (HM) na assistência à saúde, com a campanha “Uma Assistência Limpa é Uma Assistência Mais Segura”. A fim de suprir os profissionais de saúde, gestores de hospitais e autoridades da área de saúde com as melhores evidências científicas e recomendações para aperfeiçoar as práticas e reduzir as infecções associadas à

assistência à saúde, a OMS desenvolveu as *Diretrizes sobre a Higienização das Mãos na Prestação de Cuidados de Saúde*.

Diante da perspectiva de controle da infecção nas ciências comportamentais, Pittet (2004) em um dos seus estudos expõe que a maioria das infecções ocorre em decorrência de práticas inadequadas. Entretanto, um dos principais desafios enfrentados atualmente é a modificação de comportamentos na tentativa de adequar tais práticas. Sugere que os controladores de infecções devem utilizar as ciências comportamentais como uma ferramenta de compreensão. Os determinantes cognitivos são adquiridos por meio do processo de socialização e são suscetíveis às mudanças. Refere que alguns modelos foram aplicados na avaliação de indicadores em saúde, contudo, não obtiveram sucesso na explicação do comportamento no controle das infecções. O autor concluiu que estudos são necessários para avaliar os principais determinantes no controle da infecção e promover a mudança de comportamento.

Adicionalmente, avaliar a repercussão dos problemas de infecções e criar a base para monitorar a eficácia das ações preventivas e de controle ainda tem sido uma meta nos sistemas de atenção a saúde. As práticas de prevenção e controle são muitas e disponíveis, mas para atender com as especificidades de cada realidade deve ser testadas e adaptadas. Nesse sentido, o nível de desenvolvimento, os recursos disponíveis, o desempenho consciente do profissional aliado ao seu conhecimento quanto ao mecanismo de transmissão das doenças são aspectos decisivos as práticas de prevenção e controle da infecção.

Em termos de Brasil, país marcado pela diversidade cultural, desigualdades sócio-econômicas, as instituições hospitalares também se revelam heterogêneas quando a padrões de atendimento, estrutura física, organização financeira, população atendida, e ocorrência de infecção. A realidade brasileira acerca da incidência de infecção associada ao cuidado à saúde é obscura, isto é não se tem de dados nacionais. Por outro lado, não se deve ficar alheio a realidade de que os hospitais brasileiros centralizam a prestação de cuidado à saúde e, estes enfrentam o grave problema da ampliação da demanda social, aliadas à magnitude da recessão econômica, a carência quantitativa e qualitativa de recursos humanos e a inapropriada obtenção de tecnologia. Sem dúvida estas são condições férteis para elevação dos índices de infecção (ANDRADE, 2007).

O reconhecimento dessa problemática está documentado na vasta literatura nacional e internacional que destaca a variabilidade de condutas, o descaso, talvez a incompreensão quanto aos mecanismos básicos da prevenção das doenças infecciosas, entre outros aspectos. Cabe destacar as dificuldades da adesão a higienização das mãos (ANDRADE; ANGERAMI, 1999; APECIH, 2003; FELIX; MIYADAHIRA, 2009; HESELTINE, 2001; MARTINI; DALL'AGNOL, 2005; PITTET, 2000; PITTET, 1999; WHITBY; MACLAWS; ROSS, 2006).

Nesse sentido, as evidências mais contundentes eram associadas à menor adesão à HM durante as atividades de maior risco de transmissão de infecções, bem como, a não troca de luvas após procedimentos invasivos (BRAUN et al., 2009; ROCHA; BORGES; FILHO, 2009; TENÍAS et al., 2009). Acresce-se que os estudiosos alertam que o comportamento de risco para com as luvas é semelhante com o descaso ao procedimento da HM (FERREIRA et al., 2009; GODIN et al., 2000; LEVIN, 1999; SETO et al., 1995). Várias pesquisas mostraram que o mau uso de luvas compromete, inquestionavelmente, a HM (GIROU et al., 2008; HOWARD et al., 2009; TENÍAS et al., 2009).

Por isso a HM em estabelecimentos de assistência à saúde é um problema que merece ser analisado do ponto de vista individual, coletivo e organizacional. Ainda, em um sentido mais amplo, é vital modificar muito mais do que as estruturas, devem-se alterar os modelos epistemológicos que não privilegiam as medidas de prevenção. É necessário destruir o núcleo duro de comportamentos estereotipados, estruturados em experiências subjetivas, mitos ou em rituais. Romper com a dificuldade de adesão é sem dúvida um desafio que emerge e, precisa urgentemente avançar (ATIF, 2009; BRAUN et al., 2009; CURRY; COLE, 2001; FERREIRA et al., 2009; GIROU et al., 2008; GODIN et al., 2000; GOPAL-RAO et al., 2002; HOMSTED, 2009; HOWARD et al., 2009; LARSON et al., 2000; LEVIN, 1999; O'BOYLE; HENLY; LARSON, 2001; PESSOA-SILVA et al., 2005; PITTET, 2005; ROCHA et al., 2009; SETO, 1995; TENÍAS et al., 2009; WHITBY et al., 2007).

1.1. Controle da infecção e a higiene das mãos: baseados nas evidências científicas

A correlação entre a hospitalização e o risco de infecção começou a ser delineada apenas na década de 1830, com as observações de James Simpson. Na historicidade outras contribuições merecem destaque : Oliver Holmes (1809-1894), Florence Nightingale (1820-1910), Joseph Lister (1827-1912), Louis Pasteur (1822-1895) e William Halstedt (1852-1922), Alexander Fleming (1881-1955), entre outros. Algumas contribuições tiveram suas vantagens e desvantagens sinalizadas no percurso, a exemplo do uso de antibióticos. Cabe mencionar que, a descoberta da penicilina contribuiu para o desenvolvimento da resistência microbiana em consequência de seu uso indiscriminado. Por outro lado, também o exagero na utilização de luvas, máscaras, gorros e propés ampliaram as controvérsias e lacunas onerando, inclusive os custos da assistência.

Entretanto, foram Oliver Wendell Holmes, nos Estados Unidos, e Ignaz Philip Semmelweis, na Europa, aqueles que finalmente estabeleceram as bases para a compreensão da aquisição da febre puerperal e dos riscos da hospitalização para as parturientes. Mais que isto, Semmelweis, com base em suas observações clínicas e epidemiológicas, desenvolveu a hipótese da transmissão da febre pelas mãos dos médicos e estudantes, que carregariam partículas cadavéricas das salas de autópsia para as pacientes. A hipótese foi substanciada pela redução na ocorrência dessas infecções, no Hospital Geral de Viena, de 18,3% para 1,2% em 1847, quando obstetras e estudantes foram obrigados a lavar as mãos com solução clorada, antes de atenderem as gestantes. Assim, Semmelweis (1818–1865) foi o pioneiro no reconhecimento da primeira evidência científica da relação de HM e a transmissão da febre puerperal (CELINE, 1998).

A importância da higienização das mãos na prevenção da transmissão das IRAS está pautada na capacidade da pele para abrigar microrganismos e transferi-los de uma superfície para a outra, por contato direto, pele com pele, ou indireto, por meio de objetos (LARSON, 1988; 1999; ROTTER, 1997; VOSS, 1997). A microbiota normal da pele é dividida em residente e transitória sendo classificação essencial para o entendimento da cadeia de transmissão dos microrganismos. A microbiota residente (ROTTER, 1997; VOSS, 1997) é composta por elementos que estão

freqüentemente aderidos nos estratos mais profundos da camada córnea, formando colônias de microrganismos que se multiplicam e se mantêm em equilíbrio com as defesas do hospedeiro. Os componentes mais comuns desta microbiota são os *Staphylococcus* coagulase negativo, *Micrococos* e certas espécies de *Corinebactérias*. Estes microrganismos são de difícil remoção e as suas colônias possuem mecanismos de defesa contra a remoção mecânica ou por agentes químicos. Entretanto, com a descamação natural da pele e a produção de suor, alguns destes microrganismos são movidos para camadas mais superficiais e eliminados no ambiente. Muitos deles apresentam baixa patogenicidade, mas podem se tornar invasivos e causar infecções em pessoas suscetíveis.

A microbiota transitória é composta por microrganismos que se depositam na superfície da pele, provenientes de fontes externas, colonizando temporariamente os estratos córneos mais superficiais. Normalmente é formada por bactérias gram negativas, como enterobactérias, *Pseudomonas*, bactérias aeróbicas formadoras de esporos, fungos e vírus. Por serem mais facilmente removidos da pele, por meio de ação mecânica, também se espalham com mais facilidade pelo contato e são eliminados pela degermação com agentes antissépticos. Alguns microrganismos que compõem a microbiota transitória são detectados na pele por períodos mais prolongados e conseguem se multiplicar e formar colônias sem causar infecção. O meio termo entre residente e temporário é um novo conceito de microbiota temporariamente residente. (LARSON, 1999; ROTTER, 1997; VOSS, 1997, BOYCE, 2001).

Outros estudos ainda se fazem necessários para a compreensão dos fatores que contribuem para a persistência da colonização das mãos (BOYCE, 2001). Os microrganismos presentes em infecções da pele, como abscessos, dermatites infectadas e paroníquia são classificados como microbiota infectante (ROTTER, 1997). Estas situações desempenham um importante papel na cadeia de transmissão de infecções e, por isto os profissionais de saúde portadores destes tipos de infecção só devem retomar suas atividades assistenciais após a cura do processo infeccioso.

Diante do exposto, a prática de HM é considerada a evidencia isolada mais importante no controle de infecções em serviços de saúde. Porém, como já mencionado a falta de adesão dos profissionais de saúde é uma realidade

constatada ao longo dos anos, e tem sido objeto de estudos e pauta de questionamentos em âmbito mundial.

Em 1988, Larson revisou 423 artigos publicados entre 1879 a 1986. Mais da metade destes trabalhos (50.8%) avaliava produtos para a higienização da pele e 10.9% apresentavam estudos sobre comportamento. Nesta revisão também foi detectado um aumento acentuado no número de artigos publicados sobre HM na década de 80, sendo quase o dobro do número de qualquer outro período analisado. Os estudos de revisão são ferramentas importantes para mostrar a consistência das indicações científicas sobre grandes temas.

Posteriormente, em outra revisão, a autora reconhece que as evidências acumuladas, correlacionando a HM a redução do risco de transmissão de patógenos nosocomiais, são mais fortes que as que embasam qualquer outra prática de controle conhecida. Estudos experimentais e não experimentais relacionados à HM foram revisados para verificar evidências de associação com redução de infecções. Foi concluído que a ênfase na HM era pertinente e deveria ser mantida (LARSON, 1999).

A necessidade da higienização das mãos é reconhecida também pelo governo brasileiro, quando inclui recomendações para esta prática no Anexo IV da Portaria 2616/98 do Ministério da Saúde, que instrui sobre o Programa de Controle de Infecções Hospitalares nos estabelecimentos de assistência à saúde no País (BRASIL, 1998)

Por gerações, a lavagem das mãos com água e sabão foi considerada a principal medida de higiene pessoal em ambientes de cuidados com a saúde. Todavia, o efeito nocivo de sabonetes antissépticos, que provocavam o ressecamento e irritações na pele, além de ser amplamente discutido por diversos autores, contribui para diminuir a adesão dos profissionais a prática de HM (PITTET, BOYCE, 2005; PESSOA, 2005). O problema da adesão à HM persiste mesmo diante da recomendação oficial do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) em se utilizar o álcool como antisséptico. Essa recomendação é introduzida nos serviços de saúde de todo o mundo, a higienização das mãos, apesar da reconhecida importância, é uma das práticas mais difíceis de conseguir uma adesão desejada. (PITTET, BOYCE, 2005; CDC, 2002; OLIVEIRA, 2005).

A maioria das soluções para a antissepsia de mãos a base de álcool contém etanol (álcool etílico) ou isopropanol (álcool isopropílico) ou n-propanol, ou ainda uma

combinação de dois destes produtos. Por sua vez, o etanol é reconhecido como agente antimicrobiano, sendo recomendado para o “tratamento” das mãos, desde 1888. Ressalta-se que no Brasil, é o mais utilizado. O mecanismo de ação predominante dos alcoóis consiste na desnaturação e coagulação das proteínas, bem como a ruptura da integridade citoplasmática, a lise celular e a interferência no metabolismo. Essa interação do álcool com as proteínas levantou a hipótese da interferência de sujidade contendo proteínas na antissepsia e desinfecção. De modo geral, os alcoóis apresentam rápida ação, excelente atividade bactericida e fungicida entre todos agentes utilizados na higienização das mãos. Soluções alcoólicas entre 60 a 80% são mais efetivas e concentrações mais altas são menos potentes, pois as proteínas não se desnaturam com facilidade na ausência de água (CDC, 2002; LARSON, 2004).

Os alcoóis têm rápida ação microbiana, quando aplicados à pele, mas não tem atividade residual apreciável. Entretanto, a re-colonização bacteriana na pele ocorre lentamente após o uso de anti-séptico à base de álcool nas mãos. A adição de clorexidina, octenidina, ou triclosan à solução alcoólica, pode resultar em atividade residual (ROTTER, 2004; LARSON, 1996, 1999).

As preparações alcoólicas não são apropriadas quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com material protéico, segundo os manuais Americano (CDC, 2002), Britânico (PRATT, 2007), (OMS, 2007) e recente publicação da (ANVISA/MS, 2007). Entretanto, quando quantidades relativamente pequenas de material protéico (ex., sangue) estiverem presentes, etanol e propanol reduzem a contagem microbiana das mãos mais do que sabonetes comuns ou associados a antissépticos, conforme os trabalhos realizados por Larson (1993), Renner (1993) e Kawago (2004) mas, com a ressalva que não eliminam a necessidade de lavar as mãos.

Portanto, estudos adicionais são necessários para se definir qual formulação (solução, gel ou espuma) é mais efetiva na redução da transmissão de microrganismos nos serviços de saúde. Algumas das razões apontadas para o descumprimento desta prática nos serviços de saúde incluem, dentre outros, a falta ou localização não acessível de equipamentos necessários para a HM, como lavatórios/pias e a não disponibilização, pelos serviços de saúde, de produtos e suprimentos para a higienização das mãos envolvendo sabonetes, preparações

alcoólicas e papel toalha. Os lavatórios/pias devem estar sempre limpos e livres de objetos que possam dificultar o ato de lavar as mãos.

Seguindo recentes recomendações da OMS, sobre a observância da higienização das mãos, novas abordagens têm demonstrado sua eficácia. O Desafio Global para a Segurança do Paciente 2005–2006 como mencionado está concentrando parte de sua atenção na melhoria dos padrões e práticas de higienização das mãos na assistência a saúde ajudando a implantar intervenções bem sucedidas. Como parte desta abordagem, *As Diretrizes da OMS sobre a HM* preparadas com a ajuda de mais de 100 especialistas internacionais, está na fase de implantação em diferentes partes do mundo. Os locais-pilotos variam de hospitais modernos com alta tecnologia em países desenvolvidos a consultórios remotos em vilas com escassos recursos.

Este desafio é uma realidade mundial: “nenhum hospital, nenhuma clínica, nenhum sistema de assistência à saúde, nenhum consultório e nenhum posto de saúde pode afirmar, atualmente, que a observância das recomendações de higienização das mãos não é um problema” (OMS, 2010).

Assim, a prática da HM é a mais tradicional e importante prática voltada para a prevenção das infecções nos estabelecimentos de assistência à saúde. O Ministério da Saúde brasileiro reconhece a importância desta medida por meio do Anexo IV da Portaria 2616, de 12 de maio de 1998, o qual institui o Programa de Controle de Infecção (BRASIL, 1998). Acresce-se a Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC N° 42) publicada em 25 de outubro de 2010 que dispõe sobre a obrigatoriedade nos serviços de saúde a disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos (BRASIL, 2010).

Cabe acrescentar que essa resolução segue as diretrizes da OMS e, portanto deve ser aplicada em todo o território nacional. Nesse sentido, uma legislação recente obriga a disponibilizar álcool gel todos os pontos de assistência e tratamento dos serviços de saúde do País; as salas de triagem, de pronto atendimento, unidades de urgência e emergência, ambulatorios, unidades de internação, unidades de terapia intensiva, clínicas e consultórios de serviços de saúde; os serviços de atendimento móvel e locais em que são realizados quaisquer procedimentos invasivos (BRASIL, 2010).

Segundo as recomendações os dispensadores contendo álcool gel devem ser disponibilizados, segundo a ANVISA, "à beira do leito do paciente, de forma que os

profissionais de saúde não necessitem deixar o local de assistência e tratamento para higienizar as mãos", e "em lugar visível e de fácil acesso".

Diretrizes para a HM foram publicadas pela primeira vez pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) em 1981, e atualizadas pela Associação de Profissionais em Controle de Infecção e Epidemiologia Aplicada em 1988 e 1995 (LARSON, 1988, 1995). As inovações constantes acarretam alterações nos protocolos de HM. Há de se considerar o amplo arsenal de produtos germicidas disponíveis no mercado. Entre os vários produtos disponíveis (sabonetes, esfoliantes, fórmulas antibacterianas), e preparação alcoólica tem a ação mais rápida bactericida e, quando combinado com outros ingredientes, pode ter sustentado a atividade sobre a pele.

A adesão ao uso de gel à base de álcool tem sido atribuída a fatores práticos, como a disponibilidade imediata e colocação de dispensadores de produto ou recipientes eo tempo mínimo exigido para uso (VOSS; WIDMER, 1997).

Doebelling et al. (1992) demonstraram que a melhoria nas práticas de HM por profissionais de saúde é significativamente relacionados com a redução nas taxas de infecção nosocomial. Infelizmente, a conformidade com a lavagem das mãos é ainda muito baixa na maioria das instituições (KARABEY, 2002; VOSS, WIDMER, 1997) . O risco de irritar as mãos, distância de instalações sanitárias, e uma falta de tempo, são as razões geralmente apresentadas para explicar a fraca adesão (VOSS, WIDMER, 1997; MCCORMICK et al.,2000).

Pittet (2001) observaram que a adesão global de HM foi abaixo de 50%.. Recentemente, a introdução da base de álcool gel para as mãos tem sido eficaz em aumentar o cumprimento de HM, especialmente em unidades de terapia intensiva (BISCHOFF et al. 2000; MAURY et al., 2000).

Há poucos estudos sobre a lavagem das mãos na América Latina. Nogueras et al. (2001) evidenciaram significativa diferença entre o número de unidades formadoras de colônia (UFC) nas mãos dos trabalhadores da saúde, antes e após o exame físico dos pacientes. Eles também identificaram potenciais agentes como: *Staphylococcus aureus*; *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Enterococcus faecalis*.

Banfield e Keer (2005) realizaram uma revisão da literatura com o objetivo de determinar se há relação epidemiológica da contaminação das mãos dos pacientes e a ocorrência de infecções ainda representa potencial ligação na cadeia de

infecção. Seguindo a temática de HM, Akyol (2007) objetivou identificar as práticas e opiniões decorrentes deste tema na prestação de cuidados à saúde. Para isso, contou com a participação de 129 enfermeiros que responderam um questionário, onde observou baixo nível de conhecimento sobre o procedimento. Verificou-se que as inadequadas condições de trabalho (falta de materiais e insumos) facilitaram a não adesão à prática. Conclui que para melhorar os índices de adesão, aspectos adicionais são necessários, como melhores condições físicas, treinamentos, programas educativos e motivacionais.

Tousman et al. (2007), determinaram se um programa de HM era eficaz na modificação comportamental de alunos de uma escola pública nos EUA com o uso de atividades interativas. Os pesquisadores atuaram durante quatro semanas consecutivas e identificaram uma diferença estatisticamente significativa de 34% de diminuição da taxa de absenteísmo na prática de HM para o grupo de intervenção, o qual trabalhou com o uso de placas de agar antes e após a realização de tal prática. Os resultados indicaram que a aprendizagem centrada num modelo mais dinâmico pode melhorar o comportamento frente à prática.

Na análise das percepções dos alunos de enfermagem frente à HM, Barret e Randle (2008) investigaram os fatores que afetam a percepção da técnica efetuada. As barreiras identificadas na HM incluíram: tempo e ocupação, procedimento clínico, condição da pele, falta de conhecimento e uso de luvas. Os resultados mostraram a importância de “modelos” para moldar o conhecimento frente à HM.

Kagan et al. (2009) analisaram a relação entre o conhecimento e o comportamento dos enfermeiros frente à HM. Tratou-se de um estudo transversal num centro médico regional de Israel. Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado. Os resultados indicam baixo nível de conhecimento, evidenciando que outros estudos são necessários para a compreensão de quais forças atuam no comportamento dos profissionais, indicando a necessidade de integrar uma abordagem psicoeducacional.

Ainda, a OMS destaca que minimizar a vulnerabilidade ou as ameaças na promoção e segurança da saúde exige uma ação coletiva e uma modificação comportamental. Isso foi reforçado a partir da revisão do Regulamento Sanitário Internacional (OMS, 2008). Essas observações representam ferramentas fundamentais para direcionar o processo de intervenção na busca da melhor prática, com alta resolutividade.

Frente à importância e a complexidade da temática, seguem alguns questionamentos que suscita a realização de pesquisas:

- ✓ Como os profissionais de saúde vêem os fatores externos sobre as funções autorreguladoras da autoeficácia para HM? Especificamente como os aspectos organizacionais contribuem na promoção da HM com preparação alcoólica?
- ✓ Quais estratégias os profissionais de saúde tem utilizado na atualização do conhecimento e, as mesmas diferem entre as categorias, faixas etárias, área de atuação, tempo de experiência, entre outras variáveis?
- ✓ Quais queixas e sugestões têm-se entre os profissionais de saúde acerca da HM com preparação alcoólica?

Estas e outras dúvidas estão nos estimulando a busca de respostas. A perspectiva de novas descobertas e trabalhos científicos direcionados à realidade de cada serviço, com colaboração entre equipes multiprofissionais, pode levar a mudanças no perfil de higienização das mãos e conseqüentemente, na transmissão microbiana da infecção cruzada.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

- ✓ Analisar aspectos associados à infra-estrutura para o uso de preparação alcoólica na HM dos profissionais de saúde com a finalidade de identificar as dificuldades e/ou facilidades considerando a importância dos fatores externos sobre as funções auto-reguladoras da autoeficácia, segundo referencial teórico de A. Bandura.

2.2. Específicos

- ✓ Caracterizar os profissionais de saúde segundo dados pessoais, formação acadêmica, atualização do conhecimento e participação em treinamento de HM
- ✓ Descrever as principais queixas, quantificar a satisfação ao uso do álcool gel, bem como, determinar as medidas que auxiliam na promoção da HM por ordem de prioridade na ótica dos profissionais de saúde
- ✓ Determinar entre os profissionais de saúde quem mais se responsabiliza em fornecer informações ao paciente quanto à importância da HM com preparação alcoólica
- ✓ Investigar as inter-relações pessoais, profissionais e institucionais para com a prática de HM com solução alcoólica

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. Delineamento metodológico

Trata-se de um estudo seccional considerando que as medições foram feitas em um único momento não havendo, portanto seguimento dos participantes (JEKEL et al., 2002).

3.2. Local e população

Considerando que o objetivo do estudo foi mapear a situação do uso da preparação alcoólica nas HM segundo a ótica dos profissionais de saúde optou-se por dois locais de assistência distintos, ou seja, as unidades de internação cirúrgica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e a Unidade Básica Distrital de Saúde (Centro de Saúde Escola da FMRP-USP). Assim, a população correspondeu a todos os profissionais de saúde que prestavam assistência direta aos pacientes nas respectivas instituições.

3.2.1. Critérios de inclusão dos participantes

- ✓ Realizar atividades de assistência direta ao paciente nas referidas unidades
- ✓ Estar em exercício de suas funções no período da coleta de dados; ou seja, aqueles trabalhadores no gozo de licenças, férias ou afastados não participaram da pesquisa, uma vez que a mesma fora realizada no local de trabalho.

Nesse sentido, a população foi constituída pelos profissionais de saúde que aceitaram, espontaneamente a responder o questionário e participar do estudo no período estabelecido para coleta oficial dos dados. Cabe explicar que excluíram os

profissionais que desenvolviam atividades administrativas ou de gestão, bem como não houve perdas por erros de preenchimento dos questionários, nem recusa a participar do estudo.

3.2.2. Variáveis do estudo

✓ Perfil dos participantes: sexo, idade, categoria profissional, anos formação, local e turno de trabalho, número de vínculo, anos de experiência, atualização do conhecimento e treinamento

✓ HM com preparação alcoólica:

✓ Infra-estrutura, satisfação, queixas, ações para a promoção

3.3. Fase Conceitual

✓ HM com preparação alcoólica (BRASIL, 2010; OMS, 2010)

- Preparação alcoólica: uma preparação contendo álcool (nas formas de solução, gel ou espuma) destinadas à fricção antisséptica das mãos para destruir os microrganismos.

- Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica: aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos

- Preparação alcoólica para higienização das mãos sob a forma líquida: preparação contendo álcool, na concentração final entre 60% a 80% destinadas à aplicação nas mãos para reduzir o número de microrganismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.

- Preparação alcoólica para higienização das mãos sob as formas gel, espuma e outras: preparações contendo álcool, na concentração final mínima de 70% com

atividade antibacteriana comprovada por testes de laboratório *in vitro* (teste de suspensão) ou *in vivo*, destinados a reduzir o número de microrganismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.

✓ **Ponto de assistência/tratamento (Local de higienização):** refere-se ao local onde ocorrem três elementos: o paciente, o profissional de saúde e a assistência ou tratamento envolvendo o contato com o paciente. O conceito refere-se a preparações alcoólicas para a higienização das mãos que devem estar facilmente acessível para a equipe por estar o mais próximo possível, ao alcance das mãos (se os recursos permitirem). Os produtos do ponto de assistência devem estar acessíveis sem haver a necessidade de deixar o local de assistência/tratamento. Isso permite que a equipe cumpra, de forma rápida e fácil, os cinco momentos para a higienização das mãos descritos no Guia de Implantação (ANEXO A). Normalmente, o ponto de assistência é atingido por meio de preparações alcoólicas para a higienização das mãos portadas pela equipe (frascos de bolso) ou preparações alcoólicas afixadas próximas ao leito ou à cabeceira do paciente (ou perto da área). As preparações alcoólicas afixadas a carrinhos ou colocadas em uma bandeja de curativo ou medicamentos que é levada para o local da atividade também preenchem os requisitos (ANVISA, 2010)

✓ **Serviços de Saúde:** qualquer estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios e domicílios (BRASIL, 2010).

✓ **Práticas de prevenção e controle da infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS):** conjunto de operações e técnicas padronizadas que proporcionam assistência à saúde isenta de risco biológico garantindo a finalidade terapêutica e/ou diagnóstica com segurança, eficácia e qualidade. Nos estabelecimentos de assistência à saúde estas ações são projetadas para prevenir e controlar a disseminação de microrganismos, o que inclui além da HM, o manuseio adequado de insumos e equipamentos, o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), e a

execução dos procedimentos embasados no conhecimento técnico-científico e na habilidade, entre outros atributos (BRASIL, 2009).

3.4. Referencial Teórico: Auto-eficácia de Albert Bandura na perspectiva da HM

Pesquisador e teórico na área da psicologia, *Albert Bandura*, enfatiza que as ações e o comportamento humano são determinadas pelas características pessoais e fatores ambientais. De acordo com o teórico a auto-eficácia refere-se à avaliação que um indivíduo faz de sua habilidade de realizar uma tarefa dentro de certo domínio. A teoria da auto-eficácia prevê que o nível de confiança do indivíduo em suas habilidades é um forte motivador e regulador de seus comportamentos. Defende que o indivíduo que se percebe capaz de realizar uma determinada tarefa, faz maior esforço para realizá-la, tem maior motivação para concluí-la e persevera mais tempo na sua realização que o indivíduo com baixa auto-eficácia (BANDURA, 1977, 1981, 1997, 2008).

Ainda, propõe também que existam pelo menos quatro fontes possíveis para a auto-eficácia. A fonte mais importante seria o próprio desempenho da pessoa nas tarefas em um determinado domínio. Por exemplo, um profissional que freqüentemente tem bom desempenho nas práticas de prevenção e controle da infecção em sua auto-avaliação, provavelmente terá uma auto-eficácia elevada neste domínio. A auto-eficácia também pode ser influenciada pela observação do desempenho de outras pessoas que nos leva a concluir que faríamos melhor ou pior do que os outros fazem. A outra fonte é a persuasão verbal que pode ou não convencer sobre capacidade de realizar algo. Finalmente, a percepção de nossos estados fisiológicos também pode afetar nossa auto-eficácia, pois se nos sentimos ansiosos, amedrontados frente a certas tarefas, podemos inferir que nos sentimos assim porque não somos capazes de realizá-las. Na perspectiva social cognitiva de Bandura, a expectativa de auto-eficácia é o mecanismo central das ações humanas realizadas intencionalmente (BANDURA, 2008).

Assim, a expectativa de auto-eficácia influencia processos cognitivos que levam ao desenvolvimento de regras para predizer e influenciar eventos, estabelecer as metas, as estratégias, antecipar possibilidades de sucesso e afetar processos

cognitivos que determinam a eficiência na solução de problemas. Em síntese, os processos cognitivos são o primeiro tipo de mediadores da expectativa de auto-eficácia no desempenho de um padrão de comportamento.

O segundo processo mediador da expectativa de auto-eficácia é a seleção de atividades e ambientes. Na tentativa de desempenhar com sucesso um padrão de comportamento, os indivíduos tendem a evitar situações que excedam suas habilidades e procuram participar de atividades e de ambientes em que acreditam poder desempenhar com sucesso o comportamento de interesse. Ao afetar a seleção de atividades e de ambientes, a expectativa de auto-eficácia influencia o desempenho pessoal.

Os processos afetivos são o terceiro tipo de mediadores da expectativa de auto-eficácia. A crença na auto-eficácia determina o tipo e a intensidade de reações afetivas a eventos vitais, podendo, assim, influenciar cognições e ações (BANDURA, 1997). Por exemplo, estudos sugerem que a baixa auto-eficácia para prevenir situações estressantes tende a produzir ansiedade ou agitação (MADDUX; LEWIS, 1995); a baixa auto-eficácia para desempenhar comportamentos considerados essenciais ao alcance de metas tende a levar à depressão e a desmotivação (MADDUX; MEIER, 1995). E, os processos motivacionais que determinam a intenção de desempenhar o comportamento proposto, o esforço e a persistência no enfrentamento de dificuldades constituem o quarto tipo de mediador da expectativa de auto-eficácia na regulação do desempenho.

A convicção de eficácia pessoal para desempenhar um comportamento resulta de processos cognitivos provenientes de quatro fontes: experiências de domínio pessoal do desempenho (conhecimento), experiências por meio de modelos sociais, persuasão social e estados emocionais e fisiológicos (BANDURA, 1997).

A experiência de ter domínio sobre o desempenho proposto é entendida como a percepção de ter obtido sucesso nesse desempenho, por ser capaz de perseverar na criação e na execução das ações necessárias para superar os obstáculos do desempenho. Essa percepção de sucesso por superar obstáculos pelo esforço pessoal perseverante tem sido considerada a mais efetiva das fontes de informação para o desenvolvimento de um forte senso de eficácia. Por outro lado, a percepção de ter fracassado tende a prejudicar a convicção de auto-eficácia, principalmente se esta ainda não estiver fortemente desenvolvida (BANDURA, 2008).

As experiências por observação de modelos sociais desenvolvem e modificam a convicção de auto-eficácia, principalmente se o indivíduo se considerar em condições semelhantes à dos modelos. Ao observar o desempenho de outros, o sujeito julga suas próprias competências. Sua auto-eficácia tende a aumentar se concluir que, por esforço próprio, pessoas em situações semelhantes à sua tiveram sucesso no desempenho proposto. A observação de modelos de sucesso também aumenta a auto-eficácia porque provê conhecimentos, habilidades e estratégias potencialmente úteis para melhorar o desempenho pessoal. Outro aspecto se reporta a ineficiência da convicção de que a capacidade de ter sucesso no desempenho proposto tende a diminuir pela observação de modelos sociais que fracassam em situações semelhantes à sua (BANDURA, 1997).

A persuasão social é exercida por meio de avaliações recebidas de outros sobre a capacidade pessoal para o desempenho de uma atividade. Pessoas persuadidas de que são capazes de desempenhar com sucesso a atividade proposta tendem a ter maior auto-eficácia e a mobilizar esforço maior e mais sustentado. Avaliações negativas tendem a prejudicar a auto-eficácia do sujeito, principalmente se um forte senso de auto-eficácia não foi previamente desenvolvido (BANDURA, 1997). Os estados emocionais e os fisiológicos podem afetar o julgamento sobre a capacidade pessoal. Stress, tensão e estados de humor depressivo podem ser interpretados como indicadores de vulnerabilidade; cansaço e fadiga podem ser percebidos como sinais de debilidade física (BANDURA, 1997).

A expectativa de auto-eficácia varia em três dimensões: magnitude, força e generalização (BANDURA, 1997). A magnitude refere-se aos níveis de dificuldade ou de ameaça que a pessoa acredita ser capaz de superar para desempenhar com sucesso o comportamento proposto. No caso de um profissional que está tentando seguir o protocolo de HM, é possível que seja mais difícil seguir esse protocolo quando estiver sentindo efeitos adversos do tipo de antisséptico utilizado.

A força refere-se ao grau de determinação do indivíduo para desempenhar o comportamento proposto. Nesse sentido, espera-se que alguns indivíduos tenham certeza de que serão capazes de realizar a HM quando estiverem sentindo efeitos adversos do produto usado, ou em situações não favoráveis.

A generalização refere-se à transferência de auto-eficácia entre habilidades e ambientes. Assim, a auto-eficácia em uma situação afeta a auto-eficácia em outras situações, inclusive naquelas ainda não vividas pelo sujeito. Por exemplo, é possível

que o nível de auto-eficácia para seguir o protocolo em situações fora da rotina ou no atendimento domiciliar afete a auto-eficácia para esse comportamento quando, mesmo que esta situação ainda não tenha ocorrido.

Ainda, esclarece que a expectativa de auto-eficácia não pode ser medida diretamente, sendo idealmente medida por um conjunto de variáveis observáveis relacionadas a ela, isto é, os itens de um instrumento. O instrumento de avaliação deve incluir impedimentos de diferentes magnitudes para adotar e manter o comportamento proposto no contexto social onde será aplicado.

3.4.1 A influência recíproca de fatores externos sobre funções auto-reguladoras

A teoria da aprendizagem social não considera as influências autoproduzidas como reguladores autônomos do comportamento, mas como influências que contribuem para um sistema de interação recíproca. A variedade de fatores externos serve como influência recíproca na operação do sistema do *self*. Eles podem afetar os processos de auto-regulação de pelo menos três modos principais: estão envolvidos no desenvolvimento das funções que compõem os sistemas de auto-regulação; proporcionam amparo parcial para a adesão a contingências autoprescritas; e facilitam a ativação e desativação seletivas de contingências internas que governam a conduta.

✓ O desenvolvimento de funções auto-reguladoras:

O desenvolvimento de capacidades de auto-reação exige a adoção de padrões contra os quais o comportamento possa ser avaliado. Esses critérios internos não ocorrem no vácuo. Os padrões comportamentais são estabelecidos por preceito, por conseqüências avaliativas que acompanham diferentes desempenhos e pela exposição aos padrões auto-avaliativos modelados por outras pessoas (BANDURA, 1976, 1977b). As pessoas não absorvem seus padrões de comportamento passivamente dos estímulos ambientais que atuam sobre elas, mas extraem padrões genéricos da variedade de reações avaliativas que são exemplificadas e ensinadas por diferentes indivíduos ou pelos mesmos indivíduos em diferentes atividades e diferentes cenários (BANDURA, 1976). Portanto, as

pessoas devem processar as informações divergentes e chegar a padrões pessoais, contra os quais possam avaliar o seu comportamento.

3.5. Instrumento de coleta dos dados

Para coleta dos dados foi elaborado um questionário subsidiado na experiência do pesquisador, no “Handwashing Assessment Inventory, O’Boyle, C.A., Henly, S.J., Duckett, L.J” (ANEXO B), na literatura sobre fricção das mãos com preparação alcoólica, nos protocolos estabelecidos pelos órgãos oficiais nacional e internacional (ANVISA/OMS), bem como, nos princípios teóricos de A. Bandura.

A versão preliminar do instrumento foi submetida à validação de conteúdo com cinco profissionais atuantes em Comissão de Controle de infecção. As sugestões foram plenamente acolhidas. Assim, a versão final do instrumento consta de duas partes sendo a primeira sobre o perfil dos participantes (aspectos pessoais e profissionais) e, a segunda envolveu a infra-estrutura, satisfação, queixas acerca da fricção das mãos com preparação alcoólica. Trata-se de um instrumento estruturado com questões fechadas (APENDICE A).

3.6. Procedimento de coleta dos dados

A aplicação do questionário foi realizada nos referidos locais por meio de entrevistas individuais. Os pesquisadores responsáveis pela coleta estavam devidamente treinados. O período de coleta ocorreu de outubro a dezembro de 2011, nos plantões manhã, tarde e noite. Primeiramente iniciava-se o contato com o enfermeiro do plantão a fim de solicitar anuência. Os profissionais eram contatados e convidados a participar por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Diante da aceitação era solicitado à assinatura do TCLE bem como o auto-preenchimento do questionário. Acresce-se que, os pesquisadores esclareciam os profissionais quanto aos objetivos da pesquisa e à manutenção do anonimato das informações recebidas.

3.7. Análise dos dados

Utilizou-se na elaboração do banco de dados o *Microsoft Excel* mediante dupla entrada ou digitação. Análise descritiva foi feita por meio de frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão e mediana. Utilizou-se o programa *SPSS (Statistical Package of Social Science 17.0)*. O teste t student variáveis qualitativas dicotômicas e o teste de Wilcoxon para as variáveis ordinais, considerando em ambos os casos um nível de significância de $\alpha = 0.05$. É importante salientar que os valores de p devem ser interpretados na hipótese em que a casuística constitui uma amostra aleatória simples de uma população com características similares.

3.8. Aspectos éticos

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do HCFMRP-USP (ANEXO C) e Unidade Básica de Saúde (ANEXO D)

4. RESULTADOS

A exposição dos resultados visando atender ao propósito de avaliar a acessibilidade da preparação alcoólica para HM na ótica dos profissionais de saúde será na descrita seqüência dos objetivos propostos a saber:

- 4.1. *Caracterização pessoal e profissional dos entrevistados*
- 4.2. *Estratégias para atualização do conhecimento dos participantes do estudo*
- 4.3. *Treinamento em HM (HM)*
- 4.4. *Divulgação ao paciente sobre a importância da HM*
- 4.5. *Descrever às condições de infra- estrutura e acessibilidade à preparação alcoólica antisséptica para HM.*
- 4.6. *Evidenciar a existência de ações para melhoria da prática da HM.*
- 4.7. *Satisfação dos profissionais de saúde no uso da preparação alcoólica para HM.*
- 4.8. *Descrever as principais queixas dos profissionais de saúde no uso da preparação alcoólica para HM.*
- 4.9. *Determinar as medidas que auxiliam na promoção da HM por ordem de prioridade*

Assim, segue-se:

4.1. Caracterização pessoal e profissional dos entrevistados

A tabela 1 apresenta a caracterização pessoal e profissional dos 318 participantes do estudo segundo gênero, faixa etária, categoria profissional, tempo de formação, tempo de atuação e turno de trabalho.

Tabela 1 - Caracterização pessoal e profissional dos participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2011

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	72 (22,6)
Feminino	246 (77,4)
Idade	
18 a 25 anos	61 (19,2)
26 a 35 anos	127 (39,9)
36 a 45 anos	64 (20,1)
46 a 60 anos ou mais	66 (20,8)
Profissional	
Auxiliar de enfermagem	118 (37,1)
Técnico de enfermagem	34 (10,7)
Enfermeiro	99 (31,1)
Médico	55 (17,2)
Odontólogo	08 (2,6)
Fisioterapeuta	04 (1,3)
Tempo de formação	
Menos de 2 anos	55 (17,3)
3 a 10 anos	132 (41,5)
11 a 20 anos	63 (19,8)
21 a 26 anos ou mais	68 (21,4)
Tempo de atuação	
Menos de 2 anos	51 (16)
3 a 10 anos	124 (39)
11 a 20 anos	62 (19,5)
20 a 26 anos ou mais	81(25,5)
Turno de trabalho	
Manhã	60 (18,9)
Tarde	33 (10,4)
Vespertino	09 (2,7)
Noturno	18 (5,7)
Rodízio (manhã e tarde)	198 (62,3)

4.2. Estratégias para atualização do conhecimento dos participantes do estudo

As Tabelas de 2 a 12 descrevem os recursos utilizados para atualização do conhecimento segundo a opinião dos participantes.

Tabela 2 - Estratégias para atualização do conhecimento dos profissionais da saúde. Ribeirão Preto, 2011

Atualização	n(%)
Jornais e Revistas	
Sim	93 (29,2)
Não	225 (70,8)
Pesquisa informatizada	
Nunca	09 (2,8)
Às vezes	142 (44,7)
Sempre	167 (52,5)
Grupos e pesquisa	
Sim	126 (39,6)
Não	192 (60,4)
Curso/Congresso/Simpósio	
Sim	246 (77,4)
Não	72 (22,6)
Treinamento HM	
Últimos 6 meses	138 (43,4)
Ultimo ano	69 (21,7)
Últimos 2 anos	57 (17,9)
Não recebeu últimos 2 anos	54 (17)
Realizado pela instituição	
Sim	193 (60,7)
Não	125 (39,3)

No geral, a participação em eventos científicos se destacou (77,4) entre os entrevistados seguidos de 165(52,5%) da pesquisa informatizada para atualização do conhecimento. Com relação a treinamento observou-se que 138 (43,4%) receberam nos últimos seis meses sendo 60,7% oferecido pela instituição de origem.

Tabela 3 - Atualização do conhecimento dos profissionais de saúde por meio de jornais e revistas. Ribeirão Preto, 2011

Categoria Profissional	Jornal ou revista		
	Sim	Não	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Enfermagem	64 (25,5)	184 (74,5)	251 (100)
Médico	21 (38,2)	34 (61,8)	55 (100)
Odontólogo	03 (75,0)	03 (75,0)	08 (100)
Fisioterapeuta	01(25,0)	03 (75,0)	04 (100)

Apenas 25,5% dos profissionais de enfermagem e, 38,2% dos médicos referiram consultas em jornais e revistas relacionados à área da saúde.

Tabela 4 - Atualização do conhecimento dos profissionais de enfermagem por meio de jornais e revistas. Ribeirão Preto, 2011

PE *	Jornal ou revista		
	Sim	Não	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
AE	22 (18,6)	96 (81,4)	118 (100)
TE	08 (23,5)	26 (76,5)	34 (100)
E	34 (34,3)	65 (65,7)	99 (100)

*P.E= Profissional de enfermagem, AE= Auxiliar de enfermagem, TE= Técnico de enfermagem, E= Enfermeiro

A maioria dos auxiliares de enfermagem (81,4%) demonstra não utilizar este conteúdo para atualização do conhecimento.

Tabela 5 - Atualização do conhecimento dos profissionais de saúde por meio de pesquisa informatizada. Ribeirão Preto, 2011

Categoria Profissional	Pesquisa informatizada			Total
	Nunca	Às vezes	Sempre	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Enfermagem	09 (3,6)	127 (50,6)	115(45,8)	251 (100)
Médico	0	13 (23,7)	42 (76,3)	55 (100)
Odontólogo	0	02 (25,0)	06 (75,0)	08 (100)
Fisioterapeuta	0	0	04 (100)	04 (100)

A categoria profissional que mais se destacou referindo que sempre realiza pesquisa informatizada foram os médicos 76,3%.

Tabela 6 - Atualização do conhecimento dos profissionais de enfermagem por meio de pesquisa informatizada. Ribeirão Preto, 2011

P.E*	Pesquisa informatizada			Total
	Nunca	Às Vezes	Sempre	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
AE*	07 (5,9)	79 (66,9)	32 (27,1)	118 (100)
TE*	02 (5,9)	17 (50,0)	15 (44,1)	34 (100)
E*	0	31 (31,3)	68 (68,7)	99 (100)
Total	09 (3,6)	127 (50,6)	115 (45,8)	251 (100)

*P.E= Profissional de enfermagem, AE= Auxiliar de enfermagem, TE= Técnico de enfermagem, E= Enfermeiro

Quanto à atualização do conhecimento relacionado à pesquisa informatizada 45,8% dos profissionais de enfermagem referiram sempre realizar este tipo de consulta em contra partida 50,6% destes profissionais reconheceram que às vezes as realizam.

Tabela 7- Participação dos profissionais de saúde em grupo de estudo ou pesquisa. Ribeirão Preto, 2011

Categoria Profissional	Grupos de estudo ou pesquisa		Total
	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	n (%)
Enfermagem	94 (37,5)	157 (62,6)	251(100)
Médico	24 (43,6)	31 (56,4)	55 (100)
Odontólogo	02 (25,0)	06 (75,0)	08 (100)
Fisioterapeuta	03 (75,0)	01 (25,0)	04 (100)

Observa-se menor participação do fisioterapeuta (25%) em grupos de estudo ou pesquisa.

Tabela 8 - Participação dos profissionais de enfermagem em grupo de estudo ou pesquisa. Ribeirão Preto, 2011

P.E*	Grupos de estudo ou pesquisa		
	Sim	Não	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
AE	25 (21,2)	93 (78,8)	118 (100)
TE	05 (14,7)	29 (85,3)	34 (100)
E	64 (64,6)	35 (35,4)	99 (100)

*P.E= Profissional de enfermagem, AE= Auxiliar de enfermagem, TE= Técnico de enfermagem, E= Enfermeiro

Embora, o enfermeiro tenha se destacado como a categoria que mais se envolve com grupos de estudo e pesquisa (64,6%) seria desejável que essa participação envolvesse na sua totalidade todos os integrantes da equipe de enfermagem. Sem dúvida essa participação representa um dos caminhos para refletir, solucionar os problemas vivenciados na prática, assim como socializar o conhecimento produzido.

Tabela 9 – Participação dos profissionais da saúde em cursos, congressos e simpósios. Ribeirão Preto, 2011

Categoria Profissional	Cursos, congressos ou simpósios		
	Sim	Não	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Enfermagem	186 (74,1)	65 (25,9)	251 (100)
Médico	50 (90,9)	05 (9,1)	55 (100)
Odontólogo	06 (75,0)	02 (25,0)	08 (100)
Fisioterapeuta	04 (100)	0	04 (100)

Observa-se participação em cursos, congressos e simpósios em 90,9% dos profissionais médicos.

Tabela 10- Participação dos profissionais de enfermagem em cursos, congressos e simpósios. Ribeirão Preto, 2011

P.E*	Cursos, congressos ou simpósios		
	Sim	Não	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
AE*	81 (68,6)	37 (31,4)	118 (100)
TE*	18 (52,9)	16 (47,1)	34 (100)
E*	87 (87,9)	12 (12,1)	99 (100)

*P.E= Profissional de enfermagem, AE= Auxiliar de enfermagem, TE= Técnico de enfermagem, E= Enfermeiro

A participação do enfermeiro (87,9%) em cursos, congressos e simpósios está em destaque. Cabe destacar a participação dos auxiliares de enfermagem (68,6%) por representarem 37,1% da população em estudo.

Tabela 11- Participação dos profissionais de saúde em treinamento para HM. Ribeirão Preto, 2011

Categoria Profissional	Treinamento HM nos últimos:				Total
	6 meses	Ano	2 anos	Não recebeu	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Enfermagem	125 (49,8)	55 (21,9)	41 (16,3)	30 (12,0)	251 (100)
Médico	10 (18,2)	11 (20,0)	13 (23,6)	21 (38,2)	55 (100)
Odontólogo	02 (25,0)	02 (25,0)	02 (25,0)	02 (25,0)	08 (100)
Fisioterapeuta	01 (25,0)	01 (25,0)	01 (25,0)	01 (25,0)	04 (100)

Quanto à participação em treinamento sobre HM, 38,2% dos médicos não recebeu treinamento nos últimos dois anos. Adicionalmente os participantes informaram que 244 (76,7%) deste treinamento foram ministrados pela instituição em que atuam sendo que 74(23,3%) negaram.

Tabela 12- Participação dos profissionais de enfermagem em treinamento para HM. Ribeirão Preto, 2011

PE*	Treinamento de HM nos últimos:				Total
	6 meses	1 ano	2 anos	Não recebeu	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
AE	58 (49,2)	25 (21,2)	17 (14,4)	18 (15,2)	118(100)
TE	10 (29,4)	09 (26,5)	09 (26,5)	06 (17,6)	34(100)
E	57 (57,6)	21 (21,2)	15 (15,1)	06 (6,10)	99(100)

P.E= Profissional de enfermagem, AE= Auxiliar de enfermagem, TE= Técnico de enfermagem, E= Enfermeiro

Segundo resultados da tabela 12 apenas 29,4% dos técnicos de enfermagem receberam treinamento nos últimos seis meses.

4.3. Treinamento de HM

Observa-se nas Tabelas 13 e 14 as respostas dos entrevistados acerca do treinamento sobre HM das mãos subsidiado nos cinco momentos preconizados pela OMS.

Tabela 13 - Treinamento dos profissionais de saúde em HM subsidiado nos cinco momentos preconizados pela OMS segundo o período. Ribeirão Preto, 2011

Cinco momentos HM	Treinamento HM nos últimos:			
	6 meses	1 ano	2 anos	Não recebeu
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	21 (15,2)	07 (10,1)	04 (7,0)	03 (5,9)
Não	48 (34,8)	28 (40,5)	20 (35,1)	17 (33,3)
Desconheço	69 (50,0)	34 (49,0)	33 (57,9)	31 (60,8)
Total	138 (100)	70 (100)	57 (100)	53 (100)

Observa-se na Tabela 13 que apenas 15,2% dos profissionais de saúde foram treinados nos últimos seis meses e conhecem os cinco momentos da HM.

Tabela 14 - Presença ou não dos cinco momentos preconizados pela OMS no treinamento de HM nos últimos dois anos. Ribeirão Preto, 2011

Treinamento HM últimos 2 anos	Cinco momentos para HM			Total
	Sim	Não	Desconheço	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	32 (11,9)	101 (37,5)	136 (50,6)	269 (100)
Não	03 (6,1)	15 (30,6)	31 (63,3)	49 (100)
Total	35 (11,0)	116 (36,5)	167 (52,5)	318 (100)

Considerando os cinco momentos para HM, preconizados pela OMS/ANVISA, 52,5% dos profissionais de saúde verbalizaram desconhecimento dessa diretriz.

Nas tabelas 15 e 16 estão apresentados os dados relacionados à categoria profissional e o conhecimento acerca dos cinco momentos para HM.

Tabela 15 - Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os cinco momentos para HM preconizados pela OMS. Ribeirão Preto, 2011

Categoria Profissional	Abordagem cinco momentos HM			Total
	Sim	Não	Desconheço	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Enfermagem	29 (11,6)	92 (36,6)	130 (51,8)	251 (100)
Médico	03 (5,4)	20 (36,4)	32 (58,2)	55 (100)
Odontólogo	02 (25,0)	02 (25,0)	04 (50,0)	08 (100)
Fisioterapeuta	01 (25,0)	01 (50,0)	01 (25,0)	04 (100)

Observa-se na Tabela 15 que 58,2% dos profissionais médicos e 51,8% da equipe de enfermagem desconhecem os cinco momentos para HM preconizado pela OMS.

Tabela 16 - Conhecimento sobre os cinco momentos para HM preconizados pela OMS segundo profissionais de enfermagem. Ribeirão Preto, 2011

P.E*	Abordagem cinco momentos HM			Total
	Sim	Não	Desconheço	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
AE	16 (13,6)	41 (34,7)	61 (51,7)	118 (100)
TE	05 (14,7)	17 (50,0)	12 (35,3)	34 (100)
E	08 (8,1)	34 (34,3)	57 (57,6)	99 (100)

* P.E= Profissional de enfermagem, AE= Auxiliar de enfermagem, TE= Técnico de enfermagem, E= Enfermeiro

É alarmante o resultado verbalizado pelos profissionais de enfermagem sobre o conhecimento dos cinco momentos que fornece a diretriz para HM. Acresce-se que o percentual de conhecimento nas categorias foi abaixo de 15%.

4.4. Divulgação ao paciente sobre a importância da HM

Considerando a importância da divulgação da temática HM entre os pacientes realizou-se o questionamento em pauta apresentados nas tabelas 17 e 18.

Tabela 17- Divulgação ao paciente sobre HM nas diferentes categorias de profissionais da saúde. Ribeirão Preto, 2011

Categoria Profissional	Divulgação HM			Total
	Sim	Não	Desconheço	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Enfermagem	95 (37,8)	150 (59,8)	06 (2,4)	251 (100)
Médico	17 (30,9)	36 (65,4)	02 (3,7)	55 (100)
Odontólogo	03 (37,5)	04 (50,0)	01 (12,5)	08 (100)
Fisioterapeuta	01 (25,0)	02 (50,0)	01 (25,0)	04 (100)

Tabela 18 - Divulgação ao paciente sobre HM nas diferentes categorias de enfermagem. Ribeirão Preto, 2011

P.E*	Divulgação HM			Total
	Sim	Não	Desconheço	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
AE	51 (43,2)	66 (55,9)	01 (0,8)	118 (100)
TE	08 (23,5)	24 (70,6)	02 (5,9)	34 (100)
E	36 (36,4)	60 (60,6)	02 (2,0)	99 (100)

* P.E= Profissional de enfermagem, AE= Auxiliar de enfermagem, TE= Técnico de enfermagem, E= Enfermeiro

O investimento em atividades educativas sobre HM aos pacientes, também foi baixo e, oscilou de 25% a 37,8%. Em outras palavras 150 (59,8) dos profissionais de saúde, relataram não divulgar ao paciente, informações sobre as práticas de HM.

4.5. Descrever às condições de infra- estrutura e acessibilidade à preparação alcoólica antisséptica para HM

Os resultados da tabela 19 representam a auto-declaração sobre a disponibilidade e acessibilidade da preparação alcoólica para HM.

Tabela 19 - Respostas dos participantes as condições de infra- estrutura preparação alcoólica antisséptica para HM. Ribeirão Preto, 2011

Infra-estrutura HM	n (%)
Disponibilidade de álcool	
Nunca	12 (3,8)
Raramente	18 (5,7)
Às vezes	43 (13,5)
Frequentemente	56 (17,6)
Sempre	189 (59,4)
Tipo de dispensadores	
Individual	19 (6,0)
Coletivo	193 (60,7)
Ambos	102 (32,1)
Não tem	04 (1,2)
Acessibilidade	
Sim	271(85,2)
Não	47 (14,8)
Reabastecimento	
Sim	231 (72,6)
Não	68 (21,4)
Desconheço	19 (6,0)
Limpeza	
Sim	167(52,5)
Não	136(42,8)
Desconheço	15(4,7)
Cartazes	
Sim	133 (41,8)
Não	185 (58,2)
Recomendações	
Sim	156 (49,1)
Não	120 (37,7)
Desconheço	42 (13,2)

Segundo resultados da (Tabela 19) 59,4% mencionaram disponibilidade do produto e 52,5% existência de rotina de limpeza dos dispensadores

4.6. Evidenciar a existência de ações para melhoria da prática da HM

A presença de ações para melhoria da HM promovidas pelas instituições, envolvidas no estudo, estão apresentadas nas tabelas 20 e 21.

Tabela 20 - Respostas dos entrevistados quanto à presença ou não de ações para melhoria da prática de HM. Ribeirão Preto, 2011

Categoria Profissional	Ações para HM			Total
	Sim	Não	Desconheço	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Enfermagem	157 (62,5)	94 (35,9)	04 (1,6)	251 (100)
Médico	29 (52,7)	24 (43,6)	02 (3,7)	55 (100)
Odontólogo	04 (50,0)	04 (50,0)	0	08 (100)
Fisioterapeuta	02 (50,0)	02 (50,0)	0	04 (100)

Ações para melhoria da prática de HM não foram observadas nas opiniões dos odontólogos e fisioterapeutas (50%).

Tabela 21 - Respostas dos profissionais de enfermagem quanto à presença ou não de ações para melhoria da prática de HM. Ribeirão Preto, 2011

P.E*	Ações para HM			Total
	Sim	Não	Desconheço	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
AE*	76 (64,4)	04 (34,7)	01 (0,8)	118 (100)
TE*	15 (44,1)	18 (52,9)	01 (2,9)	34 (100)
E*	66 (66,7)	31 (31,3)	02 (2,0)	99 (100)

* P.E= Profissional de enfermagem, AE= Auxiliar de enfermagem, TE= Técnico de enfermagem, E= Enfermeiro

Os técnicos de enfermagem evidenciaram desconhecer tais ações em 52,9%.

4.7. Satisfação dos profissionais de saúde no uso da preparação alcoólica para HM

As respostas dos profissionais de saúde quanta a satisfação no uso da preparação alcoólica para HM estão apresentadas na Tabela 22.

Tabela 22 - Respostas dos profissionais de saúde quanto à satisfação ou não ao uso da preparação alcoólica para HM. Ribeirão Preto, 2011

Satisfação	Categoria Profissional			
	P.E*	Médico	Outros	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Muito	35 (13,9)	05 (12,2)	03 (11,5)	43 (13,5)
Satisfeito	120 (47,8)	23 (56,1)	10 (38,5)	153(48,1)
Neutro	40 (15,9)	06 (14,6)	05 (19,2)	51 (16,0)
Parcial.	43 (17,1)	05(12,2)	08(30,8)	56(16,7)
Insatisfeito	13 (5,3)	02 (4,9)	0	15 (4,8)

* PE= Profissional de enfermagem

A satisfação dos profissionais quanto à preparação alcoólica na HM oscilou de 47,8% a 56,1% entre enfermeiros e médicos respectivamente.

4.8. Descrever as principais queixas dos profissionais de saúde no uso da preparação alcoólica para HM

Os relatos quanto às queixas no uso da preparação alcoólica para HM estão apresentadas na Tabela 23.

Tabela 23 - Principais queixas quanto ao uso da preparação alcoólica antisséptica para HM relatadas pelos profissionais de saúde. Ribeirão Preto, 2011

Queixas	Categoria Profissional			p*
	Enfermagem n (%)	Médico n(%)	Outros n (%)	
Ressecamento				
Sim	125 (49,8)	24 (43,7)	04 (33,3)	0,506
Não	126 (50,2)	31 (56,3)	08 (66,7)	
Viscosidade				
Sim	61 (24,3)	13 (23,6)	04 (33,3)	0,638
Não	190 (75,7)	42 (76,4)	08 (66,7)	
Odor				
Sim	18 (7,2)	11 (20,0)	0 (0)	0,044
Não	233 (92,8)	44 (80,0)	12 (100)	
Velocidade de secagem				
Sim	33 (13,1)	08 (14,5)	01 (8,4)	0,001
Não	218 (86,9)	47(85,5)	11 (91,6)	
Técnica de aplicação				
Sim	04 (1,6)	0	0 (0)	0,467
Não	247 (98,4)	55 (100)	12 (100)	
Textura				
Sim	28 (11,2)	0	0 (0)	0,930
Não	223 (88,8)	55 (100)	12 (100)	
Ausência				
Sim	25 (10)	13 (23,6)	02 (16,7)	0,009
Não	226 (90)	42 (76,4)	10 (83,3)	
Tempo				
Sim	03 (1,2)	0	0	0,668
Não	248 (98,8)	55 (100)	12 (100)	
Sem queixas				
Sim	55 (21,9)	11 (20,0)	4 (33,3)	0,418
Não	196 (78,1)	44 (80,0)	8 (66,7)	
Outras queixas				
Sim	03 (1,2)	01 (1,9)	0	0,109
Não	248 (98,8)	54 (98,1)	12 (100)	

* Test t student independente (p<0,05)

Outro aspecto analisado no estudo reporta as queixas dos participantes no uso da preparação alcoólica antisséptica para HM, destacando o ressecamento como principal queixa 49,8%, seguido da viscosidade (24,3%); velocidade de secagem (13,1%); textura (11,2%); odor (7,2%); técnica de aplicação (1,6%) entre outras queixas.

4.9. Determinar as medidas que auxiliam na promoção da HM por ordem de prioridade

Observa-se nas Tabelas 24 e 25 as principais medidas elencadas pelos entrevistados por ordem de prioridade no uso da preparação alcoólica para HM (HM).

Tabela 24 - Distribuição das prioridades na utilização de preparação alcoólica para HM relatadas pelos profissionais de saúde. Ribeirão Preto, 2011

Prioridades	Média		Valor p*
	Treinamento HM últimos 2 anos		
	Sim	Não	
Postura	3,74	3,74	0,0998
Vigilância	3,74	4,17	0,260
Treinamento	4,1	4,21	0,788
Conhecimento	4,2	3,67	0,135
Qualidade	4,45	3,88	0,008
Cartazes	4,45	4,52	0,847
Disponibilidade	5,33	5,38	0,890
Legislação	6,32	6,88	0,114

* Test t student independente ($p < 0,05$)

De acordo com as prioridades apresentadas na Tabela 24 obtivemos maior representatividade (média=3,74) a postura positiva das chefias. Como já mencionado as prioridades variaram de 1 a 8, sendo a primeira indicação considerada maior prioridade e 8 a menor prioridade. Nesse sentido quanto menor a média, maior atribuição para a prioridade escolhida.

Tabela 25 - Prioridades de ações para promover a adesão a HM com preparação alcoólica segundo opinião dos profissionais de saúde que receberam treinamento nos últimos dois anos. Ribeirão Preto, 2011

Prioridades	Média		
	Treinamento HM últimos 2 anos		
	Enfermagem	Médico	Outros
Postura	3,62	3,92	4,48
Vigilância	3,83	4,08	3,36
Treinamento	4,05	4,57	3,80
Conhecimento	4,17	3,89	4,08
Qualidade	4,39	4,16	4,32
Cartazes	4,37	4,32	5,28
Disponibilidade	5,47	5,14	4,64
Legislação	6,39	6,57	6,33

Na Tabela 25 observaram-se diferenças ao elencar as estratégias para promover a adesão a HM por ordem de prioridade entre as categorias de profissionais: enfermagem referiu a postura positiva das chefias (media=3,62); médicos o conhecimento do profissional (media=3,89); outros profissionais referiram vigilância dos órgãos competentes (media= 3,36).

5. DISCUSSÃO

O estudo, em pauta, permitiu analisar as repostas dos profissionais de saúde quanto às facilidades e dificuldades na HM com ênfase no suporte institucional, bem como expressar queixas e/ou satisfação. Nesse sentido foi possível estabelecer o perfil da situação, bem como elaborar hipóteses que extrapolam a atenção para os aspectos macro contextuais em termos de acessibilidade da preparação alcoólica para HM.

Inicialmente, com relação à caracterização dos profissionais que atuam no sistema de saúde merece destaque a categoria de enfermagem e, portanto a predominância de mulheres. Neste estudo, a distribuição dos integrantes da equipe de enfermagem correspondeu a auxiliares de enfermagem (37,1%), técnico de enfermagem (10,7%) e enfermeiro (31,1%).

De acordo com Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP, 2009), o número de inscritos até maio de 2009 segundo a categoria profissional foi de 23.612 (20,75%) enfermeiros, 19.884 (17,47%) técnicos de enfermagem e 70.305 (61,78%) auxiliares, totalizando 113.801 profissionais na cidade de São Paulo. A diferença na composição da equipe de enfermagem no cenário, se comparada às proporções do município de São Paulo, mostra o investimento na qualificação da assistência de enfermagem na instituição em estudo.

Historicamente a enfermagem no Brasil é exercida predominantemente por trabalhadores do sexo feminino. O fato de o cuidado ter sido sempre associado ao trabalho das mulheres justifica historicamente a inserção deste gênero na profissão. (SOUZA et al., 2005). A enfermeira, como grande parte das mulheres, ao buscar o trabalho fora de casa leva consigo como referência identificadora a maternidade e todos os signos que lhe designam o que é ser mulher, tentando realizá-los a partir do modelo tradicional que lhe foi ensinado. A convivência da necessidade de trabalhar fora de casa e do desejo de cuidar dos filhos e da casa, segundo os moldes tradicionais, traz para as mulheres contradições e conflitos (MOLIN, 1998; PITTA, 1991).

Assim, os atos mais técnicos e socialmente mais qualificados, herdados da prática médica, são realizados pelas enfermeiras, responsáveis pela coordenação e supervisão do trabalho dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem que, por sua

vez, executam o trabalho menos qualificado, dedicando mais tempo aos enfermos. O ambiente hospitalar, *per se*, apresenta aspectos muito específicos como a excessiva carga de trabalho, o contato direto com situações limite, o elevado nível de tensão e os altos riscos para si e para os outros. A necessidade de funcionamento diuturno, que implica na existência de regime de turnos e plantões, permite a ocorrência de duplos empregos e longas jornadas de trabalho, comuns entre os trabalhadores da saúde, especialmente quando os salários são insuficientes para a manutenção de uma vida digna. Tal prática potencializa a ação daqueles fatores que, por si só, danificam suas integridades física e psíquica (ELIAS; NAVARRO, 2006; MARZIALLE, 1999; MOLIN, 1998; PITTA, 1991).

Em relação ao vínculo empregatício a maioria 72,3% referiu ter apenas um vínculo e, 39% estão na instituição há pelo menos 10 anos. A permanência desses trabalhadores por longo tempo na instituição, provavelmente, deve-se a característica do serviço público, onde é contemplada a estabilidade no emprego, sendo assim, os trabalhadores entre 10 e 15 anos de profissão dificilmente migram para outros empregos.

E, quanto ao turno de trabalho, 62,3% trabalhavam em esquema de rodízio nos períodos de manhã e tarde, constata-se que a maioria exerce suas funções durante o dia. Esses dados são explicados pelo fato do maior volume de atividades de cuidado ao paciente estar concentrado durante o dia, a saber: procedimentos de enfermagem, exames médicos, cirurgias previamente agendados e dentre outras atividades.

Dos entrevistados 51,3% dos profissionais têm nível superior (médicos, enfermeiros, odontólogos e fisioterapeutas). Esses dados representam fato marcante no desenvolvimento na última década, que tem se observado um aumento na inserção dos jovens na universidade, aliado ao aumento expressivo no número de cursos de nível superior no país.

A atualização do conhecimento por meio de jornais, revistas, pesquisas informatizadas, participação em grupos de estudo e em eventos científicos foram itens relatados pelos participantes do estudo, sendo que os eventos e as consultas informatizadas foram as mais representativas, (68,7%) o enfermeiro.

Numa análise global as transformações ocorridas nas últimas décadas no mundo do trabalho têm repercutido intensamente nos sistemas de saúde. A incorporação crescente da microeletrônica, da informática, da telemática e da

robótica, somadas a um novo e complexo conjunto de inovações organizacionais modificou profundamente a estrutura produtiva provocando mudanças profundas na organização, nas condições e nas relações de trabalho em saúde, em âmbito mundial. Há de se considerar que inicialmente o uso da Internet era apoiar a pesquisa e a educação, proporcionando a seus usuários comunicação rápida e eficaz, além de transformá-la em um manancial de informações que mantivesse as pessoas instruídas e atualizadas a qualquer momento. Essa proposta tornou-se um grande sucesso, alavancada por uma crescente aceitação, e conta com um número cada vez maior de adeptos, que buscam as mais diversas informações veiculadas em suas páginas. A Internet trouxe consigo não só uma enorme facilidade quanto à disseminação do conhecimento, mas também com relação à expressão de idéias, estudos e opiniões. Entretanto, por ser um meio aberto, descentralizado e livre de censura, essa rede acaba tendo, por vezes, a credibilidade de seus dados prejudicada, o que é causado pela falta de controle e de verificação na publicação de suas informações. Nesse contexto, surge a necessidade de uma avaliação prévia do material que está sendo disponibilizado. Afinal, as informações não vêm com selos que garantem a sua procedência e autenticidade (<http://www.eps.ufsc.br/disserta99/keller/cap3.htm>).

O cuidado à saúde deve prever a “valorização das dimensões éticas e humanísticas” permitindo ao profissional desenvolver atitudes e valores orientados para a cidadania e solidariedade. A formação e atualização profissional recomendada baseia-se no desenvolvimento de competências gerais e específicas para a compreensão do trabalho em saúde e da atitude humanizada na assistência.

Neste estudo, quando questionado acerca do treinamento de HM, nos últimos dois anos observou-se que apenas (11,9%) recebeu o conteúdo dos cinco momentos, entretanto este percentual é ainda maior (50,6%) quando somados aos entrevistados que não tiveram treinamento e desconhecem esta diretriz. Em outras palavras com ou sem treinamento o guia mais importante, o protocolo de HM (cinco momentos) não tem sido divulgado entre os profissionais de saúde. Cabe explicar mais uma vez que trata-se de uma orientação preconizada pela OMS e plenamente acolhida pelo Ministério da Saúde (BRASIL/ANVISA).

Se quantificarmos os profissionais que desconhecem os cinco momentos para HM, tendo ou não, recebido treinamento este número representa 52,5%. E, quando

questionado se havia monitoramento anual das práticas de HM, 68,9% negaram, e, apenas 28,3% concordaram com o referido monitoramento.

Cabe ressaltar que os profissionais de saúde necessitam de um treinamento claro e sucinto sobre a importância da higienização das mãos, especialmente direcionado para “Os Cinco Momentos para HM” e para os procedimentos corretos de higienização antissépticas com preparações alcoólicas (gel ou solução) e higienização simples das mãos (água e sabonete associado ou não a anti-séptico). Desta forma, os profissionais de saúde deverão receber treinamento regularmente (pelo menos, anualmente), incluindo também os novos profissionais contratados. Ainda, informações complementares estão disponibilizadas como usar as ferramentas e facilitar a compreensão dos componentes básicos do treinamento na (ANVISA, 2010).

A mudança de comportamento, no sentido de racionalizar procedimentos e aprimorar normas e rotinas, expressa condição indispensável ao controle de infecção, sendo necessária a motivação dos profissionais, promovendo debates, treinamentos e divulgações de informações acerca das experiências vividas e de dados de vigilância.

Entretanto, nossa experiência corrobora com as dificuldades encontradas para a mudança de comportamento dos profissionais da área de saúde, indicando-nos que é necessário um maciço investimento na formação profissional e, para isso a parcela de contribuição institucional é decisiva. Nesse sentido cabe lembrar alguns apontamentos de Bandura com relação aos padrões comportamentais os quais são estabelecidos por preceito, por conseqüências avaliativas que acompanham diferentes desempenhos e pela exposição aos padrões auto-avaliativos modelados por outras pessoas. As pessoas não absorvem seus padrões de comportamento passivamente dos estímulos ambientais que atuam sobre elas, mas extraem padrões genéricos da variedade de reações avaliativas que são exemplificadas e ensinadas por diferentes indivíduos ou pelos mesmos indivíduos em diferentes atividades e cenários (BANDURA, 1976).

Entendemos que atuar na formação dos profissionais de saúde é intervir num momento no qual estes estão construindo seus conhecimentos e desenvolvendo habilidades técnicas para o exercício profissional.

Acerca das práticas de orientação de HM dos usuários, ou, também conhecida como educação em saúde com ênfase na promoção da HM observou-se

que 70,6% dos técnicos de enfermagem, 60,6% dos enfermeiros e 55,9% dos auxiliares negaram essa atividade para com os pacientes. No computo geral, se verifica no cenário de assistência a saúde que os profissionais não têm a tradição de promover ações educativas para com a comunidade; prevalecendo as práticas curativas. Em síntese não há investimentos educativos em prol dos princípios de higiene.

O envolvimento dos pacientes em programas para elevar a adesão as práticas de HM entre profissionais de saúde, tem sido demonstrado ser efetivo em alguns estudos e países. Mas ainda são necessários outros estudos com esta abordagem, para uma recomendação mais ampla, pois devem ser consideradas algumas restrições culturais, assim como a barreira da dependência do paciente em relação ao cuidador e a falta de aplicabilidade desta estratégia em situações nas quais o paciente está sob ventilação mecânica, inconsciente, e, onde geralmente, há maior risco de transmissão de microrganismos.

Outra preocupação envolveu a disponibilidade da preparação alcoólica antisséptica para HM que resultou em 59,4% dos locais. Todavia, esse percentual demonstra o não cumprimento da RDC N°42/ ANVISA, publicada em 25 de outubro de 2010 que dispõe sobre a obrigatoriedade nos serviços de saúde a disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos (BRASIL, 2010).

Cabe lembrar que já em 2002 a RDC/ANVISA n°.50, destacava que na presença paciente (acamado ou não), examinado, manuseado, tocado, medicado ou tratado, é obrigatória a provisão de recursos para a higienização das mãos por meio de lavatórios ou pias para uso da equipe de assistência. Nos locais de manuseio de insumos, amostras, medicamentos, alimentos, também é obrigatória a instalação de lavatórios/pias.

Ainda, é oportuno mencionar que as condições inadequadas dos dispensadores em termos de limpeza facilitam a contaminação do sabão líquido e do produto antisséptico, deve-se então manter as recomendações: os dispensadores devem possuir dispositivos que facilitem seu esvaziamento e preenchimento. No caso dos recipientes de sabão líquido e anti-séptico não serem descartáveis, deve-se proceder à limpeza destes com água e sabão, desprezando o produto residual e secagem, seguida de desinfecção com álcool etílico a 70%, no mínimo uma vez por semana, conforme estabelecido. O conteúdo do recipiente não deve ser completado

antes do término do produto, devido ao risco de contaminação. Para os produtos não utilizados em recipientes descartáveis, devem-se manter os registros dos responsáveis pela execução e a data de manipulação, envase e de validade da solução. (BRASIL, 2007)

Embora, recaia sobre os enfermeiros a maior responsabilidade na prevenção e controle das infecções, suas ações são dependentes e relacionadas. Nesta perspectiva os desafios para o controle de infecção podem ser considerados coletivos e agrupados em: estrutura organizacional (que envolve políticas governamentais, institucionais e administrativas) relações interpessoais e intersetorias no trabalho e normatização do serviço; aspectos microbiológicos (identificação de novos microrganismos e a ressurgência de outros, bem como a resistência aos antimicrobianos) saúde ocupacional (envolvimento profissional, com enfoque para a falta de conscientização do profissional, adesão às medidas de controle e o comprometimento com o serviço e o paciente; capacitação profissional, destacando-se a educação continuada; epidemiologia das infecções e; medidas de prevenção e controle).

Na prática, o que se observa que os enfermeiros reconhecem esses desafios e sofrem o impacto decorrente das dificuldades encontradas para o controle das infecções. Entretanto, essas dificuldades não devem constituir-se em fatores impeditivos, mas sim disparar a busca de caminhos alternativos que avancem na perspectiva do controle das infecções.

Concordamos que o maior avanço nesta área é o investimento nos recursos humanos, uma vez que estes estão envolvidos nas diferentes interfaces do controle de infecção. Tais recursos são imprescindíveis nesse processo e deve-se, portanto, requerer esforços para o seu constante aprimoramento.

O hospital que tem filosofia voltada para a valorização dos recursos humanos, buscando introduzir, alterar e aprimorar comportamentos e atitudes, está mais próximo de atingir o grau de excelência de seu atendimento. Dentro da estrutura organizacional, cada trabalhador deve ter papel definido e cumpri-lo com a máxima competência, procurando agir de acordo com os princípios básicos de sua profissão.

Uma das preocupações crescentes refere-se a como preparar o profissional de saúde para o desempenho adequado, considerando a sua interdisciplinaridade. Viabilizar o contato do profissional com todas as normas e legislação orientadora e reguladora da prevenção e controle de infecção é um importante caminho e quanto

mais precoce isso for feito na graduação, maior a chance do futuro profissional em assimilar estes ensinamentos. Entretanto, dada a complexidade e abrangência da infecção, seu controle e suas implicações nas ações assistenciais, a prevenção e controle devem compor as políticas da instituição e da formação profissional, bem como, envolver aspectos culturais.

Assim sendo, os princípios, normas e postulados relacionados à prevenção e controle da IH devem compor o currículo dos profissionais da saúde de modo integrado, onde as disciplinas específicas para a formação profissional dos diferentes cursos possam carregar a filosofia e a prática da prevenção da infecção.

Todas as formas possíveis para mudar comportamento dentro de qualquer organização requerem a escolha de estratégia educacional conjugada a um programa com objetivos bem definidos. A prevenção e o CIH estão relacionados à promoção à saúde e devem refletir preocupação no sentido de que as pessoas consigam livrar-se de fatores que as predispõem para comportamentos insalubres para si próprias e para os pacientes. A educação em saúde tem como objetivo explicitar valores, aumentar a autopercepção acerca do problema, promover informações e habilidades necessárias tomando-se decisões acertadas.

No estudo verificou-se que (62,5%) dos profissionais de enfermagem relata a existência de ações para melhoria da prática de HM quando comparada aos demais profissionais de saúde.

Diversos estudos evidenciam a preocupação com o aumento da adesão mediante intervenções similares como campanhas educacionais, implantação de antissépticos à base de álcool ou com emolientes, melhores produtos, melhor acesso aos produtos e pelo retorno de informação (*feedback*) de seu desempenho de HM ao profissional da saúde (BISCHOFF et al., 2000; PITTET et al., 2000)

No entanto, é importante investigar previamente as razões para a não aderência às recomendações da HM antes de escolher a estratégia a ser utilizada para a melhoria da adesão.

O sistema de dispensação do produto também precisa ser avaliado. Os dispensadores podem desencorajar o uso, pelos profissionais de saúde, quando o acesso estiver parcialmente ou totalmente bloqueado, quando não dispensam ou dispensam inadequadamente o produto nas mãos (volume insuficiente ou direcionado à parede e não às mãos) e nos casos de obstrução por aumento da viscosidade do produto.

A satisfação dos profissionais de saúde no uso da preparação alcoólica para HM é verificada em muitos estudos inclusive, algumas queixas têm sido documentadas em função de vários aspectos. No estudo, em questão 49,8% relatou ressecamento como principal queixa.

No entanto, vários estudos recentes têm demonstrado que preparações alcoólicas contendo emolientes têm aumentado a adesão à esta prática, pelos profissionais de saúde. WIDMER (2007)

Além disso, ironicamente, os profissionais que realizam com maior frequência a HM eficaz, conforme técnicas recomendadas, geralmente se expõem a maior risco de dano à pele com conseqüente aumento da dispersão do número de microrganismos no ambiente, em razão do desequilíbrio qualitativo e quantitativo na microbiota residente da pele. Uma pele normal dissemina 10^7 partículas no ar por dia e 10% dessa descamação da pele contêm bactérias viáveis (LARSON, 1988, LARSON et al. 2000).

Quando ocorrem eczemas, dermatites e rachaduras na pele dos profissionais da saúde, decorrentes dos efeitos dos produtos utilizados na HM, pode aumentar o risco de IRAS em virtude do número de microrganismos nas lesões da pele dos profissionais, sendo nesse caso recomendada a utilização de cremes hidratantes e loções entre uma lavagem e outra (BLOM, LIMA, 1999; CDC, 2002; OLIVEIRA, ARMOND, 2005).

Ainda, a dermatite das mãos é considerada um dos transtornos mais comuns na categoria de profissionais de enfermagem. Vários fatores de risco são conhecidos, incluindo o tipo de sabão, o número de lavagens da mão por turno e categoria profissional de enfermagem, entre outros. Um estudo realizado em um grupo de 158 enfermeiros, 47,5% tinha dermatite de mão. O dano não se correlacionou com a idade ou o tipo de sabão usado no trabalho, mas foi correlacionado significativamente com a unidade hospitalar, número de HM ($p < 0,05$), história de alergia ($p < 0,01$) e tipo de proteção das mãos ($p < 0,001$) (OZYAZICIOGLU, SURENLER, TANRIVERDI, 2010).

Dentre as estratégias que podem ser utilizadas para minimizar os efeitos adversos provocados pelos produtos utilizados para higienização das mãos entre os profissionais de saúde, destacam-se: racionalização das indicações da prática da higienização das mãos, por meio da redução da exposição desnecessária aos produtos; Substituição de produtos que causam ressecamento, irritação e dermatites

por aqueles que causem menos danos à pele, ou seja, a disponibilização de produtos contendo emolientes; educação dos profissionais de saúde quanto aos riscos de ressecamento e dermatites de contato irritativa e medidas de prevenção, a exemplo do uso diário de cremes hidratantes para a pele das mãos; Recomendação aos profissionais de saúde para não lavar as mãos com água e sabonete imediatamente após o uso de preparações alcoólicas, a fim de evitar dermatites; Evitar água muito quente ou muito fria na higienização das mãos, a fim de prevenir o ressecamento da pele; Enxaguar bem as mãos para remover todo o resíduo de produtos químicos; Secar bem as mãos antes de calçar as luvas.

A despeito das estratégias para promover a HM na ótica dos profissionais de saúde verificou-se um resultado bastante interessante na distribuição da importância entre os diferentes aspectos inerentes ou não a instituição. O treinamento, a postura positiva das chefias, a vigilância dos órgãos competentes, o conhecimento, a qualidade e disponibilidade do produto, uso de cartazes e a legislação foram os aspectos priorizados de 1 a 8 pelos entrevistados. Para nossa surpresa o resultado obtido contrariou a vasta literatura que tem demonstrado outros fatores. A postura positiva das chefias foi significativamente mencionada como primeira prioridade na promoção de HM seguida do conhecimento. Obtivemos como resultado uma média a postura positiva das chefias com maior representatividade (média=3,74).

Os participantes deste estudo que tiveram treinamento nos últimos dois anos também elencaram como primeira prioridade a postura positiva das chefias, seguida da vigilância dos órgãos competentes, treinamento, conhecimento do profissional, qualidade do produto, cartazes, disponibilidade do produto e legislação. Os participantes que não receberam o treinamento elencaram como primeira prioridade o conhecimento do profissional, postura positiva das chefias, qualidade do produto, vigilância dos órgãos competentes, treinamento, cartazes, disponibilidade do produto e legislação.

O êxito da luta contra a infecção não depende somente do diagnóstico preciso, mas na mesma proporção da melhoria das condições de assistência. Nesse particular a motivação para exercer as práticas adequadas de higienização das mãos por meio de modelos de comportamento entre os seus colegas, superiores ou lideranças administrativas. Isso requer o suporte contínuo da administração do serviço de saúde, tendo a higienização das mãos como prioridade institucional. Deve haver um clima de segurança dirigido pelo alto comando da instituição, com programas de segurança,

níveis aceitáveis de stress no trabalho, atitudes tolerantes e de auxílio ao serem reportados problemas e ter crença na eficácia das estratégias preventivas.

Estudos mostram diversas justificativas para a baixa adesão como; falta de motivação, irresponsabilidade, falta de consciência, pouca importância ao fato da transmissão cruzada de microrganismos, ausência de pias próximas aos leitos, reações cutâneas nas mãos, falta de tempo dentre outros. Outros fatores também contribuem como: o tempo necessário para a realização do procedimento considerando-se a ocupação excessiva e o número insuficiente de profissionais, o acesso às pias dispostas em locais inconvenientes ou não próximos de onde os procedimentos estão sendo realizados, além do esquecimento, da aceitabilidade do produto disponibilizado para a higienização das mãos ou ainda da falta dele (PITTET et al., 2000).

Entretanto, considerações acerca da educação no sucesso das atividades de prevenção da infecção e na promoção da adesão a HM é inquestionável. Menciona-se que o mesmo deve ser um processo permanente para que haja permanência do comportamento adquirido, pois a ação educativa é um processo dinâmico. Pesquisadores sobre a temática em pauta demonstraram a maior eficácia de algumas estratégias de educação para se obter a desejada mudança de comportamento. Programas educacionais continuados, como campanhas periódicas de incentivo à higienização das mãos, motivam os trabalhadores da saúde a higienizar as mãos e conseqüentemente reduzem os índices médios de infecção. Mas, a manutenção da adesão se mostra um desafio, pois após algum período, os índices retornam aos patamares anteriores. Vale ressaltar novamente que uma mesma estratégia pode produzir impactos diferentes, uma vez que a adesão depende fatores externos e internos ligados a individualidade do profissional.

Especialmente, no momento em que as políticas públicas estão voltadas a segurança do paciente, focadas na vigilância das IRAS a formação e a educação continuada representam os esforços que alavancarão o controle de infecção, na sua interdisciplinaridade e intersetorialidade. Caminha-se para um novo fazer na saúde, com modelos de cuidados mais seguros.

O controle da infecção foi, ao longo dos anos, evoluindo e se evidenciando como um fenômeno que não se restringe apenas ao meio hospitalar, mas, também, a todos os locais nos quais se desenvolvem ações de cuidado a saúde. A IH transcende seus aspectos perceptíveis e conhecidos, situando-se em dimensões complexas do cuidado à saúde na sociedade moderna, ambas em constante

transformação. Assim, a IRAS é um evento histórico, social e não apenas biológico, requerendo investimentos científicos, tecnológicos e humanos para a incorporação de medidas de prevenção e controle, sem perder de vista a qualidade do cuidado prestado pela enfermagem. (PITTET, 2009; LARSON et al., 2000)

É preciso que as pessoas conheçam o que fazem; saibam como e queiram fazê-lo. Assim, as práticas de prevenção e controle da infecção estão articuladas ao desempenho correto, a competência profissional, a capacidade de autocrítica, e, indiscutivelmente, no exercício de cidadania.

O estudo publicado por Trick et al. (2007) enfatiza a importância de estratégia multifacetada ou multimodal na elevação da adesão, por meio da comparação desta estratégia em três hospitais americanos, sendo que em dois destes foi introduzido o gel alcoólico para higienização das mãos, associado a um programa educacional e pôsteres, e no outro hospital (controle) houve apenas a introdução do gel alcoólico. Durante os quatro anos de estudo houve um aumento significativo da adesão à higienização das mãos nos dois hospitais com um pacote de intervenções, enquanto no hospital controle não houve alteração.

Em outro trabalho, Pittet et al. (2004) observaram 163 profissionais médicos em situação real de assistência e avaliou crenças e percepções por meio de um questionário. A adesão média correspondeu a 57% e variou significativamente entre as especialidades. Numa análise multivariada, a adesão foi associada com a consciência de estar sendo observado e com a crença de ser um modelo para os colegas mediante a observação. Propõe que mais estudos devem ser explorados e a premissa de que cada indivíduo pode influenciar o comportamento do grupo e facilitar a adesão de todos na correta prática de HM.

O tempo gasto com a HM em hospitais médias 8-20 segundos, o que não é o suficiente para ser totalmente efetivo uma, 10 ou 40 oportunidades para a HM aparecem por hora de atendimento, o tempo total gasto com a lavagem das mãos torna-se proibitivo, uma solução é usar antissepsia mão-de-cabeceira. (PITTET; MOUROUGA; PERNEGER, 1999; ROTTER, et al.1996)

A HM como demonstrado por Van de Mortel et al. (2001) e por Sharir et al. (2001) entre os fisioterapeutas tem grande importância porque eles estão diretamente em contato com secreções respiratórias em pacientes sob ventilação mecânica, que são freqüentemente colonizados com patógenos multirresistentes. A prática de HM nesse grupo pode reduzir a transmissão cruzada entre os pacientes.

Pittet et al. (2000) observaram uma melhoria significativa no cumprimento de higienização das mãos após um programa educacional. Houve também uma diminuição nas taxas de infecção nosocomial e transmissão de MRSA. Harbarth (2002) também relataram um aumento na adesão a higienização das mãos em um hospital pediátrico, após a introdução da base de álcool gel mão e esforços educacionais.

O uso da preparação de álcool gel nas mãos tem sido progressivamente incorporado nos hospitais brasileiros, especialmente após a publicação em 2002. Todavia, mais estudos são necessários para avaliar o cumprimento da HM após a introdução da preparação de álcool gel para as mãos em nossos hospitais.

Os pesquisadores sobre a temática não evidenciaram uma relação causal entre a carga de trabalho e HM insuficiente, o que sugere que a falta de educação pode ser um fator importante, especialmente nos hospitais de ensino. Implementação de medidas para melhorar a conformidade na HM são necessárias, incluindo, novas práticas como introdução da preparação de álcool gel e feedback de desempenho. (OMS/ANVISA, 2010; SETO, 2009, 1998)

Monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos (ou sabonete associado ou não a anti-sépticos usados respectivamente para higienização anti-séptica das mãos e higienização simples das mãos usada para cada 1000 pacientes-dia.

O êxito da luta contra a infecção não depende somente do diagnóstico preciso, mas na mesma proporção da melhoria das condições em termos de infraestrutura e de recursos humanos. Há necessidade de sinalizar a construção de um processo educativo que promova o conhecimento, habilidades e atitudes convertidas em uma prática crítica, reflexiva, criativa, legitimada por meio do sistema de educação permanente para o exercício profissional. Algumas destas questões são mais agudas em países que enfrentam crise no sistema de assistência a saúde, do ponto de vista de infra-estrutura, o que inclui recursos humanos e materiais.

Como já mencionado há de se considerar que a realização ou não da HM é influenciada por diversos fatores o que inclui: o conhecimento, a cultura/crenças, experiência, e, preferências pessoais. “Nesse sentido, vale refletir o conceito de desempenho correto “... é *aquele que se ajusta a normas impessoais que não estão relacionadas com os desejos, preferências ou intenções, do sujeito que realiza a prática, mas sim com as características do objeto sobre o qual a realiza: afastamento da subjetividade para se aproximar da objetividade da situação*” (TESTA, 1992).

6. CONCLUSÕES

O estudo permitiu apresentar as seguintes conclusões acerca da prática de HM com preparação alcoólica segundo a ótica dos profissionais de saúde:

✓ *Perfil dos profissionais de saúde:*

- predomínio das mulheres (77,4%), faixa etária entre 26 a 45 anos (39,9%); e, a categoria profissional (78,9%) eram profissionais de enfermagem, seguida (17,3%) pelos médicos, e (3,8%) outros profissionais.
- tempo médio de formação (41,5%) e de atuação profissional (39%). Foram compatíveis de 3 a 10 anos; turno de trabalho mais evidenciado foi o sistema rodízio (62,3%), seguido pelo turno da manhã (18,9%).

✓ *Atualização do conhecimento:*

- participação em cursos, congressos e simpósios e a pesquisa informatizada foram os recursos mais utilizados.
- e, verificou-se em torno de 43,6% receberam treinamento nos últimos seis meses destacando-se o enfermeiro (57,6%). Ainda, (76,7%) relataram terem sido treinados na instituição em que atuam. Em termos de conteúdo os médicos (58,2%) desconhecem os cinco momentos da HM (preconizado pela OMS e ANVISA), seguidos dos profissionais de enfermagem (51,8%). Em suma, apenas 15,2% dos profissionais de saúde foram treinados nos últimos seis meses e conhecem os cinco momentos da HM.

✓ *Educação em saúde com ênfase na HM dos usuários apenas 25% a 37,8% dos profissionais de saúde relataram divulgar aos pacientes informações sobre a importância da HM.*

✓ *Condições de infra - estrutura e acessibilidade à preparação alcoólica para HM.*

- a disponibilidade da preparação alcoólica para HM esteve disponível em média (59,4%) das situações e os dispensadores coletivos foram os mais evidenciados (60,7%) sendo a acessibilidade relatada em (85,2%).
- o reabastecimento dos dispensadores foi referido em média (72,6%) e a existência de profissional responsável pela limpeza dos dispensadores obteve média de (52,5%).
- os cartazes indicando a importância das práticas adequadas de HM estiveram presentes em média (41,8%) e as recomendações quanto ao uso da preparação alcoólica para HM em (49,1%).

✓ Principais queixas, satisfação a preparação alcoólica, bem como, prioridade das medidas que auxiliam na promoção da HM:

- a queixa mais referida pelos profissionais foi ressecamento (49,8%) e as menos referidas foram: velocidade de secagem ($p=0,001$); ausência do produto ($p=0,009$) e odor ($p=0,044$).
- os profissionais de saúde em média (48,1%) relataram estar satisfeitos quanto ao uso da preparação alcoólica para HM.
- a existência de ações para melhoria da prática da HM foi relatada em média (60,4%) pelos profissionais de saúde. Na categoria de enfermagem o enfermeiro foi à média que mais relatou esta existência (66,7%).
- a prioridade na promoção da HM destacada pela equipe de enfermagem foi à postura positiva das chefias (media=3,62), e, para os médicos (media=3,83) representou o conhecimento do profissional e, outros profissionais (media=3,36) a vigilância dos órgãos competentes.

Mesmo diante das limitações do estudo é possível realizar algumas especulações e inferências acerca dos fatores externos na promoção da HM considerando que “Uma Assistência Limpa é Uma Assistência Mais Segura” e não é uma escolha, mas um direito básico de cuidado dos pacientes.

Em geral a mudança do sistema é necessária, entretanto, a manutenção dessa mudança é ainda mais importante e baseia-se em apoio contínuo individual, coletivo e institucional. Todas as considerações, a nosso ver ressaltam o importante papel institucional no sentido de desenvolver os profissionais a uma consciência crítica em relação á pratica de HM e de proporcionarem meios e condições para um trabalho de assistência a saúde isento de riscos. As práticas de prevenção e controle podem ser favorecidas por meio de ações conjuntas no âmbito: das políticas de vigilância/legislação; da Instituição; da disponibilidade de recursos (humanos/comportamento individual e coletivo, insumos); condições em termos de infra-estrutura; haja vista o diferencial da assistência apoiada nas evidencias científicas.

No estudo, ao focar uma possível relação entre a teoria da crença de auto-eficácia de A. Bandura buscou-se nesse momento compreender os fatores externos com a prática de HM do ponto de vista institucional. Nesse sentido entendemos que foi possível aprofundar o conhecimento que se tem a cerca da influência de características cognitivas, psicológicas e sociais sobre o comportamento de adesão as práticas de HM. Individualmente cada profissional de saúde tem o seu nível de auto-eficácia compatível com o resultado de seu desempenho. Todavia o estudo apontou para a condução de outras investigações em diferentes realidades uma vez que nos parece que os profissionais e administradores hospitalares permanecem passivos diante do problema.

REFERÊNCIAS

AIELLO, A. E.; MALINIS, M.; KNAPP, J. K.; MODY, L. The influence of knowledge, perceptions, and beliefs, on hand hygiene practices in nursing homes. **American Journal of Infection Control**, v. 37, n. 2, p. 164-167, 2009.

AKYOL, A. D. Hand hygiene among nurses in Turkey: opinions and practices. **Journal of Clinical Nursing**, v. 16, p. 431-437, 2007.

ANDRADE, D.; ANGERAMI, E. L. S. Reflexões acerca das infecções hospitalares às portas do terceiro milênio. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 32, n. 4, p. 492-497, 1999.

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

ATIF, M. L. et al. Reduction of nosocomial pneumonia using surveillance and targeted interventions in an Algerian neonatal intensive care unit. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v. 30, n. 7, p. 712-713, 2009.

AYLIFFE GAJ, BABB JR, QUORAISHI AH. A test for 'hygienic' hand disinfection. **Journal of Clinical Pathology**, v. 31, p. 923-928, 1978.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.

BANDURA, A. Self-referent thought: a developmental analysis of self-efficacy. In: FLAVELL, J. H.; ROSS, L. (Orgs.). **Social and cognitive development: Frontiers and possible futures**. Cambridge: Cambridge University Press, 1981. p. 200-239.

BANDURA, A. **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: W.H. Freeman, 1997.

BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BANFIELD, K. R.; KERR, K. G. Could hospital patients' hands constitute a missing link? **The Journal of Hospital Infection**, v. 61, n. 3, p. 183-188, 2005.

BASEN-ENGQUIST, K. Psychosocial predictors of “safer-sex” Behaviors in young adults. **AIDS Education and Prevention**, v. 4, n. 2, p. 120-134, 1992.

BARRET, R.; RANDLE, J. Hand hygiene practices: nursing students' perceptions. **Journal of Clinical Nursing**, v. 17, n. 14, p. 1851-1857, 2008.

BERRY, J. M.; WEST, R. L. Cognitive self-efficacy in relation to personal mastery and goal setting across the life-span. **International Journal of Behavioral Development**, v. 16, p. 351-379, 1983.

BERRY, J. M.; WEST, R. L.; DENNEHEY, D. M. Reliability and validity of the self-efficacy questionnaire. **Developmental Psychology**, v. 25, p. 701-713, 1989.

BISCHOFF, W. E. et al. Handwashing compliance by healthcare workers. The impact of introducing an accessible alcohol-based hand antiseptic. **Archives of Internal Medicine**, v. 160, p. 1017-1021, 2000.

BOYCE, J. M. et al. Lack of association between the increased incidence of Clostridium difficile associated disease and the increasing use of alcohol-based hand rubs. **Infection Control Hospital Epidemiology**, v. 27, n. 5, p. 479-483, 2006.

BOYCE JM. Antiseptic technology: access, affordability and acceptance. **Emerging Infectious Diseases**, v. 7, p. 231-233, 2001.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/index.html>. Acesso em: 09 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. Dispõe sobre o controle de infecção hospitalar. Portaria nº 2616/MS/GM de 12 de maio de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 maio 1998. Seção 1, p. 133. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2616_98.htm>. Acesso em: 11 out 2010.

_____. Ministério da Saúde. RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 26 de outubro de 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html>. Acesso em: 09 mar 2011.

BRAUN, B. I.; KUSEK, L.; LARSON, E. Measuring adherence to hand hygiene guidelines: a field survey for examples of effective practices. **American Journal of Infection Control**, v. 37, n. 4, p. 282-288, 2009.

BRYAN J.L, COHRAN .J, LARSON E.L. Hand washing: a ritual revisited. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, v. 7, p. 617-626, 1995.

CAVALCANTI, L. A. Introdução à pesquisa aplicada à odontologia: bases para iniciação científica. **UEPG Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 9, n. 3, p. 45-53, 2003.

CAVANAUGH, J. C.; GREEN, E. A. I believe, therefore I can: selfefficacy beliefs in memory aging. In: LOVELACE, E. A. **Aging and cognition: mental processes, selfawareness and interventions**. Amsterdam: NorthHolland, 1990.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guidelines for prevention of intravascular catheter-related infections. **MMWR**, v. 51, n. RR-10, 2002.

CIMIOTTI, J. P. et al. Adverse reactions associated with an alcohol-based hand antiseptic among nurses in a neonatal intensive care unit. **American Journal of Infection Control**, v. 31, n. 1, p. 43-48, 2003.

CELINE L F. Vida e obra de Semmelweis. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

COWLING, B. J.; LEUNG, G. M.; SETO, W. H. Hand hygiene and virus transmission. **Canadian Medical Association Journal**, v. 181, n. 10, p. 716, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Tabela de profissionais, autorizações e instituições – organizada por cidade – period 05/2009**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.coren-sp.gov.br/072005/consulta/estatística>>. Acesso em: 16 jun 2011.

CREEDON, S. A. Hand hygiene compliance: exploring variations in practice between hospitals. **Nursing Times**, v. 104, n. 49, p. 32-35, 2008.

CRUZ, E. D. A. et al. Lavado de manos: 20 años de divergencias entre la práctica y lo idealizado. **Ciencia y Enfermería**, v. 15, n. 1, p. 33-38, 2009.

CURRY, V. J.; COLE, M. Applying social and behavioral theory as a template in containing and confining VRE. **Critical Care Nursing Quarterly**, v. 24, n. 2, p. 13-9, 2001.

DOEBBELING B. N. et al. Comparative efficacy of alternative hand-washing agents in reducing nosocomial infections in intensive care units. **New England Journal of Medicine**, v. 327, n. 2, p. 88-93, 1992.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre trabalho, saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.

FARO, A. C. M. **Do diagnóstico a conduta de enfermagem**: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular. 1995. 208 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FELIX, C. C. P.; MIYADAHIRA, A. M. K. Evaluation of the handwashing technique held by students from the nursing graduation course. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 139-145, 2009.

FERREIRA, A. M. et al. Conhecimento da equipe de enfermagem acerca do uso de luvas no contexto hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 628-634, 2009.

FERNANDES, M. V. L.; LACERDA, R. A.; HALLAGE, N. M. Construção e validação de indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 174-189, 2006.

FOSTER, K. M.; CLARK, A. P. Increasing hand hygiene compliance: a mystery? **Clinical Nurse Specialist**, v. 22, n. 6, p. 263-267, 2008.

GIROU, E. et al. Determinant roles of environmental contamination and noncompliance with standard precautions in the risk of hepatitis C virus transmission in a hemodialysis unit. **Clinical Infectious Diseases**, v. 47, n. 5, p. 627-633, 2008.

GODIN, G. et al. Determinants of nurses' adherence to universal precautions for venipunctures. **American Journal of Infection Control**, v. 28, n. 5, p. 359-364, 2000.

GOPAL-RAO. et al. Marketing hand hygiene in hospitals: a case study. **The Journal of Hospital Infection**, v. 50, n. 1, p. 42-47, 2002.

GOULD D. Nurse's hand-decontamination practice: results of a local study. **Journal of Hospital Infection**, v. 28, p. 15-30, 1994.

GOSS, L. K. Infection control: it's in your hands. **Nursing Management**, v. 38, n. 6, p. 56-57, 2007.

GRANT, J. S.; KINNEY, M. R. Using the Delphi Technique to examine the content validity of nursing diagnosis. **Nursing Diagnosis**, v. 3, n. 1; p. 12-22, 1992.

HARBARTH S. et al. Interventional study to evaluate the impact of an alcohol-based hand gel in improving hand hygiene compliance. **Pediatric Infectious Disease Journal**, v. 21, p. 489-495, 2002.

HESELTINE, P. Why don't doctors and nurses wash their hands? **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v. 22, n. 4, p. 199-200, 2001.

HOFSTETTER, C. R.; HOVELL, M. F.; SALLIS, J. F. Social learning correlates of exercise self-efficacy: early experiences with physical activity. **Social Science and Medicine**, v. 31, n. 10, p. 1169-1176, 1990.

HOMSTED, L. Guidelines for hand hygiene in healthcare settings. **The Florida Nurse**, v. 57, n. 1, p. 12, 2009.

HOWARD, D. P. et al. A simple effective clean practice protocol significantly improves hand decontamination and infection control measures in the acute surgical setting. **Infection**, v. 37, n. 1, p. 34-38, 2009.

HULTSCH, D. F. et al. Memory self-knowledge and self efficacy in the aged. In: HOWE, M. L.; BRAINERD, C. J. (Orgs.). **Cognitive development in adulthood: Progress in developmental research**. New York: Springer, 1988.

HUNGLER, B. P.; BECK, C. T.; POLIT, D. F. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

JEKEL, J. F. et al. **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. 1ed. Porto Alegre: Editora Artmed S. A., 2002.

JENNER, E. A. et al. Explaining hand hygiene practice: an extended application of the Theory of Planned Behaviour. **Psychology, Health and Medicine**, v. 7, n. 3, p. 311-326, 2002.

KAGAN, I.; OVADIA, K. L.; KANETI, T. Perceived knowledge of blood-borne pathogens and avoidance of contact with infected patients. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 41, n. 1, p. 13-9, 2009.

KAPLAN, L. M., MCGUCKIN, M. Increasing handwashing compliance with more accessible sinks. **Infection Control**, v. 7, p. 408-410, 1986.

KARABEY, S. et al. Handwashing frequencies in an intensive-care unit. **Journal of Hospital Infection**, v. 50, p. 36-41, 2002.

KASEN, S.; VAUGHN, R. D.; WALTER, H. J. Self-efficacy for AIDS preventive behaviors among tenth grade students. **Health Education Quarterly**, v. 19, n. 2, p. 187-202, 1992.

LACERDA, R. A. Infecção hospitalar e sua relação com a evolução das práticas de assistência à saúde. In:_____. **Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsia**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 9-23.

LARSON, E. A causal link between handwashing and risk of infection? Examination of the evidence. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v. 9, n. 1, p. 28-36, 1988.

LARSON, E. L. Special problems in antisepsis. In: RUTALA, W. A. **Disinfection, Sterilization and Antisepsis: principles, practices, challenges and new research**. Washington: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, 2004. p.104-106.

LARSON, E. et al. An organizational climate intervention associated with increased handwashing and decreased nosocomial infections. **Behavioral Medicine**, v. 26, n. 1, p. 14-22, 2000.

LARSON, E. L. APIC Guideline for Hand Washing and Hand Antisepsis in Health-Care Settings. In: OLMSTED R, N. **Infection control and hospital epidemiology – principles and practice**. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. St Louis: Mosby, p. 1-19,1996.

LARSON, E., APIC Guidelines for Hand washing and hand antisepsis in health-care settings, in **Journal Infection Control**, v. 23, p. 251- 269, 1995.

LARSON E. A causal link between hand washing and risk of infection? Examination of the evidence. **Infection Control Hospital Epidemiology**, v. 9, p. 28-36, 1988.

LARSON E. Skin hygiene and infection prevention: more of the same or different approaches? **Clinical Infection Diseases**, v. 29, p. 1287-1294, 1999.

LEVIN, P. F. Test of the Fishbein and Ajzen models as predictors of healthcare workers' glove use. **Research in Nursing & Health**, v. 22, n. 4, p. 295-307, 1999.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

LOPEZ-QUINTERO, C.; FREEMAN, P.; NEUMARK, Y. Hand washing among school children in Bogotá, Colombia. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 94-101, 2009.

LYNN, M. R. Determination and qualification of content validity. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986.

MARTINI, A. C.; DALL'AGNOL, C. M. Por que lavar ou não as mãos? Motivos de um grupo de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 88-101, 2005.

MADDUX, J. E.; LEWIS, J. Self-efficacy and adjustment basic principles and issues. In: _____. **Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory, research, and application**. New York: Plenum Press, 1995.

MADDUX, J. E.; MEIER, L. J. Self-efficacy and depression. In: MADDUX, J. E. (Org.), **Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory, research, and application**. New York: Plenum Press, 1995. p. 143-169.

MALHOTRA, R. et al. Evaluation of a health education intervention on knowledge and attitudes of food handlers working in a medical college in Delhi, India. **Asia-Pacific Journal of Public Health**, v. 20, n. 4, p. 277-286, 2008.

MARLATT, G. A.; BAER, J. S.; QUIGLEY, L. A. Self-efficacy and addictive behavior. Em A. Bandura (Org.), **Self-efficacy in changing societies**. Melbourne: Cambridge University Press, 1995. p. 289-315.

MAURY E. et al. Availability of an alcohol solution can improve hand disinfection compliance in an intensive care unit. **American journal of respiratory and critical care medicine**, v. 162, p. 324-327, 2000.

MCCORMICK R. D.; BUCHMAN T. L.; MAKI D. G. Double blind, randomized trial of scheduled use of a novel barrier cream and an oil-containing lotion for protecting the hands of health-care workers. **American Journal of Infection Control**, v. 28, p. 302-310, 2000.

MCGOLDRICK, M. Management of the patient with a multidrug-resistant organism in the home: standard precautions vs. contact precautions. **Caring**, v. 28, n. 5, p. 14-18, 2009.

MULTON, K. D.; BROWN, S. D.; LENT, R. W. Relation of efficacy beliefs to academic outcomes: A meta-analytic investigation. **Journal of Counseling Psychology**, v. 38, p. 30-38, 1991.

NEVES, Z. C. P. et al. Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 546-552, 2006.

NOGUERAS M. et al. Importance of hand germ contamination in health-care workers as possible carriers of nosocomial infections. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 43, n. 3, p. 149-152, 2001.

NUNES, M. F. O. Conhecendo a auto-eficácia em diferentes situações. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 11, n. 1, p. 133-138, 2007.

O'BOYLE, C. A.; HENLY, S. J.; LARSON, E. Understanding adherence to hand hygiene recommendations: the theory of planned behavior. **American Journal of Infection Control**, v. 29, n. 6, p. 352-60, 2001.

O'LEARY, A.; GOODHART, F.; JEMMOTT, L.S.; BOCCHER-LATTIMORE, D. Predictors of safer sex on the college campus: A social cognitive theory analysis. **Journal of American College Health**, v. 40, p. 254-263, 1992.

OLIVEIRA, A. C. Infecções hospitalares: repensando a importância da higienização das mãos no contexto da multirresistência. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 140-144, 2003.

OZYAZICIOGLU N.; SURENLER S.; TANRIVERDI G. Hand dermatitis among Paediatric nurses. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, n. 11-12, p. 1597-1603, 2010.

PERROCA, M. G. **Sistema de classificação de pacientes**: construção e validação de um instrumento. 1996. 105f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

PESSOA-SILVA, C. L. et al. Attitudes and perceptions toward hand hygiene among healthcare workers caring for critically ill neonates. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v. 26, n. 3, p. 305-311, 2005.

PITTET, D. Improving compliance with hand hygiene in hospitals. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v. 21, n. 6, p. 381-386, 2000.

PITTET D. Improving adherence to hand hygiene practice: A multidisciplinary approach. **Emerging Infectious Diseases**, v. 7, n. 2, p. 234-239, 2001.

PITTET, D. The Lowbury lecture: behaviour in infection control. **Journal of Hospital Infection**, v. 58, n. 1, p. 1-13, 2004.

PITTET, D. Infection control and quality health care in the new millennium. **American Journal of Infection Control**, v. 33, n. 5, p. 258-267, 2005.

PITTET D.; ALLEGRANZI, B.; BOYCE, J.; World Health Organization World Alliance for Patient Safety First Global Patient Safety Challenge Core Group of Experts. The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and their consensus recommendations. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v. 30, n. 7, p. 611-622, 2009.

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

PITTET, D. et al. Hand hygiene among physicians: performance, beliefs, and perceptions. **Annals of Internal Medicine**, v. 141, n. 1, p. 1-10, 2004.

PITTET, D.; MOUROUGA, P.; PERNEGER, T.V. Compliance with handwashing in a teaching hospital. **Annals of Internal Medicine**, v. 130, n. 2, p. 126-130, 1999.

PRATT, R.J. et al. epic2: National Evidence-based Guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS Hospitals in England. **Journal of Hospital Infection**, v. 65, p. 15-19, 2007.

RENNER, P.; UNGER, G.; PETERS, J. Efficacy of hygienic hand disinfectants in the presence of blood. *Hyg Med*, v. 18, n. 4, p. 153-158, 1993.

ROBERTS, L.; BOLTON, P.; ASMAN, S. Compliance with handwashing practices: theory versus practice. **Australian Health Review**, v. 21, p. 238-244, 1998.

ROCHA, L. A.; BORGES, L.; FILHO; P. P. G. Changes in hands microbiota associated with skin damage because of hand hygiene procedures on the health care workers. **American Journal of Infection Control**, v. 37, n. 2, p. 155-159, 2009.

ROSENTHAL V. D. et al. Effect of education and performance feedback on handwashing: the benefit of administrative support in Argentinean hospitals. **American Journal of Infect Control**, v. 51, p. 85-92, 2003.

ROTTER, M. L. Hand washing and hand disinfection. In: Mayhall CG, ed. **Hospital Epidemiology and Infection Control**. Baltimore: Williams & Wilkins, 2004. p. 1727-1746.

ROTTER M. L. Handwashing and hand disinfection. In: MAYHALL, C. G. **Hospital Epidemiology and Infection Control**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. p. 1052-1068.

ROTTER, Manfred L., Hand Washing, hand disinfection, and skin disinfection, in WENZEL, Richard P., **Prevention and control of nosocomial infections**, 3ed. v. 32, p. 691-709, 1997.

SCHEIDT, K. L. S.; CARVALHO, M. Avaliação prática da lavagem das mãos pelos profissionais de saúde em atividades lúdico-educativas. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 14, n. 2, p. 221-225, 2006.

SCHWARZER, R.; FUCHS, R. Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs. In: Bandura, A. **Self-efficacy in changing societies**. New York: Cambridge University Press, 1995. p. 259-288.

SETO, W. H. Staff compliance with infection control practices: application of behavioural sciences. **The Journal of Hospital Infection**, v. 30, p. 107-115, 1995.

SETO, W. H. et al. The enhancement of infection control in-service education by ward opinion leaders. **American Journal of Infection Control**, v. 19, n. 2, p. 86-91, 1991.

SHANNON, B.; BAGBY, R.; WANG, M. Q.; TRENKNER, L. Self-efficacy: A contributor to the explanation of eating behavior. **Health Education Research**, v. 5, p. 395-407, 1990.

SHARIR R. et al. High-level handwashing compliance in a community teaching hospital: a challenge that can be met! **Journal of Hospital Infection**, v. 49, p. 55-58, 2001.

SHAW, J. M.; DZEWALTOWSKI, D. A.; MCELROY, M. Self-efficacy and causal attributions as mediators of perceptions of psychological momentum. **Journal of Sport & Exercise Psychology**, v. 14, p. 134-147, 1992.

SILVA, C. P. R. **Indicadores para avaliação de programas de controle de Infecção Hospitalar**: construção e validação. 2005. 165f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SILVA, C. P. R.; LACERDA, R.A. Indicadores para avaliação de programas de controle de Infecção Hospitalar. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 2, p. 128-131, 2007.

SOUZA, M. L. et al. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 60, p. 88-92, 2003.

TENÍAS, J. M. et al. Impacto de una intervención educativa para promover el lavado de manos y el uso racional de guantes en un hospital comarcal. **Revista de Calidad Asistencial**, v. 24, n. 1, p. 36-41, 2009.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

THOMAS, B. W. et al. Conspicuous vs customary location of hand hygiene agent dispensers on alcohol-based hand hygiene product usage in an intensive care unit. **The Journal of the American Osteopathic Association**, v. 109, n. 5, p. 263-267, 2009.

TOUSMAN, S. et al. Evaluation of a Hand Washing Program for 2nd-Graders. **The Journal of School Nursing**, v. 23, n. 6, p. 342-348, 2007.

TRICK, W. E. et al. Multicenter intervention program to increase adherence to hand hygiene recommendations and glove use and to reduce the incidence of antimicrobial resistance. **Infection Control Hospital Epidemiology**, v. 28, n. 1, p.42-49, 2007.

VAN DE MORTEL, T. et al. Gender influences handwashing rates in the critical-care unit. **American Journal of Infection Control**, v. 29, p. 395-399, 2001.

VAN DE MORTEL, T. et al. Maximising handwashing rates in the critical care unit through yearly performance feedback. **Australian Critical Care**, v. 13, n. 3, p. 91-95, 2000.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Infecção como indicador de qualidade**. 2ed. São Paulo: Atheneu, 1996.

VOSS, A.; WIDMER, A. F. No time for handwashing? Handwashing *versus* alcoholic rub: can we afford 100% compliance? **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v. 18, p. 205-228, 1997.

WEINBERG, R.; GROVE, R.; JACKSON, A. Strategies for building self-efficacy in tennis players: A comparative analysis of Australian and American coaches. **Journal of Sport & Exercise Psychology**, v. 6, p. 3-13, 1992.

WELCH, D. W.; WEST, R. W. Self-efficacy and mastery: Its applications to issues of environmental control, cognition and aging. **Developmental Review**, v. 15, p. 150-171, 1995.

WEST, R.L.; BERRY, J. M. AGE declines in memory self-efficacy: General or limited to particular tasks and measures? In: SINNOTT, J. D. **Handbook of adult lifespan learning**. New York: Greenwood Press, 1994. p. 426-446.

WEST, R. L.; WELCH, D. C.; YASSUDA, M. S. Innovative approaches to memory training for older adults. In: HILL, R. D.; BACKMAN, A.; STIGSDOTTER-NEELY. **Cognitive rehabilitation in old age**. England: Oxford University Press, 2000. p. 81-105.

WILLIAMS, P. L.; WEBB, C. The Delphi: a methodological discussion. **Journal of Advanced Nursing**, v. 19, n. 1, p. 180-186, 1994.

WHITBY, M.; MACLAWS, M. L.; ROSS, M. W. Why Healthcare Workers Don't Wash Their Hands: A Behavioral Explanation. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v. 27, n. 5, 2006.

WHITBY, M. et al. Behavioural considerations for hand hygiene practices: the basic building blocks. **The Journal of Hospital Infection**, v. 65, n. 1, p. 1-8, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The WHO agenda**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/about/agenda/en/index.html>>. Acesso em: 04 jan. 2010.

WORLD HEATH ORGANIZATION. **The WHO Guidelines on hand hygiene in health care (Advanced Draft). Global Patient Safety Challenge 2005-2006: "Clean Care Is Safer Care"**. Geneva: WHO Press, 2006. 205 p. Disponível em: <<http://www.who.org>>. Acesso em: 22 de junho, 2011

APÊNDICE

APÊNDICE A

Instrumento de coleta dos dados

N_____

1. F () M () 2. Idade:_____ anos
3. Você atua profissionalmente: () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem
() Auxiliar de Enfermagem () Médico () Odontólogo () Fisioterapeuta
4. Há quantos anos tem essa formação profissional?_____
5. Qual é seu nível mais elevado de formação?
() Médio () Bacharel/graduado () Especialista () Mestre () Doutor
() Aprimoramento () Residente (): Outros: especificar_____
6. Em quantas instituições trabalha?
() Uma () Duas () Acima de três
7. Em qual especialidade?
() Clínica Cirúrgica
() Unidade Básica Distrital de Saúde
8. Há quanto tempo trabalha na área da saúde?_____
9. Qual seu turno de trabalho?
() Manhã () Tarde () Vespertino () Noturno () Rodízio (M/T)
10. Assina algum jornal ou revista da área de saúde? () sim () não
11. Faz consultas no computador sobre temas da saúde.
() nunca () às vezes () sempre
12. Participa de grupos de estudo ou de pesquisa? () Sim () Não
13. Participou de cursos, congressos ou simpósios nos últimos dois anos?
() Sim () Não
14. Você recebeu algum treinamento sobre prática de higiene das mãos:
() Nos últimos 6 meses () no último ano () nos últimos dois anos () não recebe treinamento há mais de 2 anos.
Em caso positivo esse treinamento foi promovido pela instituição que atua?
() Sim () Não
15. O conhecimento dos profissionais de saúde é avaliado, pelo menos uma vez ao ano, em relação às indicações para higiene das mãos? () Sim () Não

16. Há monitoramento de adesão segundo os cinco momentos para higiene das mãos, estabelecido pela OMS? () Sim () Não () Desconheço

17. Existe preparação alcoólica antisséptica disponível para higienização das mãos. () Nunca () Raramente () Às Vezes () Frequentemente () Sempre

18. Que tipos de dispensadores de preparação alcoólica antisséptica você faz uso no ambiente de trabalho? () Individual () Coletivo () Ambos

19. O Frasco é: () Descartável () Almotolia () Frasco de carrinho ou bandeja () individual por leito () Dispensador de parede

20. Os dispensadores estão colocados ao alcance das mãos no ponto de assistência? () Sim () Não

21. Há um responsável por reabastecer ou trocar os dispensadores/frascos vazios? () Sim () Não

22. Há rotina de limpeza dos dispensadores? () Sim () Não

23. Há uma prática para informar os pacientes sobre a importância da higienização das mãos com preparação alcoólica? () sim () não

24. Os cartazes ilustrativos da técnica de fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica estão expostos no ponto de assistência ao paciente? () Sim () Não

25. As recomendações sobre o uso de preparação alcoólica (fricção antisséptica) das mãos estão acessíveis na unidade? () Sim () Não () Desconheço

26. Há na instituição ações para melhorar a prática de higienização das mãos? () Sim () Não

27. Sinalize as principais queixas quanto ao uso da preparação alcoólica na higiene das mãos:

() Produto: () Viscosidade () Odor () Textura () Velocidade de Secagem
() Ressecamento/Irritação () Técnica de aplicação () Tempo () Ausência ou insuficiência de recursos () Sem queixa Outras queixas -----.

28. Sua satisfação quanto ao uso da preparação alcoólica antisséptica na higiene das mãos é:

() Muito satisfeito () Satisfeito () Neutro () Satisfeito parcialmente () Insatisfeito

29. Por ordem de prioridade enumere de 1 à 8, quais medidas auxiliam na promoção da Higiene das mãos com preparação alcoólica antisséptica?

() Treinamento () Postura positiva das chefias () Vigilância dos órgãos competentes () Conhecimento do profissional () Qualidade do produto () Cartazes () Disponibilidade do produto () Legislação () Outras

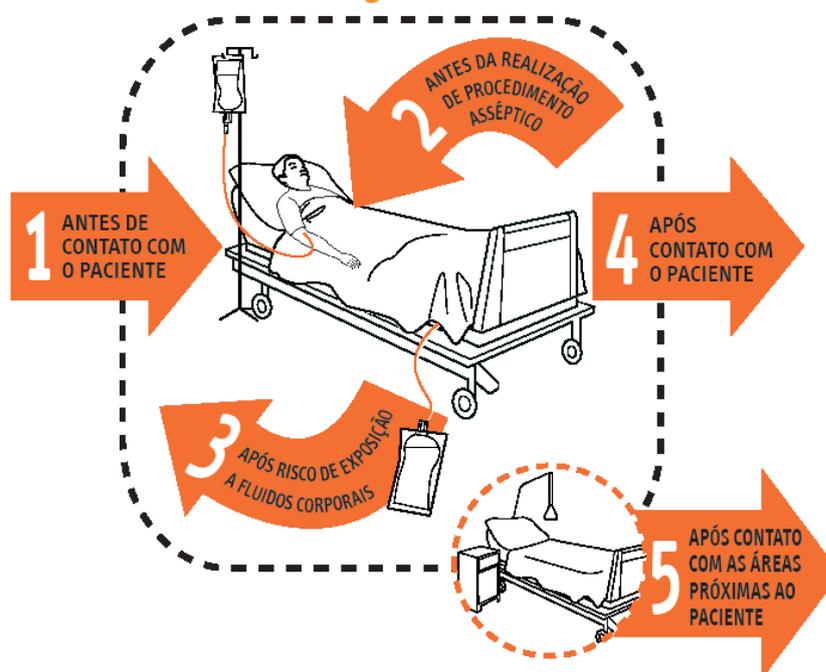
ANEXOS

ANEXO A

CARTAZ “OS CINCO MOMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS”

Fonte: <http://new.paho.org/bra/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=462&Itemid=423>

Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



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

WORLD ALLIANCE
for PATIENT SAFETY

A Organização Mundial de Saúde tomou todas as precauções cabíveis para verificar a informação contida neste informativo. Entretanto, o material publicado está sendo distribuído sem qualquer garantia expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso deste material é do leitor. A Organização Mundial de Saúde não se responsabilizará em hipótese alguma pelos danos provocados pelo seu uso.

A OMS agradece ao Hospital Universitário de Genebra (HUG), em especial aos membros do Programa de Controle de Infecção, pela participação ativa no desenvolvimento deste material.

CARTAZ “HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS”

Fonte: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/index.htm>>

HIGIENIZE AS MÃOS: SALVE VIDAS

Higienização Simples das Mãos



1. Abra a torneira e molhe as mãos, evitando encostar na pia.



2. Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



3. Ensaobie as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



4. Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos.



5. Entrelace os dedos e fricção os espaços interdigitais.



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



7. Esfregue o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular.



8. Fricção as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha (e vice-versa), fazendo movimento circular.



9. Esfregue o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita (e vice-versa), utilizando movimento circular.



10. Enxágue as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evite contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.



11. Seque as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos.

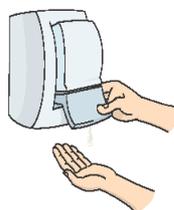
Para a técnica de Higienização Anti-séptica das mãos, seguir os mesmos passos e substituir o sabonete líquido comum por um associado a anti-séptico.

CARTAZ “HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM PREPARAÇÕES ALCOÓLICAS”

Fonte: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/index.htm>>

HIGIENIZE AS MÃOS: SALVE VIDAS

Higienização das Mãos com preparações alcoólicas
(Gel ou Solução a 70% com 1-3% de Glicerina)



1. Aplique na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



2. Friccione as palmas das mãos entre si.



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



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



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



6. Friccione o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular.



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



8. Friccione os punhos com movimentos circulares.



9. Friccionar até secar. Não utilizar papel toalha.

ANEXO B

Handwashing Assessment Inventory, O'Boyle

Data: Fri, 22 Jan 2010 07:24:25 -0600

De: "Carol O'Boyle" <oboyl002@umn.edu>

Para: "Denise Andrade" <dandrade@eerp.usp.br>

Assunto: RE: The Handwashing Assessment Inventory.

Dear Dr Andrade,

I have attached electronic copies of the observation tool and the hand hygiene assessment tool [for measuring the motivational schema of healthcare workers].

I am interested in hearing about your findings and I wish you success with your research.

Regards,

Carol O'Boyle PhD, RN, FAAN

Associate Professor Emerita

University of Minnesota,

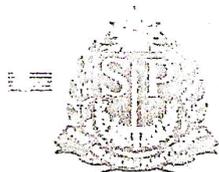
School of Nursing

1101 Sibley Memorial Hwy. (#105)

St Paul, MN 55118

ANEXO C

Aprovação do Comitê de ética em pesquisa do Centro de Saúde Escola da FMRP- USP



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br



Ribeirão Preto, 31 de março de 2010

Ofício nº 915/2010
CEP/MGV

Prezada Senhora

O trabalho intitulado “**INTERFACES DAS PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFECÇÃO ASSOCIADA AO CUIDADO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DAS CIÊNCIAS COMPORTAMENTAIS-COGNITIVA**” foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 304ª Reunião Ordinária realizada em 29/03/2010 e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com o Processo HCRP nº 2156/2010.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUILMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora

PRÓFª DRª DENISE DE ANDRADE (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO D

Aprovação do Comitê de ética em pesquisa da FMRP- USP



FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO

CENTRO DE SAÚDE
ESCOLA



Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380
Ribeirão Preto – SP

Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480
FAX (0**16) 6332331



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 18 de maio de 2010.

Of. N°099/10/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP.

Prezada Senhora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião realizada no dia 11/05/2010, **aprovou** o projeto de pesquisa: “**Interfaces das Práticas de Prevenção e Controle da Infecção Associada ao Cuidado em Saúde com ênfase na Higiene das mãos na Perspectiva das Ciências Comportamentais-Cognitiva**”, protocolo n° 368/CEP-CSE-FMRP-USP, sob a orientação de V. S^a.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Prof^a. Dra. Denise de Andrade
Professor Associado da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.