

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

TREINAMENTO SOBRE HIGIENIZAÇÃO DE MÃOS: O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS ÁREAS CRÍTICAS DE UM HOSPITAL GERAL PÚBLICO

Daniele Gonçalves Silveira Spilki

Orientadora: Ananyr Porto Fajardo

Porto Alegre
2010

Daniele Gonçalves Silveira Spilki

Treinamento sobre higienização de mãos: o que pensam os profissionais de saúde das áreas críticas de um hospital geral público

Projeto de pesquisa apresentado como pré-requisito de conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Ananyr Porto Fajardo

Porto Alegre
2010

RESUMO

A higienização das mãos é considerada uma medida básica para o cuidado ao paciente por ser esta a principal via de transmissão de microorganismos no ambiente hospitalar. Uma maior adesão dos profissionais de saúde a esta prática tem se tornado um desafio para os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) em todos os hospitais. A educação permanente, que propõe treinamentos construídos com as equipes multidisciplinares a partir da sua percepção do problema da baixa adesão à higienização das mãos, pode resultar em um maior envolvimento e comprometimento destes profissionais com a prevenção das infecções hospitalares. O objetivo deste projeto de pesquisa é avaliar os treinamentos realizados pelo SCIH de um hospital geral público de Porto Alegre, RS, a partir da opinião dos profissionais de saúde das áreas críticas deste hospital, adequando a informação às necessidades destes profissionais e com isso, reduzir as taxas de não adesão à higienização de mãos e as infecções hospitalares nestas áreas.

Palavras-chave: controle de infecções, lavagem de mãos, educação em saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3. JUSTIFICATIVA	12
4. METODOLOGIA	14
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	16
6. DIVULGAÇÃO	17
7. CRONOGRAMA	18
8. ORÇAMENTO	19
9. REFERÊNCIAS	20
10. APÊNDICES	23
10.1 APÊNDICE 1	23
10.2 APÊNDICE 2	24
11. ANEXOS	25
11.1 ANEXO 1	25
11.2 ANEXO 2	26

1 INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares

A história das infecções hospitalares (IH) está intimamente ligada à história da medicina e a relação entre os hospitais e as infecções acompanha a criação dos primeiros nosocômios.

A importância das mãos na transmissão de doenças já era observada na Grécia em 460 a.C. por Hipócrates com seus registros dos fenômenos biológicos. Ele ressaltava a cura das feridas com a lavagem das mãos antes da cirurgia e o uso da água fervida e vinho na limpeza dos ferimentos (OLIVEIRA; ARMOND; CLEMENTE, 2005).

No século XIX, quando a medicina ainda era baseada na Teoria da Geração Espontânea, James Young Simpson percebeu que os procedimentos cirúrgicos, ao serem realizados no domicílio, apresentavam uma taxa de infecção e mortalidade menor do que os realizados nos hospitais (BRASIL, 2008).

Foi o médico húngaro Ignaz Philip Semmelweis, em 1846, o primeiro a demonstrar claramente que a higienização das mãos podia prevenir infecções, relacionando a febre puerperal com os cuidados médicos. Ele observou que os médicos que iam diretamente da sala de autópsia para a sala de obstetrícia tinham um odor desagradável nas mãos. Semmelweis insistiu que os estudantes e médicos lavassem as mãos com “água clorada” após as autópsias e antes de examinar as pacientes da clínica e, com isso, a taxa de mortalidade caiu de 12,2 para 1,2% (BRASIL, 2009).

Na mesma época, o médico alemão Robert Koch contribuiu para uma maior compreensão da importância dos microorganismos na transmissão de doenças. Ao estudar o carbúnculo, provou que um tipo específico de microorganismo causava uma determinada doença (BRASIL, 2008).

Desde então, a higienização das mãos vem sendo considerada uma medida básica para o cuidado ao paciente por ser esta a principal via de transmissão de microorganismos no ambiente hospitalar.

Além de proteger o paciente, os processos de higienização das mãos representam uma importante barreira de biossegurança, pois evitam também a disseminação de microorganismos nos artigos e superfícies hospitalares (ANEXO 1).

Entre 1975 e 1985 foram publicados vários guias acerca de práticas de higienização de mãos em hospitais nos EUA pelos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e no Brasil, em 1989, o Ministério da Saúde publicou o manual “Lavar as mãos: Informações para os Profissionais da Saúde”. Todos estes manuais buscavam orientar os profissionais quanto às normas e procedimentos corretos para higienizar as mãos visando prevenir e controlar as infecções hospitalares (BRASIL, 2008).

A higienização das mãos deveria constituir um dos principais procedimentos dos profissionais da saúde em sua rotina de trabalho e uma maior adesão a essa prática torna-se um desafio para os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) em todos os hospitais.

Na última década, o surgimento de microorganismos multirresistentes vem preocupando os hospitais em todo o mundo, na medida em que sua ocorrência no contexto das infecções hospitalares traz como consequência a diminuição de possibilidades terapêuticas e o aumento do tempo e custo das internações (PORTO ALEGRE, 2007).

Muitos germes estão apresentando resistência a todos os antimicrobianos testados, recebendo a denominação de Pan-Resistentes (PAN-R).

O surto de *Acinetobacter sp.*

Os microorganismos do gênero *Acinetobacter* são coco-bacilos Gram-negativos, aeróbios, não fermentadores, imóveis. Várias espécies de *Acinetobacter* já foram reconhecidas e descritas, mas a espécie mais encontrada em amostras clínicas, especialmente relacionada a infecções hospitalares, é *Acinetobacter baumannii* (PORTO ALEGRE, 2007).

Particularmente as infecções hospitalares associadas ao germe *Acinetobacter sp.* e o rápido desenvolvimento de resistência deste microorganismo vêm representando um sério problema de saúde pública. O *Acinetobacter sp.* possui a capacidade de se desenvolver tanto em superfícies úmidas quanto em locais secos, necessitando de poucas condições para seu crescimento, podendo sobreviver por até 13 dias nestas superfícies (PORTO ALEGRE, 2007).

A invasão de tecidos por este germe é limitada quando as defesas do hospedeiro estão intactas, mas em pacientes debilitados, submetidos a procedimentos

invasivos e terapêutica antimicrobiana de amplo espectro, como os pacientes internados em áreas críticas dos hospitais, causam infecções de alto índice de gravidade e mortalidade.

São consideradas áreas críticas de um hospital aquelas que oferecem maior risco de transmissão de infecções, ou seja, são áreas em que é realizado um grande número de procedimentos invasivos e/ou que estão internados pacientes com o sistema imunológico comprometido, como Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e emergência (TORRES; LISBOA, 2008).

Em um ambiente hospitalar, o mais importante e frequente modo de transmissão de microorganismos, entre eles o *Acinetobacter sp.*, é a transmissão por contato direto com pacientes infectados ou contato indireto através de materiais e superfícies contaminadas.

Em Porto Alegre a Secretaria Municipal da Saúde constatou a existência de um número expressivo de casos de infecção por *Acinetobacter sp.* na cidade e organizou, em maio de 2007, uma força-tarefa envolvendo os 26 hospitais do município com o objetivo de desenvolver estratégias conjuntas para o controle do problema (PORTO ALEGRE, 2007).

Particularmente no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre, a ocorrência de *Acinetobacter* PAN-R vem sendo monitorada desde 2005 pelo Controle de Infecção Hospitalar (CIH) deste hospital e, em 2007, os níveis de infecção/colonização de pacientes por este germe alcançaram níveis de surto.

Frente a esta situação o CIH do HNSC implementou algumas intervenções para o controle da disseminação do *Acinetobacter sp.* PAN-R nas unidades críticas do HNSC, entre elas a monitoração da adesão à higienização das mãos para procedimentos com contato direto com o paciente e o treinamento das equipes das áreas monitoradas. Em uma dessas áreas, o resultado da monitoração comprovou a baixa adesão à higienização de mãos, chegando a 70,6% de não adesão dos profissionais de saúde.

Sabe-se que em áreas críticas de um hospital, como uma UTI, a prevenção e o controle das infecções hospitalares dependem, dentre outras medidas, da conscientização e da motivação dos profissionais de saúde em higienizar corretamente as mãos (MENDONÇA et al, 2003).

Os treinamentos e a baixa adesão à higienização de mãos

O CIH do HNSC organizou um encontro de aproximadamente uma hora, em horários estabelecidos pelas equipes das áreas críticas e ministrou um treinamento visando a uma maior adesão à higienização de mãos.

Tais treinamentos incluíram, além da técnica adequada para o procedimento, informações sobre o germe *Acinetobacter sp.* PAN-R e seu modo de transmissão. A importância das infecções hospitalares em nível mundial e local e seu impacto na saúde do usuário também foram abordados.

A técnica de higienização de mãos foi ilustrada através de fotos com os passos para realização de uma higienização adequada (ANEXO 2), incluindo a discussão da importância deste procedimento para a prevenção de infecções.

Todas as categorias profissionais das áreas monitoradas receberam o treinamento.

Após os treinamentos das equipes das áreas críticas novas monitorações da adesão à higienização das mãos foram realizadas e não foi observada redução significativa na frequência de não adesão a higienização das mãos entre os profissionais que prestam assistência ao paciente.

Diversos estudos demonstram justificativas para a baixa adesão à higienização de mãos, entre elas a falta de conhecimento sobre as recomendações e o impacto sobre a técnica adequada de higienizar as mãos (OLIVEIRA; ARMOND; CLEMENTE, 2005).

Programas contínuos de educação, através de informação científica e motivação, devem ser implementados visando a conseguir a adesão dos profissionais às técnicas de higienização de mãos (OLIVEIRA; ARMOND; CLEMENTE, 2005).

Considerando que os treinamentos deveriam aumentar o conhecimento e a conscientização dos profissionais em relação à sua responsabilidade com o usuário; o resultado da monitoração da adesão à higienização das mãos nas áreas críticas do HNSC; e a manutenção dos altos índices de infecções/colonizações pelo *Acinetobacter* PAN-R nas áreas monitoradas, proponho como Projeto de Pesquisa do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICTS) uma investigação sobre o que os profissionais de saúde das áreas críticas do Hospital Nossa Senhora da Conceição, de Porto Alegre, RS, pensam sobre os treinamentos em higienização das mãos ministrados pelo CIH do HNSC.

O enfoque avaliativo torna-se importante na medida em que sugere mudanças, contribuindo positivamente para os treinamentos, pois leva em conta o ponto de vista daqueles que o vivenciaram (MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008).

A pesquisa vem ao encontro de uma das metas presentes na Agenda Estratégica do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de 2009, que é a redução média de 20% nos índices de Infecção Hospitalar (IH) e também contribui para as metas institucionais do HNSC relacionadas à redução de taxas de infecção hospitalar.

Levando em conta os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): participação, universalidade, integralidade e a equidade de atenção em saúde e também a Política Nacional de Humanização, que valoriza os usuários e trabalhadores considerando-os sujeitos e co-responsáveis nos processos de produção de saúde, torna-se crucial que os profissionais apresentem uma nova postura frente à prevenção e ao controle das infecções hospitalares.

Apesar de todos os esforços do CIH e das equipes envolvidas observa-se que os índices de IH e de não adesão a higienização de mãos continuam elevados, levando a crer que os treinamentos não estão conseguindo modificar as práticas em relação à higienização de mãos.

De acordo com Moreno, Enders e Simpson (2008, p. 675):

A capacitação profissional demanda bons treinamentos e a conscientização que se pode alcançar através da educação permanente. Esta reflexão, realizada no próprio serviço, estimula muito mais o profissional. Tudo leva a crer que não há um caminho mais seguro a percorrer a não ser o da educação em saúde.

A construção de um bom treinamento depende do conhecimento das necessidades de aprendizagem de cada equipe e da opinião destas sobre a informação recebida através dos treinamentos.

Torna-se essencial uma equipe com níveis adequados de conhecimento, sendo fundamental assegurar mecanismos para monitorá-lo (FERREIRA et al, 2007).

Avaliar a opinião dos profissionais das áreas críticas do HNSC a respeito dos treinamentos sobre higienização de mãos contribuirá para a qualificação da informação e na construção de treinamentos voltados para as necessidades de cada equipe.

A maioria das pessoas tende a sentir-se mais comprometida quando participa do processo de discussão; por isso, no planejamento de um treinamento devem ser

considerados a opinião e o estilo das pessoas que estão sendo capacitadas (MARTINS, 2001).

A prática de formação pouco relacionada ao contexto de trabalho tem permitido reduzir os treinamentos à reciclagem de conhecimentos, não levando em conta a avaliação de cada um sobre o que lhe falta ou deseja conhecer (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Deve-se pensar em educação na saúde buscando a temática da educação permanente e da educação de adultos. A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

As experiências de aprendizagem dos adultos, seres independentes, necessitam ser estruturadas cuidadosamente de modo a estimular diálogos abertos, troca de idéias e respeito à heterogeneidade do grupo e dos seus indivíduos (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004). Com isso, um treinamento que é realizado de forma expositiva, limitado a fornecer informações, mesmo que relevantes, construído sem avaliação prévia das necessidades e do nível de conhecimento do público-alvo, nos leva a questionar sua real efetividade.

Nesse sentido, é relevante salientar que a informação é uma matéria-prima que o conhecimento deve dominar e integrar. Recebemos informações e, se somente nos inteiramos do conteúdo, do sentido literal desta informação, ela continua a ser uma simples informação. Mas se atribuímos a ela um sentido pessoal, apreendendo, interpretando, compreendendo, explicando, contextualizando e refletindo, nós a incorporamos e assumimos a responsabilidade sobre nossa aprendizagem (ARRUDA et al, 2008, p. 520).

Um treinamento com enfoque na educação permanente, construído com os sujeitos envolvidos, as equipes multidisciplinares das áreas pesquisadas, a partir da sua percepção do problema da baixa adesão à higienização das mãos, pode resultar em um maior envolvimento e comprometimento destes profissionais com a prevenção das infecções hospitalares.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os treinamentos sobre higienização de mãos realizados pelo CIH a partir da opinião dos profissionais de saúde das áreas críticas de um hospital geral público.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Conhecer a opinião dos trabalhadores sobre a relevância dos conteúdos, a metodologia proposta para os treinamentos e sua oportunidade;
- 2) Solicitar sugestões dos participantes sobre o tema abordado na pesquisa;
- 3) Identificar possíveis mudanças de atitude decorrentes da participação neste(s) treinamento(s).

3 JUSTIFICATIVA

Atualmente acredita-se que grande parte das IH podem ser evitadas e a higienização adequada das mãos cumpre um papel importante neste contexto, visto que é uma medida preventiva de baixo custo.

Ao conseguirmos a adesão de todos os profissionais de saúde a esta prática estaremos contribuindo para o declínio das IH e, conseqüentemente, diminuindo a mortalidade dos pacientes, o tempo de permanência dos mesmos no hospital e os custos destas internações.

Um estudo das IH realizado em um hospital do Brasil evidenciou um aumento de 5 vezes no tempo de permanência hospitalar. A média de permanência de um paciente infectado foi de 38,2 dias, enquanto a média dos não infectados foi de 7,7 dias (MARTINS, 2001).

As IH representam uma preocupação não somente dos órgãos competentes, mas um problema de ordem social, ética e jurídica face às implicações na vida dos usuários e o risco a que estes estão submetidos ao adquirirem uma IH por iatrogenia da equipe de saúde (SOUSA et al, 2008).

A existência de IH causadas por germes multirresistentes e PAN-R tem diminuído as possibilidades terapêuticas, fazendo com que aumente a mortalidade dos pacientes, principalmente nas áreas críticas.

Além disso, os custos hospitalares relacionados ao atendimento dos pacientes, pessoal, materiais e medicamentos serão sempre alterados em função da redução ou aumento das IH, pois somente os gastos com antibióticos chegam a até 50% das despesas com medicamentos (MARTINS, 2001).

Em um estudo realizado por 81 hospitais brasileiros observou-se uma redução em 32% das IH nas instituições que implantaram programas efetivos de controle de processos infecciosos nosocomiais (HINRICHSEN, 2004). Um programa efetivo de controle de IH inclui a educação permanente dos profissionais de saúde, contribuindo para que os mesmos se envolvam tornando-se co-responsáveis pela redução das mesmas.

Um estudo iniciado em janeiro de 2008 pelo CIH do HNSC mediu a proporção de pacientes que se tornam colonizados por *Acinetobacter sp.* PAN-R, dentro das áreas críticas do hospital (pressão de colonização). Esta pressão de colonização chegou a 32,5% em 2008 e em 2009 está em 24,9%.

Este indicador está intimamente associado à baixa adesão à higienização de mãos dos profissionais das áreas monitoradas no estudo, que chegou em 2008 a 70,6% de não adesão ao procedimento e, em 2009, alcançou 46%.

Apesar da redução dos indicadores, a não adesão ainda é alta e exige um aprimoramento das intervenções nas áreas críticas do HNSC. A intervenção que esta pesquisa visa aprimorar é o treinamento sobre higienização de mãos, elaborado pelo CIH do HNSC para as áreas críticas do hospital.

A capacitação profissional deve ser ancorada em bons treinamentos, para que possa conscientizar os atores envolvidos. Esta reflexão, realizada no próprio serviço, estimula muito mais o profissional (MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008).

Com base nos dados coletados na pesquisa, será possível avaliar o treinamento do ponto de vista dos profissionais que dele participaram e, com isso, sugerir mudanças que possam contribuir para seu aperfeiçoamento.

4 METODOLOGIA

Foi escolhido para a presente pesquisa a abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, com coleta de dados por meio de entrevista semi-estruturada.

A metodologia qualitativa é útil para quem busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre, possibilitando a explicação de comportamentos. Sua principal característica é fornecer uma visão de dentro do grupo pesquisado, registrando o comportamento não verbal (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Mediante a entrevista podem ser obtidos dados que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores e opiniões (MINAYO, 2004).

Local do estudo

A Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SR) do HNSC é dividida em 5 áreas: SR ambulatorial, SR Geral 1, SR Geral 2, SR Cardíaca e SR Intermediária (SRI), sendo esta última a escolhida para a pesquisa pela familiaridade da pesquisadora com a unidade, pois, atuou como enfermeira na área por 7 anos.

A SRI do HNSC é composta por 8 leitos onde são internados pacientes para recuperação pós-anestésica de cirurgias de grande porte, em sua maioria necessitando de ventilação mecânica e drogas vasoativas, apresentando, assim, as características de uma UTI Cirúrgica.

A principal demanda da SRI é de pacientes oriundos do Bloco Cirúrgico (BC), mas, muitas vezes, a unidade recebe pacientes de cuidados intensivos quando não há leitos disponíveis na UTI.

Universo de participantes

Na SRI trabalham 12 enfermeiros, 72 técnicos de enfermagem, 12 médicos e 4 auxiliares administrativos, 24 horas do dia, 7 dias por semana. A equipe de enfermagem cumpre rodízio mensal entre todas as 5 áreas da SR.

Além destes profissionais, atuam na SRI 2 fisioterapeutas somente nos turnos da manhã e da tarde; estes profissionais também atendem à UTI e trabalham um mês em cada área, cumprindo uma escala.

O quadro funcional da área pesquisada é composto por 100 funcionários divididos em 4 turnos: manhã, tarde, noite 1 e 2.

Participantes

Do universo descrito acima, convidaremos 14 profissionais da saúde a participar da pesquisa proposta, abrangendo todas as categorias.

O conjunto de participantes será formado por 4 técnicos de enfermagem, 4 enfermeiros, 4 médicos e 2 fisioterapeutas, representando cada um dos turnos de trabalho. Dentre estes serão escolhidos um profissional de cada categoria do turno da manhã, da tarde e das duas noites, e que trabalham há mais de um ano na SRI.

O critério de inclusão na pesquisa será a participação de no mínimo um treinamento sobre higienização de mãos ministrado pelo CIH do HNSC entre janeiro de 2007 e dezembro 2009. Em caso de empate nos critérios de inclusão, será realizado um sorteio simples.

Instrumento

As informações serão geradas mediante as respostas a uma entrevista individual semi-estruturada (APÊNDICE 1) que a pesquisadora fará com os profissionais escolhidos em local que garanta sigilo e privacidade; o encontro será previamente agendado e a interação será gravada em áudio, com duração prevista de 30 minutos, sendo transcrita pela própria investigadora.

Análise das informações

As informações produzidas serão analisadas pela técnica da análise de conteúdo de Bardin (2008). As respostas obtidas serão pré-analisadas mediante leitura flutuante e organização do material em busca de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, seguida da formulação de hipóteses e objetivos. Então, exploraremos o material produzido para concluirmos com o tratamento e a interpretação dos resultados obtidos (MINAYO, 2004).

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa será realizada levando em conta os princípios éticos por envolver seres humanos, incorporando, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, conforme a resolução 196/96 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Primeiramente será solicitada ao Gerente das Unidades de Internação e ao Coordenador da SRI a autorização para realizar a pesquisa, informando os objetivos e os princípios éticos deste estudo.

Após, o projeto será submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC e somente após a sua aprovação a pesquisa será iniciada.

Os profissionais que participarão da pesquisa deverão consentir formalmente, lendo e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2) em duas vias, ficando uma em seu poder e outra com a investigadora, sendo que os dados da pesquisa serão mantidos sob a guarda da pesquisadora por 5 anos, sendo então destruídos.

6 DIVULGAÇÃO

Os resultados da pesquisa serão apresentados através de relatório e discutidos com os profissionais participantes, com os demais interessados e com os gestores do setor implicado.

Além disso, serão feitos esforços para a elaboração de artigo a ser publicado na Revista Técnico-Científica do GHC e em demais revistas especializadas.

Tanto o projeto quanto o artigo resultante da pesquisa serão disponibilizados ao Centro de Documentação do GHC (CEDOC/GHC).

8 ORÇAMENTO

Item	Valor unitário (R\$)	Unidade	Valor (R\$)
Material permanente			
Gravador digital	245,00	01	245,00
Livros	50,00	01	50,00
Pendrive	35,00	01	35,00
Material de consumo			
Caneta	0,85	02	1,70
Pacote de folha ofício c/ 500	13,70	01	13,70
Cartucho p/ impressora	39,00	02	78,00
Serviços			
Fotocópia	0,10	100	10,00
Encadernação	2,00	3	6,00
Valor total			439,40

Nenhum participante nem a instituição arcarão com qualquer despesa decorrente desta pesquisa. Todos os custos serão bancados pela pesquisadora.

Assinatura da pesquisadora

9 REFERÊNCIAS

ARRUDA, Maria Patrício et al. Educação permanente: uma estratégia metodológica para os professores da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Santa Catarina, v. 32, n. 4, p. 518-524, fev. 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 5.ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. **Segurança do Paciente: Higienização de Mãos**. 2008. Disponível em:
<http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/paciente_hig_maos.pdf> Acesso em: 9 out. 2009.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 30 out. 2009.

_____. _____.GHC. **Agenda Estratégica 2009**. Disponível em:
<<http://www2.ghc.com.br/GepNet/cursocietlatomaterial3.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2009.

_____. _____.GHC. **Sistemas de Informações Administrativas**. Acesso em: 15 abr. 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

FERREIRA, Oranice et al. Avaliação do conhecimento sobre hemoterapia e segurança transfusional de profissionais de enfermagem. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 29, n. 2, p. 160-167, 2007.

HINRICHSEN, Sylvia Lemos. **Biossegurança e controle de infecções: risco sanitário hospitalar**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004.

MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH, Magda Santos. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-610, set/out. 2008.

MARTINS, Maria Aparecida. **Manual de infecção hospitalar: epidemiologia, prevenção e controle**. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.

MENDONÇA, Adriana de Paula et al. Lavagem das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 147-153, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORENO, Maria da Costa; ENDERS, Bertha Cruz; SIMPSON, Clélia Albino. Avaliação das capacitações de hanseníase: Opinião dos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61 (esp), p. 671-675. 2008.

OLIVEIRA, Adriana Cristina. Conceitos e desafios em prevenção e controle de infecção hospitalar. In: **Simpósio de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Saúde**, 9, 2009, Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/ccih/simposio/05desafioscontroledelh.pdf>> Acesso em: 25 nov. 2009.

OLIVEIRA, Adriana Cristina; ARMOND, Guilherme Augusto; CLEMENTE, Wanessa Trindade. **Infecções hospitalares: epidemiologia, prevenção e controle**. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan S.A., 2005.

PESSANHA, Renan Vasconcelos; CUNHA, Fátima Teresinha Scarpo. A aprendizagem: trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 233-240, abr./jun. 2009.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **Manual de Orientação para Controle da Disseminação de *Acinetobacter sp* Resistente a Carbapenêmicos no Município de Porto Alegre**. Porto Alegre, [2007].

SANTOS, Ana Maria Ribeiro et al. As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 441-446, jul/ago. 2008.

SOUZA, Cristina Maria Miranda et al. Os direitos dos usuários de saúde em casos de infecção hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 411-417, jul/ago. 2008.

TORRES, Silvana; LISBOA, Teresinha Covas. **Gestão dos serviços: limpeza, higiene e lavanderia em estabelecimentos de saúde**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2008.

VÍCTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

10 APÊNDICES

10.1 APÊNDICE 1

Roteiro da entrevista

Código da entrevista: _____

Trabalha no HNSC há _____ anos

Formado/a há _____ anos

1. De quantos treinamentos sobre higienização de mãos você já participou?
2. Qual a sua opinião sobre a metodologia de apresentação do treinamento?
3. Você achou o conteúdo relevante? Por que?
4. Após o treinamento, você mudou suas ações no cotidiano de trabalho?
5. Qual sua opinião sobre a periodicidade dos treinamentos?
6. Que mudanças você sugeriria para os próximos treinamentos?

10.2 APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada/o a participar da pesquisa intitulada “Treinamento sobre higienização de mãos: o que pensam os profissionais de saúde das áreas críticas de um hospital geral público”, de autoria da enfermeira Daniele Spilki.

Para participar da pesquisa você será entrevistada/o individualmente, seguindo um roteiro semi-estruturado, com aproximadamente 30 minutos de duração. A entrevista será agendada em local que garanta sigilo e privacidade. Esta entrevista será gravada em áudio pela pesquisadora e as informações obtidas serão utilizadas somente para este estudo, sendo as mesmas armazenadas durante cinco (5) anos pela pesquisadora e após destruídas (conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informada/o:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- de que minha participação é voluntária e terei liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para minha vida pessoal nem para minha atuação profissional;
- da garantia de que não serei identificada/o quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderei entrar em contato com a pesquisadora: Daniele Spilki, telefone 81274774, e-mail: sdaniele@ghc.com.br, no HNSC na rua Francisco Trein, nº 596, 5º andar, bloco A, setor CIH, ramal 2174, ou com a orientadora Ananyr Porto Fajardo, e-mail fananyr@ghc.com.br, na Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP/GHC), na rua Francisco Trein, nº 596, 3º andar, bloco H, ramal 2095.
- que se houverem dúvidas quanto a questões éticas poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC, coordenado por Vitto Giancristoforo dos Santos, na rua Francisco Trein, nº 596, 3º andar, bloco H, ramal 2575.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando a outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ___ de _____ de 2010.

NOME E ASSINATURA DO/A PARTICIPANTE

NOME E ASSINATURA DA PESQUISADORA

11 ANEXOS

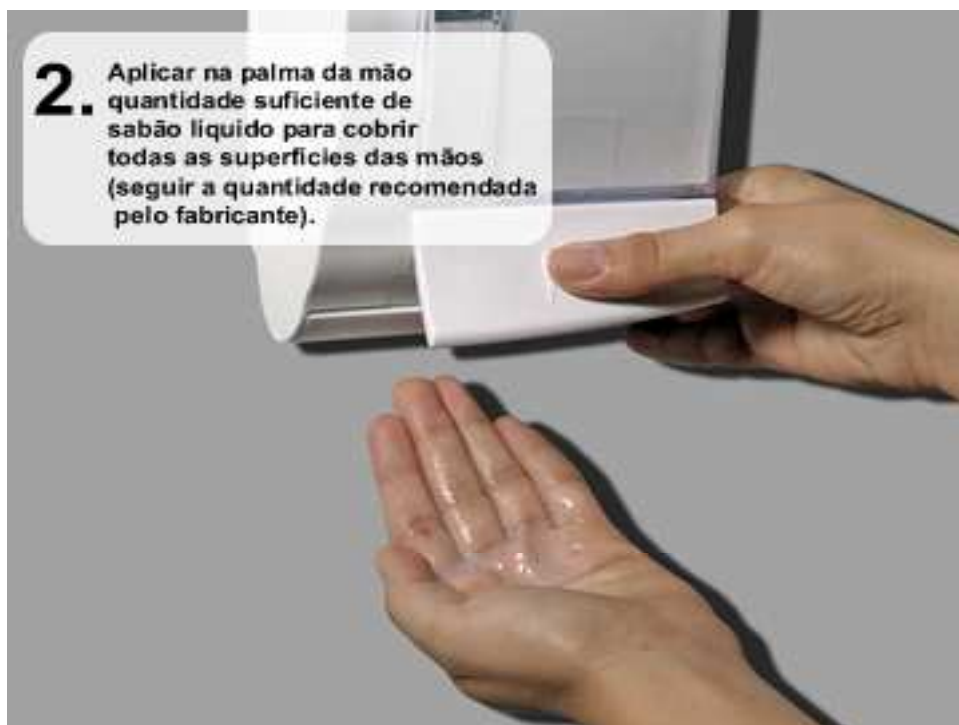
11.1 ANEXO 1

Fotografia de um box de UTI mostrando o risco de contaminação por luvas e mãos de profissionais da saúde (OLIVEIRA, 2009). As marcas em verde demonstram onde foram encontradas culturas positivas para *Enterococcus* resistente a vancomicina - (VRE).



Abstract: The Risk of Hand and Glove Contamination after Contact with a VRE (+) Patient Environment. Hayden M, ICAAC, 2001, Chicago, IL.

11.2 ANEXO 2

Passos para uma correta higienização das mãos

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



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











Disponível em: [www.anvisa.gov.br/áreas de atuação/serviços de saúde / publicações / higienização das mãos em serviços de saúde](http://www.anvisa.gov.br/áreas%20de%20atua%C3%A7%C3%A3o/servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde/publica%C3%A7%C3%B5es/higieniza%C3%A7%C3%A3o%20das%20m%C3%A3os%20em%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde)